

ANÁLISE DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS DISPENSADAS EM FARMÁCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ANALYSIS OF MEDICAL PRESCRIPTIONS DISPENSED IN PHARMACY IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

Gabriela Laste¹, Iraci Lucena da Silva Torres^{1,2}, Alcía Deitos¹,
Ana Cláudia de Souza¹, Andressa de Souza¹, Carla Kauffmann³,
Luciana Carvalho Fernandes³, Maria Beatriz Cardoso Ferreira²

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em prescrições médicas fornecidas a pacientes atendidos em Centro de Saúde do município de Lajeado – RS.

MÉTODOS: Foi realizado estudo transversal, que avaliou dados relativos ao padrão de prescrição em Sistema Único de Saúde (SUS).

RESULTADOS: Foram analisadas 292 prescrições médicas. Destas, 282 continham o nome do paciente, mas em apenas três havia o seu endereço. Em 243 prescrições, constava o nome do médico, e, em 227, havia o número de inscrição no Conselho de Medicina. Foram identificados 713 medicamentos, com média de 2,44 por prescrição, sendo aqueles com ação em sistema cardiovascular os mais prevalentes. Observou-se, ainda, que 611 medicamentos constavam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), 509 constavam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e 489 constavam da Lista Modelo da OMS.

CONCLUSÃO: A maioria dos indicadores de prescrição avaliados apresentou adequação ao que é proposto pela OMS. No entanto, ainda há dificuldades, como aquelas referentes a itens faltantes nas prescrições médicas, o que pode interferir no uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: Prescrições médicas; Sistema Único de Saúde; Indicadores de Uso Racional de Medicamentos; assistência farmacêutica

ABSTRACT

AIM: To analyze the indicators proposed by the World Health Organization (WHO) in medical prescriptions provided to patients seen in a Health Center of the municipality of Lajeado, RS, Brazil.

METHODS: This was a cross-sectional study evaluating data on prescriptions of patients seen in the Brazilian Unified Health System.

RESULTS: We analyzed 292 medical prescriptions. Of these, 282 had the patient name, but only three had the address; the doctor's name was present in 243

Revista HCPA. 2013;33(1):15-25

1 Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil

2 Departamento de Farmacologia, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil

3 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, CCBS, Centro Universitário Univates. Lajeado, RS, Brasil

Contato:

Iraci Lucena da Silva Torres
iracitorres@gmail.com
Porto Alegre, RS, Brasil

prescriptions; the registration number on the Board of Medicine of the prescriber was identified in 227. We identified 713 drugs, with a mean of 2.44 medicines per prescription, being the most prevalent those acting in the cardiovascular system. We also observed that 611 drugs were included in the National List of Essential Medicines (RENAME), 509 were included in the Municipal Essential Medicines List (REMUME), and 489 were included in the Model List of WHO.

CONCLUSION: Most prescribing indicators evaluated showed adequacy regarding the propositions of WHO. However, there are still difficulties, such as those observed with missed items in the medical prescriptions, which may interfere in the rational use of medicines.

Keywords: Medical prescriptions; Unified Health System; Indicators of Rational Use of Medicines; pharmaceutical assistance

A política de assistência farmacêutica municipal deve estar em consonância com a Política Nacional de Medicamentos, que tem como uma de suas diretrizes e prioridades a promoção do “Uso Racional de Medicamentos” (URM) (1). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1985) (2), uso racional dos medicamentos requer que “os pacientes recebam medicamentos apropriados para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade”. Portanto, pela definição de URM, a prescrição racional é um componente importante para a utilização adequada do medicamento; no entanto, no Brasil, ainda há poucas informações sobre a qualidade das prescrições (3).

Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos, preconizados pela OMS (2002) (4), incluem o número médio de medicamentos por prescrição, a porcentagem de medicamentos prescritos pela denominação genérica, a porcentagem de prescrições com pelo menos um antimicrobiano e com pelo menos um medicamento injetável, além da porcentagem de medicamentos prescritos que fazem parte de Listas de Medicamentos Essenciais.

Segundo a OMS (2002) (4), a avaliação do número médio de medicamentos por prescrição fornecida, a cada consulta, para o paciente, objetiva verificar o grau de polifarmácia. Pesquisas mostraram que, se o número de medicamentos for maior que cinco, há maior risco de eventos adversos relacionados aos medicamentos (5). Já a porcentagem de prescrições contendo pelo menos um antimicrobiano pode fornecer um panorama do número desses agentes usados na região geográfica da pesquisa (6). O principal problema descrito na literatura é o seu uso abusivo de antimicrobianos, gerando desenvolvimento de microrganismos potencialmente resistentes

a qualquer tratamento (7). A porcentagem de prescrições contendo pelo menos um medicamento injetável pode dar uma ideia da adequação de conduta de prescritores, já que o uso dessas formas farmacêuticas deve ser pequeno em atendimentos de atenção primária de saúde (6,7). A porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico visa avaliar a tendência local de prescrição sob essa denominação e a observância da legislação brasileira para o Sistema Público de Saúde, que prevê a obrigatoriedade de uso da denominação genérica. Segundo a Resolução nº 10/01 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as prescrições assinadas pelo profissional com atuação junto ao SUS adotarão, obrigatoriamente, a Denominação Comum Brasileira – DCB – ou, em sua falta, a Denominação Comum Internacional – DCI (8).

Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população (9). Devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade (9). Desde a década de 1970, a OMS recomenda que os governos adotem listas de medicamentos essenciais como base para suas políticas de saúde, devido à eficácia terapêutica comprovada, à segurança, à qualidade e à conveniência desses agentes, além do custo favorável (7). Daí a importância de se verificar o grau de conformidade da Lista local de Medicamentos Essenciais com a Política Nacional de Medicamentos, avaliando se aquela lista vai ao encontro da necessidade da população (6,7).

A Lei 5.991/73 e o seu Decreto 74.170/74 (10) estabelecem que somente seja aviadada a prescrição que estiver à tinta, de modo legível, e contiver data, descrição do medicamento (nomenclatura oficial [DCB/DCI] ou nome comercial, forma farmacêutica, apresentação), modo de usá-lo (posologia, via de administração e duração do tratamento),

nome e endereço do paciente, nome, endereço e assinatura do profissional, além do seu número de inscrição no respectivo conselho da profissão (medicina, medicina veterinária ou odontologia).

A avaliação de indicadores do uso racional de medicamentos representa um método objetivo e prático, que permite determinar como são empregados os fármacos nos serviços de saúde. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os indicadores propostos pela OMS em prescrições médicas fornecidas a pacientes atendidos em um Centro de Saúde do município de Lajeado – RS. Além disso, foram avaliados os itens de presença obrigatória previstos pela legislação brasileira. Desta forma, o trabalho pretende contribuir com dados farmacoepidemiológicos para os serviços de saúde no SUS.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal em Centro de Saúde do município de Lajeado, localizado no estado do Rio Grande do Sul, com população de 71.481 habitantes (11). O município contava com 6 Estratégia de Saúde (ESF), 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 Centros de Saúde e 1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além disso, havia um profissional farmacêutico responsável por esses estabelecimentos de saúde. O Centro de Saúde no qual foi realizado o estudo possuía 15 médicos e 1 farmacêutico e realizava cerca de 600 atendimentos por mês. Contava com 6 clínicas básicas, 1 clínica especializada e 1 clínica diferenciada. O local foi escolhido devido ao fato de lá o atendimento ser acompanhado por alunos de graduação, ou seja, por ser um ambiente de formação profissional, com influência sobre o futuro padrão de prescrição desses indivíduos.

Para cada mês dos anos de 2006 e 2007, foi realizado sorteio de uma semana no mês, de três dias nesta semana e de um turno específico em cada dia sorteado. Para a realização da coleta dos dados, foi considerado como turno da manhã o período compreendido entre 7h e 12h, e, como turno da tarde, aquele compreendido entre 12h e 17h. A amostra foi formada a partir da prescrição dos pacientes presentes no dia e no turno sorteados para a coleta de dados. Foram arrolados consecutivamente, por conveniência, oito pacientes por dia de pesquisa. Caso não fossem obtidos oito pacientes no dia do sorteio, realizava-se coleta em mais um dia da semana. Houve preocupação em entrevistar no mínimo 24 pacientes por mês em cada local, o que trouxe

como consequência, número amostral 1,3% maior do que o estimado (que foi de 288 prescrições por município estudado).

Após a consulta médica, foi preenchida ficha de coleta de dados específica, para cada paciente incluído na amostra, portador de receita médica. Os pacientes foram abordados na saída dos consultórios ou da farmácia do Centro de Saúde. Foram incluídas as prescrições de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos que aceitaram fazer parte da pesquisa.

Os seguintes dados foram coletados: idade, escolaridade e gênero; componentes legais da prescrição (nome e endereço do paciente, nome, endereço, número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) e assinatura do prescritor, data da prescrição); prescrição de medidas não medicamentosas; medicamentos prescritos, seu grupo farmacológico e sua via de administração; informações referentes ao uso dos medicamentos prescritos (instruções, advertências, orientações sobre a prescrição e de quem as recebeu).

Foram avaliados os seguintes indicadores de prescrição, propostos pela OMS: número médio de medicamentos por prescrição; porcentagem de prescrições com pelo menos um antimicrobiano ou um medicamento injetável; porcentagem de medicamentos identificados pela denominação genérica; porcentagem de medicamentos constantes das listas de essenciais de OMS, REMUME E RENAME.

As edições selecionadas da RENAME e da Lista Modelo da OMS corresponderam àquelas em vigência na época em que foi iniciada a coleta dos dados. Foram considerados “medicamentos não essenciais” aqueles que não pertenciam à lista vigente na época da coleta. Não foram contabilizados componentes das listas definidos pela RENAME como outros produtos essenciais (desinfetantes, hemoderivados, nutrição e reposição hidroeletrólítica parenteral, solução para diálise, vacinas, soros e imunoglobulinas), tendo em vista que esses produtos não são normalmente prescritos ao paciente para uso domiciliar.

A Relação de Medicamentos Essenciais do município (REMUME) era composta por 59 fármacos, compreendendo 84 apresentações. Destes fármacos, 76,3% também constavam na Lista Modelo da OMS e os demais da Relação Nacional (RENAME).

Para identificação das classes terapêuticas, os medicamentos foram identificados de acordo com Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) (12).

Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados, por meio do programa Epi Data, versão 1.5 (Epidata Assoc., Odense, Dinamarca). A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS versão 16.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Os resultados foram expressos como frequências absolutas ou percentuais, média e desvio-padrão (DP). A unidade de análise foi o medicamento prescrito aos pacientes entrevistados.

O projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Centro Universitário Univates. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo entrevistado e pelo entrevistador. O estudo não interferiu com o tratamento proposto ou com as prescrições medicamentosas e não medicamentosas recebidas pelos pacientes, respeitando-se as determinações estabelecidas pelos profissionais da área de saúde envolvidos no atendimento.

RESULTADOS

Foram analisadas 292 prescrições médicas, compreendendo um total de 713 medicamentos. A idade média dos pacientes foi de 49,2 anos (DP: 16,8), sendo que 19,5% eram idosos (65 anos ou mais). Observou-se que 78,1% tinham entre 1 e 8 anos de escolaridade e que 72,3% eram mulheres.

O resultado da avaliação dos componentes legais das prescrições é apresentado na Tabela 1. Em 96,6% das prescrições, havia o nome do paciente. Porém, em apenas 1%, constava o endereço do paciente. Observou-se, ainda, que 243 (83,2%) das prescrições continham o nome do médico, e, em 227 (77,7%), havia número de inscrição do profissional no CRM. A assinatura do prescriptor estava presente em 273 (93,5%) prescrições. No entanto, seu endereço apareceu em apenas 11 (3,8%). A maioria das prescrições continha a data da consulta. Como mostrado na Tabela 2, 261 prescrições (89,4%) continham instruções escritas quanto ao uso dos medicamentos, tais como frequência de administração e horário.

Tabela 1: Avaliação quanto a presença dos componentes legais das prescrições (N=292 prescrições analisadas).

Componentes legais da prescrição	Frequência/porcentagem (%) da informação presente nas prescrições
Nome do paciente	282 (96,6%)
Endereço do paciente	3 (1,0%)
Nome do prescriptor	243(83,2%)
Número de inscrição no CRM	227 (77,7%)
Assinatura do prescriptor	273 (93,5%)
Endereço do prescriptor	11 (3,8%)
Data da prescrição	279 (95,5%)

Tabela 2. Avaliação quanto ao fornecimento de informações pertinentes aos medicamentos prescritos aos pacientes entrevistados e quanto à prescrição de medidas não medicamentosas (N=292 prescrições analisadas).

Parâmetros avaliados	Frequência/porcentagem (%) da informação presente nas prescrições
Instruções na prescrição	261 (89,4%)
Advertências na prescrição	27 (9,2%)
Orientações sobre a prescrição	269 (92,1%)
Fonte das orientações sobre a prescrição*	
Médico	189 (64,7%)
Farmácia/Farmacêutico	7 (2,4%)
Médico e farmácia	44 (15,1%)
Enfermagem	1 (0,3%)
Médico e enfermagem	3 (1,0%)
Outros	7 (2,4%)
Não se aplica ^a	19 (6,5%)
Medidas não medicamentosas	2 (0,7%)

* Dado não registrado para um paciente.

^a Ausência de orientações sobre a prescrição.

Por outro lado, em apenas 27 delas (9,2%) havia advertências quanto àquele uso. Quando os pacientes foram questionados se haviam recebido orientações referentes à prescrição (sobre posologia, tipo de medicamento prescrito, modo de usar), a maioria dos entrevistados

(92,1%) respondeu afirmativamente, e, destes, 64,7% relataram que estas informações foram fornecidas pelo médico.

Os grupos terapêuticos mais prescritos são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Grupos e subgrupos terapêuticos dos medicamentos prescritos, segundo a classificação ATC (N=713 medicamentos prescritos).

Grupos e subgrupos terapêuticos	Frequência (%)
Sistema digestório e metabolismo (A)	103 (14,4%)
Antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência (A02)	44 (6,2%)
Medicamentos usados no diabetes (A10)	41 (5,7%)
Sangue e órgãos hematopoiéticos (B)	56 (7,8%)
Medicamentos antitrombóticos (B01)	49 (6,9%)
Sistema cardiovascular (C)	255 (35,8%)
Terapêutica cardíaca (C01)	26 (3,6%)
Diuréticos (C03)	84 (11,8%)
Betabloqueadores adrenérgicos (C07)	26 (3,6%)
Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina (C09)	82 (11,5%)
Hipolipemiantes (C10)	21 (2,9%)
Anti-infecciosos para uso sistêmico (J)	27 (3,8%)
Antibacterianos para uso sistêmico (J01)	26 (3,6%)
Antimicóticos para uso sistêmico (J02)	1 (0,1%)
Sistema musculoesquelético (M)	41 (5,7%)
Anti-inflamatórios e antirreumáticos (M01)	36 (5,0%)
Produtos tópicos para dor articular e muscular (M02)	1 (0,1%)
Relaxantes musculares (M03)	1 (0,1%)
Medicamentos para o tratamento de doenças dos ossos (M05)	2 (0,3%)

continuação

Sistema nervoso (N)	162 (22,7%)
Analgésicos (N02)	56 (7,8%)
Antiepilépticos (N03)	21 (2,9%)
Antiparkinsonianos (N04)	4 (0,6%)
Psicolépticos (N05)	18 (2,5%)
Psicoanalépticos (N06)	60 (8,4%)
Outros medicamentos do sistema nervoso (N07)	3 (0,4%)
Sistema respiratório (R)	32 (4,5%)
Preparações para a garganta (R02)	2 (0,3%)
Antiasmáticos (R03)	20 (2,8%)
Preparações para tosse e resfriado (R05)	1 (0,1%)
Anti-histamínicos para uso sistêmico (R06)	9 (1,3%)
Outros	37 (5,2%)

Como foram identificados 713 medicamentos em 292 prescrições, contabilizou-se uma média de 2,44 (DP: 1,62) medicamentos por prescrição, variando de 1 a 8. Os medicamentos com ação em sistema cardiovascular foram os mais comumente indicados (35,8%), seguidos por aqueles que agem em sistema nervoso (22,7%) e sistema digestório (14,4%). As subclasses mais frequentemente observadas foram: diuréticos (11,8%), com predomínio de hidroclorotiazida (8,7%); agentes que atuam em sistema renina-angiotensina (11,5%), sendo enalapril o agente mais comum (5,9%); psicoanalépticos (8,4%), com maior frequência para amitriptilina (4,9%); analgésicos (7,8%), sendo paracetamol o fármaco mais indicado (7,3%); antitrombóticos (6,9%), com predomínio de ácido acetilsalicílico (6,4%);

antiácidos, medicamentos para tratamento de úlcera péptica e flatulência (6,2%), sendo omeprazol o mais comum (5,5%).

Em 28 (9,6%) prescrições, havia pelo menos um antimicrobiano indicado, sendo que, em apenas uma prescrição houve indicação de mais de um. A via de administração mais frequentemente observada foi a oral (84,6%). Em 9 (3%) prescrições, foi indicado pelo menos um medicamento injetável.

Na Tabela 4, observa-se que 614 (86,1%) medicamentos foram prescritos pela denominação genérica. Pode-se também verificar que 489 (68,6%) constavam da Lista Modelo da OMS, 509 (71,4%) constavam da REMUME e 611 (85,7%) da RENAME.

Tabela 4. Avaliação quanto à prescrição dos medicamentos pela denominação genérica e de acordo com REMUME, RENAME e Lista Modelo da OMS (N=713 medicamentos prescritos).

Parâmetros avaliados	Frequência/porcentagem (%) da informação presente nas prescrições
Uso de denominação genérica	614 (86,1%)
Presença do medicamento em Lista Modelo da OMS	489 (68,6%)
Presença do medicamento em REMUME	509 (71,4%)
Presença do medicamento em Lista da RENAME	611 (85,7%)

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou aspectos relacionados à qualidade das prescrições médicas e sua adesão às listas de medicamentos essenciais, em Centro de Saúde do município de Lajeado, RS. Observou-se que, embora tenha havido adequação na maior parte dos aspectos avaliados, ainda há parâmetros deficientes.

A média de medicamentos prescritos – 2,44 – é similar àquelas descritas em outros estudos, em que também se avaliaram prescrições médicas de UBS, variando de 2,4 a 2,75 medicamentos (13-16). Estes valores são superiores àquele recomendado pela OMS, de até dois medicamentos por receita em Atenção Básica de Saúde (17). Mesmo assim, pelo valor não ser muito acima do proposto pela OMS, pode-se inferir uma racionalidade em relação à indicação excessiva de medicamentos por parte dos prescritores nas prescrições avaliadas, protegendo a população de possíveis interações medicamentosas. Cabe ressaltar que não se pode afirmar que os pacientes usariam apenas os medicamentos prescritos, por isso destaca-se a racionalidade da prescrição e as consequências desta atitude dos prescritores avaliados em relação à segurança dos usuários.

No presente estudo, foram detectadas informações ausentes ou incompletas nas prescrições analisadas. O não cumprimento de dispositivos legais e o fornecimento inadequado de informações sobre o modo de uso do medicamento podem levar a erros de medicação, tais como troca de dosagem, de apresentação e até mesmo de fármaco, por falta de legibilidade. Ausência

de nome do paciente, identificação e assinatura do prescritor, data de emissão da receita podem levar a fraudes e falsificação de prescrições e notificações (18).

Em estudo de Mastroianni (2009) (18), envolvendo 1.335 prescrições, foram identificadas apenas três prescrições sem o nome do paciente, e duas sem a assinatura do prescritor. Entretanto, esse número foi maior em estudo de Guzatto e Bueno (2007) (13), no qual, em 48,5% das prescrições, o prescritor não pôde ser identificado pela assinatura ou pelo carimbo, e, em 6,6%, carimbo e assinatura eram de outra pessoa, não correspondendo aos dados impressos na prescrição. As diferenças se devem ao fato de que os lugares de coleta das prescrições eram diferentes. O primeiro estudo foi desenvolvido em drogarias, enquanto, no segundo, as prescrições analisadas provinham de hospital, UBS e entre outros locais. No caso do presente estudo, as prescrições eram todas originárias do posto de saúde (Centro de Saúde).

Quanto ao endereço do paciente estar ausente na maioria das prescrições analisadas no presente estudo, isto pode estar relacionado ao fato de a maioria dos medicamentos não ser de uso controlado. Medicamentos de uso controlado estão sujeitos à retenção da receita e à indicação do endereço do paciente, itens estes regidos pela Portaria nº 344/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA/MS) (19). Adicionalmente, a inexistência do endereço do paciente nas prescrições parece ser um hábito frequente na prática clínica diária,

tal como demonstrou estudo prévio de Wanderley et al. (2010) (20). Neste estudo, 98,5% das prescrições não continham endereço, apesar da Lei 5.991/73 e do Decreto 74.170/74 (Brasil, 1973) (10) estabelecerem como um dos itens integrantes da prescrição o endereço do paciente. A localização do paciente/comprador é fundamental, não apenas pela possibilidade de seguimento, como também para sua identificação correta, evitando erros e/ou fraudes de prescrição ou dispensação, o que, para alguns medicamentos, pode chegar a configurar tráfico de entorpecentes (21).

Apesar de a maioria dos entrevistados ter recebido informações sobre os medicamentos e de, na prescrição, constarem instruções escritas, a maioria das prescrições analisadas não possuía advertências escritas, tais como “tomar em jejum” ou “tomar junto com alimentos”. Esse dado é de grande importância terapêutica, considerando-se as características farmacocinéticas das substâncias prescritas (13). No entanto, embora os cuidados não estivessem escritos, podem ter sido fornecidos oralmente pelo profissional. Contudo, deve se ressaltar a importância de registrar na receita os fatores mais relevantes com relação ao tratamento. Corroborando, Guzzato e Bueno (2007) (13) constataram que essas orientações estavam presentes de forma completa em apenas 0,7% das prescrições e de modo parcial em 15,8%. Estudos internacionais demonstraram que 2,4–7% de admissões em instalações hospitalares foram causadas por reações adversas a medicamentos (22) que podem estar associadas em parte a falta de orientação adequada aos pacientes quanto ao uso correto dos medicamentos prescritos.

No presente estudo, os medicamentos com ação em sistema cardiovascular foram os mais frequentemente prescritos. Esse resultado está de acordo com prévios estudos (15,23) e provavelmente reflete a alta prevalência de doenças cardiovasculares no país. Além disso, esses medicamentos, em esquema de uso contínuo, são amplamente prescritos ao público idoso, que representa uma parcela significativa dos usuários de Unidades Básicas de Saúde (23). Em países em desenvolvimento, as doenças cardiovasculares atribuídas a hipertensão são as maiores causas de mortalidade e hospitalização e maiores contribuintes para os elevados custos com saúde (22,24-26).

Em 9,6% das prescrições avaliadas no presente estudo havia pelo menos um antimicrobiano prescrito. Este valor é inferior ao relatado em estudos de Silvério e Leite (2010) (27) (22,1%)

e de Liell et al. (2009) (14) (18,1%), mas similar aos descritos por Kauffmann et al. (2009) e Portela et al. (2012) (15,28). Quando comparado com estudos internacionais, a International Network for Rational Use of Drugs testou todos os indicadores básicos de uso de medicamentos em 12 países de renda média ou baixa e apontou valores entre 20% e 30% como aceitáveis para o indicador de prescrição de antimicrobianos (29,30). Em alguns países da África e da Ásia, os valores ficaram acima de 40% (30). Apesar de apresentarem perfis epidemiológicos diferentes, a comparação deste indicador com resultados de outros estudos nacionais ou internacionais com diferentes modelos de atenção à saúde serve como parâmetro de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Considerando a atenção integral aos pacientes que passa pela racionalização das medidas terapêuticas, permitindo determinar os âmbitos prioritários em que se devam concentrar medidas futuras de intervenção (9). O menor índice de indicação de antimicrobianos, observada no presente estudo, pode estar relacionado a fatores climáticos presentes no período de coleta de dados, pois a sazonalidade é importante no comportamento epidemiológico de doenças infecciosas (31).

Observou-se frequência de 1,3% das prescrições com pelo menos um medicamento injetável (vias subcutânea e intramuscular), valor condizente com a recomendação da OMS – inferior a 10% (32). Esse resultado foi inferior ao relatado em outros estudos, em que variou de 2,9% a 9,2% (14-16).

Apesar da alta prevalência de prescrição pela denominação genérica observada no presente estudo, o valor encontrado não é o ideal, já que legalmente recomenda-se que 100% sejam assim prescritos. Cabe ressaltar que o hábito de prescrever pelo nome genérico pode ter grande impacto na racionalização das ações da assistência farmacêutica, reduzindo os custos de aquisição desses produtos e facilitando a adoção de protocolos ou padronização de esquemas terapêuticos. Além disso, a utilização do nome comercial se dá pelo marketing e por grande pressão da indústria farmacêutica sobre os profissionais prescritores.

OMS recomenda que 100% dos medicamentos prescritos em Atenção Básica de saúde sejam medicamentos essenciais, presentes em listas nacionais, locais ou da própria OMS (OMS, 1993). À semelhança de outros estudos (14,15), no presente trabalho, 489 (68,6%) medicamentos constavam da Lista Modelo da OMS, 611 (85,7%) constavam

da RENAME e 509 (71,4%) da REMUME. Já Silvério e Leite (2010) (27) encontraram 46,5% dos medicamentos prescritos como constantes da RENAME; entretanto, as prescrições foram analisadas com base em quatro estabelecimentos comerciais farmacêuticos. Cabe ressaltar que, se o medicamento não consta das listas, é provável que o indivíduo tenha que realizar a compra do mesmo.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou que ainda há déficit de informações nas prescrições médicas que possam interferir no uso racional de medicamentos, tais como a ausência de itens importantes nas prescrições médicas (CRM, endereço do paciente, nome do prescritor, advertências escritas). Portanto, faz-se necessário que a prescrição seja vista como um documento terapêutico de alta relevância, pois apenas desta forma será um instrumento efetivo para assegurar o uso racional de medicamentos, prevenindo erros de medicação e não adesão a tratamento. Os profissionais

prescritores e dispensadores precisam estar cientes do seu papel e de sua responsabilidade no que diz respeito à legislação sanitária e profissional. Além disso, nossos resultados inferem que as listas de medicamentos não atendem totalmente as necessidades da população estudada, limitando o acesso aos medicamentos. É indiscutível a necessidade de mais estudos que abordem a utilização dos indicadores, tanto pela escassez de dados existentes, como pelo fato de eles contribuírem para o maior entendimento da realidade e para a elaboração de políticas e estratégias reorientadoras da Assistência Farmacêutica.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo auxílio financeiro; à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pela disponibilidade de bolsas de iniciação científica; ao Centro Universitário UNIVATES, pelo apoio recebido. Processo: 402635/2005-1.

REFERÊNCIAS

- Portal da Saúde. Uso racional de medicamentos. Conceito. 2007. [cited 2012 out 02]. Available from: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?dtxt=25674.
- World Health Organization. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva: WHO; 1985. World Health Organization. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva: WHO; 1985.
- Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-Am Enferm. 2005;13(6):1027-34.
- Organização Mundial de Saúde. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Geneva: OMS; 2002.
- Roth MT, Weinberger M, Campbell WH. Measuring the quality of medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(6):1096-102.
- Acurcio FA, et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Cad Saude Publica. 2004;20(1):72-9.
- Santos V, Nitrini SM. Prescription and patient-care indicators in healthcare services. Rev Saúde Pública. 2004;38(6):819-26.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- World Health Organization. WHO model list. 14th Ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Brasil. Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 de dezembro de 1973. [cited 2012 out 02]. Available from: <http://e legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=16614&word=>.
- IBGE. População do Rio Grande do Sul, 2010. [cited 2012 out 02]. Available from: http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf.
- World Health Organization (WHO). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2012. [cited 2012 set 20]. Available from: <http://www.whocc.no/atcddd/>.
- Guzatto P, Bueno D. Análise de prescrições medicamentosas dispensadas na farmácia de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS. Rev HCPA. 2007;27(3):20-6.

14. Liell AP, Toscan C, Weber D, Schwingel D, Gonçalves CBC. Indicadores do uso racional de medicamentos em ambulatório-escola. *Revista da AMRIGS*. 2009;53(4):341-4.
15. Portela AS, Simões MOS, Fook SML, Montenegro NAN, Silva PCD. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos?. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 15(3):3523-8.
16. Kauffmann C, Fernandes LC, Deitos A, Laste G, Heberlé G, de Castro LC, Torres ILS. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2009; 45(4):777-85.
17. OPAS/OMS. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil/Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde; 2005.
18. Mastroianni, PC. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2009;30(2):45-8.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1 fev. 1999; Seção1, p.50-64.
20. Wanderley VE, Maia JA, Rosana Vilela Q. A Prescrição Medicamentosa Ambulatorial no Internato: Formação e Prática. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010;34(2):216–26.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 9.804, de 30 de junho de 1999. Altera a redação do artigo 34 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2 jul. 1999; Seção 1, p.2.
22. Lundkvist J, Jonsson B. Pharmacoeconomics of adverse drug reactions. *Fundam Clin Pharmacol*. 2004;275-80.
23. Ruppenthal LR, Petrovick PR. Comparação do Perfil dos Usuários e dos Medicamentos Dispensados na Farmácia Popular do Brasil e em Drograria Privada em Porto Alegre, Brasil. *Lat. Am. J. Pharm*. 2010;29(1):22-9.
24. Rodgers A, Vaughan P, Prentice T, Edejer TTT, Evans D. *The World Health Report 2002*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
25. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Manolio T, et al. Heart disease and stroke statistics-2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2006;113:85-151.
26. Johansen H, Thillaiampalam S, Nguyen D, Sambell C. Diseases of the circulatory system-hospitalization and mortality. *Health Reports*. 2005;17:49-53.
27. Silvério MS, Leite ICG. Qualidade das prescrições em município de Minas Gerais: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(6):675-80.
28. Portela AS, Silva PCD, Simões MOS, Medeiros ACD, Montenegro NAN. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012;21(2):341-50.
29. World Health Organization. WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2001.
30. von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 2003;115:318-25.
31. Nicolini P, Nascimento JW, Greco KV, Menezes FG. Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;(Supl 13):689-96.
32. Giroto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006;9(2):226-34.

Recebido: 01/03/2013

Aceito: 15/04/2013