

Antibióticos em Portugal

2014

2015

2016

Ambulatório

Espectro de Ação Largo

Espectro Ação Estreito

Distritos

Comparação
Internacional

Sumário executivo

Em Portugal continental em 2015 foram dispensadas 21.25 Doses Diárias Definidas por 1000 habitantes por dia (DHD) de antibióticos em meio ambulatorio.

De acordo com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), a média do consumo de antibióticos em meio ambulatorio, nos países da União Europeia analisados, foi de 22.4 DHD em 2015.

Os distritos de Lisboa, Coimbra, Portalegre, Porto e Leiria apresentaram uma utilização de antibióticos acima da média nacional em 2015.

Um dos indicadores de qualidade de prescrição frequentemente utilizado é o rácio entre a utilização de antibióticos de espectro de ação largo e espectro de ação estreito.

Distritos em Portugal continental com maior utilização de antibióticos de espectro de ação largo em 2015:

- Porto - maior utilização de Amoxicilina + Ácido clavulânico por 1000 habitantes por dia (10,05 DHD) versus Guarda (6,98 DHD).
- Leiria - maior utilização de Cefalosporinas de 2ª geração por 1000 habitantes por dia (2,04 DHD) versus Bragança (0,43 DHD).
- Viana do Castelo - maior utilização de Cefalosporinas de 3ª geração por 1000 habitantes por dia (0,40 DHD) versus Beja (0,08 DHD).
- Portalegre - maior utilização de Macrólidos, Lincosamidas e Estreptograminas (excluindo a Eritromicina) por 1000 habitantes por dia (3,42 DHD) versus Vila Real (2,50 DHD).

Distritos em Portugal continental com menor utilização de antibióticos de espectro de ação estreito em 2015:

- Guarda - menor utilização de Benzilpenicilina benzatínica por 1000 habitantes por dia (0,003 DHD) versus Porto (0,012 DHD).
- Porto - menor utilização de Cefalosporinas de 1ª geração por 1000 habitantes por dia (0,19 DHD) versus Portalegre (0,57 DHD).
- Braga - menor utilização de Eritromicina por 1000 habitantes por dia (0,016 DHD) versus Guarda (0,043 DHD).

Evolução do indicador de qualidade de prescrição entre 2015 e 2016 (comparação homóloga do 1º semestre):

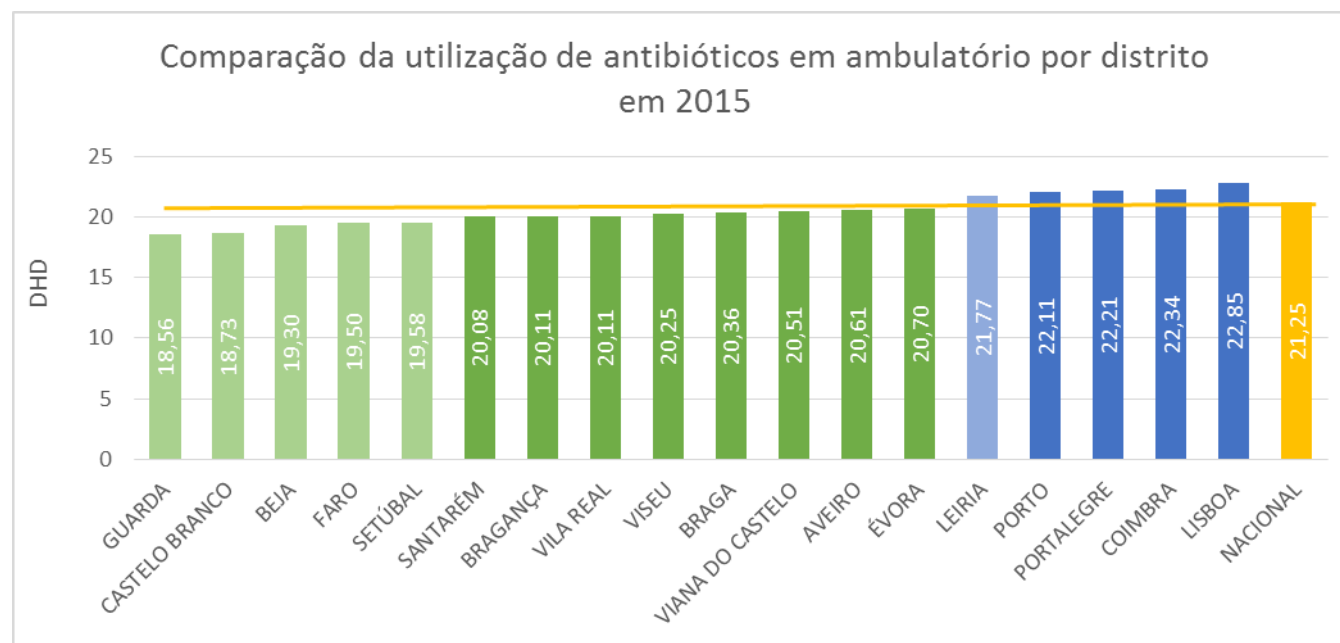
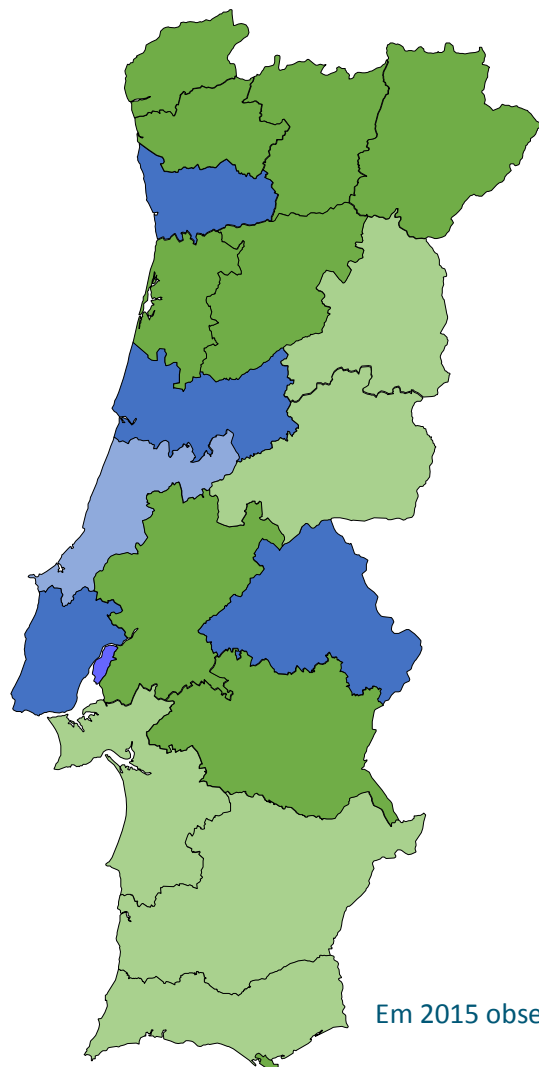
- Observa-se um aumento de 31,2% no rácio de utilização de antibióticos de largo espectro e de antibióticos de espectro estreito em 2016, face ao seu período homólogo em 2015 (1º semestre).

Enquadramento

- Evidência internacional demonstra que 80% a 90% de todas as prescrições de antibióticos são provenientes dos cuidados de saúde primários e destinam-se a tratar principalmente doenças que afetam o trato respiratório [1, 2, 3].
- Em Portugal continental em 2015, a dispensa de antibióticos (ATC J01) em ambulatório representou cerca de 93% do total de antibióticos utilizados no SNS, pelo que estão a ser desenvolvidas análises com o objetivo de caracterizar as assimetrias regionais na utilização destes medicamentos.
- A prescrição desnecessária de antibióticos nos cuidados de saúde primários é um fenómeno complexo, mas que está essencialmente relacionado com a interpretação incorreta dos sintomas, incerteza no diagnóstico e na perceção das expectativas dos doentes [2, 4].
- A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) desenvolvem frequentemente programas e ações no sentido de aumentar a racionalidade na utilização destes medicamentos. O Infarmed monitoriza trimestralmente a utilização de antibióticos.
- O Despacho n.º 15423/2013 prevê a promoção e correção das práticas de utilização de antibióticos, nomeadamente através da implementação do programa de assistência à prescrição de antibióticos (PAPA).
- De acordo com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), a média do consumo de antibióticos em meio ambulatório foi de 22.4 DHD em 2015. Apesar de Portugal se situar abaixo da média dos países analisados (com 21.25 DHD), este valor ainda é considerado elevado.
- Durante o ano de 2015 observou-se um aumento de 4.6% do consumo de antibióticos em Portugal relativamente ao ano de 2014, o que aumentou a preocupação por parte das Autoridades Nacionais Competentes. No entanto, os dados relativos ao 1º semestre de 2016 apresentam uma inversão da tendência com uma redução de 3.1% comparativamente ao 1º semestre de 2015.

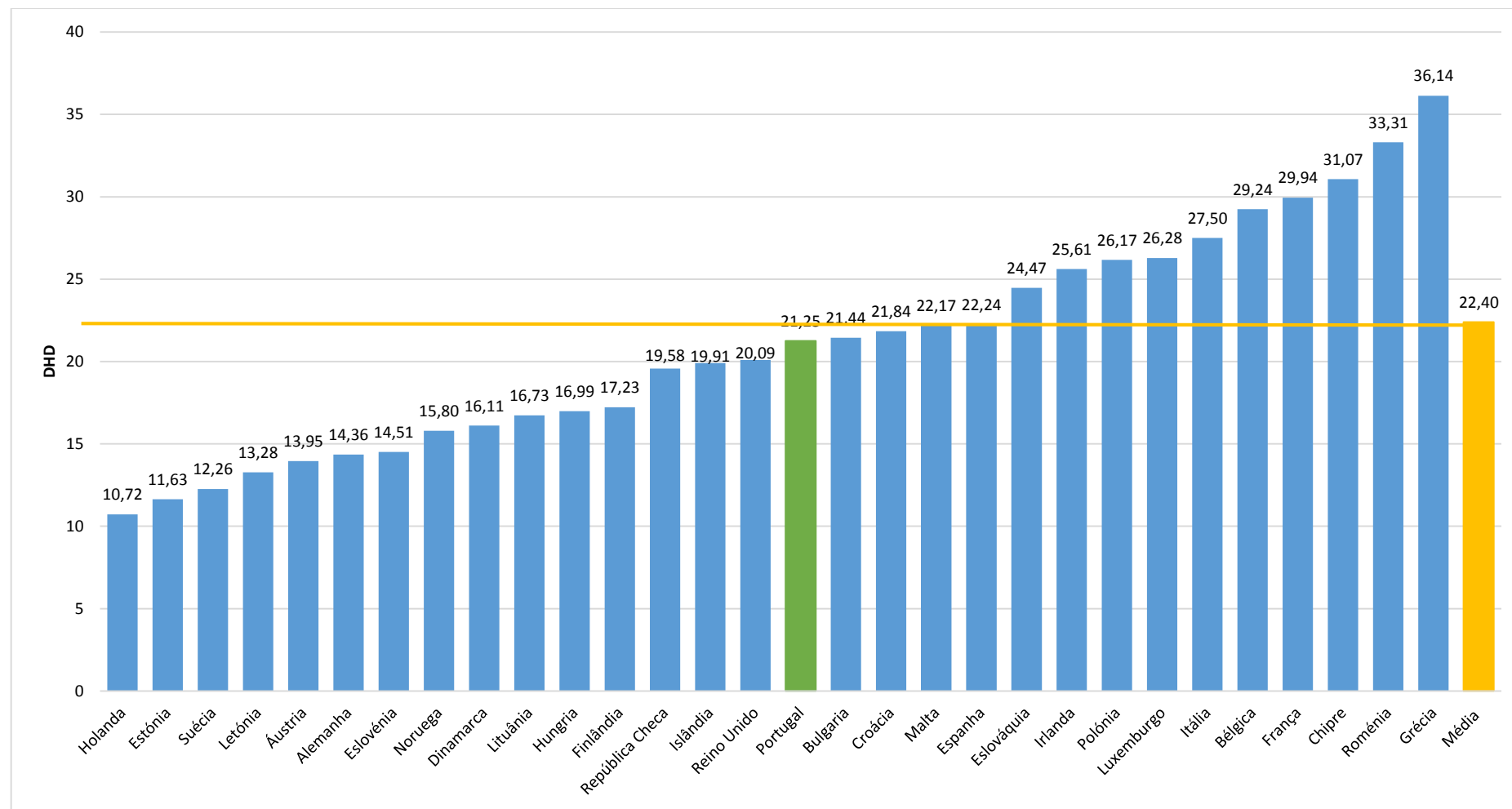
- A qualidade de prescrição é frequentemente avaliada através do rácio entre a utilização de antibióticos de espectro de ação largo [J01CR+J01DC+J01DD+(J01F-J01FA01)] e a utilização de antibióticos de espectro de ação estreito (J01CE+J01DB+J01FA01).
- De acordo com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), Portugal é um dos países que apresentam este rácio mais elevado, ou seja, a proporção de antibióticos de espectro de ação largo é bastante superior à utilização de antibióticos de espectro de ação estreito.
- A monitorização da utilização de antibióticos permite a todos os intervenientes no sector da saúde uma atempada intervenção nas suas atividades, assim a disponibilização de informação como instrumento de apoio à decisão e como veículo de divulgação de boas práticas de utilização são medidas que o Infarmed, I.P. tem em curso e que pretende continuar melhorar.

Comparação da utilização de Antibióticos (J01) por distrito em 2015



Em 2015 observou-se que os distritos de Lisboa, Coimbra, Portalegre, Porto e Leiria apresentaram consumos acima da média nacional.

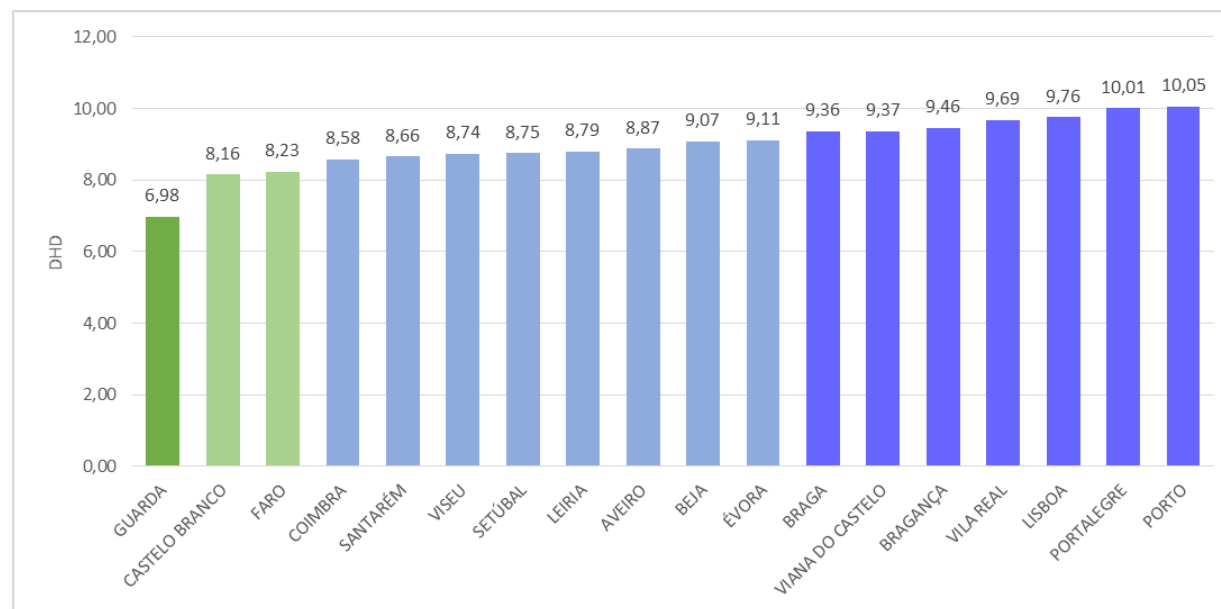
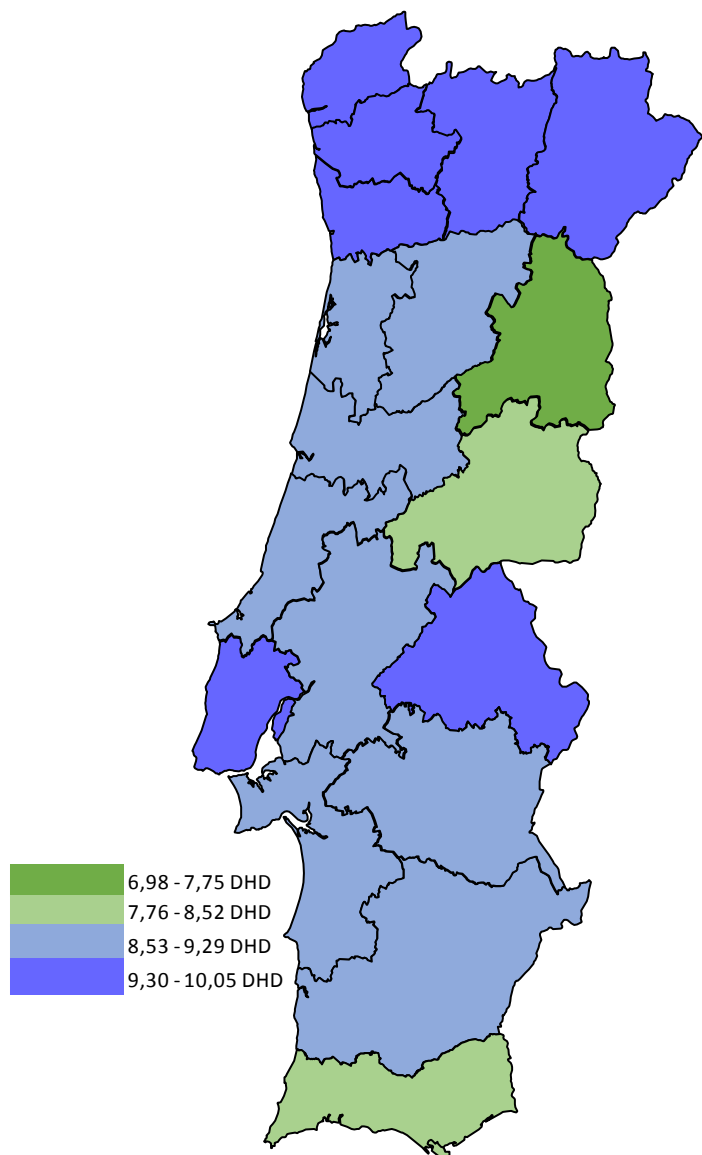
Comparação internacional da utilização de Antibióticos (J01) em ambulatório em 2015



De acordo com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), a média do consumo de antibióticos em meio ambulatório foi de 22.4 DHD em 2015. Apesar de Portugal se situar abaixo da média dos países analisados (com 21.25 DHD), este valor ainda é considerado elevado.

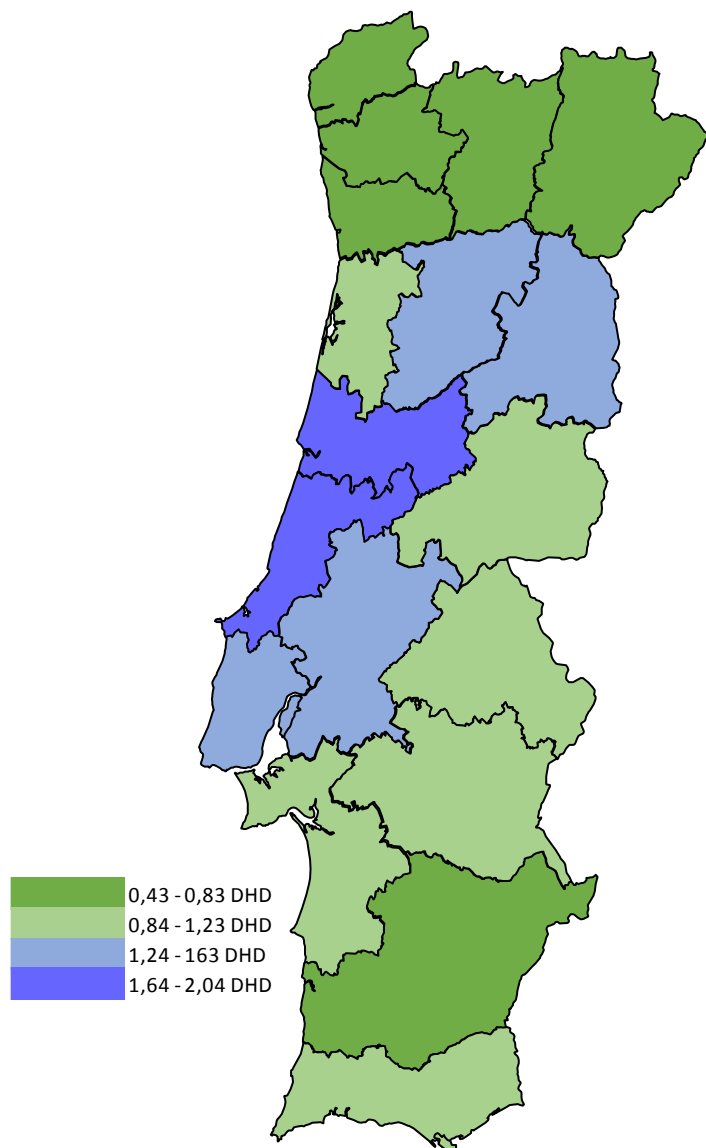
Utilização de Associações de penicilinas, incluindo inibidores de beta lactamases (J01CR) por distrito em 2015

- O distrito com menor utilização de Amoxicilina + Ácido clavulânico por 1000 habitantes foi a Guarda.
- O distrito com maior utilização de Amoxicilina + Ácido clavulânico por 1000 habitantes foi o Porto.
- A variação de utilização entre os distritos Guarda e Porto é de 30,55%.

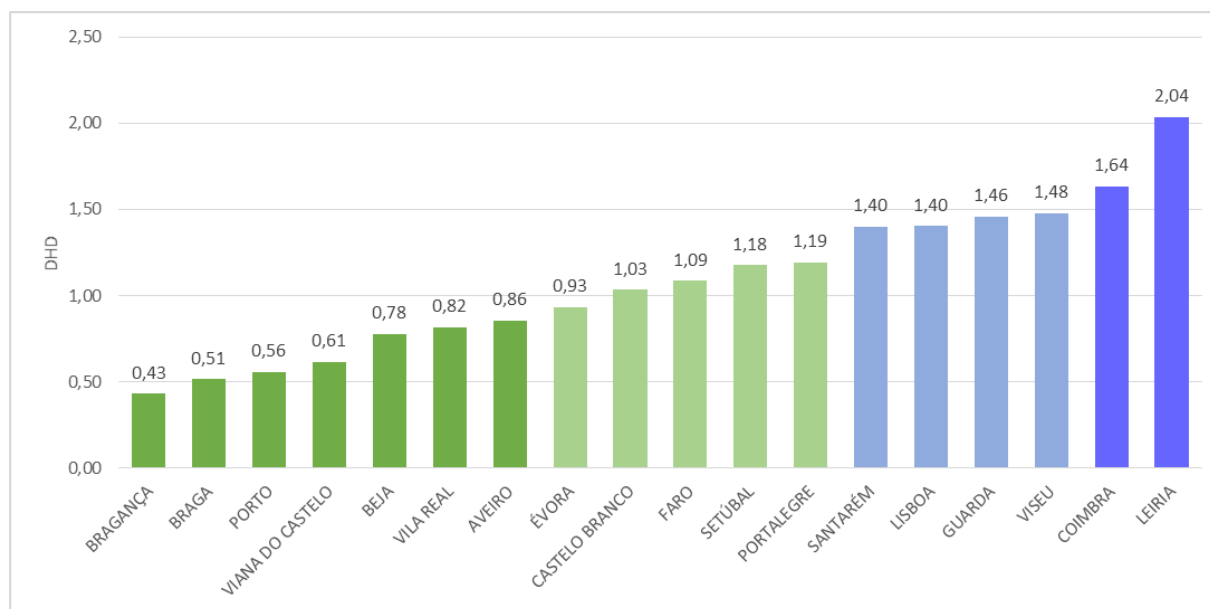


Nota: Em ambulatório em 2015 apenas se observou a utilização de Amoxicilina + Ácido clavulânico (ATC J01CR2).

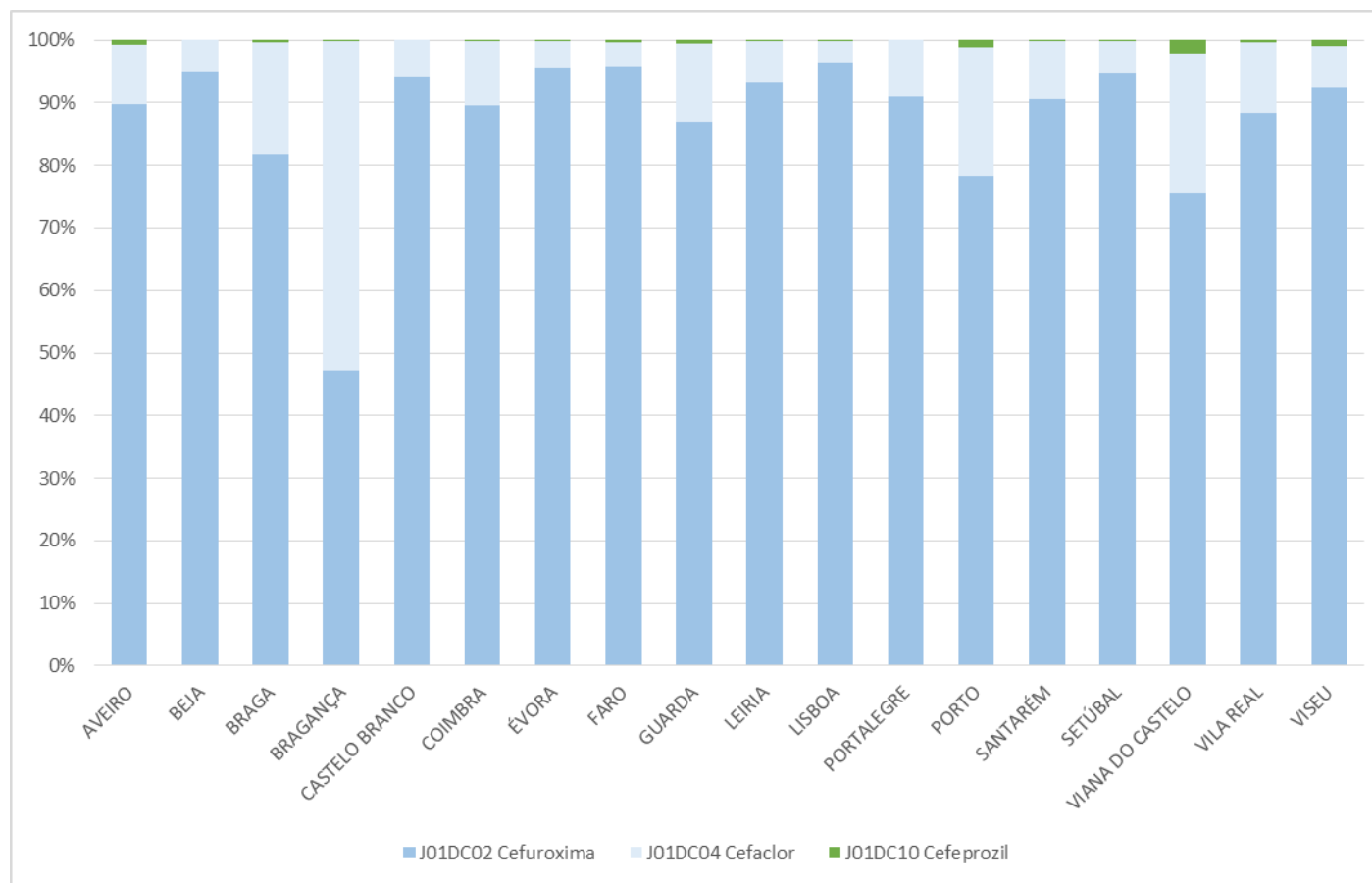
Utilização de Cefalosporinas de 2ª geração (J01DC) por distrito em 2015



- O distrito com menor utilização de Cefalosporinas de 2ª geração por 1000 habitantes foi Bragança.
- O distrito com maior utilização de Cefalosporinas de 2ª geração por 1000 habitantes foi Leiria.
- A variação de utilização entre os distritos de Bragança e Leiria é de 78,92%.

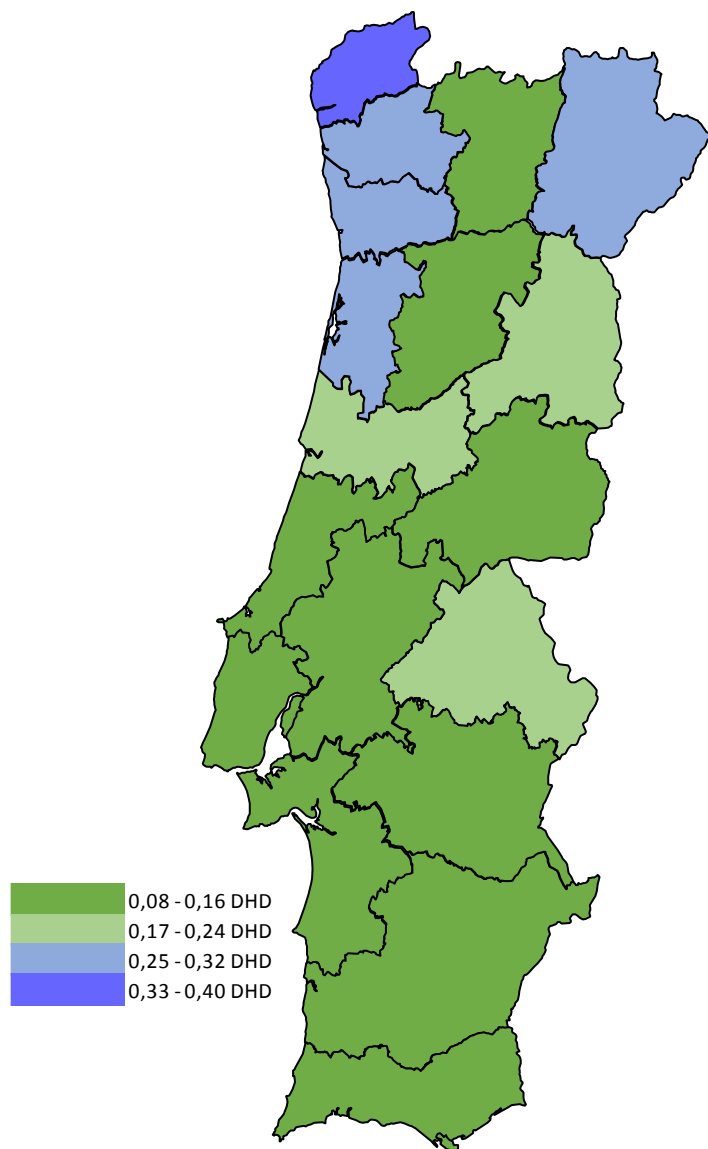


Padrão de utilização de Cefalosporinas de 2ª geração (J01DC) por distrito em 2015

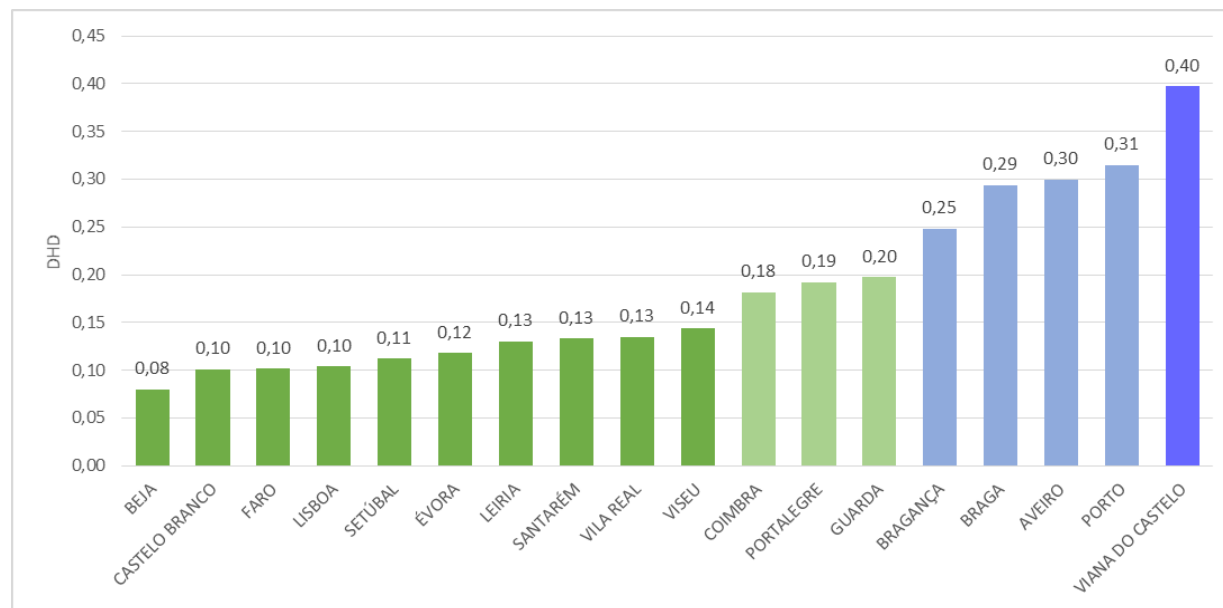


A Cefuroxima foi a cefalosporina de 2ª geração mais utilizada em ambulatório em todos os distritos analisados, com exceção do distrito de Bragança, onde se observou uma maior utilização de Cefaclor.

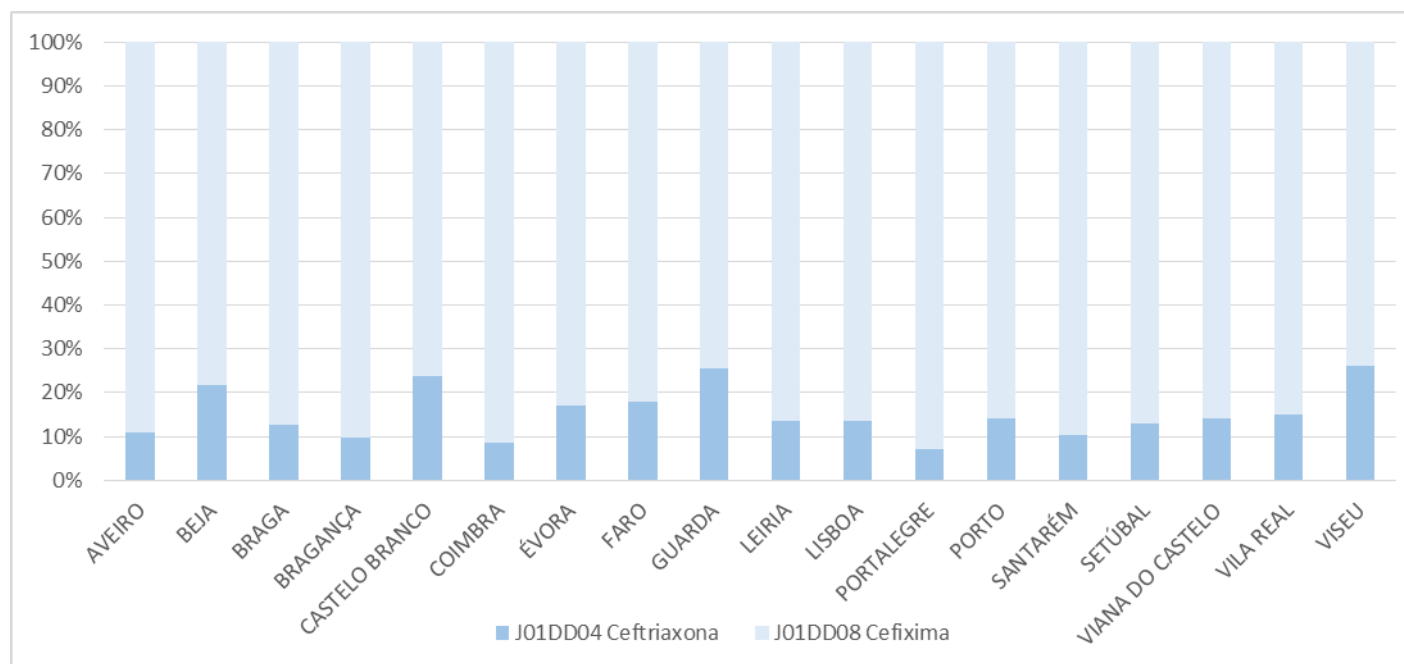
Utilização de Cefalosporinas de 3ª geração (J01DD) por distrito em 2015



- O distrito com menor utilização de Cefalosporinas de 3ª geração por 1000 habitantes foi Beja.
- O distrito com maior utilização de Cefalosporinas de 3ª geração por 1000 habitantes foi Viana do Castelo.
- A variação de utilização entre os distritos de Beja e Viana do Castelo é de 80,00%.

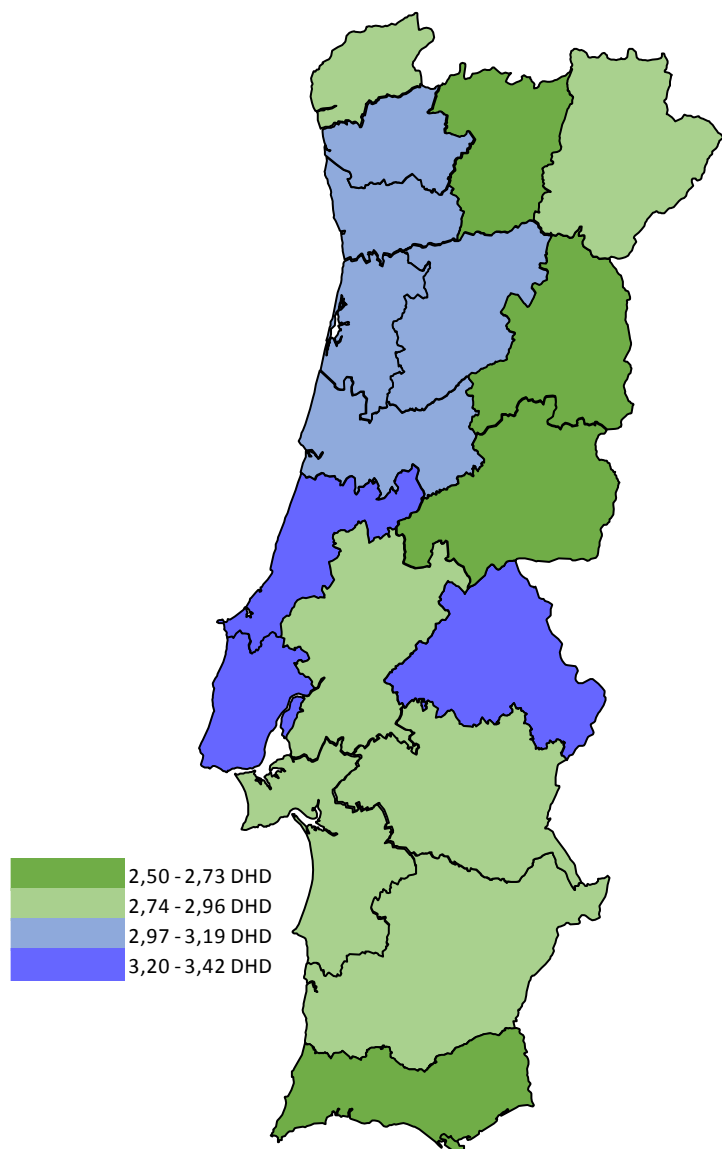


Padrão de utilização de Cefalosporinas de 3ª geração (J01DD) por distrito em 2015

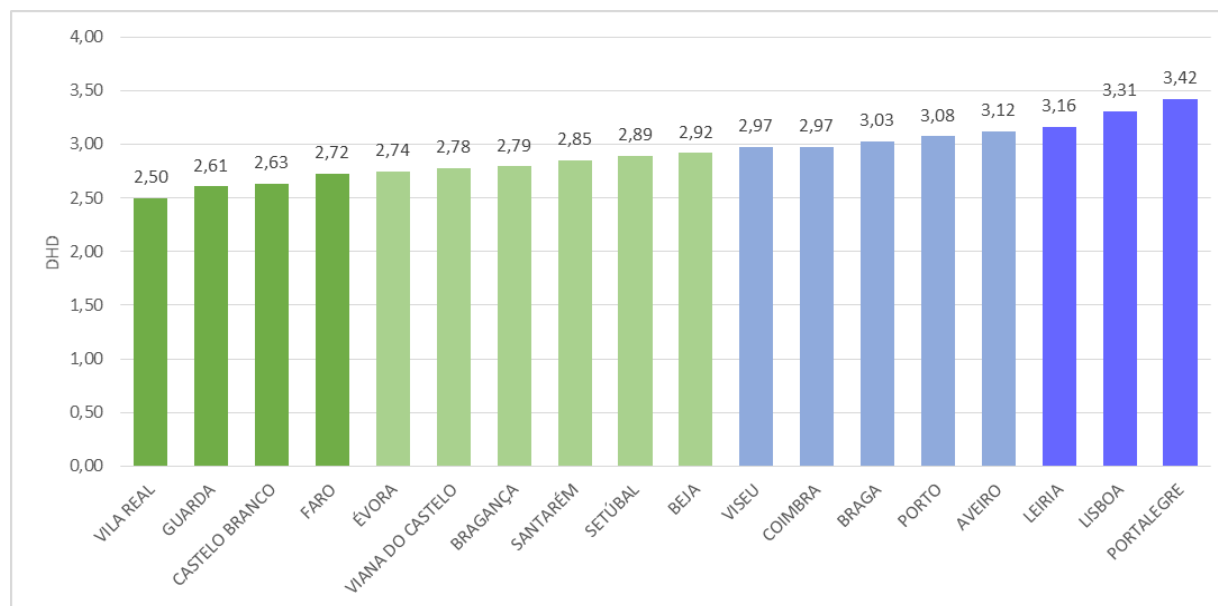


A Cefixima foi a cefalosporina de 3ª geração mais utilizada em ambulatório em todos os distritos analisados.

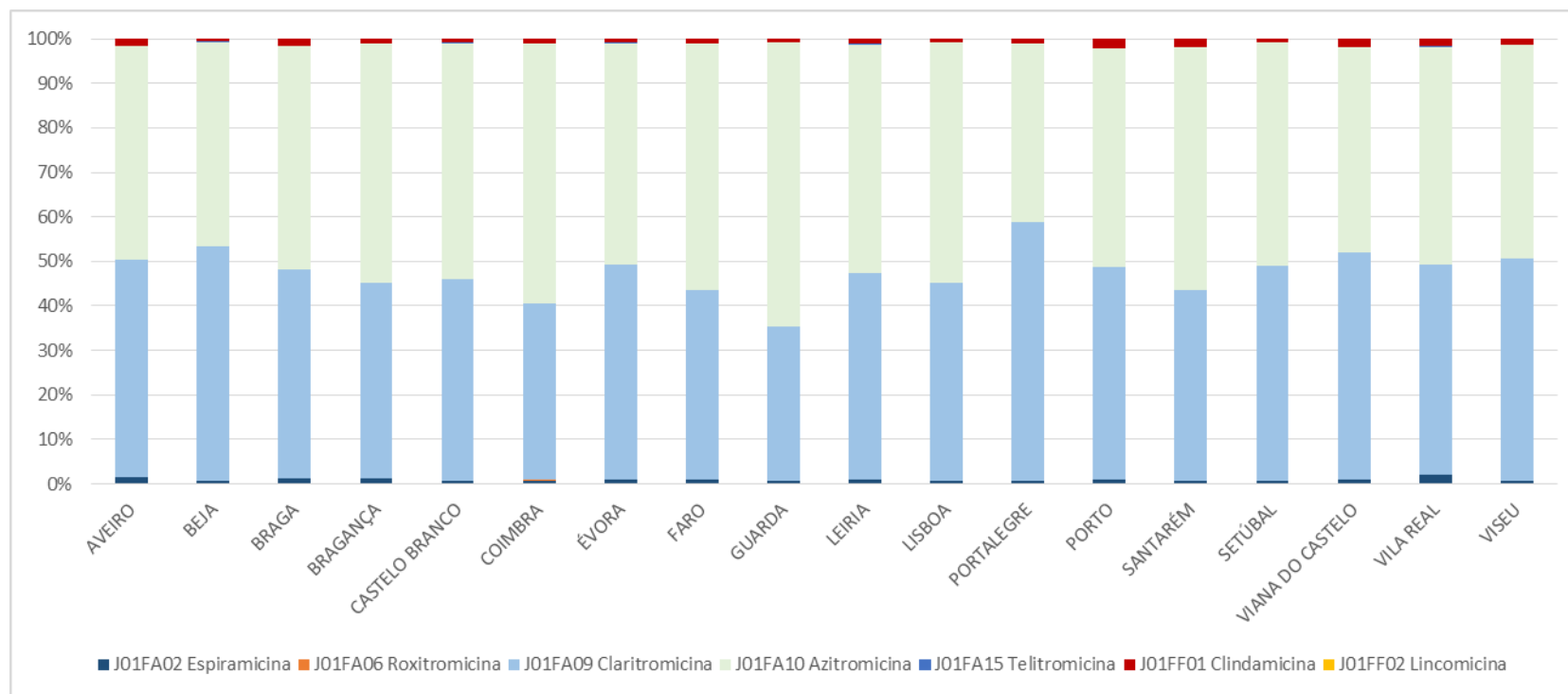
Utilização de Macrólidos, Lincosamidas e Estreptograminas (J01F excluindo J01FA01) por distrito em 2015



- O distrito com menor utilização J01F (excluindo a Eritromicina) por 1000 habitantes foi Vila Real.
- O distrito com maior utilização de J01F (excluindo a Eritromicina) por 1000 habitantes foi Portalegre.
- A variação de utilização entre os distritos de Vila Real e Portalegre é de 26,90%.

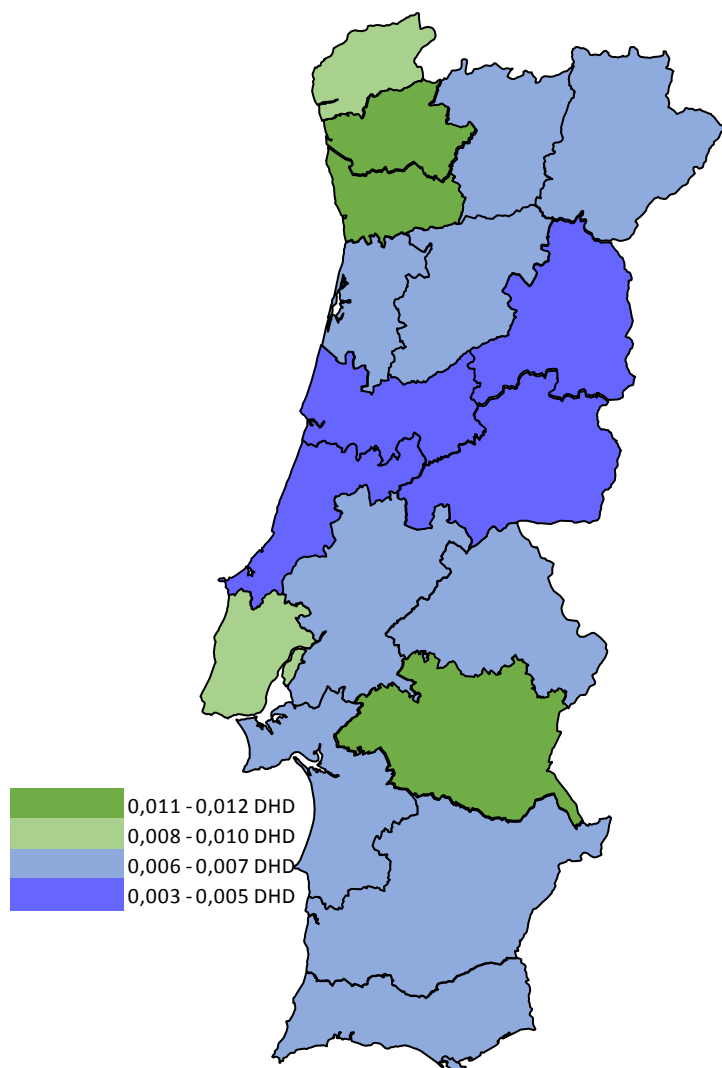


Padrão de utilização de Macrólidos, Lincosamidas e Estreptograminas (J01F excluindo J01FA01) por distrito em 2015

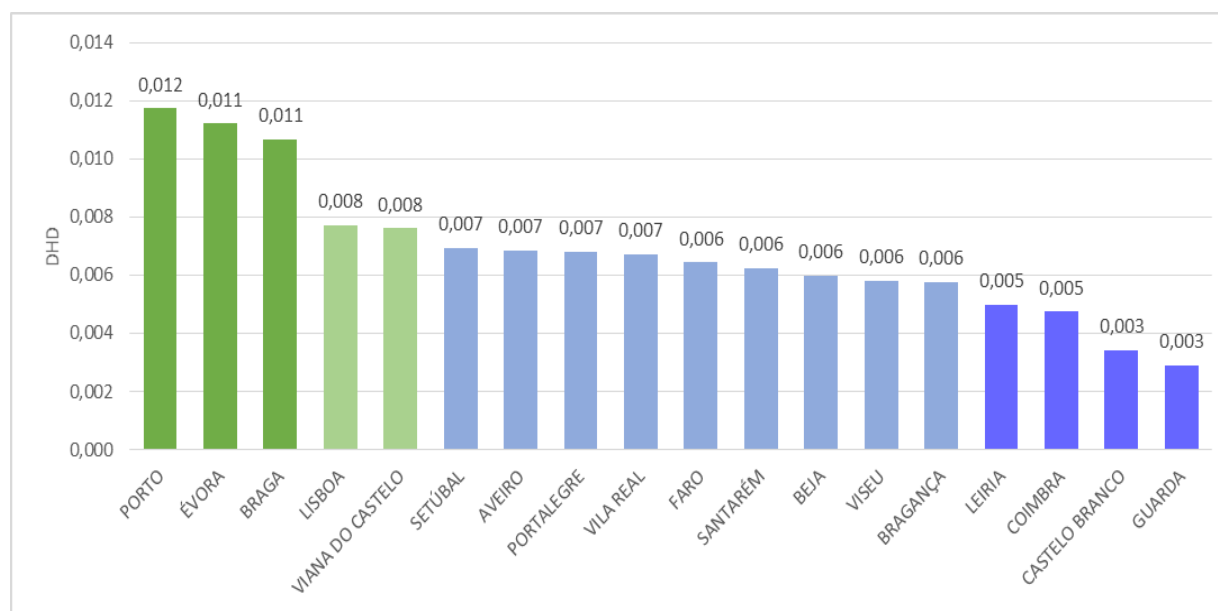


A Claritromicina e a Azitromicina foram as moléculas mais utilizadas em ambulatório em todos os distritos analisados.

Utilização de Penicilinas sensíveis às beta lactamases (J01CE) por distrito em 2015



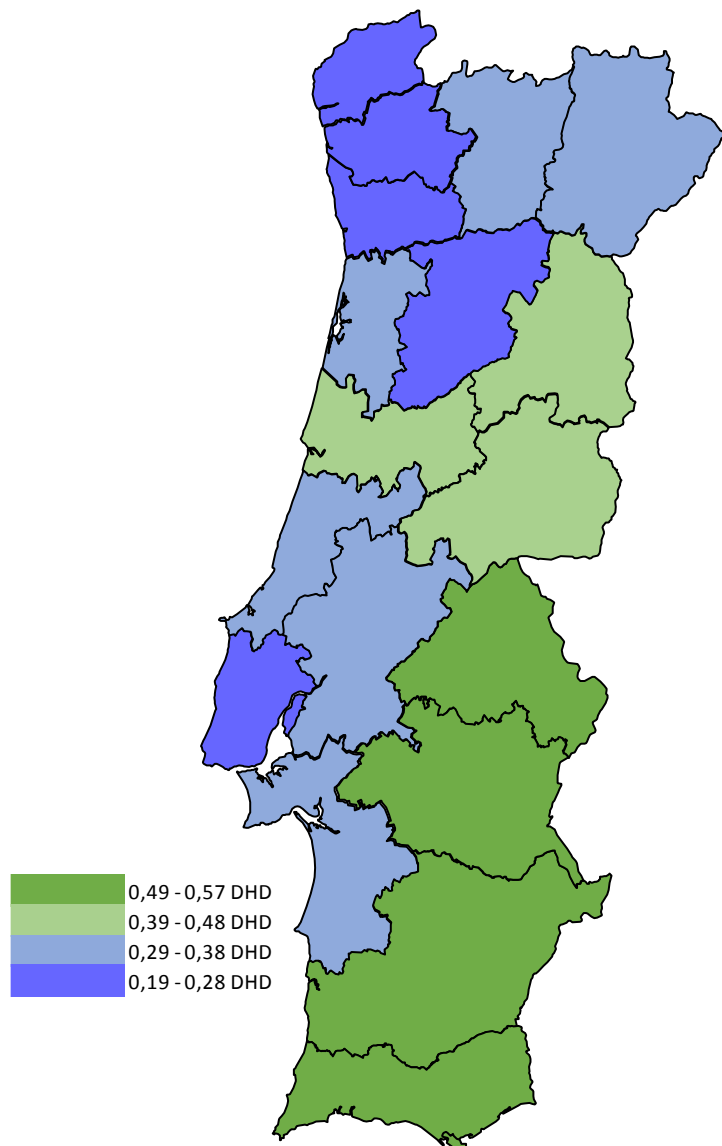
- O distrito com maior utilização de Penicilinas sensíveis às beta lactamases por 1000 habitantes foi o Porto.
- O distrito com menor utilização de Penicilinas sensíveis às beta lactamases por 1000 habitantes foi a Guarda.
- A variação de utilização entre os distritos do Porto e Castelo Branco é de 75,00%.



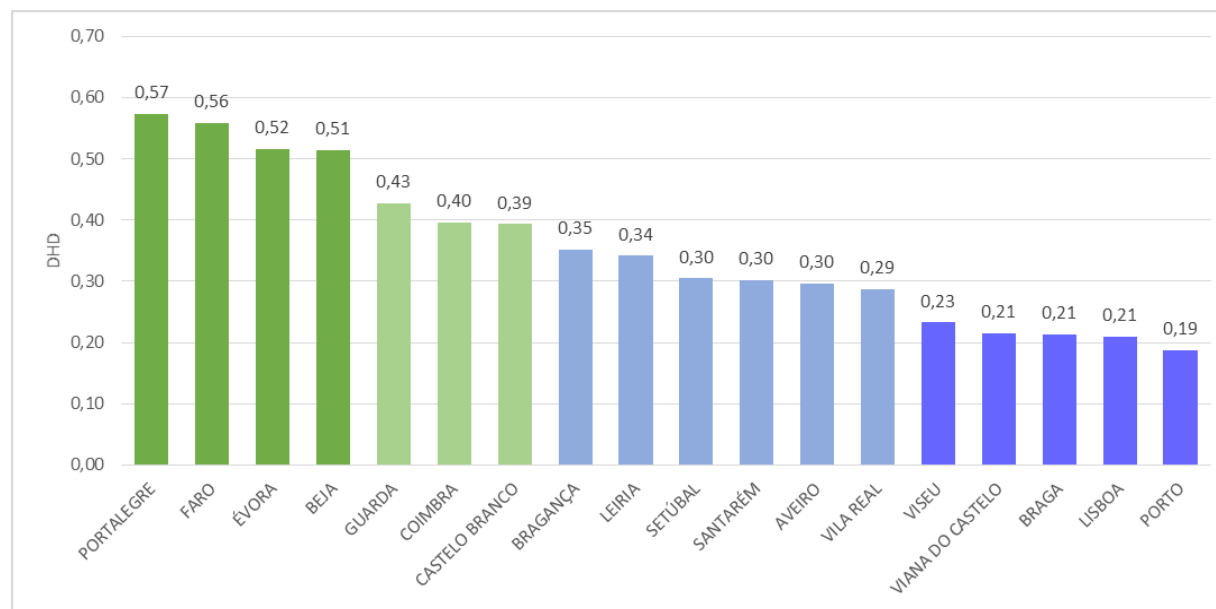
Em ambulatório em 2015 apenas se observou a utilização de Benzilpenicilina benzatínica (ATC J01CE08).

Nota: Entre Novembro de 2014 e Abril de 2015 os medicamentos contendo a substância ativa benzilpenicilina benzatínica estiveram indisponíveis no mercado devido à dificuldade de obtenção de substância ativa por parte da empresa responsável pela comercialização do medicamento.

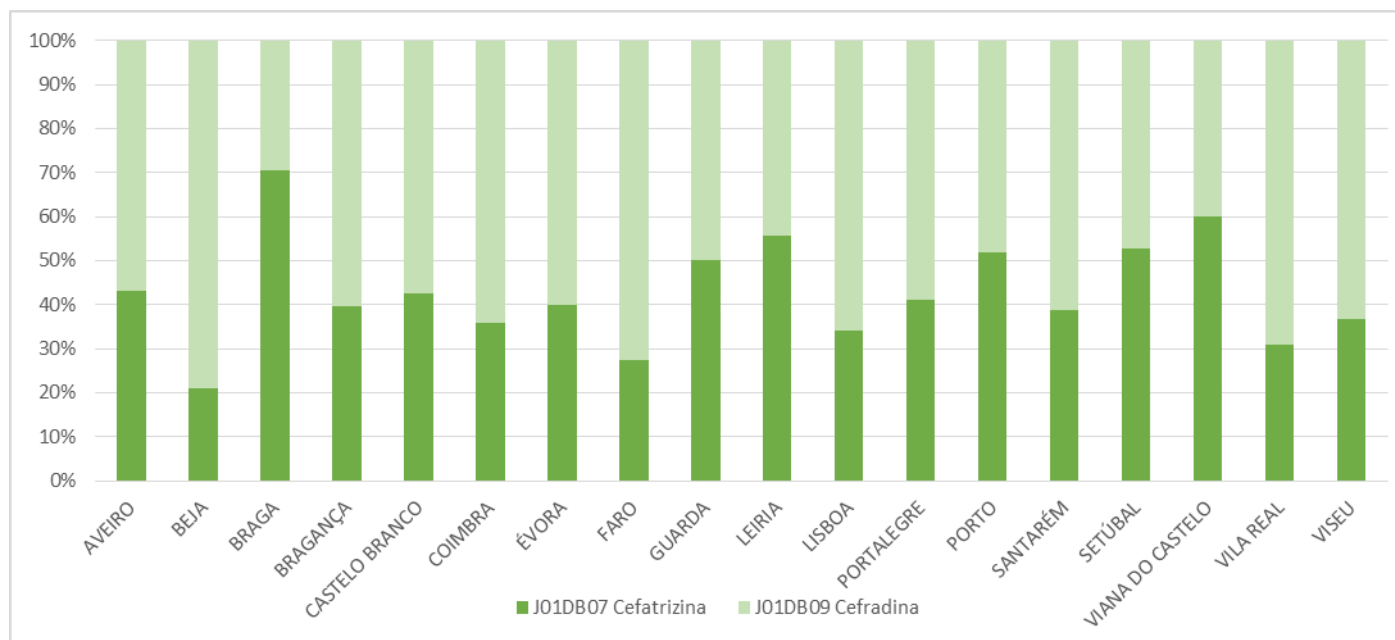
Utilização de Cefalosporinas de 1ª geração (J01DB) por distrito em 2015



- O distrito com maior utilização de Cefalosporinas de 1ª geração por 1000 habitantes foi Portalegre.
- O distrito com menor utilização de Cefalosporinas de 1ª geração por 1000 habitantes foi o Porto.
- A variação de utilização entre os distritos de Beja e Braga é de 66,67%.

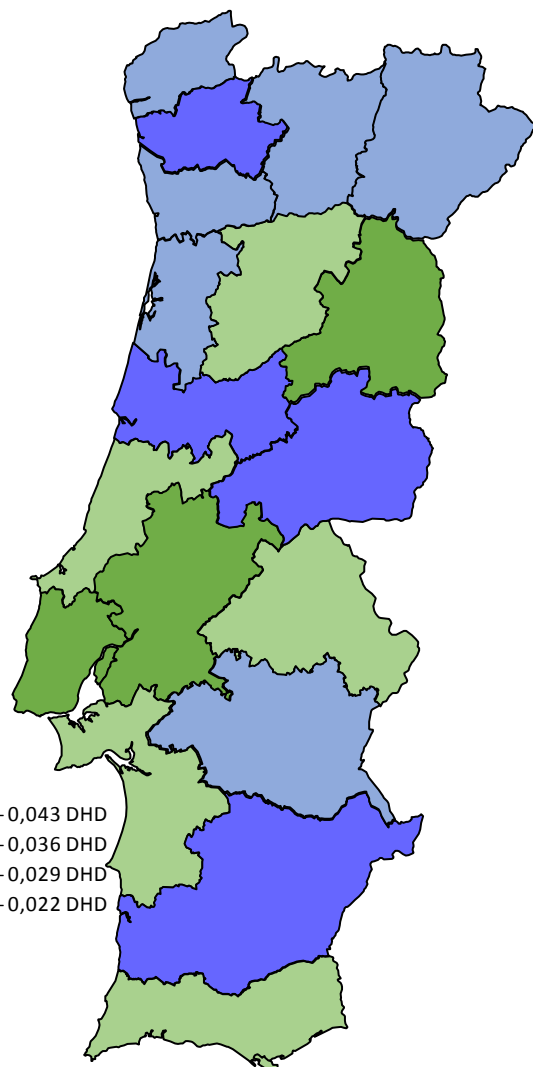


Padrão de utilização de Cefalosporinas de 1ª geração (J01DB) por distrito em 2015

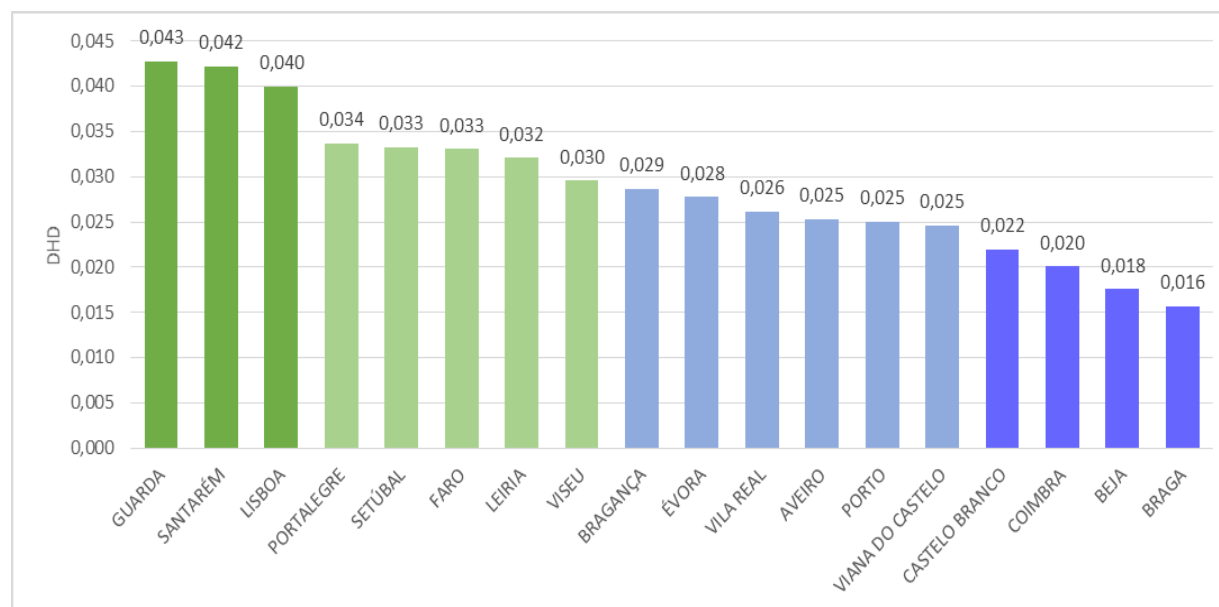


- A Cefradina foi a cefalosporina de 1ª geração mais utilizada em ambatório em 2015.
- No total de cefalosporinas de 1ª geração, apenas em Braga, Leiria, Setúbal e Viana do Castelo, a proporção de Cefatrizina foi maior do que a proporção de Cefradina.

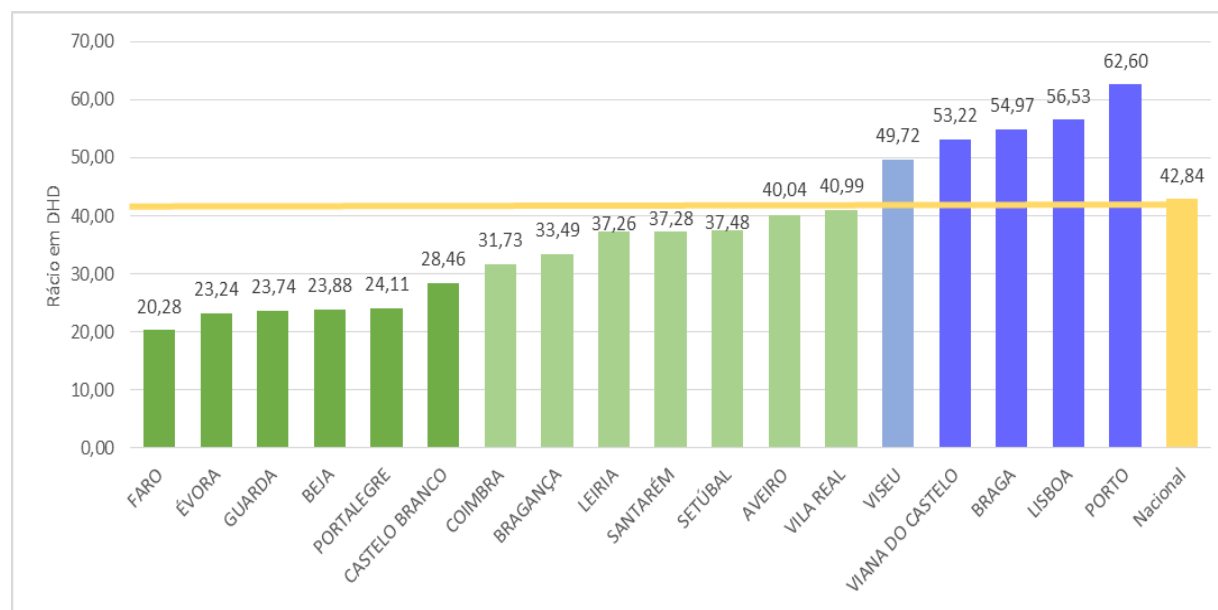
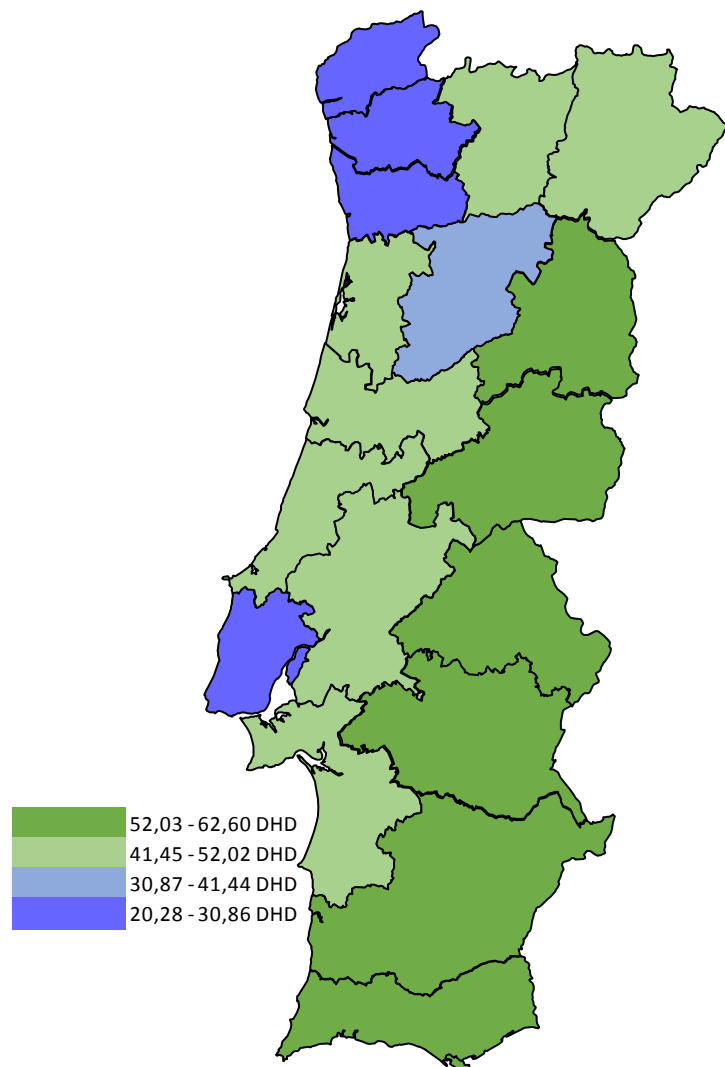
Utilização de Eritromicina (J01FA01) por distrito em 2015



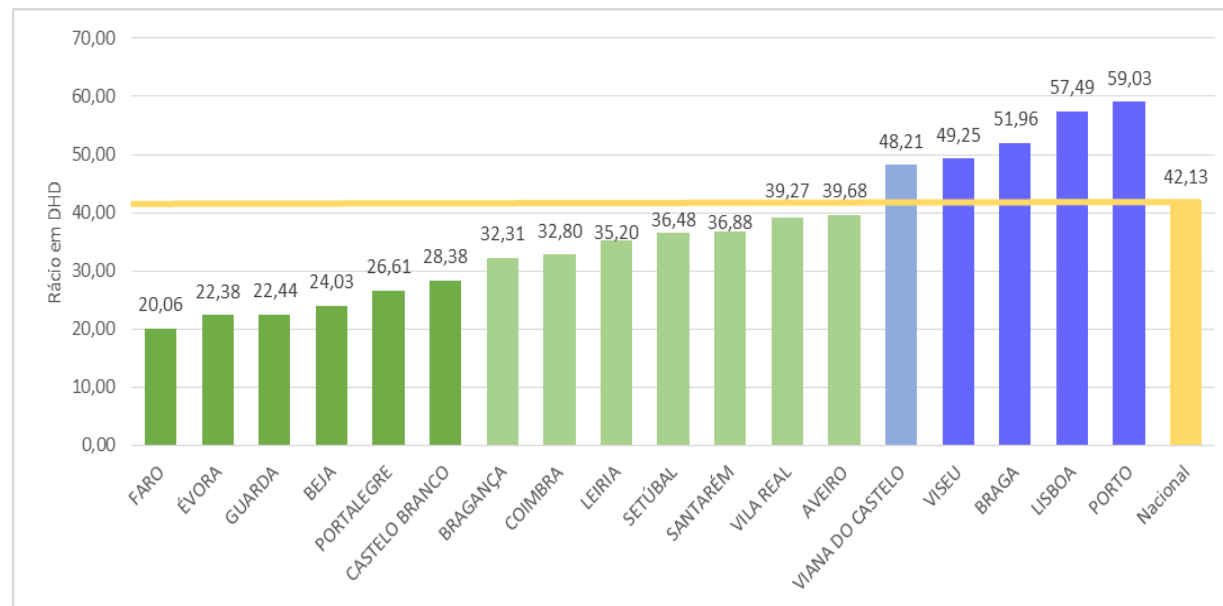
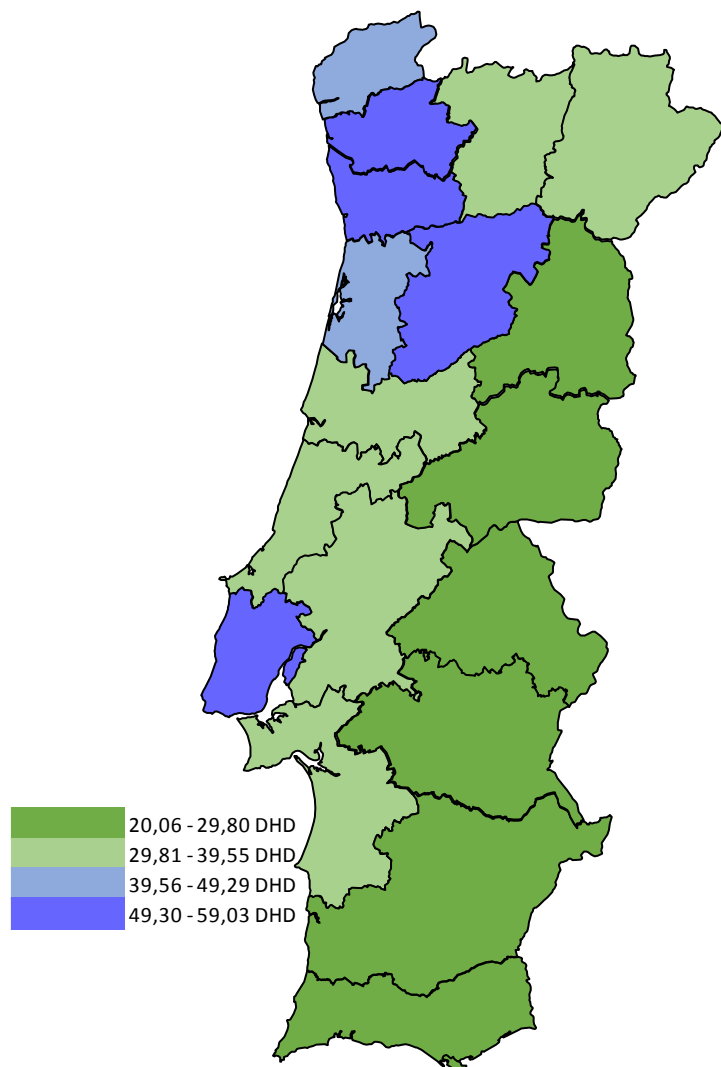
- O distrito com maior utilização de Eritromicina por 1000 habitantes foi a Guarda.
- O distrito com menor utilização de Eritromicina por 1000 habitantes foi Braga.
- A variação de utilização entre os distritos da Guarda e Braga é de 62,79%.



Rácio entre a utilização de antibióticos de largo espectro e de espectro estreito em 2015

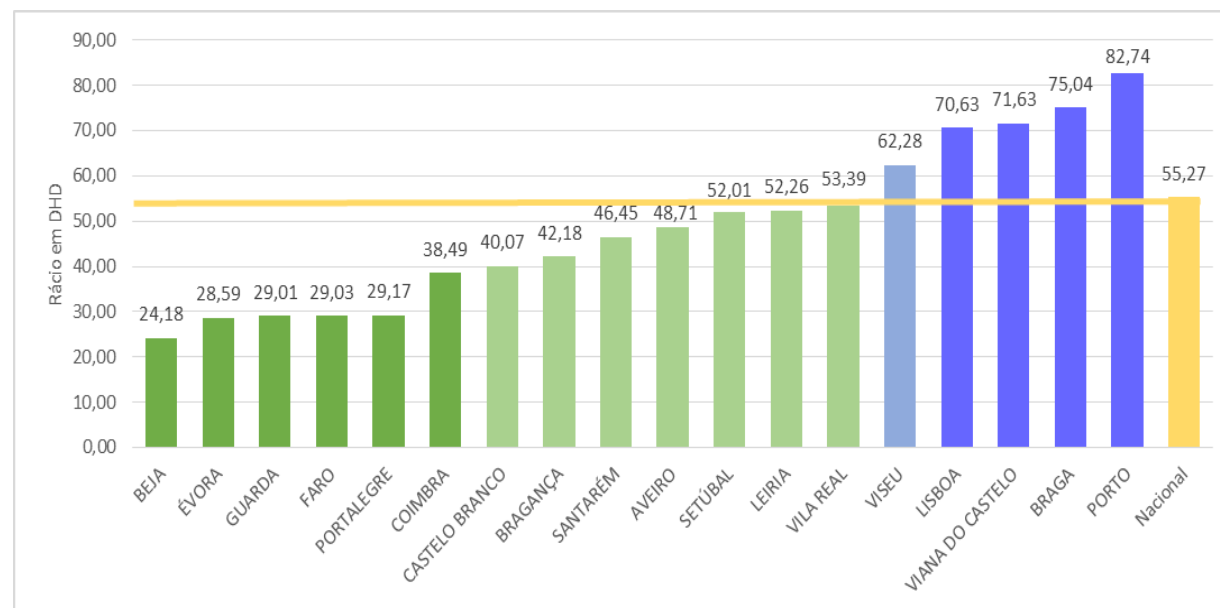
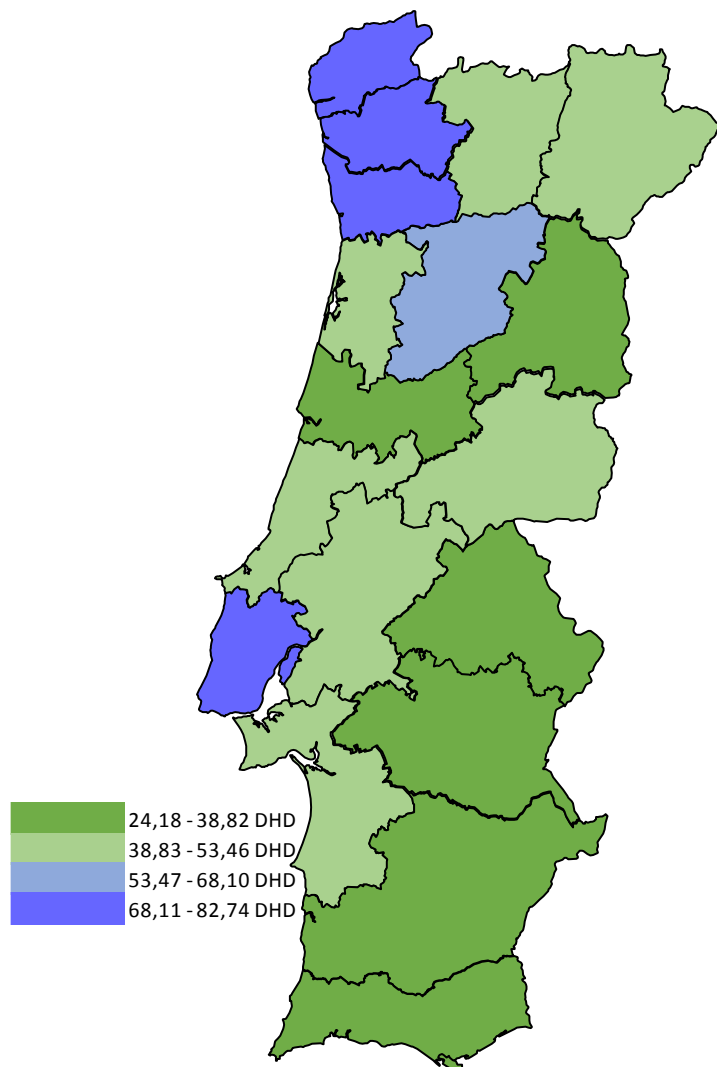


Rácio entre a utilização de antibióticos de largo espectro e de espectro estreito no 1º semestre de 2015



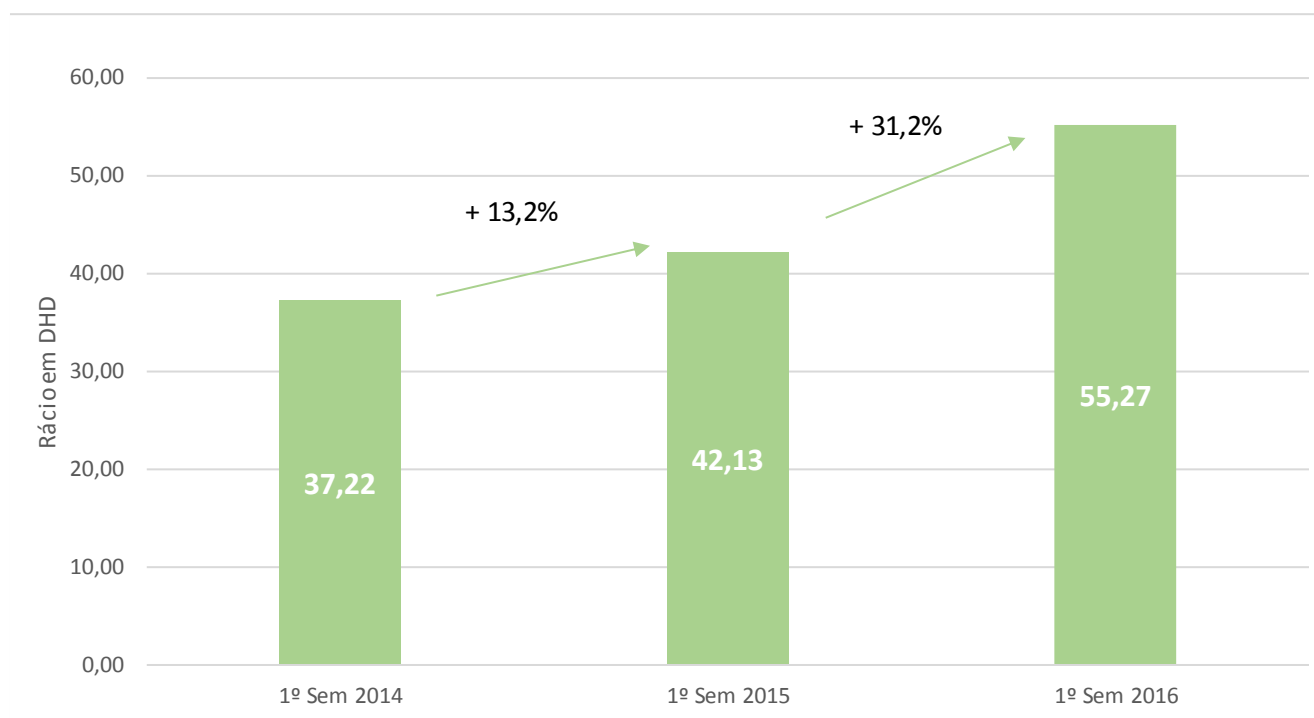
- Faro, Évora e Guarda foram os distritos onde o rácio entre a utilização de antibióticos de espectro largo e espectro estreito é comparativamente mais baixa.
- No 1º semestre de 2015 observa-se um aumento de 13,2% no rácio entre a utilização de antibióticos de largo espectro e a utilização de antibióticos de espectro estreito, comparativamente ao seu período homólogo em 2014.

Rácio entre a utilização de antibióticos de largo espectro e de espectro estreito no 1º semestre de 2016

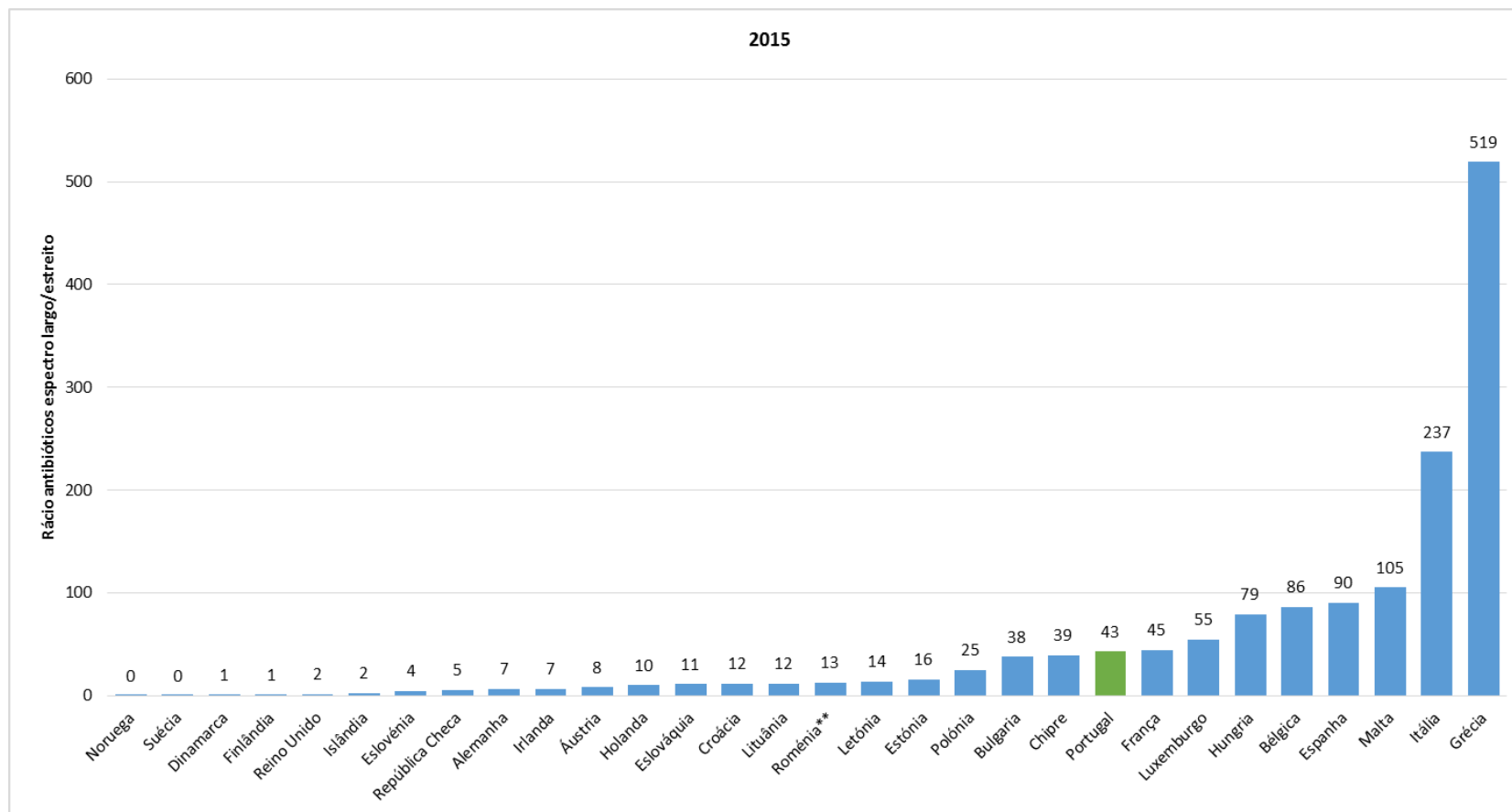


- Beja, Évora e Guarda foram os distritos onde o rácio entre a utilização de antibióticos de espectro largo e espectro estreito é comparativamente mais baixa.
- No 1º semestre de 2016 observa-se um aumento de 31,2% no rácio entre a utilização de antibióticos de largo espectro e a utilização de antibióticos de espectro estreito, comparativamente ao seu período homólogo em 2015.

Evolução do rácio entre a utilização de antibióticos de largo espectro e de espectro estreito entre 2014 e 2016



Comparação Internacional do rácio entre a utilização de antibióticos de largo espectro e de espectro estreito em 2015



Evidência internacional

1. Em muitas situações de infeção do trato respiratório, a utilização de antibióticos não é necessária [6–8] sendo o sistema imunitário dos doentes suficientemente competente para combater infeções simples.
2. No entanto, existem doentes com determinados fatores de risco, por exemplo, exacerbações graves de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) com aumento da produção de expetoração, relativamente aos quais a prescrição de antibióticos é necessária [9, 10].
3. A prescrição desnecessária de antibióticos nos cuidados de saúde primários é um fenómeno complexo, mas está principalmente relacionado com a interpretação incorreta dos sintomas, incerteza no diagnóstico e na perceção das expectativas dos doentes [5, 11].
4. Estudos mostram que a satisfação dos doentes no ambiente dos cuidados de saúde primários é mais dependente de uma comunicação eficaz do que da prescrição de um antibiótico [12–13], e que a prescrição de um antibiótico para uma infeção do trato respiratório superior não diminui a taxa de visitas subsequentes [14].
5. O parecer profissional do médico tem um impacto sobre a perceção e a atitude do doente em relação à sua doença e na perceção da necessidade de tomar antibióticos, em particular quando os doentes são informados sobre o que podem esperar durante a evolução da sua doença, incluindo o tempo de recuperação realista e estratégias de autogestão [15].
6. Não é necessário aos prescritores da área dos cuidados de saúde primários dedicarem mais tempo em consultas que envolvam a recomendação de alternativas à prescrição de um antibiótico. Os estudos demonstram que estas podem ter uma duração média semelhante, e, em simultâneo, manter um grau elevado de satisfação nos doentes [5, 16, 17].

Conclusão

A crescente resistência aos antibióticos ameaça a atual e futura eficácia destes medicamentos.

Os crescentes níveis de bactérias resistentes a antibióticos podem ser combatidos encorajando a utilização racional e adequada de antibióticos nos cuidados de saúde primários. Existe evidência de que a adequada comunicação com os doentes pode ser essencial para continuar a melhorar a racionalidade de prescrição desta classe de medicamentos.

A caracterização da utilização de antibióticos por distritos permitiu a identificação dos padrões de prescrição em Portugal continental para as classes avaliadas.

Importa concluir que esta análise revela que, apesar do esforço e o empenho dos profissionais de saúde portugueses na utilização racional dos antibióticos, o meio ambulatório vai continuar a requer a melhor atenção de todos nós.

A melhoria da qualidade de prescrição é um processo contínuo no qual o Infarmed pretende continuar a colaborar. Manter a eficácia dos antibióticos é uma responsabilidade de todos.

Notas Metodológicas

Dados:

- Medicamentos antibióticos de utilização sistémica (ATC J01) prescritos e dispensados a utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em meio ambulatorio em 2014, 2015 e 2016.

Fonte de dados:

- Centro de conferência de faturas das farmácias comunitárias de Portugal continental (ACSS)
- Instituto Nacional de Estatística (INE)

Classificação de dados:

- Os dados de consumo foram classificados de acordo com a classificação ATC 2016 e classificação ESAC.
- A distribuição dos dados dos distritos foi classificada por quartis.

Indicador de Utilização: Dados expressos em dose diária definida (DDD) e em DDD por 1000 habitantes por dia (DHD).

A DHD indica a proporção da população que diariamente recebe tratamento com determinado medicamento numa determinada dose média:

$$DHD = (DDD \text{ consumida} \times 1000 \text{ habitantes}) / (População \times \text{dias ano})$$

População – População residente por distrito em Portugal continental em 2014 e 2015 (para 2016 foi utilizada a população de 2015).

Indicador de Qualidade de Prescrição: *Antibióticos de largo espectro / Antibióticos de espectro estreito*

Autores: Ana Silva e Rosália Oliveira

Referências Bibliográficas

Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/pt/eaad/antibiotics-get-informed/key-messages/Pages/primary-care-prescribers.aspx> [Acedido a 28Out2015]

- [1] - Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005;365(9459):579-87.
- [2] - Cals JWL, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009 May 5;338:b1374. doi: 10.1136/bmj.b1374.
- [3] - Wise R, Hart T, Cars O, Streulens M, Helmuth R, Huovinen P, Sprenger M., Antimicrobial resistance. Is a major threat to public health. *BMJ* 1998;317(7159):609-10.
- [4] - Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, Wouden JC van der, Verheij TJM. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *J Antimicrob Chemother* 2005;56(5):930-6.
- [5] - Cals JWL, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009 May 5;338:b1374. doi: 10.1136/bmj.b1374.
- [6] - Butler CC, Hood K, Verheij T, Little P, Melbye H, Nuttall J, Kelly MJ, Mölsted S, Godycki-Cwirko M, Almirall J, Torres A, Gillespie D, Rautakorpi U, Coenen S, Goossens H. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ* 2009;338:b2242.
- [7] - Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000245.
- [8] - Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD004417.
- [9] - Puhan MA, Vollenweider D, Latshang T, Steurer J, Steurer-Stey C. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are antibiotics indicated? A systematic review. *Respir Res* 2007 Apr 4;8:30.
- [10] - Puhan MA, Vollenweider D, Steurer J, Bossuyt PM, Ter Riet G. Where is the supporting evidence for treating mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease exacerbations with antibiotics? A systematic review. *BMC Med*. 2008 Oct 10;6:28.
- [11] - Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, Wouden JC van der, Verheij TJM. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *J Antimicrob Chemother* 2005;56(5):930-6.
- [12] - Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317(7159):637-42.
- [13] - Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ* 1997;315(7117):1211-4.
- [14] - Li J, De A, Ketchum K, Fagnan LJ, Haxby DG, Thomas A. Antimicrobial prescribing for upper respiratory infections and its effect on return visits. *Fam Med* 2009;41(3):182-7.
- [15] - Rutten G, Van Eijk J, Beek M, Van der Velden H. Patient education about cough: effect on the consulting behaviour of general practice patients. *Br J Gen Pract* 1991; 41(348):289-92.
- [16] - Cals JWL, Scheppers NAM, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ, Goettsch H, Butler CC. Evidence based management of acute bronchitis; sustained competence of enhanced communication skills acquisition in general practice. *Patient Educ Couns* 2007;68(3):270-8.
- [17] - Welschen I, Kuyvenhoven MM, Hoes AW, Verheij TJM. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329(7463):431-3.