



**DEPARTAMENTO DE ENSINO, INVESTIGAÇÃO E PRODUÇÃO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE**

LICENCIATURA EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

BERNARDO BARTOLOMEU ANTÓNIO

**CRIAÇÃO DE UM GUIA TERAPÊUTICO DE ACTUALIZAÇÃO PARA
PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NO SERVIÇO DE MEDICINA
MULHER NO HOSPITAL GERAL DO HUAMBO**

CAÁLA, 2024

BERNARDO BARTOLOMEU ANTÓNIO

**CRIAÇÃO DE UM GUIA TERAPÊUTICO DE ACTUALIZAÇÃO PARA
PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NO SERVIÇO DE MEDICINA
MULHER NO HOSPITAL GERAL DO HUAMBO.**

Projecto de fim de curso, apresentado ao Departamento de Ensino investigação e Produção de ciências da Saúde do Instituto Superior Politécnico da Caála como requisito parcial para obtenção do grau de licenciatura em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Belkis Pedroso Jacobo MSc

Dedico este trabalho aos meus pais, Agostinho
António Da Conceição, Augusta Francisco
Wandi e Beatriz N.Bailundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar perseverança durante toda a minha vida.

Gratidão pelos meus pais, sua presença e amor incondicional na minha vida sempre. Esta monografia é a prova de que os esforços deles pela minha educação não foram em vão e valeram a pena.

Aos meus irmãos Simão Kalungo, Zeferino Vida e Bartolomeu Muhongo, pela amizade e atenção dedicada quando sempre precisei.

Aos meus professores, Dr. André Pedro Neto, Dra. Beatriz, Dra. Cristina B.Vasco, pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo.

A todos os meus amigos, especialmente Madalena Bartolomeu, Olívia Maria B. Bongo, pelo apoio moral e dedicação ao longo da minha formação.

Também quero agradecer a minha orientadora, a Universidade ISPI Caála, e o seu corpo docente que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino.

RESUMO

O presente estudo teve como objectivo criar um guia terapêutico de actualização para a prescrição de antibióticos no serviço de medicina mulher no Hospital Geral do Huambo. O estudo é do tipo descritivo, com abordagens qualitativa, pois descreveu os principais antibióticos utilizados e as principais patologias infecciosas no serviço de medicina mulher, assim procurou-se aferir por meio de questionário a necessidade de se implementar um guia terapêutico de actualização para a prescrição de antibióticos no serviço de medicina mulher. Os inquiridos foram submetidos a uma entrevista por meio de um questionário semi-estruturado que decorreu entre os meses de junho a julho de 2024, a população foi composta por 70 questionarios, dos quais 36 foram validados, permitindo a obtenção de informações relevantes sobre a prescrição dos antibióticos. Os antibióticos são substâncias sintéticas ou naturais que podem agir sobre as bactérias, inibir seu crescimento ou causar sua morte. Com sua descoberta no século XX, o número de mortes por microrganismos foi reduzido, melhorando a qualidade de vida da população, pois muitas mortes podem ser evitadas. A má prescrição é um dos principais factores de resistência bacteriana. Portanto, o papel do farmacêutico é promover o uso racional de antibióticos, razão mais útil para realização da pesquisa.

Palavras-chave: Guia Terapêutico, Prescrição de Antibióticos.

ABSTRACT

This study aimed to create an updated therapeutic guide for antibiotic prescription in the Women's Medicine Department at Huambo General Hospital. The study is descriptive and qualitative in nature, as it described the main antibiotics used and the primary infectious pathologies in the Women's Medicine Department. It also sought to assess through a questionnaire the need for implementing an updated therapeutic guide for antibiotic prescription in this department. Participants were interviewed using a semi-structured questionnaire conducted from June to July 2024. The population comprised 70 questionnaires, of which 36 were validated, providing relevant information about antibiotic prescription. Antibiotics are synthetic or natural substances that can act on bacteria, inhibit their growth, or cause their death. Their discovery in the 20th century significantly reduced deaths caused by microorganisms, improving the quality of life as many deaths could be prevented. Improper prescription is one of the main factors leading to bacterial resistance. Therefore, the role of the pharmacist is to promote the rational use of antibiotics, which underscores the importance of conducting this research.

Keywords: Therapeutic Guide, Antibiotic Prescription.

LISTA DE SIGLA E ABREVIATURA

ATB- Antibióticos

ATC-Falta de teste de sensibilidade

β -lct - β -lactâmicos

CACT -Cloranfenicol- acetil-transferase

CIM - Concentração Inibitória mínima

CAPD- Diálise peritoneal ambulatorial continua

DCE- Depuração de creatinina endógena

DPI- Diálise peritoneal intermetente

DNA - Ácido desoxirribonucleico

ECA-Efeito colaterais dos antibioticos

FAA-Falta acesso aos antibiogramas

FDC-Falta de diretrizes clara

HGH - Hospital geral do Huambo

HVVC- Hemodiálise continua venovenosa

HAVC- Hemodiálise continua arteriovenosa

OMS: Organização mundial da Saúde

PABA - Aminobenzóico

PBP: Proteína de ligação à penicilina

RNA - Ácido ribonucleico

RAM-Resistência Antimicrobiana

RB- resistência bacteriana

ROPREMA- Ruptura prematura de membrana

TA- Temperatura ambiente

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto ao género e a faixa etária	38
Tabela 2 - Interesse em um guia terapêutico actualizado para prescrição de antibióticos	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo de serviço	40
Gráfico 2 - A função no hospital geral do Huambo	40
Gráfico 3 - Tempo de frequência na prescrição de antibiótico	41
Gráfico 4 - Problemas que se enfrenta na prescrição de antibiótico	41
Gráfico 5 - As informações que deve estar incluída neste guia terapêutico	42
Gráfico 6 - Forma de disponibilizar este guia	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização Da Problemática	13
1.2	Objetivos	13
1.2.1	Geral	13
1.2.2	Objetivos Específicos	13
1.3	Contribuição Do Trabalho	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	Historia dos antibióticos	14
2.2	Classificação E Mecanismos De Acção Dos Antibióticos	16
2.3	Antibioticos mais utilizados na secção de medicina	19
2.4	Guia de orientação para prescrição dos antibióticos	19
2.5	As patologias mais frequentes na secção na medicina mulher	33
3	MATERIAIS E MÉTODOS	34
3.1	Caracterização do local de estudo	34
3.1.1	Localização geográfica e área que ocupa	34
3.1.2	Meio circundante	34
3.1.3	Vias de acesso e comunicações	35
3.1.4	Área de captação de doentes	35
3.1.5	Estado de conservação	35
3.2	População e amostra	35
3.3	Crítérios de inclusão e exclusão	36
3.4	Metodologia	36
3.5.1	Validação e Consenso	36
3.5.2	Implementação e Avaliação	36
3.5.3	Atualização Contínua	36
3.6	Aspectos éticos	37
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38

4.1	Representatividade da amostra quanto ao género e a idade -----	38
5	PROPOSTA DA SOLUÇÃO-----	44
5.1	Caracterização da Proposta -----	44
5.2	Objetivo da Proposta-----	44
5.3	Metodologia para Criar o Guia: -----	44
5.4	Informações a serem Incluídas no Guia -----	44
5.6	Estudo Preliminar-----	45
5.7	Viabilidade-----	45
5.8	Recursos Humanos -----	45
5.9	Orçamento -----	45
5.10	Aspectos Legais-----	45
6.	CONCLUSÕES -----	46
	RECOMENDAÇÕES-----	47
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	48
	APÊNDICES -----	51

1 INTRODUÇÃO

Em 1928, Fleming fez a descoberta do poder bactericida de um fungo *Penicillium* que crescia numa placa de Petri esquecida. A utilização de medicamentos modernos para tratar infecções teve início em 1936, com a utilização clínica da sulfamida no corpo humano. Existe a crença de que a combinação da vacinação, desinfecção e antibióticos irá eventualmente eliminar por completo a ameaça das epidemias (TORTORA et al., 2016).

Num estudo conduzido pelo médico Alexander Fleming, um acontecimento crucial para a humanidade ocorreu de forma acidental. Enquanto analisava uma cultura de bactérias do género *Staphylococcus*, Fleming notou que uma das suas amostras estava contaminada com mofo, posteriormente identificado como pertencente ao género *Penicilina*. Este mofo havia provocado a morte das bactérias através de uma substância que liberava, mais tarde identificada por Fleming como *Penicilina*. Além deste importante descoberto, o médico observou que muitas das estirpes bacterianas que infectavam os seres humanos naquela época podiam ser inibidas por esta substância, que não apresentava toxicidade para o homem (GARCIA & COMARELLA, 2021).

Devido à grande importância farmacológica da penicilina, houve um aumento no seu uso sem restrições, não se limitando apenas ao tratamento de infecções. Naquela época, as pessoas começaram a empregar essa substância para aliviar dores de dente, dores de cabeça e febre, o que contribuiu diretamente para o surgimento de resistência em muitas cepas. Assim, microrganismos produtores de penicilinas altamente resistentes aos tratamentos emergiram como resultado dessas práticas (OLIVEIRA et al., 2020).

Os antibióticos são compostos com a habilidade de interromper o desenvolvimento ou eliminar microorganismos, podendo ser originados por bactérias, fungos ou de maneira sintética. O objetivo primordial de um antibiótico é prevenir ou tratar uma infecção, reduzindo ou eliminando os organismos prejudiciais e, se possível, preservando a germoplasma da microbiota normal. Dessa forma, é crucial conhecer os micróbios responsáveis pela infecção a ser tratada. Em outras palavras, o termo agente antimicrobiano abrange todas as substâncias químicas ativas contra diversos microrganismos, onde os antibióticos ou agentes antibacterianos atuam nas bactérias, os antivirais combatem os vírus, os antifúngicos lidam com os fungos, e os antiparasitários têm efeito nos parasitas (STRAUB, 2014).

1.1 Contextualização Da Problemática

A falta de actualização por parte dos médicos facilita o aumento da resistência de micro-organismos, comprometendo assim a eficácia do tratamento.

1.2 Objectivos

1.2.1 Geral

Criar um guia terapêutico de actualização para a prescrição de antibióticos no Serviço de Medicina Mulher no Hospital Geral do Huambo.

1.2.2 Objectivos Específicos

- 1) Conhecer as principais patologias infecciosas no serviço de Medicina Mulher
- 2) Identificar os antibióticos mais utilizados no Serviço de Medicina Mulher
- 3) Elaborar um guia terapêutico de actualização de antibióticos no Serviço de Medicina Mulher.

1.3 Contribuição Do Trabalho

O guia de actualização dos antibióticos voltados aos médicos para melhorar a prescrição dos antibióticos a pacientes internados no serviço de medicina mulher no Hospital Geral Huambo no período de Outubro de 2023 a Julho de 2024.

Razão mais útil para a escolha do referido tema na necessidade de se aprofundar mais no estudo da actualização dos antibióticos na secção de medicina mulher no Hospital Geral do Huambo, visto que muito pouco se fala acerca deste guia.

Esta pesquisa visa elaborar um guia de apoio que possa contribuir de forma satisfatória no melhoramento da prescrição dos antibióticos no Hospital Geral Huambo, e que servirá de consulta dos diversos profissionais na área da saúde e pessoas singulares que desejam saber mais sobre a prescrição dos antibióticos nos pacientes internados na secção de medicina mulher em Angola em particular no Huambo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 História dos antibióticos

Em 1928, Fleming fez a descoberta do poder bactericida de um fungo *Penicillium* que crescia numa placa de Petri esquecida. A utilização de medicamentos modernos para tratar infecções teve início em 1936, com a utilização clínica da sulfamida no corpo humano. Existe a crença de que a combinação da vacinação, desinfecção e antibióticos irá eventualmente eliminar por completo a ameaça das epidemias (TORTORA et al., 2016).

Num estudo conduzido pelo médico Alexander Fleming, um acontecimento crucial para a humanidade ocorreu de forma acidental. Enquanto analisava uma cultura de bactérias do género *Staphylococcus*, Fleming notou que uma das suas amostras estava contaminada com mofo, posteriormente identificado como pertencente ao género *Penicilina*. Este mofo havia provocado a morte das bactérias através de uma substância que liberava, mais tarde identificada por Fleming como *Penicilina*. Além desta importante descoberta, o médico observou que muitas das estirpes bacterianas que infectavam os seres humanos naquela época podiam ser inibidas por esta substância, que não apresentava toxicidade para o homem (GARCIA & COMARELLA, 2021).

Devido à grande importância farmacológica da penicilina, houve um aumento no seu uso sem restrições, não se limitando apenas ao tratamento de infecções. Naquela época, as pessoas começaram a empregar essa substância para aliviar dores de dente, dores de cabeça e febre, o que contribuiu diretamente para o surgimento de resistência em muitas cepas. Assim, microrganismos produtores de penicilinas altamente resistentes aos tratamentos emergiram como resultado dessas práticas (OLIVEIRA et al, 2020).

Os antibióticos são compostos com a habilidade de interromper o desenvolvimento ou eliminar microrganismos, podendo ser originados por bactérias e fungos. O objetivo primordial de um antibiótico é prevenir ou tratar uma infecção, reduzindo ou eliminando os organismos patogénicos e, se possível, preservando a germes da microbiota normal. Dessa forma, é crucial conhecer os micróbios responsáveis pela infecção a ser tratada. Em outras palavras, o termo agente antimicrobiano abrange todas as substâncias químicas ativas contra diversos microrganismos, onde os antibióticos ou agentes antibacterianos atuam nas bactérias, os antivirais combatem os vírus, os antifúngicos lidam com os fungos, e os antiparasitários têm efeito nos parasitas (STRAUB, 2014).

Actualmente, é sabido que microrganismos resistentes a múltiplos antibióticos não respondem a nenhum dos antibióticos disponíveis para uso clínico, resultando na fatalidade de pacientes hospitalizados (BRITO & CORDEIRO, 2014).

O emprego de antibióticos constitui um procedimento complexo com diversos fatores determinantes, envolvendo múltiplos atores. Diretrizes adequadas quanto ao tratamento farmacológico, segundo a condição clínica de cada pessoa, representam os pilares para a gestão dos medicamentos. No entanto, é fundamental ressaltar que a prescrição e a utilização de fármacos são influenciadas por aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos (WANNMACHER, 2014).

No ano de 2020, Holm e colaboradores abordaram a importância dos antibióticos, que são substâncias capazes de eliminar ou inibir o crescimento das bactérias, sendo fundamentais no combate às infecções bacterianas. Essa descoberta revolucionou a medicina devido às vidas salvas por meio do tratamento de diversas infecções. Contudo, a utilização indiscriminada dos antibióticos tem levado à resistência bacteriana, constituindo um grave desafio para a saúde pública.

Os antibióticos são classificados como bactericidas e bacteristáticos. No primeiro caso, ele mata a bactéria diretamente. No segundo caso, ele impede que a bactéria se multiplique, permitindo que o próprio sistema imunológico da pessoa infectada elimine a infecção. As bactérias, por outro lado, podem se adaptar e encontrar formas de sobreviver aos efeitos de um antibiótico, tornando-as resistentes. Quanto mais frequentemente usamos um antibiótico, mais provável é que a bactéria desenvolva resistência a ele, principalmente se a dose for menor do que a necessária, se não for tomada exactamente nos horários recomendados ou se o tratamento for interrompido prematuramente (TSUZUKI S, et al., 2020).

A prescrição irracional de Antibióticos (ATB) promove a Resistência Antimicrobiana (RAM), que actualmente é uma das mais sérias ameaças à saúde mundial. O consumo autónomo é um dos principais impulsionadores da RAM, como resultado, a prescrição racional deve ser uma importante estratégia de contra medida. No entanto, em ambientes ambulatoriais e hospitalares, os ATBs são frequentemente prescritos de forma ineficaz para pacientes com múltiplas queixas (CHUA KP, et al., 2019).

Em 1928 o microbiologista Alexander Fleming, descobriu o primeiro antibiótico, a penicilina (classificada como β -lactâmicos), que teve um consumo em larga escala durante a

segunda guerra mundial, sendo utilizada contra estafilococos e estreptococos. Logo, houve uma resistência a essa droga, sendo necessário altas doses cujas concentrações eram inactiváveis sem efeitos de toxicidade (LIMA, FALCÃO, 2022).

Os antibióticos têm capacidade de inibir ou causar a morte de fungos e bactérias, devendo apresentar as etapas de absorção, distribuição, biotransformação e excreção para que os níveis bactericidas no organismo (sangue, tecidos e fluidos) sejam obtidos rapidamente e mantidos por períodos prolongados. Cada antibiótico tem um mecanismo de acção, podendo agir inibindo a síntese de proteínas das bactérias e podem ser classificados segundo sua estrutura e modo de acção (SOUZA, et al 2022).

Os antibióticos são produzidos por microrganismos que fazem a síntese total ou parcial da molécula e nesse caso são concluídos, posteriormente em laboratório (antibióticos semissintéticos). Utilizados para eliminar as bactérias e tratar doenças causadas por elas. (RACHID, ALTERTHUM, 2015).

A penicilina ainda é um dos antibióticos mais vendidos no mundo. Gradualmente, novas classes de antibióticos são desenvolvidas, que se caracterizam por efeitos específicos baseados no tipo de bactéria, na localização e na gravidade da infecção. Com o tempo, a taxa de sobrevivência dos antibióticos após traumas graves, cirurgia, parto e infecções gerais (especialmente infecções respiratórias) aumentou. Portanto, eles têm sido amplamente usados, de modo que os antibióticos se tornaram um dos medicamentos mais vendidos no mundo (NOVARETTI et al., 2014).

2.2 Classificação E Mecanismos De Acção Dos Antibióticos

Os antibióticos de origem natural e seus derivados semissintéticos compreendem a maioria dos antibióticos em uso clínico.

Os antibióticos podem ser classificados pela origem do antimicrobiano (antibióticos produzidos por microrganismo, exemplo aminoglicosídeos; quimioterápicos sintetizado no laboratório exemplo sulfonamidas);

Actividade antibacteriana (bactericidas, os que matam os microrganismos, exemplo as quinolonas; e bacteriostática que inibem o crescimento dos microrganismos exemplo os macrólídeos);

Espectro de acção (gram- positivo, exemplo as penicilinas; e gram - negativos por exemplo os aminoglicosídeos);

Segundo o mecanismo de ação, eles são classificados conforme a interferência em determinadas funções alvo do microrganismo, como: β -lactâmicos (penicilinas, cefalosporinas, carbapenêmicos, monobactâmicos e inibidores B-lactamases);

Aminoglicosídeos (estreptomicina, gentamicina, neomicina);

Glicopeptídeos (vancomicina);

Tetraciclina; Cloranfenicol;

Macrolídeos (azitromicina e eritromicina); Lincosaminas (lincosamicina e clindamicina);

Quinolonas(ciprofloxacina,levofloxacina);

Sulfonamidas; Trimetoprim e Cotrimoxazol. Eles representam a segunda classe de fármacos mais utilizados, por conta de uma grande quantidade de prescrições nos atendimentos clínicos (CONCEIÇÃO et al 2017).

Os β -lactâmicos são a primeira linha de antibióticos prescritos e geralmente as bactérias se tornam resistentes através da produção de β -lactamases que tem capacidade de hidrolisar o anel β -lactâmico, transformando os antibióticos correspondentes em inativos, assim, classificam-se como bactericidas e agem inibindo a síntese da parede celular bacteriana; (RACHID, ALTERTHUM, 2015).

Os aminoglicosídeos são drogas bactericidas e activas contra bactérias Gram-negativas aeróbias e contra alguns estafilococos. Possuem três mecanismos químicos de resistência: alterações de permeabilidade, modificações ribossômicas e produção de enzimas inactivantes.

Os dois primeiros são mediados por mutação e o outro por plasmídeo. Essas mutações podem afectar tanto o sítio alvo, como o transporte do antibiótico para o interior da célula. (RACHID, ALTERTHUM, 2015).

Quanto as tetraciclina, São antibacterianos de amplo espectro e geralmente bacteriostáticos, tendo capacidade de difundir ao interior das células permitindo sua utilização em tratamentos de patógenos intracelulares e a resistência adquirida a esses antimicrobianos tem sido algo frequente; as bactérias adquirem resistência a esses antibióticos por obtenção de plasmídeos de resistência que ocorre devido as proteínas denominadas Tet (A, B, C e D), que são localizadas na membrana citoplasmática. (CASE, et al 2017).

O cloranfenicol é antibacteriano de largo espectro de acção bacteriostática, existindo um número considerável de cepas resistentes a essa droga tanto em bactérias Gram-positivas como Gram-negativas. A resistência bacteriana a esse antibiótico é medida pela enzima cloranfenicol- acetil-transferase (CACT) que ao acetilar a droga faz com que a mesma perca afinidade com o alvo. (RACHID, ALTERTHUM, 2015).

Na classe dos macrolídeos, a eritromicina é o antibacteriano mais frequente, agindo principalmente sobre bactérias Gram-positivas e cocos Gram-negativos, espiroquetas e alguns bacilos Gram-negativos. A resistência a esse antibiótico pode ser consequência da mutação ou plasmídeos de resistência. (TORTORA et al 2017).

Na rifamicinas e quinolônicos, a resistência ocorre devido a mutações que alteram o RNA polimerase e girase que são inibidas respectivamente pelas rifamicinas e quinolônicos. No caso dos quinolônicos, essa droga é indicada somente em casos de infecções no trato urinário e são divididas em 4 gerações em relação ao seu espectro e a resistência a essa droga é exclusivamente do tipo cromossômico; (RACHID, ALTERTHUM, 2015).

As sulfonamidas, cotrimoxazol e trimetoprim são drogas de amplo espectro sendo que sulfonamida tem seu uso limitado, o trimetoprim é utilizado em associação com sulfas ou outro antimicrobianos como rifampicina, já o cotrimoxazol possui mais da metade das cepas de bacilos Gram-negativos apresentam resistência adquirida por esse quimioterápico. A resistência pode ser decorrente de mutação ou por aquisição de plasmídeos, podendo levar a superprodução PABA (aminobenzóico) e alterações estruturais de enzimas que participam da síntese do ácido tetradifílico (RACHID, ALTERTHUM, 2015).

Os glicopeptídeos possuem acção bactericida, inibindo a síntese da parede celular bacteriana nos cocos Gram-positivos, com excepção do enterococo, possuem acção bacteriostática quando utilizadas isoladamente e bactericida quando associadas a aminoglicosídeos. A resistência à vancomicina era algo rara, mas que tem sido descrita em enterococos que produzem uma enzima que permite que o estágio final da ligação que foi bloqueado pela acção das drogas, seja concluído. (RACHID, ALTERTHUM, 2015; TORTORA, FUNKE e CASE, 2017).

Das lincosainas, clindamicina são os antibióticos mais utilizados deste grupo, podendo haver resistência cruzada por terem um mecanismo de acção semelhante ao dos macrolídeos. (TORTORA, FUNKE E CASE, 2017).

2.3 Antibióticos mais utilizados no serviço de Medicina Mulher

Diante do acelerado avanço do conhecimento científico, os antibióticos tornaram-se amplamente utilizados, ultrapassando em muito a mera aplicação no tratamento de seres humanos e animais. De acordo com Wise em 2016, estima-se que o consumo global de antibióticos (incluindo uso humano e veterinário) alcance 100.000-200.000 toneladas por ano (DRAGO, 2017).

Por tanto, constatou-se que os antibióticos mais utilizados no serviço de medicina mulher, são: Amoxicilina, ampicilina, azitromicina, bacitracina, cefalexina, cefazolina, cefapima, cefotaxima, ceftriaxona, ciprofloxacina, clavamox, claritromicina, clindamicina, clorafenicol, cloxaciclina, doxacilina, eritromicina, Estreptomecina, etambutol, gentamicina, isoneazida, levofloxacina, meropenem, metronidazol, neomicina, penicilina cristalizada, piperacilina, rifampicina, sulfadiazina, vancomicina.

2.4 Guia de orientação para prescrição dos antibióticos

Azitromicina	
Classe	Macrolídeo
Ação	Sua ação pode ser bactericida ou bacteriostática, atuam inibindo a síntese de proteínas nas bactérias.
Espectro de ação	Bactérias aeróbias gram-positivas; Bactérias aeróbias gram-negativas; Bactérias anaeróbias; Bactérias atípicas (<i>Borrelia burgdorferi</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Campylobacter</i> sp, <i>Listeria monocytogenes</i> , etc).
Principais usos	Infecções bacterianas de vias aéreas, tecidos moles, de pele e em casos de sinusite aguda. Tratamento e profilaxia de micobactérias atípicas em pacientes com AIDS. Uretrites e cervicites, febre tifóide, coqueluche, shigelose.
Doses usuais	Varia conforme patologia.
Ajuste de dose para função renal	Desnecessário
Reposição na diálise	Desnecessário
Estabilidade diluição/reconstituição	Soluções reconstituídas podem ser mantidas por 5 dias em T.A.

Interações	Antiácidos à base de alumínio ou de magnésio diminuem a absorção da azitromicina. Pode aumentar os níveis séricos de tracolimus, fenitoína, alcalóides do ergot, alfentanil, astemizol, bromocriptina, ciclosporina, digoxina, triazolam. Nelfinavir aumenta os níveis séricos de azitromicina.
Reacções adversas	Náuseas, diarreia, dor abdominal, cefaléia e tonturas podem ocorrer. Perda auditiva pode ocorrer em doses elevadas.
Gravidez e lactação	Segura na gestação (Risco B).
Observações	Deve ser administrada em jejum de pelo menos 1h antes ou 2h após as refeições. A presença de alimento pode diminuir até 50% da sua biodisponibilidade.

Ampicilina

Classe	Penicilina
Acção	Bactericida, actua na parede celular
Espectro de acção	Gram-positivos: estreptococos alfa e beta-hemolíticos; Streptococcus pneumoniae (chamado Diplococcus pneumoniae); estafilococos não produtores de penicilinase; Bacillus anthracis, Clostridia s p p.; e outros. Gram-negativos: Haemophilus influenzae ; Neisseria meningitidis ; Neisseria gonorrhoeae ; Proteus mirabilis e muitas cepas de Salmonella (incluindo Salmonella typhosa); Shigellae, Escherichia coli .
Microorganismo resistente	Klebsiella - Enterobacter, Proteus indol - positivos, Serratia, Pseudomonas, riquétsias, micoplasmas e clamídias
Absorção	Os alimentos retardam ou reduzem a absorção oral. É absorvida por via oral e parenteral (intravenosa). Sua meia-vida sérica é de cerca de uma hora
Metabolismo/Excreção	Excretada principalmente pelos rins.
Principais usos	Infecção respiratória, otite média aguda, rinosinusite, faringite bacteriana, infecção urinária, meningite, febre tifóide e sepse neonatal precoce (associada a aminoglicosídeo). Droga de escolha para a maioria das infecções enterocócicas. Nas infecções respiratórias em geral, prefere-se amoxicilina, que tem menos efeitos adversos e esquema posológico mais favorável.
Doses usuais	Crianças: 50-400 mg/kg/dia, 6/6 h ou 8/8 h. Adultos: infecções leves a moderadas – 500 mg, VO, 6/6 h; infecções graves, 1-2 g, 4/4 h.
Modo de Preparo	Para uso IM: reconstituir o pó liofilizado com água destilada, utilizando 2 mL para 500 mg ou 3 mL para 1 g de ampicilina. Para uso IV direto:

	reconstituir o pó com água destilada usando 5 mL para 500 mg ou 7,5 mL para 1 g de ampicilina, diluir em solução fisiológica ou glicosada 5% mantendo uma concentração final de 30 mg/mL. Infundir em: 15-30 min
Ajuste de dose para função renal	DCE (mL/min) = >50 - Intervalo (h) = 6 DCE (mL/min) = 10-50 - Intervalo (h) = 12 DCE (mL/min) = <10 - Intervalo (h) = 24
Reposição na diálise (adultos e pacientes com mais de 40 kg)	Na hemodiálise é necessária dose de 500 mg após sessão. Na CAPD, usar 250 mg, de 12/12 h.
Estabilidade de diluição/reconstituição	Suspensão oral: estável por 7 dias à T.A. ou por 14 dias ref. Solução reconstituída: estável por 6 h ref. Solução diluída (em solução fisiológica): 24 h T.A. e 5 dias ref. Solução diluída (em soro glicosado): 2 h T.A. e 4 h ref.
Incompactibilidade	Aminoglicosídeos, aztreonam, clindamicina e cloroquina.
Interações	Diminui eficácia dos contraceptivos orais. Tem (ampicilina) os níveis séricos aumentado pelo dissulfiram e pela probenecida. Se administrado com alopurinol pode aumentar a probabilidade de rash cutâneo
Reação adversas	Náuseas, vômitos, diarreia, prurido, irritação gastrointestinal, febre, eritema cutâneo, reações anafiláticas e convulsões (se a aplicação for IV e rápida).
Gravidez e lactação	Segura durante a gestação (risco B). Pequenas concentrações de ampicilina foram detectadas no leite materno. Os efeitos para o lactente, caso existam, não são conhecidos.
Observação	Preparações orais devem ser administradas com o estômago vazio, 1 h antes das refeições ou 2 h após (alimentação diminui a absorção). Um grama de ampicilina contém 2,7 mEq de sódio.

Amoxicilina

Classe	Penicilina
Ação	Tem rápida ação bactericida, interferindo na parede celular das bactérias

Espectro de acção	Gram-positivos >Aeróbios: Enterococcus faecalis, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Streptococcus viridans, Staphylococcus aureus sensível à penicilina, espécies de Corynebacterium, Bacillus anthracis, Listeria monocytogenes. Anaeróbios: espécies de Clostridium. Gram-negativos > Aeróbios: Haemophilus influenzae, Escherichia coli, Proteus mirabilis, espécies de Salmonella, espécies de Shigella, Bordetella pertussis, espécies de Brucella, Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Pasteurella septica, Vibrio cholerae, Helicobacter pylori
Absorção	É bem absorvida por via oral
Metabolismo/Excreção	Excretada principalmente via renal. Aproximadamente 60-70% são excretados inalterados na urina.
Principais uso	Rinossinusite, otite média aguda, infecção urinária, infecções respiratórias, faringite bacteriana, febre tifóide e profilaxia da endocardite bacteriana.
Doses usuais	20-50 mg/kg/dia, de 8/8 h ou de 12/12 h; Dose máxima: 3000 mg/dia Infecções graves e infecções por pneumococos de sensibilidade reduzida à penicilina: 75-100 mg/kg/dia, de 8/8
Ajuste de dose para função renal	DCE (mL/min) = >50 - Intervalo (h) = 8-12 DCE (mL/min) = 10-50 - Intervalo (h) = 12 DCE (mL/min) = <10- Intervalo (h) = 24
Reposição na diálise	Dose normal após sessão de hemodiálise. Na CAPD, na HVVC ou na HAVC, considerar a DCE entre 10-50 mL/min; neste caso administrar a dose definida do antibiótico a cada 12 h.
Estabilidade de diluição	Suspensão oral: estável por 7 dias à T.A. ou por 14 dias ref. Frasco deve ser agitado antes de cada administração.
Interações	Diminui a eficácia dos contraceptivos orais. Tem (ampicilina) os níveis séricos aumentado pelo dissulfiram e pela probenecida. Se administrado com alopurinol pode aumentar a probabilidade de rash cutâneo.
Reacção adversas	Em geral, é bem tolerada. Náuseas, vômitos, diarreia, prurido e irritação gastrointestinal são mais frequentes com doses maiores. Podem ocorrer febre, eritema cutâneo, reacções anafiláticas e convulsões.
Gravidez e lactação	Segura na gravidez e na lactação (Risco B)
Amoxicilina+clavulanato	
Classe	Penicilina
Acção	Interferem com a parede celular, com acção bactericida.

Espectro	Gram-positivas > Aeróbias: Staphylococcus aureus, Staphylococcus coagulans negativos (incluindo Staphylococcus epidermidis), Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium, Streptococcus sp., Corynebacterium spp, Bacillus anthracis, Listeria monocytogenes. Anaeróbias: Clostridium spp., Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp. Gram-negativas > Aeróbias: Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Escherichia coli, Klebsiella spp., Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Salmonella spp., Shigella spp., Bordetella pertussis, Brucella spp., Vibrio cholerae, Pasteurella multocida, Gardnerella vaginalis, Helicobacter pylori, Legionella spp., Yersinia enterocolitica. Anaeróbias: Bacteroides spp. (incluindo o B. fragilis) e Fusobacterium spp
Absorção	Bem absorvidos tanto pela via entérica como pela parenteral.
Metabolismo/Excreção	Aproximadamente 60-70% de amoxicilina e 40-65% de ácido clavulânico são excretados na urina, sem modificações, durante as primeiras 6 horas após sua administração.
Principais uso	Infecções respiratórias, otite, amigdalite e celulite. Opção para o tratamento de infecção de tecidos moles com envolvimento de flora mista e infecções intra-abdominais (associadas a aminoglicosídeos).
Doses usuais	Crianças: 30 mg/kg, IV, 6-8 h. Adultos ou crianças com mais de 40 kg: 250-500 mg, de 8/8 h ou 875 mg a cada 12 h. Em infecções cocos resistentes à penicilina, usar a formulação ES na dose de 90 mg/kg/dia da amoxicilina a cada 12 h.
Modo de preparo	Pode ser administrado tanto por IV direta quanto por infusão intermitente. Não é adequado para administração intramuscular. Reconstituir Amoxicilina+clavulinato (500/100 mg) em 10 mL de água para injeção. Em seguida, diluir em 50 mL de solução fisiológica, obtendo-se uma concentração final de 50 mg/mL. Infundir em: 30 – 40 min.
Ajuste de dose para função renal	DCE (mL/min) = >30 - Intervalo (h) = 8 DCE (mL/min) = 10-30 - Intervalo (h) = 12 DCE (mL/min) = <10- Intervalo (h) = 24
Reposição na diálise	Na hemodiálise, uma dose após cada sessão. Na DPI, não há necessidade de suplementação. Na CAPD, manter os intervalos de 12/12 h.

Estabilidade de diluição/reconstituição	Solução reconstituída: estável por 20 min. à T.A. Solução diluída: estável por 4 h à T.A. ou 8 h ref.
Interações	O alopurinol aumenta a possibilidade de eritema cutâneo, especialmente em pacientes hiperuricêmicos. A eficácia dos contraceptivos orais pode ser diminuída.
Reação adversa	Diarréia, dor abdominal e náuseas são os efeitos adversos mais comuns; as reações são mais frequentes em formulações com maior concentração de ácido clavulânico. Urticária, febre, candidíase vaginal e colite pseudomembranosa também podem ocorrer.
Gravidez e lactação	Risco B na gestação. Segura na amamentação. Aumentou a mortalidade neonatal e incidência de enterocolite necrosante em recém-nascidos de mães com ROPREMA.
Obsevação	O ácido clavulânico é um potente inibidor das β -lactamases, por isso sua ação com a amoxicilina permite uma importante ampliação do seu espectro.
Piperacilina + Tazobactam	
Classe	Penicilina
Ação	Exerce atividade bactericida pela inibição da formação do septo e síntese da parede celular.
Espectro de acção	Gram-negativas: <i>Escherichia coli</i> , <i>Citrobacter</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterobacter</i> spp., <i>Proteus vulgaris</i> , <i>Proteus mirabilis</i> , <i>Providencia rettgeri</i> , <i>Providencia stuartii</i> , <i>Plesiomonas shigelloides</i> , <i>Morganella morganii</i> , <i>Serratia</i> spp., <i>Salmonella</i> spp., <i>Shigella</i> spp., <i>Pseudomonas aeruginosa</i> e outras <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Xanthomonas maltophilia</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Moraxella</i> spp., <i>Acinetobacter</i> spp., <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Yersinia</i> spp., <i>Campylobacter</i> spp., <i>Gardnerella vaginalis</i> . Gram-positivas: estreptococos (<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>S. bovis</i> , <i>S. agalactiae</i> , <i>S. viridans</i> , Grupo C, Grupo G), enterococos (<i>E. faecalis</i> , <i>E. faecium</i>), <i>Staphylococcus aureus</i> (<i>S. aureus</i> não resistente à meticilina), <i>S. saprophyticus</i> , <i>S. epidermidis</i> (estafilococos coagulase-negativo), <i>orynebacteria</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Nocardia</i> spp. Anaeróbicas: <i>Bacteroides</i> spp., <i>Peptostreptococcus</i>

	s p p., F u s o b a c t e r i u m spp., grupo Eubacterium , Clostridia spp, Veillonella sp p. e Actinomyces sp
Absorção	Apresenta boa absorção quando por via IV.
Metabolismo/Excreção	A piperacilina e o tazobactam são eliminados pelos rins por filtração glomerular e secreção tubular. A piperacilina é rapidamente excretada como fármaco inalterado, sendo 68% da dose eliminada na urina.
Principais usos	Infecções graves por bactérias sensíveis gram-negativas como sepse, pneumonias, pielonefrite, infecções de pele, ossos, articulações e infecções ginecológicas.
Doses usuais	Crianças: 150-300 mg/kg/dia do componente piperacilina a cada 6 h; em infecções graves por Pseudomonas pode-se utilizar 400 mg/kg/dia. Adultos: 2,25-4,5 g, a cada 6 ou 8 h.
Modo de preparo	Para uso IV: reconstituir em 20 mL de água destilada, solução fisiológica, ou soro glicosado 5%. Em seguida, diluir em 50-150 mL de solução fisiológica ou soro glicosado 5%. Não é compatível com Ringer lactato. Infundir em: 30 min. ou mais.
Ajuste de dose para função renal	DCE (mL/min) = 20-40 - Intervalo (h) = 6 - Dose: 2,25 g DCE (mL/min) = <20 - Intervalo (h) = 8 - Dose: 2,25 g
Reposição na diálise	Administrar 2,25g a cada 8 h, e uma dose adicional de 0,75g depois de cada hemodiálise. HVVC: 2,25g, IV, 6/6 h
Estabilidade de diluição/reconstrução	Solução reconstituída: estável por 24 h T.A. ou 7 dias ref.
Interações	As tetraciclinas podem diminuir o efeito da piperacilina. Os aminoglicosídeos inativam in vitro a piperacilina. Deve-se evitar o uso das duas drogas em um mesmo recipiente.
Reações adversas	Náuseas, vômitos, diarreia, hipertensão, insônia, cefaléia, agitação, febre, tonturas, vertigens, rash, prurido, colite pseudomembranosa, broncoespasmo. Pode haver eosinofilia, neutropenia, tempo de protrombina elevado, falsa positividade no teste de Coombs, alterações de enzimas hepáticas e aumento da creatinina.
Gravidez e lactação	Fator de risco B. A amamentação pode determinar diarreia e candidíase na criança.
Observação	Cada grama de piperacilina contém 2,35 mEq de sódio. O tazobactam, um ácido triazolilmetil penicilânico sulfônico, é um potente inibidor de muitas beta-lactamases, intensificando e ampliando o espectro da piperacilina.

Cefazolina

Classe	Cefalosporinas (primeira geração)
Acção	Bactericida
Espectro de acção	<i>Staphylococcus aureus</i> (incluindo cepas produtoras de penicilinase); <i>Staphylococcus epidermidis</i> ; <i>Streptococcus beta-hemolíticos</i> do Grupo A e outras cepas de estreptococos (muitas cepas de <i>Enterococcus</i> são resistentes); <i>Streptococcus pneumoniae</i> ; <i>Klebsiella</i> spp.; <i>Escherichia coli</i> ; <i>Enterobacter aerogenes</i> ; <i>Proteus mirabilis</i> ; <i>Haemophilus influenzae</i> .
Microrganismo resistente	Estafilococos meticilina-resistentes são uniformemente resistentes à cefazolina. A maioria das cepas de <i>Proteus indol</i> positivos (<i>Proteus vulgaris</i>), <i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Morganella morganii</i> e <i>Providencia rettgeri</i> é resistente. <i>Serratia</i> , <i>Pseudomonas</i> , <i>Mima</i> , <i>Herellea</i> são quase uniformemente resistentes à cefazolina.
Absorção	A cefalotina liga-se às proteínas do soro em 65%. Sua meia-vida em adultos é de cerca de meia hora. Sua meia-vida sérica é de 1,5 h.
Metabolismo/Excreção	Cerca de 20% a 40% da cefalotina administrada é metabolizada no fígado. A cefalotina e seus metabólitos são eliminados em maior parte pelos rins. Cerca de 75% da dose administrativa por via IV é eliminada pela urina em 6 a 8 h. Pequena parte é eliminada por via biliar.
Principais usos	Pneumonias, infecções urinárias, infecções de pele e de tecidos moles, infecções das vias aéreas superiores e profilaxia cirúrgica.
Doses usuais	Adultos e crianças acima de 40 kg: 0,5-2 g, IV, de 4/4h ou 6/6 h. Dose máxima: 12 g/dia
Modo de preparo	Para uso IM: adicionar 4 mL de água destilada ao pó liofilizado. Para uso IV direto: adicionar 10 mL de água destilada ao pó liofilizado. Para infusão IV: diluir a solução inicial com solução fisiológica ou glicosada 5% até uma concentração final de 20 mg/mL. Infundir em: 30 min.
Ajuste de dose para função renal	DCE (mL/min) = >50 - Intervalo (h) = 6 DCE (mL/min) = 10-50 - Intervalo (h) = 8 DCE (mL/min) = <10 - Intervalo (h) = 12
Reposição na diálise	Administrar dose de 500 mg após hemodiálise. Na CAPD, 0,5-1 g, de 12/12 h.
Estabilidade de diluição/reconstituição	Solução reconstituída: estável por 12 h à T.A. e 4 dias ref. Solução diluída: estável por 24 h à T.A. e 4 dias ref.
Incompatibilidade	Aminoglicosídeos, antimicrobianos em geral, barbitúricos, bleomicina, dopamina, doxorrubicina, eritromicina, lipídeos e tetraciclina.
Interações	Aminoglicosídeos, diuréticos de alça e vancomicina potencializam a

	nefrotoxicidade.
Reacções adversas	Hipersensibilidade (exantema maculopapular, urticária, febre, eosinofilia, broncoespasmo, anafilaxia). Alguns pacientes alérgicos à penicilina também o são às cefalosporinas. Tromboflebites, teste de Coombs positivo, raramente hemólise, granulocitopenia e trombocitopenia. Diarréia, necrose tubular renal e nefrite intersticial (raros), aumento de transaminases.
Gravidez e lactação	Provavelmente segura (risco B, segundo fabricante). Segura na lactação
Observação	Não cruza barreira hematoencefálica. Muito dolorosa para uso IM. Apresenta 2,8 mEq de sódio e 30 mg de bicarbonato por grama.

Cefotaxima

Classe	Cefalosporinas (terceira geração)
Acção	Bactericida
Espectro de acção	<i>Aeromonas hydrophila</i> ; <i>Bacillus subtilis</i> ; <i>Bordetella pertussis</i> ; <i>Borrelia burgdorferi</i> ; <i>Moraxella</i> (<i>Branhamella</i>) <i>catarrhalis</i> ; <i>Citrobacter diversus</i> ; <i>Citrobacter freundii</i> ; <i>Clostridium perfringens</i> ; <i>Corynebacterium diphtheriae</i> ; <i>Escherichia coli</i> ; <i>Enterobacter</i> spp; <i>Erysipelothrix insidiosa</i> ; <i>Eubacterium</i> ; <i>Haemophilus penicillinase</i> produtoras de cepas incluindo ampi - R; <i>Klebsiella pneumoniae</i> ; <i>Klebsiella oxytoca</i> ; <i>Methicillin-resistant Staphylococcus</i> incluindo penicilinasas e não - penicilinasas produtores de cepas; <i>Morganella morganii</i> ; <i>Neisseria gonorrhoeae</i> penicillinase e não penicillinase produtoras de cepas; <i>Neisseria meningitidis</i> ; <i>Propionibacterium</i> ; <i>Proteus mirabilis</i> , vulgares; <i>Providencia</i> ; <i>Streptococcus pneumoniae</i> ; <i>Salmonella</i> ; <i>Serratiaspp</i> ; <i>Shigella</i> ; <i>Streptococcus</i> spp; <i>Veillonella</i> ; <i>Yersinia</i> .
Microrganismo resistente	<i>Acinetobacter baumannii</i> ; <i>Bacteroides fragilis</i> ; <i>Clostridium difficile</i> e <i>Enterococcus</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> ; <i>Methicillin-resistant Staphylococcus</i> ; <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ; <i>Pseudomonas cepacia</i> ; <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>
Absorção	Após administração IM atinge pico de concentração sérica em 30 min.
Metabolismo/Excreção	Apresenta excreção renal.
Principais usos	Pneumonias, infecções urinárias, meningites, infecções intra-abdominais (em associação a anaerobicidas), infecções de vias aéreas superiores, sepsis neonatal tardia e bacteremias.

Doses usuais	Crianças: 50-180 mg/kg/dia, de 4/4h ou de 6/6 h Adultos: 1 -2 g, IV ou IM, de 6/6 h ou 8/8 h.
Modo de preparo	Para uso IM: reconstituir o pó em 2-3 mL de água destilada. Para uso IV direto: diluir o pó em 10 mL de água destilada. Para infusão IV: diluir a solução inicial em solução fisiológica, glicosado 5%, ou solução de Ringer lactato, mantendo a concentração final em 10 mg/mL. Infundir em: 20-30 min.
Ajuste de dose para função renal	DCE (mL/min) = >50 - Intervalo (h) = 8 DCE (mL/min) = 10-50 - Intervalo (h) = 12 DCE (mL/min) = <10- Intervalo (h) = 12-24
Reposição na diálise	Dose de 1 g após hemodiálise. Na CAPD, 1 g/dia.
Estabilidade de diluição/reconstituição	Solução reconstituída: estável por 24 h à T.A. ou por 10 dias ref. Solução diluída: estável por 24 h à T.A. ou por 5 dias ref.
Incompatibilidade	Bicarbonato de sódio, aminoglicosídeos, metronidazol, penicilinas e aminofilina.
Interações	Aminoglicosídeos, diuréticos de alça e vancomicina potencializam a nefrotoxicidade.
Reacções adversas	Hipersensibilidade (exantema maculopapular, urticária, febre, eosinofilia, broncoespasmo, anafilaxia). Alguns pacientes alérgicos à penicilina também o são às cefalosporinas. Tromboflebites, teste de Coombs positivo, raramente hemólise, granulocitopenia e trombocitopenia. Diarréia, necrose tubular aguda e nefrite intersticial (raros) e aumento de transaminases, superinfecção e colite pseudomembranosa.
Gravidez e lactação	Segura (risco B).
Observação	Contém 2,2 mEq de sódio por grama.

Ceftriaxona

Classe	Cefalosporinas (terceira geração)
Ação	Agente bactericida que age por inibição da síntese da parede celular bacteriana
Espectro de acção	Ativo contra grande parte dos cocos gram-positivos; boa atividade contra gram-negativos.
Principais usos	Pneumonia, infecções urinárias, meningites, infecções intra-abdominais e ginecológicas (deve ser usada em associação a anaerobicidas), bacteremias, gonorréia e sífilis. Usada preferencialmente em infecções hospitalares e na profilaxia da doença meningocócica em gestantes.

Doses usuais	Crianças: 50-100 mg/kg, de 12/12 h ou 24/24 h. Adultos: 0,5-2 g, IV ou IM, de 12/12 h ou 24/24 h. Dose máxima: 4 g/dia
Modo de preparo	Para uso IM: reconstituir o pó liofilizado em 1-4 mL de água destilada ou solução fisiológica. Para uso IV direto: reconstituir o pó liofilizado em 10 mL de água destilada. Para infusão IV: diluir a solução inicial (se 1 g de ceftriaxona) em 20 mL de solução fisiológica ou glicosada 5%. Concentração final: 50 mg/mL. Infundir em: 30 min.
Ajuste de dose para função renal	Não necessita. No entanto, se houver insuficiência renal e hepática concomitantes ou se a depuração de creatinina estiver abaixo de 10 mL/min, não se deve administrar mais do que 2 g/dia.
Reposição na diálise	Não necessita.
Estabilidade de diluição/reconstituição	Solução reconstituída: estável por 6 h à T.A. ou 24 ref. Solução diluída: estável por 6 h à T.A. ou 24 ref.
Incompatibilidade	Soluções com cálcio.
Interações	Aminoglicosídeos, diuréticos de alça e vancomicina potencializam a nefrotoxicidade.
Reacções adversas	Hipersensibilidade (exantema maculopapular, urticária, febre, eosinofilia, broncoespasmo, anafilaxia). Alguns pacientes alérgicos à penicilina também o são às cefalosporinas. Tromboflebites, teste de Coombs positivo, raramente hemólise, granulocitopenia e trombocitopenia. Diarréia, necrose tubular aguda e nefrite intersticial (raros). Aumento de transaminases, superinfecção, colite pseudomembranosa e formação de barro biliar, podendo levar a um quadro semelhante à colelitíase.
Gravidez e lactação	Não existem estudos controlados sobre seu uso, mas provavelmente é seguro. Não deve ser usada próxima ao termo, pois desloca bilirrubina dos sítios de ligação com albumina e pode ser prejudicial ao recém nascido com icterícia. (risco B).
Observação	Possui 3,4 mEq de sódio por grama

Meropenm

Classe	Carbapenêmicos
Ação	Exerce sua ação bactericida através da interferência com a síntese da parede celular bacteriana.
Espectro de acção	Ativo contra gram-positivos; gram-negativos; e anaeróbias.
Absorção	O meropenem tem boa penetração na maioria dos tecidos e fluidos corporais, incluindo o líquido cérebro-espinhal de pacientes com meningite bacteriana, alcançando concentrações acima das requeridas

	para inibir a maioria das bactérias.
Metabolismo/Excreção	Aproximadamente 70% da dose IV administrada é recuperada como meropeném inalterado na urina após 12 horas. Depois desse período uma pequena excreção urinária é detectável.
Principais usos	Infecções nosocomiais por microorganismos multirresistentes, particularmente causadas por <i>Citrobacter freundii</i> , <i>Acinetobacter</i> spp e <i>Enterobacter</i> spp. Tratamento empírico de pacientes previamente tratados com múltiplos antibióticos. Infecções polimicrobianas, infecções intra- abdominais e de partes moles, osteomielites, infecções complicadas do trato urinário e infecções causadas por germes resistentes a outros agentes. É o fármaco de escolha para tratamento de infecções do sistema nervoso central e para tratamento de pacientes com história prévia de convulsão.
Doses usuais	Adultos: 0,5-1 g, IV, de 8/8 h, podendo chegar a 6 g/dia em meningites e infecções graves por p.aeruginosa
Modo de preparo	Para uso IM: reconstituir o pó liofilizado com 2 mL do diluente específico que acompanha o medicamento. Para uso IV direto: utilizar 10-20 mL de água destilada para reconstituir o pó liofilizado. Para infusão IV: diluir a solução inicial em 100 mL de solução fisiológica ou soro glicosado 5%. Concentração final: 1 – 20 mg/mL. Infundir em: 15-30 min.
Ajuste de dose para a função renal	DCE (mL/min) = >50 - Intervalo (h) = 12/12 h - Dose: 1 g DCE (mL/min) = 10-50 - Intervalo (h) = a cada 12 h - Dose: 500 mg DCE (mL/min) = <10- Intervalo (h) = a cada 24 h - Dose: 500 mg
Reposição na diálise	Administrar dose de 500 mg após a sessão de hemodiálise. Na CAPD, considerar DCE < 10 mL/min.
Estabilidade de diluição/reconstituição	Solução reconstituída: estável por 8 h T. A ou 48 h ref. Solução diluída: estável por 10 h T.A. ou 48 h ref. (solução fisiológica) ou estável por 3 h T.A ou 18 h ref. (soro glicosado 5%).
Incompatibilidade	Não misturar com outros medicamentos.
Interações	Nenhuma interação significativa descrita até o momento.
Reações adversas	Semelhante às reações do imipenem, com exceção do risco de convulsões, que é melhor
Gravidez e lactação	Provavelmente seguro (risco B).
Observação	1 g de meropenem contém 3,93 mEq de sódio na forma de carbonato

Gentamicina

Classe	Aminoglicosídeos
Acção	Acção bactericida;
Espectro de acção	Bacilos gram-negativos aeróbios, como <i>Serratia</i> sp, <i>Proteus</i> sp, <i>Pseudomonas</i> sp, <i>Klebsiella</i> sp, <i>Enterobacter</i> sp e <i>Escherichia coli</i> . É ativa contra <i>Staphylococcus aureus</i> .
Principais usos	É o aminoglicosídeo de escolha em instituições nas quais as taxas de resistência dos gram-negativos são baixas. Associada à ampicilina, à penicilina ou à vancomicina no tratamento de endocardite por <i>Enterococcus</i> sp ou por <i>Streptococcus viridans</i> ; associada à vancomicina e à rifampicina para o tratamento de endocardite por <i>Staphylococcus coagulase-negativo</i> em válvula protética e à penicilina para o tratamento de endocardite por <i>Corynebacterium</i> spp.
Doses usuais	Adultos: 3-6 mg/kg/dia a cada 8 h ou 240 mg a cada 24 h.
Modo de preparo	Para infusão IV: diluir 50 a 200 mL de solução fisiológica ou soro glicosado 5%. Concentração final: 1 mg/mL. Infundir em: 30 min. à 2h.
Ajuste na dose para função renal	DCE (mL/min) = 50–80 - Intervalo (h) =24 - Dose: 120 mg DCE (mL/min) = 10-50 - Intervalo (h) =48 - Dose: 120 mg DCE (mL/min) = <10- Intervalo (h) = 48 - Dose: 80 mg
Reposição na diálise	1,25-1,75 mg/kg após diálise.
Estabilidade de diluição/reconstituição	Uso imediato.
Incompatibilidade	Não misturar com outros medicamentos. Quando houver necessidade de administrar em associação a penicilinas, observar um intervalo de 1 h entre um medicamento e outro
Interações	Há sinergismo contra <i>Enterococcus</i> sp entre penicilinas e aminoglicosídeos. A furosemida potencializou os efeitos ototóxicos em animais. Anfotericina B, cefalotina, vancomicina, anti-inflamatórios não-esteroidais, ciclosporina, enflurano e metoxiflurano podem aumentar a nefrotoxicidade. Aumento de nefrotoxicidade e de ototoxicidade quando usada com cisplatina. Sulfato de magnésio e outros bloqueadores neuromusculares podem aumentar o risco de apnéia ou de paralisia respiratória.
Reacções adversas	Nefrotoxicidade e ototoxicidade, com diminuição, principalmente, da função vestibular; bloqueio neuromuscular, em especial com o uso intrapleural ou intraperitoneal e em pacientes miastenia gravis ou sob efeito de outros agentes neuromusculares ou anestésicos; neurite óptica e periférica; anafilaxia e exantema (incomuns); eosinofilia, febre, discrasias sanguíneas, angioedema, dermatite esfoliativa e estomatite. Pode haver inflamação local e radiculite no uso intratecal ou intraventricular.

Gravidez e lactação	No final da gestação, pode haver acúmulo no plasma fetal e no líquido amniótico. Usar somente se for essencial (risco C). Há suspeita de lesão ao VIII par craniano do recém-nascido. No leite materno, atinge níveis superiores a 50 % do nível plasmático, mas é segura por não ser absorvida.
Observação	Boa penetração óssea. Em pacientes com hematócrito < 25%, há aumento no nível sérico da droga. Nível sérico terapêutico de 1-4 µg/mL. E nível no pico sérico de 4-10 µg/mL.

Ciprofloxacina

Classe	Quinolona
Acção	A acção bactericida do ciprofloxacino resulta da inibição da topoisomerase bacteriana do tipo II (DNA girase) e topoisomerase IV, necessárias para a replicação, transcrição, reparo e recombinação do DNA bacteriano
Espectro de acção	Bacillus anthracis, Enterococcus faecalis (muitas cepas são somente moderadamente sensíveis), Staphylococcus spp., Streptococcus pneumoniae. Gram-negativos aeróbios: Burkholderia cepacia, Klebsiella pneumoniae, Providencia spp., Campylobacter spp., Klebsiella oxytoca, Pseudomonas spp., Citrobacter freundii, Moraxella catarrhalis, Enterobacter spp., Morganella morganii, Serratia marcescens, Neisseria gonorrhoeae, Shigella spp., Escherichia coli, Proteus mirabilis, Haemophilus influenzae, Proteus vulgaris
Microrganismos resistentes	Staphylococcus aureus (resistente à meticilina) e Stenotrophomonas maltophilia
Principais usos	Infecções complicadas do trato urinário que envolve bactérias gram-negativas resistentes, como Pseudomonas aeruginosa; prostatite bacteriana crônica refratária a outros antibióticos orais; osteomielite crônica causada por múltiplas bactérias, incluindo gram-negativas resistentes, e infecções de pele e de tecidos moles em diabéticos; diarreias bacterianas, incluindo a “diarreia do viajante”; febre tifóide; otite externa invasiva em pacientes com diabete e exacerbações infecciosas em pacientes com fibrose cística. É eficaz na erradicação do meningococo da orofaringe.
Doses usuais	Varia de acordo com o diagnóstico.
Modo de preparo	Via oral: recomenda-se que a administração seja 2h após as refeições. Via parenteral: somente via IV direta ou infusão – é compatível com solução fisiológica e glicosada 5%; Concentração final: 1-2 mg/mL; Infundir em: 30- 60 min.

Ajuste de dose para função renal	DCE (mL/min) = >50 - Intervalo (h) =12 DCE (mL/min) = 10-50 - Intervalo (h) =12-24 DCE (mL/min) = <10- Intervalo (h) = 24
Reposição na diálise	A ciprofloxacina é minimamente removida por hemodiálise.
Estabilidade de diluição/reconstituição	Solução diluída: estável por 14 dias T.A ou ref. Manter o frasco na embalagem original até o momento do uso.
Incompatibilidades	Não misturar com outros medicamentos
Interações	Pode causar aumento dos níveis séricos de teofilina, de cafeína e de varfarina. A ciprofloxacina pode ter sua absorção enteral diminuída pela ingesta concomitante de antiácidos (como hidróxidos de alumínio e magnésio, sais de zinco e ferro); suplementações orais de cálcio em altas doses e uso de sucralfato tem o mesmo efeito.
Reações adversas	Dispepsia, náuseas, vômitos, elevação das transaminases, dor abdominal, e diarreia. Pode ocorrer neurotoxicidade, com alterações do estado mental e alucinações, especialmente em idosos e pacientes usando doses máximas. Pode ocorrer artralgia e artrite reversíveis. Eosinofilia e leucopenia têm sido descritas, desaparecendo com a suspensão da droga.
Gravidez e lactação	Risco C na gestação. Não usar na lactação.

2.5 As patologias mais frequentes no serviço na medicina mulher

Entre as patologias mais frequentes constatadas na medicina mulher, no período de Outubro de 2023 a Julho de 2024, doenças respiratórias, doença endocrinometabólica, doença cardiovascular, doença neurológica, doença gastroentéricas, meningite e miscelânea.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Caracterização do local de estudo

O Hospital Geral do Huambo (HGH), foi fundado em 1948 e inaugurado a 19 de Outubro de 1956. Naquela época em pleno regime colonial, o atendimento aos pacientes era dotado por alguns requisitos discriminatórios sociais e económico.

O maior do país com 850 camas presta serviços em mais 40 especialidades médicas, tendo estado a registar progressos significativos na resolução dos principais problemas de saúde que afligem a população, reduzindo de maneira significativa o número de doentes transferidos para outros hospitais, tal como indica a evolução dos indicadores hospitalares com melhorias significativas em todas as áreas de actuação. O HGH tem como Missão, Visão e Valores o seguinte:

Missão: Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”.

Visão: Ser um Hospital de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade da atenção á saúde e no trabalho interdisciplinar.

Valores: Ética, Inovação, Humanismo, Credibilidade, Solidariedade, Humanização, Profissionalismo, Responsabilidade Social.

3.1.1 Localização geográfica e área que ocupa

O Hospital Geral do Huambo (HGH), encontra-se localizado situado no Bairro de Fátima, Cidade Alta, Município sede, Província do Huambo. Ocupa uma área de mais de 20.000 m² (vinte mil metro ao quadrado), num quarteirão onde partilha o espaço com o Hospital Sanatório do Huambo e Centro de Hemodiálise.

3.1.2 Meio circundante

O HGH está situado numa zona urbana privilegiada dentro da Cidade do Huambo, tendo no seu meio circundantes residências, hotéis, igreja, escolas, esquadra da Polícia Nacional, entre outros. O HGH tem os seguintes limites: A Norte, Rua Heróis de Ocupação do Huambo; a Sul, Rua Governador Silva Carvalho; a Este, Rua Serpa Pinto/Massano Amorim; e ao Oeste, Rua Marcelo Caetano/Rua 51.

O HGH conta-se com varias instituições sanitárias ao redor como são o Hospital Sanatório do Huambo, Centro de Hemodiálise, Centro Elavoco destinado ao tratamento e seguimento de pacientes vivendo com VIH-Sida, Centro de Saúde das Cacilhas, Posto de

Saúde do Bairro de Fátima, Clínica da Polícia Nacional, Centro Materno Infantil da Mineira, a 5 e 10 km do hospital encontra-se o Centro de Reabilitação Física Princesa da Yana e o Hospital Municipal do Huambo, também conhecido como Hospital do Cambiote, respectivamente.

3.1.3 Vias de acesso e comunicações

As vias de acesso ao HGH são excelentes por via terrestre através de grandes avenidas e estradas asfaltadas. As principais avenidas que conduzem os utentes ao hospital são: a Norte, Rua Heróis de Ocupação do Huambo; a Sul, Avenida Norton de Matos; a Este, Avenida Artur de Paiva; a Oeste Avenida Infante Dom Henriques/Amílcar Cabral.

3.1.4 Área de captação de doentes

O HGH é uma unidade sanitária de referência ao nível da Província do Huambo no tratamento e acompanhamento de utentes que são referidos de toda a Província do Huambo. Além disso, o HGH recebe doentes referidos das Províncias limítrofes do Huambo nomeadamente: Bié, Cuando Cubango, Kwanza Sul (Quibala, Cela e Cassongue), Benguela (Ganda), Huila (Chipindo) as duas últimas pelo factor proximidade, sem excluir aqueles que pelos seus próprios meios acorrem a este Hospital o bem por referências de outras unidades sanitárias destas mesmas Províncias com menor capacidade resolutiva que o HGH.

Devido à sua localização geográfica HGH, os seus serviços sanitários e cuidados assistenciais têm uma influência sobre cerca de 18% da população do país, que residem nas Províncias citadas previamente.

3.1.5 Estado de conservação

O HGH está ser reabilitado e os trabalhos serem concluídos em Novembro de 2025, o estado de conservação são razoáveis.

3.2 População e amostra

Para o estudo sobre a criação de um guia terapêutico de actualização para a prescrição de antibióticos no Serviço de Medicina Mulher no Hospital Geral do Huambo, a população alvo incluída, foram os profissionais de saúde (Médicos Interno, Médicos Especialista, Médico Chefe de Serviço e Médicos Estrangeiro). Determinado com base na prevalência das condições que requerem antibióticos, a fim de garantir representatividade estatística e confiabilidade nas recomendações do guia.

A população é composta por 70 profissionais médicos, universo 36.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão: foi feito um trabalho de campo de recolha de dados na serviço de medicina mulher, onde foram incluídos a classe médica presente no período em que se aplicou o questionário, excluídos que não se faziam presente no momento da pesquisa e outros profissionais na área da saúde. O investigador acompanhou todo processo que decorreu na secção de medicina mulher. Este processo de recolha de dados decorreu entre os meses de Junho a Julho de 2024.

3.4 Metodologia

Os inqueridos foram submetidos a uma entrevista por meio de um questionário semi estruturado, permitindo a obtenção de informações relevante sobre a prescrição de antibióticos no serviço de Medicina Mulher no Hospital Geral do Huambo, além de ter servido como instrumento de aproximação entre as partes.

3.4.1 Validação e Consenso

Consultoria Multidisciplinar: Envolve uma equipe multidisciplinar de especialistas, incluindo médicos ginecologistas/obstetras, microbiologistas, farmacêuticos clínicos e enfermeiros, para revisar e validar as recomendações propostas.

Consensus Meeting: Realize reuniões de consenso para discutir as recomendações, resolver discordâncias e garantir o apoio unânime entre os profissionais de saúde envolvidos na implementação do guia terapêutico.

3.4.2 Implementação e Avaliação

Treinamento: Realize treinamentos educativos para os profissionais de saúde sobre as novas diretrizes e o uso do guia terapêutico de prescrição de antibióticos.

Monitoramento e Avaliação: Estabeleça um sistema de monitoramento para avaliar a adesão às recomendações do guia, bem como para avaliar os resultados clínicos das pacientes tratadas de acordo com o guia terapêutico.

3.4.3 Actualização Contínua

Revisão Periódica: Estabeleça um cronograma para revisar e atualizar regularmente o guia terapêutico com base em novas evidências científicas, feedbacks dos profissionais de saúde e mudanças nos padrões locais de resistência bacteriana.

Melhoria Contínua: Utilize dados de monitoramento e avaliação para identificar áreas de melhoria no uso de antibióticos e na implementação do guia terapêutico, promovendo uma prática clínica mais eficaz e segura.

3.5 Aspectos éticos

1. **Princípios de Beneficência e Não Maleficência:** Os profissionais de saúde devem sempre buscar o benefício das pacientes ao prescrever antibióticos, garantindo que os tratamentos sejam eficazes e seguros, minimizando os riscos de efeitos adversos e resistência antimicrobiana.

2. **Justiça e Equidade no Acesso ao Tratamento:** As diretrizes de prescrição devem ser aplicadas de maneira justa e equitativa, levando em consideração as necessidades individuais das pacientes, assim como aspectos socioeconômicos que possam influenciar o acesso ao tratamento.

3. **Autonomia e Consentimento Informado:** É fundamental respeitar a autonomia das pacientes ao discutir opções terapêuticas, incluindo o uso de antibióticos. Os profissionais de saúde devem fornecer informações claras e compreensíveis sobre os benefícios, riscos e alternativas disponíveis, permitindo que as pacientes participem ativamente das decisões relacionadas ao seu tratamento.

4. **Transparência e Confiança:** Manter uma comunicação aberta e transparente com as pacientes é essencial para construir e manter a confiança no relacionamento médico-paciente. Isso inclui explicar claramente as razões para a escolha de determinado antibiótico, os possíveis efeitos colaterais e as medidas de monitoramento durante o tratamento.

5. **Respeito à Privacidade e Confidencialidade:** Garantir a proteção da privacidade e confidencialidade das informações das pacientes é um dever ético fundamental. Isso se aplica ao manejo de dados clínicos e informações pessoais durante todo o processo de tratamento.

6. **Responsabilidade Profissional:** Os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética de atualizar seus conhecimentos regularmente, seguir diretrizes baseadas em evidências e aderir a normas éticas e legais ao prescrever antibióticos e manejar patologias infecciosas no serviço de medicina mulher.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Representatividade da amostra quanto ao gênero e a idade

Na tabela 1, observa-se que 56%, 20 são do sexo masculino, o que representa a maioria dos participantes e 44%, 16 são do sexo feminino o que representa a menor parte dos participantes. Quanto a idade predominante de 58,3%, correspondente a 21 profissionais.

Tabela 01 - Distribuição da amostra quanto ao gênero e a faixa etária

Gênero	N	%
Masculino	20	56
Feminino	16	44
Total	36	100
Idade	N	%
27 a 35 anos	21	58,3
36 a 40 anos	3	8,3
41 a 50 anos	12	33,3
Total	36	100

Fonte: Autor (2024)

Para prescrever antibióticos, requer a capacidade adquirida com experiência, investigação, para dar soluções imediatas e eficaz aos problemas identificados. A história revela quanto maior for o tempo de exercício numa determinada unidade, maior será a experiência.

A tabela nº 02- mostra os resultados de três perguntas relacionada a participação dos inqueridos quanto ao guia terapêutico actualizado sobre a prescrição de antibióticos no seu dia-a-dia, dos quais 91% (33/36) dos médicos alegam que seria útil este guia, 3% (1/36) e 6% (2/36), disseram estão na incerteza quanto a este guia.

Tabela 02 - Interesse em um guia terapêutico actualizado para prescrição de antibióticos

Acredita que um guia terapêutico actualizado para prescrição de antibióticos seria útil no seu dia a dia de trabalho?	N	%
Sim	33	91%
Não	1	3%
Talvez	2	6%
Total	36	100%
Considera que há uma necessidade específica de diretrizes adaptadas para o serviço de medicina da mulher?	N	%

Sim	29	81%
Não	4	11%
Talvez	3	8%
Total	36	100%
Gostarias de participar no desenvolvimento deste guia terapêutico?	N	%
Sim	21	58%
Não	4	11%
Talvez	11	31%
Total	36	100%

Fonte: Autor (2024)

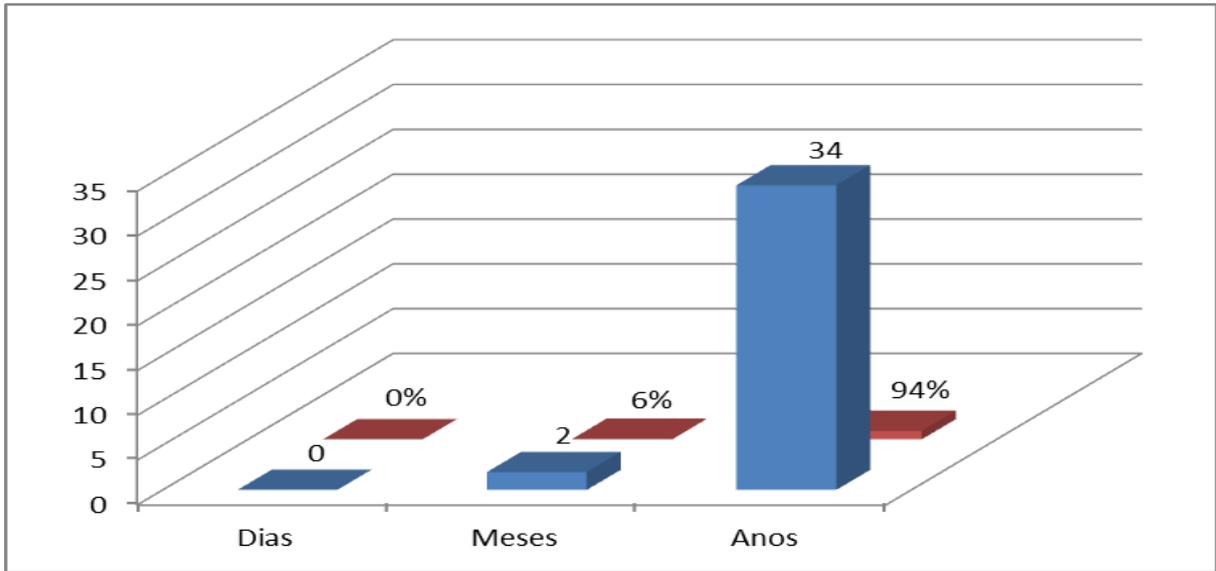
A maioria dos profissionais 29 considera que há uma necessidade específica de diretrizes adaptadas para o serviço de medicina mulher. Esse alto percentual demonstra um reconhecimento da importância de diretrizes especializadas que abordem as necessidades e características específicas das pacientes femininas. A porcentagem de respostas "Não" 4 é relativamente pequena, indicando que há pouco desacordo sobre a necessidade de diretrizes específicas. As respostas "Talvez" (8%) podem refletir a necessidade de mais esclarecimentos sobre como as diretrizes adaptadas beneficiariam o serviço.

Este estudo analisa a eficácia das diretrizes atualizadas na redução da resistência antimicrobiana e na melhoria dos resultados dos pacientes (M. J., & Trottier, S. 2020).

Gordon, J., & Patel, V. (2022), Diretrizes adaptadas podem melhorar a qualidade do atendimento e os resultados de saúde das mulheres, fornecendo orientações específicas para condições que afetam predominantemente ou exclusivamente as mulheres.

Grimshaw et al (2019), eficácia das diretrizes clínicas e como a participação dos profissionais no desenvolvimento e implementação dessas diretrizes pode melhorar os resultados clínicos e a adesão.

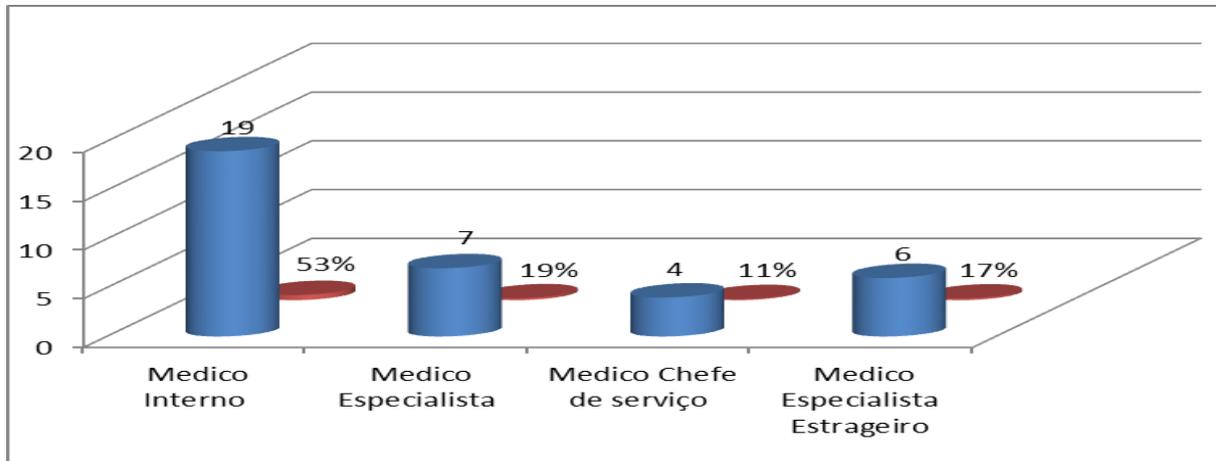
Gráfico 01 - Tempo de serviço dos médicos



Fonte: (Autor, 2024)

O gráfico acima demonstra que dos 36 médicos inqueridos, foram encontrados 94% (34/36) Médicos que exercem a profissão há mais de um ano, e 2 Médicos que corresponde a 6%, com menor tempo.

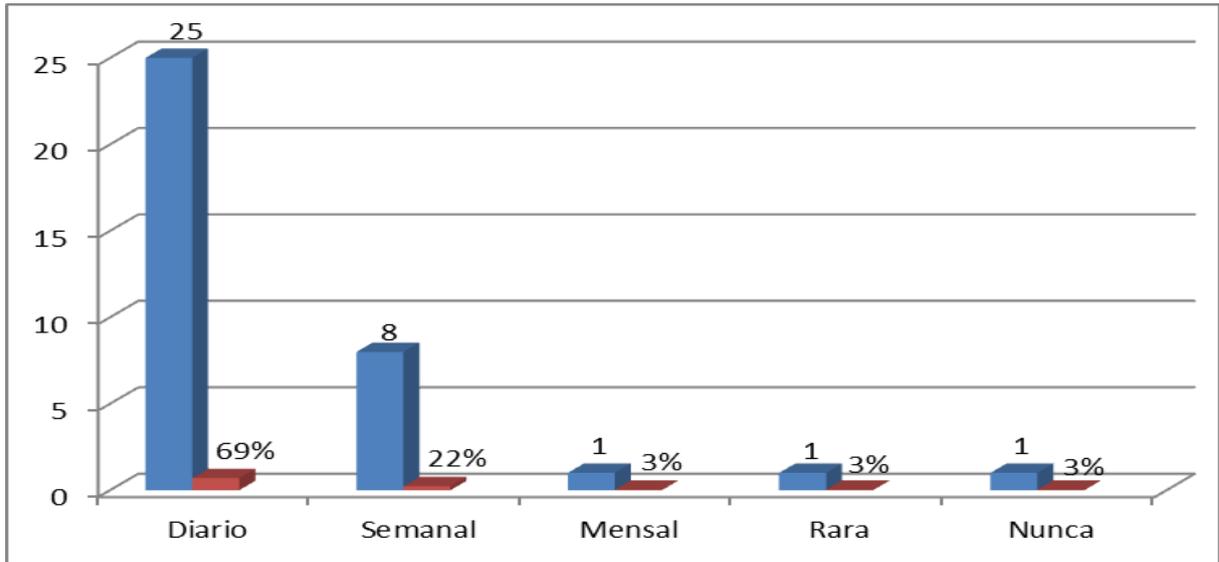
Gráfico 02 - A função no Hospital Geral do Huambo



Fonte: (Autor, 2024)

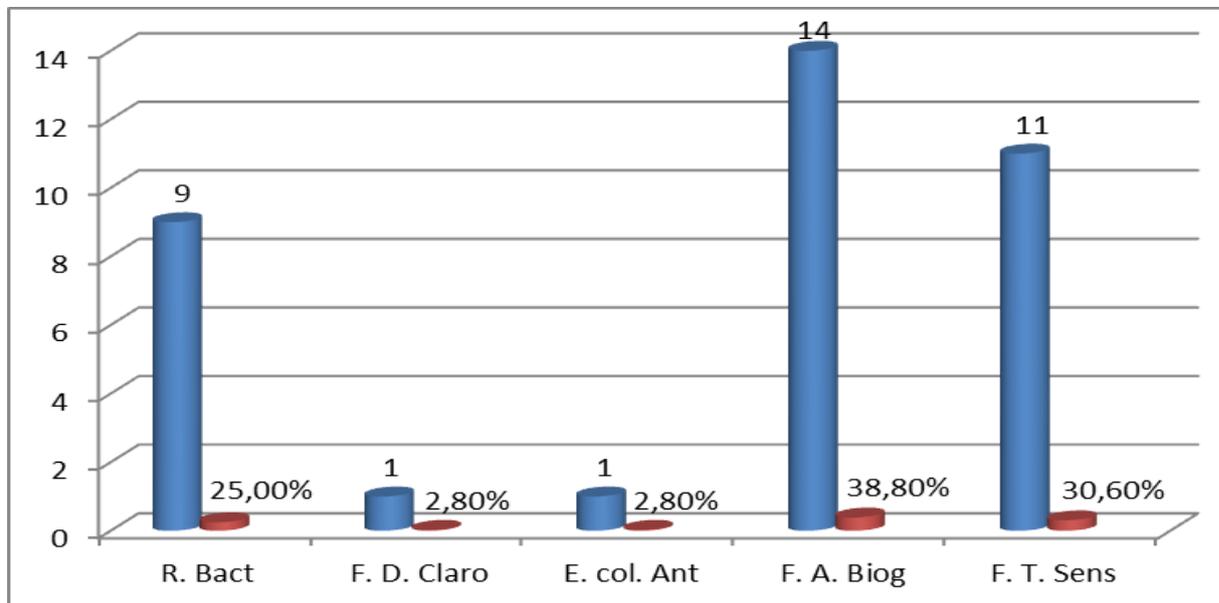
O gráfico acima indica que 36 médicos inqueridos, 53% (19/36) são médicos internos, 19% (7/36) são médicos especialistas, 17% (6/36) médicos especialistas estrangeiros e 11% (4/36) médicos chefes serviços.

O que demonstra maior parte dos médicos que trabalham na secção de medicina mulher são médico interno.

Gráfico 03 - Tempo de frequência na prescrição de antibiótico

Fonte: (Autor, 2024)

O gráfico acima indica que dos 36 médicos inqueridos, 69% (25/36) prescrevem antibióticos diariamente, 22% (8/36) prescrevem antibióticos semanalmente, as opções mensais, rara e nunca ambas obtiveram resultados similares 3% (1/36).

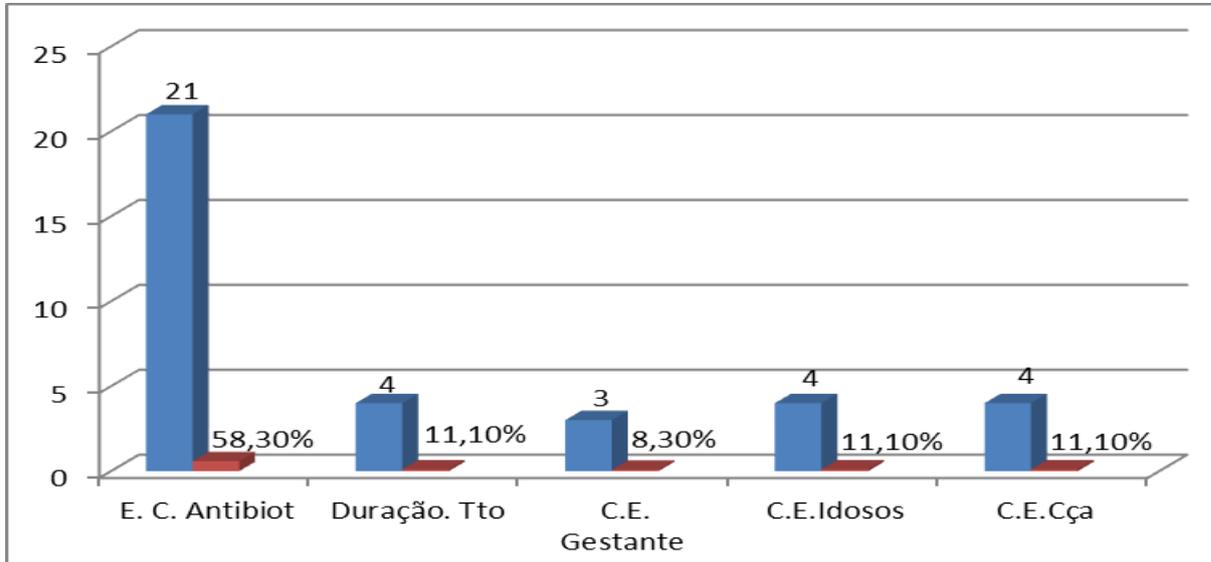
Gráfico 04 - Problemas que se enfrenta na prescrição de antibióticos

Fonte: (Autor, 2024)

O gráfico acima indica que dos 36 médicos inqueridos, 38,80% (14/36) enfrentam problemas com as resistências bacterianas, 30,60% (11/36) enfrentam problemas por falta de teste de sensibilidade, 25,00% (9/36) é por causa das resistências bacterianas, as opções falta

de directrizes claras e efeitos colaterais dos antibióticos, ambas obtiveram resultados similares 2,80% (1/36).

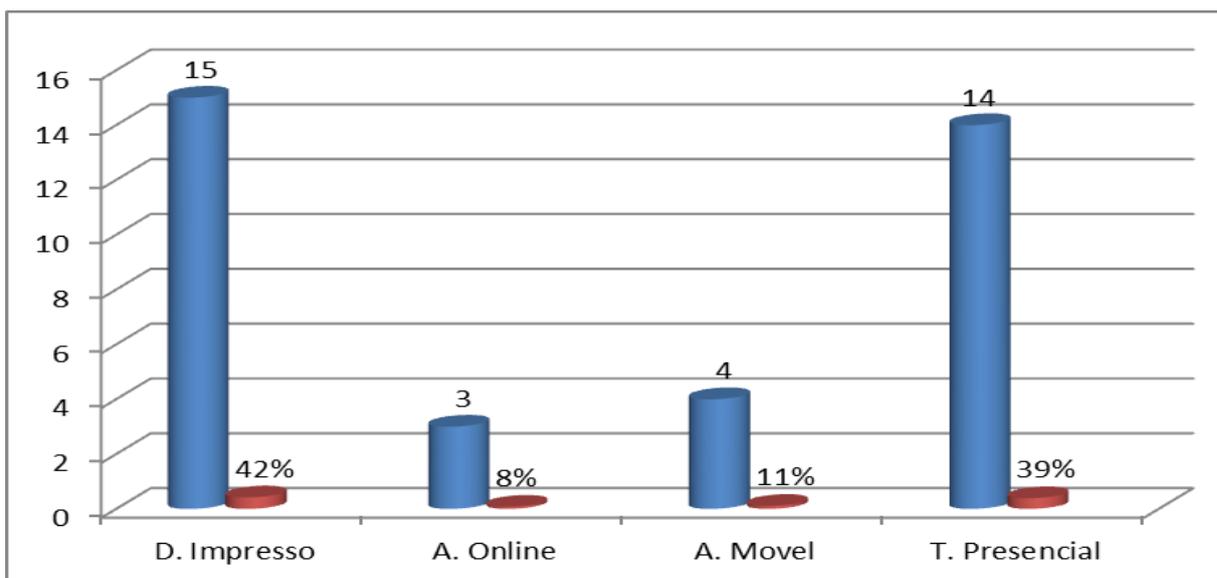
Gráfico 05 - As informações que deve estar incluída neste guia terapêutico



Fonte: (Autor, 2024)

O gráfico acima demonstra que dos 36 médicos inqueridos, 58,30% (21/36) gostariam que fôssem incluídos, aspecto de cobertura dos antibióticos, as opções duração do tratamento, considerações específicas para idosos e crianças, ambas obtiveram resultados similares 11,10% (4/36) e considerações específicas para gestantes com 8,30% (3/36).

Gráfico 06 - Forma de disponibilizar este guia



Fonte: (Autor, 2024)

O gráfico acima demonstra que dos 36 médicos inqueridos, 42% (15/36) gostariam ter este guia na forma impresso, 39% (14/36) gostariam que fosse treinamento presencial, 11% (4/36) gostariam que fosse um aplicativo móvel e 8% (3/36) gostariam que fosse acesso a internet na unidade hospitalar.

5 PROPOSTA DA SOLUÇÃO

5.1 Caracterização da Proposta

Este projeto visa desenvolver um guia terapêutico abrangente e atualizado para a prescrição de antibióticos, com o objetivo de promover o uso racional desses medicamentos, reduzir a resistência antimicrobiana e melhorar os resultados clínicos para pacientes.

5.2 Objectivo da Proposta

O objetivo é fornecer diretrizes claras e baseadas em evidências para profissionais de saúde na seleção, dosagem e duração de tratamento dos antibióticos, considerando diferentes tipos de infecções e perfis de pacientes.

5.3 Metodologia para Criar o Guia:

- 1) **Revisão da Literatura:** Realização de uma revisão abrangente da literatura científica atualizada sobre antibióticos, incluindo estudos de eficácia, resistência antimicrobiana e diretrizes de organizações de saúde reconhecidas.
- 2) **Consultoria Especializada:** Engajamento de especialistas em infectologia, farmacologia clínica e microbiologia para revisão e validação das recomendações propostas.
- 3) **Desenvolvimento das Diretrizes:** Elaboração das diretrizes baseadas nas melhores práticas e consenso de especialistas, considerando as características epidemiológicas locais e globais.
- 4) **Validação Clínica:** Realização de estudos preliminares para validar a aplicabilidade clínica das recomendações em diferentes contextos de saúde.

5.4 Informações a serem Incluídas no guia

- 1) Classificação de antibióticos por classe e mecanismo de acção.
- 2) Indicações e contra-indicações claras para cada antibiótico.
- 3) Doses recomendadas e ajustes por faixa etária e possíveis comorbidades.
- 4) Duração ideal do tratamento para diversas infecções.
- 5) Estratégias para monitoramento e reavaliação terapêutica.

5.5 Resultado Esperado

Espera-se que o guia contribua significativamente para a padronização e otimização da prescrição de antibióticos, resultando em melhorias na saúde pública, reduzindo a resistência antimicrobiana e custos associados aos cuidados de saúde.

5.6 Estudo Preliminar

Antes da implementação final do guia, serão realizados estudos preliminares para avaliar a adesão às diretrizes propostas pelos profissionais de saúde e os impactos iniciais na prática clínica.

5.7 Viabilidade

A viabilidade do projeto é sustentada pela disponibilidade de literatura científica robusta, a expertise de especialistas consultados e o compromisso das instituições de saúde em melhorar a gestão de antibióticos.

5.8 Recursos Humanos

Será necessário um equipa multiprofissional de saúde para contribuir com conhecimento e técnicas na elaboração e validação das diretrizes.

5.9 Orçamento

O orçamento incluirá custos para revisão de literatura, honorários de consultorias, despesas administrativas e custos relacionados à implementação inicial do guia.

5.10 Aspectos Legais

O guia será desenvolvido conforme regulamentos locais e nacionais de saúde, com revisão legal para garantir conformidade com normativas vigentes e proteção da propriedade intelectual do conteúdo produzido.

Esta proposta visa não apenas melhorar a prática clínica no que diz respeito ao uso de antibióticos, mais também contribuir para a sustentabilidade dos recursos antimicrobianos e a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos pacientes.

CONCLUSÕES

Este estudo detalhou as principais patologias infecciosas que afectam o serviço de medicina mulher, oferecendo uma compreensão abrangente de condições como: Doenças respiratórias, doenças endocrinometabólica, doenças cardiovasculares, doenças neurológicas, doenças gastroentéricas, meningite e miscelânea.

A identificação dos antibióticos mais utilizados no serviço de medicina mulher revelou padrões significativos de prescrição, destacando os agentes terapêuticos mais comuns para o tratamento de infecções específicas. Este levantamento visa informar decisões clínicas mais fundamentadas, promovendo o uso racional de antibióticos e ajudando a mitigar resistências antimicrobianas.

A criação deste guia terapêutico de actualização de antibióticos representa um recurso valioso para profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes no serviço de medicina mulher. Ao integrar informações actualizadas sobre dosagens, indicações, precauções e monitoramento, o guia visa otimizar a eficácia do tratamento de antibióticos, minimizar efeitos adversos e contribuir para melhores resultados clínicos.

RECOMENDAÇÕES

- 1) **Educação Contínua:** Promover programas de educação continuada para profissionais de saúde que atuam no serviço de medicina mulher, enfatizando diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de patologias infecciosas específicas.
- 2) **Protocolos de Uso de Antibióticos:** Desenvolver e implementar protocolos institucionais para o uso racional de antibióticos, considerando resistência antimicrobiana, perfis de sensibilidade local e diretrizes clínicas atualizadas.
- 3) **Monitoramento Epidemiológico:** Estabelecer sistemas de vigilância epidemiológica para monitorar a incidência e a prevalência de patologias infecciosas no serviço de medicina da mulher, permitindo uma resposta rápida a surtos e mudanças nos padrões de infecção.
- 4) **Abordagem Multidisciplinar:** Fomentar a colaboração entre ginecologistas, infectologistas, microbiologistas e outros profissionais de saúde para uma abordagem integrada no manejo de patologias infecciosas complexas.
- 5) **Ênfase na Prevenção:** Priorizar estratégias de prevenção, como vacinação, educação sobre saúde sexual e reprodutiva, e práticas de higiene adequadas para reduzir o impacto das patologias infecciosas no serviço de medicina mulher.
- 6) **Avaliação Regular de Práticas:** Realizar auditórias regulares para avaliar o cumprimento de diretrizes de prescrição de antibióticos e a eficácia dos tratamentos implementados, ajustando as práticas conforme necessário.
- 7) **Apoio à Pesquisa:** Incentivar estudos clínicos e epidemiológicos locais para gerar evidências adicionais sobre a eficácia de diferentes regimes terapêuticos e abordagens preventivas específicas para o serviço de medicina mulher.
- 8) **Comunicação Efetiva:** Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, educando sobre sinais de alerta de infecções, a importância da adesão ao tratamento e o manejo adequado de efeitos colaterais de antibióticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBAYRAK A, et al. Avaliação do conhecimento, atitudes e práticas dos pais em relação ao uso de antibióticos em infecções agudas do trato respiratório superior em crianças menores de 18 anos: um estudo transversal na Turquia. *BMC Pediatr*, 2021;21(1):554.
- AL-YAQOUBI WS, AL-MAQBALI NS. Padrões de prescrição de co-amoxiclav para crianças na policlínica de Ibrí, Omã. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 2021;21(1):72-76.
- ANDRADE, SAULO FERNANDES DE et al. Sulfonamidas derivadas de 8 hidroxiquinolína: Processo de síntese, composição farmacêutica e uso. 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/188488>
- AZEVEDO, SÍLVIA MARISA MOREIRA. Farmacologia dos Antibióticos Beta-lactâmicos. 2014. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://bdigital.ufrj.br/handle/10284/4412>
- BAPTISTA, MARIA GALVÃO DE FIGUEIREDO MENDES et al. Mecanismos de resistência aos antibióticos. 2013. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3264/Mecanismos>
- BELL, VICTORIA. Introdução dos antibióticos em Portugal: ciência, técnica e sociedade (anos 40 a 60 do século XX). Estudo de caso da penicilina. Tese de Doutorado em Ciências Farmacêuticas, área de especialização em Sociofarmácia Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, 2014. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27045/1/Introdução.pdf>
- BRITO MA, CORDEIRO BC. Necessidade de novos antibióticos. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* 2014; 48(4): 247-249. DOI: 10.1590/S1676-24442012000400002.
- CHUA KP, et al. antibiotic prescribing among privately insured US patients: ICD-10-CM based cross sectional study. *BMJ*, 2019;5092.Appropriateness of outpatient
- COSTA, ANDERSON LUIZ PENA; JUNIOR, ANTÔNIO CARLOS SOUZA SILVA. Resistência bacteriana aos antibióticos e Saúde Pública: uma breve revisão de literatura. *Rev. Estação Científica (UNIFAP)*, v. 7, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/2555>.
- DIAS, NATHÁLIA. Genes de resistência aos β -lactâmicos, macrolídeos e tetraciclínas em amostras de caprinos com periodontite e saudáveis. 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/155302/000881517.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- DRAGO L. Epidemiology and mechanisms of resistance: clinical and environmental impact. *Le Infezioni in Medicina* :Infez Med. 2017; 15(Suppl-2): 6-12.
- EVANGELISTA, PAULA. Infecções de orofaringe e o uso racional de antibióticos em um hospital do interior da Bahia. 2018. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/handle/123456789/1280>

FERNANDES; BRUNA KAREN CAVALCANTE et al. Preparo e administração de medicamentos em idosos hospitalizados. Rev. Kayrós de Gerontologia. V. 21, n. 03, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/41453>

FERREIRA, VICTOR MENDES et al. Perfil de dispensação de antibióticos nos ambientes ambulatorial e hospitalar em Montes Claros, MG. Unimontes Científica, v. 18, n. 1, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_00348910rspS151851s287872017051007121.pdf

GOODMAN LS, GILMAN AG. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12^a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. 2016.

Gordon, J., & Patel, V. (2022). *Ethical and Practical Issues in Including Diverse Demographics in Clinical Trials. Bioethics Review*

HOLM A, et al. Disponibilidade de cultura e microscopia no local de atendimento na prática geral - isso leva ao uso mais apropriado de antibióticos em pacientes com suspeita de infecção do trato urinário? Eur J GenPract, 2020;26(1):175–181.

KAISER, CARLOS R. et al. Oxazolidinonas: Uma nova classe de compostos no combate à tuberculose. Rev. Bras. Farm, v. 88, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422005000400022

MARQUIOTI, CLAUDINÉIA MARIA JOSÉ; LANES, LUCAS COUTO; CASTRO, GEANE FREITAS PIRES. Uso irracional de antibióticos na infância: contribuição do profissional farmacêutico para a promoção da saúde. Rev Transformar. ed. 13, n.3, p. 39-77. 2015. Disponível em <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/39>

NOVARETTI, MARCIA CRISTINA ZAGO; AQUINO, SIMONE; PISCOPO, MARCOS ROBERTO. Controle de Vendas de Antibióticos no Brasil: Análise do efeito dos atos regulatórios no uso abusivo pelos consumidores. Revista Acadêmica São Marcos, v. 4, n. 2, p.25-39, 2015

OLIVEIRA, ANNA LAIZA DAVILA et al. Mecanismos de resistência bacteriana a antibióticos na infecção urinária. Revista UNINGÁ Review, v. 20, n. 3, 2018. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/download/1598/1208>

PILTCHER, OTÁVIO BEJMAN et al. Como evitar o uso inadequado de antibióticos nas infecções de vias aéreas superiores? Posição de um painel de especialistas BrazilianJournalofOtorhinolaryngology. vol. 84 n.3, São Paulo Maio/Jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180886942018000300265&script=sci_arttext&tlng=pt

RIBEIRO, ALEXANDRA MANUELA FERREIRA. Farmacologia dos Antibióticos Aminoglicosídeos. Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, 2017. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6570/1/PPG_31032.pdf

Rybak, M. J., & Trottier, S. (2020). *Effectiveness of Updated Antimicrobial Guidelines in Reducing Antimicrobial Resistance and Improving Patient Outcomes*. *Infectious Diseases Society of America*.

SCHNEIDER, MATEUS PIRES. Avaliação do impacto de um antibiótico da classe dos beta-lactâmicos. 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/153308>

STRAUB RO. Psicologia da Saúde: Uma Abordagem Biopsicossocia. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 2-25.

TEKALIGN TG, et al. Avaliação hospitalar do uso de ciprofloxacina no leste da Etiópia: uma avaliação retrospectiva da prática clínica. *Pan Afr Med J*, 2021;38:62.

TORTORA GJ, FUNKE BR, CASE CL. Microbiologia. 10^a ed. Porto Alegre: Artmed. 2016.

TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L. Microbiologia: Fármacos antimicrobianos. 12 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017, cap 20, p.520-575. Acesso em: 17 de out. 2023.

TSUZUKI S, et al. Custo do uso inapropriado de antimicrobianos para infecção respiratória superior no Japão. *BMC Health Serv Res*, 2020;20(1):153.

WANNMACHER L. Uso racional de antidepressivos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 83-90.

APÊNDICES

Inquérito de interesse a classe médica

Visto
____/____/____
Área Científica

Inquérito de pesquisa sobre Criação de um guia terapêutico de actualização para prescrição de antibiótico no serviço de medicina mulher no hospital geral do Huambo

Objectivo: Obter informações sobre a prescrição dos antibióticos no serviço de medicina mulher no hospital geral do Huambo.

Coloque X no quadrado segundo a sua escolha

Aceitarias participar na nossa pesquisa?

Sim Não

Idade _____

Género _____

Tempo de serviço dos médicos

- a) Dias
- b) Meses
- c) Anos

Questionário sobre Guia Terapêutico para Prescrição de Antibióticos

1. Qual é a sua função no Hospital Geral do Huambo?

- a) Médico interno
- b) Médico especialista
- c) Médico chefe de serviço
- d) Médico especialista estrangeiro

2. Com que frequência prescreve antibióticos no serviço de medicina da mulher?

- a) Diariamente
- b) Semanalmente
- c) Mensalmente
- d) Raramente

e) Nunca

3. Acredita que um guia terapêutico atualizado para prescrição de antibióticos seria útil no seu dia a dia de trabalho?

a) Sim

b) Não

c) Não sei

4. Quais dos seguintes problemas enfrenta ao prescrever antibióticos?

a) Resistência bacteriana

b) Falta de diretrizes claras

c) Efeitos colaterais dos antibióticos

d) Falta de acesso a antibiogramas

e) Falta de teste de sensibilidade

5. Considera que há uma necessidade específica de diretrizes adaptadas para o serviço de medicina da mulher?

a) Sim

b) Não

c) Não sei

6. Que tipo de informações gostarias que fossem incluídas neste guia terapêutico?

a) Espectro de cobertura dos antibióticos

b) Duração do tratamento

c) Considerações específicas para gestantes

d) Considerações específicas para idosos

e) Considerações específicas para crianças

7. Qual seria a melhor forma de disponibilizar este guia terapêutico?

a) Documento impresso

- b) Acesso online (intranet do hospital)
- c) Aplicativo móvel
- d) Treinamento presencial

8. Gostarias de participar no desenvolvimento deste guia terapêutico?

- a) Sim
- b) Não
- c) Talvez, dependendo das circunstâncias

9. No grupo dos antibioticos qual deles mais prescreves?

R:.....
.....
.....
.....

10. Algum comentário adicional ou sugestão que gostarias de compartilhar sobre este tema?

R:.....
.....
.....
.....