

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Ivete Terezinha Walter

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PRESCRIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE CODEÍNA E
PARACETAMOL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO
CATARINENSE**

Florianópolis,
Novembro 2019

Ivete Terezinha Walter

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PRESCRIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE CODEÍNA E
PARACETAMOL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO
CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Farmácia,
apresentado a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso
II da Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientador: Prof.: Filipe Carvalho Matheus

Florianópolis,
Novembro 2019

Ivete Terezinha Walter

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PRESCRIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE CODEÍNA E
PARACETAMOL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO
CATARINENSE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Farmácia.

Florianópolis, 22 de Novembro de 2019.

Prof. Dr^a Marení Rocha Farias
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Filipe Carvalho Matheus
Orientador
Instituição CIF- UFSC

Prof^a Dra. Lilian Bernardes
Avaliadora
Instituição CIF/UFSC

Prof^a Rosana Isabel dos Santos
Avaliadora
Instituição CIF/UFSC

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Walter, Ivete Terezinha
Avaliação do perfil de prescrição da associação de codeína
e paracetamol na atenção básica de um município catarinense
/ Ivete Terezinha Walter ; orientador, Filipe Carvalho
Matheus, 2019.
40 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. ACESSO A MEDICAÇÃO. I. Matheus, Filipe
Carvalho . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Farmácia. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a palavra que me guia nesse Universo. Gratidão a Deus por me conceder saúde para chegar ao final dessa jornada. Gratidão pela escolha acertada de um curso que me permite cuidar do outro. Gratidão a família e amigos, de perto de longe, por entender quando recusava um convite de alguma festa para estudar. Gratidão a minha mãe, que mesmo com as suas limitações nunca duvidou que eu chegaria até aqui. Gratidão especial ao meu esposo André, que conheci no meio da vida acadêmica. Ele, que desde o início, me apoiou e não me deixou desistir, mesmo quando o cansaço tomava conta. E por acreditar que posso voar ainda mais alto. Gratidão às minhas patroas, que me permitiram estar em suas casas, por vezes á noite ou final de semana, para fazer suas faxinas. Gratidão a toda equipe da Farmácia da Policlínica de Biguaçu, onde trabalhei na dispensação por 2 anos, em virtude do concurso público que assumi em 2017. Gratidão Adri e Raquel, vocês fizeram a diferença em minha passagem por aí. Rejane, gratidão pelas trocas de horários para que fosse possível a finalização do Curso.

Gratidão a nossa querida secretária do curso de Farmácia, que nunca mediu esforços para encaixar os meus horários e que também nunca desistiu de mim. Gratidão por todo incentivo Rô! Gratidão aos meus colegas de curso, alguns que só tive oportunidade de conviver por um semestre, outros que permaneceram e serão com certeza por toda vida. Gratidão Amanda e Letícia! Gratidão aos professores, pelo aprendizado. Gratidão ao Professor Filipe, que aceitou ser meu orientador, desde o primeiro instante que lhe apresentei a ideia do TCC. Gratidão por todo o empenho e dedicação!

Gratidão a equipe da Farmácia Hospitalar do HU- UFSC, por me receber tão bem nesse final do Curso, quando assumi o concurso como técnica. Gratidão a equipe da Panvel da Palhoça, onde realizei meu estágio final, por entender e aceitar que completasse minhas horas nos horários possíveis. Gratidão a todas as pessoas que se fizeram presentes durante toda minha jornada acadêmica. Gratidão, por finalmente findar essa etapa, mesmo que tenham se percorrido 8 anos. Gratidão por poder estudar numa Universidade Pública, que me permitiu me tornar uma pessoa mais crítica e por todo o empoderamento. Espero poder retribuir de alguma forma o investimento. Sou prova viva de que é possível vir de Escola Pública, do interior, sem condições financeiras, trabalhar e cursar um curso Integral numa Universidade Publica. Não foi tarefa fácil, mas é possível. Por isso, e por tudo que me tornei, só tenho GRATIDÃO.

“Nunca tenha receio daquilo que está por vir. Abrace a incerteza e deixe-se levar por ela. Enfrente-a quando ela desafiar seu coração e sua mente ao longo de seu caminho para a felicidade. Não se arrependa! Mergulhe de cabeça em sua próxima ação. Aproveite cada momento como ele se apresenta, pois você nunca mais terá outro igual. E se acontecer de você perceber que está perdido, apenas respire fundo e recomece... refaça seu trajeto e volte ao lugar mais puro do seu coração, onde vive sua esperança. Ali reencontrará seu caminho”

(Igor C.Achette)

RESUMO

O acesso aos medicamentos é fator importante quando se trata de Saúde Pública. No entanto, a maneira pela qual esse acesso ocorre e como a população faz uso desses medicamentos é fator preocupante. Isso se agrava quando se trata de medicamentos constantes na Portaria nº 344/1998. Esses medicamentos causam frequentemente efeitos adversos graves e podem levar a dependência física e/ou psíquica. Esse trabalho teve como objetivo avaliar o perfil da prescrição das receitas dispensadas contendo a associação de codeína 30mg + paracetamol 500mg, em um município catarinense. A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2019, com busca ativa das receitas contendo essa associação, no acervo físico e prontuários eletrônicos dos pacientes. Esses dados foram computados em uma tabela do Microsoft EXCEL® e tratados de acordo com o objetivo desse trabalho. O trabalho foi aprovado no comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFSC sob número 3.230.301. Foram analisadas 3736 receitas, totalizando 2188 pacientes, uma vez que alguns destes fizeram mais de uma retirada do medicamento no período estudado. Do total de pacientes avaliados, 1414 eram mulheres (65%) e 774 homens (35%). Quanto à origem das receitas, 222 são oriundas da Rede Privada (6%). A prescrição por DCB (denominação comum brasileira) ocorreu em 3531 receitas (94%). Quanto aos profissionais prescritores, 2668 das prescrições foram realizadas por Clínico Geral (71%) e 920 (24%) por Ortopedista. Na maioria das prescrições a posologia adotada foi de 3 vezes ao dia ou 4 vezes ao dia, e o número de comprimidos prescritos predominou entre 30 e 40. Foi analisado também o intervalo de tempo entre a prescrição e a data da dispensação, e verificou-se que 74% das receitas foram retiradas em até 3 dias após a prescrição. Em relação à quantidade de retiradas, 917 mulheres e 553 homens, fizeram apenas uma retirada no período. A prescrição de outros medicamentos além da associação codeína + paracetamol ocorreu em 746 receitas (20%), sendo que em 535 destas houve adição de um medicamento. Considerando que esse medicamento passou a fazer parte da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) em 2014, observou-se um aumento gradativo de pacientes fazendo uso da associação. Em 2014, 744 pacientes receberam a prescrição de codeína + paracetamol. Já em 2015, o quantitativo cresceu para 1503 pacientes, enquanto que a partir de 2016, mais de 2000 pacientes fizeram a retirada anual de tal medicamento. Esse aumento pode ser justificado pela disponibilidade do medicamento no município pesquisado, pelo conhecimento da população *versus* profissionais prescritores a respeito da existência desse medicamento na Rede, bem como, pela possível melhora no acesso aos serviços públicos.

Palavras chave: Uso Racional de Medicamentos; Acesso a Medicamentos; Opioides.

ABSTRACT

Access to medicines is an important factor when it comes to Public Health. However, the manner in which this access occurs and how the population makes use of these drugs is a matter of concern. This is aggravated when it comes to medicines listed in Ordinance No. 344/1998. These medications often cause more serious adverse effects and may lead to physical and / or mental dependence. This study aimed to evaluate the prescription profile of dispensed prescriptions containing the combination of codeine 30mg and acetaminophen 500mg, in a city of Santa Catarina. Data collection took place between May and September 2019, with active search for recipes containing this association, in the physical collection and electronic medical records of patients. These data were computed in a Microsoft EXCEL[®] table and treated according to the purpose of this work. The study was approved by the UFSC Human Research Ethics Committee under number 3,230,301. A total of 3736 prescriptions were analyzed, totaling 2188 patients, as some of them made more than one withdrawal of the drug during the study period. Of the total patients evaluated, 1414 were women (65%) and 774 men (35%). Regarding the source of revenues, 222 come from the Private Network (6%). The prescription by DCB (Common Brazilian Denomination) occurred in 3531 prescriptions (94%). Regarding the prescribing professionals, 2668 of the prescriptions were performed by a General Physician (71%) and 920 (24%) by an Orthopedist. In most prescriptions the dosage adopted was 3 times a day or 4 times a day, and the number of prescribed pills predominated between 30 and 40. It was also analyzed the time interval between the prescription and the dispensation date, where 74% the recipes were withdrawn within 3 days of the prescription. Regarding the number of withdrawals, 917 women and 553 men made only one withdrawal in the period. Prescription of other medications besides codeine + acetaminophen association occurred in 746 prescriptions (20%), and in 535 of these there was the addition of one medication. Considering that this drug became part of REMUME (Municipal List of Essential Medicines) in 2014, there was a gradual increase in patients using the association. In 2014, 744 patients were prescribed codeine and acetaminophen. Already in 2015, the number grew to 1503 patients, while from 2016, more than 2000 patients made the annual withdrawal of such drug. This increase may be explained by the availability of the drug in the researched municipality, the knowledge of the population versus prescribing professionals about the existence of this drug in the Network, as well as the possible improvement in access to public services.

Keywords: Rational Use of Medicines; Access to medicines; Opioids.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de pacientes que retiraram a associação de codeína 30mg+paracetamol 500mg por ano após sua inclusão na REMUME.....	19
Gráfico 2 - Número de Pacientes que utilizaram a associação em relação ao Número de prescrições.....	20
Gráfico 3 - Número de mulheres por faixa etária.....	21
Gráfico 4 - Número de homens por faixa etária.....	22
Gráfico 5 - Origem das prescrições.....	23
Gráfico 6 - Número de profissionais prescritores da associação codeína + paracetamol.....	24
Gráfico 7 - Número de prescrições por DCB.....	25
Gráfico 8 - Perfil de posologia prescrita para a associação codeína+ paracetamol.....	26
Gráfico 9 - Número de Comprimidos.....	27
Gráfico 10 - Intervalo de tempo em dias entre a data da prescrição e da dispensação para a associação codeína+ paracetamol.....	28
Gráfico 11 - Número de retiradas da associação codeína+ paracetamol pelas mulheres.....	29
Gráfico 12 - Número de retiradas da associação codeína+ paracetamol pelos homens.....	30
Gráfico 13 - Outros medicamentos prescritos juntamente com a associação codeína e paracetamol.....	31
Gráfico 14 - Outras Classes de Medicamentos Prescritas.....	32
Gráfico 15 - Outras Classes de Medicamentos Prescritas – 1 retirada.....	33
Gráfico 16 - Outras Classes de Medicamentos Prescritas – 2 retiradas.....	33
Gráfico 17 - Outras Classes de Medicamentos Prescritas –3 retiradas.....	34
Gráfico 18 - Outras Classes de Medicamentos Prescritas – 4 retiradas.....	34
Gráfico 19 - Outras Classes de Medicamentos Prescritas – 5 ou mais retiradas.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES – Anti-inflamatórios não esteroidais

CFE - Conselho Federal de Farmácia

DCB - Denominação Comum Brasileira

DCI - Denominação Comum Internacional

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

OMS - Organização Mundial de Saúde

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SBED - Sociedade Brasileira de estudo da Dor

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

URM - Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3. JUSTIFICATIVA	17
4. METODOLOGIA.....	18
5. RESULTADOS	19
6. DISCUSSÃO	36
7. CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos é fator importante na terapêutica, no que diz respeito ao alívio de sintomas, à cura e à prevenção de doenças. O seu acesso é considerado um direito humano fundamental. No entanto, como o seu uso ocorre é fator preocupante. O modelo biomédico ainda presente no Brasil, incentiva e, muitas vezes intensifica o processo de medicalização (MONTEIRO, 2016). Quando se fala em segurança, em eficácia e em qualidade dos medicamentos é preciso reportar para a definição de Uso Racional de Medicamentos (URM). De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) quando o paciente recebe os medicamentos apropriados para sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade, está ocorrendo o Uso Racional de Medicamentos. No entanto, quando esses critérios não são respeitados, corre-se o risco de ter efeitos adversos inesperados ou não ter o efeito esperado, podendo ocorrer prejuízos ao paciente (CASTRO, 2000; AQUINO, 2007).

Uma pesquisa realizada pelo Data Folha no período de 13 a 20 de março de 2019, em parceria com o Conselho Federal de Farmácia (CFF), apontou que a automedicação é um hábito comum para 77% da população brasileira, considerando os seis meses anteriores à pesquisa. Desses, 47% realiza a automedicação pelo menos uma vez por mês e 25% pelo menos uma vez por semana. Considerando os medicamentos prescritos por um profissional de saúde, 57% dos entrevistados alteraram a dose receitada por vários motivos, como o preço, a sensação de que o medicamento fez mal ou por achar que a doença já foi controlada. Ainda nessa pesquisa, foi detectado que 22% das pessoas que utilizaram medicamentos tinham dúvidas, desde dose e tempo de tratamento a contraindicações, mesmo quando houve prescrição (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2019). A falta de informações completas a respeito da segurança dos fármacos pelos médicos e a indisponibilidade de um sistema que promova a interação entre

todos os procedimentos aos quais determinado paciente é submetido, é fator determinante para que situações como essas ocorram. Outro fator agravante é uma estrutura inadequada dos serviços em atender totalmente a demanda, no que tange ao uso racional de medicamentos. Muitas vezes o mesmo paciente passa por vários profissionais de saúde e nenhum deles têm conhecimento da prescrição do outro, salvo se isso for relatado pelo próprio paciente. Resultados como esses preocupam e justificam a necessidade de um número maior de estudos sobre a utilização de medicamentos. Estes devem incluir desde os indicadores de prescrição e os perfis de fornecimento e consumo, até a avaliação do cuidado farmacêutico prestado. Só assim é possível garantir uma terapêutica eficaz e segura. Mas o sucesso dessa empreitada só será possível com a participação ativa dos pacientes, dos profissionais de saúde, dos legisladores, da indústria, das farmácias comerciais, dos gestores e dos formuladores de políticas públicas (AQUINO, 2007).

Nem mesmo os medicamentos sujeitos a controle especial reportados na Portaria 344/98 escapam desse dilema. Especificamente no caso dos opioides, controlar o uso indevido e excessivo, para assim diminuir os riscos, é considerado um desafio ainda maior, uma vez que essa classe tem alto potencial de gerar dependência (PEREIRA, 2016). Para tanto, a Sociedade Brasileira de estudo da Dor (SBED) compôs um Guia Prático para o tratamento adequado da dor. Esse Guia propõe recomendações aos profissionais sobre o uso de opioides no manejo da dor aguda e crônica, como a indicação, a titulação e sua retirada. Ademais, o guia também informa a respeito da rotação entre essa classe, sobre seu abuso e a dependência, além de efeitos adversos a curto e longo prazo (KRAYCHETE, *et al*, 2013). Essa classe de medicamentos é indicada para o tratamento da dor, de intensidade moderada a intensa. Seu consumo excessivo e/ou inadequado pode causar danos irreparáveis ao indivíduo. Por essa razão, o acompanhamento farmacoterapêutico e o monitoramento da administração, da dosagem e da frequência de uso são fundamentais para minimizar os efeitos indesejados (PEREIRA, 2016).

Para se entender a importância do uso de medicamentos para o tratamento/alívio da dor, é preciso conceituar esse termo, uma vez que a experiência da dor faz parte de qualquer indivíduo, indiferente da intensidade que essa venha a atingir. Em 1979, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu a dor como sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano”. Essa definição é válida até os dias atuais e favoreceu a percepção de que os fatores somáticos (dano tecidual – responsável por uma nocicepção local) não podem ser separados dos fatores psicológicos. Assim foi possível dar origem ao conceito biopsicológico da dor, ou seja, é importante que se defina a dor como uma sensação associada a uma emoção e que isso seja considerado quando a questão de tratamento é abordada. Essa percepção é fundamental para que se obtenha sucesso no alívio da dor, e assim minimizar o sofrimento de quem é acometido por ela (KOPF, 2010).

Considerando que na antiguidade não se dispunha de medicamentos para o controle da dor, naquela época se utilizavam especialmente de rituais mágicos para aliviar o sofrimento. Com poucos recursos efetivamente capazes de aliviar as dores, sejam elas consideradas físicas ou psíquicas, os antigos egípcios, datando de mais de 3.000 a.C, já faziam uso de plantas ou animais para esse fim, como a semente da papoula. Já na era do Cristianismo, o objetivo era a ascensão ao céu para ser perdoado dos pecados e ser livre da dor. Ao longo da História, mesmo sem saber os constituintes químicos, o ópio passou a ser utilizado em várias formulações para alívio da dor. Mas somente em 1803, o farmacêutico alemão Friedrich Wilhelm Sertürner (1783-1806), conseguiu isolar o primeiro alcaloide do ópio: a morfina. Entre 1820 e 1830, a Alemanha e Estados Unidos já assumiam a produção industrial da morfina e as primeiras décadas do seu uso foram consideradas promissoras (KOPF, 2010). No entanto, após a Guerra Civil Americana (1861-1865), começaram a surgir casos de dependência e abuso da morfina, o que deu início as restrições do uso de opioides, a ponto de gerar um medo quanto ao seu uso –

opiofobia. Vale ressaltar que os opioides atualmente são um recurso importante para a melhora na qualidade de vida, pelo alívio da dor. Essa percepção se dá especialmente quando se fala em dor crônica, neuropática aguda e dor oncológica. Mas foi somente no ano 2000, que a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou as diretrizes do controle da dor, que explicam a razão e a urgência do uso dos opioides no controle e manejo da dor (KOPF, 2010; WIERMANN, 2014).

A dor não deve ser considerada apenas uma sensação desagradável. Ela é uma modalidade sensorial complexa constituída por duas categorias: dor inicial rápida e aguda e/ou dor lenta, retardada e moderada de longa duração. Essas diferenças se explicam pela velocidade de propagação dos impulsos nervosos. A dor rápida e aguda ocorre quando o dano tecidual acomete as fibras nervosas de maior diâmetro, que propagam os impulsos nervosos mais rapidamente. Já as fibras nervosas de pequeno diâmetro não mielinizadas conduzem o impulso nervoso de maneira mais lenta, porém, de forma contínua, gerando a sensação de dor retardada e de longa duração (KOPF, 2010). Dessa forma, o tratamento deve consistir em avaliar sua intensidade e o mecanismo fisiopatológico subjacente. Dores intensas não controladas tornam-se emergências médicas e necessitam de intervenção rápida (WIERMANN, 2014). Além disso, o uso racional de medicamentos visa estabelecer a necessidade do uso e a prescrição do medicamento apropriado para assim garantir uma maior eficácia e segurança, além de potencializar a resposta do manejo da dor (AQUINO, 2007).

Em 2013 e em 2014, a SBED, publicou três artigos sobre a recomendação do uso de opioides no Brasil, que incluem tanto o uso geral, como diferentes estratégias para o uso em crianças e em idosos e ainda em situações especiais, como gestação, lactação, dores neuropáticas e muscoesqueléticas. Essas publicações são justificadas pelas inadequações de seu uso na prática clínica e tem por objetivo otimizar os resultados da terapêutica com esses fármacos (KRAYCHETE, D.C., *et al.*, 2013). Assim, é fundamental estimular a pesquisa de

segurança e efetividade e desmitificar a associação inadequada entre adição e dependência aos opioides tanto em serviços privados quanto em serviços públicos de saúde.

O controle e manejo da dor podem ser feitos de diversas formas. É possível diminuir o limiar da dor com recursos não farmacológicos. Essas práticas incluem relaxamento, meditação, massagem, acupuntura, hipnose, entre outras. Para obter resultados promissores, podem e devem ser feitos concomitantemente com o tratamento farmacológico. Outra forma de aliviar e tratar a dor consiste na prática regular e acompanhada de exercícios físicos. No entanto, o tratamento farmacológico é importante ferramenta no tratamento da dor. Dentre as principais classes têm-se os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), o paracetamol, os opioides e os fármacos adjuvantes/neuromoduladores (SILVA e LAS, 2007).

Os opioides têm seu mecanismo de ação explicado pela ligação aos receptores de opioides, localizados na membrana celular dos neurônios, em áreas específicas do sistema nervoso central relacionadas à dor. Quando ocorre a ligação a esses receptores, há uma ativação dos eventos de sinalização intracelular, reduzindo a excitabilidade dos neurônios e conseqüentemente ocorre uma diminuição/inibição da sensação da dor. Dependendo da capacidade de início desses eventos, os opioides são classificados em agonistas completos, parciais ou antagonistas. Os agonistas completos requerem pouca ocupação do receptor para resposta rápida, sendo altamente potentes (fentanil, sulfentanil). Os agonistas parciais são aqueles que têm uma resposta mais baixa, em consequência da necessidade de maior ocupação dos receptores. Já os antagonistas são aqueles que não extraem resposta na ocupação do receptor. Vale lembrar que os efeitos adversos são diretamente proporcionais à potência, à dose e ao tempo de uso do medicamento. Normalmente pacientes que ainda não utilizaram esse tratamento apresentam efeitos adversos agudos como tontura, sedação, náusea e vômitos (KOPF, A; *et al.* 2010). Por essa razão, seu uso deve iniciar de maneira gradativa, com titulação, manejo da dose e efeitos colaterais, além da avaliação do nível da dor, especialmente

nos tratamentos longos. O uso regular tende a diminuir esses primeiros efeitos adversos. No entanto, o aumento da dose pode vir a desencadear depressão respiratória, constipação, prurido, rigidez muscular, tolerância ao efeito analgésico e dependência (KRAYCHETE, D.C., *et al.*, 2013; KRAYCHETE, D.C., *et al.*, 2014).

Considerando a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) do município em estudo, o único opioide presente é a codeína 30mg em associação com o paracetamol 500mg. Esse medicamento é uma associação fixa que combina os efeitos analgésicos da codeína com o paracetamol. Seu uso é indicado em dores moderadas a intensas, especialmente decorrentes de traumas, de pós-operatório, de neuralgias e de lombalgias. Deve ser utilizado com cautela em pessoas com insuficiência hepática e não deve ser utilizado por gestantes e nem por lactantes. Também não há estudos de segurança e de eficácia em crianças menores de 12 anos, por isso seu uso nessa faixa etária não é indicado. A recomendação da rotatividade entre os membros dessa classe é fator importante que justifica a avaliação do uso crônico desse medicamento no município, uma vez que essa rotatividade não ocorre pela falta de opção (KOPF, A., *et al.*, 2010).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Este trabalho tem por objetivo analisar o perfil de prescrição contendo a associação de codeína 30mg + paracetamol 500mg, na rede de atenção básica de um Município da grande Florianópolis, no período de janeiro a dezembro de 2018.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a idade e o sexo dos pacientes.
- Avaliar a repetição de prescrições ao longo dos doze meses de análise.
- Avaliar o tempo entre a prescrição e a dispensação do medicamento.
- Avaliar as prescrições de acordo com as doses, a posologia e a duração do tratamento.
- Identificar as prescrições de acordo com as especialidades médicas.
- Identificar a origem das receitas (Rede privada ou Sistema Público) e prescrição por DCB/DCI. (Denominação Comum Brasileira/ Denominação Comum Internacional).
- Identificar a prescrição de outros medicamentos na mesma consulta.
- Avaliar se houve aumento na dispensação desse medicamento, desde que passou a fazer parte da REMUME.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando as inadequações de uso dos opioides na prática clínica, tanto no Brasil como no mundo e seu uso muitas vezes exacerbado e/ou abusivo, esse estudo é justificável. Além disso, o referido município mantém na sua REMUNE como única opção terapêutica dessa classe, a associação de codeína 30mg + paracetamol 500mg. De acordo com os guias de Tratamento da dor, e da Sociedade Brasileira de estudo da Dor, é importante manter um rodízio entre o uso dos opioides, com o intuito de minimizar os efeitos adversos mais graves e diminuir o risco de dependência/tolerância em tratamentos longos. Outra justificativa para o estudo é que esse rodízio não é uma opção para os usuários na atual conjuntura, sendo importante conhecer esse perfil de prescrição para entender e permitir propor estratégias que melhorem o uso dessa associação. Vale lembrar, no entanto, que para o tratamento da dor não deve ser feito uso exclusivo desses compostos, nem mesmo ser a primeira escolha para tal. Porém, seu uso é fator importante na melhora da qualidade de vida dos pacientes, especialmente quando se fala em dores crônicas e oncológicas.

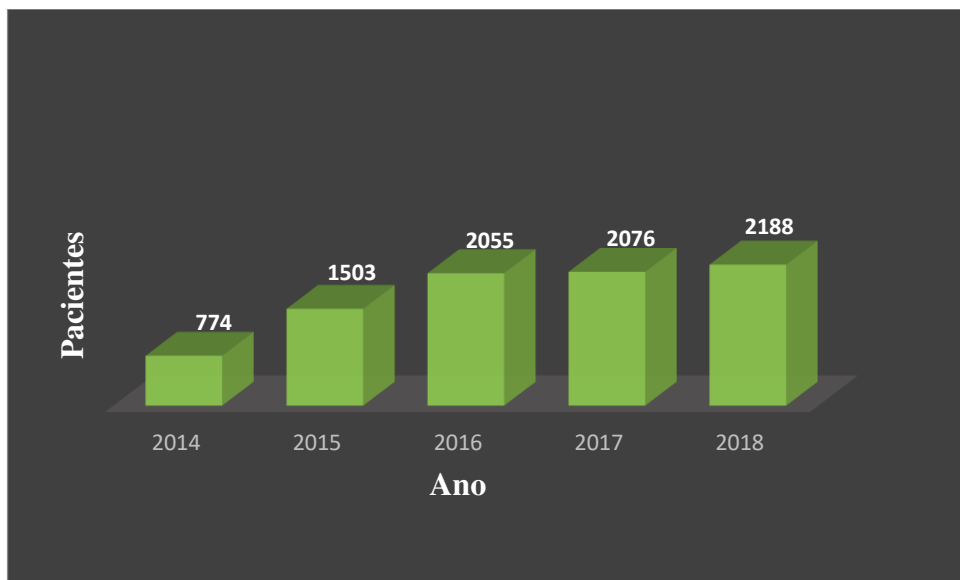
4. METODOLOGIA

A coleta de dados deste trabalho foi realizada entre maio e setembro de 2019, na Secretaria Municipal de Saúde em estudo. Foi acessado o acervo físico e prontuário eletrônico dos pacientes, via Sistema Tríplice de Saúde - Sistema vigente no Município. Ocorreu uma busca ativa das receitas dispensadas entre janeiro e dezembro de 2018, que continham a associação de codeína 30mg e paracetamol 500mg. Os dados coletados foram mantidos em sigilo, quanto ao nome dos pacientes, profissionais prescritores e Unidade de Saúde de Origem. A análise consiste em traçar o perfil dos pacientes, analisando a idade e o sexo, e dos profissionais prescritores. Em relação às prescrições, foram analisadas a origem das receitas (SUS ou Rede Privada), a prescrição por DCB (Denominação Comum Brasileira). Além disso, também foram analisados: o intervalo entre a data da prescrição e a dispensação do medicamento e a existência de mais medicamentos prescritos na mesma consulta. Os dados foram catalogados em uma tabela do Microsoft EXCEL[®], com posterior tratamento estatístico descritivo. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob número de parecer 3.230.301.

5. RESULTADOS

Conforme pode ser observado no Gráfico 1, no ano de 2014, a associação codeína 30mg + paracetamol 500mg foi dispensada para 774 pacientes. Em 2015, foram 1503 pacientes. Já em 2016, foram 2055 pacientes que fizeram a retirada. No ano de 2017 foram contemplados 2076 e em 2018, o total de pacientes atendidos foram 2188.

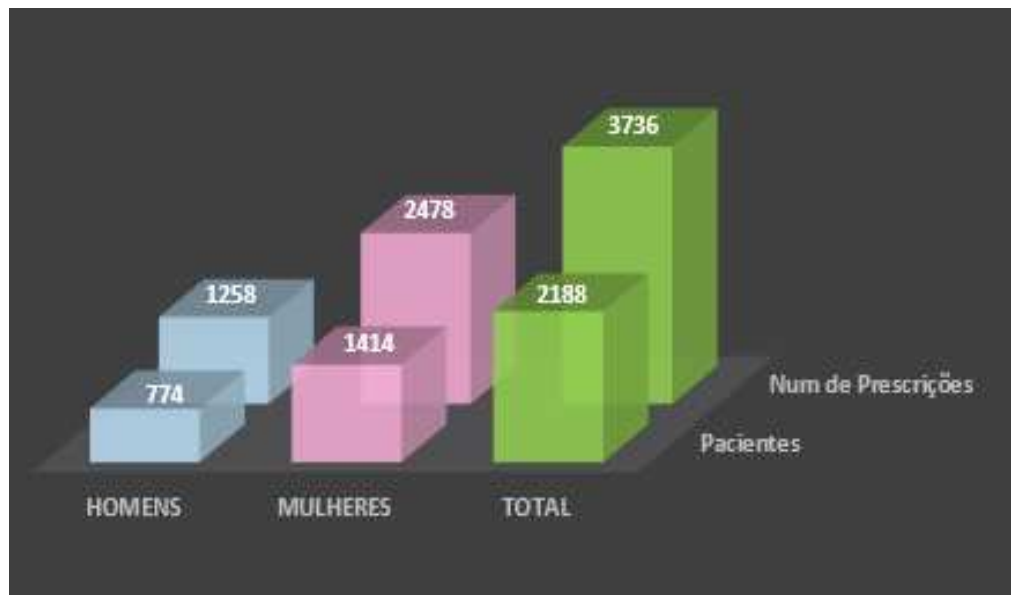
Gráfico 1 - Número de pacientes que retiraram a associação de codeína 30mg+paracetamol 500mg por ano após sua inclusão na REMUME.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Para o estudo atual, foram analisadas 3.736 receitas, as quais totalizaram 2.188 pacientes atendidos no ano de 2018. Isso demonstra que alguns pacientes fizeram mais de uma retirada do medicamento no período de estudo. Desse total de pacientes os dados mostram que 1.414 eram mulheres e 774 eram homens. O número de prescrições para as mulheres totalizou 2.478 e para os homens 1.258 como pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Número de pacientes que utilizaram a associação em relação ao número de prescrições.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Em relação à idade como pode ser observado no gráfico 3, as faixas etárias foram separadas em: menos de 20 anos, entre 20 e 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89 e mais de 90 anos. Dentre as pacientes femininas avaliadas, 23 mulheres possuíam menos de 20 anos; 83 delas entre 20 e 29 anos, 200 entre 30 a 39 anos, 287 entre 40 a 49 anos, 389 entre 50 a 59 anos, 272 entre 60 a 69 anos, 116 entre 70 e 79 anos, 39 entre 80 e 89 anos e 5 possuíam mais de 90 anos.

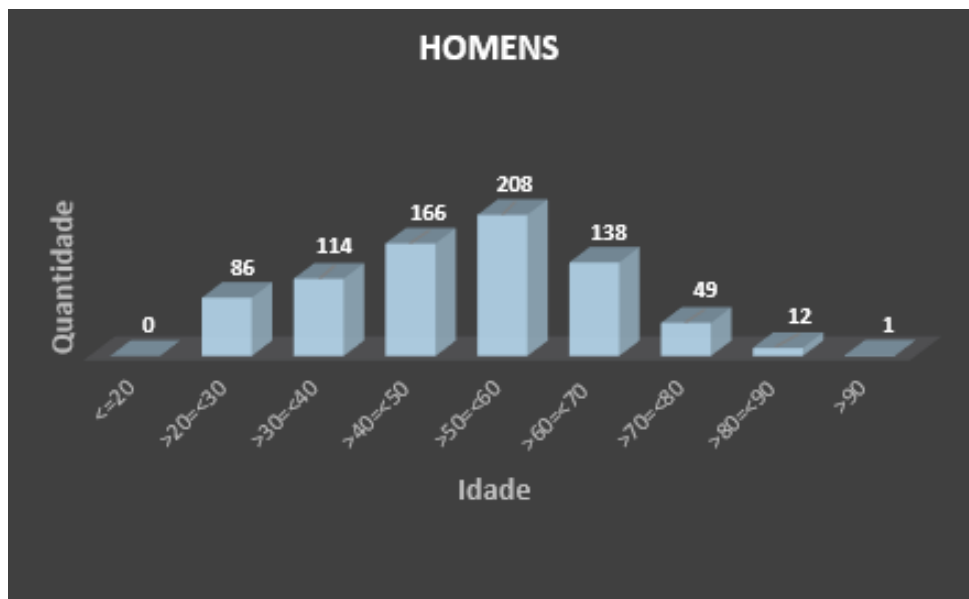
Gráfico 3 - Número de mulheres por faixa etária.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Para os homens, nenhuma retirada foi observada para os menores de 20 anos, 86 possuíam entre 20 e 29 anos, 114 entre 30 e 39, 166 entre 40 a 49 anos, 208 entre 50 a 59 anos, 138 entre 60 a 69, 49 entre 70 e 79 anos, 12 entre 80 e 89 anos e apenas 1 paciente masculino possuía mais de 90 anos.

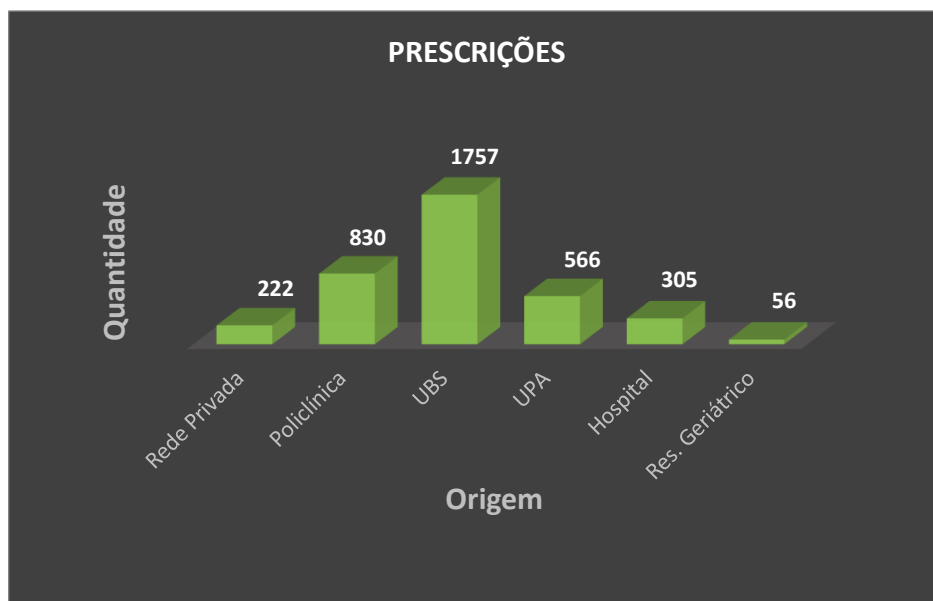
Gráfico 4 - Número de homens por faixa etária.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Quanto à origem das receitas, conforme pode ser observado no Gráfico 5, temos que do total de 3.736, apenas 222 são oriundas da Rede Privada. O restante se dividiu entre UBS (Unidade Básica de Saúde) com 1.757 receitas, seguido da Policlínica com 830, UPA (Unidade de Pronto Atendimento) com 566 receitas, Hospital 305 e 56 receitas de Residencial Geriátrico mantido pelo município.

Gráfico 5 - Origem das prescrições.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Como pode ser observado no Gráfico 6, no que tange a análise dos profissionais prescritores, o estudo demonstrou que 2.668 prescrições foram oriundas de clínico geral, 920 prescrições de ortopedista, 36 prescrições de urologista, 18 de outros e 16 de cirurgião dentista.

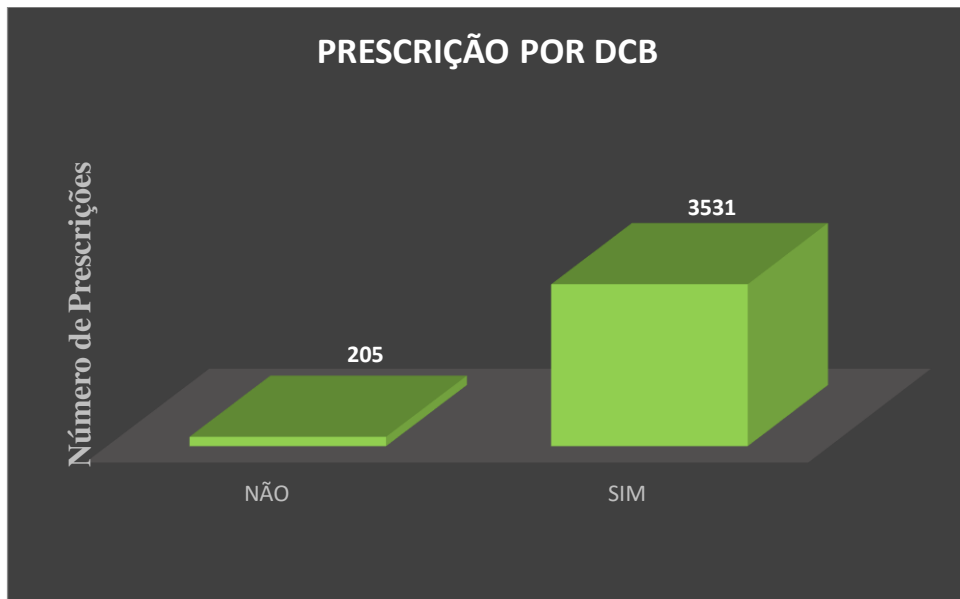
Gráfico 6 - Número de profissionais prescritores da associação codeína + paracetamol.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Em relação à prescrição por DCB, o Gráfico 7 apresenta o seguinte resultado: 3.531 receitas foram prescritas usando a Denominação Comum Brasileira, e apenas 205 não seguiram essa recomendação.

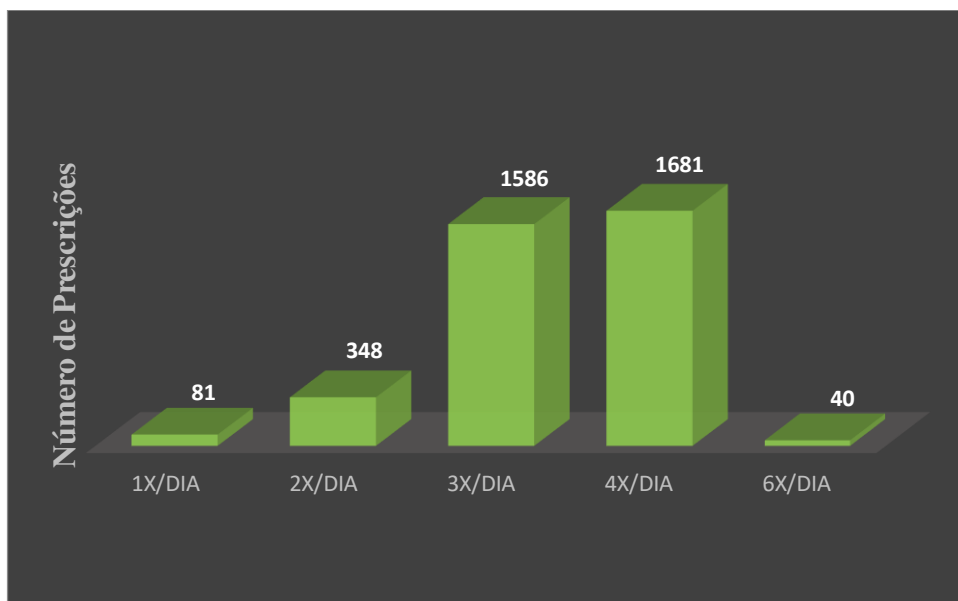
Gráfico 7 - Número de prescrições por DCB.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Como pode ser visualizado no Gráfico 8, o perfil de posologia da associação codeína + paracetamol apresenta-se da seguinte maneira: uso 4 vezes ao dia ocorreu em 1.681 prescrições. Já o uso 3 vezes ao dia foi observado em 1.586 prescrições. 348 prescrições tiveram indicação de uso 2 vezes ao dia, 81 de uso apenas 1 vez ao dia e 40 prescrições tiveram orientação para fazer uso 6 vezes ao dia.

Gráfico 8 - Perfil de posologia prescrita para a associação codeína 30mg+ paracetamol 500mg.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

A quantidade de comprimidos prescritos por receita pode ser observada no Gráfico 9. 1.175 prescrições apresentaram de 30 a 39 comprimidos, 981 prescrições apresentaram de 60 a 69 comprimidos, 827 entre 20 a 29 comprimidos e em 535 entre 10 e 19 comprimidos. Menos de 10 comprimidos ocorreu em 7 prescrições e mais de 100 comprimidos em 74.

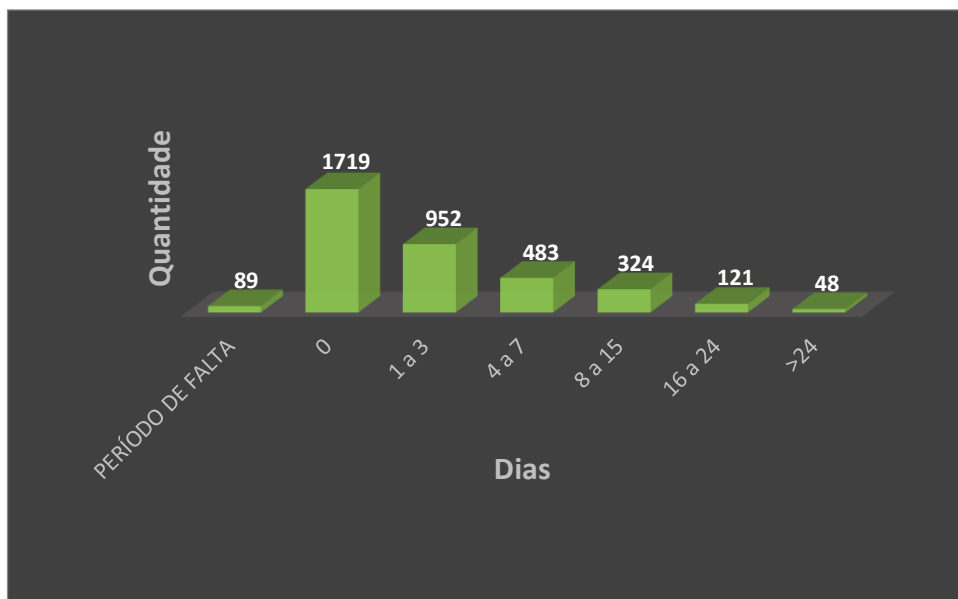
Gráfico 9 - Número de comprimidos da associação codeína 30mg+paracetamol 500mg por prescrição.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

O intervalo de tempo em dias entre a prescrição e a retirada do medicamento foi avaliado considerando-se o período em que não houve desabastecimento da formulação no município e pode ser observado no Gráfico 10. Como entre 01 de janeiro e 22 de março de 2018, ocorreu esse desabastecimento, 89 receitas que haviam sido prescritas até essa data foram excluídas desse tratamento dados. Dessa forma tem-se que 1.719 receitas foram dispensadas no mesmo dia da prescrição. 952 receitas foram dispensadas entre 1 a 3 dias após a prescrição. O intervalo de 4 a 7 dias foi observado em 483 receitas e um intervalo de 8 a 15 dias foi observado em 324 prescrições. Já 121 prescrições tiveram um intervalo entre 16 a 24 dias e 48, acima de 24 dias, considerando até 30 dias.

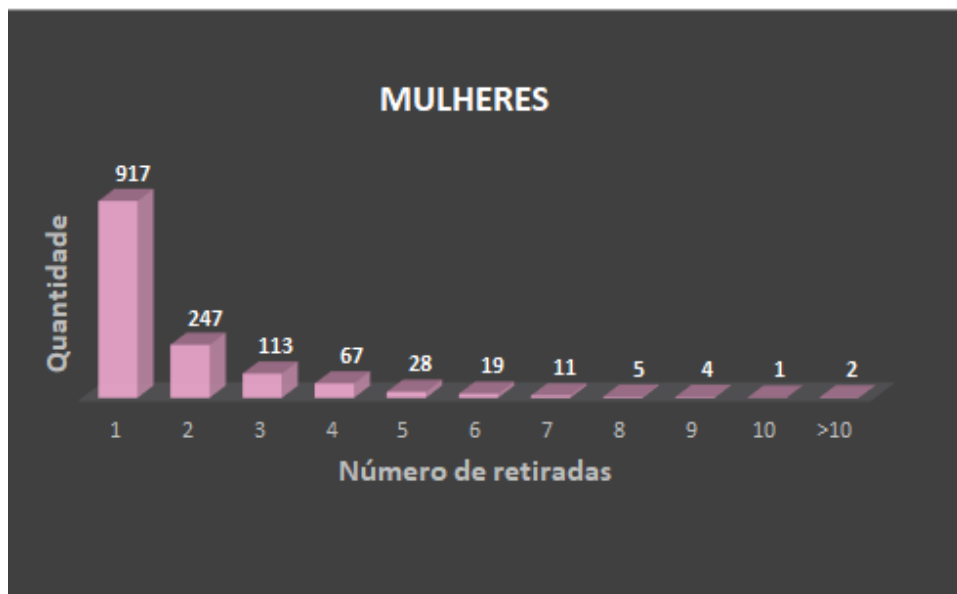
Gráfico 10- Intervalo de tempo em dias entre a data da prescrição e da dispensação para a associação codeína 30mg+ paracetamol 500mg.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Como mencionado anteriormente, alguns pacientes fizeram mais de uma retirada do medicamento no período de estudo, que englobou o ano de 2018. Assim temos que das 1.414 mulheres, 917 retiram o medicamento apenas 1 vez no período. 247 fizeram 2 retiradas, 113 mulheres buscaram o medicamento 3 vezes. De 4 a 8 retiradas foram 130 mulheres. 4 fizeram 9 retiradas, 1 fez 10, e duas mulheres receberam o medicamento mais de 10 vezes, conforme pode ser observado no Gráfico 11.

Gráfico 11 - Número de retiradas da associação codeína 30mg+ paracetamol 500mg pelas mulheres.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Já os homens, conforme pode ser observado no Gráfico 12, apresentaram o seguinte resultado: 553 retiraram apenas uma vez o medicamento no período analisado. 123 fizeram 2 retiradas. Três retiradas foram feitas por 36 homens. Entre 4 e 8 retiradas foram feitas por 57 homens. Três buscaram o medicamento 9 vezes e 10 ou mais retiradas foram feitas por 2 homens.

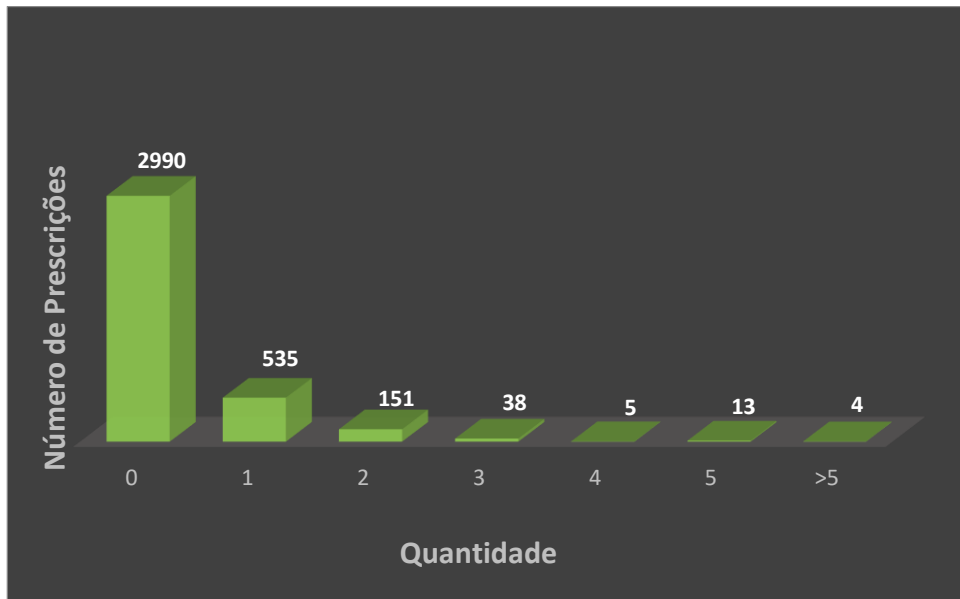
Gráfico 12 - Número de retiradas da associação codeína 30mg+ paracetamol 500mg pelos homens.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Considerando a prescrição de outros medicamentos na mesma receita foram obtidos os seguintes resultados (Gráfico 13): do total de 3.736 receitas dispensadas, em 2.290 não houve a prescrição de outros medicamentos. Em 535 receitas havia 1 medicamento adicional. 2 medicamentos adicionais ocorreram em 151 receitas. Três medicamentos adicionais em 38 receitas. Em 5 receitas havia 4 medicamentos adicionais e 5 ou mais medicamentos prescritos ocorreram em 17 receitas. Em suma, para 746 pacientes houve a prescrição de algum medicamento adicional.

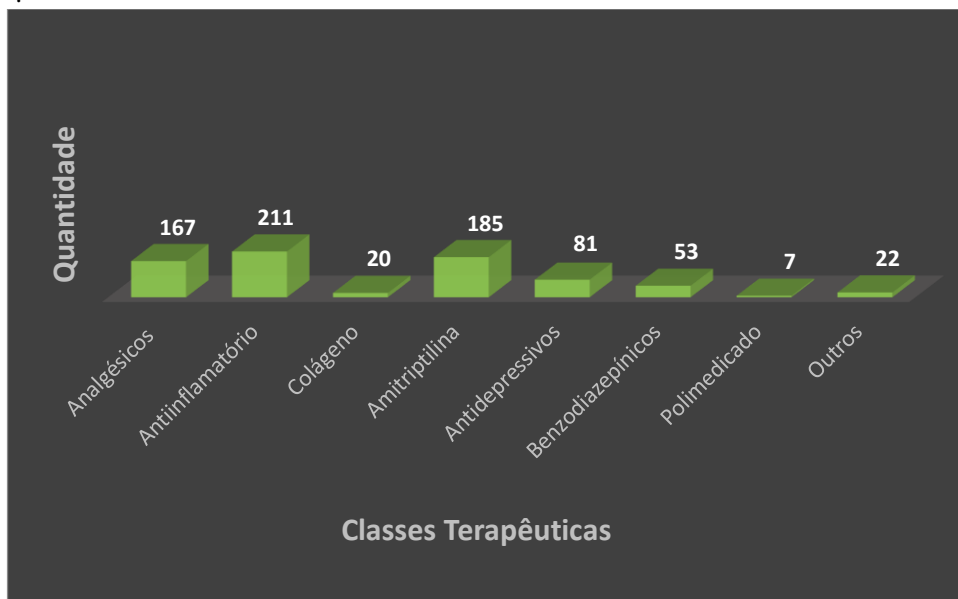
Gráfico 13 – Número de outros medicamentos prescritos juntamente com a associação codeína 30mg+ paracetamol 500mg.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Como pode ser observado no Gráfico 14, 167 pacientes retiraram juntamente com a associação de codeína 30mg + paracetamol 500mg, algum outro analgésico. 211 também retiraram algum anti-inflamatório. Para 20 pacientes houve a prescrição de colágeno. Além disso, 185 tiveram prescritos amitriptilina e para 81 pacientes algum outro antidepressivo. A prescrição de algum benzodiazepínico ocorreu em 53 pacientes. De acordo com a prescrição avaliada, observou-se 7 pacientes polimedicados, considerando mais de 5 outros medicamentos, e 22 pacientes retiraram alguma outra classe medicamentosa.

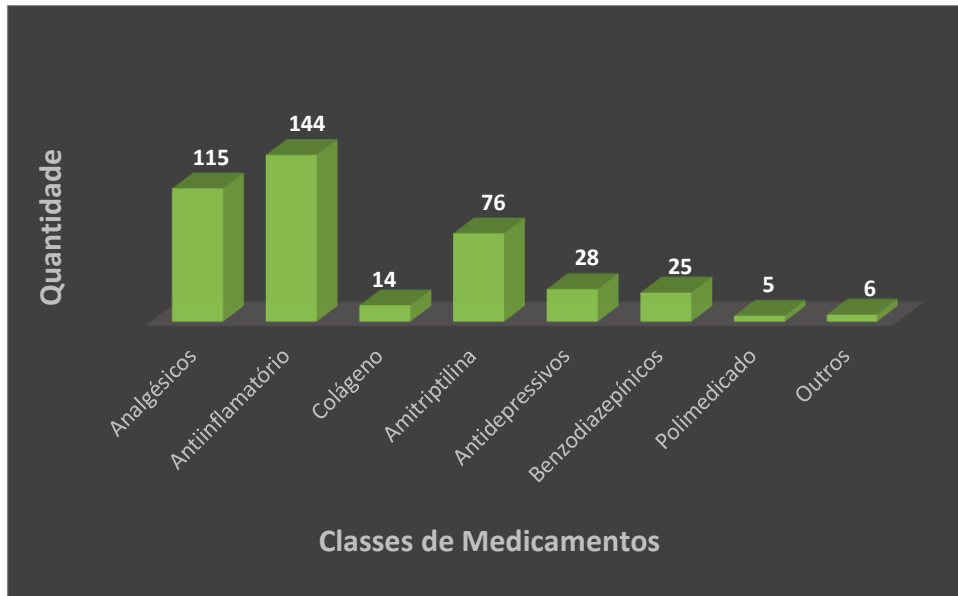
Gráfico 14 - Outros medicamentos prescritos juntamente com a associação de codeína +paracetamol



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

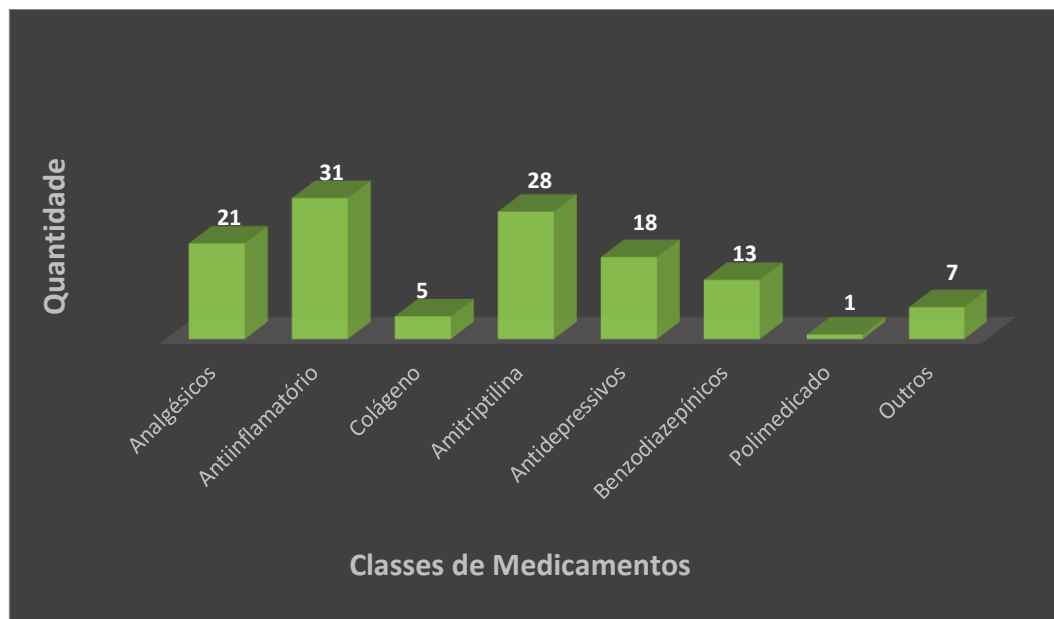
Nos Gráficos 15, 16, 17, 18 e 19 podem ser observados os dados referentes a quantidade presente de outros medicamentos prescritos juntamente com a associação de codeína 30mg+paracetamol 500mg em uma, duas, três, quatro e cinco ou mais retiradas, respectivamente.

Gráfico 15 - Outros medicamentos prescritos juntamente com a associação de codeína 30mg+paracetamol 500mg em uma retirada



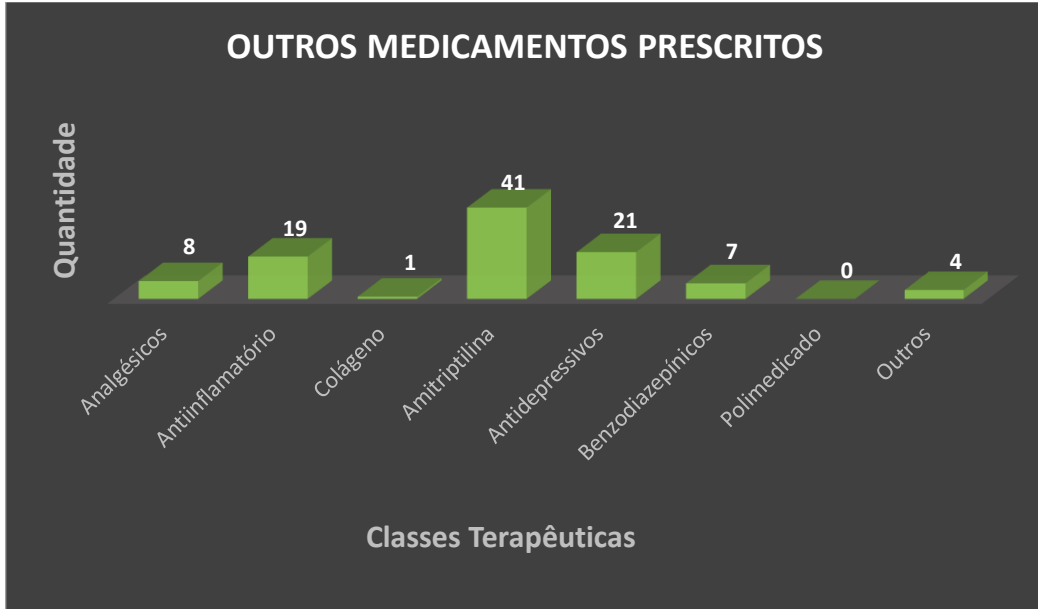
Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Gráfico 16 - Outros medicamentos prescritos juntamente com a associação de codeína 30mg+paracetamol 500mg em duas retiradas



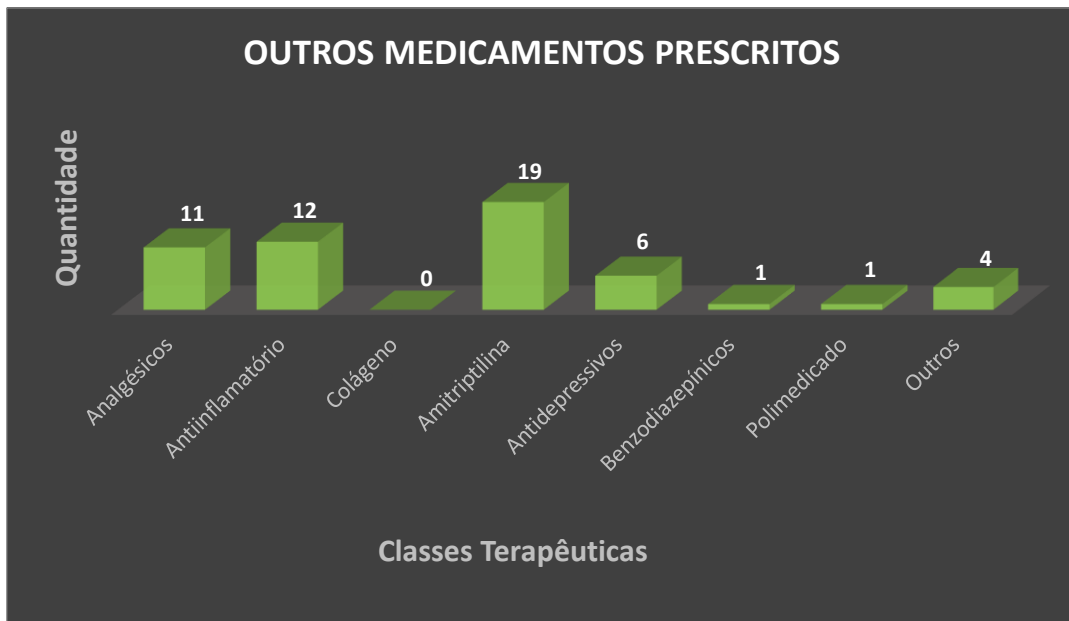
Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Gráfico 17 - Outros medicamentos prescritos juntamente com a associação de codeína 30mg+paracetamol 500mg em três retiradas



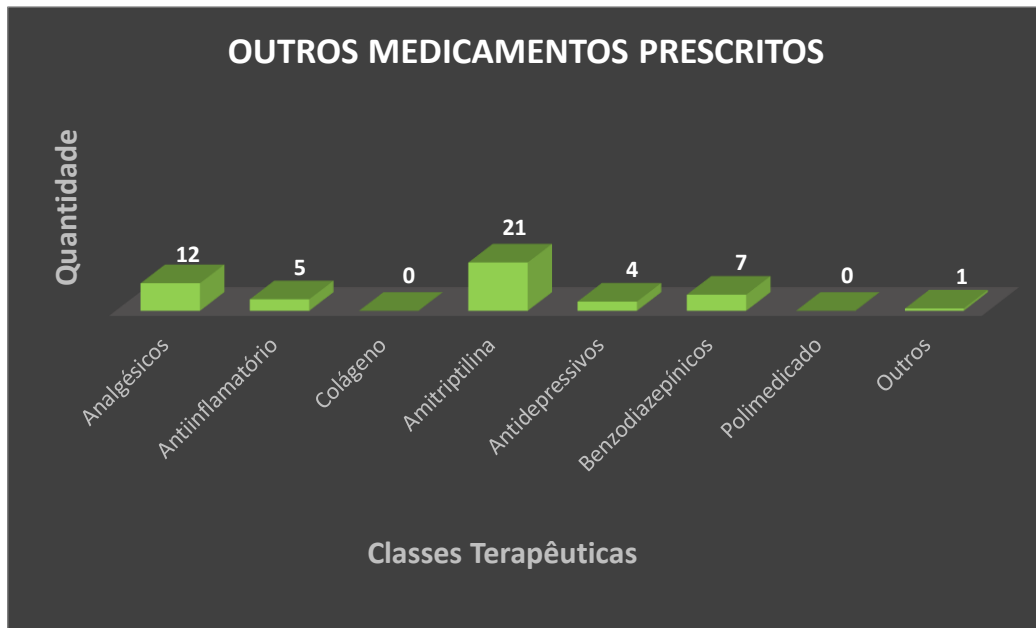
Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Gráfico 18 - Outros medicamentos prescritos juntamente com a associação de codeína 30mg+paracetamol 500mg em quatro retiradas



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

Gráfico 19 - Outros medicamentos prescritos juntamente com a associação de codeína 30mg+paracetamol 500mg em cinco ou mais retiradas.



Fonte: WALTER, Ivete Terezinha, 2019.

6. DISCUSSÃO

A dispensação de codeína 30mg + paracetamol 500 passou a fazer parte da REMUME do município estudado em 2014. Como pode ser observado no Gráfico 1, houve um aumento gradativo ao longo desses anos, incluindo o ano de 2018, que é o período base do estudo. Esse aumento pode ser justificado tanto pelo acesso à informação da população sobre a disponibilidade desse medicamento na Rede Municipal, quanto pela melhoria na qualidade e acesso aos serviços públicos. No entanto, é importante ressaltar que o uso de opioides vem aumentando de forma geral também no Brasil, assim como no mundo. Em um estudo publicado em 2018, observou-se um aumento de 465% de vendas, considerando 2009 como o ano inicial do estudo e 2015 como o ano final. Dentre os opioides, a codeína foi o medicamento que obteve um aumento mais significativo, sendo relatado seu aumento em mais de 5 vezes no período do estudo (KRAWCZICK, *et al*, 2018). O aumento de consumo observado na rede privada, associado ao aumento nas dispensações nos serviços de saúde pública, acarreta uma preocupação sobre como está ocorrendo o manejo desses pacientes. É preciso ir além, não basta que a população tenha acesso ao medicamento, é preciso que seu uso seja seguro e que tenha eficácia na resposta ao tratamento. Assim sendo, são fundamentais ações como a Federação Latino Americana de Associações para o Estudo da Dor (FEDELAT), que reuniu, em São Paulo, representantes de vários países da América Latina e líderes de opinião para a confecção de um material sobre medidas necessárias para diminuir o impacto da opiofobia em países em desenvolvimento. Intitulado como *Pain Reports* (já aceito para publicação), tem o intuito de corrigir esse problema através da educação continuada, políticas públicas, criação de receita eletrônica e atendimento multidisciplinar. Além disso, também tem por objetivo a criação de estatísticas, através de estudos populacionais, com o intuito de melhorar o acesso aos opioides de forma segura. Sugere também apoio aos órgãos governamentais na implementação de

políticas que inviabilizem conflitos de interesses entre organizações com fins lucrativos, no que diz respeito as licitações, aquisição e compra de opioides e medicamentos. (GARCIA, *et al*, 2019).

Quando analisadas as receitas *versus* o sexo dos pacientes, pode-se perceber que há uma diferença relativa entre homens e mulheres. Do total de 2.188 pacientes, 64% eram mulheres, e 36% homens. Vários estudos apontam para uma maior prevalência de dor em mulheres. Em um estudo realizado com trabalhadores de uma Universidade Pública, foi detectado que 69,2% das mulheres e 52,2% dos homens referiam dor há pelo menos 6 meses (KRELING, *et al*, 2006). Além disso, a prática do cuidado ainda é, de maneira geral, designada à mulher. Isso pode implicar no comprometimento da saúde e aumentar os riscos de morbimortalidade do homem. Mas apesar disso, ainda se observa a presença reduzida de homens no serviço de atenção primária à saúde. Uma das justificativas apontadas pelos próprios homens é a pouca oferta de serviços públicos à noite e finais de semana, visto que a maioria deles ainda se sente o provedor e acha que não pode ser dispensado do seu trabalho em dia normal para cuidar da própria saúde. No entanto, é importante lembrar que o acesso é dado de maneira igualitária para homens e mulheres, mas o senso comum ainda dá à mulher essa responsabilidade do cuidado (GOMES, 2007).

Quando observado o fator idade, pode-se perceber que a faixa de maior uso desses medicamentos não variou muito entre os sexos. Tanto homens quanto mulheres fizeram maior uso entre 30 e 70 anos, predominando a faixa etária entre 50 e 59 anos, corroborando com dados de um estudo sobre a prevalência da dor em adultos, publicado em 2006, que revelou que o pico de prevalência de dor ocorre entre 30 e 50 anos (KRELING, *et al*, 2006).

Os clínicos gerais foram os profissionais que mais prescreveram essa associação, sendo responsáveis por 71% das prescrições. Esses profissionais atendem nas Unidades Básicas de Saúde e/ou na Unidade de Pronto Atendimento do município. Dentre os pacientes, 24%

obtiveram suas receitas prescritas por Ortopedista, especialidade também presente na Rede de Atenção Básica. Menos de 6% teve sua prescrição feita por algum profissional da Rede Privada. Sendo assim, considerando a indicação determinada pelo Medicamento de Referência: alívio de dores de grau moderado a intenso, como nas decorrentes de traumatismo (entorses, luxações, contusões, distensões, fraturas), pós-operatório, pós-extração dentária, neuralgia, lombalgia, dores de origem articular e condições similares, já era esperado que as prescrições fossem provenientes de diferentes especialidades médicas (ANVISA, 2019).

Em relação à prescrição por DCB, observou-se que 94% dos prescritores optaram por utilizar essa nomenclatura. Em paralelo, ressalta-se que o quantitativo contempla quase 100% das prescrições feitas por profissionais da Rede de Atenção Básica do município. No que diz respeito ao uso da Denominação Comum Brasileira, o alto índice de prescrição com tal informação corrobora com o previsto na Resolução – RDC N°51, de 15 de agosto de 2007, Art. 3º, que determina que: *“No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as prescrições pelo profissional responsável adotarão, obrigatoriamente, a Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)”*.

Para a análise do intervalo de dias entre a data da prescrição e a data da dispensa do medicamento, considerou-se que o paciente poderia estar sendo atendido na Policlínica. Nesse caso, a retirada do medicamento poderia ser feita logo após a consulta. No caso de o atendimento ser realizado na UBS ou UPA, o paciente precisa se deslocar até a Policlínica para ter acesso ao medicamento. Nessa situação, foi considerado que a retirada poderia vir a ocorrer em até 3 dias após a prescrição, uma vez que a dispensação ocorre de segunda a sexta das 07:00h às 19:00h. Ainda, entre 01 de janeiro e 22 de março de 2018 houve desabastecimento desse medicamento no município. Dessa forma, 86 receitas não foram analisadas nesse quesito, visto que o intervalo poderia não ser fidedigno. Dito isso, considerando que o tratamento deve ser iniciado logo que possível após a prescrição, a depender da gravidade do paciente, pôde-se

perceber um índice relativamente predominante de retirada do medicamento em até 3 dias após a prescrição, computado em 74% dos pacientes avaliados. Logo, sabendo que o processo de Uso Racional de Medicamentos (URM) compreende a prescrição apropriada e disponibilidade tempestiva, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado pelo profissional prescritor, reputa-se que a prática tem alcançado cada vez mais pacientes, sobretudo pelo fato de que cerca de $\frac{3}{4}$ dos pacientes avaliados retiraram imediatamente o medicamento, mas não é possível saber se houve adesão ao tratamento. (ROCHA, 2014).

Outro quesito avaliado foi a quantidade de retiradas durante o ano, sendo que 68% dos pacientes fez apenas uma retirada. Duas retiradas por ano ocorreram em 17% dos avaliados e 7% realizam 3 retiradas anuais, ao passo que há casos em que houve 10 retiradas ou mais. Assim, tem-se que mais de 90% dos pacientes fez a retirada em até 3 vezes no período de 12 meses. Por ser um medicamento que não deve ter uso prolongado, a retirada feita apenas uma vez ao ano, indica que o paciente está fazendo uso em uma situação em que possa estar acometido de uma dor aguda. Isso sugere um uso racional desse medicamento pela grande maioria da população do município, considerando apenas o acesso na Rede Municipal, e não a compra feita em Farmácias Comerciais e/ou Drogarias. Os pacientes que fizeram a retirada mais de 9 vezes, por exemplo, deveriam ser avaliados quanto ao tipo de dor e/ou dependência/tolerância do medicamento.

Em relação a outros medicamentos prescritos, esse trabalho não avaliou todos os medicamentos utilizados pelos pacientes, mas sim aqueles prescritos na mesma consulta. Em 2.290 prescrições (62%) não houve adição de outro medicamento. Analisando as prescrições restantes, tem-se que em 71% delas havia apenas um medicamento adicional. Em 20% havia 2 medicamentos. Três ou mais medicamentos estavam prescritos em 9% das receitas avaliadas. Subdividindo em classes, tem-se que a adição de outro analgésico e/ou anti-inflamatório ocorreu em mais de 50% das receitas. Já a adição de algum antidepressivo ocorreu em 35% das

prescrições. Os benzodiazepínicos foram prescritos para cerca de 7% dos pacientes. As terapias adicionais devem ser baseadas na proposta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, em que há diferentes níveis para escolha do tratamento da dor nociceptiva e mista: Degrau 1 - Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes (antidepressivos ou relaxantes musculares); Degrau 2 - Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fracos (codeína) e Degrau 3 - Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fortes. Tal escalonamento explica o quantitativo de prescrições avaliadas que continha a prescrição da associação codeína + paracetamol concomitantemente aos medicamentos antidepressivos tricíclicos ou benzodiazepínicos. Vale ressaltar que dores crônicas podem estar associadas também ao desenvolvimento de depressão, principalmente quando a dor é incapacitante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL 2012).

O manejo da dor pode ser feito com a inserção concomitante de práticas não farmacológicas, mas sempre com supervisão de um profissional de saúde. No entanto o uso de medicamentos se torna fator importante e eficaz na percepção do limiar da dor. É fundamental que seja feito um manejo adequado das classes terapêuticas e/ou doses que devem ser individualizadas para cada paciente. Atualmente, o uso de mais de um agente analgésico tem se mostrado eficaz e tem permitido também a redução dos efeitos adversos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O uso da analgesia multimodal combina diferentes mecanismos e locais de ação, permitindo o alívio e/ou diminuição da dor, a tolerabilidade e diminuição da dose individual de cada fármaco. Desta maneira, a inserção de opioides menos potentes, como a codeína, pode ser uma alternativa. Ademais, sua associação com paracetamol tem se mostrado eficaz no controle de dores crônicas e agudas, porém, seu uso deve ser monitorado para diminuir os riscos de dependência física e/ou psíquica, relacionada ao uso prolongado do opioide. Diante do exposto, como alternativa, pode-se associar à terapia de codeína + paracetamol os chamados medicamentos adjuvantes/neuromoduladores, dentre eles os antidepressivos e relaxantes

musculares. No caso dos antidepressivos, principalmente os tricíclicos, a exemplo dos fármacos amitriptilina, nortriptilina e clomipramina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O controle eficaz do tratamento da dor também está associado com a posologia tempo de tratamento corretos. Na maioria das prescrições, a posologia adotada foi de 1 (um) comprimido três ou quatro vezes ao dia, predominando entre 30 e 40 a quantidade de comprimidos prescrita para todo o tratamento. No caso de dores moderadas, a dose recomendada de codeína 30mg + paracetamol 500mg é de 1 (um) comprimido a cada 4 (quatro) horas, totalizando a concentração de 180mg + 3000mg dos ativos, respectivamente. No entanto, para dores agudas, como em casos de pós-operatório, a dose pode ser ajustada para até 2 (dois) comprimidos a cada 6 (seis) horas. Assim sendo, quando comparadas as doses prescritas com a dose diária máxima para adultos estabelecida pelo medicamento de referência (Tylex[®]): 240 mg de codeína e 4000 mg de paracetamol, em um período de 24 horas, pode-se considerar que mesmo em casos de dor aguda, a recomendação obedece ao determinado como posologia para a associação (ANVISA, 2019).

7. CONCLUSÃO

O manejo adequado da dor e o acesso de medicamentos para tal fim, é fator fundamental no que diz respeito a promoção e manutenção da saúde. Aliado a terapia medicamentosa, que pode incluir analgésicos não esteroidais (AINES), opioides e adjuvantes, como antidepressivos e benzodiazepínicos, é importante que se tenha um acompanhamento multiprofissional. Além disso, por vezes a equipe de saúde pode incluir de forma segura e acompanhada exercícios físicos que diminuam o limiar da dor, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes.

No que diz respeito ao uso de opioides é preciso um olhar mais atento, visto que seu uso inadequado pode gerar graves problemas. Além disso, dependendo de como o uso ocorre, o medicamento pode não ter ação esperada e não ocorrer alívio da dor. Nesse caso, é provável que o paciente se automedique com outros medicamentos e/ou descontinue o uso do medicamento prescritos.

Dessa forma, dados os resultados apresentados o acompanhamento farmacoterapêutico se faz necessário, pois pode diminuir em muito os riscos e os efeitos adversos dessa classe medicamentosa. Ainda, a criação de políticas públicas que favoreçam o acesso e o uso racional e seguro são mecanismos fundamentais para evitar danos aos pacientes. Os dados sugerem que a prescrição e a dispensação da associação codeína 30mg+paracetamol estejam seguindo um padrão em direção ao acesso e ao uso racional no município analisado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Tylex: fosfato de codeína e paracetamol. Marcos R. Pereira. São Paulo: Janssen-Cilag, 2019. **Bula de medicamento.**

AQUINO, Daniela Silva de. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade.** Departamento de Farmácia, Faculdades Integradas da Vitória de Santo Antão, 2007.

CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osório de. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA: **Uso de medicamentos.** Pesquisa Data Folha, abril 2019. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=5267&titulo=Quase+metade+dos+brasileiros+que+usaram+medicamentos+nos+%C3%BAltimos+seis+meses+se+automedicou+at%C3%A9+uma+vez+por+m%C3%AAs>>. Acesso em: 20/05/2019.

GARCIA, *et al.* **Latin American Pain Federation position paper on appropriate opioid use in pain management.** 2019.

GOMES, R; *et al.* **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

KOPF, A; *et al.* **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos.** Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2010.

KRAWCZICK, *et al.* Trends of Prescription Opioid Sales in Contemporary Brazil, 2009-2015. **American Journal of Public Health**, v. 108, n.50, p. 666-668, mai 2018.

KRAYCHETE, D.C., *et al.* Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte I. **Rev Dor.** São Paulo, 2013 out-dez.

KRAYCHETE, D.C., *et al.* Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte II. **Rev Dor.** São Paulo, 2014. jan-mar.

KRAYCHETE, D.C., *et al.* Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte III. **Rev Dor.** São Paulo, 2014. Abr – jun.

KRAYCHETE, D.C., *et al.* Uso adequado de opioide e a posição da Federação Latino Americana de Associações para o Estudo da Dor. **BrJP**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 99-100, abr-jun 2019.

KRELING, *et al.* Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev Bras Enferm**. 2006 jul-ago; 59(4): 509-13.

KORFF, *et al.* **Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation**. *Pain*, v. 40, n. 3, p. 279-91, mar 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Dor Crônica. 2012.

MONTEIRO, Elis Roberta; LACERDA, Josimare Telino de. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 101-116, out- dez 2016.

PEREIRA, Mariana de Moura; ANDRADE, Letycia de Paiva; TAK, Juliana. Evolução do uso abusivo de derivados de ópio. **Saúde, Ética & Justiça**. 2016.

ROCHA, A. L. R. **Uso Racional de Medicamentos**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 50p. Abr 2014.

SILVA, José Canas da; LAS, Vera. Dor em Reumatologia. **Permanyer**, Portugal, 2007.

WIERMANN, E.G., *et al* Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 10, out- dez 2014.