UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

AVALIAÇÃO DE PRESCRIÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DE ESTUDOS BRASILEIROS SOB A ÓTICA DE INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

Carolina Coffi Pereira

Porto Alegre, julho de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

AVALIAÇÃO DE PRESCRIÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DE ESTUDOS BRASILEIROS SOB A ÓTICA DE INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

Carolina Coffi Pereira

Prof. Dr. Diogo Pilger

Orientador

Porto Alegre, julho de 2017

Para Guto, Lála e Camila, que compartilharam esta trajetória tão importante: é para vocês e por vocês!

Este artigo foi elaborado segundo as normas da *Revista Ciência e Saúde Coletiva* apresentadas em anexo.

Avaliação de prescrições de Atenção Básica: uma revisão de estudos brasileiros sob a ótica de indicadores de prescrição

Evaluation of Primary Health prescriptions: a review of Brazilian studies based on prescribing indicators

Carolina Coffi Pereira[1]
Diogo Pilger[2]

Resumo
Este artigo tem por finalidade revisar estudos brasileiros que avaliaram prescrições em centros de saúde públicos de Atenção Primária utilizando indicadores preconizados pela OMS, a fim de avaliar o uso racional de medicamentos no Brasil. Para tanto, foi realizada uma busca de artigos nas bases de dados Medline via PubMed, Embase e LILACS usando as palavras-chave prescrição, medicamento, terapia, tratamento e suas traduções até o final do ano de 2016. De 921 artigos, 119 foram inicialmente escolhidos e, após reavaliação, foram selecionados 14 artigos que avaliavam prescrições utilizando os indicadores de prescrição. Em relação aos resultados obtidos, de uma forma geral, as prescrições podem ser consideradas adequadas, levando em conta as variações de 1,5 a 2,4 medicamentos por prescrição; de 9,3% a 28,6% para antibióticos prescritos e de 1% a 10,9% para medicamentos na forma de injetáveis. Contudo, todos os valores encontrados para uso de genéricos foram abaixo de 100%, e foi constatada uma variação de 58,4% a 95,8% para medicamentos presentes na REMUME. Devido a estas variações significantes encontrada, foi visto a necessidade de estabelecer estratégias para melhorar a qualidade das prescrições, assim como instituir o uso de outros indicadores para caracterizar melhor a condição sanitária do país.
Palavras-chave: *Prescrição, Indicadores de prescrição, Atenção Primária*

Abstract

The aim of this article is to review Brazilian studies that evaluate prescription in public service of Primary Health Care using WHO indicators in order to analyze the rational drug use in Brazil. Literature research was done in Medline via PubMed, Embase and LILACS using the keywords prescription, drug, therapy, treatment and its translations until the end of 2016. From 921 articles, 119 were initially selected and, after a double check, 14 articles were selected due to their use of WHO prescribing indicators. Regarding the results obtained, the prescriptions can be considered generally adequate considering it was found the average of 1,5 to 2,4 drugs per prescription, a ranging from 9,3% to 28,6% of prescribed antibiotic and 1% a 10,9% of injectable drugs. However, all values for generic name were below 100% and there was a variation of 58,4% to 95,8% for essential drug list. Due to these significant variations found, it was noted the need in establishing strategies to improve the prescriptions quality, as well as instituting the use of other indicators to characterize the sanitary condition of the country in an enhanced way.
Keywords: Prescription, Prescribing Indicators, Primary Health Care

[1]Aluna de graduação da Faculdade de Farmácia da UFRGS, Porto Alegre, RS. E- mail: carolcoffi@gmail.com

[2] Farmacêutico pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Farmácia Assistencial pela Universidade De Granada - Espanha. Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: pilger@ufrgs.br

Introdução

Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal Brasileira de 1988, existe um movimento crescente de acesso universal aos serviços de saúde a fim de suprir as necessidades em saúde da população. Porém, é de notória sabedoria que o acesso aos medicamentos nem sempre ocorre de maneira adequada no Brasil e no mundo, visto que há a estimativa de que cerca de um terço da população mundial não tem acesso regular a medicamentos, sendo assim, dois bilhões de pessoas possuem seu direito fundamental de alguma forma negado[1].

Com vista a reduzir esta desigualdade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugeriu a implantação de políticas públicas aos países. No Brasil, após a publicação da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, como parte fundamental da Política Nacional de Saúde, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM) com a finalidade de promover o avanço da assistência farmacêutica no país[2,3]. De forma geral, a PNM tem como objetivo assegurar medidas que venham a suprir as necessidades da população de uma maneira efetiva, segura e acessível, possibilitando o acesso e o uso de medicamentos de qualidade e de maneira racional[4].

Dentre as diretrizes de implementação da PNM, está a promoção do uso racional de medicamentos (URM). Segundo a OMS, o URM abrange a prescrição apropriada às necessidades clínicas, o acesso aos medicamentos, a utilização da dose efetiva por tempo determinado, assim como o uso dos fármacos com menor custo possível para o indivíduo e para o sistema[2,5,6]. Conforme estimativa da OMS, por volta de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma errônea, assim como 50% dos indivíduos não usam corretamente seus medicamentos[1].

Os medicamentos, ao serem utilizados de forma correta, costumam ser a estratégia terapêutica de melhor custo-benefício no cuidado à saúde, sendo considerada ferramenta

fundamental para obter o uso racional[7,8]. Um fator importante que influencia o número de medicamentos selecionados, assim como a qualidade dos medicamentos escolhidos é a maneira como os mesmos são prescritos. Cabe ao prescritor seguir os requisitos legais estabelecidos pela Lei 5.991/73 – como identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica, quantidade, posologia, duração do tratamento, entre outros - e, dessa maneira, contribuir para que o paciente tenha um plano terapêutico adequado, utilizando o menor número de medicamentos, diminuindo a chance de ocorrer um efeito adverso e reduzindo gastos para o sistema, promovendo assim o URM[7,9–12].

É sabido que para ter uma PNM efetiva, é necessário que esta seja monitorada e avaliada ao longo do tempo, assim como o URM[1]. Examinar perfis de prescrição e dispensação é uma das maneiras de avaliar do uso[13]. Um dos meios mais efetivos e seguros para realizar estas avaliações é utilizar indicadores como ferramenta de gestão em saúde[4]. De maneira geral, indicadores são medidas capazes de fornecer informações relevantes sobre o sistema de saúde para tomada de decisões por gestores e profissionais da saúde. Estas informações refletem a condição sanitária de uma determinada população, servindo como base para vigilância de determinadas situações de saúde. Para que isso seja possível, os indicadores devem ser claros, úteis, mensuráveis, confiáveis e validáveis[1,14] e, dessa maneira, podem vir a contribuir para a organização da assistência farmacêutica, assim como para avaliação da qualidade de prescrições de medicamentos[15–17].

A fim de avaliar a atenção primária, a OMS elaborou alguns indicadores sobre o uso de medicamentos com a intenção de discutir importantes conjunturas do sistema de saúde com segurança[18]. Desse modo, categorizou três grupos de indicadores que visam descrever o uso de medicamentos: indicadores de prescrição, indicadores de assistência ao paciente e indicadores sobre o serviço de saúde [19].

Atualmente, existem diversas organizações que buscam testar e padronizar o uso de indicadores como instrumento de avaliação do uso racional de medicamentos além da OMS, como *International Network for Rational Use of Drugs* (INRUD), *Centre de Recherches et d'Etudes pour le Développement de la Santé* (CREDES) e *United States Agency for International Devel*opment (USAID), demonstrando ser uma das melhores maneiras de avaliação primária que existe[19,20]. Através de estudos de farmacoepidemiologia, cada vez mais é ratificada a utilidade de indicadores em estudos sobre os padrões de prescrições de medicamentos, comparando condutas prescritivas entre instituições e monitorando determinados procedimentos relacionados ao uso de medicamentos [21,22].

Por estas razões, a presente pesquisa tem por finalidade revisar estudos brasileiros que avaliaram prescrições de medicamentos realizados em centros de saúde públicos de Atenção Primária utilizando indicadores preconizados pela Organização Mundial da Saúde a fim de avaliar o uso racional de medicamentos em âmbito nacional.

Metodologia

Esta revisão bibliográfica foi realizada a partir da seleção de artigos sobre avaliações de prescrições de medicamentos, utilizando os indicadores preconizados pela OMS como ferramenta de avaliação, exclusivamente os indicadores de prescrição, publicados até o dia 31 de dezembro de 2016, sem restrições de idioma.

A busca de estudos foi feita em revistas indexadas nas bases de dados Medline via PubMed, Embase e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os seguintes termos para todas as bases de dados: prescription (prescrição OR receita) AND drug (medicine OR treatment OR tratamento OR therapeutic OR terapêutico) AND Brasil

(Brazil). Por questão de adequabilidade, esta estratégia foi aplicada para buscas nos campos título e resumo nas bases Medline e Embase e apenas no resumo para a base de dados LILACS.

Inicialmente, foram lidos todos os títulos e resumos dos artigos e aqueles que estavam relacionados com avaliação de prescrição eram selecionados e adicionados a uma lista única em planilha Excel (Microsoft Excel for Mac 14.0), sendo excluídos os duplicados ao final. Em seguida, os artigos previamente selecionados foram reavaliados a fim de responder o objetivo da pesquisa mais especificamente, sendo selecionados aqueles que utilizaram indicadores de prescrição preconizados pela OMS, estudaram população de forma geral e centros de saúde públicos que prestavam serviços de atenção primária. Por conseguinte, foi realizada a adição de artigos provenientes da revisão das referências bibliográficas daqueles previamente selecionados que estavam de acordo com o objetivo da pesquisa, mas não constavam entre os artigos escolhidos. Ao final, todos os artigos foram lidos e os valores de indicadores extraídos para uma tabela a título de comparação e discussão.

Foram excluídos os artigos que utilizaram apenas entrevista como método de extração de dados, os que avaliaram uma população específica – como apenas idosos ou crianças -, os que consideraram algum outro local que não fosse um centro de saúde público primário, assim como os que avaliaram apenas uma classe específica de medicamentos – como, por exemplo, os psicotrópicos.

Foram considerados indicadores de prescrição aqueles baseados no documento *"How to Investigate Drug Use in Health Facilities"*[19] publicado em 1993 pela OMS, os quais estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos indicadores de prescrição preconizados pela OMS a fim de avaliar o uso de medicamentos.

Indicadores de Prescrição
Número médio de medicamentos por prescrição:
Cálculo: divisão entre o número de medicamentos prescritos e o número total de prescrições;
Porcentagem de medicamentos prescritos por nome genérico:
Cálculo: divisão entre o número de medicamentos prescritos na DCB/DIC e o número total de medicamentos prescritos, multiplicando por 100;
Porcentagem de medicamentos antibióticos prescritos:
Cálculo: divisão entre o número de medicamentos antibióticos prescritos e o número total de medicamentos prescritos, multiplicando por 100;
Porcentagem de medicamentos prescritos na forma de injetáveis:
Cálculo: divisão entre o número de medicamentos prescritos na forma de injetáveis e o número total de medicamentos prescritos, multiplicando por 100;
Porcentagem de medicamentos prescritos que constam na lista dos medicamentos essenciais – REMUME e/ou RENAME:
Cálculo: divisão entre o número de medicamentos prescritos que constam na REMUME/RENAME e o número total de medicamentos prescritos, multiplicando por 100;

Fonte: elaborado pelos autores, baseado no documento *"How to Investigate Drug Use in Health Facilities"*[19]

Resultados

A partir da estratégia de seleção, foram encontrados 921 artigos no total, dos quais 346 estavam inseridos na base de dados Medline, 361 na Embase e 215 na LILACS, conforme descrito na Figura 1. Após excluir os artigos duplicados e realizar a triagem inicial, restaram 119 artigos que englobavam avaliação de prescrições no Brasil até 31 de dezembro de 2016. Para responder ao objetivo do estudo, foi realizada nova triagem, considerando apenas artigos que continham avaliações de prescrições de uma população geral em centros de saúde públicos contendo indicadores de prescrição da OMS, chegando ao número de sete artigos.

Além disso, para uma análise mais fidedigna do assunto, as referências bibliográficas dos sete artigos selecionados foram revisadas, e os artigos que poderiam ser incluídos no estudo, mas

que por não estarem publicados nas revistas indexadas às bases de dados escolhidas, foram incluídos nesta revisão, totalizando 14 artigos ao final.

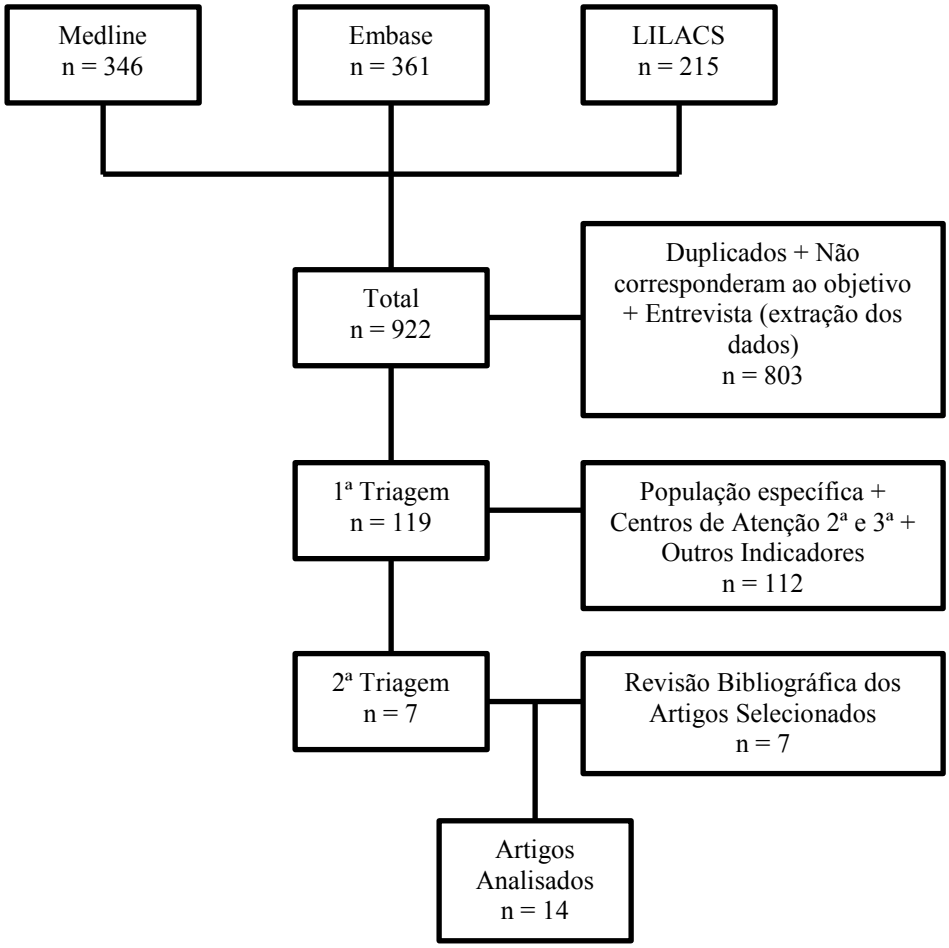

Figura 1. Fluxograma de inclusão dos artigos selecionados.

Todos os estudos analisados são descritivos de caráter transversal provenientes de diferentes regiões do país, como região Sul (n=7), Sudeste (n=2), Centro-Oeste (n=4) e Nordeste (n=2), com um estudo avaliando mais de uma região, conforme descrito na Tabela 1. O ano de coleta variou entre 1998 e 2011 e o número de prescrições analisadas entre os estudos variou de 100 a 16720. Em relação aos locais onde foram realizados os estudos, foram analisados tanto Unidades Básicas de Saúde (UBS) (n=5), Unidades ou Farmácias Distritais (UBDS) (n=3),

unidades que continham o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) (n=4), quanto Centros de Saúde de forma geral (n=5), com três estudos analisando mais de um tipo de estabelecimento em saúde.

Os valores encontrados para os cinco indicadores de prescrição utilizados nos estudos selecionados estão descritos no Quadro 2.

Tabela 1. Principais características dos artigos selecionados que utilizaram indicadores de prescrição da OMS.

AUTOR	CIDADE	ANO DE COLETA	POPULAÇÃO (anos)	ESTABELECIMENTO	AMOSTRA (prescrições)
Região Nordeste					
Farias *et al.*[10]	Campina Grande (PB)	2005	*	Unidade Básica de ESF	1404
Portela *et al.*[12]	Esperança (PB)	2007	≥ 18 a 99 ≤ Média: 49	Unidade Básica de ESF	474
Região Centro-Oeste					
Borges e Silva[23]	Anápolis (GO)	2010	≥ 1 a 60 ≤ Média: > de 60	Farmácia da UBS	100
Cunha *et al.* [24]	Campo Grande (MS)	1998 / 1999	*	Centro de Saúde	1480
Naves e Silver[28]	Brasília (DF)	2001	≥ 16 a 61 ≤	Centro de Saúde	450
Região Sudeste					
Santos e Nitrini[18]	Ribeirão Preto (SP)	1998	*	UBS e UBDS	6692
Melo *et al.*[17]	São Paulo (SP)	2011	> de 18	Farmácias da UBS/AMA/ESF	16720
Região Sul					
Colombo *et al.*[7]	Blumenau (SC)	2003	≥ 1 a 60 ≤	Unidade Básica de ESF	186
Ferreira *et al.*[25]	Sul (6 cidades - RS e SC); Centro-Oeste (2 cidades - MS)	2006 / 2007 / 2008	≥ 17 a 94 ≤ Média: 50,8	Centro de Saúde	1956
Girotto e Silva [9]	Ibiporã (PR)	2004	*	Centro de Saúde e UBS	3119
Kauffman *et al.*[26]	Vale do Taquari (28 cidades - RS)	2007	≥ 18 a 71 ≤ Média: < de 50	Farmácia Pública	2794
Laste, *et al.*[27]	Lajeado (RS)	2006 / 2007	≥ 18 a 65 ≤ Média: 49,2	Centro de Saúde	292
Menolli *et al.*[3]	Londrina (PR)	2003	*	UBS	390
Souza *et al.*[11]	Laguna (SC)	2009	≥ 4 a 78 ≤ Média: 45,8	Farmácia Central	100

* Não Especificada Fonte: elaborado pelos autores

Quadro 2. Dados extraídos dos estudos abordados descrevendo os cinco indicadores de prescrição aplicados em diferentes regiões do Brasil.

ARTIGOS	**Borges e Silva**[23]	**Colombo *et al.*** [7]	**Cunha *et al.***[24]	**Farias *et al.*** [10]	**Ferreira *et al.*** [25]	**Girotto e Silva**[9]	**Kauffman *et al.***[26]	**Laste *et al.*** [27]	**Melo *et al.***[17]	**Menolli *et al.***[3]	**Naves e Silver**[28]	**Portela *et al.*** [12]	**Santos e Nitrini** [18]	**Souza *et al.***[11]	**OPAS**[1]
Número médio de medicamentos por prescrição	**2,4**	1,8	2,3	**1,5**	2,2	2,0	**2,4**	**2,4**	2,2	2,2	2,3	**2,4**	2,2	**2,4**	2,3
Porcentagem de medicamentos antibióticos (%)	27	12,5	27,4	21,1	13,1	22,0	11,9	9,6	*	**28,6**	26,4	**9,3**	21,3	19,0	**
Porcentagem de medicamentos injetáveis (%)	**1**	8,1	10,2	1,1	2,5	7,0	4,0	1,3	*	**10,9**	7,5	2,9	8,3	3,0	6,9
Porcentagem de medicamentos na forma genérica (%)	82,1	*	84,3	84,2	86,1	70,2	81,8	86,1	**94,4**	66,5	73,2	74,6	**30,6**	86,8	84,2
Porcentagem de medicamentos presentes na Lista de Medicamentos Essenciais (%) REMUME -	*	82,4	91,7	91,9	77,4	**58,4**	76,5	71,4	**95,8**	73,3	85,3	85,3	83,4	91,5	*
RENAME -	81,7	57,7	*	*	73,4	*	*	85,7	*	*	*	*	*	80,9	78,3

* Não Avaliado ** Valor de 40,9% para agentes anti-infeciosos Fonte: elaborado pelos autores

Discussão

Com base apenas nos dados encontrados nesta revisão, por meio dos indicadores de prescrição, é possível inferir que o uso de medicamentos está consideravelmente de acordo com o esperado, visto que não há uma polimedicação evidente e nem um uso descontrolado de antibióticos e injetáveis, assim como demonstra uma certa preocupação em prescrever medicamentos na forma genérica e presentes nas listas essenciais. Entretanto, é possível visualizar uma variação considerável entre os dados em diversos estudos, corroborando a necessidade de uma estratégia nacional de reforço, principalmente em relação a prescrição indiscriminada de antibióticos e de medicamentos na forma comercial.

Este resultado vai de acordo com o encontrado pelo estudo feito em conjunto pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) juntamente a OMS realizado em 2005 intitulado "Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processos e resultados". Este estudo foi realizado em todo Brasil é divido em duas partes, onde a primeira contém um questionário sobre estruturas e processos da situação farmacêutica em âmbito nacional aplicado pela OMS respondido pelas autoridades sanitárias brasileiras, e a segunda a aplicação de indicadores em cinco regiões do país (um estado por região e dois municípios por estado) para coletar informações sobre o acesso e URM de qualidade em serviços de saúde e farmácias privadas, assim como inquérito domiciliar para recolhimento dos dados[1].

A análise do indicador de números de medicamentos por prescrição serve para verificar o padrão de uso destes de forma quantitativa, verificando se há ocorrência de polimedicação, pois esta pode ser um fator circunstancial para interações medicamentosas, assim como reações adversas[10,24]. Como visto por Coelho *et al.*, a polimedicação associada a interações medicamentosas e redundâncias terapêuticas podem induzir a falta de adesão ao plano terapêutico, não contribuindo para a melhora de condições crônicas[18].

Ao comparar os valores obtidos por esta revisão, foi observada uma variação de 1,5 a 2,4 medicamentos por prescrição, sendo o primeiro valor encontrado por Farias *et al.*[10], e o último por mais de um estudo (Borges e Silva[23], Kauffman *et al.*[26], Laste *et al.*[27], Portela *et al.*[12] e Souza *et al.*[11]), sugerindo não ser região-dependente. Estes valores são similares a média nacional encontrada pela OPAS que foi de 2,3 medicamentos por prescrição[1]. Além disso, é possível observar que a referida variação encontrada é baixa, já que a maioria dos artigos apresentou valores próximos a 2,4 medicamentos por prescrição, o que não pode ser considerado como indicativo de polimedicação.

Ademais, é importante salientar que os dois estudos que encontraram as menores médias, Farias *et al.*[10] e Colombo *et al.*[7], foram realizados em unidades que continham o programa Estratégia Saúde da Família, podendo ser um motivo para a racionalidade dos prescritores, visto que este programa é considerado como ferramenta de fortalecimento da Atenção Primária, assim como base fundamental para o modelo assistencial, conforme publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS)[29].

No Brasil, com a publicação da Resolução Nº 20 de 2011 estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o uso de antimicrobianos passa a ser melhor controlado através da retenção da segunda via da prescrição, bem como da restrição da validade de 10 dias para casos ordinários[30]. Esta medida foi necessária devido ao crescente números de micro-organismos resistentes a medicamentos disponíveis no mercado, consequência do uso abusivo desses agentes, criando cepas ou espécies resistentes através da eliminação de competidores mais suscetíveis[31,32]. Por esta razão, os antibióticos têm se tornado cada vez menos efetivos, ocasionando um problema de saúde global de urgência a medida que as opções de tratamento diminuem[33]. Uma estratégia para a utilização racional de antibióticos seria a adoção

efetiva de protocolos validados por avaliações epidemiológicas, assim como monitorização da terapia racional de antimicrobianos[12].

Em relação aos valores encontrados neste estudo sobre a quantidade de antibióticos prescritos, foi encontrada uma variação considerável entre 9,3% e 28,6%, destoando da média nacional encontrada de 40,9% para agentes anti-infecciosos[1]. Ambos resultados evidenciam a necessidade de intervenções para que se reavalie a utilização desta classe de medicamentos. É importante salientar que Ferreira *et al*. encontrou a porcentagem de 13,1%, dos quais apenas 1,2% das prescrições apresentavam mais de um antibiótico, o que pode demonstrar um cuidado em relação a prescrição de antibióticos por parte dos prescritores nas regiões Sul e Centro-Oeste analisadas ou uma adaptação do plano terapêutico de acordo com os medicamentos ofertados no SUS[25].

No que se refere ao valor encontrado por Portela *et al.*, qual seja 9,3%, os autores atribuem esta porcentagem aos efeitos climáticos que podem ter interferido no momento da coleta dos dados, considerando que a sazonalidade pode interferir consideravelmente no perfil epidemiológico de doenças infecciosas[12]. Além disso, os resultados elevados indicados nesta revisão podem ser consequência de uma avaliação de prescrições em estabelecimentos de Atenção Primária, uma vez que pessoas com manifestações infecciosas procuram inicialmente estes centros para serem atendidos, justificando o achado para tal classe de medicamentos[25,28].

Os resultados obtidos para o uso de medicamentos na forma de injetáveis se mostrou de acordo com o esperado para esse tipo de via de administração, já que esta forma costuma ser pouco prescrita em atendimentos de atenção primária[15,18,27]. As porcentagens variaram de 1% - descrito no estudo realizado em farmácias de UBS no município de Anápolis (GO)[23] - até 10,9% - visto na pesquisa feita por Menolli *et al*.[3] cujo estudo foi realizado em 13 UBS de Londrina

(PR). A média nacional vista pela OPAS está de acordo com os resultados encontrados nesta revisão, sendo o valor de 6,9% aceitável para esse tipo de via[1].

Conforme Santos e Nitrini descrevem, o mal uso de medicamentos na forma de injetáveis pode resultar em infecções por falta de assepsia, necroses teciduais ou reações anafiláticas[18]. Uma possível explicação para porcentagens baixas na forma de injetáveis é uma provável preferência dos prescritores por formas farmacêuticas menos invasivas por serem mais confortáveis e práticas, como verificado na pesquisa realizada na região de Laguna (SC), onde 88,1% dos medicamentos foram prescritos na forma de comprimidos[11]. Outro fator que pode explicar estes valores mais baixos é pelas listas de medicamentos disponibilizados pelo município conterem um menor número de medicamentos na forma de injetáveis.

Em relação ao uso de medicamentos genéricos, a Lei nº 9.787/99 prevê a obrigatoriedade ao prescrever medicamentos na rede pública pela Denominação Brasileira Comum (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI)[34]. Esta determinação beneficia todos, pois auxilia a identificação dos produtos, facilita na compra do medicamento e diminui a influência das grandes empresas farmacêuticas[1,10].

Todos os resultados extraídos dos indicadores para uso de genérico foram abaixo de 100%, não atingindo o recomendado pela legislação brasileira. Porém, o estudo realizado por Melo *et al*.[17], que avaliou diferentes modelos de atenção primária em São Paulo, verificou uma porcentagem de 94,4% de medicamentos prescritos na forma genérica considerando todos os estabelecimentos de saúde. As unidades que continham apenas ESF implementadas obtiveram a porcentagem de 98,4%, corroborando para o indício de que o programa ESF possa interferir de maneira positiva neste aspecto.

Os demais estudos analisados apresentaram variação de 66,5% a 86,8% se tratando de medicamentos prescritos na forma genérica, com exceção do estudo feito por Santos e Nitrini[18]

que obteve o valor de 30,6%. As autoras deste estudo, o qual foi realizado em Ribeirão Preto (SP), citam que possíveis explicações para este valor baixo foram a utilização de critérios diferentes de inclusão das amostras entre os pesquisadores, assim como diferentes comportamentos entre os prescritores devido ao perfil epidemiológico ser distinto para cada região. Ademais, as pesquisadoras citam também a forte pressão feita pela indústria farmacêutica para utilização de medicamentos por nome comerciais, assim como pela deficiência na formação do prescritor ou falta de acesso a lista da DCB[18]. É importante salientar que os dados encontrados por este estudo foram coletados em 1998, ano cuja situação sanitária e legislatória é diferente da atualmente, o que pode interferir significantemente no ato da prescrição, justificando o valor baixo encontrado por Santos e Nitrini.

Considerando os discrepantes índices de genéricos prescritos em âmbito nacional encontrados por este estudo, assim como o valor encontrado pela OPAS (84,2%, sob variação de 69,2 a 97,2%), há clara necessidade de estimular a promoção do uso de genéricos em escala nacional, reforçando aos prescritores sobre a importância desta prática.

Através de uma política de descentralização de aquisição e distribuição dos medicamentos, o Ministério da Saúde passou a designar a responsabilidade de coordenar e executar a assistência farmacêutica para as Secretarias de Saúde (SMS) de cada município[2]. Uma de suas incumbências está definir a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) utilizando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como base[1,2]. Conceitualmente, a RENAME é uma lista de medicamentos selecionada baseada nas prioridades nacionais de saúde da população, levando em consideração a segurança e a eficácia terapêutica. É a partir desta lista que os estados e municípios organizam suas relações de medicamentos essenciais, visando adequar ao perfil de cada região, considerando doenças prevalentes, recursos financeiros e fatores demográficos e ambientais[14,35]. Segundo a OMS, os medicamentos que

constam nessa relação deverão estar disponíveis na dosagem correta e na quantidade apropriada todo o tempo[35]. A utilização e a revisão da relação de medicamentos essenciais faz parte de uma das diretrizes da PNM[2].

Entretanto, foi possível perceber que os medicamentos prescritos variaram em relação a presença nas listas de medicamentos essenciais, pois as porcentagens foram de 58,4% a 95,8% (REMUME), reforçando a grande variação encontrada pela OPAS de 48,4% a 97,4%[1]. Farias *et al*. justificam o elevado porcentual de 91,9% ao uso de um formulário padrão pelos prescritores contendo os medicamentos padronizados para o município de Campina Grande, demonstrando ser uma alternativa viável para maior prescrição de medicamentos das listas essenciais[10].

A maior porcentagem encontrada neste estudo foi vista novamente por Melo *et al*., onde o valor de 98,9% foi encontrado no serviço que continha o programa ESF, em comparação com os valores de 95,6% e 95,7% vistos na UBS e Ambulatório respectivamente para a REMUME[17]. Os seus autores atribuem estas porcentagens ao fornecimento periódico da lista física aos prescritores e a intervenção direta para que ocorra adequação da prescrição, demonstrando ser medidas eficientes para utilização das listas essenciais.

Já Naves e Silver, autores do estudo realizado em Centros de Saúde de Brasília (DF), remetem o baixo porcentual de 85,3% devido à falta de hábito ao prescrever, à presença de uma lista mal elaborada pelo município e à falta de colaboração do médico[28]. Os estudos elaborados por Colombo *et al*. e Girotto e Silva atribuem os valores de 57,7% (RENAME) e 58,4% (REMUME), a falta de adequação dos medicamentos ao perfil epidemiológico da região, podendo ser uma explicação plausível para valores distantes do considerado adequado[7,9].

Outras considerações

Vários são os fatores que possam vir a interferir para o uso racional de medicamentos e, especificamente, a prescrição em si[18]. É sabido que tanto o prescritor, ao escolher a conduta

terapêutica mais eficaz, quanto o paciente, ao gerar expectativa através de hábitos culturais, podem interferir no ato da prescrição[8]. O prescritor está aberto a sofrer influências de maneiras variadas, desde a qualidade da formação obtida, condições socioeconômicas da população alvo, disponibilidade dos medicamentos na região e até a escolha do medicamento através de pressão pela indústria farmacêutica[12,18]. Além disso, em centros de saúde em que há uma comunicação efetiva entre a equipe profissional de saúde, é comum o farmacêutico orientar sobre a falta de medicamentos, podendo fazer com que o médico altere a prescrição para que ocorra a adequação do plano terapêutico[17].

Além disso, outros fatores que possam vir a alterar o processo de prescrição é o estabelecimento onde o prescritor trabalha e o ano em que os dados foram coletados, como foi possível observar em alguns dados obtidos de unidades que continham o programa ESF. Segundo Melo *et al*., os profissionais que trabalham em equipes de ESF estão habituados a interagir e aceitar sugestões de outros profissionais da saúde, o que se nota uma maior dificuldade entre prescritores de UBS visto que médico costuma ser o centro do processo em saúde, não possuindo uma equipe multidisciplinar para auxiliar[17].

Em relação ao ano em que os dados foram coletados, apesar de observar resultados relativamente similares, estudos publicados há algum tempo, como o feito por Santos e Nitrini[18] e Cunha *et al*.[24], cuja extração de dados foi realizada em 1998 por ambos, não presenciaram a mesma situação sanitária e regulamentar a qual um estudo feito nos tempos atuais presencia, como o feito por Melo *et al*.[17] publicado em 2016. A publicação da PNM em 1998 e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004 são exemplos de eventos que alteram o cenário da saúde nacional ao longo dos anos. Tanto o estabelecimento quanto o ano do artigo são aspectos importantes a serem considerados ao se discutir e comparar resultados, assim como a

idade da população – idosos tendem a usar maior número de medicamentos[36] - e a região do estudo – perfis epidemiológicos e climáticos diferentes[12].

Como já relatado, avaliar prescrições utilizando indicadores de prescrição é uma das maneiras de monitorizar o uso racional de medicamentos. Contudo, existem outros indicadores que podem e devem ser explorados a fim de caracterizar melhor o perfil sanitário da população. É importante ressaltar que a OMS estimula a revisão dos indicadores já existentes, assim como o surgimento de novos, pois aumentaria a chance de monitorar a implementação de uma política pública de forma verídica[4].

Esta ressalva vem de acordo com o encontrado nos artigos selecionados, uma vez que todos os estudos continham avaliações utilizando outros indicadores além de indicadores de prescrição. De uma maneira geral, dentre os principais tópicos relacionados com os indicadores estão: componentes legais da prescrição; medicamentos dispensados; grupos farmacológicos; dados sócio-demográficos; tempo médio de consulta e dispensação; possuir cópia da REMUME no estabelecimento e nível de conhecimento do paciente sobre seu plano terapêutico. Esta constatação corrobora com a teoria de que utilizar vários indicadores a fim de complementar a caracterização do perfil epidemiológico da região é uma estratégia apropriada, resultando uma avaliação fidedigna, evidenciando a real situação sanitária. Dessa maneira, para poder definir a real situação da saúde no Brasil, seria necessário um conjunto de indicadores para medir diferentes aspectos a fim de chegar a uma conclusão sobre o uso racional de medicamentos.

Indo de acordo com a necessidade de propor novos indicadores, o estudo feito por Fröhlich e Mengue[36], na cidade de Santa Cruz do Sul (RS) em 2006, levantou o questionamento sobre a validade dos indicadores de prescrição. Este, através da opinião dos usuários que participaram do estudo, propôs uma estratégia para avaliação destes indicadores, assim como sugere a criação de outros três novos. Como resultado, eles puderam constatar que ocorreram

falhas nas prescrições utilizando os indicadores normalmente usados e acharam resultados interessantes quanto aos novos propostos, reafirmando a necessidade de aperfeiçoar cada vez mais essa ferramenta para uma avaliação precisa, além de levantar o alerta para o uso apenas de indicadores de prescrição para avaliar o uso de medicamentos[36].

Deve ser levado em conta o fato de que esta revisão utiliza apenas base de dados internacionais, o que pode justificar a ausência de estudos publicados em revistas de menor abrangência. Além disso, é possível que estudos que não tenham descrito o uso de indicadores de prescrição nos resumos tenham sido descartados no momento de seleção. Outro fator que poderia auxiliar na discussão de temas, como prescrição de medicamentos na forma de genérico, é a origem da receita (pública ou privada). Porém, a maioria dos artigos selecionados não possuía tal informação.

De maneira geral, é bem estabelecido que o monitoramento e a avaliação de serviços de saúde evidenciam a necessidade de intervenções, assim como auxiliam no planejamento e proporcionam a adequação da realidade dos quadros em saúde em certas circunstâncias[8]. Deste modo, é necessário que se estimule a realização de mais estudos que investiguem farmacoepidemiologia para que se possa tomar decisões fundadas e fidedignas em relação a este assunto, promovendo o uso racional de medicamentos e melhorando a qualidade da saúde do país.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2005.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Série C. P. Secretaria de

Políticas de Saúde, editor. Brasília; 2001.

3. Menolli PV da S, Ivama AM, Cordoni Júnior L. Caracterización de los servicios farmacéuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil TT - Description of the pharmaceutical services offered by the universal health care system at the primary care level in Londrina,. Rev Panam Salud Publica. 2009;25(3):254–9.

4. Brudon P, Rainhorn J, Reich MR. Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual. 2ª. World Health Organization, editor. World Health Organization; 1999.

5. Mota DM, Silva MGC da, Sudo EC, Ortún V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. Cien Saude Colet. 2008;(13):589–601.

6. Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra; 2002.

7. Colombo D, Santa Helena ET de, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. Rev Bras Ciênc Farm. 2004;40(4):549–58.

8. Marin N, Luiza VL, Castro C, dos Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. 20 ed. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro; 2003.

9. Girotto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. Rev Bras Epidemiol. 2006;9(2):226–34.

10. Farias AD, Aparecida M, Medeiros AC, Belém L, Simões M. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande , PB. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(2):149–56.

11. Souza JM de, Vinholes ER, Trauthman SC, Galato D. Avaliação dos indicadores de

prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2012;33(1):107–13.

12. Portela ADS, Silva PCD Da, Simões MODS, Medeiros ACD De, Montenegro Neto AN. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. Epidemiol e Serviços Saúde. 2012;21(2):341–50.
13. World Health Organization. Using indicators to measure country pharmaceutical situations: Fact book on WHO Level I and Level II monitoring indicators. Geneva; 2006.
14. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; 2008.
15. Acurcio FA, Perini E, Magalhães SMS., Terceiro LGV, Filho JMV, Coutinho KEOM, et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Cad Saúde Pública, Rio Janeiro. 2004;20(1):72–9.
16. Mortari C, Henn RL, Maria V, Paniz V. Avaliação dos indicadores de prescrição e dispensação de medicamentos no município de Feliz / RS. Rev Bras Farm. (51):833–54.
17. Melo DO de, Silva SRA da, Castro LLC de. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. Epidemiol e Serviços Saúde. 2016;25(2):259–70.
18. Santos V dos, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev Saude Publica. 2004;38(6):819–26.
19. World Health Organization. How to investigate drug use in health facilities. Geneva: World Health Organization; 1993.
20. Pan American Health Organization. Rapid Pharmaceutical Management Assessment: An Indicator-Based Approach. =United States Agency for International Development

(USAID), editor. Washington; 1995.

21. Albuquerque VMT de, Tavares CA. Avaliação De Indicadores De Medicamentos : Importância Para a Qualidade Na Prescrição Médica . Rev Bras Farmácia Hosp e Serviços Saúde. 2011;2(3):31–35

22. Castro CGSO de. Estudos de Utilização de Medicamentos: noções básicas. 20 ed. FIOCRUZ, editor. Arquivos de Medicina. Rio de Janeiro; 2000.

23. Borges LDM, Silva EV Da. Análise dos indicadores de prescrição médica em uma unidade de saúde de Anápolis-GO. RevTempus Actas Saúde Colet. 2010;4(3):63–72.

24. Cunha MCN Da, Zorzatto JR, Castro LLC De. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS. Rev Bras Ciências Farm. 2002;38(2):215–27.

25. Ferreira MBC, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Dal Pizzol T da S, Torres IL da S, et al. Rational use of medicines: Prescribing indicators at different levels of health care. Brazilian J Pharm Sci. 2013;49(2):329–40.

26. Kauffmann C, Fernandes LC, Deitos A, Laste G. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul profile of service users and access to medication. Brazilian J Pharm Sci. 2009;45(4):777-785.

27. Laste G, Torres IL da S, Deitos A, Souza A de, Kauffmann C, Fernandes LC, et al. Análise de prescrições médicas dispensadas em farmácia no Sistema Único de Saúde. Rev HCPA. 2013;33(1):15–25.

28. Naves J de OS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília , Brazil. Rev Saúde Pública. 2005;39(2):223–30.

29. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: CONASS, editor. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. 1st ed. Brasília;

2007.

30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC n. 20, de 5 de maio de 2011. 2011;Seção 1(87):39–41.

31. Swartz MN. Use of Antimicrobial Agents and Drug Resistance. N Engl J Med. 1997;337(7):491–2.

32. Wannmacher L. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: Uma guerra perdida? Organ Pan-Americana da Saúde, Organ Mund da Saúde. 2004;1(4):1–5.

33. World Health Organization. Antimicrobial resistance: global report on surveillance. 2014.

34. Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Diário Oficial da União;

35. World Health Organization. The use of essential drugs: seventh report of the WHO expert committee. Vol. 867, World Health Organization technical report series. Geneva; 1997.

36. Fröhlich SE, Mengue SS. Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos? Cien Saude Colet. 2011;16(4):2289–96.