

NILTON FELICIO

**FARMACOEPIDEMIOLOGIA DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE
MEDICAMENTOS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PATOS DE MINAS/MG**

**FRANCA
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

NILTON FELICIO

**FARMACOEPIDEMIOLOGIA DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE
MEDICAMENTOS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PATOS DE MINAS/MG**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Júnior

**FRANCA
2007**

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

F349f

Felício, Nilton

Farmacoepidemiologia da prescrição e dispensação de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Patos Minas (MG) / Nilton Felício; orientador: Iucif Abrão Nascif Júnior. – 2007

117 f. : 30 cm. Tab. graf.

Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca

Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde

Anexos

1. Farmacoepidemiologia. 2. Prescrição. 3. Medicamentos. 4. Rede Pública de Saúde – Patos de Minas. 5. Saúde Pública – Patos de Minas – MG. I. Universidade de Franca. II. Título.

CDU – 615.03:614.2(815.1)

NILTON FELICIO

FARMACOEPIDEMIOLOGIA DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE
MEDICAMENTOS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATOS DE
MINAS/MG

Presidente: _____

Nome: Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Júnior

Instituição: Universidade de Franca

Titular 1: _____

Nome: Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira

Instituição: Universidade de São Paulo

Titular 2: _____

Nome: Prof. Dr. Rodrigo Cássio Sola Veneziani

Instituição: Universidade de Franca

Franca, 27/02/2007

DEDICO este trabalho a minha esposa Vanessa e nossos filhos Leticia e Pedro.

AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos a todos aqueles que de algum modo colaboraram para a realização deste trabalho, em especial:

Aos amigos e orientadores Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Júnior e Prof.^a Dra. Olga Maimoni Aguillar. Orientar é um dom;

Ao gestor municipal da saúde em Patos de Minas, João Bosco Vinhal, pelo apoio;

Ao amigo farmacêutico Hênio Paulo Gonçalves, por colaborar na realização da pesquisa e formatação do trabalho;

À amiga farmacêutica Jesiane Pereira Lucas pelo apoio e sugestões;

À amiga farmacêutica Lauryane Ferreira Oliveira pelo apoio quando do processamento dos dados;

Aos funcionários da Farmácia Municipal de Patos de Minas pela compreensão e apoio, e

Ao Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) pela disponibilização do programa para análise estatística.

Agradeço carinhosamente:

A minha esposa Vanessa e nossos filhos Letícia e Pedro pelo apoio, companheirismo e colorido da vida;

Aos exemplos deixados por meus avôs: Joaquim, que permanece em minha mente na forma de lembranças de amor, dedicação e trabalho e Benedito, na forma de alegria e amizade;

Ao meu pai Luiz, minha mãe Magda e toda minha família pelos esforços que foram realizados para minha formação profissional e pessoal e

Aos meus tios Nestor e Mafalda pela acolhida.

RESUMO

FELICIO, Nilton. *Farmacoepidemiologia da prescrição e dispensação de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Patos de Minas/MG*. 2007. 117 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca-SP.

Promover o acesso e uso racional de medicamentos são responsabilidades do setor público. A omissão neste sentido tem graves conseqüências para a população. Objetivou-se analisar as prescrições e avaliar os serviços oferecidos pela assistência farmacêutica básica no município de Patos de Minas, MG. Trabalhou-se com 1.200 receitas coletadas no serviço de assistência farmacêutica do Município, durante o mês de novembro/2005. Utilizaram-se os indicadores de prescrição e um indicador de assistência ao paciente da OMS. Calcularam-se através de porcentagem algumas inadequações quanto ao preenchimento das prescrições e os grupos anatômicos e terapêuticos mais prescritos da classificação ATC (OMS). Trabalhou-se com as atenções primária e secundária à saúde. Quanto às médias globais por consultas, obteve-se: 2,1 medicamentos por consulta, em 24,3% das mesmas foi prescrito antibiótico e em 6,4% ao menos um injetável, 47,1% foram atendidas integralmente, 33,3% parcialmente e 19,6% não foram atendidas; quanto ao total de medicamentos prescritos, 66,0% foram prescritos pelo nome genérico, 67,4% pertenciam à LMP, 74,8% à RENAME, 63,9% foram fornecidos aos usuários do SUS, em 37,3% havia inadequação quanto à posologia, 27,7% foram prescritos para uso contínuo e para 45,8% foi grafado o período de tratamento. Quanto às receitas, 4,2% não apresentaram carimbo nem número do conselho de classe do prescritor, 5,8% não apresentaram data de prescrição. Os grupos anatômicos principais mais prescritos foram: SNC: 25,7% e sistema cardiovascular: 16,9%. O padrão de prescrição e fornecimento de medicamentos pode e deve ser melhorado, sendo expressivas as negligências quanto à prescrição pelo nome genérico e grafia da posologia e período de tratamento, provavelmente acarretando conseqüências clínicas e econômicas ao paciente.

Palavras-chave: farmacoepidemiologia; prescrição; medicamentos; Patos de Minas; saúde pública.

ABSTRACT

FELICIO, Nilton. *Prescription and drug dispensation pharmacoepidemiology in health municipal public net of Patos de Minas/MG*. 2007. 117 f. Dissertation (Master's degree in Health Promotion) – Franca University, Franca-SP.

Promote access and rational drug use are public sector responsibilities. Omissions have important consequences to population. The objective was to analyze prescription and to evaluate the services offered by basic pharmaceutical assistance in Patos de Minas, MG. During november/2005, 1,200 prescriptions were collected in the municipal pharmaceutical assistance service. WHO prescription indicators and one patient-care indicator were used. Some inadequacies in therapeutical fulfilling and most prescribed anatomical groups of ATC classification (WHO) were calculated through percentage. Primary and secondary health attentions were worked. Global averages for consultations, was 2.1 drug per consultation, in 24.3% antibiotic and in 6.4% at least one injectable were prescribed, 47.1% had been taken care integrally, 33.3% partially and 19.6% had not been taken care of; in relation to total of drug prescribed, 66.0% had been prescribed by the generic name, 67.4% belonged to LMP, 74.8% to RENAME, 63.9% had been supplied to SUS users, in 37.3% posology had inadequacies, 27.7% had been prescribed for continuous use and for 45.8% the treatment period was graphed. In relation to prescriptions, 4.2% had not presented stamp nor prescriitor registration number, 5.8% had not presented prescription date. The main anatomical groups prescribed had been: CNS: 25.7% and cardiovascular system: 16.9%. The prescription and drug supply standards can and must be improved, being preoccupying the negligence to the prescription by the generic name and the writing of posology and treatment period, probably causing clinical and economic consequences to the patient.

Palavras-chave: pharmacoepidemiology; prescription; drugs; Patos de Minas; public health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Valor Mínimo do Financiamento Estratégico para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica “Componente Estratégico”.	36
Tabela 2	– Valor Mínimo do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB) “Componente Descentralizado”.	37
Tabela 3	– Desenvolvimento Humano, Patos de Minas, 1991 e 2000.	40
Tabela 4	– Número de unidades de medicamentos distribuídas por ano, Patos de Minas, 2005.	44
Tabela 5	– Número de dias durante o ano em que os 20 medicamentos de maior consumo estiveram disponíveis, comprimidos, consumo anual, Patos de Minas, 2005.	45
Tabela 6	– Número de dias durante o ano em que os 10 medicamentos de maior consumo estiveram disponíveis, outras apresentações, consumo anual, Patos de Minas, 2005.	46
Tabela 7	– Distribuição do número de prescritores e do total de consultas por unidade de atendimento, atenção primária, Patos de Minas, 2005.	50
Tabela 8	– Distribuição do número de prescritores e do total de consultas por unidade de atendimento, atenção secundária, Patos de Minas, 2005.	51
Tabela 9	– Indicadores de prescrição e Indicador de assistência ao paciente que apresentam como denominador o número de medicamentos prescritos, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.	69
Tabela 10	– Porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.	73
Tabela 11	– Compilação da bibliografia referente aos indicadores de prescrição e atenção ao paciente obtidos em nove municípios brasileiros, 2005.	80

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Número médio de medicamentos por consulta, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 67
- Figura 2** – Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um antibiótico, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 68
- Figura 3** – Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um medicamento na forma injetável, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 68
- Figura 4** – Porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 69
- Figura 5** – Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 70
- Figura 6** – Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na RENAME, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 70
- Figura 7** – Porcentagem de medicamentos prescritos dispensados, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 71
- Figura 8** – Porcentagem de receitas que não apresentam carimbo do prescritor nem o número do conselho de classe, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 71
- Figura 9** – Porcentagem de receitas que não apresentam data de prescrição, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 72
- Figura 10** – Porcentagem de medicamentos prescritos sem posologia expressa adequadamente, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 72
- Figura 11** – Porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento, atenções primária e secundária, Patos de Minas, 2005. 73
- Figura 12** – Porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 74
- Figura 13** – Porcentagem de consultas cujo total de medicamentos prescritos foi integralmente, parcialmente ou não foi fornecido ao paciente, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005. 74

- Figura 14** – Porcentagem de medicamentos prescritos segundo o grupo anatômico principal (1° nível) da classificação ATC, atenções primária e secundária, Patos de Minas, 2005. 75
- Figura 15** – Grupos terapêuticos principais mais prescritos, porcentagem por consulta, atenções primária e secundária, Patos de Minas, 2005. 76

LISTA DE ABREVIATURAS

AABB: Associação Atlética do Banco do Brasil

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

Amp.: Ampola

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

Apr.: Apresentação

At.: Atenção

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical (Anatômica Terapêutica Química)

Bis.: Bisnaga

Cap.: Cápsula

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

Comp.: Comprimido

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Cp.: Comprimido

CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento

DCB: Denominação Comum Brasileira

DCI: Denominação Comum Internacional

DDD: Dose Diária Definida

DURG: Drug Utilization Research Group (Grupo de pesquisa em utilização de medicamentos)

Env.: Envelope

Esp.: Especialidades

FASERV: Fundo de Assistência dos Servidores Públicos Municipais de Patos de Minas

FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Fr.: Frasco

F/A: Frasco/Ampola
GRS: Gerência Regional de Saúde
HiperDia: Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
HRAD: Hospital Regional Antônio Dias
IAFAB: Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INRUD: International Network for Rational Use of Drugs (Rede Internacional para o
 Uso Racional de Medicamentos)
LMP: Lista de Medicamentos Padronizados
N. : Novo
OMS: Organização Mundial da Saúde
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Pág.: Página
PAME: Programa de Ação Sobre Medicamentos Essenciais
PDR/MG: Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PNM: Política Nacional de Medicamentos
PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF: Programa de Saúde da Família
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Resp.: Respectivamente
SAE: Serviço de Atendimento Especializado
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Seb. : Sebastião
Sec.: Secundária
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Primeiro Atendimento
UNIFRAN: Universidade de Franca
UNIMONTES: Universidade Estadual de Montes Claros
UNIPAM: Centro Universitário de Patos de Minas
UTI: Unidade de Terapia Intensiva
WHO: World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 REVISÃO DE LITERATURA, PRECEITOS E LEGISLAÇÃO VIGENTE	19
1.1 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	19
1.2 REGULAÇÃO FARMACÊUTICA.....	22
1.3 RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS.....	23
1.4 SELEÇÃO E ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS.....	24
1.5 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	28
1.6 POLÍTICA DE GENÉRICOS NO BRASIL.....	31
1.7 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	34
2 OBJETIVOS	38
2.1 OBJETIVO GERAL.....	38
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
3 MATERIAL E MÉTODOS	39
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS.....	39
3.1.1 Aspectos gerais.....	39
3.1.2 Aspectos na área de saúde.....	41
3.1.3 Caracterização do serviço de assistência farmacêutica do Município.....	43
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	48
3.2.1 Caracterização do estudo.....	48
3.2.2 Amostragem.....	48
3.2.3 Obtenção das receitas e análise dos dados.....	54

3.2.4 Critérios utilizados quanto aos indicadores.....	54
3.2.5 Indicadores de prescrição.....	55
3.2.6 Indicador de atenção ao paciente.....	59
3.2.7 Indicadores locais de prescrição e atenção ao paciente.....	60
3.2.8 O sistema de classificação dos medicamentos.....	63
3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS.....	64
4 RESULTADOS.....	66
4.1 INDICADORES DE PRESCRIÇÃO E ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.....	66
4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS SEGUNDO O CÓDIGO ATC DA OMS.....	66
4.3 RESULTADOS REFERENTES A RETORNOS PARA RETIRAR MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO.....	66
5 DISCUSSÃO.....	77
5.1 INDICADORES DE PRESCRIÇÃO.....	78
5.1.1 Número médio de medicamentos por consulta.....	78
5.1.2 Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um antibiótico.....	81
5.1.3 Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um medicamento na forma injetável.....	82
5.1.4 Porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico.....	84
5.1.5 Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP.....	85
5.1.6 Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na RENAME.....	87
5.2 INDICADOR DE ATENÇÃO AO PACIENTE.....	90
5.2.1 Porcentagem de medicamentos prescritos dispensados.....	90
5.3 INDICADORES LOCAIS DE PRESCRIÇÃO E ATENÇÃO AO PACIENTE...	91
5.3.1 Porcentagem de receitas que não apresentam carimbo do prescritor nem o número do conselho de classe.....	92
5.3.2 Porcentagem de receitas que não apresentam data de prescrição.....	93

5.3.3 Porcentagem de medicamentos prescritos sem posologia expressa adequadamente.....	93
5.3.4 Porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento.....	94
5.3.5 Porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo.....	95
5.3.6 Porcentagem de consultas cujo total de medicamentos prescritos foi integralmente, parcialmente ou não foi fornecido ao paciente.....	96
5.4 GRUPOS ANATÔMICOS E TERAPÊUTICOS PRINCIPAIS MAIS PRESCRITOS.....	98
6 CONCLUSÕES.....	101
6.1 QUANTO AOS INDICADORES DE PRESCRIÇÃO.....	101
6.2 QUANTO AO PREENCHIMENTO DAS RECEITAS.....	102
7 SUGESTÕES.....	103
REFERÊNCIAS.....	104
ANEXOS.....	113

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos se faz presente com grande intensidade na sociedade atual e envolve vários fatores aos quais as pessoas que os usam estão sujeitas, tais como: os benefícios inerentes ao seu uso, os riscos de efeitos adversos, o custo que representam para o indivíduo e a comunidade onde vive, a exploração a que estão sujeitas as pessoas no momento de necessidade, o acesso das diferentes camadas sociais aos mesmos e o envolvimento do setor público com vistas a proporcionar informação, qualidade e amparo à população, principalmente no que se refere ao acesso aos medicamentos.

Ao se olhar para trás, avaliando como as pessoas se relacionavam com as enfermidades, as novas gerações podem se considerar privilegiadas por contar com o amparo de eficientes medicamentos nos momentos de doença.

A indústria farmacêutica foi e é responsável pela descoberta e produção de valiosos medicamentos disponíveis atualmente e desempenha, portanto, uma função pública vital. Porém, diante dos sedutores resultados que se pode obter com o uso de medicamentos, por necessidade ou mesmo de forma deslumbrada, as pessoas (incluídos os prescritores) podem negligenciar os possíveis efeitos adversos e as diferentes formas de exploração que podem estar por trás da dinâmica do uso de medicamentos, muitas vezes de forma velada.

Um exemplo de exploração por parte da indústria farmacêutica é a mudança molecular sem ganho terapêutico, com o objetivo de obtenção de patente.

“O medicamento não se apresenta sozinho – como substância química – mas está acompanhado por um cortejo de publicidade, informação, brindes, estudos etc., que vai configurando uma forma de pensar”. (Sobravime, 2001). A classe médica é um dos principais alvos da maciça publicidade farmacêutica. Diz-se até que o lema repassado ao propagandista, pelos seus patrões, é: “Se você não puder convencê-los, confunda-os” (SANVITO, 2007).

Após a conclusão do curso de graduação, grande parte dos médicos fica absolutamente jejuna de atualização (por falta de programas de educação

médica continuada) e, deste modo, inteiramente à mercê de informação veiculada pelos laboratórios farmacêuticos (SANVITO, 2007). Some-se a isso, nem sempre o profissional de saúde se preocupa com o custo do medicamento prescrito, pois, quem vai arcar com a despesa é o paciente ou o setor público.

Outra questão importante é que, diante dos recursos medicamentosos atualmente disponíveis, não se pode admitir passivamente que estes sejam um privilégio restrito às pessoas com maior poder aquisitivo. É imprescindível o apoio aos carentes de recursos financeiros e, dado ao custo que os mesmos representam, o bom uso dos medicamentos deve ser defendido de forma contundente, tanto por parte dos pacientes quanto dos profissionais de saúde.

Promover o uso de medicamentos eficazes, seguros e de forma racional, não se permitir que os usuários sejam explorados pelo comércio e tornar os medicamentos um recurso acessível a todas as camadas da sociedade são ações que não podem ser realizadas pelas pessoas e, portanto, as mesmas estão à mercê dos órgãos públicos.

Através da pesquisa é possível revelar várias peculiaridades e intervir no sentido de melhorá-las ou mantê-las.

A presente pesquisa pretende apresentar indicadores de qualidade das prescrições e assistência farmacêutica pública no município de Patos de Minas, MG, com o intuito de contribuir para o uso racional dos medicamentos e para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

1 REVISÃO DE LITERATURA, PRECEITOS E LEGISLAÇÃO VIGENTE

1.1 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Define-se “uso racional de medicamentos” quando os pacientes recebem o medicamento adequado às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes às suas necessidades individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e para a comunidade. (OMS, 1985).

Estima-se que a metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada e que a metade dos pacientes não tomam seus medicamentos corretamente (OMS, 2000). A morbidade e mortalidade relacionadas a enfermidades crônicas tais como hipertensão, diabetes, epilepsia e enfermidades mentais muitas vezes são consequência da falta de acesso e/ou doses inadequadas de medicamentos (OMS, 2002b).

Alguns tipos freqüentes de uso irracional de medicamentos são o uso demasiado de medicamentos pelos pacientes (polifarmácia), o uso inadequado de medicamentos antimicrobianos, muitas vezes em doses incorretas, para infecções não bacterianas (víroses), o uso excessivo de injeções em casos nos quais seriam mais adequadas formulações orais e a prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas (OMS, 2002b).

No plano econômico, o uso irracional de medicamentos leva a um enorme desperdício de recursos e favorece a falta de disponibilidade de medicamentos essenciais em áreas nas quais podem ser necessários (OMS, 2002c).

Entre os mandados judiciais para fornecimento de medicamentos a pacientes individuais impetrados contra a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, entre 1991 e 2002, apenas 16,0% haviam sido feitos por autores atendidos em unidades fora do Sistema Único de Saúde (SUS). 87,9% de todas as ações não

havia sido julgadas até o final do período estudado, provavelmente devido a dificuldades do Judiciário em lidar com o julgamento dessas ações. Os referidos mandados continuavam sendo cumpridos sem que houvesse uma correta avaliação do pleito, adequação esta que, do ponto de vista até então externado pelo Judiciário, parecia envolver apenas as garantias constitucionais do cidadão, aparentemente ignorando o ponto de vista clínico e as conseqüências sobre a saúde do indivíduo (MESSEDER et al., 2005).

Messeder et al. (2005) ainda citaram como exemplo o pleito para o medicamento Gangliosídeo, cuja eficácia não estava comprovada e que havia sido reiteradamente retirado do mercado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além de outros medicamentos cuja indicação poderia não estar ocorrendo com base na melhor evidência científica.

Embora o uso dos mandados judiciais possa ser um recurso ao acesso, ao ser ignorada a adequação do tratamento medicamentoso, poderá estar sendo promovido o uso irracional de medicamentos, além de dificultar o acesso a medicamentos essenciais tendo em vista o alto custo que geralmente representam os tratamentos pleiteados via judicial, contribuindo para a menor eficiência na aplicação dos recursos da assistência farmacêutica (MESSEDER et al., 2005).

A prescrição é um documento legal, pelo qual se responsabiliza quem prescreve e dispensa o medicamento, e por isso envolve questões de âmbito legal, técnico e clínico, estando seus responsáveis sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária (FUCHS et al., 1998). A qualidade e quantidade do consumo de medicamentos estão sob ação direta da prescrição, sendo que sofre inúmeras influências, que vão desde a oferta de produtos e as expectativas dos pacientes até a propaganda das indústrias produtoras (PEPE; TRAVASSOS, 1995).

Uma prescrição adequada ou um tratamento bem escolhido deve conter o mínimo de medicamentos possível. Os medicamentos escolhidos devem apresentar mínimos riscos de efeitos colaterais e contra indicações, ação rápida, forma farmacêutica apropriada, posologia simples e devem ser usados por um curto espaço de tempo (OMS, 1998).

A legislação brasileira (BRASIL, 1973) prevê que somente será aviada a receita:

a) que estiver escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;

b) que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;

c) que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo conselho profissional.

Para que se possam aplicar estratégias adequadas no sentido de promover o uso racional de medicamentos é necessário conhecer, através da supervisão de prescrições, da dispensação e do uso pelos pacientes, o tipo de uso irracional (problemas específicos), o volume (dimensão do problema) e os motivos pelos quais se utilizam de modo irracional os medicamentos “muitas vezes existem razões perfeitamente racionais para utilizar os medicamentos de forma irracional” (OMS, 2002b).

Existem vários métodos estabelecidos para medir o tipo e o grau de uso irracional de medicamentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem preconizado o uso de indicadores selecionados da OMS/INRUD (OMS, 2002b). A principal finalidade da aplicação desses indicadores é definir um número limitado de parâmetros que permitam descrever a situação de um país, região ou centro de saúde no que se refere ao uso de medicamentos.

Os indicadores são distribuídos em três grupos: indicadores de prescrição, indicadores de assistência ao paciente e indicadores sobre o serviço. Esses parâmetros são considerados de primeiro nível concebidos para estimular uma análise mais profunda e orientar medidas subseqüentes (OMS, 1993).

As metodologias da Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC) ou a Dose Diária Definida (DDD) podem ser utilizadas para comparar o consumo de medicamentos entre as distintas instituições, regiões e países (OMS, 2002b).

Estes estudos são convenientes para desenhar as intervenções e medir o impacto que elas têm sobre o uso de medicamentos (OMS, 2002b).

O uso racional de medicamentos envolve diversos componentes fundamentais que se co-relacionam entre si. Um exemplo é a regulação farmacêutica, pois, caso os prescritores sigam os protocolos clínicos, prescrevendo medicamentos essenciais e pela denominação genérica e o mercado ofereça medicamentos ineficazes, nocivos ou de má qualidade podem ocorrer fracassos terapêuticos, agravamento das enfermidades, farmacoresistência e em algumas ocasiões a morte dos pacientes, além de diminuir a confiança nos sistemas

sanitários, nos profissionais de saúde e nos fabricantes e distribuidores de produtos farmacêuticos (OMS, 2003b).

1.2 REGULAÇÃO FARMACÊUTICA

Os pacientes e consumidores não dispõem dos meios para efetuar avaliações independentes da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos, portanto, existe “uma assimetria de informação” entre eles e os que fabricam e vendem medicamentos (OMS, 2003b).

Entre os aspectos fundamentais para que haja uma política de regulação farmacêutica efetiva estão: o compromisso do governo com a regulação farmacêutica, inclusive a necessidade de dotá-la de uma base jurídica sólida e recursos humanos e financeiros adequados, a independência e transparência do organismo de regulação farmacêutica, além do trabalho conjunto entre o referido organismo e o Ministério da Saúde (OMS, 2002c).

No Brasil, apesar da legislação sobre controle sanitário do comércio de drogas (BRASIL, 1976) e as sanções previstas ao seu descumprimento (BRASIL, 1977), se fazia necessária uma regulação mais efetiva no que se refere à vigilância sanitária, foi então que em 1999 o governo brasileiro criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao Ministério da Saúde, definida como autarquia sob regime especial, a qual foi caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira, tendo por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras (BRASIL, 1999a).

1.3 RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

A enfermidade prolongada e a hospitalização em consequência da resistência aos antimicrobianos são onerosas, acarretando consequências econômicas e clínicas graves. O uso de fármacos distintos dos de primeira geração pode centuplicar os custos, ficando fora do alcance de muitos governos e pacientes (OMS, 2005a).

A emergência de cepas microbianas com crescentes níveis de resistência aos antimicrobianos tem sido objeto de preocupação em todo o mundo (BERQUO et al., 2004). O desenvolvimento da resistência é um fenômeno natural, surge como resultado da utilização dos antimicrobianos e está adquirindo um ritmo acelerado devido à utilização inapropriada de tais medicamentos. O maior consumo está associado a cifras mais elevadas de resistência (OMS, 2005a).

A resposta dos médicos à resistência microbiana tem sido a substituição dos antibióticos que se receitavam tradicionalmente aos pacientes por outros mais novos, porém, estes novos antibióticos também estão sujeitos a perderem ou terem seus efeitos diminuídos, portanto, para que se possa manter a eficácia dos antibióticos para as próximas gerações é imprescindível fazer uso dos mesmos de forma prudente (OMS, 2005a).

O comportamento dos prescritores pode variar de região para região. Em Pelotas, Rio Grande do Sul (BERQUO et al., 2004), o uso intensivo de antimicrobianos de última geração não foi confirmado. Observou-se também uma prevalência global de 8,0% de uso de antimicrobianos no mês anterior à realização da pesquisa, sendo significativamente maior o uso entre as mulheres e houve tendência de diminuição da utilização de antimicrobianos à medida que aumentou a faixa etária.

O estudo da porcentagem de pacientes aos quais se prescreveram antibióticos é um dos métodos usados para investigar o uso de antimicrobianos na atenção primária à saúde (OMS, 2005a):

Em pediatria, dois terços das prescrições de antimicrobianos restringem-se a cinco afecções do trato respiratório: otites, sinusites, faringoamigdalites, bronquites e pneumonias (BERQUO et al., 2004). Embora inúmeros trabalhos na literatura internacional tenham demonstrado pouco ou

nenhum benefício do uso de antimicrobianos para muitas dessas morbidades, essa continua sendo uma prática comum nas diversas modalidades de atendimento ambulatorial (MACFARLANE, 1993).

Os motivos do uso inapropriado podem ser a incerteza do diagnóstico, o conhecimento e a prática do prescritor, a disponibilidade sem restrições de antimicrobianos, o excesso de trabalho, o fomento im procedente do uso de antimicrobianos, a busca por lucro e o temor a imputações. A compreensão de tais razões permite a eleição de estratégias adequadas, eficazes e corretivas (OMS, 2005a).

As diretrizes clínicas e as listas de medicamentos essenciais baseadas em provas científicas e atualizadas de forma periódica, para cada categoria de atenção, são de vital importância para fomentar um uso racional dos antimicrobianos (OMS, 2005a).

1.4 SELEÇÃO E ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A assembléia Mundial da Saúde de 1975 foi revolucionária, pois, introduziu os conceitos de “medicamentos essenciais” e “política nacional de medicamentos”. Em outubro de 1977, a OMS elaborou a primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais e, em 1978, a Declaração de Alma Ata identificou o “abastecimento de medicamentos essenciais” como um dos oito elementos da atenção primária à saúde (OMS, 2003c).

Tendo em vista que o abastecimento e o reembolso de todos os medicamentos disponíveis no mercado não estão ao alcance de nenhum sistema de seguro médico, seja público ou privado (OMS, 2004), e que nos últimos 25 anos foram introduzidos mais de 1.500 medicamentos novos, sendo que muitos dos quais representam autênticas inovações terapêuticas que podem e devem ter um importante efeito sobre a saúde pública. O desafio para os gestores em saúde é selecionar os medicamentos que melhor satisfaçam suas necessidades (OMS, 2003c).

Além do fator custo e da eficácia, após a retirada do mercado, em setembro de 2004, do medicamento rofecoxibe (Vioxx[®]), um antiinflamatório não

esteróide amplamente utilizado, devido a motivos de segurança, levantou-se questões importantes relacionadas à política de aprovação de medicamentos, às evidências científicas e ao papel da farmacovigilância (SOLOMON; AVORN, 2005).

Segundo a OMS (2004), os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades assistenciais prioritárias da população. São selecionados dando a devida atenção a sua importância para a saúde pública, às provas sobre sua segurança e eficácia e a sua rentabilidade comparativa.

A elaboração de diretrizes terapêuticas nacionais baseadas nos melhores dados científicos existentes acerca da eficácia, segurança, qualidade e relação custo-eficácia e a elaboração de uma lista nacional de medicamentos essenciais, tendo estas diretrizes como referência, contribuem para o uso racional de medicamentos, facilitando as aquisições, reembolsos, formação, fornecimento e supervisão dos medicamentos (OMS, 2004).

Quando o profissional prescritor ignora as diretrizes terapêuticas o acesso aos medicamentos é comprometido, pois, no momento em que os profissionais de saúde prescrevem medicamentos ainda não padronizados pelo sistema, mas não os fornecem, geram, de fato, uma demanda não atendida permanente. (MESSEDER et al., 2005).

Messeder et al. (2005), observaram que, com relação aos medicamentos pleiteados via judicial no Estado do Rio de Janeiro, os três grupos mais demandados (sistema nervoso, sistema cardiovascular e trato alimentar ou metabolismo) incluíam medicamentos de uso contínuo, ou seja, para o tratamento de condições crônicas, tratáveis pelo elenco da atenção básica, indicando falta de acesso no município dos pleiteantes, podendo ser consequência da não adesão pelo prescritor à Lista de Medicamentos Padronizados (LMP), do não fornecimento de medicamentos padronizados pelo município ou da abrangência limitada da LMP.

Numerosos estudos têm documentado as repercussões positivas proporcionadas pelas pautas clínicas e listas de medicamentos essenciais na disponibilidade e utilização apropriada dos medicamentos nos sistemas de atenção à saúde (OMS, 2002a).

Além da seleção dos medicamentos essenciais e a prioridade de adoção dos mesmos por parte dos prescritores, muitos outros fatores determinam o nível de acesso aos medicamentos essenciais, tais como o financiamento, os

preços, os sistemas de distribuição ou de dispensação e o seu uso apropriado (OMS, 2004).

Quanto aos preços, os acordos comerciais certamente têm grande impacto sobre o acesso aos medicamentos essenciais e em especial aos que se encontram sob patente (OMS, 2001). O Brasil passou a reconhecer patente em 1996 (BRASIL, 1996a).

Medidas que contribuem decisivamente para uma redução significativa dos custos e favorece o acesso aos medicamentos essenciais incluem: permitir a competição de preços no mercado local, adquirir em quantidades maiores, aplicar a política de genéricos, eliminar tarifas e impostos sobre os medicamentos essenciais e tornar eficientes os sistemas de distribuição e dispensação de medicamentos (OMS, 2004).

No caso da competição através de genéricos, as reduções podem chegar a incríveis 75% a 95% sobre os preços iniciais dos produtos de marca. Nos Estados Unidos da América, o preço médio por atacado se reduz a 60% do preço do medicamento de marca quando aparece no mercado um competidor genérico, e a 29% quando há 10 competidores (OMS, 2004).

Nos países em desenvolvimento, em consequência de múltiplos intermediários, sobrecarga de impostos, direitos de importação, elevados custos de distribuição e das comissões das farmácias e dos vendedores de medicamentos, o preço final de um medicamento pode ser duas a cinco vezes superior ao preço de indústria ou de importador (OMS, 2004).

A década de 90 apresentou algumas peculiaridades em termos de evolução dos principais elementos do mercado farmacêutico no Brasil: um aumento do faturamento associado a uma diminuição das quantidades vendidas, ou seja, estabeleceu-se um aumento efetivo dos preços, tornando o decréscimo do consumo de medicamentos pela população brasileira uma questão social relevante (CARVALHO et al., 2006).

O preço dos medicamentos sempre foi uma preocupação constante dos diferentes governos brasileiros por achar que ele é uma barreira ao acesso, porém, não se pode ignorar a relevância do fator renda (BRASIL, 2000).

Para que se possa entender a dinâmica do acesso a medicamentos no Brasil, deve-se ter em conta o seguinte perfil do consumidor brasileiro: para a classe de renda elevada (acima de 10 salários mínimos), o preço tem pouca influência no

consumo, pois, essa população sempre usará os medicamentos que forem receitados. Os consumidores inseridos na classe intermediária de renda (quatro a dez salários), sobretudo aqueles que constituem os patamares inferiores dessa classe, certamente são os mais beneficiados com as políticas que proporcionam preços menores de aquisição, como é o caso da política de medicamentos genéricos, sendo o preço um dos fatores que decide o acesso aos medicamentos, porém, quanto à população de baixa renda (zero a quatro salários), equivalentes a 51% da população, o que define o acesso ao medicamento não é apenas o preço, mas também a renda, portanto, esta população é extremamente dependente do fornecimento de medicamentos pelo setor público (BRASIL, 2001b).

Um sistema de fornecimento confiável envolve, entre outras coisas, garantia de disponibilidade ininterrupta dos medicamentos essenciais, controle de inventário, prevenção de roubos e desperdícios e a eliminação de medicamentos não desejados ou vencidos (OMS, 2002c).

Em muitos países de alto poder econômico, mais de 70% dos produtos farmacêuticos têm financiamento público, enquanto nos de baixo e médio poder econômico o gasto público com medicamentos não cobre as necessidades básicas de medicamentos da maioria da população. Nestes países, entre 50% e 90% dos medicamentos são pagos pelos próprios pacientes (OMS, 2004).

Para que se consigam melhores resultados na promoção da saúde, é necessário que se destinem recursos suficientes para um financiamento sustentável em saúde pública e, em especial, em medicamentos, pelo seu grande impacto sobre a saúde das pessoas e seu grande potencial de equidade, solidariedade e apoio aos menos favorecidos (OMS, 2004).

Durante o Seminário Andino sobre Políticas de Medicamentos, realizado em Cartagena, Colômbia, afirmou-se que *“a disponibilidade e o acesso aos medicamentos constituem parâmetros que permitem medir a qualidade dos serviços de saúde e constituem indicadores sociais de justiça e equidade na distribuição das riquezas de uma nação”* (CARVALHO et al., 2006). Some-se a isso, o acesso aos serviços e produtos de saúde é um direito humano fundamental, consagrado em tratados internacionais e reconhecido por governos de todo o mundo (OMS, 2000).

1.5 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Para a OMS (2003a), uma política nacional de medicamentos é um compromisso com um objetivo e um guia de ação. Expressa e prioriza as metas estabelecidas pelo governo, a médio e longo prazo, para o setor farmacêutico e identifica as estratégias principais a serem alcançadas. Proporciona os limites dentro do qual se podem coordenar as atividades do setor farmacêutico. Abrange os setores tanto público quanto privado e implica a todos os protagonistas no âmbito farmacêutico.

A saúde de uma população está diretamente relacionada às políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1996b). Há mecanismos injustos de financiamento da saúde, em que as pessoas devem assumir a responsabilidade de arcar com o custo dos medicamentos essenciais de que necessitam e nestas circunstâncias, as pessoas pobres e enfermas com menor capacidade de pagamento suportam a carga mais pesada (OMS, 2000). Em países cujas políticas governamentais não estão adaptadas para proteger as necessidades dos mais pobres, estes podem ver negado o acesso aos medicamentos (OMS, 2002c).

No Brasil, a atual Política Nacional de Saúde apresenta os seus princípios definidos na Constituição Federal de 1988, no Título VIII, da Ordem Social, em seu artigo 196, que garante (BRASIL, 1988):

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Posteriormente, foi estabelecido que cabe ao SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, constituindo-se assim o acesso a medicamentos um direito da população brasileira (BRASIL, 1990b).

Pautada nesses princípios, a elaboração de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), centrada nas ações de assistência farmacêutica integral, se tornou uma condição estratégica essencial para a efetiva implementação do SUS (MARIN et al., 2003).

Em 30 de outubro de 1998 foi criada a Portaria n. 3.916 que aprovou a PNM que, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população (BRASIL, 2001b).

“Aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Com esse intuito, suas principais diretrizes são: o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária” (BRASIL, 2001b).

Por ocasião da aprovação da PNM, foi identificado o seguinte cenário quanto à situação da assistência farmacêutica no Brasil (BRASIL, 2001b):

- ✓ O montante de atividades desenvolvidas em 1996 pelo setor público de saúde no Brasil - composto pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS, do qual constavam a realização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas davam a dimensão do desafio a ser enfrentado.
- ✓ Convivendo com um dos piores níveis de distribuição de renda do mundo, a iniquidade quanto às condições de vida se refletiam também no acesso aos medicamentos (MARIN et al., 2003).
- ✓ Os indicadores demográficos demonstravam clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer influenciando qualitativa e quantitativamente o consumo de medicamentos. Uma das conseqüências do processo de envelhecimento é o aumento da demanda de medicamentos de uso contínuo, destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas como doenças cardiovasculares, reumáticas e do diabetes.
- ✓ Era identificada também uma desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde, falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e irregularidade no

abastecimento de medicamentos no nível ambulatorial, o que diminuía, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

- ✓ Outro problema identificado era a existência de um processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, promovendo um aumento na demanda por medicamentos.

Diante dessa situação, a Política Nacional de Medicamentos apresentou como propósitos (BRASIL, 2001b):

- ✓ Tornar a RENAME uma referência para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, sendo que os medicamentos essenciais deveriam estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitassem.
- ✓ A promoção do uso de medicamentos genéricos no Brasil, prevendo a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública.
- ✓ Conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- ✓ A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, inclusive através da descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais e, no que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos a política previu atenção especial à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes.
- ✓ Foram definidas como responsabilidades do gestor municipal: coordenar e executar a assistência farmacêutica neste âmbito, definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população e assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população.
- ✓ Ficou definido também que a Secretaria de Políticas de Saúde teria a função de formular metodologias e indicadores definidos em projeto específico com o objetivo de contínua avaliação dos propósitos da PNM e também de avaliar

os resultados e impactos da mesma em termos, por exemplo, de eficiência, cobertura e qualidade, além da sistematização e divulgação dos resultados.

Os propósitos da PNM são grandiosos e requerem uma mega-estrutura para sua efetivação e embora seja um processo e muitos avanços tenham ocorrido, após alguns anos da sua aprovação, ainda há problemas graves principalmente nas regiões mais carentes. Guerra Junior et al. (2004), avaliando a disponibilidade de medicamentos essenciais em localidades com índice de desenvolvimento humano (IDH) menor que 0,699 no Norte de Minas Gerais observaram, em termos gerais, uma desorganização dos serviços públicos no que se refere à implementação do ciclo logístico da assistência farmacêutica e relataram ser preocupante a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público e que muito ainda falta para garantir o efetivo acesso de todos os brasileiros à assistência farmacêutica.

1.6 POLÍTICA DE GENÉRICOS NO BRASIL

Em consequência do alto custo que o uso de medicamentos representa para a sociedade, se faz necessário enfrentar desafios para reduzir a dependência externa e os preços e custos dos mesmos. Na década de 1990, a política de medicamentos genéricos foi identificada como uma alternativa viável para este enfrentamento nos países em desenvolvimento (BERMUDEZ, 1994). A forma de comercialização dos medicamentos genéricos retira dos representantes de laboratórios a função de fator primordial no processo de difusão do medicamento e a repassa ao farmacêutico e ao balconista (CARVALHO et al., 2006). Através da concorrência de preços com os produtos de marca e com os medicamentos inovadores, esta política pode atuar como forma de regulação do mercado (KING; KANAVOS, 2002).

Em 1999 a política de medicamentos genéricos foi estabelecida no Brasil através da Lei 9.787 (BRASIL, 1999c), conhecida como “lei dos genéricos”, publicada no Diário Oficial da União em 11 de fevereiro de 1999. Nessa época houve intensa divulgação do governo em relação à redução dos custos dos tratamentos feitos com medicamentos genéricos, havendo também grande cobertura da mídia (DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006).

Merece destaque o artigo 3º da Lei 9.787 (BRASIL, 1999c), haja vista o grande número de medicamentos prescritos no âmbito do SUS pelo nome comercial (GIROTTI; SILVA, 2006; NAVES; SILVER, 2005; SANTOS, 1999; ACURCIO et al., 2004), configurando um freqüente descumprimento da mesma: *“As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)”*.

Os primeiros genéricos foram registrados quase seis meses depois da publicação da Resolução n. 391 (DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006; BRASIL, 1999e). A resistência por parte da indústria farmacêutica foi grande, inclusive fornecendo carimbos, etiquetas e receituários já impressos aos médicos com frases com conteúdos similares a “não substituir por genéricos” (DIAS, 2003).

Quanto aos médicos, pesquisa realizada pela ANVISA (2002b) na época da implantação mostrou que embora 78% dos médicos se mostrassem de forma positiva sobre a qualidade dos genéricos, 80% das receitas aviadas eram de medicamentos de marca. As ações dirigidas aos médicos se mostravam cruciais, pois, em 71% dos casos examinados, os consumidores compraram o medicamento na forma prescrita.

Após este enfrentamento inicial, segundo informações de empresa especializada no mercado farmacêutico mundial, o mercado brasileiro de genéricos, entre 2001 e 2002, cresceu 45,3% e representava 5% das vendas de produtos farmacêuticos em setembro de 2002, atingindo US\$ 205,7 milhões no período de um ano (IMS, 2003). No primeiro trimestre de 2006, as vendas de genéricos somaram US\$ 213,6 milhões, o que representa uma alta de 62% frente aos US\$ 131,9 milhões do mesmo período de 2005, demonstrando ser um mercado em franca expansão (ANVISA, 2006a).

Em abril de 2004 os medicamentos genéricos totalizavam 1.124 medicamentos registrados na ANVISA, divididos em 270 fármacos (DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006), passando a 2.043 medicamentos registrados, divididos em 317 fármacos em setembro de 2006 (ANVISA, 2006b).

O sucesso da política de medicamentos genéricos beneficiou, especialmente, as pessoas com doenças crônicas, que consomem os medicamentos de forma contínua. Após a introdução dos medicamentos genéricos

no mercado brasileiro, entre os tratamentos que ficaram mais baratos estão o de diabetes, que caiu 34 a 37% (dependendo do medicamento adotado), o de hipercolesterolemia, cuja queda de preço variou de 39 a 57%, e o de hipertensão, cerca de 53% (CRF/SP, 2003).

Estudo realizado entre janeiro de 2000 a junho de 2004 (VIEIRA; ZUCCHI, 2006) demonstrou que em média os genéricos se apresentam 40% mais baratos do que os medicamentos de referência quando entram no mercado e a tendência verificada durante os quatro anos avaliados foi de aumento dessa diferença. Para enfrentar essa concorrência, a indústria farmacêutica tem buscado alternativas como a fabricação de genéricos de seu medicamento de referência, segmentando assim o próprio mercado (FERRANDIZ, 1999).

Nishijima; Biasoto Junior (2003), empregando outro modelo de estudo objetivando analisar o comportamento dos preços dos medicamentos de marca, que se tornaram referência de genéricos, após entrada destes últimos no mercado brasileiro e comparando com medicamentos de marca que não enfrentaram essa concorrência, relataram queda no preço dos medicamentos de marca que se tornaram referência de genéricos.

Os quatro principais fatores que influenciam a utilização de medicamentos genéricos e o êxito dos programas de genéricos são: a legislação de apoio, a capacidade de garantir a qualidade, a aceitação por parte dos prescritores e do público e os incentivos econômicos, sendo que a qualidade é imprescindível para que os prescritores e o público confiem plenamente nos produtos genéricos (OMS, 2002c).

Carvalho et al. (2005), em trabalho realizado em Natal, Rio Grande do Norte, relatam que 97% dos farmacêuticos acreditavam que os medicamentos genéricos eram de boa qualidade e depois de sua introdução no mercado, 63% dos farmacêuticos sentiram alguma mudança nas atividades exercidas na farmácia, sendo que 51% afirmaram que os clientes passaram a pedir mais informações, 16% sentiram que o farmacêutico passou a ser mais reconhecido pelos clientes e 16% referiram à necessidade da presença mais efetiva do farmacêutico na farmácia.

Embora, na maioria das vezes, ao se analisar a política de medicamentos genéricos sejam muito enfatizadas as questões relacionadas ao custo e acesso, o uso do nome genérico oferece outros benefícios fundamentais relacionados ao uso racional de medicamentos: possibilita a todos os envolvidos,

tanto profissionais de saúde como pacientes, informação isenta sobre o medicamento, além de evitar a complexidade que envolve o conhecimento do uso de medicamentos quando se trata de diversos nomes comerciais a serem conhecidos (ZANINI, 1999).

1.7 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

No setor saúde, os medicamentos representam um instrumento essencial para a capacidade resolutiva dos serviços prestados, representando o segundo maior gasto dentro do SUS, perdendo apenas para os recursos humanos (CARLOS, 1997; HERNÁNDEZ, 1996).

A descentralização dos serviços de saúde no país, uma das diretrizes do SUS, resultou em um amplo processo de municipalização dos mesmos, ampliando a rede de estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade das administrações locais (MARIN et al., 2003), portanto, o nível de gestão municipal, aquele mais próximo da população, é o responsável pela dispensação de medicamentos essenciais. À gestão estadual cabe a responsabilidade de organização e coordenação das ações de assistência farmacêutica dentro do Estado, além da responsabilidade específica quanto à dispensação dos medicamentos de alto custo (medicamentos excepcionais) (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1999d; BRASIL, 1997).

A forma como estão organizadas as intervenções no processo saúde-doença é um dos elementos que afeta a prescrição e a utilização dos medicamentos. O Brasil vem passando por mudanças no modelo de assistência à saúde de acordo com as necessidades e com o entendimento vigente em cada época (COLOMBO et al., 2004). O modelo assistencial atual prioriza o atendimento básico, transformando-o em porta de entrada para todos os níveis restantes do sistema de saúde. Uma das iniciativas para o cumprimento dessas diretrizes foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 (COLOMBO et al., 2004). Conforme prevê o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), "... o PSF tem condições de dar solução efetiva a mais de 85% dos problemas de saúde da população atendida".

O aumento da expectativa de vida da população brasileira e o conseqüente aumento dos gastos na área de saúde tem sido um dos fatores que vêm dificultando a consolidação do SUS. Apesar da nítida melhora do sistema desde sua implementação, ainda existem dificuldades de acesso às unidades de atenção básica e aos medicamentos, levando as pessoas muitas vezes a pagar por planos de saúde e a comprar seus medicamentos. Em alguns casos, o paciente fica sem o tratamento por não ter condições financeiras de comprá-lo (ARRAIS et al., 2005).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) encomendou uma pesquisa nacional com o objetivo de avaliar a opinião dos brasileiros sobre saúde, a mesma foi realizada em 2002 e revelou que (CONASS, 2003):

- ✓ Saúde é o problema citado em primeiro lugar, espontaneamente, pela maioria dos entrevistados, seguida por desemprego e situação financeira.
- ✓ Apenas uma minoria (8,7%) da população brasileira não é usuária do SUS, 28,6% é usuária exclusiva e 61,5% utilizam-se do SUS e também de outras modalidades de atendimento “não SUS”, portanto, aproximadamente 90% da população brasileira é usuária do SUS.
- ✓ Cerca de 32% dos entrevistados afirmaram que o SUS melhorou nos dois anos antecedentes à pesquisa, sendo observado que os entrevistados classificados como usuários exclusivos do SUS têm uma avaliação claramente mais positiva destes serviços do que os denominados “usuários não exclusivos” e os “não usuários”:
- ✓ Os cidadãos têm noção de que o SUS é um direito, porém, não confiam no SUS.
- ✓ Demora no atendimento ainda é um motivo de grande insatisfação dos usuários: demora em ser atendido, demora em filas de espera, demora para marcar consulta, demora na recepção... Por outro lado, observou-se que a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais do SUS é motivo de satisfação dos usuários.
- ✓ Quanto aos problemas da área de saúde que o governo deveria resolver, na opinião dos brasileiros, a falta de medicamentos é a segunda queixa mais freqüente, ficando atrás apenas da falta de médicos e enfermeiros.
- ✓ Os melhores índices de avaliação do SUS ocorrem na região Sul do País. As piores avaliações surgem nas regiões Nordeste e Norte.

- ✓ É alto, 62% e 72%, o grau de satisfação com as consultas médicas especializadas e internações hospitalares, respectivamente, sendo possível perceber entre os entrevistados, de forma generalizada, um grau de satisfação tanto maior quanto maior é o nível de complexidade dos serviços utilizados.

Diante das inúmeras necessidades e demandas do SUS, os serviços de farmácia muitas vezes não são considerados prioritários na disputa por recursos nos orçamentos da saúde. Provavelmente muitos gestores ainda não tenham clara a sua importância (VIEIRA, 2007).

Quanto ao financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, do qual participam os três níveis de gestão (BRASIL, 1990c) a partir de outubro de 2005, as responsabilidades e os valores deste financiamento passaram a ser definidos pela Portaria 2.084 (BRASIL, 2005) e foram divididos em “Componente Estratégico” e “Componente Descentralizado” conforme **Tabelas 1** (pág. 36) e **2** (pág. 37), respectivamente:

Tabela 1 – Valor Mínimo do Financiamento Estratégico para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica “Componente Estratégico”.

Elenco	Valor por habitante por ano*
Hipertensão e diabetes	R\$ 1,15
Asma e rinite	R\$ 0,95
Insulina	R\$ 0,90
Saúde da Mulher	R\$ 0,26
Alimentação e nutrição	R\$ 0,10
Combate ao tabagismo	R\$ 0,13
Total	R\$ 3,49

*Estes valores passaram a ter vigência a partir da competência outubro de 2005 e serão pactuados anualmente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Fonte: BRASIL, 2005

Tabela 2 – Valor Mínimo do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB) “Componente Descentralizado”.

Esfera de gestão	Valor por habitante por ano
Federal	R\$ 1,65
Estadual*	R\$ 1,00
Municipal**	R\$ 1,00
Total	R\$ 3,65

* O estado de Minas Gerais se comprometeu a contribuir com R\$ 3,00 por habitante por ano a partir de janeiro de 2006 (Deliberação CIB-SUS/MG n. 196/05).

** O município de Patos de Minas gastou mais de R\$ 1,00 (aproximadamente R\$ 2,64) por habitante por ano em 2005 (PATOS DE MINAS, 2005)

Fonte: BRASIL, 2005.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

No presente trabalho pretende-se estudar alguns aspectos referentes à prescrição, uso e gerenciamento dos medicamentos alopáticos na rede pública de saúde do município de Patos de Minas, MG, com o objetivo de conhecer melhor as práticas realizadas e colaborar, através de sugestões, para o desenvolvimento de novas práticas e para o aprimoramento das já existentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar nas prescrições indícios de práticas de polifarmácia, uso abusivo de antibióticos, uso abusivo de injetáveis e prescrição pelo nome genérico e em conformidade com a LMP e RENAME;
- ✓ Quantificar a disponibilidade de medicamentos a usuários do SUS de Patos de Minas, MG;
- ✓ Identificar, quanto ao preenchimento das prescrições: uso de carimbo de identificação e registro da data de prescrição, posologia e período de tratamento de forma adequada;
- ✓ Identificar a prevalência de prescrição e a cobertura de fornecimento de medicamentos de uso contínuo;
- ✓ Identificar os grupos de medicamentos mais prescritos;
- ✓ Comparar a atenção primária e secundária à saúde quanto às práticas de prescrição e a cobertura de fornecimento;

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS

3.1.1 Aspectos gerais

O Município de Patos de Minas localiza-se na microrregião Patos de Minas e na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais, a 302,0 Km, em linha reta, da capital Belo Horizonte. Foi fundado em 1892 e possui área de 3.198,9 Km², com altitude de 832 m (FJP, 2000).

Patos de Minas possui uma população estimada em 136.997 habitantes (IBGE, 2005), apresentando densidade demográfica de 38,7 hab/Km² e uma taxa de urbanização de 89,87% (FJP, 2000). No período 1991 a 2000, a população de Patos de Minas teve uma taxa média de crescimento anual de 2,1%, superando a média do estado de Minas Gerais que no mesmo período foi de 1,5%. Segundo a FJP (2000), a população do município representava, em 2000, 0,69% da população do Estado e 0,07% da população do País.

No período 1991-2000, observou-se que o perfil da população de Patos de Minas vem se alterando no sentido de aumento da proporção nas faixas etárias de 15 a 64 anos, passando de 64,3% em 1991 para 67,8% em 2000 e de 65 anos e mais, passando de 4,5% em 1991 para 5,6% em 2000, enquanto a população na faixa etária de menos de 15 anos, que representava 31,2% da população total em 1991, passou a representar 26,6% em 2000 (FJP, 2000).

A renda per capita média do município em 2000 era de R\$ 306,03 e a pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 49,05%, passando de 32,5% em 1991 para 16,6% em 2000. A

desigualdade, medida pelo Índice de Gini, também diminuiu, passando de 0,58 em 1991 para 0,54 em 2000 (FJP, 2000).

No período 1991-2000, a taxa de mortalidade infantil do município diminuiu 40,8%, passando de 30,4 (por 1.000 nascidos vivos) em 1991 para 18,0 em 2000. A esperança de vida ao nascer cresceu 6,2 anos, passando de 67,7 anos em 1991 para 73,9 anos em 2000 e a taxa de fecundidade total diminuiu 16,0% passando de 2,5 em 1991 para 2,1 em 2000.

Conforme pode ser observado na **Tabela 3** (pág. 40), no período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Patos de Minas cresceu 11,22%, passando de 0,731 em 1991 para 0,813 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Longevidade, com 42,5%, seguida pela Educação, com 36,8% e pela Renda, com 20,7%. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH do Município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (maior que 0,8). Em relação aos outros municípios do Brasil, Patos de Minas apresenta uma situação boa: ocupa a 316ª posição. 315 municípios (5,7%) estão em situação melhor e 5.191 municípios (94,3%) estão em situação pior ou igual. Em relação aos outros municípios do Estado, Patos de Minas também apresenta uma situação boa: ocupa a 19ª posição. 18 municípios (2,1%) estão em situação melhor e 834 municípios (97,8%) estão em situação pior ou igual.

Tabela 3 – Desenvolvimento Humano, Patos de Minas, 1991 e 2000.

	1991	2000	Estado	País
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,731	0,813	19º	316º
Educação	0,805	0,896	27º	402º
Longevidade	0,711	0,816	58º	495º
Renda	0,677	0,728	44º	479º

Fonte: FJP, 2000

3.1.2 Aspectos na área de saúde

Quanto à gestão administrativa na área de saúde, Patos de Minas se enquadra na Gestão Plena do Sistema Municipal, na qual a prefeitura tornou-se gestora de todos os serviços contratados e conveniados do SUS existentes no município, incluindo aqueles de caráter regional.

O município de Patos de Minas é sede de Módulo, Micro e Macrorregião de Saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG) 2003/2006. A Microrregião é composta por 18 municípios e abrange um total de 371.677 habitantes (IBGE, 2005)

Para a organização da Atenção Básica, os últimos gestores municipais optaram pela estratégia do Programa de Saúde da Família. Em dezembro de 2005 havia 12 Unidades Básicas de Saúde na área urbana e 06 na área rural servindo de base operacional para 26 Equipes de Saúde da Família, sendo 22 na área urbana e 04 na área rural (unidades volantes) e 04 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na área urbana, perfazendo 100% de cobertura da população.

Para o atendimento em situações de Urgência/emergência, o município conta com:

- ✓ Duas Unidades de Primeiro Atendimento. Uma (UPA I) funciona 24 horas/dia, todos os dias da semana e a outra (UPA II) 16 horas/dia, de Segunda a Sábado;
- ✓ Uma Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com duas ambulâncias de suporte básico e uma de suporte avançado;
- ✓ Um Hospital Estadual (Hospital Regional Antônio Dias “HRAD”) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), referência para o atendimento de urgência/emergência traumato-ortopédica, cirúrgica e gineco-obstétrica, além dos ambulatórios da Rede Contratada.

A Regulação do atendimento de urgência/emergência é feita pela Central SAMU 192.

Quanto aos serviços especializados, o município oferece:

- ✓ Uma Clínica Municipal de Especialidades. (angiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia,

neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia adulto e pediátrico, reumatologia, urologia);

- ✓ Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II;
- ✓ Um Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA);
- ✓ Um serviço de atenção à saúde da mulher: planejamento familiar, laqueadura, mastologia, propeidêutica do câncer de colo uterino e de mama e consultas ginecológicas;
- ✓ Um Hemocentro / Hemominas;
- ✓ Dois hospitais privados contratados;
- ✓ 29 leitos de UTI adulto (09 públicos e 20 privados contratados);
- ✓ Uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva (privada contratada).

O município conta com 20 unidades de atendimento odontológico, sendo 09 unidades de atendimento básico, 02 unidades móveis que atendem à população da área rural e 09 Equipes de Saúde Bucal, sendo 07 do tipo I e 02 do tipo II, além de contar também com um Centro de Especialidades Odontológicas onde são atendidas as especialidades de periodontia, endodontia, cirurgia menor e pacientes especiais.

O agendamento de exames e consultas dá-se através de Central de Agendamento.

O número de consultas médicas realizadas pelo SUS de Patos de Minas em 2005 foi de 334.103 (27.841/mês), sendo 230.268 (19.189/mês) referentes à atenção básica e 103.835 (8.653/mês) a consultas especializadas (BRASIL, 2006).

Quanto às internações hospitalares, em 2005 foram registradas 13.069 internações (1.089/mês), assim distribuídas: clínica médica (46,6%), clínica cirúrgica (32,5%), obstetrícia (15,6%), pediatria (4,9%) e psiquiatria (0,3%) (BRASIL, 2006).

As principais causas de internação em 2005 foram, pela ordem: gravidez, parto e puerpério (16,5%), doenças do aparelho circulatório (15,6%), digestório (12,5%), respiratório (10,7%), doenças do aparelho genitourinário (8,9%), neoplasias (7,5%), lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (7,4%) e outras causas (21,1%) (BRASIL, 2006).

Um terço dos 667 óbitos registrados em Patos de Minas em 2003 tiveram como causa doenças do aparelho circulatório (34,0%), seguida por

neoplasias (14,6%), causas externas de morbidade e mortalidade (10,8%), doenças do aparelho respiratório (10,8%) e outras causas (29,7%) (BRASIL, 2006).

Quanto ao orçamento municipal da saúde, as transferências e pagamentos destinados ao SUS de Patos de Minas em 2005 foram da ordem de R\$ 20.178.801,34. R\$ 13.021.335,94 foram destinados à média e alta complexidade, R\$ 4.688.577,92 à atenção básica e R\$ 2.468.887,48 a ações estratégicas (BRASIL, 2006).

Não foram encontrados dados de 2005 referentes à despesa com recursos próprios do município, os quais completariam as informações anteriores. No entanto, em 2004, o município de Patos de Minas aplicou recursos próprios em saúde da ordem de R\$ 11.158.892,55, 22,5% da receita de impostos e transferências governamentais do mesmo ano, que somados às transferências do SUS, totalizaram R\$ 31.194.694,82, ou seja, R\$ 235,66 per capita. Da despesa total, 52,4% foi com pessoal (BRASIL, 2006).

3.1.3 Caracterização do serviço de assistência farmacêutica do Município

A distribuição dos medicamentos da assistência farmacêutica básica no município de Patos de Minas é feita de forma centralizada, na Farmácia Municipal, na qual são distribuídos tanto os medicamentos referentes ao “Componente Descentralizado” quanto os referentes ao “Componente Estratégico” e medicamentos destinados à saúde mental (CAPS), não havendo, portanto, distribuição de medicamentos nas UPA, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e CAPS. A única exceção são os medicamentos enviados à zona rural através das quatro unidades volantes, os quais são transportados em caixas de madeira e sua reposição é feita com periodicidade semanal.

A Farmácia Municipal é aberta das 7:00 às 17:00h, de Segunda a Sexta feiras. Em 2001, entre os dias 15 e 19 de outubro, foi realizado um levantamento do público que procurava por medicamento na Farmácia Municipal e obteve-se uma média diária de 437 pessoas, 577 receitas e 1.093 medicamentos prescritos. No dia 02/06/03 foi realizado outro levantamento (de um dia apenas) e constatou-se que, naquele dia, 584 pessoas compareceram na Farmácia Municipal

para retirar medicamentos. Foram apresentadas 672 receitas que continham um total de 1.225 medicamentos prescritos.

Segundo informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, não há comissão designada para revisão da padronização de medicamentos e a LMP se manteve praticamente inalterada de março/2000 a dezembro/2005, havendo apenas a inclusão do medicamento hidroclorotiazida comp. 25mg e a exclusão da clorpropamida comp. 250mg. Também foi informado que, em 2005, devido ao expressivo aumento da demanda de medicamentos no setor público de Patos de Minas nos últimos anos (**Tabela 4**, pág. 44), o orçamento destinado à assistência farmacêutica básica não foi suficiente para aquisição de todos os medicamentos padronizados. Este fato levou a suspender provisoriamente a distribuição de três medicamentos: Amoxicilina cap. 500mg, Diclofenaco comp. 50mg e Metildopa comp. 500mg, para que pudesse ser mantida regular a distribuição dos demais medicamentos.

Na **Tabela 4** (pág. 44) são apresentados os números de unidades de medicamentos distribuídas por ano, 1997 a 2005, através da assistência farmacêutica pública municipal. Uma unidade corresponde a um comprimido, ampola, frasco, bisnaga ou envelope de medicamento. Os dados foram obtidos através de análise dos relatórios anuais de gestão do Município.

Tabela 4 – Número de unidades de medicamentos distribuídas por ano, Patos de Minas, 2005.

Ano	Unidades*
1997	2.411.658
1998	3.892.130
1999	2.760.839
2000	4.636.186
2001	5.865.091
2002**	9.334.217
2003	10.095.489
2004	12.530.271
2005	14.339.293

*uma unidade corresponde a um comprimido, ampola, frasco, bisnaga ou envelope de medicamento.

**a partir de 2002 passaram a ser contabilizados os medicamentos enviados para a zona rural.

Fonte: PATOS DE MINAS, 2005.

Nas **Tabelas 5** (pág. 45) e **6** (pág. 46) são apresentadas as quantidades distribuídas em 2001 e 2005 dos medicamentos de maior consumo na Farmácia Municipal. Percebe-se a evolução do consumo dos mesmos e o número de dias em que o medicamento esteve disponível para a população no período compreendido entre janeiro de 2001 a dezembro de 2005, constatando-se uma frequência média de 83,4% de disponibilidade dos principais medicamentos sob a apresentação de comprimido e 92,1% sob outras apresentações.

Tabela 5 – Número de dias durante o ano em que os 20 medicamentos de maior consumo estiveram disponíveis, comprimidos, consumo anual, Patos de Minas, 2005.

Medicamento	Apr.	Número de dias disponível					%*	Consumo anual	
		2001	2002	2003	2004	2005		2001	2005
Captopril 25mg	cp	316	365	309	345	272	88,0	784.280	2.517.750
Hidroclorotiazida 25mg	cp	**	**	365	366	365	100,0	**	1.216.570
Propranolol 40mg	cp	365	365	365	323	306	94,4	484.650	1.210.530
Ác. Acetils. 100mg	cp	157	365	328	304	321	80,8	167.100	954.820
Paracetamol 500mg	cp	327	262	276	293	328	81,4	168.124	775.910
Nifedipina 20mg	cp	346	292	305	231	309	81,2	344.640	753.150
Diazepam 10mg	cp	365	306	365	235	288	85,4	396.660	673.850
Hidroclorotiazida 50mg	cp	296	346	365	366	337	93,6	621.640	618.510
Cimetidina 200mg	cp	365	303	193	366	365	87,2	216.500	538.830
Glibenclamida 5mg	cp	365	365	365	366	365	100,0	162.890	475.190
Amitriptilina 25mg	cp	291	349	241	169	286	73,2	235.680	452.400
Furosemida 40mg	cp	364	302	316	323	337	89,9	153.620	337.520
Carbamazepina 200mg	cp	244	365	365	84	251	71,7	222.180	324.240
Levon.+Etin.0,15+0,03mg	cp	245	245	365	153	223	67,4	25.599	277.473
Fenobarbital 100mg	cp	314	365	350	314	335	91,9	197.370	261.920
Captopril 50mg	cp	na	na	na	na	na	na	29.000	255.810
Sulfato ferroso 40mg	cp	324	330	108	324	250	73,2	162.500	249.590
Diclofenaco 50mg	cp	201	260	176	186	68	48,8	163.700	175.580
Fenitoína 100mg	cp	365	358	365	328	277	92,7	131.150	161.068
Captopril 12,5mg	cp	na	na	na	na	na	na	32.500	160.750
Outros								1.090.541	1.819.806
TOTAL								5.790.324	14.211.267
Média mensal								482.527	1.184.272
Média diária								15.864	38.935
Média por dia útil								23.634	57.303
% de disponib. Anual		84,6	89,3	84,0	77,3	80,4	83,4		

*porcentagem de dias em que o medicamento ficou disponível no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005

**Medicamento incluído na padronização em 2002

na: não se aplica, pois, na falta deste item foi fornecido captopril 25mg

Fonte: PATOS DE MINAS, 2005.

Tabela 6 – Número de dias durante o ano em que os 10 medicamentos de maior consumo estiveram disponíveis, outras apresentações, consumo anual, Patos de Minas, 2005.

Medicamento	Apr.	Número de dias disponível					%*	Consumo anual	
		2001	2002	2003	2004	2005		2001	2005
Amoxicilina susp. 250mg/5ml	fr	365	321	365	335	323	93,6	13.908	18.106
Sais p/ reidratação oral 27,9g	en	365	365	365	366	365	100,0	7.808	12.953
Dipirona gotas 500mg/ml	fr	338	236	348	331	353	88,0	9.971	12.463
Insulina Humana 100U/ml NPH	f/a	365	365	365	366	365	100,0	6.330	12.087
Dexametasona creme 1mg/g	bis	198	365	156	337	365	77,8	1.090	11.218
Neomicina + Bacit. 5mg + 250UI/g	bis	238	365	346	366	365	92,0	1.354	7.965
Dexclorfeniramina 2mg/5ml	fr	250	360	325	295	287	83,1	3.022	7.739
Mebendazol susp. 100mg/5ml	fr	358	355	365	366	365	99,1	5.404	5.835
Nistatina cr. vag. 25.000UI/g	bis	365	289	365	315	355	92,5	452	5.250
Sulfato ferroso 25mg Fe/ml	fr	365	365	279	366	365	95,3	4.605	4.458
Outros								20.823	29.952
TOTAL								74.767	128.026
Média mensal								6.231	10.669
Média diária								205	351
Média por dia útil								305	516
% de disponib. anual		87,9	92,8	89,8	94,3	96,1	92,1		

* porcentagem de dias em que o medicamento ficou disponível no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005

Fonte: PATOS DE MINAS, 2005.

Quanto à comprovação de gastos com medicamentos da assistência farmacêutica básica, em 2005, o valor a ser comprovado pelo Município referente às contrapartidas municipal e federal correspondia a R\$ 236.504,30 e o município enviou ao Estado cópias de notas fiscais que comprovaram um gasto no valor de R\$ 338.401,28, ou seja, o Município gastou R\$ 101.896,98 a mais do que era de sua competência (PATOS DE MINAS, 2005b).

Além dos R\$ 338.401,28 gastos com medicamentos constantes da relação de medicamentos do Estado, o município gastou R\$ 177.172,80 de recursos próprios com medicamentos incluídos à LMP pelo próprio município e com medicamentos para atender os fornecimentos via Promotoria de Justiça e Mandados Judiciais, perfazendo um total de R\$ 515.574,08 gastos com a assistência farmacêutica em 2005 (PATOS DE MINAS, 2005a).

A Farmácia Municipal é abastecida de medicamentos das seguintes formas:

- ✓ A maioria dos medicamentos é adquirida através de licitação pela modalidade concorrência;
- ✓ Recebidos através de kits do PSF, Programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia), Asma e Rinite e Saúde da Mulher. (Obs.: a partir de outubro/2005 os valores financeiros referentes aos kits do PSF e Hiperdia passaram a ser enviados através de conta bancária) (BRASIL, 2005);
- ✓ Medicamentos enviados através da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Patos de Minas, destinados ao Programa de Saúde Mental;
- ✓ A Insulina é enviada através da GRS destinada ao controle de diabetes;
- ✓ A contrapartida do estado de Minas Gerais é enviada trimestralmente em medicamentos.

O município não tem adquirido medicamentos de Laboratórios Oficiais devido a problemas de irregularidade no fornecimento enfrentado em anos anteriores e preços geralmente menos interessantes que os dos medicamentos adquiridos através de licitação.

A programação da contrapartida do Estado é realizada com periodicidade anual e a de aquisição pelo município é realizada a cada seis meses. Os medicamentos do Programa de Saúde Mental e insulina são solicitados mensalmente à GRS de Patos de Minas e, quanto aos kits do “Componente Estratégico”, é o Ministério da Saúde quem determina os quantitativos, portanto, o município não participa da programação.

Após receber e conferir os medicamentos, os mesmos são armazenados em local separado, porém, dentro da própria farmácia e o controle é realizado através do programa informatizado Datasus.

A farmácia está localizada no centro da cidade, em local de fácil acesso. Para que o medicamento seja dispensado ao usuário, é necessário que o mesmo apresente receita de médico ou odontólogo conforme critérios abordados mais adiante.

Com exceção das receitas de medicamentos controlados, as demais receitas não são preenchidas em duas vias. Nas receitas atendidas são anotados data de fornecimento e quantidade de medicamentos fornecidos e é utilizado um carimbo padrão para identificar os medicamentos fornecidos.

Na Farmácia Municipal são realizados cadastros de hipertensos, diabéticos e de usuários da clínica de saúde mental. Em dezembro de 2005 constavam dos cadastros: 13.788 hipertensos, 1.739 diabéticos e 8.304 usuários da clínica de saúde mental. O cadastro de usuários da clínica de saúde mental se refere a pacientes que fazem uso de qualquer medicamento psicotrópico. Os cadastros de hipertensos e saúde mental tiveram início em 2000 e não são retirados os cadastros dos usuários que deixam de comparecer na farmácia. Quanto ao cadastro dos usuários diabéticos, quando estes completam um ano sem comparecer na farmácia, seu cadastro é separado dos demais.

Há dois farmacêuticos locados na Farmácia Municipal, além de oito funcionários enquadrados nas categorias de auxiliar de enfermagem e agente administrativo e cinco estagiários remunerados.

Alunos do curso de Farmácia do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) realizam estágio na Farmácia Municipal às terças e quintas feiras.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

3.2.1 Caracterização do estudo

O estudo desenvolvido foi do tipo prospectivo de corte transversal.

3.2.2 Amostragem

O estudo foi realizado na Farmácia Municipal de Patos de Minas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (UNIFRAN) (**Anexo 1**) e autorização concedida pelo Secretário Municipal de Saúde de Patos de Minas (**Anexo 2**).

Optou-se por realizar a coleta de dados na Farmácia Municipal e não na saída dos consultórios, pois, além de facilitar a coleta dos dados e possibilitar

uma amostra mais abrangente, acredita-se que a presença do pesquisador na unidade de atendimento poderia influenciar o perfil de prescrição do profissional.

Segundo recomendações da OMS a amostra deve contar com um mínimo de 600 contatos (OMS, 1993) e nesta pesquisa optou-se por trabalhar com 1.200 receitas, equivalendo a 1.042 consultas e 2.208 medicamentos.

Trabalhou-se com receitas oriundas das diversas fontes de prescrição do SUS de Patos de Minas e receitas de usuários que fizeram tratamento fora de domicílio através do SUS e residem no município de Patos de Minas. Nas **Tabelas 7** (pág. 50) e **8** (pág. 51) apresentam-se a distribuição do número de consultas e prescritores por unidade de atendimento e nível de atenção em saúde correspondente às receitas analisadas. Todas as receitas analisadas foram de usuários do SUS que subentende-se residem em Patos de Minas visto que na Farmácia Municipal não são atendidas receitas de usuários que residem em outros municípios.

Quanto à composição da amostra por incidência de consultas realizadas por um mesmo prescritor, esta variou de 01 consulta (prescritor com menor incidência) a 50 (prescritor com maior incidência).

Independentemente da origem da receita, todas fizeram parte da amostra e, posteriormente, estas foram separadas em dois grupos: atenção primária e atenção secundária, conforme **Tabelas 7** (pág. 50) e **8** (pág. 51), respectivamente. A atenção secundária agrupou o atendimento especializado e o atendimento de alta complexidade. Este agrupamento foi realizado com o objetivo de que a amostra passasse a tratar-se de contatos relacionados com enfermidades gerais, representativa de um amplo espectro de problemas de saúde e idades.

Considerou-se receitas oriundas da atenção primária à saúde quando originadas de consultas ocorridas nas UPA, UBS, Zona Rural e AABB, consideradas porta de entrada para o SUS de Patos de Minas e considerou-se receitas oriundas da atenção secundária quando originadas de consultas realizadas por especialistas, ocorridas após encaminhamento de uma das unidades da atenção primária.

As amostras foram coletadas durante os dias úteis (segunda a sexta feiras), do dia 01 ao dia 30 de novembro de 2005, sendo analisadas aproximadamente 63 receitas por dia, em intervalos de aproximadamente 8 minutos, durante todo o horário de funcionamento da farmácia (7:00 às 17:00 horas). Não

foram analisadas receitas oriundas de consultas particulares ou de convênios, restringindo-se ao Sistema Único de Saúde.

Quanto ao período escolhido, evitou-se realizar a pesquisa nos meses em que freqüentemente um número significativo de prescritores se encontra de férias (janeiro, julho e dezembro), optando-se pelo mês de novembro/2005 e, embora possa ocorrer influência de doenças sazonais no padrão das prescrições, a própria OMS considera que “os prescritores tendem cada um a atuar de maneira coerente no tempo, por isso uma amostra obtida em um determinado momento demonstrará basicamente os mesmos resultados que outra que envolva um período mais amplo” (OMS, 1993).

A coleta de dados foi realizada de forma prospectiva através da análise das receitas que o público da Farmácia Municipal trazia para serem aviadas.

Tabela 7 – Distribuição do número de prescritores e do total de consultas por unidade de atendimento, atenção primária, Patos de Minas, 2005.

Unidades de atendimento	Prescritores	Consultas	Consulta/ Prescritor
UPA I	18	147	8,2
UPA II	12	165	13,8
UBS Alvorada	6	67	11,2
UBS André Luiz	6	51	8,5
UBS Brasil	5	71	14,2
UBS CAIC	5	44	8,8
UBS CSU	5	66	13,2
UBS Ipanema	3	16	5,3
UBS Lagoinha	8	49	6,1
UBS Novo Horizonte	5	36	7,2
UBS Seb. Amorim	7	58	8,3
UBS Várzea	2	23	11,5
Zona Rural	4	9	2,3
UBS Caramuru*	6	11	1,8
UBS Leãozinho*	2	2	1,0
AABB	1	3	3,0
Total	95	818	8,6

* Unidades de saúde com atendimento tanto primário quanto secundário à saúde.

Tabela 8 – Distribuição do número de prescritores e do total de consultas por unidade de atendimento, atenção secundária, Patos de Minas, 2005.

Unidades de atendimento	Prescritores	Consultas	Consulta/ Prescritor
Clínica de Especialidades	25	77	3,1
Centro de Atenção Psicossocial	2	52	26,0
Hospital Regional Antônio Dias	20	43	2,2
UBS Caramuru*	1	3	3,0
UBS Leãozinho*	6	30	5,0
Hemocentro	2	2	1,0
Hospital São Lucas	3	4	1,3
Hospital Hélio Angotti - Uberaba	1	1	1,0
Hospital das Clínicas de Uberlândia	1	1	1,0
APAE	1	1	1,0
Total	62	214	3,5
Unidades de atendimento não identificadas	10	10	1,0

* Unidades de saúde com atendimento tanto primário quanto secundário à saúde.

Obs.: ocasionalmente um mesmo profissional prescreveu medicamentos em mais de uma unidade de atendimento.

As normas de fornecimento de medicamentos adotadas pela Farmácia Municipal de Patos de Minas incluem os seguintes critérios (PATOS DE MINAS, 2005c):

- ✓ Somente são fornecidos medicamentos mediante apresentação de receita médica ou odontológica;
- ✓ Não são atendidas receitas cuja data de prescrição seja superior a 30 dias, exceto no caso de medicamentos de uso contínuo;
- ✓ Nos casos de antibióticos, analgésicos e antiinflamatórios, o prazo máximo para atendimento da receita é de sete dias contados a partir da data de prescrição;
- ✓ Somente receitas originárias do SUS cujos usuários residem no município de Patos de Minas são atendidas na Farmácia Municipal, ou seja, a responsabilidade de fornecer medicamentos a usuários que residem em

outros municípios, mesmo que tenham sido atendidos através do SUS de Patos de Minas, é do município de origem do usuário;

- ✓ São atendidas receitas originárias de consultas particulares prescritas a pacientes funcionários da Prefeitura de Patos de Minas ou seus dependentes, que apresentarem documentação que comprove fazer parte do Fundo de Assistência dos Servidores Públicos Municipais de Patos de Minas (FASERV);*
- ✓ São atendidas as receitas originárias da Vila Padre Alaor e APAE.
- ✓ No caso de medicamentos de uso contínuo usados para o controle de hipertensão e diabetes, as receitas são atendidas por até seis meses, conforme expresso na mesma e o fornecimento se dá da seguinte forma: por ocasião do primeiro atendimento, são fornecidos medicamentos para sessenta dias e a partir daí, para trinta em trinta dias.
- ✓ Para medicamentos anticonvulsivantes e antiparkinsonianos, quando prescritos para seis meses, os medicamentos são fornecidos para sessenta dias, em três parcelas.
- ✓ No caso de anticoncepcionais, são fornecidos medicamentos para dois ciclos menstruais por vez e a receita pode ser atendida pelo período de um ano.

* Há uma grande parcela de funcionários da Prefeitura de Patos de Minas que tem renda familiar baixa e que não recorrem ao SUS e sim ao convênio médico da Prefeitura (FASERV), o qual não prevê fornecimento de medicamentos, portanto, a Prefeitura adotou como critério de equidade o fornecimento de medicamentos aos mesmos (PATOS DE MINAS, 2005c).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

1. Receitas que haviam sido preenchidas a menos de trinta ou sete dias da data da abordagem, conforme critérios referidos anteriormente. As informações foram colhidas através da observação da data registrada na receita e, quando não havia data, foi questionado ao paciente (as receitas em que não foram encontradas as datas de prescrição foram incluídas na pesquisa, pois, essa informação fez parte dos objetivos da mesma);
2. Foram incluídas na pesquisa somente as receitas originárias do SUS, inclusive de hospitais conveniados, cujos usuários residem em Patos de Minas.

Não fizeram parte da amostra desta pesquisa as receitas originárias do FASERV, por não fazer parte do SUS.

Durante a realização do pré-teste, observou-se que freqüentemente eram apresentadas receitas referentes a retornos para retirar medicamento de uso contínuo. Decidiu-se adotar o critério de que as receitas referentes a retornos não fariam parte da amostra principal, composta pelas 1.200 receitas que foram utilizadas para o cálculo dos indicadores trabalhados nesta pesquisa, substituindo-as por uma nova receita.

Diferentemente dos outros indicadores, as receitas referentes a retorno podem influenciar significativamente nos indicadores “porcentagem de medicamentos prescritos dispensados” e “Porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo”, pois, os municípios podem adotar diferentes critérios para fornecimento de medicamentos de uso contínuo. Pode não haver retornos, gerando sempre uma nova receita para fornecimento destes medicamentos e a periodicidade pode variar de dois a seis meses, conforme os protocolos adotados.

Em Patos de Minas, como relatado anteriormente, uma receita de medicamento prescrito para uso contínuo pode ser atendida por um período de seis meses e, no caso dos anticoncepcionais, por um ano.

Para contornar esse possível viés, durante a coleta de dados das 1.200 receitas (amostra principal), quando era apresentada uma receita referente a retorno, procedeu-se assim: observou-se a data de prescrição e, quando esta havia sido preenchida há cinco meses ou menos da data da abordagem (e onze meses no caso de anticoncepcional) e havia a menção que equivalesse a medicamento de uso contínuo, foram observados os medicamentos prescritos e anotados em uma planilha diferente da utilizada para as 1.200 receitas referidas anteriormente. Nesta planilha foram registrados o número de medicamentos de uso contínuo que havia na receita e o número destes que foram fornecidos. Por ocasião da análise dos dados foram realizados cálculos dos indicadores: porcentagem de medicamentos prescritos dispensados e porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo tanto incluindo quanto excluindo estes retornos.

3.2.3 Obtenção das receitas e análise dos dados

Ao apresentar-se no balcão para ser atendido, o usuário mostrava a receita e então os dados eram colhidos.

Quando havia fila para atendimento, era escolhida a pessoa que acabava de se posicionar no último lugar da fila. Esse procedimento foi adotado com o objetivo de evitar que pessoas que haviam mostrado a receita no balcão para saber se o medicamento prescrito estava sendo fornecido ou não interferisse no cálculo do indicador.

Os dados das receitas foram colhidos e anotados em formulário de pesquisa (**Anexo 3**) e depois lançados em planilha do Excel e transportados para o programa informatizado SPSS para análise dos dados.

3.2.4 Critérios utilizados quanto aos indicadores

Os indicadores selecionados da OMS/INRUD para estudar o uso de medicamentos em estabelecimentos de atenção primária à saúde são compostos por cinco indicadores de prescrição, cinco indicadores de atenção ao paciente e seis indicadores de estabelecimentos. Neste trabalho foram utilizados os cinco indicadores de prescrição. O indicador “Porcentagem de medicamentos receitados da lista ou formulário de medicamentos essenciais” foi desmembrado em dois, um tendo como referência a LMP e o outro a RENAME. Foi utilizado também um dos indicadores de assistência ao paciente “porcentagem de medicamentos prescritos dispensados” por serem considerados os mais viáveis, tendo em vista a facilidade de coleta dos dados, e utilidade para os propósitos da pesquisa.

A OMS preconiza que os indicadores do uso de medicamentos sejam calculados baseados no número total de atendimentos médicos em que se prescreveu ou não medicamentos (OMS, 1993), porém, em consequência da coleta de dados ter sido realizada na Farmácia Municipal, não foi possível quantificar o número de consultas que não geraram receitas.

Para definir o número de consultas equivalentes as 1.200 receitas que fizeram parte da amostra foram adotados os seguintes critérios: quando o usuário apresentava mais de uma receita com o mesmo nome do paciente, mesma data e prescrita pelo mesmo profissional, considerou-se que haviam sido prescritas por ocasião da mesma consulta e, nos casos em que era apresentada apenas uma receita, foi contabilizado como uma consulta, dessa forma, onde se lêem consultas, leiam-se receitas com o mesmo nome do paciente, data e prescrita pelo mesmo profissional.

Optou-se por esse critério por se considerar que dessa forma os dados se tornariam mais fidedignos.

3.2.5 Indicadores de prescrição

3.2.5.1 Número médio de medicamentos por consulta

Calculado dividindo-se o número total de medicamentos prescritos pelo número de consultas.

O objetivo é determinar a intensidade da polifarmácia proporcionada aos pacientes através das receitas preenchidas pelos profissionais de saúde.

3.2.5.2 Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um antibiótico

Calculado somando-se o número de consultas em que foi prescrito ao menos um antibiótico, dividindo-se pelo número total de consultas. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar o nível geral do emprego dessa importante modalidade terapêutica que é ao mesmo tempo onerosa e objeto de abuso.

A classificação dos medicamentos como antibiótico nem sempre é realizada da mesma maneira. Em algumas ocasiões, medicamentos tais como os antiprotozoários, os antihelmínticos ou os fármacos antituberculosos não são classificados junto com os antibióticos, enquanto em outros sistemas todos esses produtos se agrupam em uma mesma categoria de agentes anti-infecciosos ou antimicrobianos. Outra dúvida é quanto aos preparados antibióticos tópicos como os

cremes cutâneos e as pomadas oftálmicas, se devem ser consideradas como antibiótico ou não (OMS, 1993).

O indicador do uso de antibióticos é muito sensível a essas decisões e, portanto, neste trabalho optou-se por adotar os critérios sugeridos pelos componentes do Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais (PAME) da OMS, responsáveis pelo desenvolvimento dos indicadores. Sendo assim, foram considerados antibióticos os medicamentos pertencentes às seguintes classes e seus respectivos códigos presentes na 14ª lista modelo da OMS revisada em março de 2005 (OMS, 2005b):

- ✓ Betalactâmicos (6.2.1);
- ✓ Outros medicamentos antibacterianos (6.2.2);
- ✓ Medicamentos dermatológicos (tópicos) antiinfeciosos(13.2) e
- ✓ Preparações oftalmológicas antiinfeciosos (21.1).

Quando o medicamento não constava na referida lista, tomou-se como referência a classificação utilizada por Korolkovas (2000).

Quanto a algumas ambigüidades, o metronidazol, que pode ser considerado antibiótico, porém, é utilizado muito mais como antiprotozoário, não foi contabilizado como antibiótico. As sulfamidas foram contabilizadas como antibióticos. Estes critérios também são sugeridos pela OMS (1993).

Os medicamentos em associação em que um dos componentes era antibiótico foram considerados como tal, independente da forma farmacêutica em que se apresentavam.

3.2.5.3 Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um medicamento na forma injetável

Calculado somando-se o número de consultas em que foi prescrito ao menos um injetável, dividindo-se pelo número total de consultas. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar o nível geral do emprego dessa importante via de administração de medicamentos que é ao mesmo tempo onerosa e objeto de abuso.

3.2.5.4 Porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico

Calculado dividindo-se a soma do número total de medicamentos prescritos sob denominação genérica pelo número total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar a tendência a prescrever medicamentos por seu nome genérico.

Foi utilizado como padrão de referência para considerar o medicamento prescrito pelo nome genérico a DCB, conforme a legislação vigente em novembro de 2005 (BRASIL, 1999c).

Com o objetivo de preservar a intenção do prescritor, foram aceitas as receitas em que a escrita incorreta do nome genérico é generalizada. Ex.: Amoxicilina, em lugar de Amoxicilina.

Nas situações em que se prescreveu o medicamento pelo nome comercial e anotou-se o nome genérico entre parênteses o mesmo não foi considerado prescrito pelo nome genérico porque entendeu-se que a legislação vigente (BRASIL, 1999c) ao prever a obrigatoriedade de prescrição pelo nome genérico no setor público (SUS) pretende promover a concorrência entre os diversos fabricantes do mesmo medicamento e, ao se anotar o nome de uma marca, o propósito da concorrência não está sendo atendido.

Não foram consideradas denominações genéricas as abreviaturas das mesmas, exemplo:

- ✓ Todas as receitas analisadas que continham ácido acetilsalicílico prescrito foram expressas como AAS. Embora seja possível que o médico tenha a intenção de prescrever o nome genérico de forma abreviada, AAS é um dos nomes comerciais desse medicamento, além de não corresponder ao critério adotado nesta pesquisa (nome genérico constante da DCB).
- ✓ Outros medicamentos prescritos de forma abreviada, por exemplo, hidroclorotiazida prescrito como htz, não foram considerados nomes genéricos.

Também não foram considerados medicamentos grafados pelo nome genérico a solução fisiológica, adotando-se a indicação da DCB, ou seja, cloreto de sódio 0,9%, além das prescrições expressas como vitaminas do complexo B, polivitamínicos e assemelhados.

3.2.5.5 Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP

Calculado dividindo-se a soma do número total de medicamentos prescritos que figuram na LMP pelo número total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar o nível de adequação das práticas de prescrição à política municipal de medicamentos, em função da tendência a se prescrever a partir da LMP.

Foi utilizada a Lista de Medicamentos Padronizados da Farmácia Municipal de Patos de Minas vigente em novembro/2005 (**Anexo 4**). Nesta lista constavam 49 medicamentos padronizados, correspondendo a 63 apresentações, e, quando da elaboração da referida lista, a definição dos medicamentos padronizados teve como referência os 35 medicamentos, em 42 apresentações que faziam parte da lista de medicamentos do estado de Minas Gerais além de 14 medicamentos em 17 apresentações e 04 novas apresentações dos medicamentos do Estado que foram incluídos pelo Município.

O medicamento foi considerado pertencente à LMP desde que constasse na mesma, independentemente se este havia sido prescrito pelo nome genérico ou comercial.

Quando a concentração do medicamento prescrito podia ser adequada com o padronizado, por exemplo, nas situações em que se prescreveu eritromicina comp. 500mg e na padronização consta eritromicina comp. 250mg o medicamento foi considerado padronizado, pois, nessas situações o medicamento é fornecido ao paciente na quantidade equivalente ao prescrito, visto que é padrão na Farmácia Municipal a informação ao paciente na entrega do medicamento, explicando de maneira correta como deve ser tomado para obtenção do efeito desejado (PATOS DE MINAS, 2005c). Essa exceção foi aceita considerando que grande parte dos prescritores tem conhecimento desta conduta e a não consideração da mesma poderia trazer viés ao resultado obtido.

Em situações semelhantes, tratando-se de medicamentos controlados constantes das listas “B” e “C” da portaria 344/98 (BRASIL, 1999b), este tipo de adequação não foi aceita.

No caso de receita de medicamentos em formas farmacêuticas que não coincidem com as padronizadas, os medicamentos foram considerados não padronizados.

3.2.5.6 Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na RENAME

Calculado dividindo-se a soma do número total de medicamentos prescritos que figuram na RENAME 2002 pelo número total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar o nível de adequação das práticas de prescrição à política nacional de medicamentos, em função da tendência a se prescrever a partir da RENAME.

Exceto por se tratarem de relações de medicamentos distintas (LMP e RENAME), os demais critérios para se considerar o medicamento como pertencente à RENAME seguem os padrões do item anterior (3.2.5.5).

3.2.6 Indicador de atenção ao paciente

3.2.6.1 Porcentagem de medicamentos prescritos dispensados

Foram realizados dois cálculos distintos para obtenção da porcentagem de medicamentos prescritos dispensados.

No primeiro cálculo, obteve-se a porcentagem ao dividir-se a soma total dos medicamentos efetivamente fornecidos pela soma total dos medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100. Utilizou-se os medicamentos que constavam nas 1.200 receitas (amostra principal). Não foram incluídas as receitas referentes a retorno para retirar medicamentos de uso contínuo.

O segundo foi calculado ao dividir-se a soma total de medicamentos efetivamente fornecidos pela soma total dos medicamentos prescritos, porém, desta vez utilizou-se para o cálculo, além das 1.200 receitas referidas anteriormente, as receitas referente a retornos para retirar medicamentos de uso contínuo. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar a capacidade do serviço de saúde para fornecer os medicamentos prescritos.

Foi considerado dispensado o medicamento que constava na receita e havia estoque do mesmo na Farmácia Municipal no momento da realização da pesquisa.

Com o objetivo de não criar expectativa de fornecimento regular, a Farmácia Municipal normalmente não trabalha com doações ou amostras grátis de medicamentos que não façam parte da LMP, portanto, não houve fornecimento de medicamentos nestas condições, o que poderia interferir sobre o objetivo desse indicador, ou seja, o de permitir avaliar a capacidade do sistema de saúde em fornecer os medicamentos prescritos.

Os medicamentos clonazepam comp. 2mg, Nortriptilina comp. 50mg e Beclometasona 50mcg/dose (frasco) não fazem parte da LMP, porém, estavam sendo distribuídos nos dias em que a pesquisa foi realizada, pois, haviam sido enviados pelo Ministério da Saúde através do Programa de Saúde Mental (clonazepam e nortriptilina) e Asma e Rinite (beclometasona). Esses medicamentos foram considerados dispensados.

Embora o fornecimento de tais medicamentos não seja regular, optou-se por incluí-los como medicamentos fornecidos por considerar que estes fazem parte do propósito de avaliação da capacidade do sistema de saúde em fornecer os medicamentos prescritos e a não inclusão dos mesmos, poderia trazer viés ao resultado obtido.

Além dos Indicadores selecionados da OMS/INRUD para estudar o uso de medicamentos em estabelecimentos de atenção primária à saúde, foram desenvolvidos neste trabalho alguns indicadores de interesse local e que foram acrescentados à pesquisa por sua simplicidade, viabilidade de utilização e oportunidade de se obter informações que possam ser utilizadas para melhorar a racionalidade do uso de medicamentos no município de Patos de Minas e são eles:

3.2.7 Indicadores locais de prescrição e atenção ao paciente

3.2.7.1 Porcentagem de receitas que não apresentam carimbo do prescritor nem o número do conselho de classe

Calculado somando-se o número de receitas que não apresentam carimbo do prescritor nem o número do conselho de classe, dividindo-se pelo número total de receitas. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar a dimensão desse problema que pode resultar em dificuldade na identificação do profissional responsável pela prescrição.

3.2.7.2 Porcentagem de receitas que não apresentam data de prescrição

Calculado somando-se o número de receitas que não contêm data de prescrição, dividindo-se pelo número total de receitas. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar a dimensão desse problema que pode resultar em tratamentos em períodos inadequados.

3.2.7.3 Porcentagem de medicamentos prescritos sem posologia expressa adequadamente.

Calculado dividindo-se a soma do número de medicamentos prescritos sem a posologia expressa adequadamente, dividindo-se pelo número total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar a dimensão desse problema que pode ter como consequência o uso de medicamentos em doses sub-terapêuticas ou tóxicas e muitas vezes é negligenciado por parte do prescritor.

Considerou-se medicamento prescrito sem posologia expressa adequadamente quando o prescritor não grafou a concentração e/ou os intervalos de administração do medicamento na receita.

3.2.7.4 Porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento

Calculado dividindo-se a soma do número de medicamentos prescritos em que se grafou o período de tratamento, dividindo-se pelo número total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar a dimensão dessa adequação que, quando não cumprida, pode resultar no uso de medicamento por períodos inadequados.

Nos casos em que a definição do período de tratamento não se aplica, como por exemplo o uso de analgésicos, ou fica subentendido pelo número de comprimidos ou caixas prescritos, estas situações foram calculadas utilizando o mesmo critério relatado anteriormente.

3.2.7.5 Porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo.

Foram realizados dois cálculos distintos para obtenção da porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo.

O primeiro foi calculado ao dividir-se a soma total dos medicamentos prescritos para uso contínuo pela soma total dos medicamentos prescritos, utilizando-se para o cálculo somente os medicamentos que constavam nas 1.200 receitas (amostra principal), ou seja, não foram incluídas as receitas referentes a retorno para retirar medicamentos de uso contínuo. Multiplica-se o resultado por 100.

O segundo foi calculado ao dividir-se a soma total de medicamentos prescritos para uso contínuo pela soma total dos medicamentos prescritos, porém, desta vez utilizou-se para o cálculo, além das 1.200 receitas referidas anteriormente, as receitas referentes a retornos para retirar medicamentos de uso contínuo. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar a proporção de medicamentos prescritos dessa importante modalidade de tratamento que muitas vezes fazem parte de programas governamentais de assistência à saúde e é onerosa tanto para o setor público quanto para os pacientes, representando uma despesa fixa.

Considerou-se medicamentos prescritos para uso contínuo nas situações em que o prescritor grafou na receita: uso contínuo, por seis meses ou expressão equivalente.

3.2.7.6 Porcentagens de consultas cujo total de medicamentos prescritos foi integralmente, parcialmente ou não foi fornecido ao paciente.

Consulta atendida integralmente: calculado dividindo-se a soma do número de consultas que tiveram todos os medicamentos prescritos atendidos, dividindo-se pelo número total de consultas. Multiplica-se o resultado por 100.

Consulta atendida parcialmente: calculado dividindo-se a soma do número de consultas em que pelo menos um, porém, não todos os medicamentos prescritos tenham sido atendidos, dividindo-se pelo número total de consultas. Multiplica-se o resultado por 100.

Consultas não atendidas: calculado dividindo-se a soma do número de consultas em que nenhum dos medicamentos prescritos tenha sido atendido, dividindo-se pelo número total de consultas. Multiplica-se o resultado por 100.

O objetivo é determinar o nível em que o serviço público municipal está correspondendo plenamente, parcialmente ou frustrando o atendimento em termos de fornecimento dos medicamentos prescritos na consulta médica ou odontológica.

3.2.8 O sistema de classificação dos medicamentos

Foi adotada neste estudo a classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC) por ser a classificação recomendada pelo Drug Utilization Research Group (DURG) da OMS para estudos de utilização de medicamentos (WHO, 2004). Trata-se de uma classificação alfa-numérica, que classifica os medicamentos em cinco níveis: 1º nível, grupo anatômico principal; 2º nível, grupo terapêutico principal; 3º nível, sub-grupo terapêutico; 4º nível, sub-grupo químico/terapêutico e 5º nível, sub-grupo de substância química. O primeiro nível de classificação é definido segundo o sistema ou órgão sobre o qual o fármaco exerce sua ação principal e é representado por uma letra. O segundo nível está subdividido em um número variável de subgrupos, indicados com dois dígitos numéricos e que identificam o medicamento segundo o subgrupo terapêutico a que pertence.

No presente estudo optou-se por trabalhar com o primeiro e segundo níveis da classificação ATC. Por se tratar de observação de receitas, não seria possível o acesso ao prontuário médico para que se pudesse identificar o diagnóstico e classificar os medicamentos com um nível de detalhamento maior. Portanto, optou-se por classificá-los tendo como referência o uso mais frequente do medicamento como critério para definir o grupo ao qual o mesmo pertence.

Calcula-se a porcentagem de medicamentos prescritos segundo o grupo anatômico principal somando-se o número de medicamentos prescritos pertencentes a um determinado grupo anatômico principal, dividindo-se pelo número total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.

Calcula-se a porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um medicamento pertencente a um determinado grupo terapêutico principal somando-se o número de consultas em que se prescreve ao menos um medicamento pertencente ao grupo terapêutico principal, dividindo-se pelo número total de consultas. Multiplica-se o resultado por 100.

3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS

Não houve maiores transtornos durante a coleta dos dados quanto ao comportamento do público e, embora algumas pessoas não entendessem bem o propósito da pesquisa, estas, na grande maioria das vezes, não colocaram objeção em ceder as receitas para que fossem coletados os dados.

Quanto à obtenção dos dados, observou-se algumas dificuldades:

- Receitas sem carimbo de identificação da unidade de atendimento. Nestas situações, perguntou-se ao usuário;
- Receitas sem data de prescrição, dificultando a definição sobre a inclusão da mesma na amostra, conforme critérios mencionados anteriormente. Nestas situações, perguntou-se ao usuário;
- Dificuldade na identificação de alguns medicamentos e expressões constantes nas receitas.

Poucos medicamentos não puderam ser identificados, porém, isso não significa que as receitas haviam sido preenchidas de forma legível. Muitos dos medicamentos e expressões somente foram identificadas devido à experiência dos pesquisadores, acostumados com a caligrafia de vários dos profissionais prescritores, aos termos corriqueiros usados em receitas e às deduções através do hábito de decifrá-las.

Provavelmente muitos dos pacientes não conseguiriam ler corretamente tais receitas, o que configura um grande prejuízo em termos de uso correto do medicamento pelo paciente em detrimento do uso racional dos mesmos. Esse problema pode ser diminuído, como numa “operação tapa buracos”, através da orientação por profissionais capacitados e do exercício adequado de assistência e atenção farmacêuticas no balcão da farmácia.

Por ocasião da definição da forma de obtenção da amostra, o pesquisador compareceu nas duas UPA, no CAPS e em três UBS com o objetivo de avaliar a possibilidade de realizar a coleta de dados através de análise dos prontuários, de forma retrospectiva, conforme sugere a OMS “quando possível” (OMS, 1993). Essa forma de coleta de dados mostrou-se inviável, pois, muitas vezes não são anotados no prontuário os medicamentos que foram prescritos para uso fora da unidade de atendimento e, quando eram anotados, freqüentemente não

havia registro da concentração e posologia, somente o nome do medicamento. Some-se a isso, não há retenção de segunda via das receitas na Farmácia Municipal de Patos de Minas. Portanto, a coleta de dados de forma retrospectiva mostrou-se inviável.

Outros autores (SANTOS, 1999); (FEGADOLLI, 2001) também utilizaram receitas para definir o denominador dos indicadores e não consultas, talvez por se depararem com as mesmas dificuldades a que nos referimos. Quanto aos referidos trabalhos, ao consultar-se a metodologia aplicada, não foi encontrado relato sobre as receitas com o mesmo nome do paciente, data e prescrita pelo mesmo profissional, dando a entender que cada receita equivaleu a uma consulta, sem exceções. Também não foram relatados a periodicidade e os procedimentos quanto a retornos para retirar medicamento de uso contínuo.

Nas situações em que a coleta de dados é feita de forma prospectiva, a OMS aponta como um dos problemas a possibilidade dos profissionais prescritores tomarem ciência de que está sendo realizada pesquisa envolvendo o trabalho dos mesmos podendo provocar uma mudança de comportamento dos prescritores (OMS, 1993).

Os pesquisadores realizaram a coleta de dados na Farmácia Municipal, localizada no centro da cidade, não tendo contato físico direto com nenhuma unidade de atendimento fonte de prescrição. Tomando-se em conta que os prescritores não foram informados da realização da pesquisa, acredita-se que eles não tenham tomado ciência da realização da mesma.

Após a coleta dos dados, foi feito contato com 16 dos 119 prescritores cujas receitas fizeram parte da amostra (13,4%), correspondendo a 31,5% das consultas e todos declararam não ter ciência da realização da pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 INDICADORES DE PRESCRIÇÃO E ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Os resultados referentes aos indicadores de prescrição e atenção ao paciente, conforme metodologia descrita nos sub-itens 3.2.5 a 3.2.7 apresentam-se nas **Tabelas 9 e 10** (pág. 69 e 73, resp.) e nas **Figuras de 1 a 13** (pág. 67 a 74).

4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS SEGUNDO O CÓDIGO ATC DA OMS

Resultados apresentados nas **Figuras de 14 e 15**. (pág. 75 e 76, resp.)

4.3 RESULTADOS REFERENTES A RETORNOS PARA RETIRAR MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

Conforme relatado anteriormente, foi realizado um segundo cálculo para avaliar o fornecimento de medicamentos. Neste segundo cálculo foram incluídos os medicamentos referentes a retornos para retirar medicamentos de uso contínuo e, durante a coleta dos dados das 1.200 receitas que fizeram parte da amostra principal, foram apresentadas mais 447 receitas referentes a retornos, que continham 993 medicamentos prescritos para uso contínuo, destes, 857 foram fornecidos aos pacientes enquanto 136 não foram fornecidos. Portanto, somando-se os 2.208 medicamentos referentes à amostra principal aos 993 medicamentos prescritos para uso contínuo e subtraindo-se 3 medicamentos não identificados e 15 cuja unidade de atendimento não foi identificada, tem-se um total de 3.183 medicamentos, compondo-se assim o denominador do referido índice e, somando-

se os 1.399 medicamentos que foram fornecidos aos pacientes referentes à amostra principal aos 857 medicamentos fornecidos referentes a retornos, obtém-se o numerador, portanto, quando se inclui os medicamentos referentes a retornos, a porcentagem global de medicamentos prescritos fornecidos passa a ser de 70,9%.

Quanto ao segundo cálculo para obtenção da porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo, a incidência para a amostra principal foi de 610 medicamentos que somados aos 993 referentes a retornos, totalizam 1.603 medicamentos prescritos para uso contínuo de um total de 3.183 medicamentos da amostra global, portanto, ao se incluir os medicamentos referentes a retornos, o índice passa a ser de 50,4%.

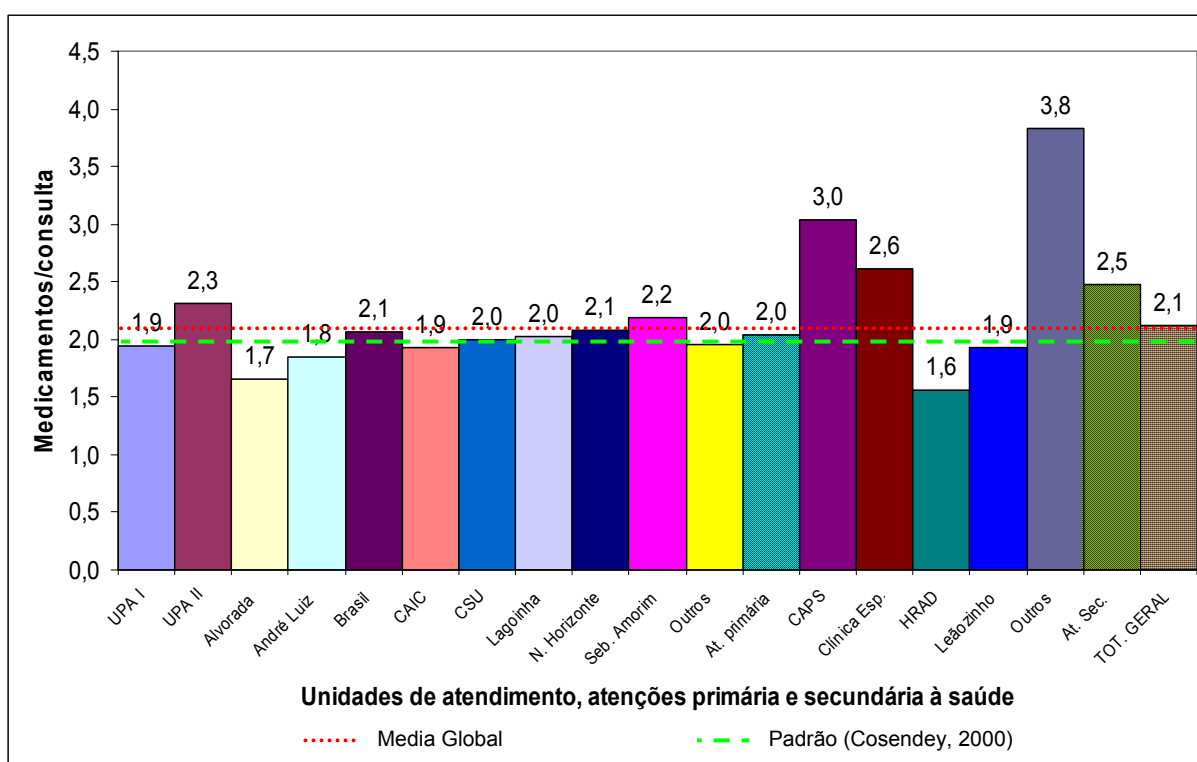


Figura 1 – Número médio de medicamentos por consulta, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

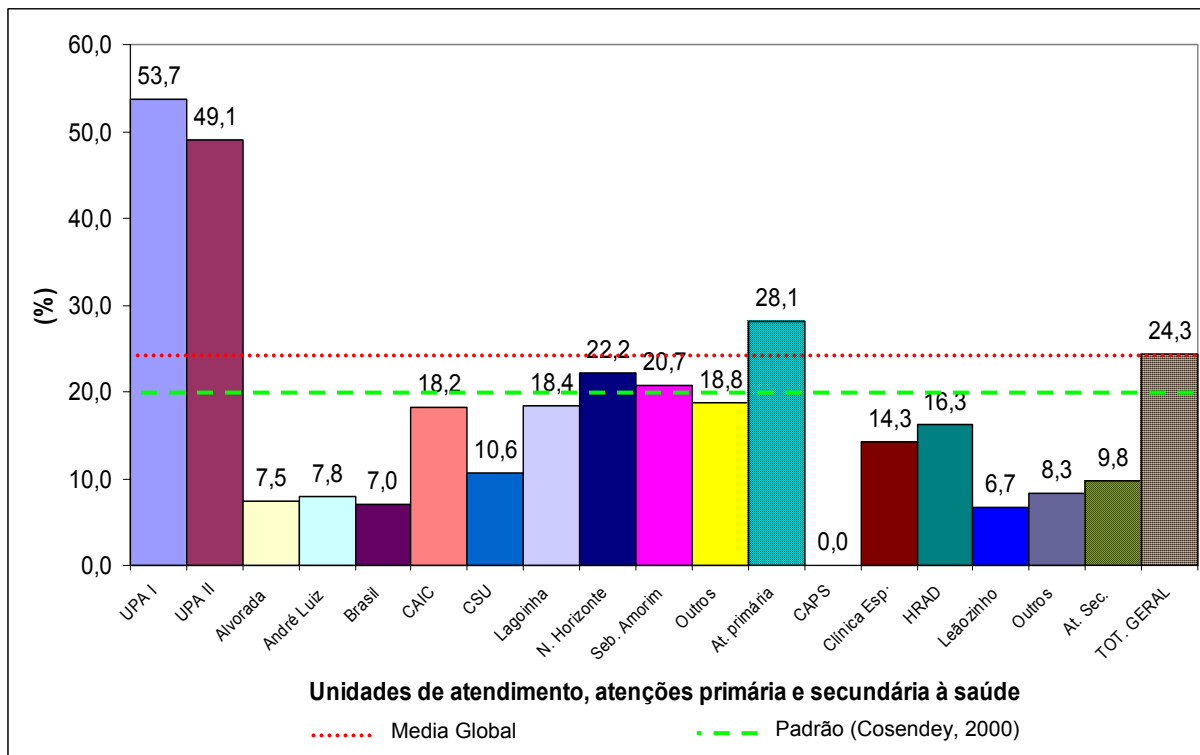


Figura 2 – Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um antibiótico, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

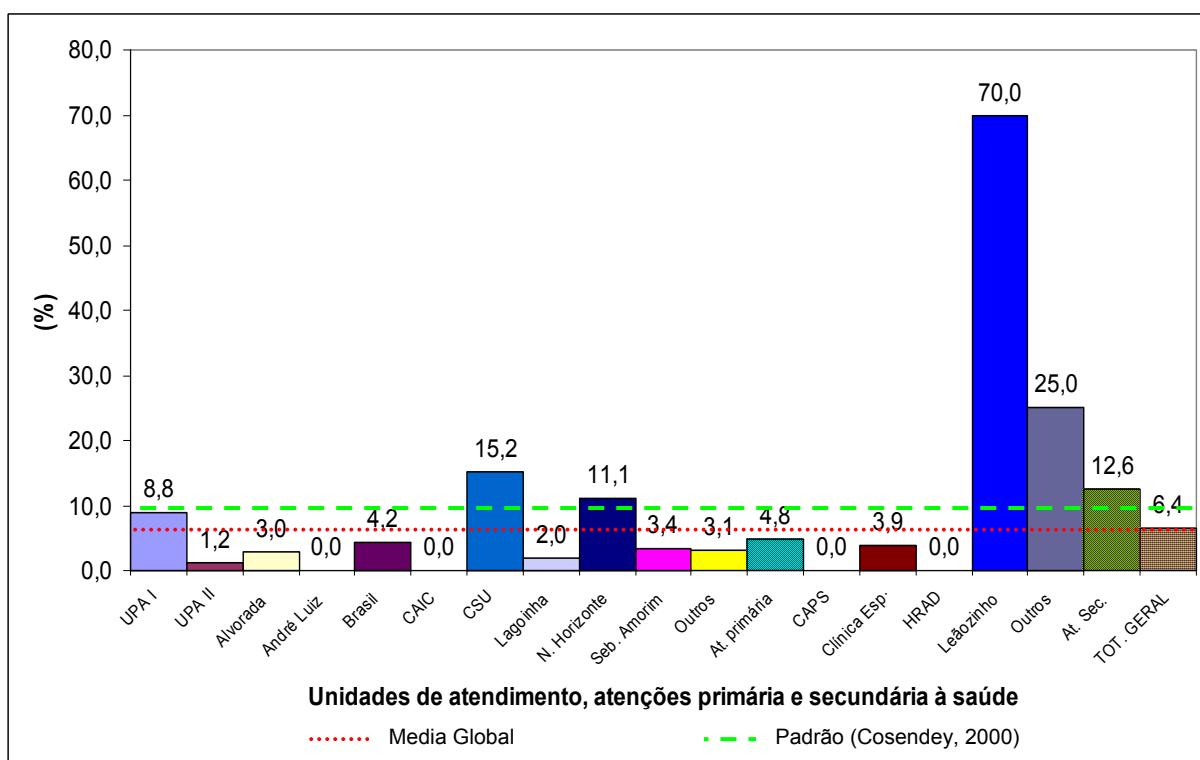


Figura 3 – Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um medicamento na forma injetável, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

Tabela 9 – Indicadores de prescrição e Indicador de assistência ao paciente que apresentam como denominador o número de medicamentos prescritos, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

Unidade de atendimento	Genéricos %	LMP %	RENAME %	Dispensados %
UPA I	53,1	48,6	66,1	45,5
UPA II	55,9	67,5	72,0	60,4
Alvorada	73,0	80,2	82,0	75,7
André Luiz	86,2	71,3	86,2	72,3
Brasil	81,6	85,0	92,5	80,3
CAIC	81,2	71,8	81,2	68,2
CSU	65,9	62,1	68,2	60,6
Lagoinha	67,7	72,7	75,8	70,7
Novo Horizonte	58,7	78,7	69,3	76,0
Sebastião Amorim	62,2	69,3	73,2	66,9
Outros	76,4	75,6	82,7	73,2
Atenção Primária	65,5	68,2	75,5	64,5
CAPS	77,2	79,7	77,2	82,3
Clínica Especialidades	62,7	58,2	74,1	54,7
HRAD	47,8	46,3	43,3	31,3
Leãozinho	75,0	85,0	96,7	81,7
Outros	73,8	42,9	64,3	40,5
Atenção Secundária	67,4	65,0	72,9	61,9
MÉDIA GLOBAL	66,0	67,4	74,8	63,9

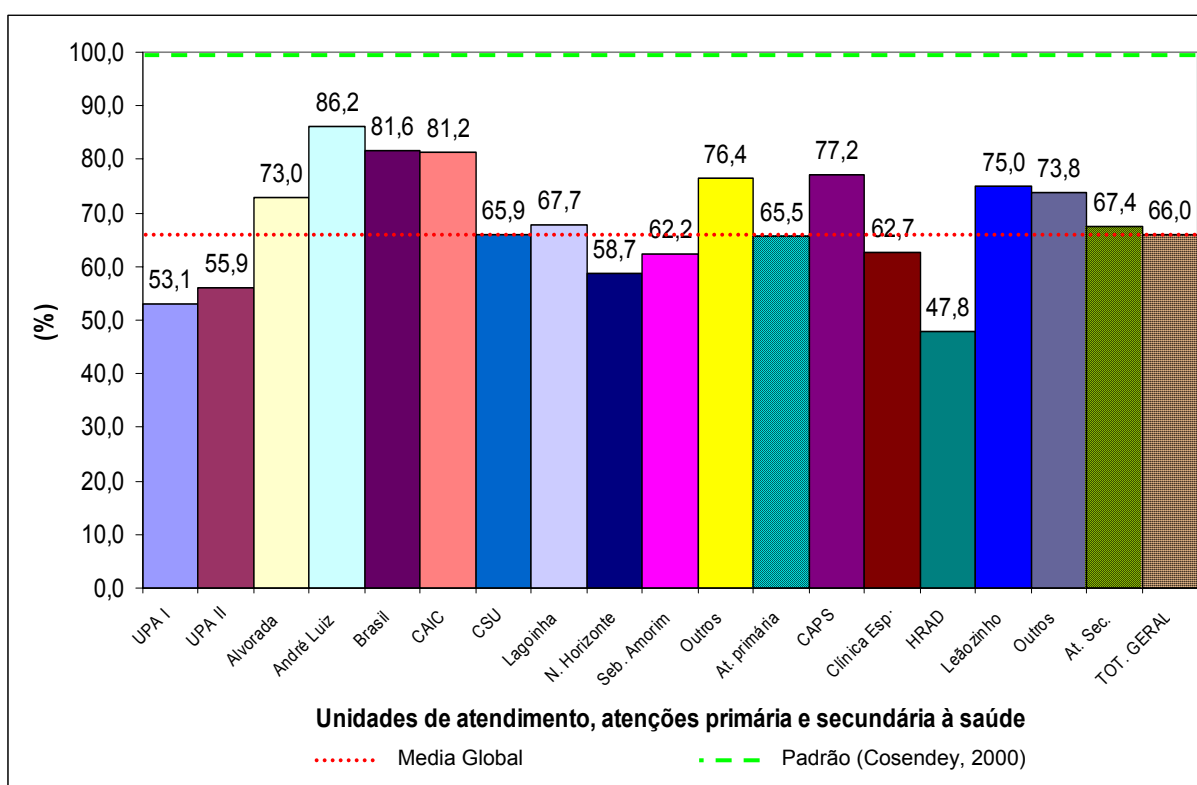


Figura 4 – Porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

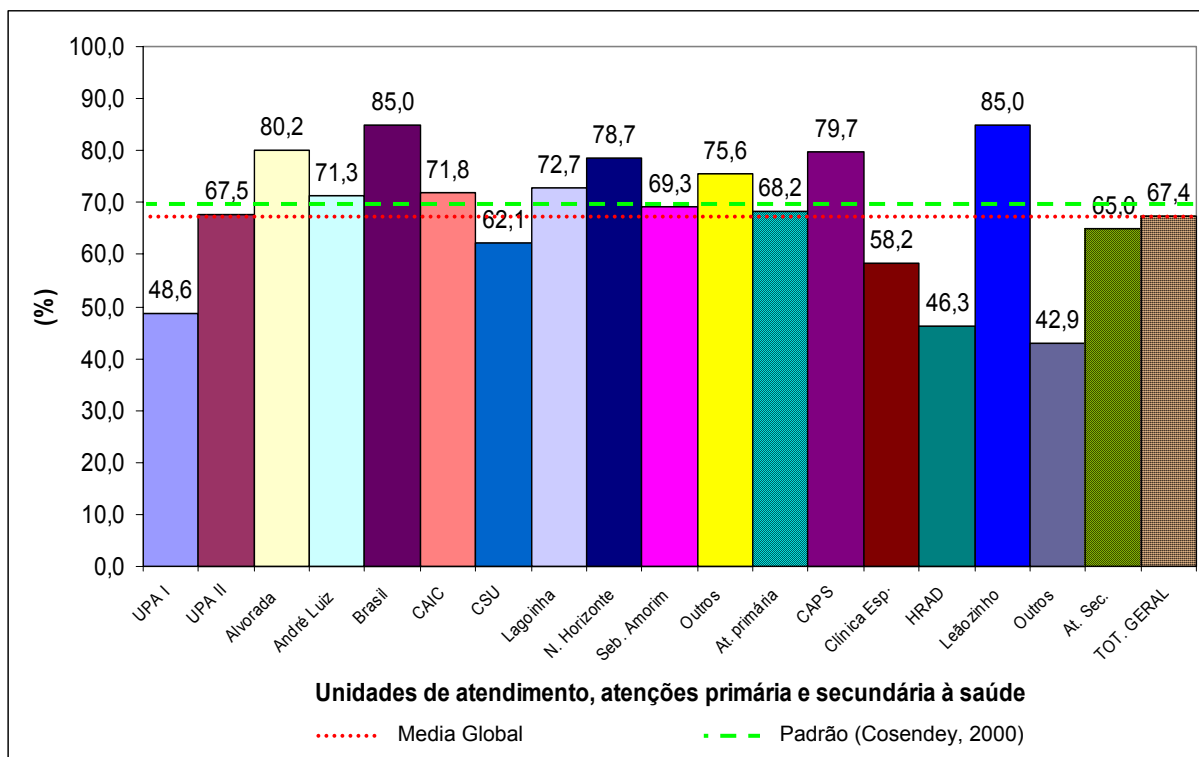


Figura 5 – Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

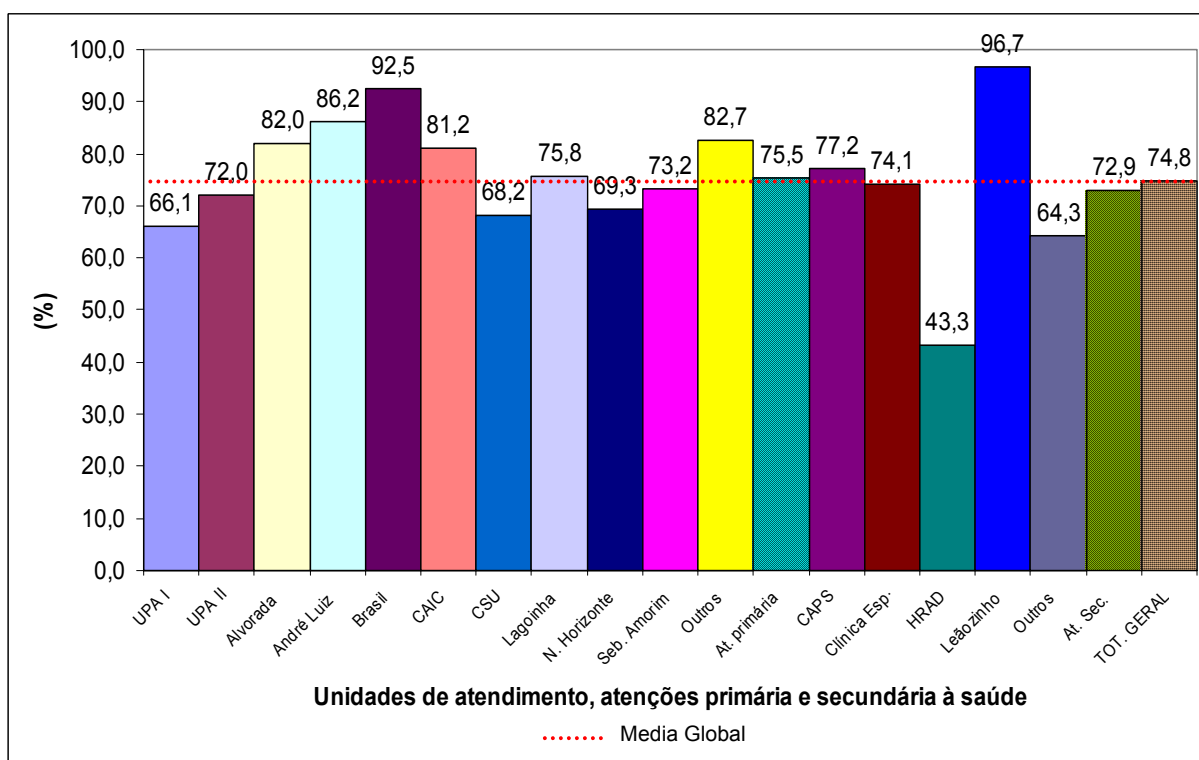


Figura 6 – Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na RENAME, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

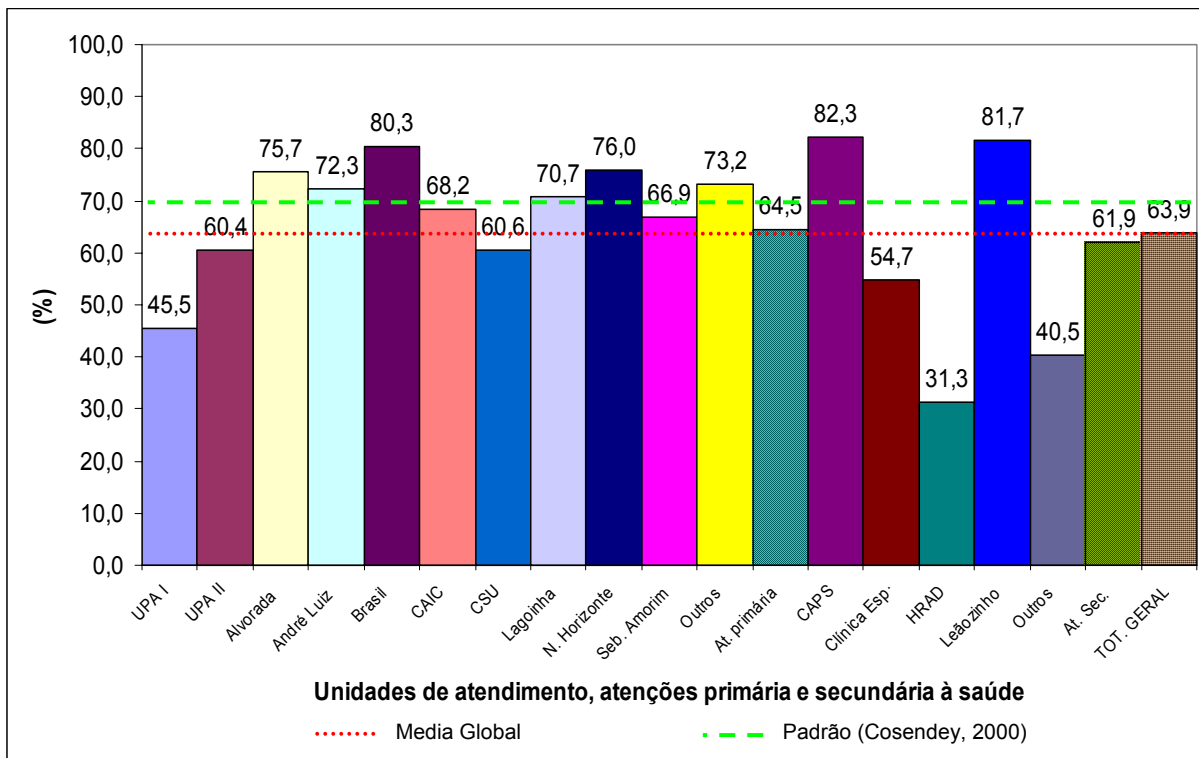


Figura 7 – Porcentagem de medicamentos prescritos dispensados, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

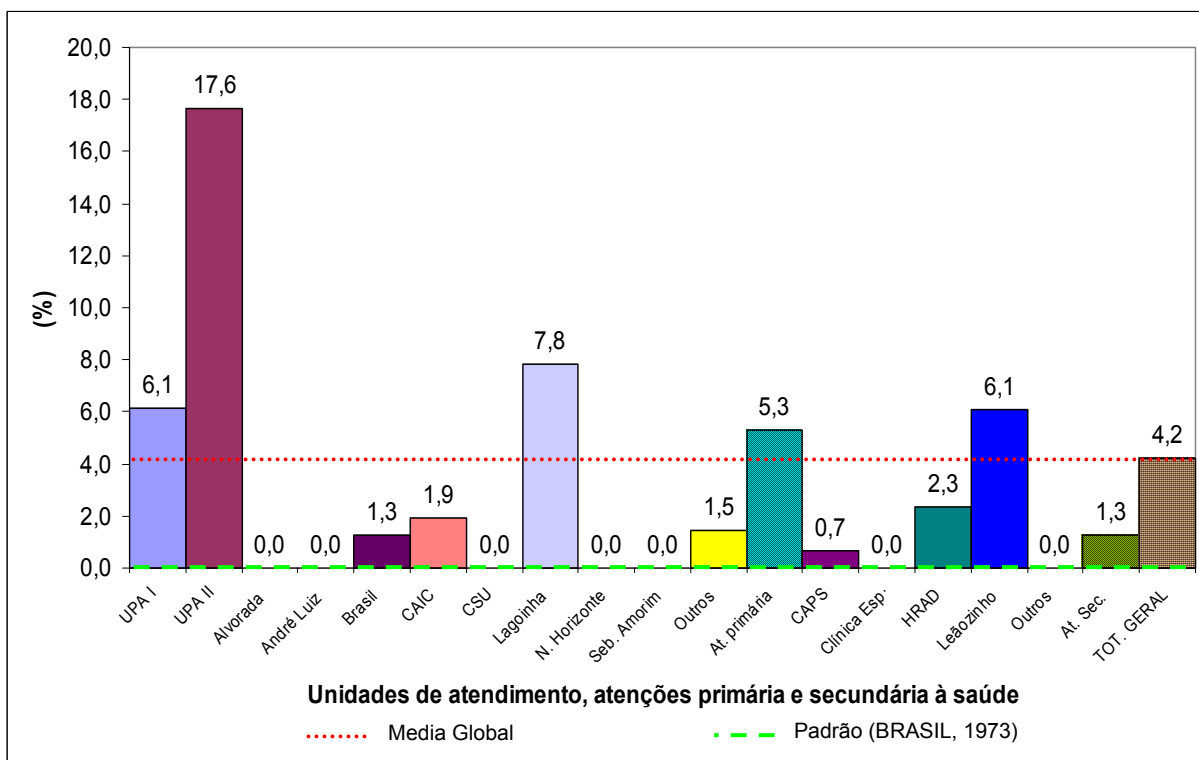


Figura 8 – Porcentagem de receitas que não apresentam carimbo do prescritor nem o número do conselho de classe, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

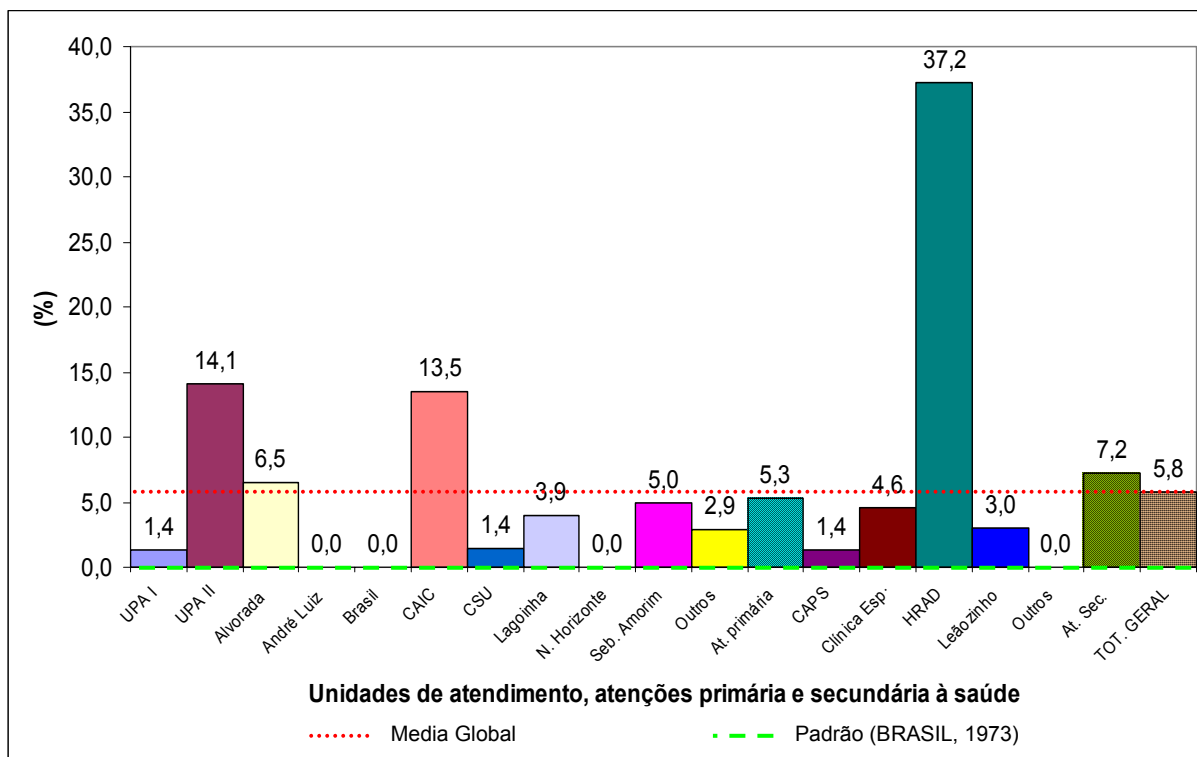


Figura 9 – Porcentagem de receitas que não apresentam data de prescrição, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

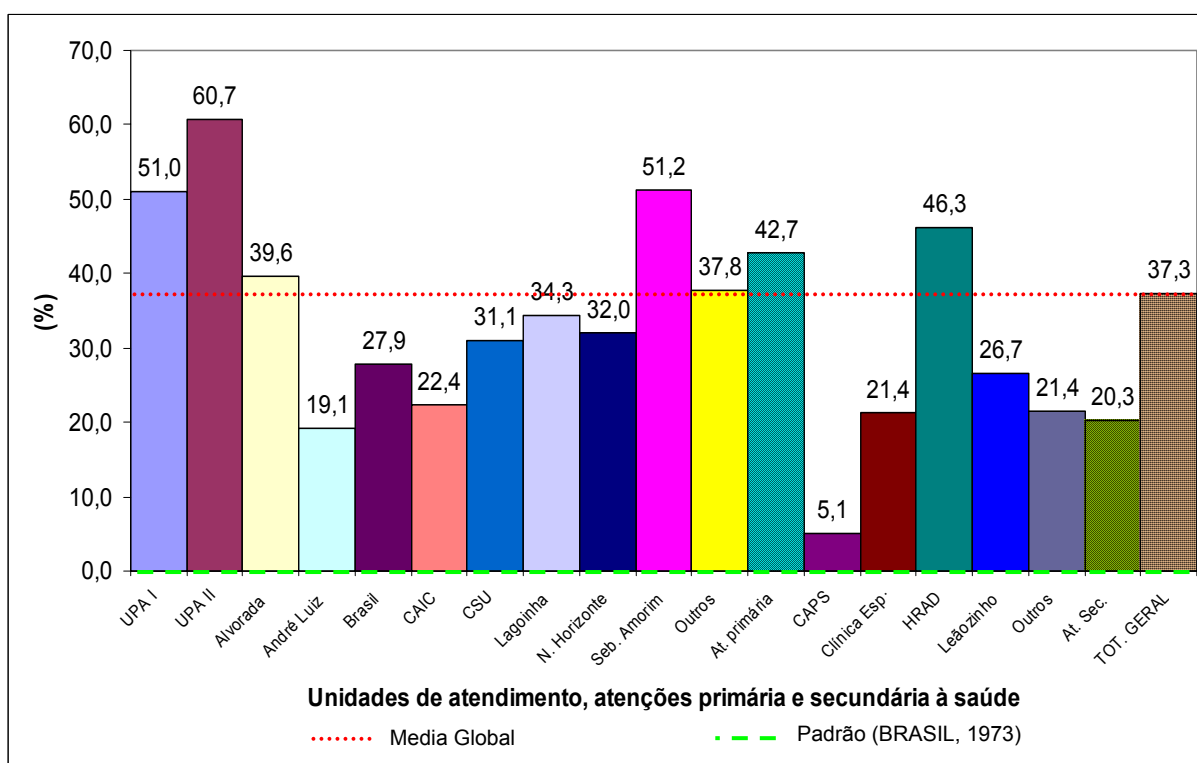


Figura 10 – Porcentagem de medicamentos prescritos sem posologia expressa adequadamente, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

Tabela 10 – Porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

Unidade de atendimento	Não %	Sim %	Em comp. %	Em caixas %	Não se Aplica %
UPA I	3,8	32,9	21,7	16,4	25,2
UPA II	3,4	32,5	19,0	11,9	33,2
Alvorada	0,9	42,3	20,7	17,1	18,9
André Luiz	4,3	60,6	8,5	12,8	13,8
Brasil	1,4	66,0	17,7	4,1	10,9
CAIC	4,7	48,2	29,4	4,7	12,9
CSU	4,5	54,5	15,9	15,9	9,1
Lagoinha	0,0	64,6	10,1	18,2	7,1
Novo Horizonte	2,7	68,0	13,3	6,7	9,3
Sebastião Amorim	1,6	47,2	15,7	15,0	20,5
Outros	7,9	54,3	13,4	6,3	18,1
Atenção Primária	3,3	46,6	17,7	12,3	20,1
CAPS	1,3	0,6	74,1	13,3	10,8
Clínica Especialidades	2,0	64,7	14,4	11,9	7,0
HRAD	6,0	19,4	19,4	41,8	13,4
Leãozinho	1,7	80,0	8,3	8,3	1,7
Outros	0,0	83,3	2,4	9,5	4,8
Atenção Secundária	2,1	43,0	31,3	15,5	8,1
MÉDIA GLOBAL	3,0	45,8	21,0	13,1	17,2

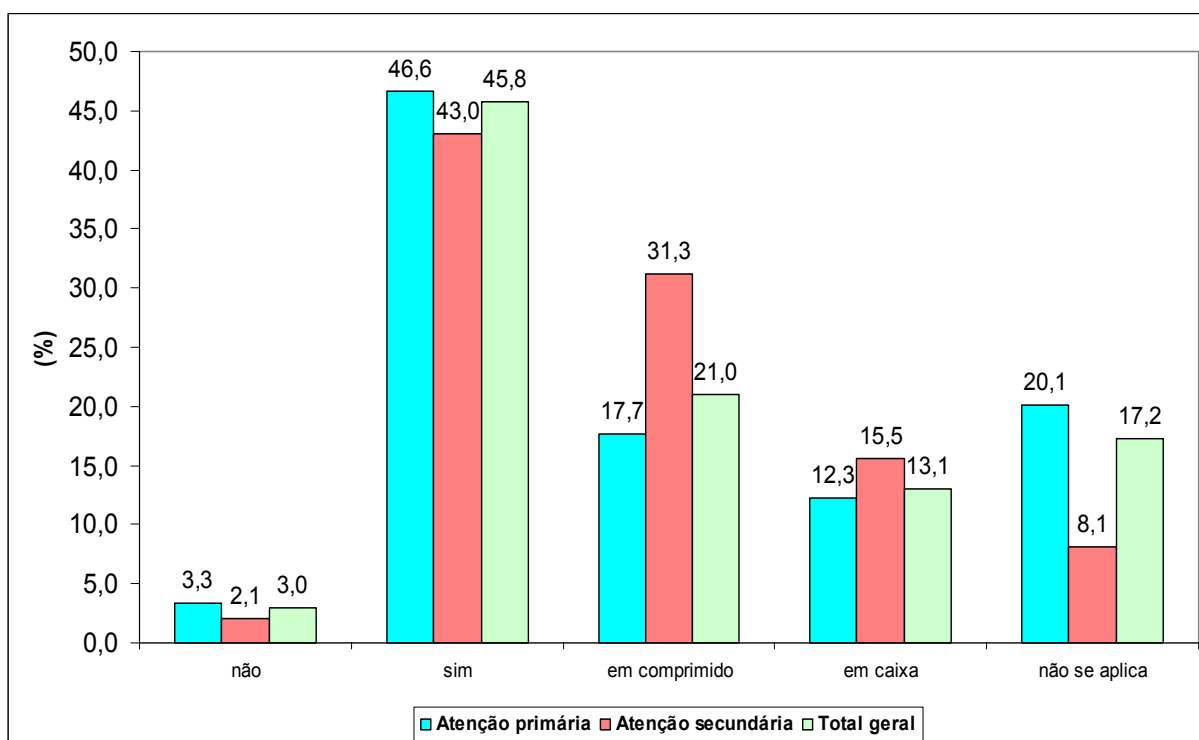


Figura 11 – Porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento, atenções primária e secundária, Patos de Minas, 2005.

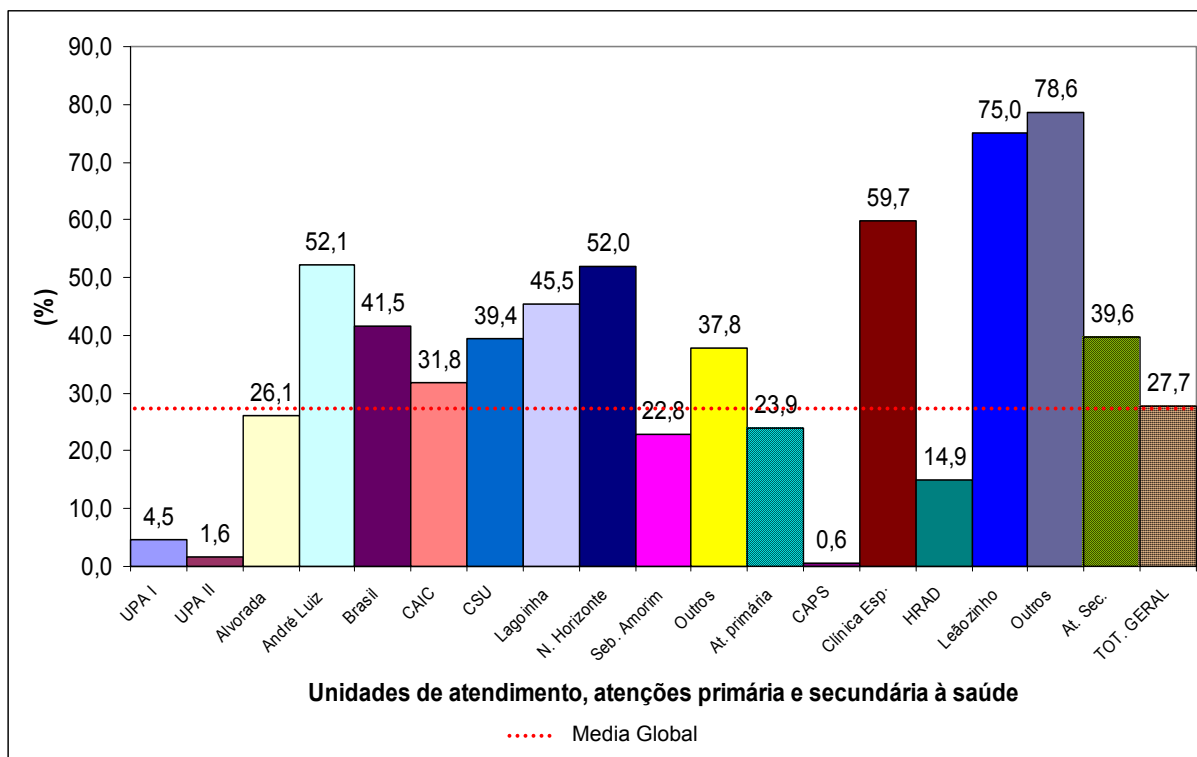


Figura 12 – Porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

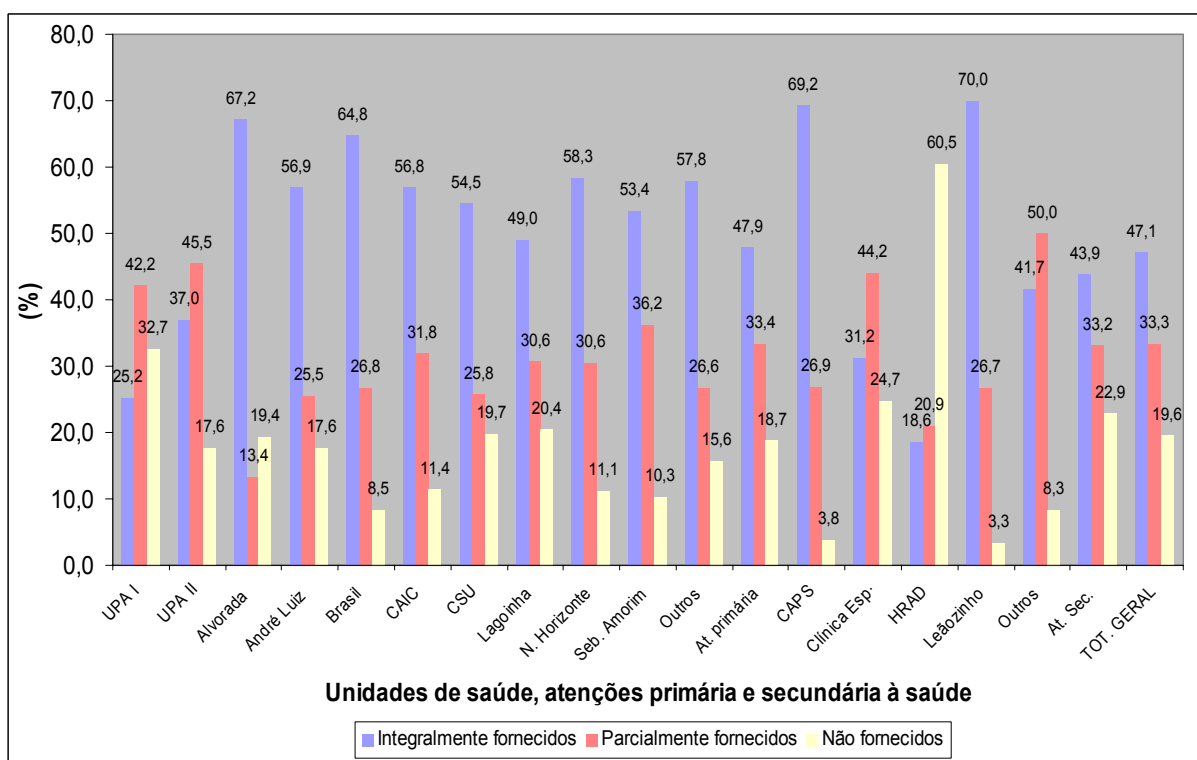


Figura 13 – Porcentagem de consultas cujo total de medicamentos prescritos foi integralmente, parcialmente ou não foi fornecido ao paciente, unidades de atendimento, Patos de Minas, 2005.

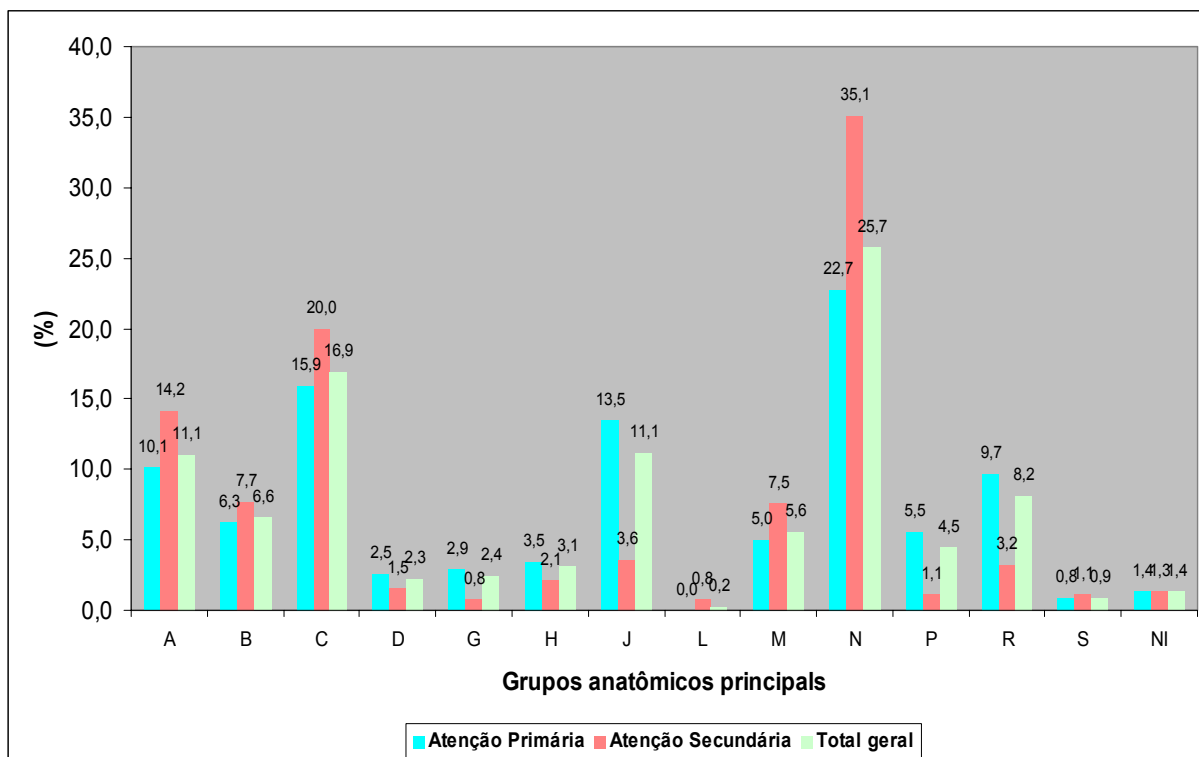


Figura 14 – Porcentagem de medicamentos prescritos segundo o grupo anatômico principal (1º nível) da classificação ATC, atenções primária e secundária, Patos de Minas, 2005.

A - Aparelho digestivo e metabolismo

B - Sangue e órgãos hematopoiéticos

C - Sistema cardiovascular

D - Dermatológicos

G - Sistema gênito urinário e hormônios sexuais

H - Hormônios de uso sistêmico, excluindo hormônios sexuais

J - Antiinfeciosos gerais para uso sistêmico

L - Antineoplásicos e agentes moduladores do sistema imunológico

M - Sistema músculo esquelético

N - Sistema nervoso central

P - Produtos antiparasitários

R - Sistema respiratório

S - Órgãos dos sentidos

V - Vários

NI – Não identificados

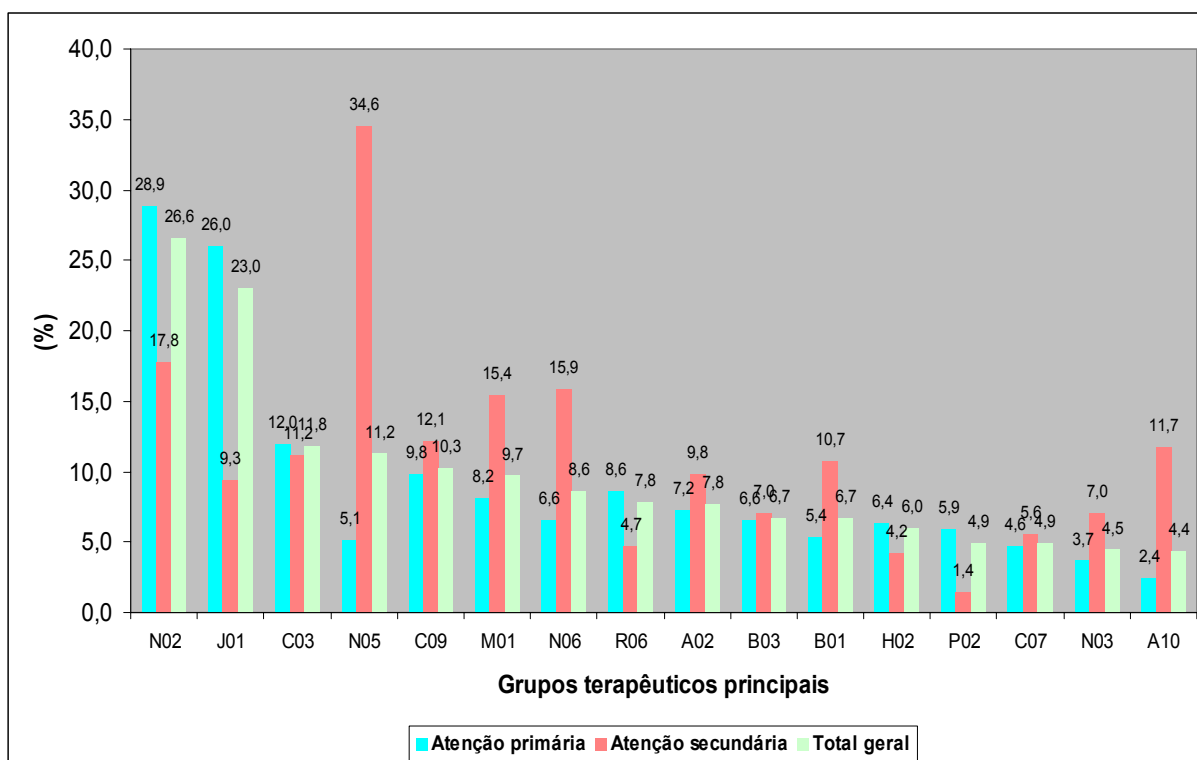


Figura 15 – Grupos terapêuticos principais mais prescritos, porcentagem por consulta, atenções primária e secundária, Patos de Minas, 2005.

N02: Analgésicos

J01: Antibacterianos de uso sistêmico

C03: Diuréticos

N05: Psicolépticos

C09: Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina

M01: Produtos antiinflamatórios e antireumáticos

N06: Psicoanalépticos

R06: Antihistamínicos de uso sistêmico

A02: Medicamentos para distúrbios relacionados à acidez gástrica

B03: Preparações antianêmicas

B01: Agentes antitrombóticos

H02: Corticosteróides para uso sistêmico

P02: Antihelmínticos

C07: Agentes betabloqueadores

N03: Antiepilépticos

A10: Medicamentos usados em diabetes

5 DISCUSSÃO

Os medicamentos salvam vidas e melhoram a saúde, porém, somente quando são acessíveis e usados de forma racional. A interpretação dos resultados obtidos no presente trabalho pode contribuir no sentido de orientar condutas que proporcionem melhorias quanto ao acesso e uso racional dos medicamentos.

Para muitos dos indicadores utilizados o valor ideal é óbvio, sendo que se pressupõe que valores próximos de 100% indicam as melhores condições de gerenciamento e uso do medicamento como é o caso dos indicadores que verificam os aspectos ligados ao uso do nome genérico, conformidade com a LMP e RENAME, fornecimento aos pacientes e, quanto ao preenchimento da prescrição, através da aposição do carimbo de identificação do prescritor e registro da data de prescrição, posologia e período de tratamento.

Entretanto, para alguns indicadores aplicados, torna-se difícil uma análise pontual do que é valor correto ou não, por exemplo, para o número de medicamentos por consulta ou para a prescrição de antibióticos ou injetáveis, porém, isso não impede que através da análise dos mesmos se perceba indícios de inadequação, portanto, o mais adequado é considerar os indicadores do uso de medicamentos como parâmetros de primeiro nível, concebidos para estimular uma análise mais profunda e orientar as medidas subseqüentes (OMS, 1993).

Neste estudo foram analisadas prescrições oriundas tanto da atenção primária à saúde quanto da atenção secundária e foram obtidos índices das mesmas em separado e de forma global. Quanto à composição da amostra observou-se a prevalência de usuários do sexo feminino (60,7%) tanto na atenção primária à saúde (62,1%) quanto na atenção secundária (55,6%). O intervalo de idade variou de 0 a 94 anos, apresentando uma média global de 36,5 anos ($\pm 23,7$ anos), sendo que na atenção primária a média foi de 34,7 anos ($\pm 24,4$ anos) e na atenção secundária de 43,4 anos ($\pm 19,4$ anos). Acredita-se que a menor média de idade obtida na atenção primária seja conseqüência do perfil do público que procura por atendimento médico nas UPA, onde se percebe uma alta freqüência de crianças atendidas.

Nos momentos em que forem feitas comparações com outros trabalhos, sempre serão utilizadas as médias da atenção primária, pois, os autores dos mesmos demonstraram, na maioria das vezes, não ter incluído em suas amostras receitas oriundas da atenção secundária à saúde.

No caso dos resultados obtidos em Brasília (NAVES; SILVER, 2005) e Blumenau (COLOMBO et al., 2004) (**Tabela 11**, pág. 80), utilizados em algumas comparações com o presente trabalho, há que se considerar que o número de receitas que compuseram as amostras dos referidos trabalhos foi 450 e 186 receitas, respectivamente, e a OMS recomenda um mínimo de 600 contatos (OMS, 1993).

Com o objetivo de melhor analisar os resultados encontrados, dividiu-se a discussão por tipo de indicador.

5.1 INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

5.1.1 Número médio de medicamentos por consulta (**Figura 1**, pág. 67).

Quanto ao número médio de medicamentos por consulta, segundo Cosendey (2000), o padrão é 2 ou menos. Neste trabalho foi encontrada uma média de 2,0 medicamentos por consulta quando analisadas apenas as prescrições originadas da atenção primária à saúde, revelando num primeiro momento, que a polifarmácia parece não ser um problema relevante quanto ao comportamento dos prescritores do SUS de Patos de Minas, porém, acredita-se que deve ser avaliado o motivo pelo qual os prescritores da UPA II prescrevem em média 21% mais medicamentos por consulta que os profissionais da UPA I (2,3 contra 1,9 respectivamente), tendo em vista que o perfil do público e do serviço prestado nas duas unidades de atendimento é semelhante. Entre as UBS, apenas três (Brasil “2,1”, Novo Horizonte “2,1” e Sebastião Amorim “2,2”) apresentaram média acima de 2 medicamentos por consulta.

Quando comparada a outros 8 trabalhos realizados no Brasil, a média de 2,0 medicamentos por consulta é a 3ª menor, apresentando o mesmo índice

obtido em Ibiporã, PR (GIROTTI; SILVA, 2006), conforme pode ser constatado na **Tabela 11** (pág. 80).

Estudos realizados em outros países revelaram altos índices de medicamentos por consulta na Indonésia (3,3%) e Nigéria (3,8%) (Hogerzeil et al., 1993).

Ao analisar os resultados referentes à atenção secundária, percebe-se que o maior índice foi encontrado nas unidades de atendimento agrupadas como “outros” (3,8). Esta média alta foi consequência dos medicamentos prescritos para pacientes com patologias renais que realizam sessões de hemodiálise no Hospital São Lucas, para os quais foram prescritos em média 8,5 medicamentos por consulta, porém, nessas circunstâncias, a conduta clínica não necessariamente deve ser considerada inadequada. A segunda e terceira maiores médias foram respectivamente 3,0 medicamentos por consulta revelada pelas prescrições originadas no CAPS e 2,6 na Clínica de Especialidades, podendo ser objeto de investigação posterior para avaliar a adequação.

Na presente pesquisa revelou-se que as consultas realizadas por especialistas (atenção secundária) geram em média 25% mais medicamentos por consulta (2,5) que os atendimentos primários (2,0). Embora a diferença quantitativa (25%) não tenha sido muito expressiva, acredita-se que haja uma diferença também qualitativa no perfil dos medicamentos prescritos, portanto, a comparação dos dados encontrados nos referidos níveis de atenção à saúde deve ser interpretada com ressalvas.

Enquanto na atenção primária o índice variou de 1,7 (UBS Alvorada) a 2,3 (UPA II), na atenção secundária foram obtidos tanto o menor quanto o maior índice dentre todas as unidades de atendimento que fizeram parte da pesquisa, 1,6 (HRAD) e 3,8 (agrupamento Outros) respectivamente. Percebe-se pelos resultados obtidos que o indicador “número de medicamentos por consulta” apresenta peculiaridades quanto ao perfil das diferentes clínicas avaliadas e, naturalmente, quanto aos diferentes contatos, portanto, este indicador deve ser utilizado para comparar grupos de contatos que guardem relação um com o outro, conforme recomendado pela OMS (OMS, 1993).

Tabela 11 – Compilação da bibliografia referente aos indicadores de prescrição e atenção ao paciente obtidos em nove municípios brasileiros, 2005.

Autor(es)	Simões; Fegadolli, 1996	Lopes et al., 1996	Santos, 1999	Cunha; Castro, 1999	Fegadolli, 2001	Naves; Silver, 2005	Colombo et al., 2004	Giroto; Silva, 2006	Felicio, 2006
Cidade	Araraquara SP	Fortaleza CE	Ribeirão Preto SP	Campo Grande MS	Tabatinga* SP	Brasília** DF	Blumenau SC	Ibiporã PR	Patos de Minas MG
medicamentos por receita	1,8	2,2	2,4	2,3	2,6	2,3	1,8	2,0	2,0
% prescrição genérico	36,1	74,0	30,5	84,3	32,0	73,2	NT	70,2	65,5
% de receitas com antibiótico	15,1	37,0	21,3	27,4	44,6	26,4	12,5***	22,0	28,1
% de receitas com injetável	7,4	11,0	8,2	10,2	10,4	7,5	8,1	7,0	4,8
% prescrição pela LMP	47,2	78,0	80,1	92,7	50,3	85,3	82,4	58,4	68,2
% medicamentos dispensados	NT	66,0	60,3	80,7	39,9	61,2	NT	NT	64,5
% prescrição pela RENAME	NT	NT	NT	NT	32,6	NT	57,7	NT	75,5
n	?	?	6.692	1.480	623	450	186	3.119	1.200

* Amostra composta por receitas oriundas de consultas pediátricas.

** Amostra composta por prescrições destinadas a pessoas com 16 anos ou mais.

*** Para este cálculo foi utilizado no denominador o número total de medicamentos e não receitas ou consultas.

NT: Não se trabalhou com este indicador.

n: número de receitas que fizeram parte da amostra.

?: não fornecido.

5.1.2 Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um antibiótico (Figura 2, pág. 68).

Segundo Cosendey (2000), o padrão para esse indicador é 20%. A média obtida para a atenção primária foi de 28,1%. Os dois maiores índices dentre todas as unidades de atendimento foram, de longe, os obtidos nas duas UPA (UPA I “53,7%” e UPA II “49,1%”), enquanto 3 UBS atingiram índices menores que 10%: UBS Brasil (7,0%), UBS Alvorada (7,5%) e UBS André Luiz (7,8%). É compreensível que nas UPA sejam prescritos mais antibióticos por consulta que nas UBS, pois as primeiras têm como característica de atendimento a urgência, ou seja, patologias de evolução aguda, nos quais se enquadram com mais frequência os quadros de infecção, enquanto nas UBS as características de atendimento prevalentes são as relacionadas a doenças de evolução crônica.

É recomendável que se faça uma investigação para avaliar a adequação das prescrições de antibióticos nas UPA e nas UBS Novo Horizonte e Sebastião Amorim, nestas últimas os índices alcançaram 22,2% e 20,7%, respectivamente.

O índice apresentado em Patos de Minas para a atenção primária (28,1%) é muito próximo aos obtidos em Brasília (26,4%) (NAVES; SILVER, 2005), cuja amostra tratou-se de pessoas com 16 anos ou mais, e Campo Grande (27,4%) (CUNHA; CASTRO, 1999). Os menores índices foram os encontrados em Blumenau (12,5%) (COLOMBO et al., 2004) e Araraquara (15,1%) (SIMÕES; FEGADOLLI, 1996), porém, para o cálculo do primeiro foi usado no denominador o número de medicamentos prescritos e não o de receitas ou consultas. Embora o maior índice dentre os trabalhos apresentados na **Tabela 11** (pág. 80) tenha sido o obtido em Tabatinga (44,6%) (FEGADOLLI, 2001), deve-se levar em consideração que a amostra do referido trabalho tratou-se de receitas oriundas da clínica pediátrica, inviabilizando a comparação com o presente trabalho. Portanto, embora os parâmetros de comparação tenham sido prejudicados, acredita-se que o índice apresentado em Patos de Minas seja alto e passível de investigação.

Estudos realizados em outros países revelaram índices que variaram de 25% em Bangladesh a 63% no Sudão (Hogerzeil et al., 1993).

A média obtida para a atenção secundária foi de 9,8%, bem inferior à encontrada na atenção primária (28,1%). No CAPS não houve prescrição de antibiótico, o que não causa estranheza devido às características do serviço (atendimento a usuários do programa de saúde mental). A unidade de atendimento que apresentou a maior porcentagem de antibióticos prescritos por consulta na atenção secundária foi o HRAD (16,3%). A princípio, parece não haver uso abusivo de antibióticos nas unidades de atendimento da atenção secundária.

A média global da pesquisa foi de 24,3% de consultas em que se prescreve ao menos um antibiótico. Percebe-se que este índice, assim como o número de medicamentos por consulta, apresenta peculiaridades quanto ao perfil das diferentes clínicas avaliadas, portanto, o mesmo deve ser utilizado para comparar grupos de contatos que guardem relação um com o outro.

5.1.3 Porcentagem de consultas em que se prescreve ao menos um medicamento na forma injetável (**Figura 3**, pág. 68).

Segundo Cosendey (2000), o padrão para esse indicador é 10% ou menos. A média obtida para a atenção primária foi de 4,8%. Nas UBS André Luiz e CAIC não houve prescrição de injetáveis. As maiores médias foram obtidas nas UBS CSU (15,2%), cujos medicamentos prescritos para serem usados na forma injetável foram: betametasona (4 vezes), benzilpenicilina (2), insulina (2), dexametasona em associações (1) e ferromaltose (1) e UBS Novo Horizonte (11,1%), cujos medicamentos prescritos foram: benzilpenicilina (1), insulina (1), dexametasona em associações (1) e ferromaltose (1). Recomenda-se avaliar os motivos que levaram os prescritores a optarem pelos medicamentos injetáveis betametasona, dexametasona em associações e ferromaltose.

A referida média (4,8%) é a menor dentre os nove trabalhos apresentados na **Tabela 11** (pág. 80). O que possivelmente pode explicar em parte o baixo índice apresentado em Patos de Minas é o fato de que a insulina, principal medicamento prescrito na forma injetável no Município (45% dos injetáveis que fizeram parte desta pesquisa), na maioria das vezes é prescrita por endocrinologista, portanto, classificada como pertencente à atenção secundária à saúde. Caso seja

considerada a média global, o índice passa a ser de 6,4%, aproximando-se dos menores índices constantes da **Tabela 11** (pág. 80): Ibioporã (7,0%) (GIROTTI; SILVA, 2006), Araraquara (7,4%) (SIMÕES; FEGADOLLI, 1996) e Brasília (7,5%) (NAVES; SILVER, 2005).

Fora do Brasil os estudos revelam índices que chegam a 48% em Uganda (Hogerzeil et al., 1993).

A média obtida para a atenção secundária foi de 12,6%. Em duas unidades de atendimento: CAPS e HRAD não houve prescrição de injetáveis. Na UBS Leãozinho o índice atingiu 70%, porém, o alto índice de prescrição de injetáveis nesta unidade de atendimento não causa preocupação e nem caracteriza uso irracional de medicamentos, pois, a UBS Leãozinho é referência para tratamento de diabetes e o que proporcionou o referido índice foi a prescrição de insulina, a qual não possui como opção a administração por via oral. Quanto ao índice atingido pelo agrupamento “outros” (25%), este também é perfeitamente justificável, pois o medicamento prescrito na forma injetável que motivou este índice foi a eritropoetina prescrita para os pacientes com patologias renais que realizam sessões de hemodiálise no Hospital São Lucas e a mesma não é disponibilizada para uso via oral.

Entre os 2.208 medicamentos prescritos que fizeram parte da pesquisa, 80 (3,6%) foram prescritos para serem usados na forma injetável. A insulina foi prescrita em 36 oportunidades, correspondendo a 1,6% do total de medicamentos prescritos. Os 2% restantes foram: Betametazona (13 vezes) Benzilpenicilina (12), Dexametazona em associação (6), Ferromaltose (5), Eritropoetina (3), Estradiol + noretisterona (2), Dexametazona (1), Cetoprofeno (1) e Meloxicam (1).

Portanto, acredita-se que o uso abusivo de injetáveis não seja um tipo de uso irracional de medicamentos que cause preocupações quanto ao comportamento dos prescritores do SUS de Patos de Minas.

5.1.4 Porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico (**Tabela 9**, pág. 69 e **Figura 4**, pág. 69).

Segundo Cosendey (2000), o padrão para esse indicador é 100%. A média obtida para a atenção primária foi de 65,5%. Os dois menores índices da atenção primária foram obtidos nas duas UPA (UPA I “53,1%” e UPA II “55,9%”), caracterizadas por atendimentos de urgência. Dentre todas as unidades de atendimento que fizeram parte da pesquisa, apenas três obtiveram índices acima de 80%: UBS André Luiz (86,2%), UBS Brasil (81,6%) e UBS CAIC (81,2%).

Quando comparado a outros sete trabalhos que avaliaram este indicador (**Tabela 11**, pág. 80), os índices obtidos em Patos de Minas são maiores que os encontrados em Araraquara (36,1%) (SIMÕES; FEGADOLLI, 1996), Ribeirão Preto (30,5%) (SANTOS, 1999) e Tabatinga (32,0%) (FEGADOLLI, 2001), porém, os dois primeiros foram realizados antes da publicação da lei n. 9.787 (BRASIL, 1999c), em fevereiro de 1999, que tornou obrigatória a prescrição de medicamentos no âmbito do SUS pelo nome genérico, e o último, por ocasião da referida publicação (janeiro a abril/1999). Quando comparado com os trabalhos mais recentes, em Patos de Minas obtiveram-se índices menores que em Brasília (73,2%) (NAVES; SILVER, 2005) e Ibiporã (70,2%) (GIROTTTO; SILVA, 2006).

Trabalhos de outros países apresentam índices que variam entre 37% no Equador a 94% no Zimbábwe (Hogerzeil et al., 1993).

A média obtida para a atenção secundária foi de 67,4%, bem próxima da obtida pela atenção primária (65,5%) e, destaca-se a baixa média, 47,8%, ou seja, o menor índice dentre todas as unidades de atendimento, apresentada pelos prescritores do HRAD, revelando que menos da metade dos medicamentos prescritos no referido hospital foram pelo nome genérico.

Pelos resultados obtidos percebe-se a necessidade de se conscientizar os prescritores da necessidade e obrigatoriedade legal (BRASIL, 1999c) de se prescrever os medicamentos pelo seu nome genérico, viabilizando assim a concorrência entre os diferentes fabricantes do medicamento prescrito e, conseqüentemente, um maior acesso da população aos mesmos, além de promover o uso racional de medicamentos (OMS, 2004).

5.1.5 Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP (**Tabela 9**, pág. 69 e **Figura 5**, pág. 70).

Segundo Cosendey (2000), o padrão para esse indicador é 70%, porém, o mesmo se refere ao Programa de Assistência Farmacêutica Básica do estado do Rio de Janeiro, dificultando assim a correlação com o presente trabalho. A média obtida para a atenção primária foi de 68,2%, portanto, bem próximo do referido padrão. Destacam-se os índices atingidos nas UBS Brasil (85,0%) e Alvorada (80,2%), superando os 80% de conformidade com a LMP, enquanto na UPA I e UBS CSU foram encontrados os menores índices da atenção primária, 48,6% e 62,1%, respectivamente.

Percebe-se que a média dos índices de conformidade obtidos nas UBS é maior (73,9%) quando comparada à média obtida nas UPA (58,1%). Esse achado pode ser consequência do perfil dos medicamentos padronizados e das patologias mais demandadas nos dois serviços. Acredita-se que nas UBS haja uma prevalência de consultas relacionadas a doenças de evolução crônica como hipertensão, diabetes tipo II, depressão e ansiedade. Essas patologias são muito freqüentes e há programas específicos destinados ao controle das mesmas, como é o caso do Hiperdia, o qual se destina ao controle de hipertensão e diabetes. Sendo assim, entende-se que a LMP contempla de forma bastante satisfatória os medicamentos destinados ao controle dessas patologias.

Por outro lado, acredita-se também que a demanda de consultas no pronto atendimento (UPA) envolva freqüentemente uma diversidade maior de patologias, exigindo para o atendimento um elenco de medicamentos mais amplo e, provavelmente, a LMP não contempla a amplitude demandada. Essa pode ser uma das explicações para a maior média de conformidade encontrada entre as UBS quando comparada às UPA.

Devem-se avaliar os motivos pelos quais os medicamentos prescritos na UPA I não tenham atingido 50% de conformidade com a LMP (48,6%) enquanto na UPA II, onde a demanda de atendimento também é caracterizada por consultas de urgência, o índice de conformidade atingiu 67,5%. Recomenda-se também avaliar os motivos pelos quais o índice obtido na UBS CSU ficou em 62,1%.

O índice de conformidade com a LMP obtido em Patos de Minas se revelou intermediário entre outros trabalhos realizados no Brasil (**Tabela 11**, pág. 80), sendo que o mesmo variou de 47,2% (Araraquara) (SIMÕES; FEGADOLLI, 1996) a 92,7% (Campo Grande) (CUNHA; CASTRO, 1999).

Em três países onde este índice foi estudado, obteve-se 85% de conformidade em Bangladesh, 86% na Nigéria e 88% na Tanzânia (Hogerzeil et al., 1993).

A média obtida para a atenção secundária foi de 65,0%, bem próxima dos 68,2% atingidos para a atenção primária, dando indícios de que a LMP contempla tanto a atenção primária quanto a secundária em proporções semelhantes. Porém, dentre as unidades de atendimento que compõem a atenção secundária, os índices foram muito desproporcionais. Destacam-se os altos índices obtidos na UBS Leãozinho (85,0%) e no CAPS (79,7%) e os baixos índices obtidos no agrupamento “outros” (42,9%) e HRAD (46,3%). Os altos índices observados na UBS Leãozinho e no CAPS revelam que o programa de controle de diabetes, oferecido no primeiro, e de saúde mental, oferecido no último, são contemplados de forma satisfatória pela LMP e que os prescritores a seguem.

A não conformidade com a LMP pode ser interpretada como conseqüência de uma relação limitada de medicamentos disponíveis na LMP, de uma LMP mal elaborada ou de um comportamento dos prescritores em desacordo com as diretrizes clínicas e não adesão à LMP. A LMP da Farmácia Municipal de Patos de Minas pode ser considerada bastante restrita, contando com apenas 49 medicamentos padronizados, disponíveis em 63 apresentações (**Anexo 4**). Segundo informações fornecidas pelo Secretário Municipal de Saúde, esse número um tanto quanto limitado de medicamentos é conseqüência da limitação orçamentária e alto custo que envolve a disponibilização de uma relação mais ampla de medicamentos, tendo como possível conseqüência irregularidade de distribuição, o que, acredita-se, traria mais transtornos do que manter uma relação mais restrita e proporcionar maior regularidade de distribuição.

O indicador “porcentagem de medicamentos prescritos dispensados” (**Tabela 9**, pág. 69) reforça essa hipótese ao se observar que a diferença entre a conformidade com a LMP (68,2%) e a disponibilização de medicamentos (64,5%) apresentada em Patos de Minas foi de apenas 3,7 pontos percentuais. Deve-se levar em consideração também que 0,1% dos medicamentos dispensados não

fazem parte da LMP e encontravam-se disponíveis por terem sido fornecidos pelo Estado (Programa de Saúde Mental). Portanto, obtém-se um índice de 3,8% de medicamentos padronizados não fornecidos.

Em outros municípios, onde foram trabalhados os dois índices (**Tabela 11**, pág. 80), as diferenças foram de 10,4% (Tabatinga) (FEGADOLLI, 2001), 12,0% (Campo Grande) (CUNHA; CASTRO, 1999), 12,0% (Fortaleza) (LOPES et al., 1996), 19,8% (Ribeirão Preto) (SANTOS, 1999) e 24,1% (Brasília) (NAVES; SILVER, 2005). A alta diferença entre os dois índices em pauta revela que alguns municípios se comprometem a fornecer os medicamentos, incluindo-os na padronização municipal, porém, nem sempre os disponibilizam para a população. Naves e Silver (2005) constataram através de pesquisa realizada em Brasília em 2001 que 60,6% dos medicamentos não atendidos pertenciam à Relação de Medicamentos Essências.

Portanto, tendo em vista que a LMP de Patos de Minas trata-se de uma relação com número restrito de medicamentos, a média global de 67,4% de conformidade com a LMP não deve ser considerada uma média ruim e a não adesão à LMP por parte dos prescritores parece ser pontual e não generalizada.

5.1.6 Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na RENAME (**Tabela 9**, pág. 69 e **Figura 6**, pág. 70).

A média obtida para a atenção primária foi de 75,5% de conformidade das prescrições com a RENAME 2002, ou seja, 7,3 pontos percentuais de diferença para a média obtida quanto à adequação com a LMP (68,2%). 5,4% dos medicamentos prescritos na atenção primária pertencem à LMP e não à RENAME, portanto, os dados obtidos mostram que apenas 12,7% dos medicamentos prescritos fazem parte da RENAME e não são contemplados pela LMP revelando que:

- ✓ Embora a RENAME apresente um número bem maior de medicamentos que a LMP, percebe-se que a LMP de Patos de Minas contempla os medicamentos pertencentes à RENAME com maior incidência de prescrição.

- ✓ Dos 31,8% de medicamentos prescritos que não fazem parte da LMP, 60,1% se deve à prescrição de opções terapêuticas diversas das recomendadas pela RENAME.

Percebe-se uma boa adequação dos medicamentos prescritos nas UBS à RENAME. Em quatro destas e no agrupamento “outros” os índices foram superiores a 80%, com destaque para as UBS Brasil com 92,5% e André Luiz com 86,2%. Por ocasião da realização da presente pesquisa, estas duas unidades de atendimento estavam oferecendo extensão em residência médica para o PSF através da UNIMONTES, inclusive com preceptoría no local, esse pode ter sido um dos motivos do resultado positivo.

Chamam a atenção as seguintes alterações dos índices quando se compara a adequação das prescrições à LMP com a adequação à RENAME:

As prescrições originadas na UPA I, que apresentaram uma adequação de apenas 48,6% à LMP, aumentaram 17,5 pontos percentuais, atingindo 66,1% de adequação à RENAME, revelando que a possível irracionalidade motivada pelo baixo índice revelado na adequação à LMP pode ser atribuída parcialmente à abrangência limitada da mesma.

Quanto à conformidade dos medicamentos prescritos com a RENAME, apesar da UPA I ter apresentado um índice maior de adequação à mesma, conforme relatado no parágrafo anterior, novamente as UBS apresentaram índices mais altos (78,6%) que as UPA (69,1%). A diferença entre a média dos índices das UBS e a média das UPA diminuiu de 15,8 pontos percentuais quando se toma como referência a LMP, para 9,5, quando a referência é a RENAME. Esse resultado leva a deduzir-se que quanto aos medicamentos que fazem parte da LMP, há uma cobertura um pouco maior dos demandados nas UBS quando comparado aos demandados nas UPA.

A UBS CSU apresenta novamente o índice mais baixo entre as UBS, 68,2% de adequação à RENAME, levando a suspeitar-se que a não conformidade pode estar mais relacionada com o uso irracional do que com a abrangência limitada da LMP.

Curioso foi o resultado apresentado pela UBS Novo Horizonte, a qual apresentou uma adequação de 78,7% à LMP e diminuiu para 69,3% na adequação à RENAME. Após analisar os medicamentos prescritos na referida UBS observou-se que o que motivou o ocorrido foi a presença de prescrição dos medicamentos

cimetidina, diclofenaco e imipramina, os quais fazem parte da LMP, porém, não constam da RENAME. No **Anexo 4** apresenta-se a relação de medicamentos pertencentes à LMP que não constam da RENAME 2002.

Além de Patos de Minas, em outros dois municípios constantes da **Tabela 11** (pág. 80) trabalhou-se com o indicador de conformidade dos medicamentos prescritos à RENAME. Curiosamente, ao contrário de Patos de Minas, nos dois municípios, a adequação dos medicamentos prescritos à LMP foi maior que à RENAME: em Tabatinga (FEGADOLLI, 2001) a conformidade com a LMP foi de 39,9% enquanto com a RENAME foi de 32,6% e em Blumenau (COLOMBO et al., 2004) a conformidade com a LMP foi de 82,4% enquanto com a RENAME foi de 57,7%, ou seja, neste último, no mínimo 24,7% dos medicamentos prescritos pertenciam à LMP e não à RENAME, revelando que os referidos municípios provavelmente adotaram em suas padronizações um número significativo de medicamentos considerados não essenciais conforme os critérios utilizados durante a elaboração da RENAME.

A média obtida para a atenção secundária (72,9%) é bem próxima da obtida pela atenção primária (75,5%), com uma diferença de apenas 7,9 pontos percentuais para a alcançada na adequação à LMP (65,0%), portanto, o mesmo raciocínio aplicado quanto à média global obtida na atenção primária pode ser aplicado à atenção secundária.

A não conformidade das prescrições oriundas do HRAD para este indicador mostrou-se expressiva. Este havia apresentado o segundo menor índice global de adequação à LMP (46,3%) e mostrou um índice ainda menor de adequação à RENAME (43,3%), ou seja, 11,0 pontos percentuais abaixo do segundo menor índice global, revelando que os prescritores do referido hospital não têm usado como parâmetro as opções terapêuticas consideradas racionais conforme a RENAME.

Destaca-se na atenção secundária o índice atingido pela UBS Leãozinho, com o mais alto índice global (96,7%), sendo que apenas 3,3% dos medicamentos prescritos não pertencem à RENAME.

Revelou-se também que a LMP não contempla satisfatoriamente os medicamentos demandados na Clínica de Especialidades, pois, enquanto 58,2% dos medicamentos prescritos fazem parte da LMP, 74,1% dos mesmos constam da

RENAME, ou seja, no mínimo 15,9% dos medicamentos prescritos na Clínica de Especialidades constam da RENAME e não são contemplados pela LMP.

A média global de 74,8% de adequação dos medicamentos prescritos à RENAME não deve ser considerada uma média ruim, porém, devem ser feitas avaliações para levantar os motivos dos baixos índices apresentados no HRAD (43,3%), no agrupamento “outros” da atenção secundária (64,3%) e na UPA I (66,1%).

5.2 INDICADOR DE ATENÇÃO AO PACIENTE

5.2.1 Porcentagem de medicamentos prescritos dispensados (**Tabela 9**, pág. 69 e **Figura 7**, pág. 71).

Este índice, como não poderia deixar de ser, é um reflexo da adequação ou não das prescrições à LMP e RENAME, portanto, percebe-se que os usuários das UBS Leãozinho e Brasil e do CAPS, onde os índices de adequação se mostraram altos, foram contemplados com os maiores índices de fornecimento de medicamentos: 81,7%, 80,3% e 82,3%, respectivamente. Em contrapartida, nas unidades onde se apresentaram os menores índices de adequação à LMP e RENAME, os usuários foram os menos contemplados com o fornecimento de medicamentos pela Farmácia Municipal: HRAD (31,3%), Agrupamento “outros” da atenção secundária (40,5%) e UPA I (45,5%).

Entende-se que este índice deveria ser próximo de 100%, tendo em vista ser dever do setor público a disponibilização de assistência terapêutica integral à população brasileira, inclusive farmacêutica, (BRASIL, 1990b). Porém, diante do custo que isso representa, do compromisso inevitável que o serviço público tem com o orçamento financeiro e considerando que o abastecimento e o reembolso de todos os medicamentos disponíveis no mercado não estão ao alcance de nenhum sistema de seguro médico, seja público ou privado (OMS, 2004), no momento usaremos como parâmetro o padrão de 70% estabelecido por Cosendey (2000).

A média global de distribuição encontrada neste trabalho foi de 63,9%, portanto, abaixo do padrão referido por Cosendey, revelando índices de contemplação semelhantes entre a atenção primária e secundária, 64,5% e 61,9% respectivamente, ou seja, tanto a atenção primária quanto a secundária está sendo contemplada na mesma proporção pelo fornecimento de medicamentos na Farmácia Municipal. Porém, percebe-se nitidamente que dentro de cada nível de atenção à saúde há setores mais atendidos do que outros: a média dos índices das UBS, por exemplo, foi de 71,3%, enquanto das UPA foi de 53,0%. No nível de atenção secundário, o atendimento se mostra ainda mais desproporcional: enquanto a média dos índices do CAPS e UBS Leãozinho atingiu 82,0%, a média entre os índices apresentados pelo HRAD e agrupamento “outros” atingiu apenas 35,9%.

Quando se incluem os medicamentos referentes a retornos, a média global de medicamentos prescritos fornecidos passa de 63,9% para 70,9%, passando a atingir o padrão estabelecido por Cosendey (2000).

Quanto à dispensação de medicamentos, em Patos de Minas obteve-se índice de fornecimento (64,5%) semelhante a grandes centros econômicos do Brasil (**Tabela 11**, pág. 80): 60,3% obtido em Ribeirão Preto (SANTOS, 1999), 61,2% em Brasília (NAVES; SILVER, 2005) e 66,0% em Fortaleza (LOPES et al., 1996) e inferior ao revelado em Campo Grande (80,7%) (CUNHA; CASTRO, 1999).

Os trabalhos do exterior apresentam dados que variam de 38% no Equador a 83% no Nepal (Hogerzeil et al., 1993).

5.3 INDICADORES LOCAIS DE PRESCRIÇÃO E ATENÇÃO AO PACIENTE

Dentre os indicadores locais de prescrição, os seguintes avaliam o nível de descumprimento à Lei n. 5.991 (BRASIL, 1973), tomando-se por base que a prescrição que não preencher os requisitos avaliados pelos referidos indicadores não podem ser aviadas: porcentagem de receitas que não apresentam carimbo do prescritor nem o número do conselho de classe, porcentagem de receitas que não apresentam data de prescrição, porcentagem de medicamentos prescritos sem posologia expressa adequadamente e porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento.

Quanto aos indicadores que representam descumprimento à legislação brasileira, deve ser pontuado que diferentemente da dificuldade que envolve disponibilizar 100% dos medicamentos prescritos, conforme comentado quanto ao indicador “porcentagem de medicamentos prescritos dispensados”, aparentemente não há motivos relevantes que justifiquem a ausência de data de prescrição, posologia, período de tratamento e carimbo ou número do conselho de classe na receita, além da não prescrição pelo nome genérico.

5.3.1 Porcentagem de receitas que não apresentam carimbo do prescritor nem o número do conselho de classe (**Figura 8**, pág. 71).

A falta de identificação do prescritor, além de ilegal (BRASIL, 1973), pode, com certa freqüentemente, levar ao uso irracional de medicamentos, pois, tanto no momento em que o paciente apresenta a receita para ser atendida no balcão da farmácia, quanto no momento em que vai fazer uso dos medicamentos, a interpretação da mesma pode gerar as mais diversas dúvidas, principalmente devido à ilegibilidade de muitas receitas, além de termos utilizados nas prescrições que nem sempre são entendidos pelo balconista da farmácia e muito menos pelos pacientes. Nessas situações, o contato com o profissional prescritor é de vital importância no sentido de evitar o uso incorreto de medicamentos. Caso o prescritor seja identificado de imediato, através do carimbo, a solução para o problema pode demandar pouco esforço, pois, através de uma ligação telefônica a dúvida pode ser esclarecida. Caso não haja identificação imediata do prescritor, o esforço que demanda identificar o mesmo pode desencorajar o paciente a esclarecer a dúvida e, nesta situação o uso incorreto de medicamentos se torna iminente.

O índice global de não adequação das prescrições quanto à identificação do prescritor foi de 4,2%, sendo maior na atenção primária (5,3%) quando comparado à atenção secundária (1,3%). Percebe-se que a negligência não se trata de fato generalizado, tendo em vista que em 7 unidades estudadas, todas as receitas continham carimbo do prescritor ou CRM manuscrito e, em 5 das demais unidades o índice foi inferior a 2%. A negligência, portanto, se mostra pontual,

ocorrendo de forma importante nas duas UPA (6,1% na UPA I e 17,1% na UPA II), e nas UBS Lagoinha (7,8%) e Leãozinho (6,1%).

5.3.2 Porcentagem de receitas que não apresentam data de prescrição (**Figura 9**, pág. 72).

A média global dessa inadequação foi de 5,8%, sendo mais acentuada na atenção secundária (7,2%) quando comparada à atenção primária (5,3%). Esta inadequação foi observada em 12 das 16 unidades de atendimento e agrupamentos que fizeram parte desta pesquisa, revelando uma importante (37,2%) negligência médica encontrada nas prescrições originadas no HRAD e em menor grau na UPA II (14,1%) e UBS CAIC (13,5%)

5.3.3 Porcentagem de medicamentos prescritos sem posologia expressa adequadamente (**Figura 10**, pág. 72).

A inadequação quanto à posologia pode ser considerada grave (37,3%), ou seja, a cada dez medicamentos prescritos, aproximadamente 4 não apresentam posologia grafada adequadamente. Os índices são mais altos na atenção primária (42,7%) quando comparada à atenção secundária (20,3%). Os valores mais altos foram encontrados na UPA II (60,7%), seguido pela UBS Sebastião Amorim (51,2%), UPA I (51,0%) e HRAD (46,3%). Os índices mais baixos foram obtidos no CAPS (5,1%) e UBS André Luiz (19,1%).

93,0% das prescrições foram de medicamentos prescritos na forma de comprimido (66,9%) ou suspensão/solução (26,1%). Observou-se uma forte associação entre a forma de apresentação do medicamento e a negligência quanto à posologia. Dos medicamentos prescritos sob a forma de comprimido, 83,0% apresentaram concentração e intervalo de administração expressos na receita. Entre os medicamentos prescritos sob a apresentação de suspensão/solução, este índice atingiu apenas 23,8%.

Este achado é relevante, pois, além de ser uma conduta inadequada por si só, embora para muitos medicamentos haja apenas uma concentração disponível no mercado, outros tantos estão presentes em concentrações diversas. A alta incidência de prescrição de paracetamol gotas sem especificar a dosagem foi um exemplo de negligência revelada durante a realização deste trabalho, com possíveis conseqüências clínicas. Nas farmácias, o paracetamol gotas encontra-se disponível nas concentrações de 100mg/ml e 200mg/ml.

5.3.4 Porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento (**Tabela 10**, pág. 73 e **Figura 11**, pág. 73).

A média global de medicamentos prescritos em que foi grafado o período de tratamento foi de 45,8%, não sendo muito diferentes as médias obtidas para a atenção primária (46,6%) e secundária (43,0%).

Para 17,2% das prescrições o período de tratamento não se aplica, por exemplo, nos casos de prescrição de analgésicos. A maior incidência de não aplicabilidade do período de tratamento foi encontrada na atenção primária (20,1%), quando comparada à atenção secundária (8,1%), provavelmente devido à maior freqüência de prescrição de analgésicos na atenção primária.

Para 21,0% dos medicamentos prescritos o período de tratamento pôde ser deduzido pelo número de comprimidos prescritos, embora não se possa considerar essa conduta como aceitável.

É expressiva a negligência ocorrida em 13,1% das prescrições, nas quais os prescritores grafaram na receita somente o número de caixas a serem consumidas pelo paciente. Essa conduta possivelmente tem conseqüências clínicas e econômicas para o paciente, pois, a maioria dos medicamentos é comercializada em caixas com diferentes quantidades de comprimido ou volume. Ao deixar que o período de tratamento seja deduzido pelo número de caixas do medicamento, o prescritor passa para o balconista da farmácia ou para o farmacêutico a incumbência dessa definição e então outros interesses podem entrar em jogo. Essa conduta foi adotada em 12,3% das prescrições de medicamentos na atenção primária e 15,5% na atenção secundária.

Grave é a ausência total de definição do período de tratamento. Em 3,0% das prescrições não foi expresso o período de tratamento e não foi possível dedução do mesmo pelo número de comprimidos ou caixas prescritos, tendo ocorrido em 3,3% das prescrições originadas na atenção primária e 2,1% na atenção secundária.

5.3.5 Porcentagem de medicamentos prescritos para uso contínuo (**Figura 12**, pág. 74).

A média global de medicamentos prescritos para serem usados de forma contínua foi superior a um quarto das prescrições (27,7%), sendo menor na atenção primária (23,9%) quando comparada à atenção secundária (39,6%).

Quanto à atenção primária, a média dos índices apresentados pelas UBS foi de 38,9% e, de forma claramente distinta destas, em concordância com as expectativas, devido às características de atendimento (urgência), a média entre os índices apresentados pelas UPA foi de 3,1%.

Ao analisar os resultados encontrados na atenção secundária, percebe-se um índice muito baixo ocorrido no CAPS (0,6%). Esse achado deve ser interpretado com cautela, pois, a grande maioria dos usuários do programa de saúde mental faz uso de medicamentos por longos períodos de tempo, porém, gerando sempre uma nova receita e nestas não são grafadas expressões equivalentes a “uso contínuo” ou “por seis meses”, critério usado no presente trabalho para classificar o medicamento como de uso contínuo.

Após este esclarecimento quanto ao CAPS, percebe-se que os índices de medicamentos prescritos para uso contínuo na atenção secundária, com exceção do HRAD (14,9%), são muito altos: Clínica de Especialidades (59,7%), UBS Leãozinho (75,0%) e agrupamento “outros” (78,6%).

Esses dados revelam que a quantidade de medicamentos prescritos para serem usados de forma contínua é muito expressiva e, devido ao alto custo que representam para os usuários, surge uma questão a ser levantada: “caso os órgãos públicos não disponibilizem para a população, de forma regular, medicamentos de

uso contínuo, os pacientes não interrompem seus tratamentos, adquirindo-os com recursos próprios?”

Quando se incluem à amostra principal as receitas referentes a retornos para retirar medicamentos de uso contínuo, a média global passa de 27,7% para 50,4%, proporcionando assim um parâmetro que dimensiona o peso dessa modalidade de tratamento que demanda uma grande parte do volume financeiro destinado à assistência farmacêutica pública.

Ao se cruzar os dados obtidos para prescrição de medicamentos para uso contínuo com medicamentos dispensados revelou-se que, quanto à amostra principal esse índice atingiu 77,0% de fornecimento e ao se incluir os retornos, o mesmo passou a 82,8%, revelando-se satisfatório o fornecimento de medicamentos em Patos de Minas destinados a essa modalidade de tratamento.

5.3.6 Porcentagem de consultas cujo total de medicamentos prescritos foi integralmente, parcialmente ou não foi fornecido ao paciente (**Figura 13**, pág. 74).

O perfil dos resultados obtidos utilizando o presente indicador, como não poderia deixar de ser, assemelha-se ao perfil do indicador “Porcentagem de medicamentos prescritos dispensados”, porém, aqui se tem uma noção do fornecimento integral ou não dos medicamentos prescritos durante a consulta médica ou odontológica.

De um total de 1.032 consultas utilizadas para este cálculo, quase a metade (47,1%) dos pacientes receberam na Farmácia Municipal todos os medicamentos prescritos, 344 (33,3%) receberam parte dos medicamentos prescritos e 202 (19,6%) não receberam nenhum dos medicamentos prescritos.

Os resultados obtidos para a atenção primária demonstram que em sete das oito UBS que fizeram parte da amostra, mais de 50% dos usuários receberam todos os medicamentos prescritos na consulta, com destaque para as UBS Alvorada (67,2%) e Brasil (64,8%), enquanto na UBS Lagoinha essa média foi bem próxima dos 50% (49,0%). Quanto às UPA, as maiores porcentagens obtidas foram de fornecimento parcial, atingindo 42,2% na UPA I e 45,5% na UPA II.

Os resultados apresentados pela atenção secundária demonstram situação muito semelhante e com altos índices de fornecimento integral e baixos índices de não fornecimento no CAPS (69,2% e 3,8% resp.) e UBS Leãozinho (70,0% e 3,3% resp.).

Na Clínica de Especialidades e no agrupamento “outros”, os maiores percentuais foram de “fornecimento parcial”, atingindo 44,2% e 50,0% respectivamente.

Chama a atenção o único percentual em que “nenhum dos medicamentos prescritos foi fornecido” foi superior ao “integralmente” ou “parcialmente fornecidos” apresentado pelo HRAD (60,5%), resultado este que reflete o baixo índice de conformidade das prescrições geradas no HRAD tanto com a LMP (46,3%) quanto com a RENAME (43,3%), proporcionando fortes indícios de irracionalidade no momento da prescrição.

Através deste indicador, assim como do indicador “porcentagem de medicamentos prescritos dispensados”, associado às informações quanto à conformidade com a LMP e RENAME, torna-se possível concluir que há setores de atendimentos em que a cobertura de fornecimento é satisfatória, enquanto em outros é precária. É possível deduzir através do cruzamento dessas informações se o não fornecimento é consequência de prescrição inadequada por parte dos profissionais de saúde ou de cobertura desproporcional induzida pela LMP.

Tomando-se por base que administrar implica fazer opções, deduz-se, através dos resultados aqui obtidos, que as opções feitas até então pelos gestores da saúde em Patos de Minas, privilegiam os grupos de medicamentos usados nos programas de saúde mental, diabetes e hipertensão. Diante do relatado, embora se perceba a necessidade de interferências outras, algumas já relatadas anteriormente, parece evidente a necessidade de uma maior cobertura no que tange a fornecimento, através da ampliação da LMP, passando a contemplar um maior número de medicamentos demandados nas UPA e Clínica de Especialidades que se enquadrem nos conceitos de essencialidade e uso racional de medicamentos.

5.4 GRUPOS ANATÔMICOS E TERAPÊUTICOS PRINCIPAIS MAIS PRESCRITOS (Figuras 14, pág. 75 e 15, pág. 76)

Neste trabalho, os medicamentos que fizeram parte da amostra foram classificados segundo a Classificação Anatômica Terapêutica Química quanto ao 1º e 2º níveis de classificação “grupo anatômico principal” e “grupo terapêutico principal”, respectivamente, os resultados mostraram que os medicamentos que fazem parte do grupo anatômico “sistema nervoso central” foram os mais prescritos (25,7%) tanto na atenção primária (22,7%) quanto na secundária (35,1%). Os grupos terapêuticos principais que mais contribuíram neste sentido foram:

Na atenção primária: em 28,9% das consultas realizadas foi prescrito ao menos um analgésico (N02); em 5,1% ao menos um psicoléptico (N05); em 6,6% ao menos um psicoanaléptico (N06) e em 3,7% ao menos um antiepiléptico (N03).

Na atenção secundária: em 17,8% das consultas realizadas foi prescrito ao menos um analgésico (N02); em 34,6% ao menos um psicoléptico (N05); em 15,9% ao menos um psicoanaléptico (N06) e em 7,0% ao menos um antiepiléptico (N03).

Este perfil revela que os analgésicos são mais prescritos na atenção primária, provavelmente devido às características das consultas demandadas nas UPA, porém, a constatação que se entende mais relevante é a expressiva diferença entre as porcentagens de consultas em que se prescreveu ao menos um psicoléptico, psicoanaléptico e antiepiléptico, sendo maiores na atenção secundária, revelando que os medicamentos indicados para transtornos mentais são na sua grande maioria prescritos por especialistas, o que se acredita seja o mais adequado.

O segundo grupo anatômico principal mais prescrito foi “sistema cardiovascular” (16,9%), tanto na atenção primária (15,9%) quanto na atenção secundária (20,0%) Os grupos terapêuticos principais que mais contribuíram neste sentido foram:

Na atenção primária: em 12,0% das consultas realizadas foi prescrito ao menos um diurético (C03); em 9,8% ao menos um agente que atua no sistema renina-angiotensina (C09) e em 4,6% ao menos um agente betabloqueador (C07).

Na atenção secundária: em 11,2% das consultas realizadas foi prescrito ao menos um diurético (C03); em 12,1% ao menos um agente que atua no

sistema renina-angiotensina (C09) e em 5,6% ao menos um agente betabloqueador (C07).

Este perfil revela que os transtornos cardiovasculares são tratados tanto na atenção primária quanto na secundária de forma expressiva (2º maior incidência de prescrição em ambas). A proporção de prescrição de diuréticos, agente que atua no sistema renina-angiotensina e agente betabloqueador é semelhante entre os clínicos e especialistas.

O terceiro grupo anatômico principal mais prescrito foi “antiinfeciosos gerais para uso sistêmico” (11,1%), sendo o terceiro mais prescrito na atenção primária (13,5%) e o sexto na atenção secundária (3,6%). O grupo terapêutico principal que mais contribuiu neste sentido foi “antibacterianos de uso sistêmico (J01)” tendo sido prescrito em 26,0% das consultas realizadas na atenção primária e em 9,3% na atenção secundária.

Estes dados revelam que dos 28,1% de consultas em que se prescreveu ao menos um antibiótico (atenção primária) (**Figura 2**, pág. 68), 26,0% tratou-se de antibacterianos de uso sistêmico. Quanto à atenção secundária, a relação foi 9,8% e 9,3%, respectivamente.

O quarto grupo anatômico principal mais prescrito foi “aparelho digestivo e metabolismo” (11,1%), sendo o quarto mais prescrito na atenção primária (10,1%) e o terceiro na atenção secundária (14,2%). Os grupos terapêuticos principais que mais contribuíram neste sentido foram:

Na atenção primária: em 7,2% das consultas realizadas foi prescrito ao menos um medicamento para distúrbios relacionados à acidez gástrica (A02) e em 2,4% ao menos um medicamento usado em diabetes (A10).

Na atenção secundária: em 9,8% das consultas realizadas foi prescrito ao menos um medicamento para distúrbios relacionados à acidez gástrica (A02) e em 11,7% ao menos um medicamento usado em diabetes (A10).

Ao analisar as porcentagens de consultas em que se prescreve ao menos um medicamento usado em diabetes, percebe-se que os mesmos são mais freqüentemente prescritos por especialistas (11,7% das consultas realizadas na atenção secundária) do que por generalistas (2,4% das consultas realizadas na atenção primária). Acredita-se que muitos dos pacientes que apresentam diabetes podem ser acompanhados por médicos do PSF, não demandando consultas realizadas por especialistas.

A porcentagem de medicamentos prescritos pertencentes aos demais grupos anatômicos principais e os grupos terapêuticos principais mais prescritos por consulta podem ser observados nas **Figuras 14** (pág. 75) e **15** (pág. 76).

O **Anexo 5** apresenta os 40 medicamentos com maior incidência de prescrição na presente pesquisa e as respectivas porcentagens com relação ao total de medicamentos prescritos.

Percebe-se que um número muito limitado de medicamentos (40) correspondeu a 72,7% do total de medicamentos prescritos, enquanto os 27,3% restantes corresponderam a outros 205 medicamentos ou associações.

Observa-se também que somente 8 dos 40 medicamentos mais prescritos não se apresentam sob nenhuma apresentação na LMP. Estes dados revelam que a LMP de Patos de Minas, apesar de contar com um número restrito de medicamentos padronizados, contempla os de maior incidência de prescrição.

6 CONCLUSÕES

6.1 QUANTO AOS INDICADORES DE PRESCRIÇÃO:

A polifarmácia e o uso abusivo de medicamentos na forma injetável não se mostraram problemas relevantes quanto à conduta dos prescritores do SUS de Patos de Minas.

Observou-se alta porcentagem de consultas em que se prescreveu ao menos um antibiótico nas UPA e em duas UBS, onde se obteve índices superiores a 20% de antibióticos por consulta.

A prescrição pelo nome genérico é baixa: 66,0%

A prescrição de medicamentos em conformidade com a LMP é boa, considerando que a LMP de Patos de Minas conta com um número restrito de medicamentos. Porém, quando os prescritores receitam opções diversas dos medicamentos pertencentes à LMP, na maioria das vezes (60,1% dos medicamentos prescritos na atenção primária) fazem opção por medicamentos considerados não essenciais conforme os critérios de elaboração da RENAME 2002.

Quanto ao número de medicamentos prescritos dispensados (63,9% da amostra principal e 70,9% quando se inclui os retornos para retirar medicamentos de uso contínuo), o índice obtido pode ser considerado regular, tendo em vista os resultados obtidos em trabalhos realizados em outros municípios brasileiros.

Aproximadamente 1 em cada 5 usuários (19,6%) não recebem nenhum dos medicamentos prescritos na consulta, enquanto aproximadamente a metade (47,1%) recebem todos os medicamentos prescritos.

Observa-se uma cobertura de fornecimento desproporcional entre as diversas unidades de atendimento. Percebem-se indícios de cobertura deficiente por parte da LMP em alguns setores (UPA e Clínica de Especialidades) e/ou prevalência de prescrição de opções terapêuticas consideradas não essenciais conforme os

critérios da RENAME em outros (HRAD, agrupamento outros da atenção secundária e UPA I).

6.2 QUANTO AO PREENCHIMENTO DAS RECEITAS:

A ausência de identificação do prescriptor através de carimbo ou CRM foi pontual, atingindo índices acima de 3% em apenas 4 das 16 unidades de atendimento e agrupamentos que fizeram parte da presente pesquisa;

A ausência de data de prescrição foi maior que 3% em 7 das 16 unidades, tendo atingido um alto índice no HRAD (37,2%).

A ausência de posologia é grave, atingindo uma média geral de 37,3%, ocorrendo de forma generalizada, com apenas uma unidade apresentando índice abaixo de 19% (CAPS: 5,1%).

É grave também a quantidade de medicamentos prescritos em que o período de tratamento é definido pelo número de caixas prescritas (13,1%) ou não é possível ser definido (3,0%)

É alta a incidência de medicamentos prescritos para serem usados de forma contínua, atingindo 27,7% dos medicamentos prescritos (amostra principal) e quando se inclui os retornos, o índice ultrapassa a metade dos medicamentos prescritos (50,4%), revelando tratar-se de um grupo de medicamentos que provavelmente consome boa parte dos recursos destinados à assistência farmacêutica.

Os grupos anatômicos principais da classificação ATC mais prescritos são: sistema nervoso central, sistema cardiovascular e antiinfeciosos gerais para uso sistêmico, sendo que os medicamentos dos grupos terapêuticos principais mais usados nos programas de saúde mental e no tratamento de diabetes são prescritos em sua grande maioria por especialistas.

7 SUGESTÕES

Os resultados demonstram que é possível discutir questões relacionadas ao uso racional de medicamentos com os prescritores da rede pública municipal. O objetivo seria incorporar este conceito à conduta dos mesmos de forma a conscientizá-los das conseqüências clínicas e econômicas resultantes das prescrições.

Criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) que contribua na promoção do uso racional de medicamentos.

Manter pelo menos um farmacêutico no sistema de saúde com função de monitorar as prescrições apresentadas na Farmácia Municipal e, em parceria com a CFT, o diretor clínico e a vigilância sanitária, analisar as prescrições e buscar alternativas no sentido de promover uma melhor qualidade das mesmas e o cumprimento da legislação vigente.

Realização de estudos que incluam, por exemplo, os indicadores para investigar o uso de antimicrobianos na atenção primária à saúde conforme sugere a OMS (2005a): Porcentagem de casos de pacientes com enfermidades das vias respiratórias superiores ou com diarreia (usualmente de origem viral) tratados com antibióticos.

Estudar a viabilidade de se destinar um recurso orçamentário maior à assistência farmacêutica básica que viabilize um aumento no número de medicamentos da LMP de forma a contemplar de forma mais satisfatória aqueles mais demandados nas UPA e Clínica de Especialidades.

Realização de estudos de forma periódica, por exemplo, a cada 2 anos, utilizando os indicadores do presente trabalho ou outros que a administração pública achar convenientes com o objetivo de monitorar a qualidade das prescrições e a atenção ao paciente, assim como reorientar o serviço.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S. M. S.; VIEIRA TERCEIRO, L. G.; VIEIRA FILHO, J. M.; COUTINHO, K. E. O. M.; CALDEIRA, K. V.; CABRA, L. H. P.; SANTOS, M. C. F.; ABRANTES, P. M.; VALE, S. A.; SOUZA, M. C. Avaliação de prescrições médicas aviadas em centros de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 72-79, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Pesquisa sobre Medicamentos Genéricos. Balconistas**. 2002a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/pesquisas/balconistas2.ppt>>. Acesso em: 13 out. 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Pesquisa sobre Medicamentos Genéricos. Consumidores**. 2002b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/pesquisas/consumidores.ppt>>. Acesso em: 22 out. 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Medicamentos genéricos. Genéricos na Imprensa**. Notícias do dia 18/05/06. 2006a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/noticias/2006/180506.htm>>. Acesso em: 13 out. 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Medicamentos genéricos. Listas**. 2006b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/lista/display.xls>>. Acesso em: 14 out. 2006.

ARRAIS, P. S. D.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Prevalence and determinants of medicines consumption in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2006.

BERMUDEZ, J. Medicamentos genéricos: uma alternativa para o mercado brasileiro. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.368-78,1994.

BERQUO, L. S.; BARROS, A. J. D.; LIMA, R. C.; BERTOLDI, A. D. Utilização de antimicrobianos em uma população urbana. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 239-246, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRASIL. **Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 dez. 1973. Seção 1, p. 13049.

_____. **Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 1976. Seção 1, p. 12647.

_____. **Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977**. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 1977. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16617&word=>> Acesso em: 27 out. 2006 (Versão Consolidada pela Procuradoria da ANVISA).

_____. **Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Seção 1, p.18055.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990c. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=254&word=>. Acesso em: 22 out. 2006.

_____. **Lei n. 9.279, de 14 de maio de 1996**. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 maio 1996a. Seção 1, p. 8.353.

_____. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília, DF; IPEA, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

_____. **Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jan. 1999a. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria n. 6, de 29 de janeiro de 1999.** Aprova a instrução normativa da portaria SVS/MS n. 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o regulamento técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1 fev. 1999b.

_____. **Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Altera a Lei n. 6.360, 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 fev. 1999c. (Versão Consolidada pela Procuradoria da ANVISA).

_____. **Portaria n. 176.** Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 mar. 1999d.

_____. **Resolução n. 391, de 9 de agosto de 1999.** Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 ago. 1999e. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/MEDICAMENTOS/legisla/res-391-99.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2006.

_____. **Relatório da CPI-Medicamentos:** relatório final da comissão parlamentar de inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação dos medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios. Brasília: Câmara dos Deputados; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família.** Brasília, Ministério da Saúde, 2001a. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

_____. **Resolução RDC n. 47, de 28 de março de 2001.** Determina que os medicamentos genéricos registrados ou que vierem a ser registrados junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, devem ter, para facilitar a sua distinção,

em suas embalagens externas, o logotipo que identifica o medicamento genérico, de acordo com as instruções desta Resolução. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 mar. 2001c. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/legis/resolucoes/47_01rdc.htm>. Acesso em: 22 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.084, de 26 de outubro de 2005.** Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS - **DATASUS.** **2006.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/MG/MG_Patos_de_Minas_Geral.xls>. Acesso em 07 nov. 2006.

CARLOS, I. C. C. **O sistema integral de Assistência Farmacêutica no Ceará.** In: Bonfim, J. R. A.; Mercucci, V. L. (eds.). A construção da política dos medicamentos. São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME; 1997. p. 107-37.

CARVALHO, M. C. R. D.; ACCIOLY JUNIOR, H.; RAFFIN, F. N. Representações sociais do medicamento genérico por consumidores residentes em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 653-661, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2006.

COLOMBO, D.; SANTA HELENA, E. T.; AGOSTINHO, A. C. M. G.; DIDJURGEIT, J. S. M. A. Prescribed drugs in attendance sampling at basic health service in Blumenau. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.,** São Paulo, v. 40, n. 4, p. 549-558, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322004000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A saúde na opinião dos brasileiros.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2003.

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF/SP). Fabricantes de genéricos vão à luta. **Rev. do Farm.,** n. 64, p. 22-25, São Paulo, jun.jul. 2003. CRF, 2003.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil.** 2000. 358p. Tese (Doutorado) em Ciências - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2000.

CUNHA, M. C. N.; CASTRO, L. L. C. An evaluation of drug use quality in the municipal health care public services of Campo Grande, Mato Grosso do Sul state, Brasil. [Abstract]. **Boll Chim Farm** 1999, 2:CCLVIII [Apresentado ao 2nd Congress of Pharmaceutical Science, 1999 Mar 27-31; Ribeirão Preto].

DIAS, C. R. C. **Medicamentos genéricos no Brasil de 1999 a 2002: análise da legislação, aspectos conjunturais e políticos.** 2003. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003.

DIAS, C. R. C.; ROMANO-LIEBER, N. S. Generic drug policy implementation in Brazil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1661-1669, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2006.

FEGADOLLI, C. **Avaliação da prescrição médica em pediatria em município do interior do estado de São Paulo, baseada nos indicadores do uso de medicamentos selecionados pela OMS.** 2001. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2001.

FERRANDIZ, J. M. The impact of generic goods in the pharmaceutical industry. **Health Econ.** v.8 , n.7, p. 599-612, 1999.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Normatização da prescrição medicamentosa. In: FUCHS F. D., WANNMACHER L. (eds.). **Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 54-7.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas de população: estimativas para 1º de julho de 2005.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 04 nov. 2006.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (IDH-M) 1991 a 2000.** Disponível em: <http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas_idh.php>. Acesso em: 22 out. 2006.

GIROTTO, E.; SILVA, P. V. Drug prescription in a city of the north of Paraná. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 226-234, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000200009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2006.

GUERRA JUNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A.; GOMES, C. A. P.; MIRALLES, M.; GIRARDI, S. N.; WERNECK, G. A. F.; CARVALHO, C. L. Disponibilidade de

medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 15, n. 3, p. 168–175, 2004.

HERNÁNDEZ, P. J. S. Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores. **Atención Primaria**. v. 18, n. 6, p. 331-338, 1996.

HOGERZEIL, H. V.; BIMBO; ROSS-DEGNAN, D.; LAING, R. O.; OFORI-ADJEI, D.; SANTOSO, B.; CHOWDHURY, A. K. A.; DAS A. M.; KAFLE, K. K.; MABADEJE, A. F. B.; MASSELE, A. Y. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. **The Lancet**. v. 342, p. 1409-1410, 1993.

IMS Health. **Generics take off in Brazil. 2003**. Disponível em: <http://open.imshealth.com/webshop2/IMSinclude/i_article_20030123a.asp>. Acesso em: 13 out. 2006.

KING, D. R.; KANAVOS, P. Encouraging the use of generic medicines: implications for transitions economies. **Croat Med J**. v. 43, n. 4, p. 462-469, 2002.

KOROLKOVAS, A. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; edição 2000/2001. p. 18.28-18.88.

LOPES, A. E. C.; TEIXEIRA, A. C. A.; GURGEL, M. L. F.; MIRANDA, M. C. C. Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil. **INRUD**. 1996; 6 (1): 17.

MACFARLANE, J. Prospective study of aetiology and outcome of adult lower-respiratory -tract infections in the community. **The Lancet**. 1993;341:511-4.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334 p.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. [online]. v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2006.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 2, p.223-230, 2005,.

NISHIJIMA, M; BIASOTO JUNIOR, G. **Os preços dos medicamentos de referência após a entrada dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro.** 2003. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2003/artigos/D29.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia para Boa Prescrição Médica.** Porto Alegre: ARTMED; 1998. Pública, 2006; 40 (1): 191-192: OMS, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BRASIL (OPAS/OMS/MS). Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados:** OPAS, 2005. 260 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/HSE_ASF_REM_1205.pdf>. Acesso em: 22 out. 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **El Uso Racional de Medicamentos.** Informe de la Conferencia de Expertos. Ginebra: OMS, 1985.

_____. **Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud.** Indicadores seleccionados del uso de medicamentos, 1993 (DAP. 93.1): OMS, 1993. 87 p.

_____. **Aspectos destacados en el año 2000 sobre medicamentos esenciales y política farmacéutica.** Ginebra: OMS, 2000. 12 p.

_____. **La globalización, el Acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a los productos farmacéuticos.** Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, n. 3, mar. 2001. 6 p.

_____. **Selección de Medicamentos Esenciales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS.** Ginebra: OMS, n. 4, jun. 2002a. 6 p.

_____. **Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS.** Ginebra: OMS, n. 5, set. 2002b. 6 p.

_____. **Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional.** 2. ed. Ginebra: OMS, 2002c. 83 p.

_____. **Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional.** Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, n. 6, jan. 2003a. 6 p.

_____. **Por una regulamentación farmacéutica eficaz como garantía de seguridad, eficacia y calidad.** Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, n. 7, nov. 2003b. 6 p.

_____. **Boletín de medicamentos esenciales.** n. 32. Ginebra: OMS, 2003c. 24 p.

_____. **Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva.** Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, n. 8, mar. 2004. 6 p.

_____. **La contención de la resistencia a los antimicrobianos.** Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, n. 10, abr. 2005a. 6 p.

_____. **Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS:** 14^a edición. Geneva, 2005b.

PEPE, V. L. E.; TRAVASSOS, C. M. A. **Prescrição Médica.** Rio de Janeiro: Uerj/IMS; 1995. 26 p (Série Estudos em Saúde Coletiva, 111).

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Fundo Municipal de Saúde. 2005a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão, 2005b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. 2005c.

SANTOS, V. **Indicadores selecionados do uso de medicamentos-OMS, no município de Ribeirão Preto-SP.** 1999. 109 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1999.

SANVITO, W. L. A Medicina Tecnocêntrica. **Psiquiatria Geral.** Disponível em: http://www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/med_tecno.htm. Acesso em: 15 jul. 2007.

SIMÕES, M. J. S.; FEGADOLLI, C. **Consumo de medicamentos por prescrição médica na assistência básica à saúde do município de Araraquara – SP.** In: I Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia, Fortaleza, 1996. Programas e Resumos, p.34.

SOLOMON, D. H.; AVORN, J. Coxibs, science and the public trust. Editorial. **Arch Intern Med.** v. 165, p. 158-160, 2005.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Diferenças de preços entre medicamentos genéricos e de referência no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 3, p. 444-449, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **ATC Index, 2004**. Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd/>>. Acesso em: 23 out. 2006.


ZANINI, A. C. **Genéricos** – o médico decide. Dicionário de medicamentos genéricos. Instituto de defesa do usuário de medicamentos e CRF, DF. São Paulo: IPEX, 1999, p.4-5.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DE FRANCA**Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação****CEP - Comitê de
Ética
em Pesquisa****DECLARAÇÃO**

Declaro que o trabalho (**Protocolo nº 188/05**), intitulado “**Avaliação das prescrições atendidas na farmácia municipal de Patos de Minas**”, de autoria de **Nilton Felício**, por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Franca – SP (*registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005*), foi aprovado em reunião realizada em 20 de outubro de 2005.

Franca, 21 de outubro de 2005


Prof. Dr. Dionísio Vinha
Presidente do CEP e Pró-Reitor
Adjunto de Pesquisa e de Pós-Graduação

ANEXO 2



PREFEITURA DE PATOS DE MINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Dr. Eufrásio Rodrigues, 05 - Bairro Centro – CEP: 38.700-050
Telefone: (34) 3822.9641 – FAX:3822.9616 - www.patosdeminas.mg.gov.br - sms_patos@yahoo.com.br

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, **JOÃO BOSCO VINHAL**, RG **M-350.520–SSP/MG**, nascido aos 21/12/42, residente à Rua Juca Mandu nº 48 em Patos de Minas (MG), Tel.: (34) 3821-3657, DECLARO, na condição de Secretário Municipal de Saúde de Patos de Minas, que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: “Avaliação das Prescrições Atendidas na Farmácia Municipal de Patos de Minas” desenvolvido pelo aluno NILTON FELICIO do Curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca, quanto aos seguintes aspectos:

a) Serão avaliadas as prescrições médicas, no momento da dispensação, na Farmácia Municipal de Patos de Minas com o objetivo de levantar dados sobre o quanto os medicamentos prescritos fazem parte da Padronização de Medicamentos do Município e da Rename , a proporção de medicamentos atendidos, a qualidade das prescrições, os grupos farmacológicos mais prescritos e dados sobre o uso racional de medicamentos;

b) Um certo desconforto pode ocorrer se os dados levantados porventura revelarem falhas em determinados setores da assistência farmacêutica e os responsáveis podem se sentir incomodados, porém, estes mesmos dados podem servir para orientar melhorias no serviço a serem implantadas;

c) Trata-se de estudo descritivo quantitativo a ser realizado no momento da dispensação, na Farmácia Municipal de Patos de Minas, MG, utilizando como base metodológica os Indicadores de Avaliação da Assistência Farmacêutica (Cosendey, 2000);

d) Os esclarecimentos necessários podem ser oferecidos antes e durante o curso da pesquisa;

e) O paciente tem a liberdade de se recusar a apresentar a prescrição médica para ser avaliada;

f) Haverá garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-lhe absoluta privacidade;

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente a realização desta pesquisa.

Patos de Minas, 10 de outubro de 2005


João Bosco Vinhal
Secretário Municipal de Saúde
Matr. 10.461 SMS - Patos de Minas

ANEXO 4

Lista de medicamentos padronizados da assistência farmacêutica básica, Patos de Minas, 2005.

Medicamentos que constam da RENAME 2002

Ácido acetilsalicílico	comp	100mg	Haloperidol "C1"	comp	5mg
Ácido acetilsalicílico	comp	500mg	Hidroclorotiazida	comp	50mg
Ácido fólico	comp	5mg	Insulina humana NPH	fr	100UI/ml
Amitriptilina "C1"	comp	25mg	Insulina humana Regular	fr	100UI/ml
Amoxicilina	cap	500mg	Levodopa+Carbidopa "C1"	comp	250mg+25mg
Amoxicilina susp. Oral	fr	250mg/5ml	Levonorgestrel + Etinilestr.	comp	0,15+0,03mg
Benz. procaína+Potássica	fr/amp	400.000UI	Mebendazol	comp	100mg
Benzilpenicilina benzatina	fr/amp	600.000UI	Mebendazol susp. oral	fr	100mg/5ml
Benzilpenicilina benzatina	fr/amp	1.200.000UI	Metildopa	comp	500mg
Benzoato de benzila	fr	25%	Metoclopramida	comp	10mg
Biperideno "C1"	comp	2mg	Metronidazol	comp	250mg
Captopril	comp	25mg	Metronidazol susp.	fr	4%
Carbamazepina "C1"	comp	200mg	Neomicina + Bacitracina	bis	5mg+250UI/g
Clorpromazina "C1"	comp	100mg	Nifedipina	comp	10mg
Dexametasona creme	bis	1mg/g	Nifedipina Retard	comp	20mg
Dexclorfeniramina xpe.	fr	2mg/5ml	Nistatina cr. vag.	bis	25.000UI/g
Diazepam "B1"	comp	10mg	Paracetamol	comp	500mg
Digoxina	comp	0,25mg	Prednisona	comp	5mg
Dipirona gotas	fr	50%	Prednisona	comp	20mg
Eritromicina	comp	250mg	Propranolol	comp	40mg
Eritromicina susp.	fr	125mg/5ml	Sais para reidratação oral	env	27,9g
Fenitoína "C1"	comp	100mg	Salbutamol xpe.	fr	2mg/5ml
Fenobarbital "B1"	comp	100mg	Sulfametoxazol + Trimet.	comp	400mg+80mg
Fenobarbital gotas "B1"	fr	4%	Sulfametoxazol + Trimet.	fr	4%+0,8%
Furosemida	comp	40mg	Sulfato ferroso	comp	40mg
Gentamicina	amp	40mg	Sulfato ferroso gotas	fr	25mg Fe/ml
Gentamicina	amp	80mg	Tamoxifeno	comp	20mg
Glibenclamida	comp	5mg	Verapamil	comp	80mg
Haloperidol "C1"	comp	1mg			

Medicamentos que não constam da RENAME 2002

Aminofilina	comp	100mg	Imipramina	drag	25mg
Cimetidina	comp	200mg	Levomepromazina "C1"	comp	100mg
Diclofenaco	comp	50mg	Prometazina	comp	25mg

ANEXO 5

Porcentagem de incidência dos 40 medicamentos mais prescritos que fizeram parte da amostra da presente pesquisa, Patos de Minas, 2005.		
Medicamento	Incidência	%
Paracetamol	183	8,3
Amoxicilina	103	4,7
Hidroclorotiazida	102	4,6
Captopril	99	4,5
Dipirona	91	4,1
Diazepam	68	3,1
Ácido acetilsalisílico	65	2,9
Dexclorfeniramina	60	2,7
Diclofenaco	54	2,4
Amitriptilina	53	2,4
Cimetidina	51	2,3
Sulfametoxazol + Trimetoprima	50	2,3
Sulfato ferroso	50	2,3
Propranolol	47	2,1
Metronidazol	44	2,0
Mebendazol	42	1,9
insulina	35	1,6
Nifedipina	29	1,3
Nistatina	24	1,1
*Cloreto de Sódio	23	1,0
*Dexametasona (uso sistêmico)	23	1,0
*Omeprazol	23	1,0
Haloperidol	22	1,0
*Nimesulida	21	1,0
Carbamazepina	19	0,9
Fenobarbital	19	0,9
Glibenclamida	18	0,8
Sais para Reidratação	17	0,8
Salbutamol	17	0,8
*Azitromicina	16	0,7
Dexametasona (uso tópico)	16	0,7
Neomicina + Bacitracina	16	0,7
Biperideno	15	0,7
Furosemida	15	0,7
*Betametazona	13	0,6
Metoclopramida	13	0,6
*Norfloxacin	13	0,6
*Cefalexina	12	0,5
Levonorgestrel + Etinilestradiol	12	0,5
Clorpromazina	11	0,5
Total	1.604	72,7

* Medicamentos que não são padronizados em nenhuma das formas farmacêuticas

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)