

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

NÁDJA MARA DE SOUSA LOPES

**DESENVOLVIMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO
MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE, 2008**

FORTALEZA

2008

NÁDJA MARA DE SOUSA LOPES

**DESENVOLVIMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO
MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE, 2008**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de Concentração Farmácia Clínica, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Farmácia Clínica.

Orientadora: Professora Dra. Helena Lutécia Luna Coelho.

FORTALEZA

2008

L854d Lopes, Nádja Mara de Sousa

Desenvolvimento de indicadores de qualidade da prescrição médica em atenção primária de saúde em Fortaleza-CE, 2008/
Nádja Mara de Sousa Lopes. – Fortaleza, 2008.

136 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Prescrição médica 2. Indicadores de Qualidade I. Coelho, Helena Lutécia Luna (orient.). II. Título.

CDD 615.1

NÁDJA MARA DE SOUSA LOPES

**DESENVOLVIMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO
MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE, 2008**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de concentração Farmácia Clínica, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Farmácia Clínica.

Dissertação aprovada em ____/____/____ às ____ horas.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dr. Jorge Luís Nobre Rodrigues
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dra. Míriam Parente Monteiro - Suplente
Universidade Federal do Ceará - UFC

Aos médicos e pacientes que gentilmente
participaram deste estudo.

Aos meus pais, Lopes e Luciene, pelo amor a mim
dedicado.

Aos meus irmãos, Thiago, Pedro e Felipe,
simplesmente por serem especiais.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, quem me deu força em todos os momentos;

À Professora Dra Helena Lutécia Luna Coelho, a quem eu aprendi a admirar.

Aos médicos participantes do consenso, em especial à Dra Kilma Wanderley Lopes Gomes, por colaborarem em uma das fases da pesquisa.

Aos colegas da Célula de Assistência Farmacêutica – CELAF: Analice Carvalho, Elaine e Pyter, por me atenderem tão prontamente.

Aos estudantes de Farmácia, colaboradores na coleta de dados: Cícera Liege Máximo de Oliveira, Iana Lara Sales Fernandes, Luiz Henrique Portácio, Luís Davi, Jocênio Crisóstomo e Germano Paulino Dias.

A todos os amigos fantásticos que fiz neste mestrado em especial: Alex Ferreira de Oliveira, Alcidésio Sales de Souza Jr, Elton da Silva Chaves, Érika Lizette, Ana Rachel Freitas Correia, Ana Cláudia Passos e Ana Graziela da Silva Pereira.

Ao Tio José Patrício Pereira Melo e a amiga Aryanne Mesquita Cordeiro por me ajudarem na revisão do texto.

À Raimundinha Gomes dos Santos, secretária do mestrado.

Ao Djanilson Barbosa dos Santos, pelos alertas dados durante a fase de coleta e análise dos dados.

Às Instituições de Saúde, que permitiram a coleta de informações para a realização deste trabalho.

À FUNCAP pela concessão da bolsa de mestrado e ao CNPq pelo apoio financeiro durante o período de elaboração deste trabalho.

“Você precisa fazer aquilo que pensa que não é capaz de fazer.”

(Eleanor Roosevelt)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prescrição médica é o principal determinante do uso de medicamentos e contribui para a efetividade da atenção à saúde, agravos relacionados aos medicamentos e para os gastos públicos em saúde. A avaliação da qualidade da prescrição tem sido compreendida como uma estratégia para sua melhoria.

OBJETIVO: Desenvolver e testar indicadores de qualidade da prescrição (IQP) médica em atenção primária de saúde (APS) no município de Fortaleza-CE.

METODOLOGIA: Revisão da literatura em bases de dados indexadas. Seleção, adaptação e listagem dos IQP; convite aos prescritores da APS e distribuição de material para leitura crítica; oficina de consenso com prescritores pela Técnica do Consenso Informal (TCI); aplicação dos indicadores pactuados a uma amostra das prescrições em APS em Fortaleza no período de janeiro a fevereiro de 2008. Foram identificados na literatura 99 IQP, dos quais 43 foram excluídos obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Os demais foram adaptados à realidade investigada e aos objetivos do estudo obtendo-se 59 indicadores que foram classificados em dois grupos: Indicadores dos processos gerais da prescrição (10) e Indicadores orientados ao medicamento (49). Um texto explicativo acompanhado da listagem dos IQP foi distribuído aos prescritores com 7 dias de antecedência e trazido para discussão em grupo, seguida de plenária de consenso, moderada pelas pesquisadoras.

RESULTADOS: Participaram do consenso 17 prescritores (9 mulheres), idade média de 38 anos. Destes, 35,29% graduaram-se entre 1999 e 2007. Seis eram preceptores (3 mestres) e 11 residentes em medicina da família (6 especialistas). A média de atuação no serviço público era de 10 anos. Durante a plenária, o grupo consenso decidiu aceitar todos os IQP pré-selecionados e acrescentaram mais seis. Os indicadores dos aspectos gerais da prescrição foram mais simples de calcular e interpretar, enquanto os indicadores orientados ao medicamento apresentaram maiores dificuldades devido à ausência de requisitos técnicos na prescrição que dificultaram a aplicação. Todavia após aplicação dos IQP foi possível conhecer o perfil da prescrição médica de Fortaleza. Os indicadores foram aplicados a uma amostra das prescrições (N=624, sendo 30 por unidade de saúde), envolvendo 1582 itens de medicamentos prescritos e uma média de 2,52 medicamentos por prescrição. 87% dos medicamentos prescritos pertenciam a lista padronizada do município, sendo o paracetamol o mais freqüente. A prescrição por denominação genérica aconteceu em 90,6% dos casos. 2,1% das prescrições

possuíam injetáveis ou psicotrópicos e 8,3% das prescrições eram injustificáveis. Em média o gasto por prescrição foi de R\$ 2,40. A prevalência dos grupos terapêuticos analisados foi: 22,8% - anti-hipertensivos, 8,81% - antiagregante plaquetário, 6,57% antidiabéticos, 8,17% - anti-secretores, 27,08% - analgésicos, 22,25% - antibióticos.

CONCLUSÃO: Através da TCI foi possível elaborar um sistema de indicadores capazes de avaliar a prescrição médica em APS. Esses IQP darão suporte ao profissional farmacêutico para realizar avaliações periódicas e planejarem intervenções necessárias, no sentido de aperfeiçoar cada vez mais a prescrição tendo em vista o benefício dos pacientes.

Palavras-chave: Prescrição médica, Indicadores de Qualidade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The medical prescription is the main determinant of the use of medicines and contributes to the effectiveness of the health care, offences related to medicines and for the public costs in health. The evaluation of the quality of the prescription has been considered as a strategy to achieve its improvement.

OBJECTIVE: Develop and test indicators of quality of the medical prescription (IQP) in primary health care (PHA) in the municipal district of Fortaleza-CE.

METHODOLOGY: Revision of the literature in bases of indexed data. Selection, adaptation and listing of IQP; invitation sent to the doctors of PHA and material distribution for critical reading; consensus workshop with doctors using technique of the informal consensus (TIC); application of agreed indicators to a sample of the prescriptions in PAH in Fortaleza in the period of January to February 2008. 99 IQP were identified in the literature, of which 43 were excluded according to the criteria of inclusion and exclusion. The others were adapted to the reality investigated and the objectives of the study resulting in 59 indicators that were classified into two groups: indicators of processes of the general prescription (10) and targeted drug indicators (49). An explanatory text added of a list of IQP was distributed to prescribers 7 days in advance and brought to discussion groups, followed of full consensus, moderated by the researchers.

RESULTS: Seventeen prescribers had participated of the consensus (9 women), average age 38 years. Among these, 35.29% graduated between 1999 and 2007. Six of them were preceptors (3 masters) and 11 residents in family medicine (6 experts). The average performance in the public service was 10 years. During the session, the consensus group decided to accept all IQP pre-selected and added six more. The indicators of the general aspects of the prescription was simple to calculate and interpret, while indicators targeted drug showed greater difficulties due to lack of technical requirements in the prescription that hampered the implementation. However after applying the IQP was possible to know the profile of the medical prescription in Fortaleza. The indicators were applied to a sample of prescriptions (N = 624, being 30 per health unit), involving 1,582 items of prescribed drugs and an average of 2.52 drugs per prescription. 87% of prescribed drugs were the standard list

of the municipality, the paracetamol as being the most frequent drug. The prescription by generic denomination occurred in 90.6% of cases. 2.1% of prescriptions had injected drugs or psychotropics and 8.3% of prescriptions were unjustifiable. On average the cost per prescription was R \$ 2.40. The prevalence of treatment groups was analyzed: 22.8% - antihypertensives, 8.81% - platelet aggregation inhibitor, 6.57% - antidiabetics, 8.17% - antiulcer, 27.08% - analgesics, 22.25 % - antibiotics.

CONCLUSION: Through the TCI it was possible to devise a system of indicators able to evaluate the prescription in APS. These IQP will support the professional pharmacist to conduct periodic assessments and to plan necessary interventions, in order to improve prescribe aiming at the benefit of patients.

Keywords: Medical prescription. Quality Indicators.

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição por idade dos prescritores participantes da oficina de consenso que escolheram indicadores da prescrição médica em APS em Fortaleza, 2007.....	54
2	Distribuição dos prescritores participantes da oficina de consenso que escolheram indicadores da prescrição médica em APS em Fortaleza por ano de formação, 2007.....	55
3	Distribuição dos prescritores participantes da oficina de consenso que escolheram indicadores da prescrição médica em APS em Fortaleza, por tempo de atuação no serviço público, 2007.....	55
4	Frequência da população atendida em Unidades de Saúde de Fortaleza- CE, segundo faixas etárias do SIAB, 2008.....	68
5	Principais percepções positivas dos pacientes em relação à consulta médica realizada por prescritores da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	70
6	Principais percepções negativas dos pacientes em relação à consulta médica realizada por prescritores da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	70
7	Frequência de pacientes que entendiam a indicação dos medicamentos prescritos em APS em Fortaleza-CE, 2008.....	71
8	Frequência de pacientes que entendiam o modo de usar dos medicamentos prescritos em APS em Fortaleza-CE, 2008.....	71
9	Motivos mais frequentes de consulta da população atendida segundo grupos ICPC-2.....	72
10	Indicadores que relacionam aspectos gerais da prescrição	73
11	Relação de medicamentos prescritos com frequência igual ou superior a 10.....	74
12	Relação de medicamentos frequentemente prescritos que não estão incluídos na lista de medicamentos padronizados do município	75
13	Descrição quantitativa dos requisitos técnicos necessários em prescrição	

	médica, em APS em Fortaleza, 2008.....	77
14	Custo médio da prescrição médica em APS em Fortaleza por faixa etária, 2008.....	77
15	Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M1 a M5 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	78
16	Indicadores de prescrição aplicados a prescrições das Unidades de Saúde de Fortaleza-CE por faixas etárias.....	79
17	Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M6 a M14 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	80
18	Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M17 a M21 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	82
19	Indicadores de prescrição aplicados às prescrições das Unidades de Saúde de Fortaleza-CE por faixas etárias.....	82
20	Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M22 a M26 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	83
21	Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M31 a M33 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	84
22	Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M36 a M39 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	85
23	Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M45 e M46 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.....	87

LISTA DE FIGURAS

1	Fatores que afetam o comportamento do prescritor.....	31
2	Fluxograma de operacionalização de atividades da pesquisa.....	40
3	Mapa de Fortaleza - Bairros e Regionais	41
4	Sorteio das unidades de saúde selecionadas para coleta definitiva.....	50
5	Reunião de consenso com prescritores que atuam na APS em Fortaleza, 2007.....	54

LISTA DE QUADROS

1	Unidades de Saúde sorteadas para coleta de dados.....	51
2	Indicadores adicionados pelo grupo consenso para complementar a descrição do perfil da prescrição médica em APS em Fortaleza – CE, 2007	67
3	Associações de fármacos de mesmo grupo terapêutico presentes nas prescrições em APS de Fortaleza, 2008.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

1	Distribuição dos entrevistados nas Unidades de Saúde de Fortaleza, por anos de estudo.....	69
2	Distribuição dos entrevistados nas Unidades de Saúde de Fortaleza, por renda familiar.....	69
3	Requisitos técnicos analisados para construção do Indicador G8: Percentual de prescrições que atendem a legislação específica referente à prescrição médica.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária de Saúde
AINE	Antiinflamatório Não - Esteroidal
CFF	Conselho Federal de Farmácia
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DDD	Dose Diária Definida
DHD	Dose Diária Definida por 1000 habitantes
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FDA	<i>Food and drug administration</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBP	Inibidores da Bomba de Prótons
IFPMA	<i>International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations</i>
ICPC-2	Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição
INRUD	<i>International Network of Rational Use of Drugs</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SAME	Sistema de Arquivo Médico e Estatística
SER	Secretaria Executiva Regional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TGN	Técnica do Grupo Nominal
URM	Uso Racional de Medicamentos
U.S.	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	Avaliação da qualidade da prescrição médica	20
1.1.1	Indicadores de prescrição médica.....	22
1.2	Técnicas de consenso	23
1.2.1	Técnica do Grupo Nominal (Consenso Informal).....	23
1.2.2	Consenso desenvolvido em conferência.....	24
1.2.3	Indicadores derivados de diretrizes.....	24
1.2.4	Técnica Delphi.....	25
1.2.5	Método Rand.....	25
1.3	Técnicas de validação de indicadores	26
1.3.1	Validade de conteúdo.....	26
1.3.2	Validade de construção.....	26
1.3.3	Validade de critério.....	27
1.4	A prescrição médica	27
1.4.1	Por que avaliar a prescrição médica?.....	29
1.4.2	Fatores que influenciam o ato de prescrever.....	31
1.5	Atenção primária de saúde – APS	33
1.5.1	Uma revisão histórica.....	33
1.5.2	Definição e características da APS.....	35
1.5.3	O Programa de Saúde da Família (PSF) em Fortaleza.....	37
2	OBJETIVOS	39
2.1	Geral	39
2.2	Específicos	39
3	METODOLOGIA	40
3.1	Desenho do estudo	40
3.2	Local do estudo	40
3.3	Desenvolvimento de indicadores	41
3.3.1	Levantamento e seleção de indicadores publicados.....	41
3.3.2	Critérios de seleção para os indicadores.....	42
3.4	Observação de campo	42
3.4.1	Procedimento referente às prescrições internas.....	44
3.4.2	Procedimento referente às prescrições externas.....	44
3.5	Produção do texto-base para oficina de consenso	45
3.6	Oficina e consenso dos indicadores	46
3.6.1	Seleção do grupo consenso.....	46
3.6.2	Realização da oficina.....	46
3.7	Aplicação dos indicadores de prescrição a uma amostra de prescrições em APS	47
3.7.1	Preparo do instrumento para coleta de dados.....	47
3.7.2	Cálculo da amostra para teste dos indicadores de prescrição propostos em	

consenso.....	48
3.7.3 Critérios para seleção da amostra.....	49
3.7.3.1 Critérios de inclusão.....	49
3.7.3.2 Critério de exclusão.....	49
3.7.4 Seleção das Unidades de Saúde.....	49
3.7.4.1 Estudo piloto.....	49
3.7.4.2 Coleta definitiva.....	50
3.7.5 Requisitos para orientar a obtenção de dados da prescrição.....	52
3.8 Análise estatística.....	53
3.9 Procedimentos éticos.....	53
4 RESULTADOS.....	54
4.1 Perfil do grupo consenso.....	54
4.2 Consenso dos indicadores.....	56
4.2.1 Avaliação da oficina.....	67
4.3 Validação dos indicadores / Análise do perfil das prescrições de Fortaleza.....	67
4.3.1 Perfil dos entrevistados.....	67
4.3.2 Perfil das consultas médicas.....	70
4.3.3 Perfil da prescrição após aplicação dos indicadores de prescrição.....	73
5 DISCUSSÃO.....	89
6 CONCLUSÕES.....	102
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES.....	112
ANEXO.....	136

1 INTRODUÇÃO

1.1 Avaliação da qualidade da prescrição médica

O termo “qualidade” vem do latim *Qualitas*, termo geralmente empregado para significar "excelência" de um produto ou serviço. Observa-se qualidade em um serviço quando este atende as expectativas do usuário em termos do tempo de resposta e da qualidade, muitas vezes própria do serviço que está sendo provido.

Donabedian (1990) afirma que para definir qualidade é necessário inicialmente conhecer seus objetivos. Para se ter qualidade em saúde, por exemplo, é preciso manter e restaurar a saúde que é conseguida com intervenções que se julguem eficazes, efetivas e a baixo custo.

Referindo-se à prescrição médica, ela é dita de qualidade quando é feita de forma racional. Para Baos (1999), é preciso maximizar a efetividade, minimizar os riscos e custos e respeitar a opinião dos pacientes.

Para maximizar a efetividade é necessário modificar o curso natural da doença diminuindo sua morbi-mortalidade. Para isso deve-se evitar medicamentos de eficácia não comprovada, com indicações duvidosas ou de baixa evidência clínica. Associado a isso se tem a necessidade de minimizar os riscos. Estes se referem ao aparecimento de efeitos graves ou mesmo efeitos adversos leves e transitórios que podem contribuir para o não cumprimento terapêutico e ser causa de abandono de medicamentos necessários e adequados. Daí a importância de se discutir com o paciente os objetivos do tratamento, a eficácia esperada, os problemas que podem surgir e definir alternativas em caso de fracasso.

Conhecido o conceito de qualidade de prescrição é necessário definir avaliação: “Ato ou efeito de avaliar. Valor determinado pelos avaliadores.” (FERREIRA, 1993).

Avaliação é segundo Silver (1992, p. 198) *apud* Cosendey (2000):

Um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos. É uma ferramenta orientada para a ação e aprendizagem. É um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões.

Nenhuma avaliação é possível sem a existência de critérios e padrões. Os critérios são os indicadores. Os padrões são definidos como um nível de referência de qualidade a serem alcançados, são declarações quantitativas que permitem especificar a magnitude e a frequência. Através dos critérios e padrões os conceitos mais gerais de qualidade podem traduzir-se em ferramentas e medidas que podem oferecer ao gestor um instrumento de trabalho que facilite o alcance de propósitos de estratégias. (DONABEDIAN, 1990; BRASIL, 2005).

Os indicadores, por sua vez, são parâmetros que medem a diferença entre a situação desejada e a situação atual. Quantificam um processo / atividade e fornecem referência para coleta de dados e evidências para os propósitos da avaliação. São utilizados para acompanhar e avaliar o cumprimento de metas. Na saúde, os indicadores permitem a realização do diagnóstico e o acompanhamento da situação de saúde de uma comunidade. Eles traduzem em uma linguagem numérica, objetiva e clara o nível de saúde de uma população, estimula uma análise mais profunda e detalhada de situações específicas e orientam medidas a serem tomadas posteriormente.

O indicador está associado ao objetivo e deve possibilitar mensuração dos resultados alcançados, é geralmente representado como uma relação ou taxa entre variáveis associadas sobre as quais se pretende atuar.

Quando após aplicação de um indicador os eventos fogem aos padrões, é necessário ser feita uma análise no intuito de melhorar o processo ou resultado. Daí a importância que a qualidade dos dados seja alta, pois pode interferir no diagnóstico do processo ou resultado (CASTRO, 2000).

Bons indicadores apresentam os seguintes requisitos básicos:

- Clareza - o indicador é compreensível, de fácil aplicação e cálculo durante o momento da avaliação.
- Utilidade - o indicador reflete uma importante dimensão de desempenho.
- Mensurabilidade - o indicador pode ser definido em termos quantitativos ou qualitativos.
- Confiabilidade - o indicador permite a avaliação através do tempo e entre diferentes observadores.

- Validade - o indicador realiza uma medida verdadeira do que se quer medir.

Estas características permitem maior adesão e aplicabilidade pelos profissionais de saúde na rotina de um sistema ou serviço.

Como é difícil descrever um cenário com um único indicador, é importante utilizar um conjunto de indicadores durante a prática da avaliação (BRASIL, 2005).

1.1.1 Indicadores de prescrição médica

A Organização Mundial de Saúde - OMS recomenda, para o estudo sobre o uso de medicamentos, sobretudo na atenção primária, alguns indicadores básicos. Estes indicadores, quando relacionados à prescrição, compreendem: número médio de medicamentos por consulta, porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, porcentagem de consultas em que se prescrevem um medicamento injetável e porcentagem de medicamentos prescritos que pertencem à lista de medicamentos essenciais. Eles mostram as práticas gerais de prescrição com independência dos diagnósticos específicos.

O Guia da Boa Prescrição (2001) ainda reforça que uma maneira de se saber se existem problemas relacionados à prescrição em determinado país é fazer um simples inquérito sobre o uso de medicamentos, utilizando os indicadores padronizados pela OMS para investigar o uso de medicamentos em unidades de saúde. Como regra geral o número médio de medicamentos por prescrição deve ficar abaixo de dois, menos de 30% das prescrições devem incluir um ou mais antibióticos e menos de 10% das prescrições devem incluir um ou mais injetáveis. Ocorrendo de um destes indicadores básicos alcançarem um valor alto, provavelmente existem problemas de prescrição e maiores investigações são justificadas.

A literatura científica, no entanto, mostra que vários estudos foram realizados com o objetivo de identificar indicadores da qualidade da prescrição, dentre eles: Bateman *et al.*, (1996); Campbell *et al.* (2000); Gómez-Castro *et al.* (2003) e Parra *et al.* (2006). Estes indicadores em geral são resultado de consenso envolvendo médicos e/ou farmacêuticos. Esses estudos destacam alguns fatores considerados importantes na tomada de decisão por escolher um indicador, entre eles: a experiência no serviço e fatores que influenciam o ato de

prescrição. Indicadores centrados no fármaco, por exemplo, tinham maior consenso no grupo de decisão, no entanto, estes concordavam que conhecer o diagnóstico da doença a ser tratada era algo essencial para avaliar a qualidade da prescrição.

Porém faz-se necessário proceder a validação formal desses indicadores através de técnica adequada.

1.2 Técnicas de consenso

A maneira adequada de desenvolver indicadores de prescrição é lançar mão de um método de pesquisa sistemático. Os indicadores assim criados possuem alta credibilidade porque são baseados em evidências, usam diretrizes e ainda possibilitam combinar a evidência com a opinião profissional.

Para o desenvolvimento de indicadores pode-se fazer uso dos seguintes métodos sistemáticos: Conferências para Desenvolvimento de Consenso; Indicadores Derivados de Diretrizes; Método Delphi; Método Rand e Técnica do Grupo Nominal ou Método do Consenso Informal. Estes métodos têm etapas semelhantes na sua estruturação e geram um processo metodologicamente validado (FERNANDES *et al.*, 2006). O Consenso Informal é o único a utilizar um grupo que não necessariamente seja de especialistas na área. É uma técnica simples de se realizar, pois se cria uma situação em que é facilitada a expressão das opiniões pessoais sem restrições e que produzem resultados fáceis de analisar (PARRA *et al.*, 2006). Segue-se uma descrição breve dessas técnicas:

1.2.1 Técnica do Grupo Nominal (Consenso Informal)

A Técnica de Grupo Nominal - TGN é uma técnica de pensamento divergente-convergente para a produção individual e silenciosa de idéias, para discussão e esclarecimento em grupo, bem como para priorização das idéias por meio de votação independente. Esta técnica acontece de modo altamente estruturado, permitindo que ao final da reunião de consenso se obtenha um bom número de conclusões sobre as questões planejadas. A TGN é assim denominada porque, durante a sessão, o grupo tem uma interação maior do que a que costuma ter em um trabalho de equipe e assim pode rapidamente chegar a um consenso.

Neste método, um grupo de especialistas (ou não) reúnem-se, e com o auxílio de um moderador são convidados a sugerir ou priorizar uma série de questões relacionadas ao motivo do consenso. Inicialmente, cada membro do grupo consenso deve fazer juízos anônimos e independentes. Em seguida esses juízos são reunidos, registrados e discutidos em grupo. Depois da discussão aberta, cada membro, em forma privada, emite um juízo a mais, provavelmente influenciado pela discussão precedente. É a tabulação final deste segundo juízo que determina a natureza e o grau de consenso.

A TGN tem como vantagens: reduzir a probabilidade de aparecimento de conflitos; permitir que apareçam novas idéias; considerar a opinião de minorias, pois facilita a expressão das mesmas. Ao final da reunião todos os componentes do grupo participam de forma equilibrada e é possível obter várias conclusões sobre as questões planejadas.

1.2.2 Consenso desenvolvido em conferência

Um grupo de aproximadamente dez pessoas especialistas da área é convidado para participar de uma conferência. A eles serão apresentadas as evidências pesquisadas por indivíduos que não fazem parte do grupo de decisão. O grupo selecionado discute estas evidências e produz a indicação do consenso. Ao contrário das outras técnicas, entretanto, estas conferências usam métodos implícitos que agregam julgamentos individuais e estes julgamentos são pré-determinados utilizando combinações matemáticas.

Esta técnica não é muito utilizada porque é cara e há pouca evidência de seu efeito na prática clínica ou em resultados com pacientes.

1.2.3 Indicadores derivados de diretrizes

Os indicadores são baseados em diretrizes clínicas. Constituem recomendações para a prática clínica, sendo desenvolvidos por especialistas. Possuem maior ou menor evidência clínica dependendo dos estudos científicos acessados, opiniões de especialistas ou peritos, exigências de órgãos governamentais e outras agências de regulamentação.

1.2.4 Técnica Delphi

De acordo com Linstone e Turoff (1975, p.3) citado por KAYO *et al* (1997), o Delphi é “um método para estruturar um processo de comunicação grupal de maneira que o processo é efetivo em permitir a um grupo de indivíduos, como um todo, a lidar com um problema complexo”.

Neste método ocorre a aplicação sucessiva de questionários a um grupo de especialistas ao longo de várias rodadas. O envio desses questionários pode ser por correio (meio convencional), e espera-se o seu retorno, ou em tempo real, com uso de computadores interligados em rede. No intervalo de cada rodada são feitas análises estatísticas das respostas e o resultado é compilado em novos questionários que, por sua vez, são redistribuídos ao grupo. O objetivo é tentar obter o mais confiável consenso entre os especialistas, embora nem sempre isso seja possível ou desejável.

Esta técnica tem a vantagem de permitir que um grande grupo seja consultado, embora a grande quantidade de pessoas e diferentes pontos de vista inviabiliza o debate face a face.

A técnica Delphi tem sido muito utilizada para desenvolver indicadores de prescrição e indicadores de qualidade com usuários e pacientes.

1.2.5 Método Rand

Esta técnica requer uma revisão sistemática de indicadores da literatura e a seleção de especialistas na área. Monta-se um questionário que será enviado para os especialistas onde se pede para eles identificarem as evidências e, preliminarmente, avaliar os indicadores. Posteriormente é feita uma reunião com esses especialistas onde os mesmos discutem os indicadores em conjunto.

Esta técnica combina então característica da técnica Delphi e do Grupo Nominal.

1.3 Técnicas de validação de indicadores

A validade é um dos critérios para se avaliar a qualidade de um instrumento. Um instrumento é dito validado quando se mostra apropriado para mensurar o que se propõe a medir, ou seja, quando se submete um instrumento à validação, o que na verdade se valida é o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado (KELSEY *et al.*, 1996 *apud* MENEZES, 2000; PERROCA, 2004; HERMIDA *et al.*, 2006).

A validação é um processo complexo que deve ser feito utilizando metodologias bem específicas que demonstram formalmente a fiabilidade e consistência do instrumento (MARIA, 2005). O processo pode ser realizado por três métodos: validade de conteúdo, validade de construção e validade de critério.

1.3.1 Validade de conteúdo

A técnica consiste numa análise minuciosa do conteúdo do instrumento, com objetivo de verificar e assegurar se os ítems propostos constituem uma amostra representativa do assunto que se deseja medir.

Para esta proposta inicial é necessário uma fundamentação teórica (realizada através de uma revisão na literatura do assunto em questão), seguida do processo em si com o julgamento de especialistas. Neste momento, pode-se sugerir a retirada, acréscimo ou modificações dos itens propostos inicialmente. Trata-se, dessa forma, de um julgamento quanto à clareza e compreensibilidade. A validade do conteúdo só acontece quando existe consenso entre o comitê de especialistas. (HERMIDA *et al.*, 2006; FERNANDES *et al.*, 2006).

1.3.2 Validade de construção

Esse conceito refere-se à demonstração de que o instrumento de validação realmente mede aquilo que se propõe a medir. As evidências necessárias para esse tipo de validação são obtidas fazendo-se uma série de estudos inter-relacionados, visando a verificação empírica, por meio de testes estatísticos e das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas.

1.3.3 Validade de critério

Refere-se ao grau em que os escores de um instrumento estão correlacionados a algum critério externo, similar a um “padrão ouro” na classificação diagnóstica, considerado adequado para ser usado como critério de validade. A validade de critério é dita “preditora” ou “preditiva” - quando um instrumento é capaz de prever (predizer ou estimar) algum critério observado em um momento futuro; e concorrente, concomitante ou simultânea - quando os escores de um instrumento estão correlacionados a algum critério externo, mensurado simultaneamente (CHAMPAGNE et al., 1985; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997b; STREINER; NORMAN, 1989; POLIT; HUNGLER, 1995; ABRAMSOM, 1990 *apud* COSENDEY, 2000).

1.4 A prescrição médica

A prescrição de um medicamento é o “ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica”. (BRASIL, 1998, p. 37).

Katzung (2003, p. 957) afirma que “a prescrição é uma ordem médica para preparar ou fornecer um tratamento específico, geralmente medicação, para determinado paciente” ou ainda, “uma ordem escrita dirigida ao farmacêutico, definindo como o fármaco deve ser fornecido ao paciente, e a este, determinando as condições em que o fármaco deve ser utilizado” (FUCHS, 2004, p. 87).

A prescrição, é possível observar, funciona como um elo que une o prescritor, o farmacêutico e o paciente. Isto porque durante a avaliação e diagnóstico de um problema clínico, a abordagem terapêutica frequentemente tomada consiste em uma terapia farmacológica exigindo a presença da prescrição. Cada passo do processo de decisão, frente a um tratamento, deve ser discutido com o paciente. Se este compreende bem as orientações médicas e se a prescrição for feita da forma mais clara possível, haverá maior facilidade na adesão ao tratamento. E o fluxo de informação iniciada na consulta médica continua na farmácia - onde o farmacêutico ao receber a prescrição médica e conhecer o fármaco que deve ser dispensado - esclarece as informações que foram repassadas pelo prescritor e ainda é

capaz de ao analisar o receituário, constatar alguma incongruência que pode ser modificada junto ao prescritor. (PEPE, OSÓRIO DE CASTRO, 2000; KATZUNG, 2004; DUNCAN, 2006). A Resolução 308/97, que dispõe sobre a assistência farmacêutica em farmácias e drogarias e a Resolução 357/01, que aprova as Boas Práticas de Farmácia, do Conselho Federal de Farmácia (CFF) normatizam essa regulamentação (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

Verifica-se que o processo de dispensação e prescrição são praticamente realizados em conjunto, e que feitos de maneira adequada garantem uma terapia adequada associada a um uso racional.

A prescrição de fármacos é normatizada no país pelas leis federais 5.991/73 e 9.787/99 e pela resolução nº 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, que definem as boas práticas de prescrição médica, quais sejam:

- A prescrição deve ser escrita à tinta ou impressa, de forma clara, sem rasuras observando a nomenclatura e sistema de pesos e medidas oficiais.

- Evitar abreviaturas e siglas para designar formas farmacêuticas, via de administração, quantidade ou intervalos de dose.

- Usar receituário apropriado para classe do fármaco prescrito.

- A prescrição deve ser assinada claramente e acompanhada do carimbo do prescritor.

- Uma prescrição deve conter no máximo três fármacos diferentes, a menos que sejam receitas magistrais. Isso evita que o paciente se confunda.

- A validade da receita é de 30 dias a partir da data de emissão.

Uma receita adequada deve ter as seguintes partes:

- Cabeçalho: nome, endereço, telefone, instituição e número de cadastro do profissional.

- Superinscrição: nome e endereço do paciente que receberá o medicamento, idade (quando pertinente) seguido do símbolo Rx ou “uso interno” ou “uso externo”.

- Inscrição: nome do fármaco, forma farmacêutica e sua concentração.

-Subinscrição: a quantidade a ser fornecida. No caso de controlados essa quantidade deve ser expressa em algarismos arábicos, escritos por extenso, entre parênteses.

-Adscrição: é composta pelas orientações do profissional para o paciente.

-Data e assinatura.

1.4.1 Por que avaliar a prescrição médica?

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985), diz que o Uso Racional de Medicamentos (URM) acontece quando os “pacientes recebem medicamentos apropriados à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade”.

Para promoção do uso racional a Política Nacional de Medicamentos (PNM) recomenda atenção especial ao receituário médico, principalmente ao nível ambulatorial no tratamento de doenças prevalentes. Além de educação dos usuários frente aos riscos de automedicação, da interrupção e troca de medicamento prescrito, bem como a necessidade da receita para dispensação de medicamentos tarjados (BRASIL, 1998).

No Brasil, no entanto, verificam-se alguns obstáculos ao URM, dentre eles: problemas nas prescrições (sobreprescrição, prescrição incorreta, prescrição múltipla, subprescrição) (MARIN *et al.*, 2003; BRASIL, 2007, v. 7).

Estudos têm sido realizados e apontam que a prescrição médica influencia o uso de medicamentos. Aproximadamente 80% das consultas médicas em Atenção Primária de Saúde (APS) geram prescrição (DUNCAN, 2006). Fernandes (1988) reportou que, entre as pessoas que buscaram atendimento médico em Fortaleza, 87,9% receberam prescrição de medicamentos ao final da consulta.

Arrais *et al.* (1997) ao determinar o perfil de automedicação em Fortaleza constatou que prescrições anteriores influenciaram na decisão do usuário em 40% dos casos (n=4.174) de automedicação do estudo.

Pfaffenbach *et al.* (2002) ao estudar a frequência de reações adversas a medicamentos (RAM) como determinante de hospitalização em um hospital escola de atenção

terciária à saúde mostrou que das 135 internações ocorridas no período do estudo, 92% informaram que haviam utilizado medicamentos nos 15 dias anteriores à internação. Destes, 67 pacientes (54%), utilizaram apenas medicamentos prescritos, 34 (27,4%) utilizaram medicamentos prescritos e também se automedicaram e 23 (18,6%) utilizaram apenas medicamentos por automedicação.

A prescrição, como verificamos, é reconhecida como importante fonte de problemas relacionados aos medicamentos, pois se realizada de maneira incorreta pode trazer conseqüências graves para a saúde da população, tais como eventos adversos que podem vir a ser letais e dificuldade na diferenciação entre manifestações de doenças e efeitos adversos da terapêutica, eficácia limitada, resistência a antibióticos, fármaco-dependência, riscos de infecção, não adesão ao tratamento, entre outros (MARIN *et al.*, 2003; FUCHS, 2004; BRASIL, 2007, v. 7).

Dentre os erros, a interação medicamentosa figura como a mais importante, visto que pode anular uma resposta desejada ou sobrepor efeitos adversos (MENEZES; MONTEIRO, 2000 *apud* NÉRI, 2004).

A prescrição inadequada acarreta dificuldades no entendimento da terapêutica prescrita, favorece retornos precoces aos consultórios médicos, realização de novos exames, agravamento de quadros e possíveis seqüelas (NAVES, 2002). E se a informação não é feita corretamente no consultório e reforçada pelo farmacêutico, ainda incentiva a automedicação pelo raciocínio inadequado de que a similaridade de manifestações condiciona igual terapia.

Nos EUA a prescrição é o segundo mais freqüente e o segundo procedimento mais caro envolvido em ações judiciais (ROBERTSON, 1995 *apud* NÉRI, 2004), sendo importante reduzir essas falhas e erros através da conferência da prescrição de medicamentos (tarefa do farmacêutico).

Soma-se a isso o gasto com medicamentos, que poderia ser reduzido em 70% em centros de assistência sanitária caso fossem seguidos protocolos de atendimento. Estima-se que a prescrição incorreta aumenta em 50-70% os custos governamentais destinados aos medicamentos.

No Brasil, os medicamentos representam o segundo maior gasto dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), perdendo apenas para os recursos humanos. Os gastos públicos do Ministério da Saúde destinados a medicamentos no ano de 2006 foram superiores a R\$ 4 bilhões, sendo R\$ 290 milhões somente com medicamentos básicos (com estimativa de gastos totais para 2007 correspondendo a R\$ 4,6 bilhões).

1.4.2 Fatores que influenciam o ato de prescrever

Muitas pesquisas sobre o âmbito social do consumo de medicamentos revelam que a prescrição sofre influência do comportamento do médico. Tem-se por isso elaborado alguns modelos das possíveis causas que interferem no comportamento do prescritor.

Hemminki (1988) *apud* Castro (2000) propôs um modelo dos mais completos para mostrar como estes fatores se inter-relacionam. A figura 1 mostra como isso acontece.

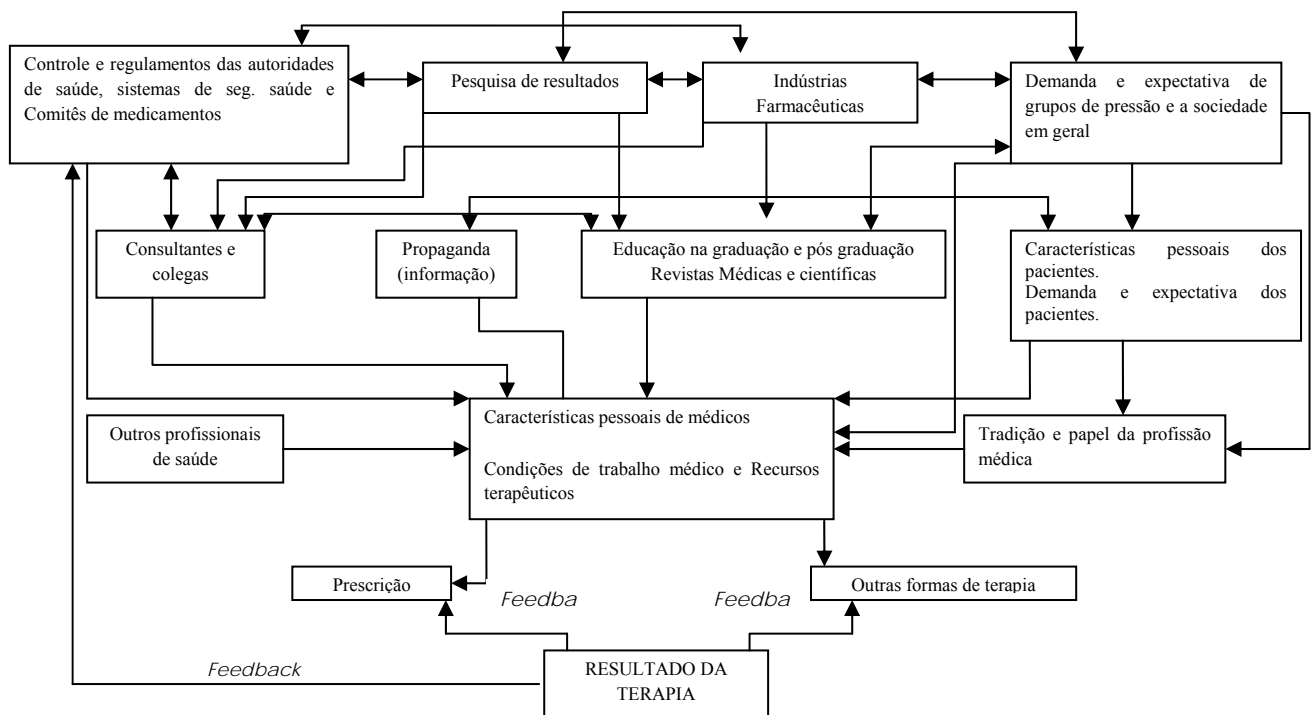


Figura 1- Fatores que afetam o comportamento do prescritor

Fonte: Hemmink (1988) *apud* Castro (2000)

Caamaño *et al.* (2001) propuseram um modelo teórico em atenção primária que distingue dois tipos de condicionantes: fatores íntros e fatores extrínsecos. Este modelo mostra que os fatores íntros, ou seja, aqueles relacionados a formação acadêmica e quantidade e qualidade das fontes de informação das que dispõem o prescritor em seu exercício profissional, condicionam os conhecimentos terapêuticos do mesmo no momento de prescrever. Porém, esses fatores podem ser modificados pelos extrínsecos (associados a interação do médico com o meio). A relação com a indústria farmacêutica, com a gestão e com o paciente são capazes de modificar os fatores íntros, pois os médicos sentem a necessidade de manter uma relação favorável com o meio, e de forma consciente ou inconsciente, adaptará sua forma de prescrever.

Analisando alguns fatores separadamente, sabe-se que os prescritores usam quatro tipos de fontes de literatura (CAAMAÑO *et al.*, 2001): fontes independentes (livros e revistas científicas), fontes institucionais (guias farmacológicos, boletins terapêuticos e protocolos clínicos) e informações de especialistas e fontes comerciais (indústria). É essencial que o prescritor busque fontes fidedignas e atualizadas dos medicamentos (PEPE; CASTRO, 2000). Observa-se, no entanto, que a indústria tem conseguido muito espaço no processo de decisão terapêutica.

O alto custo por trás da produção de um novo medicamento a ser lançado no mercado gera a grande necessidade de mostrar à classe médica os últimos lançamentos de forma que estes produtos pareçam superiores ao do concorrente.

A indústria farmacêutica conhecendo as deficiências acadêmicas adotam diversas práticas de mercado para aumentar suas vendas. E como as propagandas e a literatura eletrônica constituem uma fonte de informação muito utilizada pelos prescritores, eles lançam mão de propagar “informações benéficas” sobre seus produtos, através de trabalhos científicos e *visual aids* (material promocional que consiste num encarte com informações que procuram destacar de maneira colorida e agradável os benefícios que o produto tem a oferecer, além de compará-lo com os concorrentes por meio de gráficos), além das amostras grátis e os brindes (CARVALHO *et al.*, 2002).

Salienta-se também o fato da indústria dirigir a propaganda aos consumidores de medicamentos. O usuário tem procurado informações principalmente via *internet* como

segunda fonte de informações para seu diagnóstico e novos tratamentos para sua doença. E com este “conhecimento” o paciente já procura o médico cobrando explicações do porquê de não estar utilizando aquele novo medicamento. Isso provavelmente influi na decisão do médico que se vê obrigado a prescrever um medicamento que o paciente já tem um conceito pré-definido e não decepcioná-lo.

Barros (2004) mostra que segundo recomendações da OMS, FDA e IFPMA as propagandas de medicamentos devem apresentar o mínimo de informações importantes para orientar a prescrição. Por isso a medicina baseada em evidências deve ser estimulada junto aos prescritores.

A decisão terapêutica está influenciada por motivações, dentre elas o desejo de curar o paciente. Caamaño (2004) mostra que os conhecimentos adquiridos pelo prescritor são essenciais. É importante o conhecimento não só farmacológico, mas também de epidemiologia das doenças. Existe ainda algumas falhas no conhecimento dos médicos agravado pelo acúmulo de dados que eles devem saber como eficácia, indicações, contra-indicações e fatores que influenciam sua ação como idade, gestação, função renal e hepática, etc. O tempo que o médico investe em cada consulta as vezes é insuficiente e desta forma o prescritor tende a prescrever medicamentos somente para os sintomas dos pacientes e não para o verdadeiro problema que o aflige.

Outro fator que influencia a prescrição médica, principalmente na Atenção Primária de Saúde (APS), está relacionado com o arsenal terapêutico disponível naquela instituição. Vale lembrar que o médico deve conhecer a lista de medicamentos padronizados e conhecer a epidemiologia local. Isso será importante para definir uma terapêutica racional para os pacientes.

1.5 Atenção Primária de Saúde - APS

1.5.1 Uma revisão histórica

Em 1978, ocorreu na Ex-URSS, em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Nesta reunião ficou declarado que a saúde é “direito humano

fundamental, sendo meta social importante de todos os povos até o ano 2000, e que seria dever do estado prezar pela saúde do seu povo”.

A maneira para atingir esta meta seria através dos cuidados primários à saúde. O documento define como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de auto-confiança e auto-medicação. Fazem parte integral tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS/UNICEF, 1979).

Assim, fazia-se necessário desenvolver e manter políticas, estratégias e planos para lançar os cuidados primários em saúde. Em 1988, a Constituição Brasileira afirma no art. 196 que “ a saúde é direito de todos e dever do Estado[...]” e dá origem ao Sistema Único de Saúde – SUS, que seria regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da lei nº 8.080 – Lei orgânica da saúde e a lei nº 8.142 de 28 dezembro do mesmo ano.

Antes da criação do SUS houve no Brasil alguns programas governamentais que “ensaiavam” uma proposta de Atenção Primária Seletiva. Em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS foi criado e em 1979 alcançou abrangência nacional. Tinha a missão de reformular, aproveitar recursos comunitários, trabalhar com baixo custo, envolver a comunidade diretamente no planejamento e na execução das ações de saúde. Não atingiu, no entanto, o efeito esperado.

Em 1984, ocorreu uma grave crise na Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas da Saúde - AIS. As AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS em 1987 e em 1988, criou-se o SUS, adotando como uma de suas diretrizes a descentralização (MENDES, 2002).

Com o SUS foi necessário abandonar a atenção primária como programa de Atenção Primária Seletiva e iniciar um modelo capaz de integrar as ações e serviços de saúde.

Surgiu então no país propostas para organizar a APS entre elas:

-Medicina Geral e Comunitária (Porto Alegre, em 1983);

-Ação Programática em Saúde (São Paulo, surgiu nos anos 70, mas se confirmou como proposta orgânica após implantação da reforma sanitária);

-Programa do médico da família (Niterói, 1992);

-Defesa da Vida (São Paulo, 1980).

Todas essas propostas tiveram grande importância mas não se institucionalizaram como políticas públicas de caráter nacional. Isso somente veio ocorrer em 1993 com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa teve origem no Programa de Agentes de Saúde do Ceará, instituído em 1987, no governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência de combate à seca. Com grande repercussão política devido seus resultados positivos, este programa foi estendido a todo país em 1991 agora com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Mas este programa possuía características de uma atenção primária seletiva. Em 1994, ao perceber esta falha, o prefeito de Quixadá, Hilário Marques e seu secretário de saúde, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, desenvolveram uma experiência pioneira de programa de saúde da família, servindo de base para que o Ministério da Saúde lançasse o PSF (MENDES, 2002).

1.5.2 Definição e características da APS

Mendes (2002) descreve três interpretações para APS, a saber:

- **APS como atenção primária seletiva** que se caracteriza como um programa destinado a populações e regiões pobres às quais se oferece, especificamente, tecnologias simples e de baixo custo, desenvolvidas por pessoal de “baixa qualificação profissional” e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de “maior densidade tecnológica”.

- **APS como o nível primário do sistema de serviços:** modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada, enfatizando a função resolutive desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

- **APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde:** forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. (MENDES, 2002, p. 10).

Atualmente, o Brasil interpreta a APS como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, a partir de uma perspectiva da população. É a porta de entrada do sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde do paciente, ou seja, da população ao longo do tempo (TAKEDA, 2004).

Os problemas de saúde encontrados na APS são aqueles mais frequentes (sejam eles simples ou complexos) que se apresentam sobretudo em fases iniciais, portanto, menos definidos. Verifica-se então maior número de diagnósticos, maior dedicação à prevenção de doenças, maior proporção de pacientes em tratamento continuado. Caso se tenha uma atenção primária organizada, 85% dos problemas são resolvidos no primeiro nível.

São características da APS (ANDRADE, 1998; MENDES, 2002; TAKEDA, 2006; BRASIL, 2007):

- Primeiro contato - porta de entrada: acessibilidade e uso do serviço para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento.
- Longitudinalidade - continuidade do cuidado: é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um médico ou uma equipe de saúde.
- Integralidade - Capacidade da equipe de saúde em lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os por meio da oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais frequentes, seja organizando-os para que o paciente receba os serviços que não são da competência da atenção primária. Os serviços da APS são capazes de atender todos os tipos de necessidade de saúde.
- Coordenação - organização: relaciona-se a disponibilidade de informação a respeito de problemas e ações realizadas, e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionado as necessidades do presente atendimento.

Uma equipe de Saúde da Família tem responsabilidade sobre a saúde de uma população composta por 600 a mil famílias, não excedendo o total de 4 mil pessoas moradoras de uma área geográfica definida (BRASIL, 2007). O Programa de Saúde da Família, como estratégia já foi implantado em 5.125 municípios brasileiros, cobrindo 46,6%

da população nacional. Dados de 2007 (DAB – Ministério da Saúde) mostram que 27.324 equipes de PSF já foram implantadas. O Ceará conta com 1.597 equipes cadastradas no PSF, distribuídas nos 184 municípios com cobertura de 66,20% (77,53% no interior e 37,48% em Fortaleza).

Estas equipes desenvolvem atenção básica resgatando o seu papel de porta de entrada do sistema de saúde, de onde serão encaminhados para os centros de referência os pacientes com problemas mais complexos.

1.5.3 O Programa de Saúde da Família (PSF) em Fortaleza

O PSF é a estratégia da atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde para reaproximar profissionais e cidadãos e manter acompanhamento integral das famílias.

Para estruturar o trabalho, inicialmente foi feita a territorialização do município de Fortaleza com o objetivo de identificar as características e necessidades da população e estabelecer critérios racionais de atuação das equipes de saúde, de acordo com o nível de risco das áreas residenciais. Assim, Fortaleza foi subdividida em quatro níveis de risco, cujo número de equipes é proporcional ao universo de pobreza da população.

Porém, 70% da população de Fortaleza, necessitam do SUS de maneira mais efetiva. Para cobrir 100% desse contingente, seria necessário o trabalho de 460 equipes do PSF, com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e odontólogos, além de 2.700 agentes comunitários de saúde.

Conhecendo essas necessidades Fortaleza realizou um concurso para contratação até o final da gestão de 460 equipes do PSF.

A capital conta hoje com 250 médicos, 291 enfermeiros e 238 dentistas em exercício na Atenção Básica. Com isso, o número de equipes do PSF em Fortaleza saltou de 102, em 2004, para 300 em 2006 e a cobertura da população pelo Programa, que era de apenas 15%, saltou para 50% em apenas um ano e meio. A lotação dos profissionais do PSF foi priorizada nas 48 unidades de saúde mais próximas às áreas de risco, onde médicos, enfermeiros e dentistas, juntamente com auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais de apoio somam hoje aproximadamente 1.000 profissionais que têm, na

população residente nas áreas de risco, o foco principal do desenvolvimento das ações de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Desenvolver indicadores de qualidade da prescrição médica em atenção primária de saúde no município de Fortaleza-CE.

2.2 Específicos

- Desenvolver indicadores de prescrição adaptados à realidade local;
- Descrever o perfil da prescrição médica em Atenção Primária de Saúde em Fortaleza-CE.
- Desenvolver instrumentos para o trabalho do farmacêutico em Atenção Primária de Saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de desenvolvimento de indicadores de qualidade da prescrição médica em Atenção Primária de Saúde no município de Fortaleza - CE através da Técnica de Consenso Informal.

A pesquisa foi dividida em quatro etapas e seguiu o seguinte fluxo:

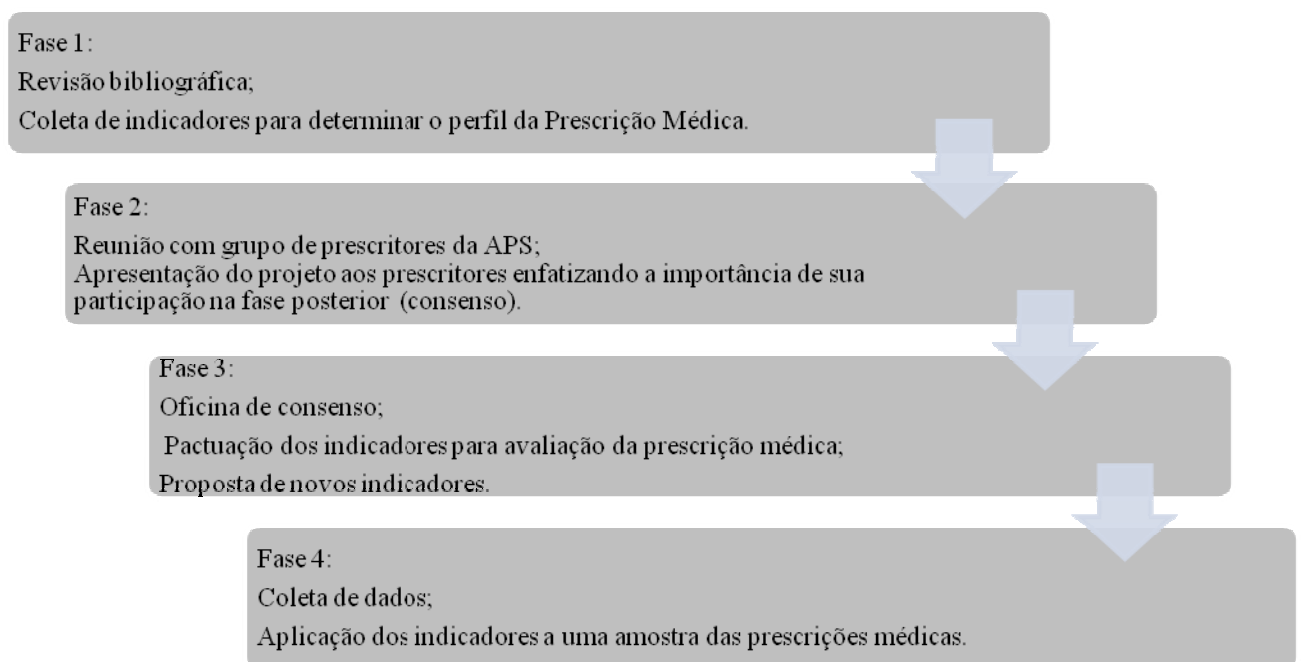


Figura 2 – Fluxograma de operacionalização de atividades da pesquisa

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza - Ceará - a quarta maior capital do Brasil em população, estimada pelo IBGE em 2.374.944 habitantes e uma área de 313,1Km² (2005). Segundo critérios populacionais e socio-econômicos está dividida em seis Secretarias Executivas Regionais – SER. No total, 88 unidades prestam atenção primária de saúde e dividem-se da seguinte forma: 11 na SER I, 12 na SER II, 16 na SER III, 12 na SER IV, 18 na SER V e 19 na SER VI.

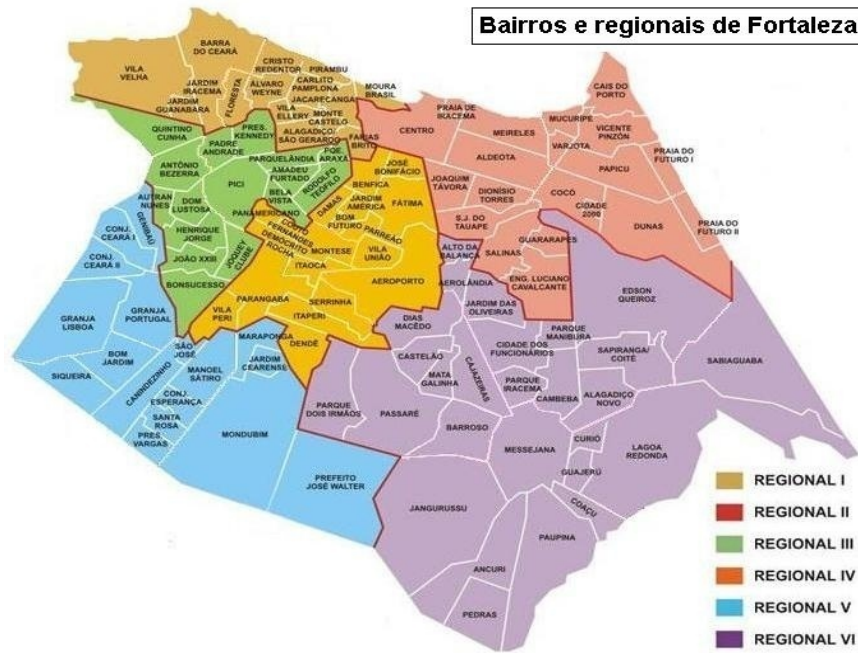


Figura 3 – Mapa de Fortaleza - Bairros e Regionais

As fases 2 e 3 do estudo aconteceram na Sala da Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde. A coleta de dados da fase 4 ocorreu em 21 U.S. escolhidas aleatoriamente.

3.3 Desenvolvimento de indicadores

3.3.1 Levantamento e seleção de indicadores publicados.

Revisão de estudos publicados no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2006 nos bancos de dados Scielo, Pubmed, Lilacs e Medline utilizando como descritores: *evaluation of prescription, indicators of prescription, avaliação da prescrição médica, indicadores de prescrição e qualidade da prescrição*. Foram utilizados artigos que abordassem a qualidade da prescrição e que contemplassem desenvolvimento e aplicação desses indicadores. A busca incluiu também livros-texto que abordassem avaliação de qualidade da prescrição.

3.3.2 Critérios de seleção para os indicadores

Os indicadores de qualidade de prescrição levantados nessa pesquisa foram catalogados e posteriormente feita uma seleção dos mesmos a fim de definir quais seriam apresentados aos prescritores no consenso.

Critérios de inclusão:

- Indicadores de prescrição adequados a atenção primária;
- Indicadores que envolvessem medicamentos presentes na RENAME 2007 e na lista padronizada do município de Fortaleza.

Critérios de exclusão:

- Indicadores de prescrição que exigissem conhecimento do diagnóstico. As prescrições não traziam essa informação, não sendo possível obter esses dados.
- Indicadores de serviço.

Inicialmente, foram catalogados 99 indicadores dos quais, 43 foram excluídos, porque se relacionavam ao diagnóstico ou ao serviço. Baseando-se na RENAME de 2007, livros de farmácia clínica e protocolos de tratamentos, foi feita uma adaptação da lista de indicadores contemplando classes de medicamentos referentes a realidade brasileira. Com isso, foi possível obter uma relação com 88 indicadores. Após última revisão, percebeu-se que alguns eram redundantes (n=22) ou seu cálculo seria inviável de realizar (n=7). Esses foram excluídos obtendo-se uma lista final com 59 indicadores (Apêndice B).

3.4 Observação de campo:

Com o objetivo de conhecer a rotina dos procedimentos que englobam a prescrição médica (prescrição e dispensação dos medicamentos) em APS de Fortaleza, bem como avaliar a viabilidade da aplicação dos indicadores selecionados, a pesquisadora acompanhou a rotina da farmácia do Centro de Saúde Anastácio Magalhães pertencente a SER III, escolhida intencionalmente por ser próxima ao campus da universidade.

No ano de 2002, a Prefeitura Municipal de Fortaleza iniciou o processo de informatização da rede assistencial de APS. A partir daí, todos os procedimentos realizados nas unidades de saúde (consultas médicas, encaminhamento para consultas especializadas, vacinação, dispensação de medicamentos, entre outros) são registrados eletronicamente e encaminhados via *intranet* para a Central de Dados do Município - CDM. Essa ação tem como objetivo a integração de todas as funções operacionais da Secretaria de Saúde em um centro único de informações que atendam as diversas necessidades operacionais existentes e também as normas do Ministério da Saúde.

Para ser atendido, o paciente deve encaminhar-se a recepção da unidade de saúde. O atendimento é por ordem de chegada e se não conseguir deve voltar no dia seguinte.

Para consulta o paciente deverá ser encaminhado diretamente a um clínico geral, ginecologista, pediatra, dentista ou nutricionista, caso exista na unidade. Para as outras especialidades médicas é necessário passar antes pelo clínico geral e receber uma requisição. O paciente se dirige ao Sistema de Arquivo Médico e Estatística - SAME para marcar a consulta. O SAME funciona em todas as unidades de saúde. Caso não haja vaga disponível para o especialista, o paciente fica em uma fila de espera, controlada através do sistema informatizado.

Na consulta médica quando for prescrito algum medicamento o usuário pode se dirigir à farmácia que funciona em todas as unidades. Caso o medicamento esteja faltando na sua unidade, o paciente pode procurar a farmácia de qualquer outro centro de saúde. Basta apresentar a receita, prescrita por um médico da rede pública ou privada.

A farmácia da unidade de saúde atende prescrições internas e externas. Prescrições internas são aquelas originadas do próprio serviço de APS. Prescrição externa é aquela oriunda de outro serviço, podendo ser atenção secundária, terciária e de outros municípios.

3.4.1 Procedimento referente às prescrições internas

Durante a consulta médica o prescritor deve usar o sistema informatizado. O médico deve inserir as seguintes informações:

- Dados do paciente: nome do paciente, nome da mãe, data do nascimento.
- Dados do prescritor: nome do médico, CRM.
- Dados do medicamento: nome, concentração, posologia, apresentação.
- Data da consulta.

O medicamento pode não pertencer à lista de medicamentos padronizados do município, caso em que o médico o acrescentará à prescrição, manualmente.

Na farmácia, a prescrição é recebida pelo auxiliar de farmácia. No sistema, o auxiliar procura o nome do paciente em uma lista que dará acesso aos seus dados e aos medicamentos que foram prescritos durante a consulta.

Em um espaço reservado para dispensação, o auxiliar informa quais foram os medicamentos entregues, bem como suas quantidades. Vale salientar que o máximo de medicamentos dispensados para tratamento crônico equivale há 60 dias, independente de o médico prescrever para um tempo maior.

A receita é carimbada com a informação “ENTREGUE” e devolvida ao paciente junto com os medicamentos ali prescritos.

3.4.2 Procedimento referente às prescrições externas

As receitas externas não são imediatamente atendidas na farmácia.

O portador da receita deve encaminhar-se a recepção da unidade de saúde para fazer o seu cadastro.

Ao chegar à farmácia o paciente deve estar portando a prescrição em duas vias. A primeira via é recebida pelo auxiliar de farmácia. No sistema, o auxiliar procura o nome do paciente em uma lista que dará acesso aos seus dados, no entanto, não terá registrado os dados relacionados aos medicamentos.

O auxiliar deverá então preencher esses dados além daqueles relacionados à dispensação. A partir daí, o atendimento assemelha-se àquele de origem interna. Porém, a primeira via da prescrição fica retida na farmácia.

Em relação à prescrição de medicamentos pertencentes à portaria nº 344/98 (medicamentos de controle especial) a primeira via será retida independente de a receita ser de origem interna ou externa.

O sistema ainda conta com uma ferramenta que permite observar o histórico de entrega de medicamentos aos usuários. Esse artifício tem como finalidade impedir que um mesmo paciente receba o medicamento prescrito mais de uma vez.

Neste trabalho foi observado que devido as prescrições não informarem dados referentes ao diagnóstico, não seria possível dispor dessa informação, e os indicadores relacionados ao diagnóstico foram excluídos.

Também foi verificado que na ausência de dados relativos ao medicamento (concentração, posologia, etc) e CRM do médico o auxiliar de farmácia acrescentava, por conta própria, tais dados. A justificativa apresentada foi a impossibilidade de concluir a entrega do medicamento no sistema caso essa informação não fosse preenchida.

3.5 Produção do texto-base para oficina de consenso

Foi produzido um texto-base que subsidiou os prescritores participantes do consenso. O texto (Apêndice A) continha uma breve introdução mostrando a importância do URM e a contribuição da prescrição para os gastos com medicamentos. Findava com a metodologia que seria usada no consenso e a lista de indicadores pesquisados na literatura com comentários.

3.6 Oficina e consenso dos indicadores

3.6.1 Seleção do grupo consenso

Com antecedência de um mês em relação à oficina de consenso, a pesquisadora principal reuniu-se com oito médicos da APS de Fortaleza, os quais exerciam a função de preceptores dos médicos residentes em saúde da família do município.

Nessa reunião, foi esclarecida à equipe a importância e a necessidade da realização da oficina de consenso com prescritores que atuassem na APS de Fortaleza pedindo-se também que colaborassem motivando os prescritores a compor o grupo de consenso.

Ficou acordado que esses preceptores participariam do consenso e convidariam mais 12 residentes para completar o grupo. Todos indistintamente participaram mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice G).

3.6.2 Realização da oficina

A oficina foi realizada com os médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) da APS seguindo a Técnica do Consenso Informal.

Cada convidado recebeu na semana anterior à oficina o texto-base e a listagem de indicadores selecionados (Apêndice B). Pedia-se que cada prescritor estudasse e avaliasse cada indicador individualmente.

O processo envolveu três tipos de participantes: grupo de consenso, moderadores e equipe de apoio em quatro momentos distintos.

O grupo de consenso foi formado por médicos da APS e teve como moderadoras a estudante de mestrado responsável pela pesquisa e a coordenadora do projeto; a equipe de apoio foi constituída por um estudante de graduação do curso de Farmácia e dois do curso de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará.

A oficina foi iniciada com uma breve apresentação em que foi abordada a importância da avaliação em saúde, conceitos fundamentais, características de um bom

indicador, seguindo-se da metodologia a ser aplicada na pesquisa e os resultados esperados (primeiro momento).

Após essa explanação, pediu-se que cada membro do grupo consenso respondesse individualmente “Sim” ou “Não” às seguintes questões:

- Este indicador é importante para a pesquisa?
- Pode ser substituído por outro?
- Pode ser medido em termos qualitativos ou quantitativos? (mensurabilidade)
- É facilmente entendido e calculado?
- Permite a avaliação através do tempo e entre diferentes observadores? (confiabilidade)
- Realiza uma medida verdadeira do que se quer medir? (Validade)

Essas perguntas eram importantes, porque avaliavam todas as características que um bom indicador deve ter, segundo a literatura que embasa a pesquisa (segundo momento).

A partir daí, foram formados dois grupos de prescritores, sendo que cada grupo elegeu entre os seus componentes um facilitador e um relator. Cada grupo teve ajuda de um representante da equipe de apoio para eventuais problemas práticos. Internamente, cada grupo deveria discutir a avaliação de cada indicador feita individualmente e buscar um consenso desses resultados (terceiro momento).

O indicador só seria aceito no consenso se fosse obtida resposta afirmativa em todos os quesitos (exceto para questão “pode ser substituído por outro?”).

Finalmente, foi realizada uma reunião plenária com o auxílio das moderadoras. Nesse momento, foi apresentado o resultado dos grupos pelos respectivos relatores e discutido os casos em que não houve consenso entre estes, buscando o acordo final (quarto momento).

3.7 Aplicação dos indicadores de prescrição a uma amostra de prescrições em APS.

3.7.1 Preparo do instrumento para coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário padrão que possibilitou a obtenção de dados referentes a prescrição médica e da própria consulta. O formulário foi dividido em três blocos: descrição do paciente (quem se consultou, grau de escolaridade, sexo, idade,

renda familiar e se morava próximo a unidade de saúde que se consultou); dados referentes a prescrição médica (foi feita a transcrição da prescrição recebida pelo paciente no ato da consulta médica), consulta médica (saber se o médico estava atento às questões relacionadas a interação medicamentosa, reação adversa, explicações sobre o medicamento prestada ao paciente, entre outras). O formulário poderá ser visto no apêndice D.

3.7.2 Cálculo da amostra para teste dos indicadores de prescrição propostos em consenso:

Para coleta de dados foram selecionadas, por sorteio, 21 unidades de saúde do município de Fortaleza de um total de 87 unidades consideradas, uma estava em reforma e foi excluída. A quantidade de unidades investigadas correspondeu a 25% do total (NAVES, 2002).

Para definir o número de prescrições a serem analisadas considerou-se a seguinte informação: cada unidade de saúde possuía em média 04 médicos atendendo pela manhã e 04 médicos atendendo à tarde. Cada um atendia em média 16 pacientes. Considerando que cada atendimento poderia resultar em pelo menos uma prescrição, o número de prescrições por dia da APS seria 11.136.

Demonstração do cálculo:

$$8 \text{ médicos} \times 16 \text{ prescrições} \times 87 \text{ U.S.} = 11.136 \text{ prescrições/dia}$$

Optou-se por analisar 5,1% das prescrições de um dia, ou seja, 570 prescrições. Acrescendo 10% sobre esse valor, a fim de minimizar perdas, definiu-se uma amostra final de 630 prescrições ou seja, 5,65% do total de prescrições de um dia. Utilizamos a amostra das prescrições a serem analisadas por conveniência. No todo foi atingida uma média de 30 prescrições por unidade de saúde selecionada. Este valor coincide com o sugerido pela OMS que diz que o número de 30 observações por U.S. é o suficiente para se ter um bom perfil da qualidade da prescrição de um local.

Decidiu-se realizar a coleta de dados na saída dos pacientes do consultório médico, uma vez que o banco de dados do município não permitia a distinção entre receitas internas e

externas, ou seja, caso fosse utilizado esse banco, não haveria como identificar somente as prescrições originadas na APS. Somado a isso, a etapa de observação de campo mostrou que auxiliares de farmácia costumavam complementar dados no *software* do sistema da APS quando a prescrição não trazia determinadas informações, por exemplo: na ausência de posologia, tempo de tratamento, os auxiliares acrescentavam esta informação para garantir a dispensação do medicamento.

3.7.3 Critérios para seleção da amostra

3.7.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa prescrições médicas de pacientes atendidos por médicos nas U.S. de Fortaleza. Os pacientes entrevistados deveriam ter aceito o convite para participar do estudo e ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, ter idade igual ou superior a 15 anos, ser usuário (ou responsável do usuário) e ser capaz de responder as perguntas do formulário.

3.7.3.2 Critérios de exclusão

Prescrições de pacientes usuários do serviço que não receberam uma prescrição médica no final da consulta.

Prescrições de usuários de outra U.S. ou hospital do Município.

Prescrições de odontólogos ou enfermeiros.

3.7.4 Seleção das Unidades de Saúde

3.7.4.1 Estudo piloto

Foi realizado um estudo-piloto em duas unidades de saúde localizadas em regionais distintas: Flávio Marcílio (SER II) e Abner Herbster (SER V). Essas unidades foram

escolhidas por ter perfil administrativo diferenciado, ou seja, uma unidade de saúde considerada com padrão administrativo bom e outra considerada precária pela Célula de Assistência farmacêutica – CELAF.

O estudo piloto foi desenvolvido entre 13 e 16 de novembro de 2007, totalizando 60 pacientes entrevistados após a consulta médica. Teve como objetivo detectar eventuais problemas e resolução dos mesmos, testar o instrumento de coleta de dados, fazer modificações necessárias, criar e testar o banco de dados para análise das variáveis.

As unidades que fizeram parte do piloto prestavam atendimento ambulatorial nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia. Também possuíam dentista e enfermeiro. O atendimento na unidade Flávio Marcílio acontece das 07h às 21h enquanto na unidade Abner Hersbster no horário de 07 às 16:00 horas.

Foram responsáveis pela coleta de dados a estudante de mestrado responsável pela pesquisa e um estudante de graduação do curso de farmácia da UFC.

3.7.4.2 Coleta definitiva

Para coleta definitiva foi feito um sorteio aleatório das unidades que fizeram parte do estudo com um auxílio de globo. Foram sorteadas 21 Unidades de Saúde.

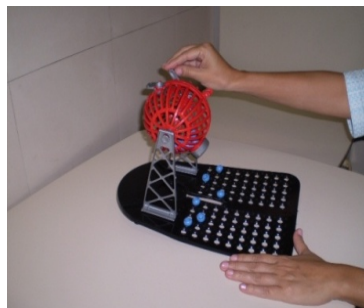


Figura 4 – Sorteio das Unidades de Saúde selecionadas para coleta definitiva.

Quadro 1 - Unidades de Saúde sorteadas para coleta de dados

UNIDADES DE SAÚDE SORTEADAS	SER
Guiomar Arruda	I
João de Medeiros de Lima	I
Prof Rebouças Macambira	I
Aída Santos e Silva	II
Míriam Porto Mota	II
Eliézer Studart	III
Hermínia Leitão	III
Ivana de Sousa Paes	III
Waldemar de Alcântara	III
Gutenberg Braun	IV
José Valdevino de Carvalho	IV
Oliveira Pombo	IV
Abner Cavalcante Brasil	V
Edmilson Pinheiro	V
Graciliano Muniz	V
Luiza Távora	V
Anísio Teixeira	VI
Evandro Ayres de Moura	VI
Hélio Goes Ferreira	VI
Maria Lourdes Jereissati	VI
Terezinha Parente	VI

Participaram da coleta definitiva três farmacêuticos e dois alunos do curso de Farmácia da UFC, sob a supervisão da pesquisadora principal. Estes receberam treinamento para realização da atividade e foram informados dos objetivos da pesquisa.

Ao chegarem à U.S. os entrevistadores foram orientados a procurar o coordenador do local, entregar-lhe o ofício e pedir a autorização para a realização da pesquisa. Após a autorização, os entrevistadores posicionavam-se em um local que pudessem visualizar os consultórios médicos e a farmácia para facilitar a captação de pacientes para a realização da entrevista.

Os pacientes eram convidados a participar da entrevista e somente após a explicação do seu motivo e assinar o termo de consentimento, a mesma acontecia.

As visitas às unidades de saúde foram realizadas no período de 07 de janeiro a 15 de fevereiro de 2008. Em cada unidade de saúde foram entrevistados 30 usuários,

independentemente de terem passado pela farmácia ou não, pois alguns pacientes já saíam do consultório sabendo que seu medicamento não seria encontrado ali.

3.7.5 Requisitos para orientar a obtenção de dados da prescrição

- Para considerar o medicamento como padronizado, foi utilizada como referência a Lista Padronizada de Fortaleza;
- Para considerar os nomes genéricos foi utilizada a Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996, do Ministério da Saúde, que aprova as Denominações Comuns Brasileiras-DCB (MS, 1996);
- Para considerar prescrição contendo psicotrópicos foi utilizado os anexos da Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Quando o medicamento prescrito era uma associação medicamentosa, considerou-se um só medicamento, por exemplo, sulfametoxazol + trimetoprima foi contado como um medicamento;
- Nas prescrições de nebulização cada um dos medicamentos foram contados separadamente, exceto o soro fisiológico, considerado apenas veículo;
- Para o indicador “prescrições que atendam a legislação específica”, ou seja, a lei nº 5.991/1973 e a Resolução nº 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, foi considerado obediente a este indicador as prescrições que atendessem a todas as recomendações previstas em lei: ser legível e sem rasuras, contivesse nome e assinatura do médico, endereço da unidade de saúde, carimbo com o respectivo número de inscrição do conselho, especialidade médica, nome do paciente e data. Não se considerou a presença de endereço do paciente. Quanto a presença de siglas e abreviaturas, foram aceitas como corretas as seguintes siglas “caps ou “cap” para cápsulas; “comps” ou “comp” para comprimido.
- A presença do nome do prescritor também foi considerada quando estava presente no cabeçalho da prescrição e/ou no carimbo de forma legível.
- As prescrições manuscritas eram consideradas legíveis quando o paciente conseguia ler toda a receita ou parte dela. Caso o paciente fosse analfabeto essa interpretação era realizada pelo próprio entrevistador.

- Para o indicador “percentual de prescrições injustificáveis” foram incluídas aquelas que possuíam pelo menos uma das indicações propostas na definição (ver apêndice B).
- Foram consideradas prescrições contendo antibióticos aquelas que possuíam medicamentos classificados como antibacterianos pela RENAME. Os medicamentos para uso dermatológico, oftalmológico e antidiarréicos contendo antibióticos foram contabilizados como antibacterianos;
- A base de cálculos para o indicador G10 (Gasto médio da prescrição) foram os valores fornecidos pela Célula de Assistência Farmacêutica - CELAF referente aos gastos com medicamentos no último pregão realizado em 2007.
- Para os cálculos de números de DDDs utilizou-se a fórmula:

$$\frac{\text{Número de comprimidos prescritos} \times \text{quantidade de princípio ativo (concentração)}}{\text{DDD}}$$

- Orientações para o cálculo de DDD:
 - na ausência da concentração do medicamento prescrito, foi utilizado aquela presente na lista padronizada do Município.
 - na ausência do tempo de tratamento (principalmente em relação a medicamentos de uso crônico) verificou-se a frequência do tempo de tratamento dos medicamentos relacionados ao indicador a ser calculado e utilizou-se o tempo de tratamento mais freqüente.

3.8 Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva dos dados utilizando como ferramenta o programa *Excel* versão 2007 para *windows* e *Epiinfo* versão 3.5.1. No *Excel* foram construídas planilhas para os grupos de indicadores. No *Epiinfo* foi realizado a análise dos dados da consulta.

3.9 Procedimentos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará pelo parecer 768/07 na reunião do dia 13/09/2007.(Anexo A)

4 RESULTADOS

4.1 Perfil do grupo consenso

Foram convidados 20 médicos que atuavam na APS de Fortaleza dos quais participaram 17. Dos membros do grupo, 9 eram mulheres e 8 eram homens.

Destes, seis eram preceptores e onze residentes em saúde da família e comunidade.

Dentre os preceptores dois eram pediatras e quatro médicos da família e comunidade. Três possuíam título de mestre. Dos residentes, seis possuíam curso de especialização.

Quanto à idade dos prescritores participantes (faixa de variação de 25 a 57 anos), 35,29% tinham de 25 a 30 anos; 17,65% tinham de 33 a 41 anos; 35,29% tinham de 41 a 49 anos e 11,77% tinham de 49 a 56 anos. A média das idades foi de 38 anos, com uma mediana de 40 anos e moda de 25 anos. Desvio-padrão de 9,45.



Figura 5 – Reunião de consenso com prescritores que atuam na APS em Fortaleza, 2007

Tabela 1 – Distribuição por idade dos prescritores participantes da oficina de consenso que escolheram indicadores da prescrição médica em APS em Fortaleza, 2007

Idade	Frequência	fAc
25 - 33	6	6
33 - 41	3	9
41 - 49	6	15
49 - 57	2	17

fAc = Frequência acumulada

Com relação ao ano de graduação (faixa de variação de 1975 a 2006), 17,65% formaram-se entre o ano de 1975 a 1982; 29,41% entre o ano de 1983 e 1990; 17,65% entre o ano de 1991 e 1999 e 35,29% entre o ano de 1999 e 2006. A média do ano de formação correspondeu a 1993,18, com mediana 1993 e desvio-padrão de 9,82. A moda correspondeu ao ano de 1989.

Tabela 2 – Distribuição dos prescritores participantes da oficina de consenso que escolheram indicadores da prescrição médica em APS em Fortaleza por ano de formação, 2007

Ano de formação	Freqüência	fAc
1975 1983	3	3
1983 1991	5	8
1991 1999	3	11
1999 2007	6	17

fAc = Freqüência acumulada

Quanto ao tempo de atuação no serviço público a maioria atuava entre 6 meses a 8,5 anos (52,94%). 23,52% atuavam no serviço público entre 8,6 a 16,5 anos; 5,9% entre 16,6 e 24,5 anos e 17,64% com período entre 24,6 e 32,6 anos. Verificou-se então uma média de atuação no serviço público de 10 anos, mediana de 8 anos, moda de 4 anos. Destes, 29,41% também trabalham no serviço privado.

Tabela 3 – Distribuição dos prescritores participantes da oficina de consenso que escolheram indicadores da prescrição médica em APS em Fortaleza, por tempo de atuação no serviço público, 2007

Tempo de atuação no serviço público	Freqüência	fAc
0,6 8,6	9	9
8,6 16,6	4	13
16,6 24,6	1	14
24,6 32,6	3	17

fAc = Freqüência acumulada

4.2 Consenso dos indicadores

Durante toda a oficina de consenso, o que pode ser notado principalmente no terceiro e quarto momentos do consenso, é que os prescritores reconheciam a importância da pesquisa, estavam motivados para o tema medicamentos e contribuíram com suas experiências individuais na discussão.

A divisão do grupo maior em dois grupos menores (terceiro momento) apresentou o seguinte resultado:

- Grupo A: Dos 59 indicadores de prescrição apresentados, 1 foi excluído e 6 foram propostos.
- Grupo B: Dos 59 indicadores de prescrição apresentados, 14 foram excluídos e nenhum proposto.

Esses resultados foram levados à plenária final (quarto momento) e após intensa discussão, os prescritores aceitaram todos os indicadores apresentados previamente (59) e acrescentaram mais seis (propostos pelo grupo A, no momento anterior). Segundo eles, a não comparação com o diagnóstico impossibilitava avaliar a qualidade da prescrição e na prática esta é limitada pela disponibilidade de medicamentos no serviço. A partir daí eles propuseram que o título do trabalho fosse mudado para *Perfil da prescrição médica em Atenção Primária de Saúde*.

A seguir serão descritos os indicadores escolhidos com seus objetivos:

Indicadores que relacionam aspectos gerais da prescrição (Grupo G)

Os indicadores dos aspectos gerais da prescrição refletem o atendimento dos prestadores de assistência a saúde em relação a vários aspectos-chaves do uso racional de medicamentos.

Eles mostram, principalmente, as práticas gerais de prescrição com independência dos diagnósticos específicos. Para avaliar a adequação da prescrição seria necessário dispor de

informações detalhadas do diagnóstico específico com base em informações contidas nos prontuários que infelizmente não estavam disponíveis no presente estudo.

Indicador G1 - Número médio de medicamentos por prescrição: Determina o grau de polimedicação a que a população pesquisada está sujeita. É calculado pela média obtida dividindo-se o número total de medicamentos prescritos pelo número de pacientes entrevistados. O consenso sobre uma média considerada aceitável é que seja de 1,3 a 2,2 (OMS, 1993).

Indicador G2 - Medicamentos mais prescritos: Relaciona os medicamentos mais prescritos no período, sendo possível associar a epidemiologia das doenças mais frequentes na população.

Indicador G3 - Medicamentos frequentemente prescritos que não estão incluídos na lista de medicamentos padronizados do município: Determina o grau de prescrição fora da lista padronizada. Será possível investigar a necessidade/conveniência de que esses medicamentos sejam introduzidos na lista padronizada do município.

Indicador G4 - Percentual de medicamentos prescritos que pertencem à lista de padronizados: Determina o grau de adequação do serviço à Política Nacional de Medicamentos. Sabe-se que a lista de medicamentos padronizados é constituída de produtos básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Trata-se, portanto, de um meio para orientar a prescrição. É calculado dividindo-se o número de medicamentos prescritos que pertencem à lista de padronizados pelo número total de medicamentos prescritos e multiplicado por 100. Não se tem um padrão definido para esse indicador.

Indicador G5 - Percentual de medicamentos prescritos por denominação genérica: Determinar a tendência a prescrever medicamentos pelo nome genérico. O cálculo é obtido dividindo-se o número de medicamentos prescritos por seu nome genérico pelo número total de medicamentos prescritos e multiplicado por 100. Pelo fato da prescrição pelo

nome genérico no serviço público estar prevista na Lei 9.787 de 29 de novembro de 1999, o valor esperado desse indicador é 100%.

Indicador G6 – Percentual de prescrições em que se prescrevem injetáveis:

Determina o grau de utilização dessa modalidade de tratamento que, normalmente é de maior custo, utilização complexa e passível de abuso. O cálculo é obtido dividindo-se o número de prescrições em que se prescrevem injetáveis pelo número total de prescrições e multiplicadas por 100.

Não existe uma definição de valores aceitáveis de consumo de injetáveis pela OMS em Atenção Primária de Saúde, porém esta recomenda um consumo menor que 10%. Após testar esse indicador em 12 países em desenvolvimento, a *International Network of Rational Use of Drugs*, INRUD, encontrou valores de até 20% de injetáveis (Naves, 2002).

Indicador G7 – Percentual de prescrições em que se prescrevem um psicotrópico: O cálculo é obtido dividindo-se o número de prescrições em que se prescrevem um psicotrópico pelo número total de prescrições e multiplicando por 100. Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde (2003), 3% da população brasileira (5 milhões de pessoas) necessitam de cuidados de saúde mental contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Na APS devem ser atendidos transtornos leves a moderados. O indicador determina o grau de utilização dos psicotrópicos que atendem esses transtornos na APS. Não existe um padrão definido para esse indicador.

Indicador G8 – Percentual de prescrições que atendem à legislação específica:

Determina a tendência em prescrever obedecendo à lei vigente nº 5.991/1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Segundo essa legislação, uma prescrição deve ter a presença do nome e o endereço residencial do paciente, do modo como usar a medicação, data e a assinatura do profissional, presença do endereço do consultório ou da residência do prescritor e do número de inscrição no respectivo conselho profissional.

O cálculo consiste na divisão do número de prescrições em conformidade com a legislação/total de prescrições, multiplicando por 100. Espera-se que todas as prescrições atendam a todos os critérios.

Indicador G9 - Percentual de prescrições injustificáveis, como por exemplo:

-Prescrição de uso contínuo para medicamento de uso não crônico. Ex.: Diclofenaco para três meses.

-Quantidade excessiva de fármaco para o período do tratamento. No município de Fortaleza é regulamentado que medicamentos para tratamento de uso crônico podem ser dispensados para até 90 dias de tratamento, quando então o paciente deverá ser reavaliado.

Indicador G10 - Variação do gasto médio por prescrição: Orça o gasto da prescrição para o serviço público.

É um indicador útil para avaliações econômicas. O cálculo é obtido dividindo-se a soma do gasto de cada prescrição médica/total de prescrições no período. Para o cálculo dos preços dos medicamentos prescritos optou-se por utilizar a lista de preços do último pregão realizado em dezembro de 2007.

Indicadores orientados ao medicamento (M)

Os indicadores a seguir referem-se ao consumo de um fármaco ou de um grupo farmacoterapêutico.

O consumo é calculado em quantidade de Dose Diária Definida (DDD) dos medicamentos. A DDD é a dose diária suposta do fármaco quando utilizado para sua principal indicação. O valor de DDD de cada medicamento pode ser encontrado em tabelas no próprio *site* da Organização Mundial de Saúde. O cálculo é feito através da fórmula abaixo:

Demonstração do cálculo:

Número de DDDs = Número de unidades dispensadas em miligramas do fármaco dividido por sua DDD em miligramas.

Posteriormente calculava-se:

DDD's prescritas = número de DDDs / prescrições estudadas.

Para os indicadores que se seguem ainda não se têm padrões definidos a serem alcançados, mas deve corresponder a prevalência das doenças tratadas.

Anti-hipertensivos:

Indicador M1 - Percentual de prescrições com anti-hipertensivos

Indicador M2 - Percentual de prescrições contendo somente hidroclorotiazida

Indicador M3 - Percentual de prescrições contendo hidroclorotiazida + captopril

Indicador M4 - Percentual de prescrições contendo somente propranolol

Indicador M5 - Percentual de prescrições com hidroclorotiazida + propranolol

Indicador M6 - DDD de hidroclorotiazida consumidas

Indicador M7 - DDD de hidroclorotiazida consumidas / DDD total de anti-hipertensivos

Indicador M8 - DDD captopril oral consumidas

Indicador M9 - DDD de captopril consumidas / DDD total de anti - hipertensivos

Indicador M10 - DDD de hidroclorotiazida + captopril consumidas / DDD total de anti-hipertensivos

Indicador M11 - DDD de propranolol consumidas

Indicador M12 - DDD de propranolol consumidas / DDD total de anti-hipertensivos

Indicador M13 - DDD de hidroclotiazida + propranolol consumidas / DDD total de anti-hipertensivos

Indicador M14 - DDD total de outros anti-hipertensivos

Dependendo da cidade brasileira, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) possui prevalência na população urbana variando de 22,3 a 43,9% (MS, 2006).

O tratamento medicamentoso da HAS se impõe quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial e tem como objetivo diminuir a morbi-mortalidade cardiovascular dos hipertensos. O esquema terapêutico inicia-se com monoterapia. Caso não ocorra sucesso no tratamento, segue-se com as condutas possíveis: aumentar a dose do medicamento em uso; associar anti-hipertensivo de outro grupo terapêutico, troca da associação e por último, adicionar um terceiro fármaco. Essa é a seqüência racional para o tratamento anti-hipertensivo. Dentre as associações reconhecidas como eficazes temos os betabloqueadores + diuréticos e inibidores da ECA + diuréticos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006).

Os indicadores propostos poderão avaliar se essa seqüência está sendo obedecida.

Antiagregante plaquetário:

Indicador M15 – Percentual de prescrições contendo AAS 100mg

Indicador M16 - DDD de AAS de 100mg

Os antiagregantes plaquetários são úteis na prevenção de eventos vasculares oclusivos. Basicamente, todos os antiinflamatórios não esteroidais (AINES) não seletivos para cicloxigenase II apresentam propriedades antiagregantes. Contudo, a RENAME preconiza o AAS de 100mg como antiagregante plaquetário, pois apresenta evidências suficientes de utilidade terapêutica, tem poucas restrições de uso nas concentrações terapêuticas, além do baixo custo.

Antidiabéticos:

Indicador M17 - Percentual de prescrições com antidiabéticos

Indicador M18 - Percentual de prescrições contendo somente glibenclamida

Indicador M19 - Percentual de prescrições contendo somente metformina

Indicador M20 - Percentual de prescrições contendo glibenclamida + metformina

Indicador M21 - Percentual de prescrições contendo insulina NPH

Indicador M22 - DDD de glibenclamida consumidas

Indicador M23 - DDD de glibenclamida consumidas / DDD total de antidiabéticos

Indicador M24 - DDD de metformina consumidas

Indicador M25 - DDD de metformina consumidas / DDD total de antidiabéticos

Indicador M26 - DDD de antidiabéticos de primeira eleição (glibenclamida + metformina) / total de antidiabéticos orais

Indicador M27 - DDD de insulina NPH consumidas

Indicador M28 - DDD de insulina NPH consumidas / DDD total de antidiabéticos

Estima-se que 11% da população brasileira igual ou superior a 40 anos possua diabetes, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE 2005) (MS, 2006).

O tratamento medicamentoso do *Diabetes Mellitus* - DM tem como objetivo a normoglicemia e manutenção da mesma em longo prazo. O esquema terapêutico para tratamento do DM depende dos valores das glicemias no jejum e pós-prandial da hemoglobina glicada, do peso, da idade, das complicações e das doenças associadas. Na prática, um paciente pode comparecer à primeira consulta, no início da evolução do DM tipo 2 quando predomina a insulinoresistência ou, então, com muitos anos de evolução da enfermidade, em que a principal característica é a insulinopenia. A melhor terapia dependerá muito da capacidade secretória do pâncreas. No período inicial do DM2 (fase I), os medicamentos que não aumentam a secreção de insulina são as melhores indicações (ex.: Metformina). Com diminuição de secreção de insulina (fase II), indica-se um secretagogo (ex.: Glibenclamida), possivelmente em combinação com sensibilizadores insulínicos. Na fase III pode-se associar, aos agentes orais, uma injeção de insulina de depósito (*bedtime*). Na insulopenia (fase IV) insulinição plena.

Para paciente não obeso a Glibenclamida é o medicamento de referência. Mas se for obeso, a escolha terapêutica é a Metformina. A Insulina é referência quando só a dieta e os medicamentos orais não atingem o objetivo terapêutico (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006).

Essas indicações são racionais e baseiam-se na RENAME e nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.

Os indicadores propostos poderão avaliar se as prescrições de antidiabéticos são racionais.

Anti-ulcerosos:

Indicador M29 – Percentual de prescrições contendo ranitidina.

Indicador M30 - Percentual de prescrições contendo omeprazol.

Indicador M31 - DDD de ranitidina consumidas.

Indicador M32 - DDD de omeprazol consumidos.

Indicador M33 - DDD omeprazol / anti H₂.

Indicador M34 - DDD de inibidores da bomba de prótons.

Os Inibidores da Bomba de Prótons - IBP e os antagonistas H₂ - anti H₂ possuem indicações semelhantes, isto é, suprimem a secreção de ácido gástrico.

Há evidências da eficácia no tratamento e prevenção de manifestações e complicações de doença péptica e doença do refluxo gastrointestinal tanto para IBP como anti-H₂. Mas observa-se uso desmedido dos IBP em indivíduos com queixas dispépticas, o que deve ser revisto pelos potenciais efeitos adversos e o custo elevado (Wannmacher, 2004).

Sabe-se que o custo dos IBP supera o de anti-H₂. Além disso, observa-se a substituição comum de omeprazol por novos representantes, sem que haja comprovação de que suas diferenças farmacocinéticas correspondam a vantagens de real relevância clínica (Wannmacher, 2004).

Os indicadores propostos comparam o uso de omeprazol com anti-H₂. O uso aumentado de omeprazol tem maior custo e corresponde a abuso da terapia.

Antiinflamatórios não-esteróides (AINES)

Indicador M35 - Percentual de prescrições contendo paracetamol.

Indicador M36 - DDD de paracetamol.

Indicador M37 - DDD de paracetamol / total de analgésicos.

Indicador M38 - DDD paracetamol / AINES + analgésicos.

Indicador M39 - DHD de AINES.

Os AINES possuem três ações principais: antiinflamatória, analgésica e antipirética. Em relação aos outros AINES, a ação antiinflamatória do paracetamol é bem menor porém, evidências mostram que é um analgésico e antipirético tão eficaz como qualquer outro. Além disso, possui a vantagem de ter menores efeitos adversos e menor custo.

O conjunto destes indicadores permitirá comparar o consumo do paracetamol com outros AINES.

Antibióticos:

Indicador M40 – Percentual de receitas em que se prescrevem antibióticos

Indicador M41 - DHD antibióticos = DDD/1000hab/dia

Indicador M42 – Percentual de antibióticos presentes na REMUME / total de antibióticos prescritos

Indicador M43 - DDD de antibióticos de ultima geração / DDD de antibióticos

Determina o grau de utilização de antibióticos nos esquemas terapêuticos, o que normalmente, tem maior custo, utilização complexa e é de abuso. A OMS estabelece um uso em Atenção primária de saúde menor que 30% para essa classe de medicamentos.

Psicotrópicos:

Indicador M44 – Percentual de prescrições contendo diazepam.

Indicador M45 – DDD de diazepam

Indicador M46 - DDD de benzodiazepínicos

Os Benzodiazepínicos possuem indicações precisas para controle da ansiedade e tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras, quanto por médicos de outras especialidades. Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002).

Dentre os benzodiazepínicos selecionou-se diazepam como representante deste grupo de indicadores como medicamento de referência por ser amplamente usado como ansiolítico e ter baixo custo.

Medicamentos no Idoso:

Indicador M47 - DHD benzodiazepínicos em maiores de 60 anos: ocorre decréscimo de metabolismo hepático em idosos e aumento da sensibilização do sistema nervoso central. E dentre os fármacos com farmacodinâmica e farmacocinética alterada têm-se os benzodiazepínicos.

Idosos possuem maior risco de intoxicação e efeitos colaterais, como ataxia, vertigem e distúrbios comportamentais. Por isso algumas precauções no uso de

benzodiazepínicos devem ser tomadas, como iniciar o tratamento em doses baixas e aumentá-la gradualmente. Logo, não é escolha racional. O indicador determina o perfil de prescrição de benzodiazepínicos nessa faixa etária.

Indicador M48 – Percentual de idosos (≥ 60 anos) com 6 ou mais fármacos: A maioria dos idosos consomem, pelo menos, um medicamento, e cerca de um terço deles consomem cinco ou mais simultaneamente. Entre os fatores preditores do uso estão a idade avançada, o sexo feminino, as piores condições de saúde e a depressão (Rozenfel, 2003). Para o adequado manejo dos fármacos em idosos, é fundamental que sejam consideradas as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, já que a farmacocinética de praticamente todos os medicamentos será afetada por estas mudanças. Este indicador determina o grau de polimedicação em pacientes idosos, em que o risco de problemas relacionados aos medicamentos, principalmente reações adversas e interações medicamentosas são maiores devido às alterações farmacológicas associadas ao envelhecimento.

Indicador M49 - Pacientes com dois ou mais fármacos do mesmo grupo terapêutico: Através desse indicador verifica-se a tendência em prescrever simultaneamente fármacos de mesmo grupo terapêutico.

Os indicadores propostos pelo grupo consenso surgiram com a finalidade de complementar os anteriores citados.

Os indicadores *percentual de prescrição contendo insulina regular* e o *consumo de DDDs de amitriptilina* surgiram na plenária final quando foi discutida a tendência de aumento de prescrições contendo insulina regular (com justificativa pelos médicos de que esse fármaco apresenta vantagens como ação mais rápida e prolongada, levando a um número de aplicações reduzido) e de amitriptilina (em que foi mencionado seu uso para tratamento de enxaqueca). O quadro a seguir apresenta os indicadores criados em consenso.

Quadro 2 - Indicadores adicionados pelo grupo consenso para complementar a descrição do perfil da prescrição médica em APS em Fortaleza – CE, 2007

INDICADORES PROPOSTOS PELO GRUPO CONSENSO
Medicamentos frequentemente prescritos na forma farmacêutica injetável
Percentual de prescrições contendo insulina regular
Percentual de prescrições contendo AINES
Percentual de prescrições contendo benzodiazepínicos
Quantidade de DDD de amoxicilina / DDD de antibióticos totais
Consumo de DDDs de amitriptilina

4.2.1 Avaliação da oficina

Ao final da oficina de consenso os integrantes do grupo responderam a um questionário com o objetivo de avaliar a oficina. Todos os participantes concordaram que o tema tratado era relevante; 88,23% julgaram que o objetivo da oficina ficou claro; 82,35% afirmaram que o conteúdo apresentado no início da oficina foi satisfatório e enriquecedor e que a metodologia proposta para o consenso foi a mais apropriada. Todos concordaram que o material distribuído na semana anterior à oficina foi suficiente para subsidiá-la.

Para 52,94% dos prescritores, os formulários do consenso foram de fácil compreensão e preenchimento. O tempo de desenvolvimento das atividades foi suficiente para 58,82%. Todos os participantes concordaram que os indicadores pactuados refletiriam a realidade do perfil de prescrição da Atenção Primária de Saúde do município de Fortaleza.

4.3 Validação dos indicadores / Análise do perfil das prescrições de Fortaleza

4.3.1 Perfil dos entrevistados

Foram entrevistados 630 pacientes após consulta médica em 21 unidades de saúde em APS de Fortaleza-CE. Após a análise dos formulários gerados pelas entrevistas, 6 foram excluídos sendo 5 por estarem incompletos e 1 por não atender aos critérios de inclusão.

Assim, 624 formulários foram utilizados para levantar o perfil da prescrição e consulta médica de Fortaleza.

Do total dos entrevistados 63% se consultaram e 37,1% acompanhavam outras pessoas sendo que 28,4% acompanhavam o filho, 2,4% pai / mãe, 1% irmão / irmã e 5,3% outros parentes ou amigos.

A maioria dos pacientes consultados era do sexo feminino (71,5%). Conforme a tabela 4, a faixa etária mais freqüente da população atendida foi de 20 a 39 anos.

Tabela 4 – Freqüência da população atendida em Unidades de Saúde de Fortaleza-CE, segundo faixas etárias do SIAB*, 2008

Faixa etária	Total	Frequência relativa (%)	Intervalo de confiança % (95%)
Menor de 1 ano	26	4,2	2,8 - 6,1
1 a 4 anos	77	12,3	9,9 - 15,2
5 a 9 anos	58	9,3	7,2 - 11,9
10 a 14 anos	41	6,6	4,8 - 8,9
15 a 19 anos	35	5,6	4,0 - 7,8
20 a 39 anos	136	21,8	18,7 - 25,3
40 a 49 anos	60	9,6	7,5 - 12,3
50 a 59 anos	67	10,7	8,5 - 13,5
≥ 60 anos	124	19,9	16,9 - 23,3
Total	624	100	

Fonte: Dados primários, Atenção Primária de Saúde de Fortaleza, CE – 2008.
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.

Quanto ao grau de escolaridade, o gráfico abaixo apresenta os dados quando o entrevistado era o próprio paciente e quando o entrevistado era o responsável pelo paciente. Verifica-se que a maior freqüência de anos de estudo encontra-se na faixa de 5 a 8 anos para ambos .

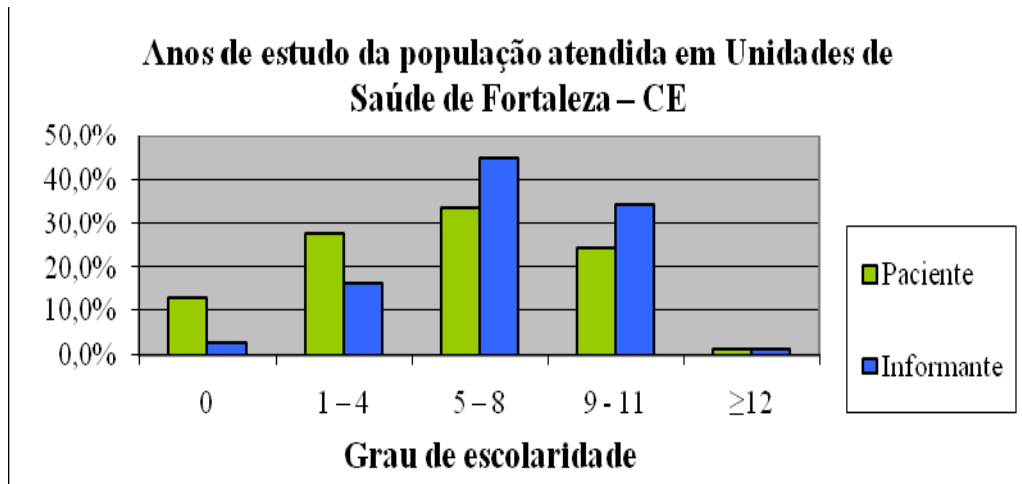


Gráfico 1-Distribuição dos entrevistados nas Unidades de Saúde de Fortaleza-CE, por anos de estudo.

Fonte: Dados primários, Atenção Primária de Saúde de Fortaleza, CE – 2008.

*Seis informantes não informaram grau de instrução.

Mais da metade dos pacientes possuíam renda familiar de até um salário mínimo-SM (59,8%) e moravam próximos à unidade de saúde que buscaram atendimento (93,1%) (Considerar o salário mínimo de R\$ 380,00 em janeiro de 2008).

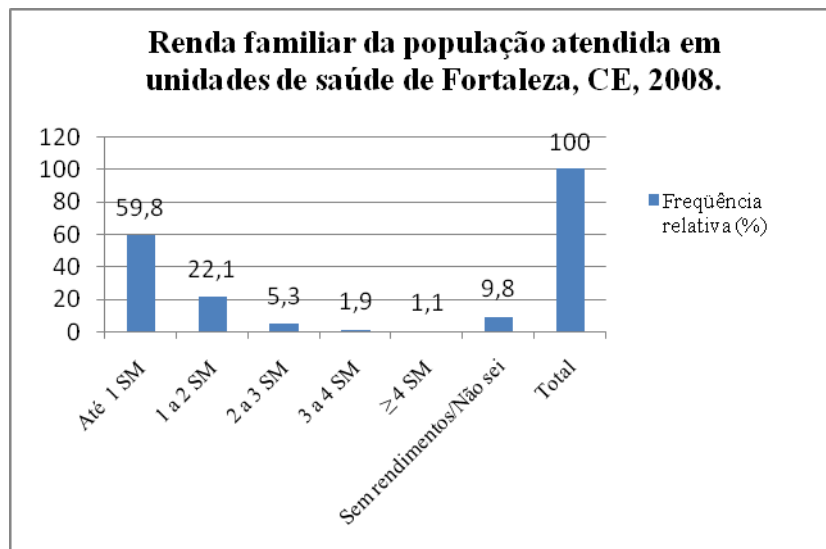


Gráfico 2 - Distribuição dos entrevistados nas Unidades de Saúde de Fortaleza, por renda familiar

Fonte: Dados primários, Atenção Primária de Saúde de Fortaleza, CE

4.3.2 Perfil das consultas médicas

Os pacientes foram atendidos em sua maioria por clínicos gerais (75,8%), seguido de pediatras (19,7%) e ginecologistas/obstetras (4,5%). Ao serem perguntados sobre o atendimento médico, a maioria o considerou bom (52,4%) ou ótimo (42,6%). Porém 5% dos entrevistados consideraram o atendimento regular (n=25) ou péssimo (n=6). Cinquenta e dois pacientes não quiseram justificar o porquê.

A tabela 5 mostra as respostas mais freqüentes que justificavam esse percentual (1095 motivos). Os pacientes poderiam responder mais de um motivo e acrescentar outros não apresentados como opção no questionário.

Tabela 5-Principais percepções positivas dos pacientes em relação à consulta médica realizada pelos prescritores da APS em Fortaleza – CE, 2008

Justificativas	Total
Prestou atenção ao paciente	254
Examinou bem	159
É educado / delicado	145
Fez perguntas	140
Explica bem	129
Prescreveu medicamento	63
Passou exames	31
O médico é inteligente	21
O médico conversa com o paciente	20
Sentiu-se bem recebido pelo médico	7
Médico atendeu sem ficha	6

Tabela 6-Principais percepções negativas dos pacientes em relação à consulta médica realizada pelos prescritores da APS em Fortaleza – CE, 2008

Justificativas	Total
Não fez perguntas	14
Não examinou o paciente	14
Não passou o medicamento desejado	8
O médico nem olhou no meu rosto	4
Médico trata mal / ignorante	4
Não explicou nada	3
O médico fala difícil	1
Não deu atestado médico	1

Ao serem entrevistados, os pacientes relataram ter obtido informações sobre a sua doença ou o motivo da consulta em 69,4% das vezes. Já explicações sobre os medicamentos prescritos aconteceram em 86,7%. As tabelas 7 e 8 mostram esses resultados.

Tabela 7 - Frequência de pacientes que entendiam a indicação dos medicamentos prescritos em APS em Fortaleza-CE, 2008.

% do Receituário	Total	Frequência relativa
0 25	61	9,80%
25 50	28	4,50%
50 75	113	18,1%
75 100	422	67,7%
Total	624	100%

Tabela 8 - Frequência de pacientes que entendiam o modo de usar dos medicamentos prescritos em APS em Fortaleza-CE, 2008

% do Receituário	Frequência	Percentual
0 25	80	12,8%
25 50	26	4,2%
50 75	57	9,1%
75 100	461	74,0%
Total	624	100%

O médico expressou a importância em cumprir o tratamento até o fim em 72,4% dos casos, perguntou sobre reações alérgicas anteriores em 31,1% dos casos, informou sobre o que deveria ser feito frente a efeitos indesejados ao medicamento em 34,9% dos casos, pediu informações sobre o uso de outros medicamentos no momento da consulta em 30,8% dos casos e perguntou pelo o uso de produtos naturais em 13% dos casos.

Quando não houve o repasse das informações ou orientações, 31,1% dos pacientes eram alérgicos a algum medicamento e 16,9% estavam fazendo uso de outro medicamento, mas não haviam informado ao médico. Destes tomaram a iniciativa de informar ao médico que eram alérgicos e estavam usando outro produto em 24,3 % e 55,7% dos omissos.

Para pacientes em idade fértil (n=212) o médico perguntou sobre gravidez em 23,1% dos casos. Vinte e cinco pacientes estavam grávidas.

As pacientes que não estavam grávidas usavam os seguintes métodos anticoncepcionais em ordem de frequência: somente anticoncepcional (29,9%), somente preservativo (15,5%), preservativo + anticoncepcional (5,1%), DIU (1,1%). Nenhum método foi usado em 38% dos casos. A ligadura de trompas estava presente em 23,0% dos casos e a vasectomia em 1,1%.

Como descrito na tabela 9 os principais motivos para consulta, conforme a Classificação Internacional para Atenção Primária, foram relacionadas ao sistema digestivo (15,4%), aparelho circulatório (13,3%) e aparelho respiratório (12,9%).

Tabela 9 - Motivos mais frequentes de consulta da população atendida segundo grupos ICPC-2*.

Grupo ICPC-2	Motivos agrupados	Total	Frequência relativa (%)
D	Digestivo	143	15,4
K	Aparelho circulatório	123	13,3
R	Aparelho respiratório	119	12,9
A	Problema geral e inespecífico	86	9,3
*	Outro	80	8,6
S	Pele	69	7,5
T	Endócrino/metabólico/nutricional	62	6,7
X	Genital feminino	58	6,3
L	Músculo-esquelético	57	6,2
N	Neurológico	50	5,4
W	Gestação / parto / planejamento familiar	29	3,1
U	Aparelho urinário	15	1,6
P	Psicológico	12	1,3
H	Ouvido	11	1,2
B	Sangue	5	0,5
Y	Genital masculino	4	0,4
F	Olho	3	0,3
Total		926	100

Fonte: Dados primários, Atenção Primária de Saúde de Fortaleza, CE – 2008.

*ICPC-2: Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição.

Os medicamentos mais prescritos foram paracetamol, captopril e albendazol.

4.3.3 Perfil da prescrição médica após aplicação dos indicadores de prescrição

Foram prescritos 1582 medicamentos à amostra estudada. As tabelas abaixo apontam os resultados obtidos após aplicação dos indicadores de prescrição selecionados para Fortaleza.

Tabela 10 - Indicadores que relacionam aspectos gerais da prescrição

Indicador	Descrição	Resultado
G1	Número médio de medicamentos por prescrição	2,52
G2	Medicamentos mais prescritos	Tabela 11
G3	Medicamentos freqüentemente prescritos que não estão incluídos na lista de medicamentos padronizados do município	Tabela 12
G4	% de medicamentos prescritos que pertencem à lista de padronizados	87,0% (n=1373)
G5	% de medicamentos prescritos por denominação genérica	90,6% (n=1429)
G6	% de prescrições em que se prescrevem injetáveis	2,1% (n=13)
G7	% de prescrições em que se prescrevem um psicotrópico	2,1% (n=13)
G8	% de prescrições em que atendem a legislação específica	8,3% (n=52)
G9	% de prescrições injustificáveis	1,6% (n=10)
G10	Variação do custo médio por prescrição	R\$ ~2,40

Tabela 11 - Relação de medicamentos prescritos com frequência igual ou superior a 10

ATC	Medicamento	Frequência
N02BE01	Paracetamol	134
C09AA01	Captopril	93
P02CA03	Albendazol	92
C03AA03	Hidroclorotiazida	79
M01AB05	Diclofenaco (sódico ou potássico)	67
J01CA04	Amoxicilina	62
B03AA07	Sulfato ferroso	58
B01AC06	Ácido acetilsalicílico	55
P01AB07	Secnidazol	48
A11*	Vitaminas	44
B03BB01	Ácido fólico	41
P01AB01	Metronidazol	39
N02BB02	Dipirona	34
P02CA01	Mebendazol	33
C07AA05	Propranolol	32
D07AB19	Dexametasona	31
A02BC01	Omeprazol	30
R01AX10	Solução nasal	30
A12AA04	Carbonato de cálcio	28
J01DB01	Cefalexina	28
A10BA02	Metformina	27
A12AA04	Carbonato de Cálcio	26
A10BB01	Glibenclamida	25
J01EE01	Sulfametoxazol + Trimetoprima	24
A02BA02	Ranitidina	22
A07CA	Sais p/ reidratação	21
G03AA07	Levonogestrel + etinilestradiol	21
G01AF04	Miconazol (Creme vaginal)	20
G01AF01	Metronidazol (Creme vaginal)	18
R03CC02	Salbutamol	18
H02AB07	Prednisona	17
R06AX13	Loratadina	17
R03AC04	Fenoterol	16
D06AX04	Neomicina	14
G01AA01	Nistatina creme vag	12
M01AE01	Ibuprofeno	11
D01AC08	Cetoconazol creme	11
P03AC04	Permetrina	10

Nota: Com asterisco (*) medicamento não padronizado

Tabela 12 – Relação de medicamentos freqüentemente prescritos que não estão incluídos na lista de medicamentos padronizados do município

ATC	Medicamento	Freqüência
A11	Multivitaminas	44
D06AX04	Neomicina	14
B03AA07	Sulfato ferroso (concentração diferente da REMUME)	10
G01AF07	Isoconazol	9
C10AA01	Sinvastatina	7
-	Fitoterápicos	7
J02AC01	Fluconazol	7
N05BA01	Diazepam 10mg	6
M01AB05	Diclofenaco de sódio	5
D01AA01	Nistatina	4
R03BB01	Ipatrópio	4
J01MA02	Ciprofloxacino	3
N07CA01	Betahistina	3
A03AX13	Dimeticona	2
A03DB04	Butilescopolamina + Analgésicos	2
A03FA03	Domperidona	2
A10BF01	Acarbose	2
C01DA07	Propatilnitrato	2
J01FA10	Azitromicina	2
N02BA01	Acido Acetil salicílico 500mg	2
N02BB02	Dipirona comp	2
N02BE51	Paracetamol + Psicolético	2
N07CA03	Flunarizina	2
P02CA01	Mebendazol	2
G03CA57	Estrógenos conjugados	2

Nota: Medicamentos que aparecem com uma freqüência mínima de dois

Observou-se que para o indicador G7 (% de prescrições em que se prescrevem um psicotrópico), das 13 prescrições de psicotrópicos, 11 eram para mulheres.

Dentre os medicamentos prescritos, aquele com maior freqüência na forma farmacêutica injetável foi a Benzilpenicilina (n=7) – Indicador proposto pelo grupo consenso.

Para determinação do indicador G8 (% de prescrições em que atendem a legislação específica) verificou-se os seguintes itens separadamente:

-Legibilidade

-Ausência de rasura

-Dados do médico: nome, assinatura, endereço da unidade de saúde, carimbo com respectivo nº de inscrição no conselho, especialidade médica

-Nome do paciente

-Data

Caso pelo menos um desses itens não fosse atendido, considerava-se a prescrição não obediente à legislação vigente. A ausência de especialidade médica e o endereço da unidade de saúde contribuíram substancialmente para o resultado. O gráfico abaixo apresenta a contribuição de cada item para esse resultado.

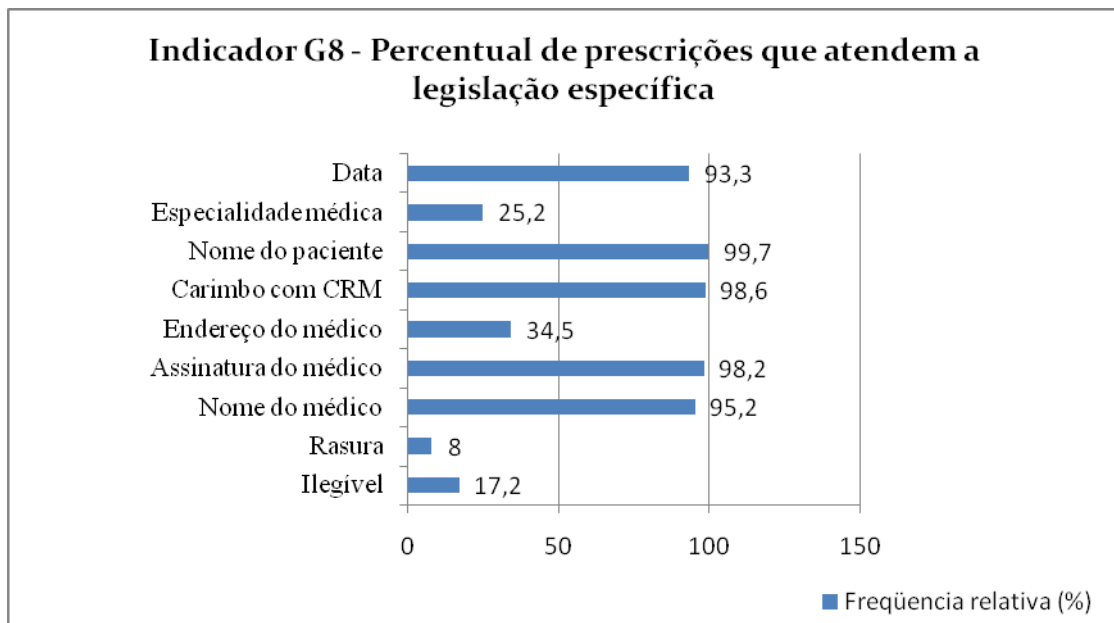


Gráfico 3-Requisitos técnicos analisados para construção do indicador-G8: Percentual de prescrições que atendem a legislação específica referente à prescrição médica

É importante lembrar que o dado de ilegitimidade apresentado foi realizado somente para as prescrições que eram manuais (n = 486). Quando o paciente era analfabeto, o próprio entrevistador fazia a avaliação da prescrição.

A tabela 13 apresentada a seguir, traz dados da prescrição médica após análise quanto a presença ou ausência dos seguintes elementos: forma farmacêutica, concentração,

quantidade total a ser dispensada, duração do tratamento, posologia e sigla. Não foi observado se eram adequados ou não ao paciente, uma vez que não era objetivo do estudo.

Tabela 13 – Descrição quantitativa dos requisitos técnicos necessários em prescrição médica, em APS em Fortaleza, 2008

Requisitos técnicos	Freqüência	Percentual (%)	Intervalo de confiança, % (95%)
Duração do tratamento	612	38,7	36,3 – 41,1
Posologia	1506	95,2	94,0 – 96,2
Forma farmacêutica	1274	80,5	78,5 – 82,4
Concentração	926	58,5	56,1 – 61,0
Quantidade total a ser dispensada	1410	89,1	87,5 – 90,6
Sigla	639	40,4	38,0 – 42,9

Em relação ao indicador G10 (Variação do gasto médio por prescrição) obteve-se o seguinte resultado: R\$ 2,3975 (~ R\$ 2,40). A tabela 14 apresenta o resultado deste indicador separado por faixa etária. É observado que os maiores gastos pertencem aos usuários com idade superior a 50 anos.

Tabela 14 – Custo médio da prescrição médica em APS em Fortaleza por faixa etária, 2008.

Faixa etária	Nº de prescrições contabilizadas	Custo R\$
Menor de 1 ano	26	1,3343
1 a 4 anos	74	2,5788
5 a 9 anos	55	2,2165
10 a 14 anos	39	2,7401
15 a 19 anos	35	1,5361
20 a 39 anos	132	1,7546
40 a 49 anos	54	2,4079
50 a 59 anos	64	2,8908
≥ 60 anos	113	3,2271

Fonte: Dados primários, Atenção Primária de Saúde de Fortaleza, CE – 2008.

Indicadores orientados ao medicamento

Anti-hipertensivos:

Das 624 prescrições analisadas, 139 (Indicador M1 – 22,28%) delas possuíam pelo menos um anti-hipertensivo, com prescrição total de 231 itens, sendo: Captopril (94), Hidroclorotiazida (79), Propranolol (32), Metildopa (8), Furosemida (6), Verapamil (4), Espironolactona (1), Atenolol (1), Nifedipina (1), Enalapril (1), Lisinopril (1), Losartan (1) e Ramipril (1).

A tabela 15 refere-se ao resultado obtido após aplicação dos indicadores codificados M1 a M5.

Tabela 15 – Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M1 a M5 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008

Código	Indicador	Frequência	Resultado
M1	% de prescrições com anti-hipertensivos	139	22,80%
M2	% de prescrições contendo somente hidroclorotiazida	11	1,76%
M3	% de prescrições contendo HCTZ + captopril	49	7,86%
M4	% de prescrições contendo somente propranolol	8	1,28%
M5	% de prescrições com HCTZ + propranolol	17	2,72%

Na análise de prescrição de anti-hipertensivos conforme o grupo etário decidiu-se também apresentar estes dados nas mesmas faixas etárias apresentadas em inquérito domiciliar realizado em 17 capitais brasileiras nos anos de 2002 a 2005 (BRASIL MS, 2008). Na tabela 16 podemos observar um aumento progressivo do uso de anti-hipertensivos com a idade.

Tabela 16 - Indicadores de prescrição aplicados a prescrições das Unidades de Saúde de Fortaleza-CE por faixas etárias.

Indicador	< 25 anos	25-39anos	40-59anos	>59anos	Total
M1	1 (0,71%)	9 (6,47%)	49 (35,25%)	80 (57,55%)	139
M2	-	2 (18,18%)	2 (18,18%)	7 (63,63%)	11
M3	-	1 (2,04%)	21 (42,86%)	27 (55,10%)	49
M4	1 (12,5%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)	8
M5	-	1 (5,88%)	6 (35,29%)	10 (58,82%)	17

A ausência de informações em algumas prescrições com anti-hipertensivos dificultou a construção dos indicadores M6 a M14. As falhas detectadas nessas prescrições foram:

-Vinte prescrições não informavam a concentração do medicamento prescrito: 7 de captopril, 9 de hidroclotiazida, 2 de metildopa e 2 de propranolol.

-Trinta e duas prescrições não mencionaram a quantidade total de comprimidos a serem dispensados.

Como essas informações eram importantes para o cálculo de nº de DDDs prescritas foi necessário definir critérios para os cálculos finais destes indicadores.

-Para prescrições que não informavam a concentração do medicamento, utilizou-se o valor da concentração presente na lista de padronizados do município, pois a prescrição deveria ser feita tomando a mesma como base.

-Para as prescrições que não possuíam a quantidade total de comprimidos prescritos, verificou-se inicialmente a frequência de dias de tratamento prescritos em todas as outras receitas com aquele medicamento. A maior frequência seria usada para estimar a quantidade total a ser calculada multiplicado-se o período pelo número de comprimidos ao dia.

Para o cálculo do indicador M14 considerou-se *outros anti-hipertensivos*, aqueles que não estavam contemplados na lista de medicamentos padronizados do município.

A partir desses critérios fizeram-se os cálculos de n° de DDDs consumidas para: total de anti-hipertensivos, Hidroclotiazida, Captopril, Propranolol e outros anti-hipertensivos.

Assim:

→O n° de DDDs total de anti-hipertensivos=10.212,67 DDDs.

→O n° de DDDs de Hidroclotiazida =3.461 DDDs.

→O n° de DDDs de Captopril = 4.821DDDs.

→O n° de DDDs de Propranolol = 840,5DDDs.

→O n° de DDDs de outros anti-hipertensivos = 346 DDDs.

Utilizaram-se dois denominadores para construção dos indicadores:

-**A**: a população utilizada foi somente as prescrições contendo anti-hipertensivos (n=139).

-**B**: a população usada foi todas as prescrições estudadas (n=624).

A tabela 17 traz os resultados após aplicação dos indicadores.

Tabela 17 - Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M6 a M14 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.

Código	Indicador	DDD / A	DDD / B
M6	DDD de Hidroclotiazida	24,89 DDDs	5,83DDDs
M7	DDD de Hidroclotiazida / DDD total de anti-hipertensivos	33,89%	33,89%
M8	DDD de captopril oral	34,68 DDDs	7,72DDDs
M9	DDD de captopril / DDD total de anti-hipertensivos	47,20%	47,18%
M10	DDD de Hidroclotiazida+captopril / DDD total de anti-hipertensivos	82,85%	18,44%
M11	DDD de propranolol	6,04 DDDs	1,34 DDDs
M12	DDD de propranolol / DDD total de anti-hipertensivos	8,23%	8,23%
M13	DDD de Hidroclotiazida+propranol / DDD total de anti-hipertensivos	42,11%	42,11%
M14	DDD de outros anti-hipertensivos	2,48DDDs	0,55DDDs

Nota: A = população de prescrições com anti-hipertensivos (n=139); B = prescrições estudadas (população total=624). Os valores em percentual tiveram o resultado absoluto multiplicado por 100.

Antiagregante Plaquetário

Das 624 prescrições, 57 (9,13%) possuíam prescrição de ácido acetilsalicílico de 100mg (AAS). É importante relatar que em duas receitas a prescrição foi de AAS 500mg. Ao perguntar aos pacientes se o médico deu explicações sobre o medicamento, ambos responderam que sim. E ao serem questionados sobre a indicação do medicamento foi respondido “*pro sangue*”, “*afinar o sangue*”. Então, provavelmente, houve um erro de prescrição. Assim, considerou-se 55 prescrições para os cálculos.

Para o Indicador M15, percentual de prescrições contendo AAS, foram utilizados para os cálculos o nº de 55 prescrições, ou seja, 8,81% das prescrições eram de AAS de 100mg.

$$\text{Cálculo: } (55/624) \times 100\% = 8,81\%$$

O nº de DDDs de AAS prescritas foi: 2.561DDD.

Logo aplicando este resultado ao indicador M16 (DDD de AAS de 100mg), temos que:

Tomando somente a população de prescrições contendo AAS (55 prescrições):

$$\text{Cálculo: } 2561 \text{ DDDs} / 55 \text{ prescrições} = 45,56 \text{ DDDs} / \text{prescrição}$$

Tomando a população total de prescrições (624 prescrições):

$$\text{Cálculo: } 2561 \text{ DDDs} / 624 \text{ prescrições} = 4,10 \text{ DDDs} / \text{prescrição}$$

Anti-diabéticos:

Das 624 prescrições analisadas, 41 (Indicador M17 – 6,57%) delas possuíam pelo menos um anti-diabético, com prescrição total de 59 medicamentos desta classe, assim distribuídos: Metformina (27), Glibenclamida (25), Insulina NPH (4), Acarbose (2), Gliclazida (1).

A tabela 18 apresenta os resultados obtidos após aplicação dos indicadores M17 a M21.

Tabela 18 – Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M17 a M21 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008

Código	Indicador	Frequência	Resultado
M17	% de prescrições com antidiabéticos	41	6,57%
M18	% de prescrições contendo somente glibenclamida	10	1,60%
M19	% de prescrições contendo somente metformina	11	1,76%
M20	% de prescrições contendo glibenclamida+metformina	15	2,40%
M21	% de prescrições contendo somente insulina NPH	3	0,48%

Estratificando o consumo por grupos etários, percebe-se um aumento de consumo de medicamentos anti-diabéticos com o aumento da idade.

Tabela 19 - Indicadores de prescrição aplicados a prescrições das Unidades de Saúde de Fortaleza-CE por faixas etárias

Indicador	30 - 39anos	40-49anos	50-59anos	60-69anos	>69anos	Total
M17	1 (2,43%)	7 (17,07%)	10 (24,39%)	9 (21,95%)	14 (34,14%)	41
M18	-	1 (10,0%)	1 (10,0%)	3 (30,0%)	5 (50,0%)	10
M19	2 (18,18%)	1 (9,09%)	1 (9,09%)	4 (36,36%)	3 (27,27%)	11
M20	-	4 (26,67%)	5 (33,33%)	3 (20,0%)	3 (20,0%)	15
M21	-	1 (33,33%)	-	-	2 (66,67%)	3

A ausência de informações em algumas prescrições com anti-diabéticos dificultou a construção dos indicadores M22 a M28. As falhas detectadas nessas prescrições foram as seguintes:

-Das prescrições analisadas, sete não informaram a concentração e estavam assim distribuídas: Glibenclamida (3), Insulina NPH (4).

-Treze prescrições não traziam a quantidade de unidades a serem dispensadas: Metformina (8), Glibenclamida (4) e Acarbose (1).

Como nos anti-hipertensivos, essas informações foram importantes para o cálculo de nº de DDDs prescritas de anti-diabéticos. Logo foi necessário definir critérios para os cálculos finais dos indicadores M22 a M28.

-Para prescrições que não informavam a concentração da prescrição, utilizou-se o valor da concentração presente na lista de padronizados do município, pois a prescrição deve ser feita tomando a mesma como base.

-Para as prescrições que não possuíam a quantidade total de comprimidos prescritos, verificou-se inicialmente a frequência de dias de tratamento prescritos em todas as receitas com aquele medicamento. A maior frequência seria usada para estimar a quantidade total a ser calculada naquelas prescrições cuja informação faltava. Finalmente, foi multiplicado o período pelo número de comprimidos ao dia.

A partir desses critérios fizeram-se os cálculos de nº de DDDs para: total de anti-diabéticos, Glibenclamida e Metformina. Assim:

→O nº de DDDs de antidiabéticos total = 1.503,70 DDDs (Para este cálculo não se considerou as prescrições de Insulina).

→O nº de DDDs de Glibenclamida = 998,5DDD.

→O nº de DDDs de Metformina = 466,25DDD.

Tabela 20 - Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M22 a M26 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008

Código	Indicador	DDD / A	DDD / B
M22	DDD de Glibenclamida consumida	24,35DDD	1,60DDD
M23	DDD de Glibenclamida consumida / DDD total de antidiabéticos	66,40%	66,40%
M24	DDD de Metformina consumida	11,37DDD	0,74DDD
M25	DDD de Metformina consumida / DDD total de antidiabéticos	31,00%	31,00%
M26	DDD de antidiabéticos de 1ª eleição (glibenclamida+metformina) / total de antidiabéticos orais	97,40%	97,40%
M27	DDD de Insulina NPH consumidas	Não foi calculado	Não foi calculado
M28	DDD de Insulina NPH consumidas / DDD total de antidiabéticos	Não foi calculado	Não foi calculado

Onde: A = população de prescrições com anti-diabéticos (n=41); B = prescrições estudadas (população total, n=624). Os valores em percentual tiveram o resultado absoluto multiplicado por 100.

Em relação ao indicador proposto pelo grupo consenso (% de Prescrições contendo insulina regular), não houve prescrição desse medicamento.

Anti-secretores:

Das 624 prescrições estudadas, 51 possuíam anti-secretores. Uma possuía a prescrição conjunta de Omeprazol e Ranitidina (1,96%). Somente três prescrições possuíam tempo de tratamento, sendo uma delas “se necessário”.

A resposta para os indicadores M29 (% de prescrições contendo Ranitidina) e M30 (% de prescrições contendo omeprazol) são respectivamente, 3,52% e 4,80%.

Para cálculo de DDDs não se considerou o tempo de tratamento, verificou-se somente a quantidade de comprimidos prescritos. Cinco prescrições não apresentavam esse dado, sendo desprezadas para efeito de cálculo, pois correspondiam a menos de 10% das prescrições de anti-secretores.

Sete (6 de omeprazol e 1 de ranitidina) prescrições não mencionaram concentração de princípio ativo. Para essas, foi colocado a concentração referente à da lista de padronizados.

Então, foram analisadas 46 prescrições com anti-secretores (sendo este o denominador para os cálculos referentes a prescrições com anti-secretores).

A tabela 21 apresenta os resultados, após aplicação dos indicadores M31 a M33.

Tabela 21 - Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M31 a M33 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008.

Código	Indicador	DDD / A	DDD / B
M31	DDD de Ranitidina	9,02DDD	0,66 DDDs
M32	DDD de Omeprazol	23,41DDD	1,72 DDDs
M33	DDD de Omeprazol / anti H2	2,60	2,60

Nota: A = população de prescrições com anti-secretores (n=46); B = prescrições estudadas (população total, n=624).

Analgésicos e AINES:

Das 624 prescrições estudadas, 169 continham analgésicos, sendo 135 de paracetamol e 34 de dipirona. Esta informação responde ao Indicador M35, ou seja, 21,63% das prescrições estudadas eram de paracetamol.

Para o indicador *Percentual de prescrições contendo AINES*, 77 prescrições continham AINES, ou seja, 12,33%. Foi considerado AINE: diclofenaco sódico, diclofenaco potássico e ibuprofeno.

Para o cálculo dos Indicadores M36 a M39 era importante saber que:

→O n° de DDDs de analgésicos total: 362DDD (Duas prescrições de dipirona foram retiradas do cálculo pois não possuíam todas as informações necessárias)

→O n° de DDDs de AINES total: 749,25DDD

→O n° de DDDs de paracetamol: 305,33DDD

Na tabela 22 encontramos os resultados obtidos após aplicação dos indicadores M36 a M39. O indicador M39 não pode ter sido calculado para essa amostra, pois o indicador refere-se à população por mil habitantes-dia (DHD). Como a amostra utilizada neste trabalho foi inferior a este valor, esse indicador não pode ser testado.

Tabela 22 - Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M36 a M39 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008

Código	Indicador	DDD / A	DDD / B
M36	DDD de paracetamol	1,8 DDDs	0,49DDD
M37	DDD de paracetamol / total de analgésicos	83%	83%
M38	DDD de paracetamol / AINES + analgésicos	27%	27%
M39	DHD de AINES	Não possível calcular (amostra insatisfatória)	Não possível calcular (amostra insatisfatória)

Nota: A = população de prescrições com analgésicos (n=167); B = prescrições estudadas (população total, n=624)

Antibióticos:

Das prescrições estudadas, 142 (22,25%) possuíam antibióticos (Indicador M40). Foram prescritos 154 antibióticos, assim distribuídos: Amoxicilina (62); Cefalexina (28); Sulfametoxazol + Trimetoprima (24); Neomicina e/ou associações (21); Benzilpenicilina (9); Ciprofloxacino (3); Eritromicina (3); Azitromicina (2); Oxitetraciclina (1); Clorafenicol (1).

Quanto à forma farmacêutica: Comprimido / cápsulas (122); Pomada (22); Injetável (8); Colírio (1).

Após análise dos receituários verificou-se que:

-O indicador DHD de antibióticos (M41) não foi calculado, pois a amostra foi de 630 prescrições.

-Houve prescrição de 131 antibióticos pertencentes à lista padronizada do município. Logo, para o indicador M42 (% de antibióticos presentes na REMUME/ total de antibióticos prescritos) o resultado foi 85,06%.

-Como não houve prescrição de antibióticos de última geração, o indicador M43, DDD de antibióticos de última geração / DDD de antibióticos, apresentou resposta zero.

-Para responder ao indicador proposto pelo grupo, DDD de amoxicilina / DDD de antibióticos totais, sabia-se que:

Das 62 prescrições de amoxicilina, uma foi desconsiderada para o cálculo deste indicador, pois não mencionou o tempo de tratamento, nem o nº de frascos a serem utilizados (requisitos necessários para o cálculo de DDD).

As associações e os antibióticos na forma de colírio e pomada não possuem DDD. Logo, não fizeram parte do denominador nesse cálculo. Assim:

→O nº de DDD de amoxicilina consumida = 650,5DDDs.

→Total de prescrições: 95 prescrições com antibióticos.

Logo: 6,84DDDs / prescrição de antibiótico e 1,04DDDs/ prescrições estudadas.

Psicotrópicos:

Houve 13 prescrições contendo psicotrópicos, com um total de 15 medicamentos: Diazepam (6); Amitriptilina (4); Alprazolam (1); Carbamazepina (1); Fenobarbital (1); Fluoxetina (1); Tioridazina (1). Então, 0,96% das prescrições eram de Diazepam (Indicador M44). Assim, 1,12% das prescrições totais eram de benzodiazepínicos.

Somente uma prescrição de Diazepam foi feita na concentração padronizada pelo município (5mg).

Foram prescritas 345DDD de diazepam e um total de 375DDD totais de benzodiazepínicos. Segue na tabela 23 os resultados obtidos após aplicação dos indicadores M45 e M46.

Tabela 23 - Resultados obtidos após aplicação dos Indicadores de Prescrição M45 e M46 a uma amostra das prescrições da APS em Fortaleza-CE, 2008

Código	Indicador	DDD / A	DDD / B
M45	DDD de diazepam	53,42 DDDs	0,55DDD
M46	DDD de benzodiazepínicos	53,57 DDDs	0,60DDD

Nota: A = população de prescrições com benzodiazepínicos (n=167); B = prescrições estudadas (população total, n=624)

Medicamentos no Idoso:

Foram estudadas 124 prescrições de pacientes idosos, das quais 8 prescrições possuíam 6 ou mais medicamentos (Indicador M48 = 6,45%).

O indicador M47 não foi testado porque a amostra não permitia seu cálculo.

Uso de fármacos de mesmo grupo terapêutico:

Para cálculo desse indicador foi analisado o 2º nível do código ATC. Do total, 46 prescrições continham dois medicamentos do mesmo grupo terapêutico e uma prescrição continha três medicamentos. Esse resultado pode ser visto no quadro 3.

É possível notar que a maioria das associações medicamentosas apresentadas no quadro 3 são justificadas pela literatura possuindo evidência clínica. Mas, somente com o conhecimento do diagnóstico médico, seria possível definir realmente se haveria erro ou não nessas associações.

Quadro 3 – Associações de fármacos de mesmo grupo terapêutico presentes nas prescrições em APS de Fortaleza, 2008

ATC (2º nível)	Medicamentos envolvidos	Nº de prescrições
B03	Sulfato ferroso + Ácido Fólico	20
A10	Glibenclamida + Metformina	12
R03	Fenoterol + Ipratrópio	2
R03	Ipratrópio + Salbutamol	2
R03	Fenoterol + Salbutamol	2
P01	Metronidazol + Secnidazol	1
C03	Furosemida + Espironolactona	1
J01	Benzil Penicilina + Cefalexina	1
C01	Digoxina + Propatilnitrato	1
A10	Insulina NPH + Metformina + Acarbose	1
A02	Omeprazol + Ranitidina	1
M04	Colchicina + Alopurinol	1
J01	Azitromicina + Ciprofloxacino	1
G01	Metronidazol + Isoconazol	1

5 DISCUSSÃO

É fundamental para aqueles que elaboram e implementam políticas de saúde, conhecer o padrão de prescrição vigente na área em que atuam. Esse conhecimento possibilita a adoção de estratégias de gestão e controle que tragam a melhor relação custo-benefício para a comunidade atendida (COLOMBO *et al.*, 2004).

Apesar de existirem vários trabalhos na literatura que abordam o tema avaliação da qualidade da prescrição médica, poucos desenvolvem indicadores específicos para a realidade local. A maior parte desses estudos aplicam a metodologia descrita no manual *Cómo Investigar el Uso de Medicamentos en los Servicios de Salud* (OMS, 1993).

Embora tal metodologia seja validada e atenda bem ao contexto da atenção primária, os indicadores selecionados pela OMS têm valor limitado tendo em vista as peculiaridades dos sistemas de atenção à saúde e a complexidade dos fatores relacionados à prescrição. Assim, no presente trabalho, optou-se por desenvolver indicadores de prescrição específicos para a realidade de Fortaleza a partir de um consenso entre os médicos da atenção primária de saúde do município.

A técnica utilizada, Consenso Informal, foi escolhida pelas suas vantagens: reduzir a probabilidade de aparecimento de conflitos, permitir o aparecimento de novas idéias considerando a opinião de minorias, facilitar a expressão de todos os componentes do grupo e participação na reunião de forma equilibrada, baixo custo, além de permitir que os participantes não sejam especialistas.

No entanto, sabe-se que o Consenso Informal tem sido criticado pela sua reduzida estrutura formal, bem como sua baixa reprodutibilidade (GOMEZ-CASTRO *et al.*, 2003). Para minimizar este problema, o grupo consenso foi formado exclusivamente por médicos que atuavam na APS naquele momento, permitindo que cada membro contribuísse com sua experiência. Além disso, um indicador só seria aceito se todo o grupo concordasse com o mesmo. Soma-se a isso a discussão que foi realizada sobre cada indicador garantindo a sua validade.

A composição do grupo foi bem diversificada. O grupo Consenso escolhido representou satisfatoriamente a realidade dos prescritores de Fortaleza. O grupo jovem

(média= 38 anos e moda = 25) é justificado pela ocorrência de um concurso recente realizado pela prefeitura de Fortaleza para compor novas equipes de PSF.

Em outros consensos, utilizando a mesma técnica, tem-se verificado número de participantes variando de três (OBORNE *et al.*, 1997) até 24 participantes (GOMEZ-CASTRO *et al.*, 2003). Sabe-se que a quantidade de participantes depende, dentre outros fatores, do número de pessoas acessíveis ao autor do instrumento no momento da aplicação da técnica. No presente estudo o número de 17 participantes foi considerado satisfatório e ao final mostrou resultado positivo.

Para facilitar a discussão e reduzir o tempo gasto na realização da oficina fez-se a entrega prévia aos participantes de um texto contendo uma fundamentação teórica e revisão bibliográfica sobre indicadores de prescrição. Tal iniciativa contribuiu com acréscimo de conhecimento sobre o assunto em questão.

Ao final da plenária, os membros do grupo aceitaram todos os indicadores apresentados, mas salientaram a deficiência de não se levar em conta o diagnóstico, para os indicadores relacionados ao medicamento. Segundo os prescritores, o não seguimento de um protocolo, por exemplo, pode ser justificado pelas condições clínicas do paciente e nem sempre significa uso irracional.

Quanto aos indicadores previamente selecionados, o bloco constituído pelos “indicadores dos aspectos gerais da prescrição” foi aceito de forma unânime, porém algumas considerações foram levantadas. Em relação ao indicador *Medicamentos mais prescritos* considerou-se relevante complementá-lo com outro indicador: *Medicamentos frequentemente prescritos na forma farmacêutica injetável*. Os participantes do grupo foram firmes em dizer que tem havido grande volume de prescrição de medicamentos na forma farmacêutica injetável. Salientaram a necessidade de se conhecer quais são os medicamentos prescritos com maior frequência e que fosse feito um trabalho de conscientização entre os médicos da APS para promover um uso mais racional de injetáveis.

Os prescritores do grupo tinham a necessidade de conhecer que medicamentos mais contribuíam para o uso desta forma farmacêutica uma vez que utiliza uma via que pode trazer maiores conseqüências caso a prescrição ou a administração fosse inadequada.

Cogitou-se a retirada do indicador referente ao gasto por prescrição, pois para eles a qualidade da prescrição não está associada ao gasto com a mesma. Decidiu-se mantê-lo exclusivamente para que o gestor conhecesse tal dado.

O indicador *Percentual de prescrições em que se prescreve psicotrópico* também contribuiu para o acréscimo de *Percentual de prescrições contendo benzodiazepínicos e DDD de amitriptilina*. O grupo consenso sabia que os benzodiazepínicos estavam entre os medicamentos mais utilizados no mundo com prevalência elevada no Brasil, porém em determinadas ocasiões o risco do seu uso pode superar os benefícios. Para o grupo consenso estava havendo no serviço uma tendência de mudança da classe dos ansiolíticos frente aos antidepressivos, como a amitriptilina, o que justificou a inclusão dos indicadores anteriormente mencionados.

O bloco dos indicadores orientados ao medicamento foi responsável por uma discussão mais prolongada, pois além de constituir maior número de indicadores, foi questionada a necessidade de se conhecer o diagnóstico.

Os médicos entendiam que as características individuais de cada paciente deveriam ser levadas em consideração para garantir qualidade da prescrição.

Propuseram também a adição de indicadores relacionados ao percentual de Antiinflamatórios Não Esteroidais (AINES) e de benzodiazepínicos, pois, segundo eles, a prescrição destas classes de medicamentos é comum e pode chegar a níveis preocupantes. Sabe-se que os AINES são medicamentos de uso freqüente no meio clínico, pois são geralmente bem tolerados e de efeito rápido, o que promove seu uso. Mas seu uso indiscriminado pode trazer conseqüências graves, entre elas problemas gástricos promovendo o emprego de antiácidos e anti-secretores (FUCHS, 2003; WANNMACHER, 2004). Quanto ao diazepam, já se conhece os elevados índices de prescrição no SUS, bem como os riscos inerentes (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Os médicos do consenso também optaram por acrescentar como indicador o percentual geral de benzodiazepínicos e o consumo de amitriptilina em DDD. Para eles tem havido uma tendência de mudança de uso dos benzodiazepínicos para os antidepressivos, sendo importante investigar.

Finalmente todos enfatizaram que a não comparação com o diagnóstico impossibilitava avaliar a qualidade da prescrição e que a escolha do medicamento é limitada pela disponibilidade no serviço. Porém, considerou-se que os indicadores propostos mostrariam de maneira satisfatória o perfil da prescrição e facilitariam a detecção de problemas.

Uma limitação deste estudo foi o fato de não ter sido encontrado na literatura valores de referência (padrão) para todos os indicadores propostos, assim sendo esperava-se que a aplicação dos mesmos a uma amostra das prescrições gerasse resultados úteis para a definição desses padrões que podem servir de referência em futuras avaliações.

Perfil da consulta médica

A metodologia aplicada neste estudo possibilitou entrevistar indivíduos oriundos de diferentes faixas etárias, sexo e motivos de consulta. Entre os entrevistados predominou o sexo feminino. Isto pode estar associado a aspectos culturais como o fato das mulheres cuidarem-se mais que os homens e a existência de programas específicos que proporcionam maiores oportunidades de tratamento ao sexo feminino (ARRAES *et al.*, 2005). O horário de funcionamento das unidades de saúde também pode ter favorecido a presença das mulheres, uma vez que a maioria delas funciona em horário comercial, quando mais homens do que mulheres encontram-se no trabalho.

O fato de que 93,1% dos pacientes entrevistados buscaram atendimento em unidades de saúde próximas ao local de moradia evidencia que os princípios de territorialização estão sendo obedecidos, ou seja, a unidade de saúde deve estar presente em área de acesso fácil e respeitando o perfil sócio-econômico da população atendida.

Na amostra analisada, 95% dos entrevistados mencionaram ter gostado do atendimento médico. Nota-se pelas respostas referidas que a comunicação médico - paciente constitui um dos aspectos positivos para a satisfação do paciente. Ser afetivo - delicado, atencioso - é julgado como essencial durante a consulta. O profissional robotizado - calado, desligado e que ignora o paciente, ou seja, não faz perguntas, ou não examina é considerado

desrespeito (PEPE; CASTRO, 2000; SILVA, 2006; NATIONS; GOMES, 2007). Em estudo realizado em Londrina com pacientes portadores de HIV, o mesmo foi verificado - não com essa intensidade - a satisfação aconteceu em 83,3% dos entrevistados (DESSUNTI; SOARES, 1999).

O estudo evidenciou também que 86,7%, dos pacientes consideraram que o médico prestou informações sobre o medicamento durante a consulta. Apesar de ser uma proporção elevada, seria necessário 100% de atendimento a esse indicador. O Guia da Boa Prescrição Médica da OMS (1998) diz que o médico deve fornecer informações ao paciente durante o ato da prescrição: objetivo do tratamento instituído, período do tratamento, deve alertar quanto a interações medicamento-medicamento, medicamento-alimento, reações adversas e o que deve ser feito frente a efeitos adversos.

Conforme referido pelos pacientes, os médicos perguntaram sobre reações alérgicas anteriores e sobre o uso de outro medicamento respectivamente em 31,1% e 30,8% dos casos. Resultado semelhante foi encontrado por Arraes (2007) em estudo populacional também em Fortaleza (35,0%). No presente estudo, nos casos em que houve omissão do médico em perguntar, 24,3% informaram ter histórico de reação alérgica a medicamento e 55,7% informaram estar tomando outro medicamento, quando inquiridos pelo pesquisador. Sabe-se que Reações Adversas ao Medicamento, RAMs, são problemas importantes na clínica e que podem afetar negativamente a qualidade de vida do paciente, aumentar custos, atrasar tratamentos, uma vez que podem assemelhar-se com enfermidades (MAGALHÃES; CARVALHO, 2003).

Na amostra analisada foram relatados 1095 motivos para consulta, considerando que o mesmo paciente poderia indicar mais de um motivo para mesma. A grande variedade é justificada pelo fato do atendimento primário ser porta de entrada para o sistema de saúde (MENDES, 2002; BRASIL, 2007), no qual ocorre uma ampla gama de problemas apresentados pelos usuários, sendo importante que todas as necessidades da saúde sejam atendidas, incluindo encaminhamento para os demais pontos de atenção à saúde.

Agrupando-se pelo ICPC-2, as queixas mais frequentes foram relacionadas ao sistema digestivo e ao aparelho circulatório. Porém, quando se fala em motivo individual, a hipertensão arterial sistêmica, febre e dor de cabeça foram as queixas mais frequentes,

justificando a predominância do paracetamol e do captopril nas prescrições. É difícil comparar esses dados com outros estudos, visto que a maioria enfoca o diagnóstico e não a queixa. Em estudo realizado em Santa Catarina (COLOMBO *et al.*, 2004) queixas respiratórias e músculo-esqueléticas foram as mais frequentes. Tal dado pode ser explicado porque no referido estudo não eram computadas prescrições para medicamentos de uso contínuo como os anti-hipertensivos. Já no Distrito Federal, Naves e Silver (2005), encontraram maior prescrição de medicamentos cardiovasculares (captopril e enalapril). Em Aracaju, Lyra Jr *et al.* (2004) ao analisar as prescrições médicas um analgésico (dipirona), dois antimicrobianos (ampicilina e amoxicilina) e um anti-helmíntico (mebendazol) foram os mais prescritos em APS.

Outra justificativa para o paracetamol ter tido grande prescrição médica relaciona-se ao fato do período da coleta ter coincidido com o período de chuvas na capital, que contribui para o aparecimento de viroses acompanhadas de febre, somado aos casos de dengue. O paracetamol ainda é o antitérmico de primeira escolha nestas ocasiões.

Perfil da prescrição médica após aplicação dos indicadores de prescrição

A aplicação dos indicadores selecionados em consenso permitiu conhecer o perfil das prescrições médicas em Fortaleza. Em seguida, é feita uma discussão detalhada por indicador.

Foram investigadas 624 prescrições, incluindo 1582 medicamentos. A média de medicamentos por prescrição foi de 2,52. Em estudo anterior realizado em Fortaleza a média foi de 2,2 (LOPES, 1996). Valores menores foram também encontrados em APS no Distrito Federal, 2,3 (NAVES; SILVER, 2005), em Blumenau, sendo 1,8 (COLOMBO *et al.*, 2004), em Belo Horizonte, 2,4 (ACURCIO *et al.*, 2004) e em Campina Grande, 1,5 (FARIAS *et al.*, 2007).

No presente estudo, a média de medicamentos por prescrição foi maior que o preconizado pelo OMS, até dois. Este resultado sugere que há uma prescrição excessiva de medicamentos o que pode expor a população a maiores riscos de interações ou RAMs. Some-se a isso a dificuldade em aderir ao tratamento, que se torna maior quando o número de

medicamentos prescritos é maior (LLANOS-ZAVALAGA *et al.*, 2002). No entanto, é importante relatar que a coleta de dados aconteceu no início de período chuvoso quando aumentavam os casos de viroses, em especial a dengue.

Quanto à prescrição de medicamentos não padronizados, estavam no topo vitaminas e neomicina pomada. A prescrição de vitaminas estava associada geralmente à prescrição de antiparasitários (albendazol, mebendazol, secnidazol, entre outros) e para mães fazendo pré-natal. Sabe-se que as vitaminas são elementos essenciais e sua ausência manifesta carência ao organismo. Porém uma maneira saudável de repor tais elementos seria através de uma dieta saudável e rica em nutrientes como frutas, vegetais e grãos. Talvez uma conscientização feita pelos médicos e demais profissionais de saúde nesse sentido proporcionasse uma melhor opção terapêutica. Soma-se a isso o fato de vitaminas terem custo inacessível para a maioria da população.

Na lista de medicamentos padronizados do município, encontramos como padronizado a associação “neomicina + bacitracina”. Foi encontrada uma grande prescrição da forma isolada de neomicina, considerada em nossa análise como não padronizado. Porém, acreditamos que nas farmácias dos postos de saúde ocorriam a dispensação do padronizado (neomicina + bacitracina) quando era prescrito somente a neomicina, para que o paciente não ficasse sem a medicação.

A OMS recomenda que 100% dos medicamentos prescritos esteja dentro da lista de medicamentos essenciais padronizados do município. Nesse estudo, 87,1% seguiram a lista padronizada. Este dado é superior ao encontrado em Blumenau, 82,47% (COLOMBO *et al.*, 2004), no Distrito Federal, 85,3% (NAVES; SILVER, 2005), Paraná, 58,4% (GIROTTI; SILVA, 2005), em Ribeirão Preto, 83,4% (SANTOS; NITRINI, 2004), porém menos que em Campina Grande, 91,9% (FARIAS, 2007). O valor encontrado pode ser atribuído à baixa disponibilidade da lista padronizada nas unidades de saúde. Segundo Correia (2007), essa disponibilidade só acontece em 48,28% das unidades de saúde de Fortaleza.

A prescrição por denominação genérica é obrigatória no sistema público de saúde. Nesta pesquisa 90,6% das prescrições foram prescritas por denominação genérica. Em estudo realizado em Fortaleza por Lopes *et al.* (1996) foi detectado que 74% das prescrições utilizavam denominação genérica. Isso mostra que há um aumento satisfatório no

cumprimento na lei dos genéricos, que é obrigatória no SUS. Esse valor foi superior ao encontrado em outros estudos (Paraná 70,2%; Distrito Federal 73,2%; São Paulo 49,9%; Campina Grande 82,4%). Sabe-se que o ideal seria 100%, pois a prescrição pelo nome genérico facilita a identificação do medicamento pelo paciente e propicia controle de custos no serviço de saúde (LLANOS-ZAVALAGA *et al.*, 2002; FARIAS *et al.*, 2007).

Em relação à prescrição de injetáveis, a OMS recomenda um valor inferior a 10% na APS. O valor de 2,1% poderia representar uma sub-prescrição de injetáveis necessários justificada pela limitada oferta da forma farmacêutica na lista municipal pactuada que conta apenas com penicilina benzatina, penicilina procaína e insulina. Vale lembrar que no Brasil a penicilina benzatina teve o seu uso bastante reduzido pela normatização da administração aos serviços que contam com atendimento de emergência. A disseminação do medo à prescrição de penicilina tem sido associada ao aumento da incidência de sífilis congênita no Brasil. A desvantagem da via de administração injetável é o seu alto custo, bem como trazer maiores conseqüências caso a prescrição ou a administração seja inadequada.

Em outros estudos têm sido verificado o uso de injetáveis de 8,3% em São Paulo (SANTOS; NITRINI, 2004), 7,5% no Distrito Federal (COLOMBO *et al.*, 2004) e 1,1% em Campina Grande (FARIAS, 2007).

Quanto ao uso de psicotrópicos, 2,1% das prescrições estudadas contem pelo menos um psicotrópico prescrito. Todas as prescrições de psicotrópicos estavam apresentadas em receituário adequado, mostrando que a portaria n° 344/98 está sendo obedecida. Poucos são os estudos que mensuram o consumo de psicotrópicos na população, mas estima-se que uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves estão sendo atendidas na atenção básica (MS, 2003).

Colombo *et al.* (2004), em trabalho realizado em Blumenau, verificou que dos 186 pacientes atendidos, 6 prescrições foram de psicotrópicos sendo todas para mulheres. Em nosso estudo, 13 eram de psicotrópicos, sendo 11 para mulheres. Isso pode ser explicado pelo maior número de mulheres na amostra ou os dados podem sugerir que as mulheres são mais propensas que os homens a procurar atendimento médico por queixas relacionadas aos transtornos mentais.

Os aspectos legais também foram investigados e somente um pequeno percentual (8,3%) atendeu rigorosamente a todos os subitens analisados. Sabe-se que existe uma limitação na observação desses itens. A análise da prescrição foi feita a partir da transcrição realizada pelo entrevistador. Isso pode ter gerado um viés, uma vez que o entrevistador poderia ter copiado errado ou não ter entendido alguma parte da receita. A metodologia foi assim escolhida porque as unidades de saúde não possuíam copiadoras que permitissem fazer uma cópia da prescrição. Porém era feito uma conferência de todos os formulários com o entrevistador responsável após o término das entrevistas na unidade de saúde em questão.

Os subitens que mais contribuíram para esse resultado foram: endereço do prescritor ou local de trabalho e especialidade médica. A falta do endereço do prescritor pode ser explicada por que esse item só seria considerado completo se, além de mencionar a regional e/ou o nome da unidade de saúde estudada, também tivesse por extenso o endereço na receita. Os receituários já eram fornecidos aos prescritores sem essa informação.

Quanto à especialidade, a presença de residentes na atenção primária pode ter influenciado esse resultado.

Das 624 prescrições, 486 eram manuais. Era de se esperar que as prescrições das unidades de saúde de Fortaleza fossem digitadas, pelo menos em sua maioria, uma vez que a rede é informatizada. Porém, das unidades selecionadas, 4 delas não possuíam computadores no consultório e uma delas teve queda de energia no dia selecionado para coleta. Foi perguntado aleatoriamente a alguns coordenadores e farmacêuticos o porquê do não uso do computador para prescrever. O motivo apresentado foi: falta de recursos (papel, cartucho) e manutenção do equipamento (a máquina quebra e há dificuldade no conserto). Não foi feita a confirmação dessa informação.

Mas mesmo manuais, as prescrições devem ser legíveis, pois o sucesso do tratamento depende óbvia e integralmente de uma correta compreensão e execução da “receita” (SANO *et al.*, 2002).

A ilegibilidade das prescrições é um reconhecido fator que contribui para erros. No estudo, 17,20% das prescrições manuais eram ilegíveis. Considerando ainda o baixo grau de escolaridade, deve-se atentar que 40,4% (n=639) dos medicamentos prescritos apresentavam siglas e/ou abreviaturas. Isto pode dificultar a compreensão pelo paciente ou cuidador.

Em relação às prescrições injustificáveis, 1,6% das prescrições apresentavam itens considerados injustificáveis. E todos se referiram a quantidade de medicamentos prescritos com a quantidade a serem dispensados superior a um tratamento de 3 meses. Sabe-se que mesmo para tratamento de uso crônico é necessário fazer uma reavaliação dos pacientes. Além disso, se uma quantidade de medicamentos for dispensada a um só paciente, pode faltar para outro, prejudicando a terapia.

Neste trabalho, a média de gasto com medicamento por prescrição em Fortaleza foi R\$ 2,40. Esse valor aproximou-se ao gasto médio por paciente atendido em 2007, R\$ 2,67. Como os gastos com medicamentos são uma importante preocupação para os gestores e vem se tornando uma ameaça a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo por serem um componente crescente das despesas neste setor, esse indicador é importante para desenvolver estratégias para redução dos mesmos.

Após aplicação dos indicadores referentes ao uso de anti-hipertensivos, notou-se a alta prescrição do captopril. Este fato justifica os valores gastos com esse medicamento em Fortaleza no ano de 2006 (BARROSO, 2007), apesar de não ser possível afirmar se na época a prescrição desse medicamento foi alta ou não.

É sabido que a hipertensão arterial sistêmica - HAS está associada à exposição a fatores de risco, entre os quais se destacam o consumo elevado de sal, tabagismo, estresse e obesidade. O risco de HAS aumenta com a idade (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SAÚDE, 2006). Isto foi verificado em estudo realizado em Fortaleza com indivíduos que referiam ter HAS (período 2002 a 2005). A prevalência foi: 14,0% (25-39 anos), 30,8% (40-59 anos) e 46,7% (a partir de 60 anos) (MS, 2006).

Neste trabalho, os resultados obtidos para o indicador percentual de anti-hipertensivos prescritos também demonstraram esta progressão com a idade: 6,47% (25-39 anos), 35,25% (40-59 anos), 57,55% (a partir de 60 anos), observando-se uma tendência em prescrever mais medicamentos anti-hipertensivos com o aumento da idade. Esse fato é importante, pois nota-se que a prescrição é coerente com a realidade epidemiológica.

Da mesma forma, o diabetes *mellitus* também se associa aos fatores de risco, sendo o principal o envelhecimento. A taxa de prevalência dessa patologia na população brasileira é crescente. Em Fortaleza, para a faixa etária de 30 a 69 anos, esse valor é de 6,48% da

população (BRASIL, 1998). O presente estudo mostra também que existe a tendência em aumentar a prevalência de prescrição com a idade.

O prescritor da APS tem respeitado a lista padronizada de medicamentos e vem selecionando para o tratamento da população, antidiabéticos de primeira escolha (metformina + glibenclamida). A prevalência conjunta destes medicamentos foi de 2,40%.

O único antiplaquetário prescrito, 9,13% das prescrições, foi o ácido acetilsalicílico 100mg. Resultado satisfatório, uma vez que está em consonância com o Documento do Consenso de *Experts* sobre o Uso de Antiplaquetários (2004). Este documento afirma que o AAS é o de primeira eleição para profilaxia cardiovascular. Diversos estudos têm evidenciado que o AAS nas concentrações de 75 a 325mg/dia é capaz de reduzir em 25 a 50% o risco de recidivas e de surgimento de novos eventos vasculares oclusivos (HOEFLER, 2004).

Dois prescrições de AAS na amostra estavam prescritas na concentração de 500mg, segundo o paciente como antiagregante plaquetário. Tal situação sugere um erro de prescrição, pois a dose de 500mg é indicada como analgésico.

Quanto à prescrição de psicotrópicos, verificou-se uma baixa prescrição. Este evento pode ser explicado pelo fato das unidades de saúde pólos terem sido excluídas da amostra estudada. Somente nessas unidades ocorre a dispensação dessa classe de medicamentos, em que o farmacêutico está presente (CORREIA, 2007).

Mas dentre os psicotrópicos, o diazepam foi o benzodiazepínico mais prescrito. Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo, com prevalência elevada no Brasil. E o diazepam possui evidências com benefício definido em transtornos como: insônia, transtorno afetivo bipolar (manejo agudo) e transtorno de ansiedade generalizada. Mostra-se, portanto um medicamento eficaz, porém em idosos o risco pode superar os benefícios, pois podem causar como efeitos adversos angústia, dores articulares, depressão e tontura (ANVISA, MS). Na amostra estudada, esse risco foi respeitado, pois a prescrição desse medicamento ocorreu somente para um idoso.

A prevalência da prescrição de anti-secretores foi de 8,32%, sendo maior para o omeprazol (4,80%) do que para a ranitidina (3,52%). Apesar da indicação semelhante e do maior custo, o omeprazol mostra-se mais eficaz do que a ranitidina em doença péptica, prevenção de lesões gastrintestinais induzidas por AINES sugerindo uma escolha mais

racional, segundo Wannmacher (2004). O desconhecimento do diagnóstico impossibilita uma análise mais apurada desse resultado.

No entanto, o uso concomitante de ambos não é justificado, fato que aconteceu em uma receita analisada.

A prevalência de AINES e analgésicos encontrada nesse estudo foi de 12,33% e de 27,08%, respectivamente. Os AINES e analgésicos são medicamentos difundidos no mundo todo e usados em tratamentos sintomáticos, não interferindo na história natural das doenças inflamatórias. A maior frequência de analgésico está relacionada nesse estudo ao paracetamol que apresentou resultado satisfatório, pois é um medicamento com eficácia tão boa quanto outros (dipirona e ibuprofeno), coincidindo com o motivo de consulta quando analisados individualmente (febre e dor de cabeça).

A escolha de um AINE requer uma consideração de sua eficácia, custo, toxicidade e numerosos fatores pessoais, de modo que não existe nenhum AINE “melhor” para todos os pacientes (FUCHS, 2003).

O percentual de prescrição de antibióticos (22,75%) estava de acordo com o sugerido pela *International Network for the Rational use of Drug* (INRUD). Valores semelhantes foram encontrados no Paraná, 22,0% (GIROTTO, 2005); Campina Grande, 21,0% (FARIAS *et al.*, 2007) e São Paulo, 21,3% (SANTOS; NITRINI, 2004); e inferior em Blumenau, 12,5% (COLOMBO *et al.*, 2004). Comparando a um estudo anterior realizado em unidades de saúde de Fortaleza (Lopes, 1996) (37%), houve uma queda no consumo.

A amoxicilina foi o antibiótico mais prescrito, com uma prevalência de 9,93%. Este perfil de prescrição é esperado, pois é um antibiótico de amplo espectro e baixa toxicidade, constituindo tratamento de primeira escolha para vários quadros infecciosos (ABRANTES *et al.*, 2007).

A polifarmácia aumenta com a progressão da idade, fenômeno este que pode ser explicado por uma série de fatores, incluindo o aumento da morbidade. Neste trabalho, 6,4% dos idosos receberam prescrição com seis ou mais medicamentos. O uso excessivo de medicamentos pode expor estes pacientes aos efeitos colaterais desnecessários e às interações potencialmente perigosas. Além dos idosos consumirem mais medicamentos que outras faixas

etárias, eles costumam ser particularmente mais vulneráveis aos efeitos colaterais, fato explicado pelas alterações fisiológicas do envelhecimento.

Ao analisar as prescrições frente ao indicador (pacientes com dois ou mais fármacos do mesmo grupo terapêutico) foi encontrado na mesma prescrição associação de vários medicamentos, sendo que a maioria delas pode ser justificada pelo diagnóstico do paciente. Porém a prescrição conjunta de ranitidina + omeprazol não se faz necessária, pois somente o uso de um desses medicamentos poderá trazer resultado satisfatório como anti-secretor.

Considerações finais

A aplicação dos indicadores de prescrição escolhidos em consenso por médicos atuantes em APS em Fortaleza permitiu testá-los sendo importante salientar que os indicadores dos aspectos gerais da prescrição foram mais simples de serem calculados e interpretados. O denominador, nesse caso, estava bem definido. Estes indicadores mostram um perfil da prescrição médica com independência do diagnóstico tornando os resultados mais fáceis de serem interpretados e comparados.

Os indicadores relacionados ao medicamento não foram tão simples de serem calculados. Este fato pode ser justificado pela ausência de informações importantes na prescrição (posologia, quantidade a ser dispensada) que eram importantes no momento do cálculo sendo necessário tomar decisões caso a caso.

Tentou-se então uma aproximação da realidade com a finalidade principal de testar estes indicadores. É necessário salientar que a falta de dados de posologia, tempo de tratamento, concentração e ausência da quantidade a ser dispensada não só dificultaram os cálculos, mas principalmente levantou a preocupação de que sua ausência pode interferir na terapia do paciente.

6 CONCLUSÕES

- Através da técnica de consenso informal foi possível elaborar um sistema de indicadores de qualidade de prescrição em APS. Foram definidos critérios, porém ainda não foi possível a inclusão de padrões para a maioria dos indicadores. Os resultados desse trabalho deverão ser apresentados novamente ao grupo consenso para discussão final e adoção desses padrões.

- Em geral, as prescrições em APS de Fortaleza têm um perfil semelhante ao encontrado em outras cidades brasileiras, notando-se uma preocupação em prescrever pelo nome genérico, seguir a lista de padronizados no município e usar racionalmente antibióticos e injetáveis. Porém faz-se necessário sensibilizar os prescritores quanto à necessidade de completar os dados da prescrição.

- Os indicadores desenvolvidos darão suporte ao profissional farmacêutico para realizar avaliações periódicas e planejarem intervenções necessárias, no sentido de aperfeiçoar cada vez mais a prescrição tendo em vista o benefício dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, P. M.; MAGALHÃES, S. M. S.; ACÚRCIO, F. A.; SAKURAI, E. Avaliação da qualidade das prescrições de antimicrobianos dispensadas em unidades públicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.1, p. 95-104, jan. 2007.

ACURCIO, F.A.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S. M.; TERCEIRO, L. G.; VIEIRA FILHO, J. M.; COUTINHO, K. E.; CALDEIRA, K. V.; CABRAL, L. H.; SANTOS, M. C.; ABRANTES, P. M.; VALE, S. A.; SOUZA, M. C. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 72-79, Jan./Feb. 2004.

ALEIXO, J. L. M. Atenção primária e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev. Mineira Saúde Pública**, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ANDRADE, F. M. O. **O programa de saúde da família no Ceará: uma análise se sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza: Expressão gráfica e editora, 1998.

ANVISA. Ministério da Saúde. **Fundamentos farmacológicos - clínicos dos medicamentos de uso corrente**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/livro_eletronico/INDEX.HTM>. Acesso em out, 2007.

ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. S.; CARVALHO, M. L.; RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.1, p.71-77, fev. 1997.

ARRAIS, P.S.D.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p.1737-1746, nov./dez. 2005.

AVALIAÇÃO. In: FERREIRA, A.B.H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BAOS, V. V. La calidad en la prescripcion de medicamentos. **Inf. Ter. Sist. Nac. Salud**, v. 23, n. 2, p. 45-54, 1999.

BARROS, J. A. C. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília, DF: Unesco, 2004.

BATEMAN, D. N.; ECCLES, M.; CAMPBELL, M.; SOUTTER, J.; ROBERTS, S. J.; SMITH, J. M. Setting standards of prescribing performance in primary care: use of a consensus group of general practitioners and application of standards to practices in the north of England. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 46, n. 402, p. 20-25, Jan. 1996.

BERGMAN, U.; POPA, C.; TOMSON, Y.; WETTERMARK, B.; EINARSON, T. R.; ABERG, H.; SJÖQVIST, F. Drug utilization 90% - a simple method for assessing the quality of drug prescribing. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, v. 54, n. 2, p.113-118, Apr. 1998.

BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D.; HALLAL, P. C.; LIMA, R. C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 228-238, abr. 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Federal nº 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Disponível em: < <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=16614>>. Acesso em: 22 jan. 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Federal nº 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 22 jan. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL. Lei nº 9.787/99, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 fev. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema único de saúde**. Brasília: MS, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar de comportamentos de risco de morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/d27.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas / Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 15 abril, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME**. 5. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Atención Primaria. **Evaluación para la mejoría de estrategia salud de la familia**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. n. 215 – E, seção 1, p. 18-22.

CAMPBELL, S. M.; CANTRILL, J. A.; ROBERTS, D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. **BMJ**, v. 321, n. 7258, p. 425-428, Aug. 2000.

CAMPBELL, S.M.; BRASPENNING, J.; HUTCHINSON, A.; MARSHALL, M. N. Improving the quality of health care: research methods used in developing and applying indicators in primary care. **BMJ**, v. 326, n. 7393, p.816-819, Apr. 2003.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção a saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Rev. Est. Psicol.**, v. 9, n. 1, p.121-129, 2004.

CASSIANI, S. H. de B.; TEIXEIRA, T. C. A.; OPITZ, S. P.; LINHARES, J. C. O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 3, p. 280-287, set. 2005.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. **Estudio sobre uso y prescripción de medicamentos em cinco ciudades colombianas: 2004**. Bogotá, 2005.

COLOMBO, D.; SANTA HELENA, E. T.; AGOSTINHO, A. C. M. G.; DIDJURGEIT, J. S. M. A. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.**, v. 40, n. 4, p. 549-558, out./dez. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 308, de 2 de maio de 1997. Dispõe sobre a assistência farmacêutica em farmácias e drogarias. Disponível em: <<http://www.portalfarmacia.com.br/farmacia/principal/conteudo.asp?id=1205>>. Acesso em: 22 jan. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 349, de 20 de janeiro de 2000. Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos. Disponível em:<<http://www.crfsc.org.br/Legislacao/legislacao/resolcfn349-20janeiro2000.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 abr. 2001.

CORREIA, A. R. F. **Avaliação da qualidade da assistência farmacêutica na rede pública Municipal de Saúde de Fortaleza-Ceará**. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceara, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados de Brasil**. 2000. 358 p. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DESSUNTI, E. M.; SOARES, D. A. Avaliação da equipe de saúde por pacientes com HIV/AIDS atendidos no município de Londrina-PR. **Rev. Espaço para a Saúde**, v. 1, n. 1, dez. 1999.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**. México, DF: Instituto Nacional de Ssalud Publica, 1990.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

FARIAS, A. D.; CARDOSO, M. A. A.; MEDEIROS, A. C. D.; BELÉM, L. F.; SIMÕES, M. O. S. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n. 2, p.149-156, 2007.

FERNANDES, M. E. P. **A utilização de medicamentos na atenção a saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza**. 1998. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

FERNANDES, M. V. L.; LACERDA, R. A.; HALLAGE, N. M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 2, p.174-189, 2006.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica**: fundamentos da terapêutica racional. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GARJON PARRA, F. J.; MAIRAL, M. E.; CELAYA, M. C.; BUISÁN GIRAL, M. J.; ALLER BLANCO, A. Selección de indicadores de calidad de prescripción em atención primaria mediante um grupo de consenso. **Aten. Primaria**, v. 38, n. 1, p. 39-44, 2006.

GIROTTI, E.; SILVA, P.V. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 40, n. 2, p. 226-234, 2005.

GÓMEZ-CASTRO, M. J.; ARCOS GONZÁLEZ, P.; RUBIERA LÓPEZ, G. Calidad de prescripción farmacéutica em atención primaria desde la perspectiva del médico prescriptor. **Rev. Adm. Sanit.**, v. 2, n.1, p. 289-306, 2003.

GÓMEZ-CASTRO, M. J.; ARCOS, P.; RUBIERA, G.; RIGUEIRA, A. I. Comparación de dos modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica em atención primaria. **Gac. Sanit.**, v. 5, n.17, p. 357-383, 2003.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HERMIDA, P. M.V.; ARAÚJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 314-320, maio/junho 2006.

HOEFLER, R. Ácido acetilsalicílico como antiagregante plaquetário: qual a conduta ideal? Farmacoterapêutica. **CEBRIM**, ano 9, n. 4, p. 1-3, jun./ago. 2004.

HOGERZEIL, H. V.; LUIZA, V. L.; CASTRO, C. G. S. O. **Guia do instrutor em práticas da boa prescrição médica**. Genebra: OMS, 2001.

JONES, J.; HUNTER, D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. **Br. Med. J.**, v. 311, p. 376-380, 1995.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia básica e clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. São Paulo: **Cad. Pesq. Adm.**, v.1, n. 4, p. 51-61, 1997.

LLANOS-ZAVALAGA, R.; PÉREZ, J. M.; RÍOS, C. C. Características de la prescripción antibiótica em los consultórios de medicina del hospital Cayetano Heredia de Lima, Perú. **Rev. Esp. Salud Pública**, v.76, n. 3, p. 207-214, mayo/junio 2002.

LOPES A.E.C.; TEIXEIRA, A. C. A.; GURGEL, M. L. F.; MIRANDA, M. C. C.; OLIVEIRA, M. A.; OLIVEIRA, M. M. L.; MURTA, R. L. G.; FREITAS, R. M. A.; MENEZES, S. M. M.; BRAGA, W. M. S.; JONCHERE, K Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil. **INRUD News**, n. 6, p.17, 1996.

LYRA JÚNIOR, P. *et al.* As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. **Rev. Seguimiento Farmacoter.**, v. 2, n. 2, p. 86-98, 2004.

MAGALHÃES, S. M. S.; CARVALHO, W. S. Reações adversas a medicamentos. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MANO, R. Manuais de Cardiologia. Temas comuns da cardiologia para médicos de todas as especialidades. Disponível em <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>.

MARIA, V. A. J. Qualidade da prescrição médica: necessidade de mais e melhor investigação. **Qualidade em saúde**, n.13, p.10-15, 2005.

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

MARRACINO, C.; ABADIE, J. P.; FIGUEROA, M. V. Indicadores para monitoreo de sistemas de atencion de la salud. In: JORNADA NACIONAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CALIDAD EN ATENCIÓN DE LA SALUD, 2002, Buenos Aires.

MEINERS, M. M. M. A.; BERSTEN-MENDES, G. Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como avaliar a qualidade? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 47, n. 4, p. 332-337, 2001.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, p. 214-216, set/out. 1998.

MOLINARI, G. J. P.; MOREIRA, P. C. S.; CONTERNO, L. O. A influência das estratégias promocionais das indústrias farmacêuticas sobre o receituário médica na faculdade de medicina de Marília: uma visão ética. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 29, n. 2, p. 110-118, 2005

MONTEIRO de ANDRADE, L. O.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia saúde da família. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. [S.l.]: Artmed, 2004., cap 7.

MOTA, D. M.; FERNANDES, M. E. P.; COELHO, H. L. L. Farmacoeconomia: um instrumento de eficiência para a política nacional de medicamentos. **Acta Farm. Bonaerense**, v. 22, n. 2, p.177-186, 2003.

NASTASY, H, RIBERIRO, M e MARQUES A.C.P.R. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. **Associação Brasileira de Psiquiatria**. 2002

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p.2103-2112, 2007.

NAVES, J. O. S. **Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal**. 2002. 117 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2002.

NÉRI, E. D. R. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos de um hospital universitário. 2004. 229 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,

OBORNE, C. A.; BATTY, G. M.; MASKREY, V.; SWIFT, C. G.; JACKSON, S. H. Development of prescribing indicators for elderly medical inpatients. **Br. J. Pharmacol.**, v. 43, n. 1, p. 91-97, Jan. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília, DF, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia para boa prescrição médica**. Porto Alegre: Artmed, 1998, 124p

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Como investigar el uso de medicamentos em los serviços de salud**. Geneva, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El uso racional de medicamentos. Informe de La conferencia de expertos**. Geneva, 1985.

PEPE, V. L. E.; OSORIO DE CASTRO, C. G. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, jul./set. 2000.

PEREIRA, M. B. *et al.* Avaliação dos gastos públicos com medicamentos em 2006 na atenção primária de saúde em Fortaleza-Ce. *In.*: MOSTRA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA DE FORTALEZA, 1., 2007, Fortaleza.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 83-91, 2004.

PFAFFENBACH, G.; CARVALHO, O. M.; BERGSTEN-MENDES, G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 48, n.3, p.237-241, jul./set. 2002.

RAMIREZ RAMIREZ, M.O. La prescripción de medicamentos y su repercusión social. **Rev. Cubana Salud Pública**, v. 32, n. 4, 2006.

RIGUEIRA, A. I.; ARCOS GONZÁLEZ, P. I.; GÓMEZ CASTRO, M. J.; RUBIERA LÓPEZ, G. Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescritores. **Aten. Primaria**, v. 8, n. 32 p. 460-465, 2003.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.717-724, 2003.

SANO, P.Y.; MASOTTI, R. R.; SANTOS, A. A. C.; CORDEIRO, J. A. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. **J. Pediatr.**, v. 78, n. 2, p. 140-145, 2002.

SANTOS, V.; NITRINI, S.M.O.O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 819-826, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar**. São Paulo, 2006.

SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação. **Epidemiol. Serviços Saúde**, v. 16, n. 2, p. 128-131, abr./jun. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**: Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. *In*: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: fundamentos e práticas em atenção primária à saúde. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004. cap. 6.

TULLY, M. P.; CANTRILL, J. A. Exploring the domains of appropriateness of drug therapy, using the nominal group technique. **Pharmacy World Sci.**, v. 24, n. 4, p.128-131, 2002.

TURÁBIAN-FERNANDEZ, J. L.; PÉREZ-FRANCO, B. Prescripción de medicamentos em medicina de família: racional, razonable o relevante? **Aten. Primaria**, v. 36, n. 9, p. 507-509, 2005.

WANNMACHER, L. Inibidores da bomba de prótons: indicações racionais. *In*: **Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados**. Brasília, 2004.

WIKIPÉDIA: A enciclopédia livre: Região metropolitana de Fortaleza. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Metropolitana_de_Fortaleza>. Acesso em: 1 jan. 2008.

WHO - Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC / DDD. Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd/>>.

APÊNDICE A

OFICINA: SELECIONANDO INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE

Os gastos com medicamentos são um componente cada vez maior dos gastos com saúde, no Brasil e em outros países. No Ceará, segundo dados do DATA SUS foram gastos R\$ 35.198.695,57 com medicamentos em 2006. No mesmo ano, o município de Fortaleza teve uma receita total para gastos com medicamentos na atenção primária de saúde (repassados como recurso financeiro ou medicamento) de R\$ 13.465.492,30 (PEREIRA *et al*, 2007).

A prescrição médica é um dos principais determinantes do uso de medicamentos e por isso responsável direta e indiretamente por uma importante fatia dos gastos em saúde. Dado que a promoção do uso racional de medicamentos é uma das atribuições dos farmacêuticos no sistema de saúde, a avaliação da qualidade da prescrição médica faz parte das atividades de rotina desse profissional, com o fim de detectar problemas e propor soluções.

O uso racional de medicamentos requer que os pacientes recebam os medicamentos apropriados à sua necessidade clínica, em doses adequadas à suas necessidades individuais, por um período adequado de tempo e ao mais baixo custo, para si e para a comunidade (OMS). Desta forma é necessário que:

- O medicamento seja indicado apropriadamente considerando eficácia, segurança, adequação ao paciente e custo;
- Que a dose, via de administração e duração do tratamento sejam apropriadas;
- Ausência de contra-indicações;
- E dispensação correta, incluindo informação adequada ao paciente.

Observadas essas condições a adesão do paciente ao tratamento é favorecida.

Na busca de encontrar instrumentos adequados para avaliar a qualidade das prescrições médicas é fundamental desenvolver indicadores de qualidade da prescrição que possam ser internalizados pelos serviços na busca de uma atenção à saúde mais efetiva, com custos adequados.

Este trabalho é parte de um projeto da Universidade Federal do Ceará em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, na linha temática da organização, gestão e prática da Assistência Farmacêutica. Tem como objetivo desenvolver indicadores de prescrição adaptados à realidade local e a partir deles conhecer o perfil das prescrições médicas, identificar seus principais problemas, instrumentalizar os gestores com informações e assim contribuir para o uso racional de medicamentos.

METODOLOGIA DA OFICINA

Desenho: Método de consenso informal.

Público alvo: Prescritores da Atenção Primária de Saúde

Método:

O processo envolverá três tipos de participantes: grupo de consenso, moderadores e equipe de apoio.

O grupo de consenso será formado por médicos da Atenção Primária de Saúde do município de Fortaleza. Os moderadores serão a coordenadora do projeto e a estudante de mestrado responsável pela pesquisa e a equipe de apoio será formada por um estudante de graduação e dois de pós-graduação do curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

ETAPAS:

1. Será feito um convite aos médicos da Atenção Primária de Saúde para participarem da Oficina para seleção de indicadores para avaliação das prescrições médicas da Atenção Primária de Saúde do Município.
2. Cada convidado receberá na semana anterior à oficina um material elaborado pelos pesquisadores constando de uma listagem de indicadores baseada em revisão bibliográfica dos últimos dez anos constando de indicadores de qualidade de prescrição. Desta forma cada prescritor poderá estudar e avaliar previamente cada indicador e considerar qual peso seria atribuído a cada um deles. (A lista dos indicadores encontra-se em anexo).
3. No início da oficina serão formados dois grupos de prescritores, sendo que cada grupo elegerá entre os seus componentes um facilitador e um relator. Internamente, cada grupo deverá discutir a avaliação de cada indicador feita individualmente e buscar um consenso desses resultados. Poderá haver acréscimo, modificação ou substituição de indicadores. Posteriormente o relator de cada grupo deverá apresentar o consenso do grupo para cada indicador. Cada grupo terá ajuda de um representante da equipe de apoio para eventuais problemas práticos.
4. Reunião em plenária com o auxílio das moderadoras, na qual serão apresentados os resultados dos grupos e discutidos os casos em que não houve consenso entre estes, buscando-se o consenso final.

APÊNDICE B

LISTA DE INDICADORES

	INDICADOR	PADRÃO / CÁLCULO	COMENTÁRIO
INDICADORES DOS ASPECTOS GERAIS DA PRESCRIÇÃO			
G1	Número médio de medicamentos por prescrição	Total de medicamentos prescritos/total de prescrições recolhidas no período. Padrão: ≤ 2 (OMS).	Determina o grau de polimedicação.
G2	Medicamentos mais prescritos	--	Relaciona os medicamentos mais prescritos naquele período.
G3	Medicamentos freqüentemente prescritos que não estão incluídos na lista de medicamentos padronizados do município	--	Determina o grau de prescrição fora da lista padronizada. Será possível investigar a necessidade/conveniência destes medicamentos serem introduzidos na lista padronizada do município.
G4	% de medicamentos prescritos que pertencem à lista de padronizados	Nº de medicamentos prescritos mencionados na lista de medicamentos essenciais ou na lista local / nº total de medicamentos receitados, multiplicando por 100. Padrão: 100% (OMS)	Determina o grau de adequação do serviço a Política Nacional de Medicamentos.
G5	% de medicamentos prescritos por denominação genérica	Total de medicamentos genéricos prescritos/total de medicamentos prescritos, multiplicando por 100. Padrão: 100% (OMS)	Determina a tendência do prescritor para optar por nomes genéricos na prescrição.
G6	% de prescrições em que se prescrevem injetáveis	Receitas em que foi prescrito pelo menos um injetável / total de receitas, multiplicando por 100 Padrão: $< 10\%$ (OMS)	Determina o grau de utilização destas modalidades de tratamento que, normalmente é de maior custo, utilização complexa e passível de abuso.
G7	% de prescrições em que se prescrevem um psicotrópico	Total de prescrições que possuem psicotrópicos/total de receitas no período	Na Atenção Primária de saúde devem ser atendidos transtornos leves a moderados. Determina o grau de utilização dos psicotrópicos que atendem esses transtornos na APS.
G8	% de prescrições que atendem à legislação específica	Nº de prescrições em conformidade com a legislação/ total de prescrições, multiplicando por 100	<u>Lei nº 5.991/1973</u> : Presença do nome e o endereço residencial do paciente; Presença do modo como usar a medicação; Presença de data e a assinatura do profissional; Presença do endereço do consultório ou da residência do prescritor; Presença do número de inscrição no respectivo Conselho profissional.
G9	Percentual de prescrições injustificáveis	Nº de prescrições classificadas como injustificáveis / total de prescrições	Determina o grau de erros absurdos presentes na prescrição.

			<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescrição de uso contínuo para medicamento de uso não crônico. Ex.: Diclofenaco para três meses. - Quantidade excessiva de fármaco para o período do tratamento. (considerar que medicamentos para tratamento de uso crônico pode ser dispensado para até 90 dias, quando a partir de então o paciente deverá ser reavaliado).
G10	Variação do gasto médio por prescrição	Soma do gasto de cada prescrição médica/total de prescrições no período.	Calcula média do gasto da prescrição para o serviço público.
INDICADORES ORIENTADOS AO MEDICAMENTO / TRATAMENTO			
M1	% de prescrições com anti-hipertensivos	Receitas em que foi prescrito pelo menos um anti-hipertensivo / total de receitas, multiplicando por 100	<p>- O tratamento medicamentoso da HAS tem como objetivo diminuir a morbi-mortalidade cardiovascular dos hipertensos. O esquema terapêutico inicia-se com monoterapia. Caso não ocorra sucesso no tratamento, segue-se com aumento da dose, substituição da monoterapia, adição do 2º fármaco, aumento da dose da associação, troca da associação e por última adição do 3º fármaco. Esta é a seqüência racional para o tratamento anti-hipertensivo. Os indicadores propostos poderão avaliar se esta seqüência está sendo obedecida.</p>
M2	% de prescrições contendo somente hidroclorotiazida (HCTZ)	Receitas em que foi prescrito HCTZ / total de receitas, multiplicando por 100	
M3	% de prescrições contendo HCTZ + captopril	Receitas em que foi prescrito HCTZ+Captopril / total de receitas de anti-hipertensivos, multiplicando por 100	
M4	% de prescrições contendo propranolol	Receitas em que foi prescrito propranolol / total de receitas de anti-hipertensivos, multiplicando por 100	
M5	% de prescrições com HCTZ + propranolol	Receitas em que foi prescrito HCTZ + propranolol / total de receitas de anti-hipertensivos, multiplicando por 100	
M6	DDD de HCTZ consumidas		
M7	DDD de HCTZ consumidas / DDD total		

	de anti-hipertensivos	<p>A fórmula geral para cálculo de consumo de DDD é:</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de UD} \times \text{n}^\circ \text{ de FF por unidade} \times \text{qde de PA por FF}}{\text{DDD em mg}}$</p> <p>Onde: UD = unidades dispensadas</p> <p>FF = forma farmacêutica</p> <p>PA = princípio ativo</p>	<p>- A DDD (Dose diária definida) corresponde a dose média diária de manutenção do fármaco, em adultos, para sua indicação principal, por uma determinada via de administração e expressa em quantidade de princípio ativo. A DDD é uma unidade técnica de medida e de comparação, no entanto, não reflete necessariamente a dose média prescrita.</p>
M8	DDD captopril oral consumidas		
M9	DDD de captopril consumidas / DDD total de anti-hipertensivos		
M10	DDD de HCTZ + captopril consumidas/DDD total de anti-hipertensivos		
M11	DDD de propranolol consumidas		
M12	DDD de propranolol consumidas / DDD total de anti-hipertensivos		
M13	DDD de HCTZ + propranolol consumidas / DDD total de anti-hipertensivos		
M14	DDD total de outros anti-hipertensivos		
M15	% de prescrições contendo AAS 100mg	Receitas em que foi prescrito AAS de 100mg / total de receitas, multiplicando por 100	A RENAME preconiza o AAS de 100mg como antiagregante plaquetário, pois tem efeito benéfico definido nas síndromes isquêmicas crônicas.
M16	DDD de AAS de 100mg	Usar formula geral de n° de DDDs	
M17	% de prescrições com antidiabéticos	Receitas em que foi prescrito antidiabéticos / total de receitas, multiplicando por 100.	O tratamento medicamentoso do DM tem como objetivo a normoglicemia e manutenção da mesma em longo prazo. O esquema terapêutico para tratamento do DM depende dos valores das glicemias no jejum e pós-prandial da hemoglobina glicada, do peso, da idade, de complicações e doenças associadas. Na prática, no período inicial do DM2 (fase I), a melhor indicação são os medicamentos que não aumentam a secreção de insulina (ex.metformina). Com diminuição de secreção de insulina (fase II),
M18	% de prescrições contendo somente glibenclamida	Receitas em que foi prescrito glibenclamida / total de receitas de antidiabéticos, multiplicando por 100	
M19	% de prescrições contendo somente metformina	Receitas em que foi prescrito metformina / total de receitas de antidiabéticos, multiplicando por	

		100		
M20	% de prescrições contendo glibenclamida+metformina	Receitas em que foi prescrito glibenclamida + metformina / total de receitas de antidiabéticos, multiplicando por 100		<p>indica-se um secretagogo (ex.glibenclamida), possivelmente em combinação com sensibilizadores insulínicos. Na fase III pode-se associar, aos agentes orais, uma injeção de insulina de depósito (<i>bedtime</i>). Na insulopenia (fase IV) insulinização plena.</p> <p>Para paciente não obeso a glibenclamida é o medicamento de referência. Mas se for obeso, a escolha terapêutica é a Metformina. A insulina é referência quando só a dieta e medicamentos orais não atingem o objetivo terapêutico.</p> <p>Estas indicações são racionais e baseiam-se na RENAME e nas diretrizes da sociedade brasileira de diabetes.</p> <p>Os indicadores propostos poderão avaliar se as prescrições de antidiabéticos são racionais.</p>
M21	% de prescrições contendo insulina NPH	Receitas em que foi prescrito insulina NPH / total de receitas de antidiabéticos, multiplicando por 100		
M22	DDD de glibenclamida consumidas	<p>A fórmula geral para cálculo de consumo de DDD é:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de UD} \times \text{n}^\circ \text{ de FF por unidade} \times \text{qde de PA por FF}}{\text{DDD em mg}}$ <p>Onde: UD = unidades dispensadas</p> <p>FF = forma farmacêutica</p> <p>PA = princípio ativo</p>		
M23	DDD de glibenclamida consumidas / DDD total de antidiabéticos			
M24	DDD de metformina consumidas			
M25	DDD de metformina consumidas/DDD total de antidiabéticos			
M26	DDD de antidiabéticos de primeira eleição (glibenclamida + metformina) / total antidiabéticos orais			
M27	DDD de Insulina NPH consumidas			
M28	DDD de Insulina NPH consumidas/DDD total de antidiabéticos			
M29	% de prescrições contendo Ranitidina		Receitas em que foi prescrito ranitidina / total de receitas, multiplicando por 100	
M30	% de prescrições contendo Omeprazol	Receitas em que foi prescrito omeprazol / total de receitas, multiplicando por 100		
M31	DDD de Ranitidina consumidas	Usar fórmula geral do n° de DDDs		

M32	DDD de omeprazol consumidas	Usar fórmula geral do n° de DDDs	
M33	DDD omeprazol / anti H2		
M34	DHD de inibidores da bomba de prótons (DHD=dose por mil habitantes - dia)	(mg de fármaco consumidos em um ano X 1000) / (DDD em mg X 365dias X n° de habitantes)	
M35	% de prescrições contendo paracetamol	Receitas em que foi prescrito paracetamol / total de receitas, multiplicando por 100	
M36	DDD de paracetamol	Usar fórmula geral do n° de DDDs	
M37	DDD de paracetamol / total de analgésicos	Padrão: >70%	Baseando-se em evidências verifica-se que o paracetamol é analgésico tão eficaz como qualquer outro AINE. Através desses indicadores será possível comparar o consumo do paracetamol com outros AINES. O paracetamol tem menores efeitos adversos e menos custo.
M38	DDD paracetamol / AINES + analgésicos	Padrão: >50%	
M39	DHD de AINES (Onde AINES = antiinflamatórios não esteroidais)	(mg de fármaco consumidos em um ano X 1000) / (DDD em mg X 365dias X n° de habitantes) Padrão: <15DHD	
M40	% de receitas em que se prescrevem antibióticos	Receitas em que foi prescrito pelo menos um antibiótico/total de receitas, multiplicando por 100. Padrão: < 30%	Determina o nível de emprego de antibióticos nos esquemas terapêuticos, o que normalmente, tem maior custo, utilização complexa e é de abuso.
M41	DHD antibióticos = DDD/1000hab/dia	Qde de antibióticos utilizado durante o período medido em DDD (mg) / DDD do fármaco (mg) X período (dias) X população, multiplica o resultado por 1000 habitantes.	É a dose diária definida por 1000 hab por dia e indica a proporção da população que diariamente recebe tratamento com antibióticos numa determinada dose média.
M42	% de antibióticos presentes na REMUME / total de antibióticos prescritos	Receitas em que foi prescrito pelo menos um antibiótico presente na REMUME/total de receitas contendo antibióticos, multiplicando por 100.	Determina o percentual de antibióticos da lista em relação ao total de antibióticos prescritos.
M43	DDD de antibióticos de ultima geração / DDD de antibióticos		O uso de antibióticos de última de geração caracteriza uso irracional desta classe de medicamentos.

M44	% de prescrições contendo diazepam.		
M45	DDD de diazepam		
M46	DDD de benzodiazepínicos		
M47	DHD benzodiazepínicos em maiores de 60anos	Qde de benzodiazepínicos utilizado durante o período, medido em DDD (mg) / DDD do fármaco (mg) X período (dias) X população (adultos maiores que 65 anos), multiplica o resultado por 1000 habitantes.	Ocorre decréscimo de metabolismo hepático em idosos e dentre os fármacos com farmacodinâmica e farmacocinética alterada tem-se os benzodiazepínicos. Logo não é escolha racional. Determina o consumo de benzodiazepínicos nessa faixa etária.
M48	% de idosos (\geq 60anos) com 6 ou mais fármacos	Total de prescrições com 6 ou mais fármacos em pacientes maiores de 60 anos/total de consultas no período.	Determina o grau de polimedicação em pacientes idosos, onde o risco de Reações Adversas aos Medicamentos e interações medicamentosas são maiores devido à alterações farmacológicas associadas ao envelhecimento.
M49	Pacientes com dois ou mais fármacos do mesmo grupo terapêutico	Nº de receitas em que foi prescrito dois medicamentos do mesmo grupo terapêutico / total de receitas, multiplicando por 100.	

APÊNDICE C

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA OFICINA

Selecionando Indicadores para avaliação das prescrições médicas em Atenção Primária de Saúde em Fortaleza-CE

PERFIL DO GRUPO DE CONSENSO

NOME:	IDADE:
ANO DE FORMAÇÃO:	
ESPECIALIDADE:	
PÓS-GRADUAÇÃO: () Sim () Não () Curso de Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado	
ÁREAS DE ATUAÇÃO: 1. () Preceptor () Residente 2. Trabalha na rede publica há quanto tempo? _____ 3. Trabalha na rede privada? () Sim () Não	

AVALIAÇÃO DA OFICINA

QUESTÕES	RESPOSTAS
1.O objetivo da oficina ficou claro?	() SIM () NÃO
2.O tema tratado é relevante?	() SIM () NÃO
3.O conteúdo da apresentação foi satisfatório e enriquecedor?	() SIM () NÃO
4.A metodologia escolhida foi apropriada?	() SIM () NÃO
5.O tempo para o desenvolvimento das atividades foi suficiente?	() SIM () NÃO
6.Os formulários dos consensos foram de fácil compreensão e preenchimento?	() SIM () NÃO
7.O material distribuído foi suficiente?	() SIM () NÃO
8.Os indicadores pactuados refletem a realidade do perfil de prescrição de Fortaleza?	() SIM () NÃO
Comentário, se considerar conveniente:	

APÊNDICE D



Universidade Federal do Ceará
Mestrado em Ciências Farmacêuticas
Projeto: Avaliação qualidade da prescrição na APS de saúde de Fortaleza

**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DA CONSULTA E PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

BLOCO I: Controle do formulário.

Nº do formulário:		Data:	
Pesquisador:		SER:() I () II () III () IV () V () VI	
U.S.:		U.S.:	
Horário de funcionamento da U.S.: _____	Profissionais da U.S.:		
	() Clínico geral	() Pediatra	() Ginecologista
	() Nutricionista	() Dentista	() Enfermeiro

Nome do paciente / Informante: _____ Tel: _____

BLOCO II: Descrição do paciente.

1. Foi o Sr (a) que veio se consultar ou o Sr (a) está acompanhando alguém? (1) - Sim, eu me consultei Não, estou acompanhando: (2) - meu filho (a) (3) - meu pai/mãe (4) - irmão/irmã (5) - outro parente da casa / esposa / marido (6) - outro: _____	
2. Grau de escolaridade do paciente (Estudou até que série?): _____ Grau de escolaridade do informante: _____	
3. Sexo: (1) masculino (2) feminino	4. Idade: _____
5. O (a) Sr (a) mora próximo a esta unidade de saúde? (1) sim (2) não	
6. Renda familiar: (1) Até R\$ 380,00 (4) De R\$ 1.141,00 a R\$ 1.520,00 (2) De R\$ 381,00 a R\$ 760,00 (5) Acima de R\$ 1.521,00 (3) De R\$761,00 a R\$ 1.140,00 (6) Sem rendimentos / Não sei	

BLOCO III: Dados referentes à prescrição médica

Sr entrevistador, pedir ao paciente a sua prescrição médica para que possa copiar alguns dados.

7. Qual o formato da prescrição? (1) – Digitada (2) – Manuscrita
8. A receita possui rasura? (1) Sim (2) Não
9. (<i>Sr. Entrevistador somente para receitas manuais</i>) 9.1 <i>Pedir para paciente ler a receita.</i> O paciente consegue ler: (1) Sim, totalmente. (2) Sim, mas parcialmente / com dificuldade. (3) Não consegue ler a receita. (4) Não quer ler. (5) Não sabe ler. 9.2 Receita ilegível: (1) – Sim (2) – Não <i>Consideração do entrevistador:</i> _____
10. Marcar com um X dados presentes na receita: (1) Nome do médico (5) Nome do paciente (2) Assinatura do médico (6) Especialidade médica (3) Endereço do médico ou da unidade de saúde (7) Data (4) Carimbo com o respectivo n° de inscrição no conselho
11. N° de medicamentos por prescrição: _____
12. SOMENTE PARA MEDICAMENTO CONTROLADO PELA PORTARIA N°344: O medicamento está prescrito em receituário adequado? (1) – Sim (2) – Não
13. Transcrição da prescrição. Sr entrevistador ter o cuidado de transcrever da forma como foi prescrito.

BLOCO IV: Dados referentes à consulta médica.

14. Qual o motivo do Sr (a) (ou a pessoa que o Sr (a) acompanha) ter vindo procurar atendimento médico?			
(1) Problema geral e inespecífico (dor generalizada / arrepios / febre / cansaço geral – fadiga / criança agitada – choro constante / tuberculose / sarampo / catapora / reação alérgica).			
(2) Sangue (íngua / anemia)			
(3) Digestivo (cólicas abdominais / azia / náusea / má digestão / vômito / diarreia / dificuldade em defecar / sangramentos na boca / papeira / hepatite / lombrigas e outros parasitas).			
(4) Olho (dor / vermelhidão / secreção / conjuntivite / visão turva).			
(5) Ouvido (dor de ouvido / zumbido / secreção / sangramento).			
(6) Aparelho circulatório (palpitações / tornozelo inchado / HAS/ arritmia / trombose / aterosclerose / varizes / hemorróidas).			
(7) Neurológico (dor de cabeça / tremores / tontura / meningite / Parkinson / convulsão).			
(8) Psicológico (ansiedade / tensão / depressão / stress / insônia / diminuição do desejo sexual / alcoolismo / abuso de drogas – medicamentos / falta de memória / Alzheimer)			
(9) Aparelho Respiratório (dor ao respirar / tosse / garganta inflamada / rouquidão / sinusite / gripe / asma / rinite alérgica / cansaço)			
(10) Pele (coceira / tumor / furúnculo / escabiose / piolho / micose / seborréia / acne)			
(11) Endócrino / metabólico / nutricional (sede ou apetite excessivo / perda de apetite / obesidade / perda de peso / desidratado / diabetes / tireóide / gota / colesterol alto)			
(12) Músculo-esquelético (fratura / distensão / entorse / cifose – lordose – escoliose / bursite / artrite / osteoporose)			
(13) Aparelho urinário (dor ao urinar / micção freqüente / sangue na urina / urina escura / dor nos rins)			
(14) Gestação / parto / planejamento familiar (menstruação em atraso / hemorragia antes do parto / pílula do dia seguinte / uso de anticoncepcional / aborto / pré-natal)			
(15) Genital feminino (dor genital, dor durante menstruação / dor durante relação sexual / atraso menstrual / corrimento vaginal / dor ou nódulo na mama/ tensão pré –menstrual / DST)			
(16) Genital masculino (dor no pênis – testículo / secreção / impotência / DST / fimose)			
(17) Encaminhamento			
(18) Outro: _____			
15. Qual a especialidade do médico que o atendeu ou atendeu a pessoa que o Sr (a) acompanha?			
(1) Clínico geral	(2) Pediatra	(3) Ginecologista / Obstetra	
16. O que o Sr (a) achou do atendimento?		(1) Ótimo	(2) Bom
		(3) Regular	(4) Péssimo

<p>17. Por que considerou o atendimento assim?</p> <p>(1) Porque o médico me deu atenção</p> <p>(2) Porque o médico fez perguntas</p> <p>(3) Porque o médico explica bem</p> <p>(4) Porque o médico examinou bem</p> <p>(5) Porque o médico passou exames</p> <p>(6) Porque o médico é educado / delicado</p> <p>(7) Por que o médico é inteligente</p> <p>(8) Porque o médico passou remédio</p> <p>(9) Não explicou nada</p> <p>(10) Não fez perguntas</p> <p>(11) Não me examinou</p> <p>(12) Não passou remédio</p> <p>(13) Porque o médico fala muito difícil</p> <p>(14) O médico nem olhou no meu rosto</p> <p>(15) Outro: _____</p>																				
<p>18. Durante a consulta, o médico explicou como era a sua doença (ou da pessoa que o Sr(a) acompanha)? (1)Sim (2)Não</p>																				
<p>19. Durante a consulta, o Sr (a) recebeu explicações sobre o(s) medicamento(s) que o médico receitou?</p> <p>(1) Sim (2)Não</p>																				
<p>20. O Sr(a) entendeu como deve ser tomado cada medicamento passado pelo médico?</p> <p><i>Sr entrevistador, conferir a resposta do paciente para cada medicamento. Se o paciente souber posologia, via de administração, tempo do tratamento, marcar um X em sim.</i></p> <table> <tr> <td>Medicamento 1: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> <td>Medicamento 2: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> </tr> <tr> <td>Medicamento 3: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> <td>Medicamento 4: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> </tr> <tr> <td>Medicamento 5: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> <td>Medicamento 6: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> </tr> <tr> <td>Medicamento 7: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> <td>Medicamento 8: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> </tr> <tr> <td>Medicamento 9: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> <td>Medicamento 10: (1)Sim</td> <td>(2) Não</td> </tr> </table>	Medicamento 1: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 2: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 3: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 4: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 5: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 6: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 7: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 8: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 9: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 10: (1)Sim	(2) Não
Medicamento 1: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 2: (1)Sim	(2) Não																	
Medicamento 3: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 4: (1)Sim	(2) Não																	
Medicamento 5: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 6: (1)Sim	(2) Não																	
Medicamento 7: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 8: (1)Sim	(2) Não																	
Medicamento 9: (1)Sim	(2) Não	Medicamento 10: (1)Sim	(2) Não																	
<p>21. O Sr(a) sabe para que serve cada um dos medicamentos passados pelo médico?</p> <p>Sr entrevistador, escrever a resposta do paciente para cada medicamento. Pedir pra ele dizer as indicações. Caso ele tenha dito a indicação corretamente marcar com X a opção “sim”.</p> <p>Medicamento 1: (1)Sim (2) Não _____</p>																				

Medicamento 2: (1)Sim	(2) Não _____
Medicamento 3: (1)Sim	(2) Não _____
Medicamento 4: (1)Sim	(2) Não _____
Medicamento 5: (1)Sim	(2) Não _____
Medicamento 6: (1)Sim	(2) Não _____
Medicamento 7: (1)Sim	(2) Não _____
Medicamento 8: (1)Sim	(2) Não _____
Medicamento 9: (1)Sim	(2) Não _____
Medicamento 10: (1)Sim	(2) Não _____
22. O médico falou da importância do Sr (a) cumprir o tratamento até o fim? (1) Sim (2) Não	
23. Durante a consulta, o médico perguntou se o Sr (a) (ou a pessoa que o Sr(a) acompanha) é alérgico a algum medicamento? (1) Sim (2) Não	
SR ENTREVISTADOR SE SIM PASSAR PARA PERGUNTA 25.	
24. <i>Se a resposta anterior for negativa</i> , e o Sr (a) (ou a pessoa que o Sr(a) acompanha) é alérgico a algum medicamento? (1) Sim (2) Não	
24.1 <i>Se a resposta anterior for positiva</i> , E o (a) Sr(a) disse ao médico que é alérgico? (1) Sim (2) Não	
25. O médico informou o que o Sr(a) (ou a pessoa que o Sr(a) acompanha) deveria fazer caso sentisse algum efeito indesejado por causa do uso do medicamento? (1) Sim (2) Não	
26. Durante a consulta, o médico perguntou se o Sr (a) (ou a pessoa que o Sr(a) acompanha), está fazendo uso de outro medicamento? (1) Sim (2) Não	
SR ENTREVISTADOR SE SIM PASSAR PARA PERGUNTA 28.	
27. <i>Se a resposta anterior for negativa</i> , E o Sr (a) (ou a pessoa que o Sr (a) acompanha) está fazendo uso de outro medicamento? (1) Sim (2) Não	
27.1 <i>Se a resposta anterior for positiva</i> , e o Sr.(a) disse ao médico que está fazendo uso de outro medicamento? (1) Sim (2) Não	
28. Durante a consulta, o médico perguntou se o Sr (a) (ou a pessoa que o Sr (a) acompanha), está fazendo uso de algum produto natural (chás, abafado, lambedor, garrafada,...)? (1) Sim (2) Não	
SR ENTREVISTADOR, SE SIM, PASSAR PARA PERGUNTA 29.1	
29. <i>Se a resposta anterior for negativa</i> , E o Sr (a) (ou a pessoa que o Sr (a) acompanha) está fazendo uso de algum produto natural? (1) Sim (2) Não	
29.1. <i>Se a resposta for positiva</i> : Que produto natural o (a) Sr.(a) está usando?	
(1) Chá / abafado	(4) Fitoterápicos (cápsulas, xaropes..)
(2) Lambedor	(5) Outro: _____
(3) Garrafada	

<p>30. <i>Se a resposta for positiva</i>, e o Sr.(a) disse ao médico que está fazendo uso desse produto natural?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>
<p><i>Sr entrevistador, as perguntas 31, 32 e 33 somente devem ser feitas a mulheres em idade fértil.</i></p> <p>31. O médico perguntou se a Sra (ou pessoa que você acompanha) está grávida? (1) Sim (2) Não</p>
<p>32. E a senhora está grávida? (1) Sim (2) Não</p> <p><i>Sr entrevistador se sim passar para pergunta 34.</i></p>
<p>33. Sr entrevistador se a pergunta 32 tiver sido negativa, Que método a senhora usa para prevenir a gravidez?</p> <p>(1) Uso anticoncepcional</p> <p>(2) DIU</p> <p>(3) Preservativo</p> <p>(4) Tabela</p> <p>(5) Fiz ligadura de tropas</p> <p>(6) Meu companheiro fez vasectomia</p> <p>(7) Faço coito interrompido</p> <p>(8) Não tenho relação sexual</p> <p>(9) Nenhum</p> <p>(10) Outro: _____</p>
<p>34. O Sr (a) deixou de entender alguma explicação do médico que o (a) atendeu durante a consulta? Se sim, o (a) Sr(a) poderia dizer qual foi a sua maior dificuldade em não entender as explicações?</p>

APÊNDICE E

Códigos ATC e DDD dos medicamentos padronizados do município de Fortaleza – CE.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	DDD
B01AC06	Ácido acetilsalicílico comp 100mg	1 comprimido
B03BB01	Ácido fólico comp 5mg	0,4mg (profilático); 10mg (terapêutico)
N03AG01	Ácido Valpróico comp 500mg	1,5g
N03AG01	Ácido Valpróico xarope 250mg/mL	1,5g
P02CA03	Albendazol comp 400mg	0,4g
P02CA03	Albendazol susp. oral 40mg/mL fr. 10mL	0,4g
N06AA09	Amitriptilina comp 25mg	75mg
J01CA04	Amoxicilina fr 250mg/5mL pó para suspensão oral fr. 150mL	1,0g
J01CA04	Amoxicilina comp 500mg	1,0g
R03BA01	Beclometasona fr 250mcg spray / 200 doses	0,8mg
R03BA01	Beclometasona fr 50mcg spray / 200 doses	0,8mg
J01CE08	Benzilpenicilina G.Benzatina 1.200.000 UI frs./amp.	3,6g
J01CE08	Benzilpenicilina G.Benzatina 600.000 UI frs./amp.	3,6g
J01CE30	Benzilpenicilina G.Proc. + G.Potássica 300.000 UI + 100.000 UI f/a	X
C09AA01	Captopril comp 25mg sulcado	50mg
N03AF01	Carbamazepina comp 200mg	1,0g
A12AA04	Carbonato de cálcio comp 500mg	3,0g
A12AX	Carbonato de cálcio + colecalciferol 600mg + 200UI	3,0 UDO
J01DB01	Cefalexina susp. Oral fr 250mg/5ml pó para suspensão oral após reconstituição fr com 60mL	2,0g
J01DB01	Cefalexina comp 500mg	2,0g
J02AB02	Cetoconazol comp 200mg	0,2g
D01AC08	Cetoconazol creme 2% bisnaga com 30g	X
N05AA01	Clorpromazina comp 100mg	0,3g

D01AC01	Clotrimazol 1% 20g	X
D07AB19	Dexametasona 0,1% creme 15G	X
S01BA01	Dexametasona Colírio 0,5mg/ml – 5ml	X
N05BA01	Diazepam comp 5mg	10mg
M01AB05	Diclofenaco de potássio comp 50mg	0,1g
C01AA05	Digoxina comp 0,25mg	0,25mg
N02BB02	Dipirona fr 500mg/ ml gotas 10ml	3,0g
J01AA02	Doxiciclina comp 100mg	0,1g
J01FA01	Eritromicina 2,5% susp. oral fr 25mg/mL – 60ML	1,0g
J01FA01	Eritromicina comp 500mg	1,0g
N03AB02	Fenitoína comp 100mg	0,3g
N03AA02	Fenobarbital comp 100mg	0,1g
N03AA02	Fenobarbital 4% sol. oral fr 40mg/mL – 20ML	0,1g
R03AC04	Fenoterol bromidrato frasco c/ 20ml	4mg
C03CA01	Furosemida comp 40mg	40mg
A01BB01	Glibenclamida comp 5mg	10mg
N05AD01	Haloperidol comp 5mg	8,0mg
C03AA03	Hidroclorotiazida cp 25mg	25mg
M01AE01	Ibuprofeno cp 300 mg	1,2g
A10AC01	Insulina NPH de origem humana fr 100UI/ML – 10ML	40UI
A10AB01	Insulina Regular de origem humana fr 100UI/ML – 10ML	40UI
C01DA08	Isossorbida (Dinitrato) comp 10mg	60mg
C01DA08	Isossorbida comp 5 mg	20mg (SL)
N04BA02	Levodopa + Carbidopa comp 250mg +25mg	0,6g
G03AA07	Levonogestrel 0,15mg + Etnilestradiol 0,03mg	X
C09AA03	Lisinopril comp 10mg	10mg
R06AX13	Loratadina comp 10mg	10mg
R06AX13	Loratadina xarope fr 5mg/5MI 100ML	10mg
P02CA01	Mebendazol fr 20mg/ml suspensão oral 30ML	0,2g
A10BA02	Metformina comp 500mg comprimido sulcado	2,0g

C02AB01	Metildopa comp 250mg	1,0g
A03FA01	Metoclopramida comp 10 mg	30mg
A03FA01	Metoclopramida 4% gotas fr 4mg/mL – 10ML	30mg
P01AB01	Metronidazol comp 250mg	2,0g
P01AB01	Metronidazol 4% suspensão oral fr 40MG/ML – 120ML	2,0g
G01AF01	Metronidazol 500mg / geléia creme vaginal 100MG/g – 50G	0,5g
G01AF04	Miconazol 2% creme vaginal 80G	0,1g
	Monossulfiram 25% fr 100ml	X
D06AX30	Neomicina + Bacitracina 5mg + 250UI/g – 10g	X
A07AA02	Nistatina solução oral fr 100.000UI/ML – 50ML	1.500.000UI
G01AA01	Nistatina creme vaginal 25.000UI/G – 60g	0,1UM
G03AC01	Noretisterona 0,35mg	2,5mg
A06AG06	Óleo Mineral Puro frs com 100ML	X
D02AC	Óleo Mineral Puro frs com 100ML	X
A02BC01	Omeprazol caps 20mg	20mg
N02BE01	Paracetamol fr 200mg/ml solução oral 15ML	3,0g
N02BE01	Paracetamol comp 500 mg	3,0g
P03AC04	Permetrina creme dermatológico 5% frs com 60ml	X
P03AC04	Permetrina 1% frs c/ 60ml	X
H02AB06	Prednisolona 3mg/mL solução oral frs 60ml	10mg
H02AB07	Prednisona comp 5mg	10mg
H02AB07	Prednisona comp 20mg	10mg
R06AD02	Prometazina comp 25mg	25mg
C07AA05	Propranolol comp 40mg	0,16g
A02BA02	Ranitidina comp 150mg	0,3g
A07CA	Sais para reidratação oral 27,9g	X
R03CC02	Salbutamol xarope 2mg/5ml frs 100ml	12mg
R03CC02	Salbutamol comp 2mg	12mg
R03AC02	Salbutamol fr 100mcg/dose spray	

P01AB07	Secnidazol cp 1000 mg	X
R01AX10	Solução nasal frs c/ 30ml	X
J01EE01	Sulfametoxazol +Trimetoprima 4% + 0,8% suspensão oral 50ml	X
J01EE01	Sulfametoxazol + Trimetoprima 400mg + 80mg	X
B03AA07	Sulfato ferroso fr 25mg/mL Fe (II) solução oral 30mL	0,2g Fe ²⁺
B03AA07	Sulfato ferroso cp 40mg Fe (II)	0,2g Fe ²⁺
D01AC06	Tiabendazol creme dermatológico 20g 5%	X
C08DA01	Verapamil cp 80mg	0,24g

APÊNDICE F

Base de cálculos para o indicador G10

ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO (R\$)
Ácido acetilsalicílico comp 100mg	0,0078
Ácido fólico comp 5mg	0,04
Albendazol comp 400mg	0,131
Albendazol susp. oral 40mg/mL fr. 10mL	0,40
Amitriptilina comp 25mg	0,01686
Amoxicilina fr 250mg/5mL pó para suspensão oral fr. 150mL	1,95
Amoxicilina caps 500mg	0,0703
Beclometasona 250mcg spray 200 doses	18,10
Beclometasona 50mcg nasal spray	19,00
Benzilpenicilina G.Benzatina 1.200.000 UI frs./amp.	0,827
Benzilpenicilina G.Benzatina 600.000 UI frs/amp.	0,6997
Benzilpenicilina G.Proc. + G.Potássica 300.000 UI + 100.000 UI f/a	0,4985
Captopril comp 25mg sulcado	0,0114
Carbamazepina comp 200mg	0,02884
Carbonato de cálcio comp 500mg	0,07
Cefalexina susp. Oral fr 250mg/5ml pó para suspensão oral após reconstituição fr com 60mL	1,79999
Cefalexina comp 500mg	0,1098
Cetoconazol comp 200mg	0,0650
Cetoconazol creme 2% bisnaga com 30g	0,918
Clorpromazina comp 100mg	0,068
Dexametasona 0,1% creme 15g	0,40
Diazepam comp 5mg	0,019
Diclofenaco de potássio comp 50mg	0,0098

Digoxina comp 0,25mg	0,028
Dipirona fr 500mg/ ml gotas 10ml	0,27
Doxiciclina comp 100mg	0,05
Eritromicina 2,5% susp. oral fr 25mg/mL – 60ML	1,6783
Eritromicina comp 500mg	0,1613
Fenitoína comp 100mg	0,0447
Fenobarbital comp 100mg	0,0185
Fenobarbital 4% sol. oral fr 40mg/mL – 20ML	0,976
Fenoterol bromidrato frasco c/ 20ml	1,98
Furosemida comp 40mg	0,014
Glibenclamida comp 5mg	0,0089
Haloperidol comp 5mg	0,0164
Hidroclorotiazida comp 25mg	0,017
Ibuprofeno comp 300 mg	0,03
Insulina NPH de origem humana fr 100UI/ML – 10ML	9,18
Isossorbida (Dinitrato) comp 10mg	0,026
Levodopa + Carbidopa comp 250mg +25mg	0,11
Levonogestrel 0,15mg + Etinilestradiol 0,03mg	0,60 (cartela)
Loratadina comp 10mg	0,028
Mebendazol fr 20mg/ml suspensão oral 30ML	0,4715
Metformina comp 500mg comprimido sulcado	0,0323
Metildopa comp 250mg	0,0535
Metoclopramida comp 10 mg	0,025
Metoclopramida 4% gotas fr 4mg/mL – 10ML	0,2752
Metronidazol comp 250mg	0,028
Metronidazol 4% suspensão oral fr 40MG/ML – 120ML	0,028
Metronidazol 500mg / geléia creme vaginal 100MG/g – 50G	1,0926
Miconazol 2% creme vaginal 80G	1,1426
Neomicina + Bacitracina 5mg + 250UI/g – 10g	0,572
Nistatina solução oral fr 100.000UI/ML – 50ML	1,1766

Nistatina creme vaginal 25.000UI/G – 60g	0,94
Noretisterona 0,35mg	4,20 (cartela)
Óleo Mineral Puro frs com 100ML	1,09
Omeprazol caps 20mg	0,0291
Paracetamol fr 200mg/ml solução oral 15ML	0,32
Paracetamol comp 500 mg	0,0174
Permetrina loção dermatológico 5% frs com 60ml	3,40
Permetrina 1% frs c/ 60ml	1,00
Prednisolona 3mg/mL solução oral frs 60ml	3,47
Prednisona comp 5mg	0,0167
Prednisona comp 20mg	0,0315
Prometazina comp 25mg	0,0188
Propranolol comp 40mg	0,011
Ranitidina comp 150mg	0,030
Sais para reidratação oral 27,9g	0,3088
Salbutamol xarope 2mg/5ml frs 100ml	0,65
Salbutamol fr 100mcg/dose spray	5,896
Secnidazol cp 1000 mg	0,3198
Solução nasal frs c/ 30ml	0,39
Sulfametoxazol +Trimetoprima 4% + 0,8% suspensão oral 50ml	0,6799
Sulfametoxazol + Trimetoprima 400mg + 80mg	0,0336
Sulfato ferroso fr 25mg/mL Fe (II) solução oral 30ML	0,55
Sulfato ferroso cp 40mg Fe (II)	0,01977
Tiabendazol creme dermatológico 20g 5%	8,90
Verapamil cp 80mg	0,0393

APÊNDICE G

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FARMÁCIA CLÍNICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,, abaixo assinado, declaro ter ouvido as explicações e lido o presente documento, e compreendo o seu significado, e informo que concordo em participar da pesquisa **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE**, cujo objetivos permitirão desenvolver indicadores de prescrição adaptados a realidade local e a partir deles conhecer o perfil das prescrições médicas, identificar seus principais problemas, instrumentalizar os gestores com informações e assim contribuir para o uso racional de medicamentos.

Permito que meu receituário seja examinado pelo pesquisador e que sejam anotados alguns dados relativos somente aos medicamentos.

Fui informado que a qualquer momento posso deixar de participar da pesquisa e retirar meu consentimento sem prejuízo de atendimento em qualquer serviço de saúde de Fortaleza. Fui esclarecido ainda que os dados captados serão divulgados mas não o meu nome, que será mantido sob sigilo. Os dados obtidos nesta pesquisa servirão de base para reforçar a necessidade de acompanhar as prescrições médicas de Fortaleza e assim contribuir para melhor uso dos medicamentos.

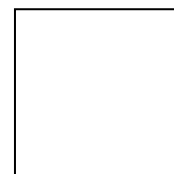
Qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a pesquisadora principal, Nádja Mara de Sousa Lopes, no seguinte endereço: Rua Barão de Sobral, 968, Ap 101, ou pelos telefones: 32451631 / 96084490. Se tiver alguma dúvida ou consideração sobre a ética em pesquisa poderei entrar em contato com o comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará pelo telefone 33668338.

Ass do voluntário: _____

Ass da testemunha: _____

Ass do responsável: _____

Data: ____/____/____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FARMÁCIA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr. (sra.) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE**, que tem como finalidade desenvolver indicadores de prescrição adaptados a realidade local e a partir deles conhecer o perfil das prescrições médicas, identificar seus principais problemas, instrumentalizar os gestores com informações e assim contribuir para o uso racional de medicamentos.

A pesquisa consta de duas etapas. Nesta etapa haverá a seleção dos indicadores por meio de uma oficina de consenso onde participarão médicos que atuam na APS em Fortaleza. Na oficina serão discutidos indicadores de prescrição que foram identificados na literatura e os participantes terão o poder de aceitar, modificar ou excluir qualquer um deles. Na segunda etapa os indicadores serão aplicados a uma amostra das prescrições de Fortaleza.

Ao participar deste estudo o sr. (sra.) permitirá que a pesquisadora, utilize os dados relacionados aos indicadores de prescrição levantados nessa oficina de consenso para análise das prescrições nas unidades de saúde de Fortaleza. O seu nome será mantido sob sigilo.

O sr. (sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo em seu trabalho. Além disso, os dados obtidos nesta pesquisa servirão de base para reforçar a necessidade de acompanhar as prescrições médicas de Fortaleza e assim contribuir para melhor uso dos medicamentos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa: _____

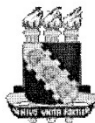
Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Assinatura da Orientadora : _____

Dúvidas entrar em contato com a pesquisadora principal:

Nádja Mara de Sousa Lopes, no endereço: Rua Barão de Sobral, 968, Ap 101, ou pelos telefones: 32451631 / 96084490. Dúvidas ou considerações sobre a ética em pesquisa entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará pelo telefone 33668338.

ANEXO A

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 768/07

Fortaleza, 14 de setembro de 2007

Protocolo COMEPE n° 204/ 07

Pesquisador responsável: Nadja Mara de Sousa Lopes

Dept°./Serviço: Departamento de Farmácia/ UFC

Título do Projeto: "Avaliação da qualidade da prescrição médica na atenção primária de saúde no município de Fortaleza-CE"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 13 de setembro de 2007.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, aparentemente de uma autoridade do Comitê de Ética em Pesquisa.

Dr. [nome ilegível]
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFCE