Administração da primeira dose do medicamento nos serviços de saúde: um estudo com menores de cinco anos de idade no extremo-sul do Brasil

Administration of the first dose of medication in health services: a study of children under five years of age in Southern Brazil

Laura Roehe Costa[1], Luiza Crochemore Mohnsan da Silva[1], Juraci Almeida Cesar[2]

RESUMO

Introdução: Este artigo teve por finalidade medir a prevalência de administração da primeira dose de medicamento para menores de cinco anos logo após consulta nas unidades básicas de saúde do município de Rio Grande, RS. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com aplicação à mãe e ao médico de questionário padronizado entre os meses de março a abril de 2010 em 16 (das 32) unidades básicas de saúde (UBS) do município. **Resultados:** Foram identificadas 271 crianças menores de cinco anos e obtidas informações sobre 264 (96,4% do total). Trinta e cinco por cento destas crianças possuíam idade entre 0 e 11,9 meses. As causas mais comuns de consulta foram doença respiratória aguda alta (43%), revisão por doença (8%) e diarreia (4%). Para 83% de todas as crianças, foi receitado pelo menos um medicamento, sendo os antibióticos os mais comuns (22%) seguidos por analgésicos e anti-inflamatórios (13%), vitaminas (8%), descongestionante nasal (7%) e corticoide sistêmico (7%). Para crianças com prescrição medicamentosa, 39% delas não conseguiram qualquer um dos medicamentos na UBS; para 62% das demais, faltaram dois ou mais. Para somente 4% delas, houve administração da primeira dose na UBS. **Conclusão:** Apesar da recomendação da OMS de que a administração da primeira dose da medicação seja feita no local da consulta, fica evidente que esta não é uma prática comum nas UBS deste município. Isto retarda o início do tratamento e diminui a possibilidade de sucesso da intervenção, o que favorece o agravamento da doença e aumenta o custo do tratamento.

UNITERMOS: Medicamentos, Crianças Menores de Cinco Anos, Antibióticos, Prescrição, Consumo de Medicamentos, Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: *This article aimed to measure the prevalence of the first dose of medication to children under five after consultation in primary health care units in the municipality of Rio Grande, RS.* ***Methods:*** *This was a cross-sectional study with administration of a standardized questionnaire to mothers and physicians between March and April 2010 in 16 (from 32) Basic Health Units (BHU) in Rio Grande.* ***Results:*** *We identified 271 children under five years of age and obtained information on 264 (96.4%). Thirty-five percent of these children were aged between 0 and 11.9 months. The most common causes for seeking medical help were high acute respiratory disease (43%), revision for existing disease (8%), and diarrhea (4%). To 83% of all children at least one medication was prescribed, the most common being antibiotics (22%) followed by pain killers and anti-inflammatory drugs (13%), vitamins (8%), nasal decongestants (7%) and systemic corticoids (7%). For children with drug prescriptions, 39% of them failed to obtain any of the prescribed drugs at the BHU; for 62% of the remaining ones, two or more drugs were missing. For only 4% of them, the first dose was administered at the BHU.* ***Conclusion:*** *Despite WHO recommendations that the first dose of medication should be administered at the site of consultation, it is clear that this is not a common practice in the BHU of this municipality. This delays treatment onset and reduces the possibility of successful intervention, which facilitates worsening of the disease and increases treatment costs.*

KEYWORDS: *Drugs, Children under five, Antibiotics, Prescription, Consumption of Medicine, Basic Health Unit.*

[1] Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande.
[2] Doutorado. Docente Efetivo – Divisão de População & Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande.

INTRODUÇÃO

A cada ano 7,7 milhões de crianças menores de cinco anos vão a óbito, com 99% deles ocorrendo em países pobres (1). Destes, um terço não tem acesso a qualquer tipo de tratamento medicamentoso, enquanto para os demais, muito frequentemente, a prescrição é inadequada em termos de quantidade e de qualidade (2,3). A aquisição com recursos da própria família é economicamente inviável nos países pobres, visto consumir entre 20% e 70% do seu orçamento (2). Assim, nestes casos, não há alternativa a não ser prover todos os medicamentos essenciais, bem como promover o seu uso de forma racional (2). Além disso, o sucesso do tratamento depende de iniciá-lo tão logo o diagnóstico seja estabelecido, o que implica administrar a primeira dose ao final da consulta ainda nos serviços de saúde (3). Com isso, via de regra, o tratamento instituído não apresenta os efeitos desejados, e os índices de morbimortalidade mantêm-se elevados.

Visando solucionar este problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS), junto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF), criou a estratégia denominada Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (4). Esta estratégia visa, dentre outros, promover o manejo adequado de um grupo de doenças com maior morbimortalidade entre menores de cinco anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, alcançou resultados promissores melhorando o manejo de casos e reduzindo o custo do tratamento (5,6,7). Mas, por variadas razões, esta estratégia acabou não se firmando no país. O fato é que, embora diversos esforços tenham sido feitos pelo governo brasileiro, sobretudo em nível federal no que diz respeito ao aumento da produção e da oferta de medicamentos gratuitos, da facilitação da distribuição, da redução do preço, medicamentos genéricos, entre outras, o problema persiste. Faltam medicamentos essenciais, não raramente a prescrição realizada é inadequada e quase não se dispõe de informação sobre a administração da primeira dose ao final da consulta médica (3,8).

Este estudo teve por objetivo medir a prevalência de prescrição e de administração da primeira dose de medicamento para menores de cinco anos levados à consulta médica por doença nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Rio Grande, RS.

MÉTODOS

O município de Rio Grande possui aproximadamente 200 mil habitantes, dista cerca de 300 km ao sul de Porto Alegre e apresenta PIB *per capita* de R$ 19.700. Sua economia baseia-se na atividade portuária e pesqueira, indústria petroquímica e de fertilizantes. Ocupa a sétima posição em termos de arrecadação de ICMS no estado do Rio Grande do Sul, mas apenas a 29ª posição em termos de desenvolvimento social. O serviço público local de saúde é constituído por dois hospitais, 3 UTIs, sendo duas gerais e uma específica em cardiologia, três ambulatórios e 32 Unidades Básicas de Saúde. A mortalidade infantil em 2009 foi de 16/1000 nascidos vivos. http://www.fee.rs.gov.br, acessado em 19/jun/2010.

Utilizou-se delineamento transversal com mães e médicos, sendo entrevistados uma única vez na Unidade Básica de Saúde (UBS) para onde a criança foi levada à consulta.

A amostra foi constituída por crianças com idade entre 0 e 59 meses levadas à consulta médica por motivo de doença em 16 das 32 UBS de todo o município. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2010. Utilizaram-se os seguintes parâmetros para o cálculo do tamanho da amostra: prevalência de prescrição de algum tipo de medicamento nesta faixa etária de 80% e margem de erro de 5 pontos percentuais. Desta forma, esta amostra deveria incluir pelo menos 246 crianças (9).

Tendo decidido que metade das UBS do município faria parte do estudo, haveria, portanto, necessidade de incluir 16 crianças em cada uma delas (16x16=256), a fim de completar o tamanho de amostra desejado.

Um único tipo de questionário foi aplicado. Com a mãe (ou pessoa que levou a criança à consulta), buscaram-se informações sobre características sociodemográficas (escolaridade e idade) e da criança (sexo e data de nascimento), motivo da consulta, tipo de medicamento prescrito, obtenção de medicamento na UBS onde consultou e se recebeu a primeira dose ainda na UBS. Neste mesmo questionário foi perguntado ao médico sobre o hábito de recomendar a administração da primeira dose de medicamento logo após a consulta.

Dois entrevistadores com experiência neste tipo de estudo foram treinados através da leitura do questionário e do manual de instruções, aplicação de questionários em UBS não incluídas no estudo e posterior discussão com o coordenador do estudo (JAC). Durante o estudo-piloto, 16 entrevistas completas foram realizadas.

Após o sorteio aleatório, uma lista com as UBS a serem incluídas no estudo foi enviada à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, que contatou essas unidades a fim de permitir a realização das entrevistas. Em seguida, obedecendo a um cronograma de visitas previamente estabelecido, as entrevistadoras deslocaram-se individualmente para cada uma das UBS escolhidas. Nesses locais, ao término de cada consulta, aplicavam o questionário a todas as mães e, ao final de cada turno, entrevistavam cada um dos médicos que prestou atendimento à criança.

As questões abertas foram codificadas ao final de cada dia de trabalho pelas próprias entrevistadoras. Em seguida, estes questionários foram entregues à coordenação do estudo para codificação das questões abertas, revisão final e dupla digitação. Estas digitações foram posteriormente comparadas e corrigidas através do programa Epi Info 6.04 (9), enquanto as variáveis foram rotuladas e categorizadas, e as frequências, com suas

respectivas medidas de tendência central e de dispersão, obtidas através do Stata 9.0 (10).

Este protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande, RS. A cada uma das mães foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e a entrevista foi iniciada somente após sua concordância, que implicava sua assinatura neste documento. Uma cópia do TCLE ficou em poder da mãe e a outra era arquivada na FURG.

RESULTADOS

Dentre as 271 crianças menores de cinco anos levadas à consulta médica por motivo de doença, foi possível obter informações sobre 264 (96,4%) delas. Dentre as sete restantes, uma mãe recusou-se a participar do estudo e as demais tiveram, por diversas razões, de deixar a UBS imediatamente após a consulta sem que o questionário pudesse ser aplicado.

A Tabela 1 mostra que 12% das mães entrevistadas eram adolescentes, isto é, possuíam menos de 20 anos de idade, enquanto um terço tinha 30 anos ou mais; 15% haviam completado, no máximo, quatro anos de escolaridade e 42% concluíram o ensino fundamental (9 anos ou mais). Esta mesma tabela mostra ligeiro predomínio de crianças do sexo masculino; um terço de todas as crianças possuía menos de um ano de idade.

TABELA 1 – Características demográficas das mães e das crianças que foram levadas à consulta médica nas Unidades Básicas de Saúde de Rio Grande, RS, 2010.

Variável	Total
Idade da mãe (em anos) (n=237)*	
15 a 19	12%
20 a 24	31%
25 a 29	25%
30 ou mais	32%
Média (desvio-padrão)	26,8 (6,8)
Escolaridade da mãe (em anos) (n=237)*	
1 a 4	15%
5 a 8	43%
9 ou mais	42%
Média (desvio-padrão)	7,1 (3,0)
Sexo da criança	
Masculino	54%
Feminino	46%
Idade da criança (em meses)	
01 a 11,9	35%
12 a 23,9	25%
24 a 35,9	13%
36 a 47,9	16%
48 a 59,9	12%
Média (desvio-padrão) em meses	22,8 (17,6)
Total (n)	100% (264)

Houve 58 diferentes motivos de consulta. Na Tabela 2, é possível verificar que 71% das crianças foram levadas à consulta por pelo menos dois motivos, que podiam ser um sinal (ex.: febre), um sintoma (ex.: tosse) ou um diagnóstico definido (ex.: diarreia). Todos esses diagnósticos foram definidos somente a partir de exame clínico realizado pelo médico. Essa mesma tabela mostra que praticamente metade dos motivos de consulta decorreu de infecção aguda das vias aéreas superiores, sendo o resfriado comum (gripe) o mais frequente.

A Tabela 3 mostra que houve prescrição de pelo menos um medicamento para 83% das crianças e dois ou mais para cerca de dois terços delas. Os medicamentos mais comumente prescritos foram antibióticos (amoxicilina), analgésicos e antipiréticos (paracetamol), seguidos por vitaminas. Um terço deles conseguiu todos os medicamentos prescritos na própria UBS onde consultou; 39% não conseguiram qualquer um dos medicamentos prescritos. Dentre os que conseguiram algum medicamento, para 67% deles faltou pelo menos um medicamento, enquanto para 40% faltaram dois ou mais.

Em relação à recomendação para administração da primeira dose do medicamento ainda na UBS, somente 4% dos médicos disseram fazê-lo sempre, 62% às vezes, enquanto 34% disseram nunca recomendar esta prática. Apenas 4% das crianças incluídas neste estudo receberam a primeira dose do medicamento na UBS imediatamente após a consulta.

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que um terço das consultas foi destinado a crianças menores de um ano; praticamente

TABELA 2 – Principais motivos de consulta médica para menores de cinco anos nas Unidades Básicas de Saúde de Rio Grande, RS, 2010.

Variável	Percentual
Número de motivos de consulta médica	
1	100%
2	69%
3	2%
Principais motivos de consulta	
Resfriado comum/gripe	15%
Tosse	14%
Febre + Tosse	10%
Revisão por doença	9%
Diarreia	4%
Anemia	4%
Alergia	4%
Otite	3%
Orofaringite	3%
Flatulência	3%
Dermatite	3%
Bronquite	2%
Falta de apetite	2%
Helmintíase	2%
Total (n)	100%

TABELA 3 – Prescrição de medicamentos para menores de cinco anos nas Unidades Básicas de Saúde de Rio Grande, RS, 2010.

Variável	Percentual
Medicamentos mais prescritos:	
Antibióticos	22%
Analgésico/antipirético	13%
Complexo vitamínico	8%
Descongestionante nasal	6%
Corticoide sistêmico	6%
Mebendazol	6%
Sulfato ferroso	6%
Antimicótico	5%
Número de medicamentos prescritos	
Nenhum	17%
1	21%
2	29%
3	24%
4	8%
5	1%
Número de medicamentos obtidos na UBS	
Nenhum	39%
1	29%
2	24%
3	8%
4	1%
Diferença entre o número de medicamentos prescritos durante a consulta e medicamentos obtidos na própria UBS	
-4	2%
-3	14%
-2	24%
-1	8%
0 (Obtiveram na UBS todos os medicamentos prescritos)	33%
Total	100% (219)

metade de todas as consultas estava relacionada à infecção das vias aéreas superiores; oito em cada 10 crianças tiveram pelo menos um medicamento prescrito, sendo os antibióticos os mais comuns; a grande maioria das crianças não conseguiu todos os medicamentos recomendados e que a primeira dose foi raramente administrada ao final da consulta.

Ao interpretar esses resultados, é preciso considerar que se trata de um delineamento transversal, logo a situação apresentada reflete tão somente o momento da coleta de dados. Além disso, não é possível garantir padronização de diagnóstico, visto que cada médico usou critérios próprios. Não se pode garantir, por exemplo, que diarreia tenha sido considerada como a ocorrência de três ou mais evacuações de consistência amolecida em um período de 24 horas e na ausência de uso de laxantes, como recomenda a OMS, critério este utilizado pela quase totalidade dos estudos epidemiológicos. Por essa razão, a comparação dos resultados deste estudo com outros, no que se refere à frequência de morbidade, fica comprometida.

Embora representem apenas um quinto da população de menores de cinco anos, crianças com idade entre 0 e 11 meses foram responsáveis neste estudo por um terço de todas as consultas médicas, o que reflete o elevado padrão de morbidade nesta faixa etária. Esse mesmo padrão de morbidade foi observado neste município utilizando-se de amostra domiciliar (11). Isso decorre, em geral, de maior morbidade nos períodos perinatal e neonatal (8). Além disso, o desmame precoce facilita a instalação de doenças, particularmente as de origem infecciosa (12). Neste município, um terço das crianças já havia sido desmamado ao final do terceiro mês de vida (11).

Metade das consultas estava relacionada à infecção das vias aéreas superiores. Essas infecções não somente respondem pela grande maioria das consultas médicas nos primeiros meses de vida, como, também, são as precursoras da quase totalidade das pneumonias, a principal causa de óbitos infantis em todo o mundo. São 1,7 milhão de óbitos anualmente (1). Em Rio Grande, estudo de base domiciliar mostrou que as infecções respiratórias respondem pela maioria das consultas médicas e das hospitalizações entre menores de cinco anos (13). Daí a importância em manejar adequadamente as infecções das vias aéreas superiores, o que nem sempre ocorre (3, 14-17).

Para 83% das crianças, foi prescrito pelo menos um medicamento, sendo os antibióticos os mais comumente recomendados. Estudo conduzido em nove dos 36 municípios mais pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil, também entre menores de cinco anos, mostrou prevalência de prescrição de 94%, estando os antibióticos presentes em 61% das vezes (18).

A utilização de antibióticos tem sido motivo de inúmeras publicações, sobretudo no que diz respeito ao tratamento das infecções respiratórias, que respondem por praticamente metade das consultas médicas em pediatria (3,14-17). Em geral, o que se observa é o uso desnecessário, abusivo, o que acaba por encarecer o custo dos tratamentos e facilitar a resistência bacteriana a diversos antimicrobianos (3,14,15,17). Isso pode ser atribuído à dificuldade em estabelecer diagnóstico preciso, do pouco tempo que o profissional dispõe para atender à demanda, da necessidade mostrada pelo paciente (ou pelo seu acompanhante, no caso a mãe da criança) (19,20).

Somente um terço das crianças conseguiu todos os medicamentos prescritos na mesma UBS onde foram atendidas. Nesse mesmo estudo conduzido em municípios mais pobres, verificou-se que somente 40% das crianças conseguiram gratuitamente todos os medicamentos prescritos no serviço público, mas não necessariamente na UBS para onde foram levadas à consulta (18). Nenhum outro estudo conduzido no Brasil que avaliasse a obtenção de medicamentos para menores de cinco anos foi encontrado. Fica, portanto, evidente a necessidade de aumentar a disponibilidade, pelo menos nesses locais, de medicamentos essenciais à população menor de cinco anos.

A administração da primeira dose de medicamento na UBS foi muito baixa. Tomando por base o uso de antibióticos e assumindo-se que esta prescrição tenha sido correta, somente três em cada 50 crianças receberam esse medicamento ao final da consulta. A administração da primeira dose do medicamento ainda no serviço de saúde imediatamente após a consulta é uma recomendação da OMS, que

a instituiu em inúmeros países através da estratégia AIDPI, inclusive no Brasil, sobretudo na região Nordeste. Nessa região, verificou-se que o manejo de crianças doentes por profissionais treinados em AIDPI foi significativamente maior em relação aos não treinados (72% x 56%); o custo do tratamento por criança atendida na estratégia foi cerca de 60% menor (R$ 13 contra R$ 21 entre os não treinados) (5). Essa diferença pode ser atribuída, basicamente, à menor taxa de hospitalização entre crianças tratadas com base no AIDPI (7). A prescrição correta de antibióticos entre crianças atendidas por profissionais treinados AIDPI nesta região foi 31% maior (67% x 51%) em relação aos não treinados, assim como a administração da primeira dose ainda na UBS foi muito superior (27% x 5%) (6).

Além da garantia constitucional de o cidadão receber do sistema público de saúde brasileiro tratamento adequado e em momento oportuno à sua enfermidade, a administração da primeira dose precocemente assegura o início mais apropriado do tratamento, o que aumenta a possibilidade de sucesso da intervenção e, por conseguinte, reduz a gravidade da doença e o custo das intervenções.

CONCLUSÃO

Parece evidente nas Unidades Básicas de Saúde estudadas a necessidade de aumentar a disponibilidade de medicamentos e de que a administração da primeira dose, qualquer que seja o medicamento, passe a ser norma do serviço, prática constante dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, e uma prerrogativa às crianças enfermas. Isso possibilitará racionalizar o uso de medicamentos, reduzir o custo das intervenções, promover o manejo adequado das doenças e, consequentemente, alcançar maior taxa de sucesso no tratamento instituído, reduzindo assim os índices de morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

1. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, Jha P, Campbell H, Walker CF, Cibulskis R, Eisele T, Liu L, Mathers C; for the Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis.Lancet.2010; 375:1969-1987.
2. World Health Organization. WHO medicines strategy: countries at the core 2004-2007. Geneva: WHO, 2004
3. Benguigui Y. Controle das infecções respiratórias agudas no contexto da estratégia AIDPI nas Américas. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2003;3:25-36.
4. Duke T. Child survival and IMCI: in need of sustained global support. Lancet.2009; 374:361-362.
5. Amorim DG, Adam T, Amaral JJ, Gouws E, Bryce J, Victora CG. Integrated Management of Childhood Illness: efficiency of primary health in Northeast Brazil.Rev Saúde Pública. 2008;42:183-90.
6. Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite AJ, Cunha AL, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil.Cad SaúdePública. 2004;20Suppl 2:S209-19.
7. Adam T, Manzi F, Schellenberg JA, Mgalula L, de Savigny D, Evans DB.. Does the Integrated Management of Childhood Illness cost more than routine care? Results from the United Republic of Tanzania.Bull World Health Organ. 2005;83:369-77.
8. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil, pré-escolar e materna no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2001; 4:3-69. [pubmed/open access]
9. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info, Version 6: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 2002.
10. StataCorp. Stata statistical software: release 7.0. CollegeStation: Stata Corporation; 2001
11. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Horta BL, Ribeiro PRP, D'Avila AC, Santos FM, Martins PB, Brandolt RR. Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. J. Pediatr.2006; 82:437-444.
12. World Health Organization. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding.Geneva: WHO; 2002.
13. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Shehaded I, Chitolina J, Rangel L, Saraiva AO, Oliveira AK. *et al.* Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2002;18:299-305.
14. Cunha AJAL. Manejo de infecções respiratórias agudas em crianças: avaliação em unidades de saúde do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2002; 18:55-61.
15. Nascimento-Carvalho CM. Outpatientantibiotictherapy as predisposingfactor for bacterialresistance: a rational approach toairwayinfections. J. Pediatr. 2006;82(S Supl.):S146-52.
16. Pitrez PMC, Pitrez JLB. Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. J. Pediatr. 2003;79(S Supl. 1):S77-S86.
17. Berquó L, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi AD. Utilização de medicamentos para tratamento de infecções respiratórias na comunidade. Rev. Saúde Pública. 2004;38:358-64.
18. Cesar JA, Gonçalves TS. Saúde e nutrição infantil em áreas pobres do Norte e Nordeste do Brasil: avaliando indicadores e propondo intervenções. Pastoral da Criança/Ministério da Saúde.Curitiba, 2006.
19. Britten N. Patients' demands for pescritpion in primary care. BMJ. 1995;310-1084-5.
20. Macfarlane J, Holmes W. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. BMJ. 1997;315:1211-4.

✉ Endereço para correspondência
Laura Roehe Costa
Rua Manoel Pereira de Almeida, 741/302
96.200-440 – Rio Grande, RS – Brasil
☎ (53) 8104-7389
laurarcosta@hotmail.com

Recebido: 14/2/2013 – Aprovado: 25/3/2013