

Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde

Prescription and patient-care indicators in healthcare services

Vania dos Santos^a e Sandra M Ottati Oliveira Nitri^{nb}

^aDepartamento de Análises Clínicas, Toxicológicas e Bromatológicas. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. ^bDepartamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública. USP. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Prescrição de medicamentos. Uso de medicamentos. Serviços de saúde. Assistência ambulatorial. Assistência ao paciente. Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde).

Resumo

Objetivo

Descrever a prática terapêutica de médicos alopatas e avaliar a assistência ambulatorial prestada a pacientes de unidades de saúde.

Métodos

O estudo foi realizado em Ribeirão Preto, SP, utilizando como base metodológica os indicadores de uso de medicamentos da Organização Mundial da Saúde. Nos de prescrição, trabalhou-se com 10 unidades de saúde e 6.692 receitas de clínicos e pediatras. Nos indicadores de assistência ao paciente a amostra foi composta por 30 pacientes em cada unidade, sendo o número de unidades variável para cada indicador. Foi utilizado o teste de comparação de proporções.

Resultados

O número médio de medicamentos por receita foi de 2,2 compatível com o observado na literatura. Das prescrições, 30,6% foram feitas pela denominação genérica, valor considerado baixo. A prescrição de antibióticos ocorreu em 21,3% das receitas, com maior percentual entre os pediatras (28,9%). Em 8,3% das receitas houve prescrição de injetável, sendo o maior percentual observado entre os clínicos (13,1%). Em 83,4% das prescrições, os medicamentos constavam da Lista de Medicamentos Padronizados, indicativo de sua aceitação entre os profissionais. O tempo médio de consulta foi de 9,2 minutos e o de dispensação de 18,4 segundos, ambos insuficientes para uma efetiva atenção ao paciente. Do total de medicamentos prescritos, 60,3% foram fornecidos. Em 70% das entrevistas os pacientes tinham conhecimento da forma correta de tomar o medicamento.

Conclusões

A assistência prestada ao paciente é insuficiente. Estudos qualitativos são necessários para uma avaliação dos diversos fatores envolvidos, e futuras intervenções.

Keywords

Prescriptions, drug. Drug utilization. Health services. Ambulatory care. Patient care. Outcome and process assessment (health care).

Abstract

Objective

To describe the therapeutic practice of allopathic physicians and to evaluate the outpatient care provided to patients in healthcare facilities.

Methods

The study was conducted in Ribeirão Preto, southeastern Brazil. World Health Organization drug use indicators were used as a methodological basis. Our sample

Correspondência para/ Correspondence to:

Vania dos Santos
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de
Ribeirão Preto - USP
Via do Café, s/n
14090-160 Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: vasantos@usp.br

*Baseado na tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999. Apresentado no 3^o Congresso of Pharmaceutical Sciences, Águas de Lindóia, SP, Brasil, 2001. Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp - Processo n. 97/0788-2). Recebido em 10/7/2003. Reapresentado em 26/3/2004. Aprovado em 23/4/2004.

comprised 10 healthcare facilities, with 6,692 prescriptions written by clinicians and pediatricians for the analysis of prescription indicators and 30 patients of each facility for the analysis of patient care indicators. The number of facilities varied according to each indicator. We used statistical tests for the comparison of proportions.

Results

The mean number of drugs per prescription was 2.2, which is compatible with data from the literature. The generic name of the medication was used in 30.6% of prescriptions, a proportion considered as low. Antibiotics were prescribed in 21.3% of prescriptions, with greater percentage among pediatricians (28.9%). Injections were prescribed in 8.3% of prescriptions, with greater proportion among clinicians (13.1%). The drugs prescribed in 83.4% of prescriptions were part of the List of Standardized Drugs, indicating the acceptance of this list by healthcare professionals. Mean duration was 9.2 minutes for appointments and 18.4 seconds dispensation, both considered as insufficient for effective patient care. 60.3% of all drugs prescribed were supplied. 70.0% of patients interviewed had adequate knowledge of how to take the medication prescribed.

Conclusions

The care provided to patients is insufficient. Qualitative studies are necessary in order to evaluate the different factors involved and to plan future interventions.

INTRODUÇÃO

Diversas são as conseqüências do sinergismo entre a visão biomédica-organicista do século XIX e a inovação tecnológica do século XX, entre elas: a opção pela parte em detrimento do todo; a interposição de vários fatores na relação médico-paciente e a desumanização do atendimento.

Nesse processo, o medicamento assume importância na área da saúde, tanto nas políticas de gerenciamento do sistema e na prática dos profissionais envolvidos, quanto no referencial emocional dos pacientes.

Vários são os fatores que se entrelaçam para que se consiga o uso racional do medicamento, entendendo-se o mesmo como o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, o consumo nas doses e pelo período de tempo indicados e nos intervalos definidos de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.¹¹

A literatura é extensa^{1,2,14} quanto às várias influências que o prescritor sofre no momento em que deve decidir qual o caminho terapêutico a ser adotado: as concepções sobre o processo saúde-doença; a qualidade da formação técnica; as condições socioculturais e econômicas da população que atende; a disponibilidade de medicamentos no serviço em que atua; as fontes de informações as quais teve acesso e o assédio da indústria farmacêutica, entre outros.

Inquéritos realizados entre países mostraram divergências que não puderam ser explicadas pelas dife-

renças nos padrões de morbi-mortalidade, enquanto outros relatos apresentavam variedade prescritiva dentro de um mesmo país e, por vezes frente a um mesmo quadro clínico.^{9,14}

Visando discutir importantes situações da prática do dia-a-dia dos trabalhadores, gerenciadores e usuários do sistema de saúde, assim como avaliar com segurança aspectos cruciais da prática farmacêutica no campo da atenção primária, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu os indicadores selecionados do uso de medicamentos.^{7,13}

No presente trabalho foram utilizados os indicadores de prescrição para descrever a prática terapêutica de médicos alopatas e avaliar os indicadores de assistência ao paciente.

MÉTODOS

Ribeirão Preto é reconhecida pela sua importância como pólo regional de atendimento em diferentes serviços de saúde, assim como na formação de profissionais da área. Apresenta situação socioeconômica distinta, com alta renda *per capita*, mas convivendo com uma elevada percentagem da população com baixo poder aquisitivo.

O gerenciamento do medicamento na rede pública é realizado pela Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico (DFAD) da Secretária Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), sendo que em 1996 os farmacêuticos encontravam-se localizados somente nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) e supervisionavam o serviço de farmácia das várias Unidades Básicas

de Saúde (UBS) de sua área de atuação. Nestas a dispensação era realizada por agente administrativo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de farmácia.

O critério inicial de inclusão da unidade de saúde foi ter em seu quadro funcional clínicos e pediatras trabalhando durante todo o período diurno (quatro UBDS e 16 UBS). Critérios posteriores foram adotados para cada grupo de indicadores conforme segue.

Indicadores de prescrição

Das 20 unidades iniciais, foram estudadas 10 (duas UBDS e oito UBS). As outras 10 não foram utilizadas devido a problemas de infra-estrutura do serviço.

Foram analisadas 6.692 receitas, do mês de maio de 1998, sendo 3.326 de clínicos gerais e 3.366 de pediatras. Quanto ao período estabelecido, embora possa ocorrer influência de doenças sazonais no padrão da prescrição, a OMS considera que uma amostra obtida em determinado momento demonstrará basicamente os mesmos resultados que outra que envolva um período mais amplo.¹³

Utilizaram-se receitas de médicos que atendiam por mais de dois dias na unidade, com número de receitas maior do que 30. Médicos que iniciavam sua jornada de trabalho até às 16 horas foram incluídos no estudo, pois apresentavam 50% do tempo de atendimento no período definido.

Excluíram-se as receitas de médicos que mesclavam atendimento ambulatorial e de urgência na mesma unidade, assim como aquelas que não apresentavam data, assinatura ou carimbo.

Para que o medicamento fosse considerado como prescrição pelo nome genérico, foi utilizada como referência a Denominação Comum Brasileira (DCB) e nos casos omissos a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme a legislação à época do estudo.^{4,10}

Foram aceitas prescrições feitas pelo nome comercial, mas com a denominação pelo nome genérico entre parênteses, assim como aquelas em que freqüentemente a denominação genérica é escrita incorretamente.

Não foi considerada prescrição pelo nome genérico a solução fisiológica, adotando-se a indicação da DCB,¹⁰ ou seja, cloreto de sódio 0,9%, tanto para a solução nasal como para a injetável. Também não foram aceitas como denominação pelo nome genérico as vitaminas do complexo B e polivitamínicos.

Seguindo o critério recomendado pela OMS,^{12,13} as

sulfas foram consideradas como antibiótico, mas o metronidazol, não. As associações em que um dos componentes era antibiótico, foi aceito como tal independente da forma farmacêutica em que se apresentava.

Quanto a Lista de Medicamentos Padronizados (LMP), foi utilizada a da SMS-RP, vigente em maio de 1998, sendo aceita como prescrição o medicamento indicado na forma farmacêutica e dosagem definida, independente de apresentar-se com nome genérico ou comercial.

Ocorreram perdas no lançamento de dados, já que foram encontradas prescrições sem a indicação da forma farmacêutica, ou cuja forma era inexistente. O medicamento específico foi desconsiderado, mas respeitou-se as outras prescrições constantes da receita.

Os dados foram lançados num banco de controle de receituários especialmente desenvolvido para o presente estudo. Foi realizado teste de comparação de proporções com o cálculo do qui-quadrado, aceitando-se a associação quando o valor de p encontrado era menor ou igual a 0,05.

Indicadores de assistência ao paciente

Os indicadores de tempo médio de consulta, tempo médio de dispensação e percentagem de pacientes que conhecem a dose correta, foram realizados no ano de 1996, sendo que o indicador de percentagem de medicamentos fornecidos foi calculado a partir de receitas de 1998.

O número de pacientes foi definido conforme o recomendado pela OMS e atendendo ao teorema do limite central, apresentando distribuição normal com intervalo de confiança de 95%.^{3,13}

O indicador de percentagem de medicamentos corretamente etiquetados não foi realizado, já que o procedimento não se encontrava padronizado na DFAD.

Tempo médio de consulta

Em duas UBDS e 14 UBS foram acompanhadas 480 consultas (15 da clínica médica e 15 da pediatria). O tempo foi obtido através de utilização de cronômetro, sendo anotado em minutos o período em que o paciente permaneceu no consultório.

Para a seleção dos pacientes dividiu-se o número de consultas desejadas (30) pelo número de médicos atendendo naquela unidade no dia da coleta. Seguindo-se a recomendação da OMS, foram usados os primeiros pacientes atendidos por cada prescriptor.

Só foi possível a realização da coleta nas unidades onde a distribuição de infra-estrutura física permitia distinguir o momento em que o paciente era chamado a adentrar ao consultório e o momento em que deste se retirava. Nos casos em que o prescritor se afastava temporariamente, durante o transcorrer da consulta, o cronômetro foi parado até que o mesmo retornasse, quando era então novamente acionado.

Para melhor avaliação e comparação dos resultados, estabeleceu-se uma classificação fundamentada na Portaria n° 3.046, do Ministério da Saúde, assim como em recomendação da OMS de que o tempo sugerido para que a consulta seja adequadamente realizada é de 15 minutos.¹⁸ Esse tempo é o parâmetro utilizado pela SMS-RP para definir o agendamento diário dos médicos.

Por essa classificação os tempos de consulta entre 11,4 a 15,0 minutos foram considerados excelentes; de 7,6 a 11,3 minutos foram bons, enquanto de 3,8 a 7,5 minutos encontravam-se na categoria de regular, sendo o tempo de 0,1 a 3,7 minutos considerado ruim.

Tempo médio de dispensação

Realizado em quatro UBDS e cinco UBS, tendo sido acompanhados 15 pacientes em cada período do dia, num total de 270 atendimentos. O indicador foi realizado somente nas unidades que pela sua estrutura permitiam ao avaliador ouvir o diálogo entre o funcionário e o paciente.

A definição do primeiro tempo avaliado em cada período, foi realizado ao acaso, visto que essa coleta somente foi realizada a partir do momento em que a coleta do tempo de consulta estava finalizada. A partir da primeira tomada de tempo, todas as outras anotações foram feitas de forma consecutiva.

Não foi considerado o tempo utilizado com apontamentos em fichas ou com assuntos não referentes ao medicamento. Utilizou-se o cronômetro, procedendo-se a anotação em segundos.

Medicamentos fornecidos

Foram utilizadas as mesmas receitas coletadas para o cálculo dos indicadores de prescrição. O total de medicamentos lançados foi 16.386.

Foi considerado como fornecido quando na receita havia o carimbo padronizado pela DFAD, e na ausência desse uma anotação que configurasse modelo de entrega daquela unidade. Não foram incluídos os medicamentos entregues, mas que foram identificados como amostra grátis.

Pacientes que conhecem a dose correta

Foram realizadas 600 entrevistas e acompanhamento de 30 pacientes (15 de manhã e 15 à tarde) em cada uma das 16 UBS e quatro UBDS. Todas as entrevistas foram realizadas com autorização prévia do paciente.

A escolha dos pacientes foi realizada ao acaso, e o usuário abordado após a saída da farmácia. Por meio do questionário específico avaliou-se o conhecimento quanto a posologia e horário de tomada do medicamento. Não foi aferido o conhecimento quanto a medicamentos que constavam na receita mas que não foram fornecidos pela farmácia.

Para melhor avaliação dos resultados foi estabelecida a seguinte classificação: a) Excelente: 76% a 100%; b) Bom: 51% a 75%; c) Regular: 26% a 50%; d) Ruim: 0,1% a 25,0%.

Os indicadores foram calculados conforme as seguintes divisões:

- a) Número médio de medicamentos por consulta (receita) = total de medicamentos prescritos/receitas utilizadas.
- b) Percentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico = total de medicamentos genéricos prescritos/total de medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100.
- c) Percentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um antibiótico = receitas em que foi prescrito ao menos um antibiótico/total de receitas, multiplicando-se por 100.
- d) Percentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um injetável = receitas em que foi prescrito ao menos um injetável/total de receitas, multiplicando-se por 100.
- e) Percentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP = total de medicamentos prescritos que figuram na LMP/total de medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100.
- f) Tempo médio de consulta = soma de todos os tempos de consulta/total de consultas.
- g) Tempo médio de dispensação = soma de todos os tempos de dispensação/total de amostras.
- h) Percentagem de medicamentos fornecidos = medicamentos fornecidos/ medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100.
- i) Percentagem de pacientes que conhecem a dose correta = pacientes que conhecem corretamente a posologia de todos os medicamentos fornecidos/ pacientes entrevistados, multiplicando-se por 100.

RESULTADOS

Quanto a média de prescrição de medicamentos por

Tabela - Indicadores de prescrição, por especialidade médica, unidades básicas de saúde e unidades básicas e distritais de saúde. Município de Ribeirão Preto, 1998.

Indicadores	Clinica médica N=3.326	Prescritores Pediatria N=3.366	Geral N=6.692	χ^2	p
Média medicamentos por receita	2,2	2,3	2,2	$\chi^2 = 0,07$	$p = 0,79$
Prescrição pela denominação genérica (%)	33,6	27,7	30,6	$\chi^2 = 27,64$	$p = 0,00$
Prescrição antibiótico (%)	13,7	28,9	21,3	$\chi^2 = 230,05$	$p = 0,00$
Prescrição de injetável (%)	13,1	3,5	8,3	$\chi^2 = 203,18$	$p = 0,00$
Prescrição pela LMP (%)	84,4	82,5	83,4	$\chi^2 = 4,43$	$p = 0,03$

LMP: Lista de Medicamentos Padronizados

receita, não se observou diferença significativa entre clínicos e pediatras.

A associação foi significativa entre a clínica médica e os indicadores de prescrição pela denominação genérica, de injetáveis e pela LMP.

Quanto ao indicador de prescrição de antibióticos a associação foi significativa com os pediatras (Tabela).

Em relação ao tempo médio de consulta observou-se 9,2 minutos como valor global, sendo 8,3 minutos entre os clínicos e 10,2 minutos entre os pediatras. A análise individual das unidades, mostra que 31,3% delas se classificaram na faixa de consulta regular e 68,7% como bom e excelente.

Para o tempo de dispensação, o resultado foi de 18,4 segundos, variando de um mínimo de 13,5 segundos a um máximo de 28,7 segundos (Figura).

Quanto a percentagem de medicamentos fornecidos, o valor médio foi de 60,3%, com variação entre as unidades de 7,85% a 75,1%.

Para o indicador de percentagem de pacientes que conhecem a dose correta obteve-se um valor de 70,0%, com resultados entre as unidades estudadas, variando de 43,3% a 93,5%. Em duas unidades (10,0%) o conhecimento da dose correta foi considerado regular, sendo classificado como bom em 13 (65%).

DISCUSSÃO

Embora por problemas administrativos e de infra-estrutura tenham ocorridos perdas no número de unidades utilizadas no estudo, entende-se que tal situação não invalida os resultados obtidos, permitindo que a pesquisa forneça importantes subsídios para a avaliação da assistência à saúde prestada à população.

Quanto ao número médio de medicamentos por receita, o qual pretende avaliar o grau

de polimedicação, o valor observado de 2,2, é compatível com o relatado, no Brasil, por Cunha et al⁶ (2,3); Lopes et al⁸ (2,2); Pepe¹⁴ (2,16); Simões & Fegadolli¹⁵ (1,8); Simões & Motta¹⁶ (1,9) e Simões & Soler¹⁷ (2,5).

Dos estudos realizados fora do Brasil, o resultado mais alto encontrado foi de 3,8 na Nigéria e o mais baixo o de 1,3 no Equador e Tanzânia.⁷ Diferenças quanto as características do sistema de saúde, perfil socioeconômico e de morbi-mortalidade da população, impossibilitam inferências quanto as divergências observadas, fato que se repetirá nos dados internacionais apresentados para os próximos indicadores.

Considerando que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a prescrição médica e odontológica deve obrigatoriamente ser realizada pela denominação genérica,^{4,5} o resultado de 30,6% para prescrição pelo nome genérico foi baixo. O resultado é semelhante aos 32,7% de Simões & Soler,¹⁷ mas fica abaixo dos 43,7% de Simões & Fegadolli,¹⁵ 72,0% de Simões & Mota,¹⁶ 74,0% de Lopes et al⁸ e 84,3% de Cunha et al.⁶

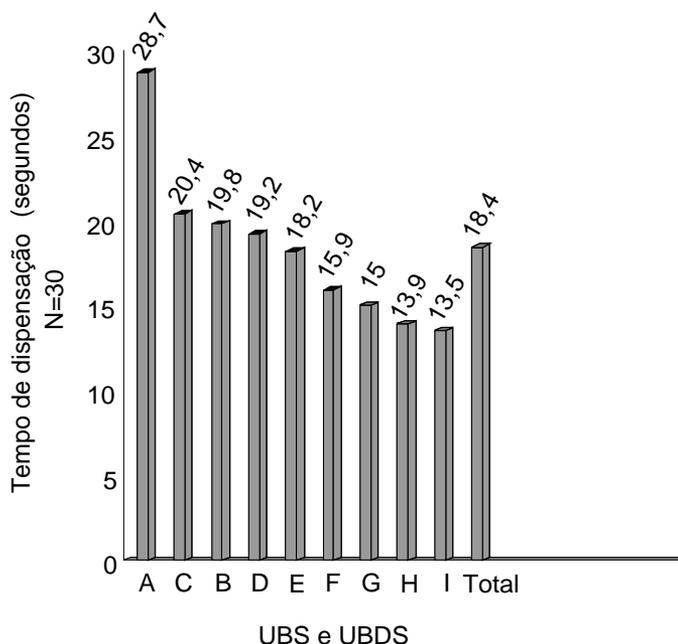


Figura - Tempo médio de dispensação, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), município de Ribeirão Preto, 1996.

As divergências encontradas podem refletir a utilização de critérios diferentes entre os pesquisadores, assim como um perfil diferenciado de padrão de comportamento dos prescritores nas diferentes regiões estudadas. Quanto à diversidade observada entre o presente estudo e o de Simões & Mota,¹⁶ ambos realizados em Ribeirão Preto, talvez possa ser explicada pela utilização, pelos citados autores, de receitas provenientes de ambulatório especializado.

Um importante interferente, nesse indicador, é a existência no mercado farmacêutico brasileiro de medicamentos com elevado número de associações. Nesse caso, o médico pode ter dificuldades para a prescrição, seja por deficiência na formação ou por falta de condições de consulta a DCB, podendo haver tendência a prescrição pelo nome fantasia.

No presente estudo, a prescrição de antibióticos foi maior entre os pediatras (28,9%) que entre os clínicos (13,7%), com um valor global de 21,3%, mais alto que o de Araraquara¹⁵ (15,1%) e Ribeirão Preto¹⁶ (10,1%), mas inferior aos de Campo Grande⁶ (27,4%) e Fortaleza⁸ (37,0%). Estudos apontam o Sudão como o local em que a prescrição por antibióticos é mais elevada (63,0%), e Bangladesh (25%) e Equador como as regiões com menor valor (27,0%).⁷

Na prescrição de injetáveis, os resultados obtidos foram elevados na clínica médica (13,1%) do que na pediatria (3,5%), com um total de 8,3%, próximo ao 7,4% de Araraquara.¹⁵ Em Fortaleza⁸ o valor encontrado foi de 11,0% e em Campo Grande⁶ de 10,2%. Os trabalhos de outros países apresentam uma grande variação de máximo (48,0%) e mínimo (0,2%).⁷

Nos dois indicadores a falta de definição de valores padronizados dificulta uma análise crítica das diferenças observadas entre os resultados do presente trabalho e os relatados por outros autores. Soma-se a isso, a impossibilidade do estabelecimento de uma relação entre a prescrição estudada e o quadro nosológico do paciente.

O principal problema quanto aos antibióticos e a sua prescrição e uso abusivo, é o desenvolvimento de microrganismos potencialmente resistentes a qualquer tratamento, acarretando graves conseqüências ao paciente, podendo levar a óbito.

Em relação aos injetáveis, embora sejam importantes em situações, tais como a terapêutica de urgência, ou na absorção da substância em sua forma ativa, também podem ocorrer sérias conseqüências se forem erradamente prescritos ou aplicados. Situações tais como reações anafiláticas, necroses teciduais ou

infecções por deficiência de assepsia devem ser cuidadosamente avaliadas. Essa via de aplicação é ainda, particularmente, sujeita a características culturais da sociedade, considerando a atitude da população frente a ela e o quanto essa postura pode influenciar os padrões de prescrição. A população infantil é resistente a sua utilização, principalmente pela sensação dolorosa que a mesma pode causar.

Quanto a prescrição pela LMP, o resultado de 83,4%, aponta para uma alta aceitação da lista, sugerindo uma padronização correta, baseada no perfil epidemiológico de doenças da região. Entretanto, existe a possibilidade da LMP refletir o perfil de prescrição dos médicos da região mais do que o perfil de morbimortalidade, o que Pepe¹⁴ define como “consenso entre o critério de seleção e as práticas prescritivas, ‘culturalmente’ consolidadas”.

Quanto ao tempo médio de consulta, ainda que pelo critério adotado pelos autores, o resultado possa ser classificado como bom, o tempo observado (9,2 minutos) está abaixo dos 15 minutos preconizados.

Embora o valor seja maior do que os relatados na literatura nacional (5,8 minutos em Fortaleza⁸ e 5,5 minutos em Campo Grande⁶), não há obrigatoriamente um melhor atendimento ao paciente, visto que alguns fatores podem influenciar o resultado desse indicador. Na literatura internacional o maior tempo de consulta encontrado foi o da Nigéria (6,3 minutos) e o menor em Bangladesh (54 segundos).⁷

A OMS preconiza que o farmacêutico destine à orientação, ao menos três minutos por paciente, portanto o tempo de dispensação de 18,4 segundos é inadequado para uma correta atenção farmacêutica. Inadequação também observada nos trabalhos relatados na literatura: Fortaleza⁸ (17 segundos), Campo Grande⁶ (55 segundos), Nepal (86,1 segundos), Tanzânia (77,8 segundos), Nigéria (12,5 segundos) e Bangladesh (23 segundos).⁷

O tempo obtido impossibilita que ocorram na dispensação informações importantes, tais como: a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.¹¹

O acompanhamento dos trabalhos da DFAD da SMS-RP tem mostrado que no decorrer dos últimos anos, várias intervenções foram efetivadas, objetivando aprimorar o serviço, tornando-se necessário a realização de novos estudos a fim de avaliar o resultado das mesmas.

Quanto ao fornecimento de medicamentos pela rede pública, ele é de grande importância quando analisado sobre o aspecto médico-social. O Brasil apresenta elevada desigualdade social, havendo estimativas de que existem mais de 50 milhões de brasileiros excluídos do consumo de medicamentos, devido ao baixo poder aquisitivo. Dessa forma, podemos ter um diagnóstico e uma prescrição corretamente realizados, sem que o paciente alcance sucesso terapêutico por dificuldades no acesso ao produto.

No presente trabalho, obteve-se 60,3% de fornecimento dos medicamentos prescritos. O indicador é calculado tendo como base a prescrição de todos os medicamentos e não somente os da LMP, o que dificulta uma discussão mais aprofundada. Possivelmente uma alteração na metodologia adotando-se o critério de se utilizar somente os padronizados, permitisse uma avaliação mais qualificada sobre o gerenciamento do serviço.

Esse resultado pode não corresponder a realidade do serviço. Alguns fatores podem ter contribuído para que o valor obtido tenha sido menor do que o real, tais como: não aposição do carimbo ou anotação mesmo quando ocorre o fornecimento; padrões divergentes de anotação entre funcionários da mesma farmácia; desconhecimento da correlação entre o nome fantasia (da prescrição) e a denominação genérica (utilizada no serviço). Por outro lado, a entrega de medicamentos não padronizados advindos por exemplo, de programas estaduais ou federais ou por doação, podem dar um viés de alta ao indicador.

Quanto à percentagem de pacientes que conhecem a dose correta, observou-se o valor de 70%. Embora os resultados sugiram que segundo a classificação estabelecida pelos autores, os pacientes conheçam a dose correta do medicamento, isso não é garantia de que o mesmo vá ser utilizado de forma adequada, pois a metodologia utilizada é restrita, avaliando o conhecimento de forma parcial.

É fundamental para que o tratamento atinja os ob-

jetivos desejados que o usuário receba informações, entre outras, sobre: a) possíveis reações adversas, b) interação com outros medicamentos e com alimentos, c) a importância da manutenção do tratamento durante o período definido, situação crucial, por exemplo, quando da utilização de antibióticos, d) compreensão correta do esquema terapêutico, inclusive com os intervalos que alguns medicamentos exigem, como, por exemplo, o mebendazol e as pílulas anticoncepcionais.

Embora o tempo médio de dispensação seja insuficiente para uma correta atenção farmacêutica, o dado do indicador de conhecimento da dose por parte dos pacientes foi elevado. Isso pressupõe a necessidade de estudos qualitativos, principalmente considerando-se que a qualidade das informações prestadas ao paciente é fundamentalmente dependente do trabalho multiprofissional.

Ainda que a coleta de dados tenha sido realizada em anos diferentes, entende-se que isso não trouxe viés aos resultados já que eram referentes a indicadores diferentes, apresentados e discutidos de forma separada.

Assim, sugere-se: a) realização de estudos multicêntricos, entre regiões com perfis epidemiológicos semelhantes, como forma de subsidiar a obtenção de valores padrões; b) estímulo ao desenvolvimento de guias terapêuticos; c) criação de programas de educação continuada que incentivem os prescritores quanto à uma prescrição mais racional, assim como aos funcionários envolvidos com a dispensação, uma melhor qualidade da atenção farmacêutica; d) cumprimento da legislação quanto aos genéricos, sem dispensação de receitas fora da regulamentação; e) melhora quantitativa do quadro de profissionais farmacêuticos da rede; f) desenvolvimento de pesquisas qualitativas junto ao serviço de saúde como forma de avaliar fatores componentes do uso não racional de medicamentos; g) introdução da etiquetagem dos medicamentos fornecidos, a fim de contribuir para a melhora da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Arnau JM, Laporte JR. Promoção do uso racional de medicamentos e preparação de guias farmacológicos. In: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.
2. Barros JAC. Propaganda de medicamentos: atentado a saúde? São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1995.
3. Berquó ES, Souza MJS, Gottlieb SLD. Bioestatística. São Paulo: EPU; 1981. p. 173-92.
4. Brasil. Decreto 793, de 5 de abril de 1993. Altera os Decretos nº 74170, de 10 de junho de 1974 e 79.094 de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis nº 5991, de 17 de janeiro de 1973, e 6360 de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 6 abr 1993. Seção 1. p. 4397.

5. Brasil. Lei 9787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a lei n° 6360 de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 11 fev 1999. Seção 1. p. 1.
6. Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande, MS. *Rev Bras Ciênc Farmacêuticas* 2002;38:217-27.
7. Hogerzeil HV, Ross-Degnan D, Lang RO, Ofori-Adjei D, Santoso B, Chowdhury AK et al. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. *Lancet* 1993;342:1408-10.
8. Lopes AEC, Teixeira ACA, Gurgel MLF, Miranda MCC. Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brazil. *INRUD* 1996;6:17.
9. Lunde PKM. Seleção e uso de medicamentos a nível internacional, nacional e local. In: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S. *Epidemiologia do medicamento: princípios gerais*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.
10. Ministério da Saúde. Portaria n° 1179 de 17 junho de 1996. Aprova as denominações comuns brasileiras, DCB. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br> [2002 abr 24]
11. Ministério da Saúde. Portaria GM 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 10 nov 1998. Seção 1. p. 18-22.
12. Oitava lista revisada de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde. *Bol Sobravime* 1997;24:5-14.
13. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra; 1993. (DAP. 93.1).
14. Pepe VLE. Estudo sobre a prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 1994.
15. Simões MJS, Fegadolli C. Consumo de medicamentos por prescrição médica na assistência básica à saúde do município de Araraquara, SP. In: 1° Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia. Programas e resumos. Fortaleza; 1996. p. 34.
16. Simões MJS, Motta MA. Indicadores do uso de medicamentos em unidade municipal de saúde de Ribeirão Preto, SP. *Rev INFARMA* 1997;6:12-6.
17. Simões MJS, Soler EA. Estudo de alguns indicadores do consumo de medicamentos adotados pela OMS e antibioticoterapia em crianças. Tabatinga, SP, 1998. Araraquara: Curso de Especialização em Saúde Pública da UNESP; 1998.
18. Tribunal de Contas da União. Ata número 41 de 15 de setembro de 1999. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 28 set 1999. Seção 2. p. 203-30.