EDUARDO BERTOL

Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-PR

Ribeirão Preto
2014

EDUARDO BERTOL

Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-PR

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

Ribeirão Preto
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bertol, Eduardo

Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-PR. Ribeirão Preto, 2014.

70 p.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Dal Fabbro, Amaury Lelis.

1. Prescrições de medicamentos. 2. Prescrições. 3. Prescrição inadequada. 4. Médicos. 5. Condutas na prática dos médicos.

Nome: BERTOL, Eduardo.

Título: Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-PR.

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências. Área de
concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência e por todas as oportunidades.

À minha esposa, por todo o amor e carinho e pelo incentivo e encorajamento constantes para esta empreitada.

Ao Prof. Dr. Amaury, pela orientação e apoio.

À dra. Tânia, minha ex-chefe, e à dra. Thaís, minha ex-colega de trabalho, pelo enorme auxílio que me prestaram neste projeto.

Aos Professores Ruffino, Milton e Julieta pelos conselhos valiosos na banca de qualificação.

À Prof. Dr. Aldaísa que, mesmo não tendo podido me orientar no mestrado muito contribuiu para a minha entrada neste curso.

A todos os colegas que participaram ou contribuíram de alguma forma para esta pesquisa, mesmo que tenha sido doando uma pequena fração de seu tempo.

O remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade.

Michael Balint

RESUMO

BERTOL, E. **Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-PR.** 2014. 70 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Os medicamentos são um recurso terapêutico que vêm ganhando cada vez mais importância no tratamento dos pacientes, o que tem levado várias instituições nacionais e internacionais a implementarem esforços no sentido de estimularem boas práticas de prescrição. Entretanto, várias influências têm levado médicos ao redor do mundo a adotarem práticas irracionais de prescrição, levando a custos cada vez mais elevados e riscos para a saúde dos doentes. Este estudo teve por objetivos descrever as práticas de prescrição de uma amostra de médicos de Curitiba, Paraná, a partir de respostas dadas a um questionário auto-aplicado, bem como investigar se médicos atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF) prescrevem de forma diferente dos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em outros serviços e explorar o uso de um questionário auto aplicado para este fim. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de conveniência. Foram entrevistados 17 indivíduos nas unidades da ESF, 22 em UBS, 5 no Hospital Universitário Cajuru e 5 no Centro Clínico Nossa Saúde através de um questionário sobre dados demográficos e com 20 questões em uma escala Likert de 5 pontos que explorava ideias a respeito da prescrição de fármacos. O escore resultante destas questões foi comparado aos dados demográficos e foi constatado que médicos sem especialidade, médicos de família e comunidade, médicos da ESF, que atuam em apenas um local de trabalho, que se encontram nas faixas etárias entre 25 e 34 anos e entre 40 e 59 anos de idade e que se formaram entre os anos de 1985 a 1994 e entre 2005 e 2012 obtiveram escores maiores. Estes resultados permitem levantar a hipótese de que médicos na cidade de Curitiba com este perfil prescrevem de forma mais racional do que seus pares.

Palavras-chave: Prescrições de medicamentos. Prescrições. Prescrição inadequada. Médicos. Condutas na prática dos médicos.

ABSTRACT

BERTOL, E. **Study about the prescription practices of physicians from Curitiba.** 2014. 70 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Medicines are therapeutic options which are gaining more and more importance in the treatment of patients, leading several national and international institutions to efforts in order to stimulate good prescribing practices. However, many influences have led physicians around the world to adopt irrational prescribing practices, leading to increasingly high costs and risks to patients' health. This study aimed to describe the prescribing practices of a sample of doctors from Curitiba, Paraná, from responses to a self-administered questionnaire as well as to investigate if doctors working in the Family Health Strategy may prescribe differently of those working in Basic Health Units and in other services and to explore the use of a self-applied questionnaire for this purpose. This is a cross-sectional study with a convenience sample. 17 individuals were interviewed in Family Health Units, 22 in Basic Health Units, 5 in the Cajuru University Hospital and 5 in the *Nossa Saúde* Clinical Center through a questionnaire on demographic data and 20 questions in a 5-point Likert scale that explored ideas concerning drug prescription. The resulting score from these questions was compared to demographic data and it was found that doctors with no medical specialty, family and community physicians, those working in Family Health Units, those working in just one workplace, who are in the age groups between 25 and 34 years and between 40 and 59 years of age and who graduated between the years 1985 to 1994 and between 2005 and 2012 had higher scores. These results raise the hypothesis that physicians in the city of Curitiba with this profile prescribe more rationally than their peers.

Keywords: Drug prescriptions. Prescriptions. Innapropriate prescribing. Physicians. Physician's practice patterns.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação dos temas abordados, suas questões e ordem de aparecimento no questionário.....	31
Tabela 2 – Unidades de saúde participantes do estudo e número de médicos envolvidos por serviço.....	34
Tabela 3 – Distribuição dos participantes por faixa etária (anos).....	35
Tabela 4 – Número de entrevistados por ano de formatura, gênero masculino....	35
Tabela 5 – Número de entrevistados por ano de formatura, gênero feminino.....	35
Tabela 6 – Frequência de entrevistados que trabalhavam em outros locais, gênero masculino.....	35
Tabela 7 – Frequência de entrevistados que trabalhavam em outros locais, gênero feminino.....	36
Tabela 8 – Frequência de entrevistados que tinham especialização ou residência, gênero masculino.....	36
Tabela 9 – Frequência de entrevistados que tinham especialização ou residência, gênero feminino.....	36
Tabela 10 – Principal especialidade de atuação no momento da entrevista, gênero masculino.....	37
Tabela 11 – Principal especialidade de atuação no momento da entrevista, gênero feminino.....	37
Tabela 12 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por serviço participante.....	37
Tabela 13 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos pelo tipo de serviço.....	38
Tabela 14 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por faixa etária em anos.....	38
Tabela 15 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por ano de formatura.....	39
Tabela 16 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por outros locais de atuação.....	39
Tabela 17 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por especialidade.....	39

Tabela 18 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por gênero.....	40
Tabela 19 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por cidade de formatura.....	40
Tabela 20 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por área de atuação.....	40
Tabela 21 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por residência ou especialização prévias.....	40
Tabela 22 – Médias e desvios-padrão das questões, com a pontuação máxima e mínima encontrada para cada uma delas.....	41
Tabela 23 – Matriz de coeficientes de correlação de Pearson entre as questões.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo
APS	Atenção Primária à Saúde
CCNS	Centro Clínico Nossa Saúde
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GP	<i>General practioner</i>
HUC	Hospital Universitário Cajuru
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MFC	Médico de família e comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Histórico	13
1.2	Fatores capazes de influenciar a efetividade da prescrição médica	17
1.2.1	O efeito placebo/Nocebo	17
1.2.2	Adesão do paciente à prescrição	18
1.2.3	Relacionamento médico-paciente	19
1.2.4	Atualização de conhecimentos terapêuticos e aderência a diretrizes clínicas	19
1.2.5	Uso de medicações novas no mercado	21
1.2.6	Adesão a listas de medicamentos essenciais	21
1.2.7	Uso e acesso ao Programa Farmácia Popular do Brasil	22
1.2.8	Custo dos medicamentos	22
1.3	Justificativa	24
2	OBJETIVOS	26
3	MATERIAL E MÉTODOS	27
3.1	Amostra	29
3.2	Coleta de dados	30
3.3	Critérios de inclusão	32
3.4	Critérios de exclusão	32
4	RESULTADOS	34
5	DISCUSSÃO	44
5.1	Idade e ano de formatura	45
5.2	Especialidade	47
5.3	Local de atuação	51
5.4	Outros locais de atuação	52
6	CONCLUSÕES	55
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
	APÊNDICES	65

1. INTRODUÇÃO

Os medicamentos são um recurso terapêutico que vêm ganhando cada vez mais importância no tratamento dos pacientes, além de ser uma importante fonte de lucro para a indústria farmacêutica. Esta, por sua vez, costuma utilizar estratégias de *marketing* agressivas, através de representantes farmacêuticos e do financiamento de pesquisas ou participação em ações por parte de especialistas envolvidos no desenvolvimento de diretrizes clínicas. O uso dos fármacos pode ter dois desfechos principais: benefício ou risco. Este cenário se torna preocupante pelo fato de muitos médicos não serem críticos com relação às informações fornecidas pelos representantes comerciais e de não serem capazes de perceber que o contato com eles de fato influencia a sua prescrição, levando a um panorama de uso por vezes pouco racional destas importantes ferramentas de tratamento (MARIN, 2003; PROSSER; WALLEY, 2003; GARCIA *et al.*, 2003; GOSSELL-WILLIAMS, 2007; HELMAN, 2009a; GIARDINI, 2005; SANTIAGO; CARDOSO, 2008; MOYNIHAN, 2011; CHIMONAS; BRENNAN; ROTHMAN, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prescrição racional de medicamentos acontece quando os pacientes recebem medicamentos apropriados para as suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade. A prescrição irracional ocorre quando uma ou mais destas condições não é cumprida. Ainda segundo o mesmo órgão, mais de 50% de todos os fármacos são prescritos, dispensados ou comercializados de forma inapropriada, sendo que metade dos usuários os utiliza incorretamente. Medicações mal prescritas podem ser importante fonte de agravos à saúde, além de levarem ao desperdício de recursos financeiros, tanto públicos quanto por desembolso direto (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

O uso racional de medicamentos inclui a escolha terapêutica adequada; a indicação apropriada do tratamento; medicamento apropriado (considerando eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo); dose, administração e duração do tratamento apropriados; paciente apropriado (ou seja, se não há contraindicações ou possibilidade de efeitos adversos); dispensação correta; adesão ao tratamento pelo paciente; e seguimento dos efeitos desejados e dos possíveis efeitos adversos.

Algumas consequências do uso irracional de medicamentos são o aumento de efeitos adversos de medicações e o aumento da resistência a antibióticos, como no caso da tuberculose, com o consequente aumento do custo para os serviços de saúde. Os gastos públicos com medicamentos podem se elevar de 50 a 70% quando não há uma prescrição adequada. Soma-se a isto o fato de que não tem havido desenvolvimento de novos antibióticos nos últimos anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012; MARIN, 2003; BRASIL, 2011).

Entre outras recomendações para estimular o uso racional de medicamentos, a OMS sugere o treinamento em farmacoterapia baseada em problemas nas escolas de graduação em medicina e que a educação médica continuada em serviço seja um pré-requisito para manter a licença profissional. O Brasil também vem tentando implementar ações para o incentivo à prescrição racional de medicamentos, através da revisão periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), do fortalecimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde (APS) e da produção de conhecimento e elaboração de informações com base em evidências, entre outras (BRASIL, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

1.1 Histórico

No Brasil, a indústria farmacêutica é um fenômeno recente. Até a década de 1930 do século passado predominavam as farmácias comunitárias e boticas, com medicamentos produzidos e consumidos localmente. A partir de então surgem avanços neste setor na América do Norte e Europa, com o Brasil ainda consumindo a maior parte de suas medicações da indústria local. A Segunda Guerra Mundial favoreceu o cenário brasileiro durante este período. Porém, a partir da década de 1950 o país começa a receber empresas estrangeiras que passam a dominar o mercado interno (GIARDINI, 2005).

Com a industrialização crescente, os medicamentos passam cada vez mais a ser vistos como uma garantia de saúde com chancela científica. Eles passam a ser encarados como um produto de consumo que dá ao comprador a certeza da

manutenção de sua saúde, passando a ser uma constante em toda consulta médica. O médico passa a assumir a prescrição como um elemento central da sua conduta e o paciente passa a cobrar esta atitude dele, mesmo quando não há a necessidade imediata de intervenção medicamentosa. Cria-se uma “aura miraculosa” em torno dos fármacos que chega a ser mesmo irreal, com garantias de bom desempenho, sono tranquilo, calma, alívio imediato da dor, entre outras. Some-se a isto a crescente medicalização de condições antes consideradas como partes normais da vida – como o luto e o climatério –, a confecção de *guidelines* e de diretrizes em que cada vez mais pessoas saudáveis são classificadas em categorias que requerem tratamento medicamentoso – a redução dos limiares para o diagnóstico do diabetes gestacional e da hipertensão, por exemplo – bem como o papel da indústria farmacêutica junto aos médicos (GIARDINI, 2005; SANTIAGO; CARDOSO, 2008; BORTOLON; KARNIKOWSKI; ASSIS, 2007; HELMAN, 2009a; MOYNIHAN, 2011).

Em 1975, a OMS criou os conceitos de medicamentos essenciais – definidos como aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem ser selecionados por critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e custo favorável – e política nacional de medicamentos. Em 1977, criou uma lista modelo de medicamentos essenciais; esta lista, revisada a cada dois anos e inicialmente baseada em opiniões de especialistas e no custo absoluto das medicações, evoluiu para um modelo baseado em evidências científicas e em custo-efetividade. Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, a provisão de medicamentos essenciais é reconhecida como um dos oito elementos da APS (QUICK *et al.*, 2002; PORTELA *et al.*, 2010; OMS, 2011; PIZZOL *et al.*, 2010).

No Brasil, a política de assistência farmacêutica é uma conquista recente em termos históricos. Antes da década de 1980, as iniciativas para que medicamentos essenciais estivessem ao alcance da população eram escassas e frequentemente cediam aos interesses dos grandes grupos industriais. Entretanto, em 1964, através do Decreto nº 53.612, é aprovada uma relação de medicamentos essenciais, antes mesmo da iniciativa da OMS (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008; VIEIRA, 2010; PIZZOL *et al.*, 2010).

Já em 25 de junho de 1971, através do Decreto nº 68.806, é criada a Central de Medicamentos (CEME), com gestão centralizada no nível federal e com um contingente significativo da população sem acesso a medicamentos, especialmente os de alto custo ou de uso prolongado, ainda que as normas da CEME previssem a

compra de medicamentos não constantes na relação oficial de medicamentos essenciais, desde que não houvesse substituto e a condição do paciente o exigisse. Ainda em 1972, a CEME distribui o primeiro memento terapêutico e em 1975 é publicada a primeira edição da RENAME (PORTELA *et al.*, 2010; KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; BRASIL, 2011).

Os medicamentos da RENAME eram gerenciados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que a partir de 1982 começou também a gerenciar e financiar medicamentos considerados excepcionais, de alto custo, para pacientes transplantados, renais crônicos e portadores de nanismo hipofisário (BRASIL, 2011).

Em 1987 foi instituída uma Farmácia Básica, com módulos de 48 medicamentos que visavam atender às necessidades de uma população de 3000 habitantes. Entretanto, a centralização no governo federal não levava em consideração a diversidade regional do país. Este e outros problemas levaram à extinção do programa. Já em 1988 é promulgada a nova Constituição Federal, passando a haver a preocupação em estabelecer uma divisão de competências entre União, estados e municípios. A saúde passa a ser considerada “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2011; PORTELA *et al.*, 2010).

A Lei 8.080/90 regulamentou a área da saúde e deu início à estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo também a formulação de uma política de medicamentos. Em 1990, a assistência farmacêutica passa a ser descentralizada aos estados e em 1991 o INAMPS foi extinto, passando os medicamentos excepcionais a serem atribuição do Ministério da Saúde (MS). A CEME foi extinta em 1997 e suas funções passaram a ser assumidas por diversos órgãos do MS. No mesmo ano foi criado o Programa Farmácia Básica, com o MS adquirindo os medicamentos que eram repassados a polos de distribuição (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011; PORTELA *et al.*, 2010).

Em 1998 é publicada a Portaria GM/MS nº 3916, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos, cujas principais finalidades eram garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; promover seu uso racional; e garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais. A partir desta política, a assistência farmacêutica começa a ser descentralizada do governo federal. Em 1999 é introduzida a política de medicamentos genéricos e é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que passa a ser responsável pela fiscalização do

controle de qualidade na fabricação dos medicamentos (BRASIL, 2011; BOING; BERTOLDI; PERES, 2011; PORTELA *et al.*, 2010).

Em agosto de 1999, a Portaria SAS/MS nº 409 implantou a sistemática de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC). A portaria GM/MS nº 176 de 8 de março de 1999 estabeleceu um incentivo financeiro para a assistência farmacêutica, além dos critérios para estados e municípios se qualificarem para recebe-lo, sendo o primeiro passo importante na descentralização. Em 2001 e 2002, o MS publicou diretrizes referentes a 30 doenças com tratamento fornecido pelo programa de medicamentos excepcionais (BRASIL, 2011; SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011).

Em 2003 as propostas da I Conferência Nacional de Medicamentos levaram à aprovação e publicação, por parte do Conselho Nacional de Saúde, da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, visando tornar mais ampla a assistência farmacêutica, de forma que ela não se restringisse ao mero fornecimento de medicamentos. Ainda em 2003, através do Decreto nº 4.726, é criada a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos e, junto a ela, o Departamento de Assistência Farmacêutica. Desta forma, a assistência farmacêutica passa a ter estrutura própria no MS (BRASIL, 2011; PORTELA *et al.*, 2010).

Ainda em 2004, o Governo Federal lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), através da Lei nº 10.858, destinado a facilitar o acesso aos medicamentos para a parcela da população que não utiliza o SUS, com um fornecimento baseado no pagamento conjunto pelos usuários e estado. Mais tarde, em 2006, o PFPB foi expandido para a rede privada (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011; PORTELA *et al.*, 2010; SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011).

Em 22 de fevereiro de 2006, a Portaria GM/MS nº 399 instituiu os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que definem o financiamento da Assistência Farmacêutica como responsabilidade das três esferas de governo. A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou a forma de transferência dos recursos financeiros e definiu as competências de cada esfera de governo. A portaria GM 698/2006 institui o bloco de financiamento para a assistência farmacêutica, constituído de quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional; e Componente de

Organização da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2011; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011; PARANÁ, 2008).

Finalmente, em 26 de novembro de 2009, a Portaria GM/MS nº 2981 muda a denominação de Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) (BRASIL, 2011).

No município de Curitiba, o Decreto Legislativo nº 5, promulgado em 15 de maio de 1991 pela Câmara Municipal, estabeleceu convênio com a extinta CEME para o desenvolvimento do Programa de Assistência Farmacêutica. A partir de 1993 as Unidades de Saúde (US) de Curitiba passaram a contar com farmácias que dispunham de um rol de medicações para problemas básicos e prevalentes na população (CURITIBA, 2011; CURITIBA, 1991).

1.2 Fatores capazes de influenciar a efetividade da prescrição médica

Além da já referida influência da indústria farmacêutica sobre os médicos, outros fatores podem influenciar a prescrição e a adesão ao tratamento pelo paciente, afetando desta forma o resultado terapêutico. É importante citar a seguir alguns destes fatores.

1.2.1 O efeito placebo/nocebo

Os médicos costumam prescrever uma medicação baseados na sua experiência prévia de sucesso ou fracasso com o agente terapêutico, inicialmente copiando as prescrições de seus professores e selecionando ao longo de sua experiência profissional um rol de medicamentos mais comuns a que eles recorrem. Eles fazem isso na maior parte das vezes de forma inconsciente e heurística (TICHELAAR *et al.*, 2010).

Porém, o efeito terapêutico de um agente farmacológico não é devido única e exclusivamente às suas características químicas, biológicas e farmacodinâmicas. As

interações entre médico e paciente no consultório, as características físicas do medicamento – como sua cor, textura, sabor, cheiro – o fato de ele ser reconhecido ou não por outros como uma fonte eficaz de alívio, o prestígio associado ao nome comercial e as expectativas das pessoas que estão tomando o medicamento influenciam as respostas à droga, quer seja apresentando um efeito terapêutico – o efeito placebo – quer seja provocando efeitos adversos – o efeito nocebo (HELMAN, 2009a).

Há evidências de que o efeito placebo é comum na prática. Em um estudo qualitativo com 12 médicos de atenção primária na Suíça, Fent *et al.* (2011) constataram que quase todos os profissionais não estavam cientes do potencial de certas drogas agirem como placebos, como antibióticos prescritos em infecções virais ou vitaminas prescritas para câncer, por exemplo.

É possível, portanto, que parte das experiências pessoais que médicos e pacientes citam para usar ou não uma medicação sofram influência destes fenômenos (HELMAN, 2009a).

1.2.2 Adesão do paciente à prescrição

O ato de prescrever uma medicação não garante automaticamente que o paciente irá seguir aquilo que o médico determinou. Muitas vezes, as razões para o insucesso do tratamento estão na própria receita médica. Avaliar cuidadosamente o problema apresentado, especificar os objetivos terapêuticos, selecionar corretamente a droga, considerar opções não farmacológicas de tratamento e considerar o custo dos medicamentos prescritos são estratégias que os médicos devem levar em consideração na hora de prescrever, evitando a interrupção da terapia. É comum, por exemplo, que o paciente reduza deliberadamente a dose prescrita como uma forma de aliviar o custo de um fármaco muito caro (POLLOCK; BAZALDUA; DOBBIE, 2007).

Outro aspecto que pode prejudicar a adesão ao tratamento é a incapacidade de compreender a prescrição. Em um estudo transversal realizado em Brasília, Naves e Silver (2005) constataram que apenas 18,7% dos pacientes abordados em 15

centros de saúde foram capazes de compreender a receita e 56,3% conseguiram lê-la.

1.2.3 Relacionamento médico-paciente

A literatura comprova que um relacionamento efetivo entre terapeuta e paciente é essencial para a aderência ao tratamento. Um relacionamento efetivo engloba, entre outras coisas, explorar meios terapêuticos alternativos, negociar o regime de tratamento, discutir a aderência e planejar o seguimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

A não adesão do paciente ao tratamento pode ser reflexo da falta de informação sobre os objetivos terapêuticos. As pessoas podem abandonar o tratamento de uma condição assintomática, como a hipertensão arterial, por exemplo, por não se considerarem doentes. A experiência pessoal dos pacientes ou de seus conhecidos acerca dos efeitos colaterais da droga prescrita também pode determinar que a receita não seja cumprida, o que torna crucial a explicitação dos objetivos e razões do tratamento por parte do médico. Outras razões comuns para que um paciente não use uma medicação prescrita são o desaparecimento dos sintomas, a ocorrência de efeitos colaterais, a droga não ser percebida como efetiva ou o esquema de administração ser demasiado complicado para os pacientes. Isto torna importante a construção de um bom relacionamento médico-paciente e que se dedique algum tempo esclarecendo os objetivos da terapêutica, instruções sobre o uso do fármaco e possíveis efeitos colaterais que possam ocorrer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994; HELMAN, 2009b; SANTIAGO; CARDOSO, 2008).

Desta forma, monitorar o tratamento é essencial no sentido de avaliar se a medicação está cumprindo seu papel, se o esquema terapêutico deverá ser ajustado ou se, eventualmente, deverá ser interrompido por eventuais danos que possam ocorrer ao paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994).

1.2.4 Atualização de conhecimentos terapêuticos e aderência a diretrizes clínicas

A atualização de conhecimentos é essencial na terapêutica, não apenas para se conhecer novos tratamentos, mas também para se tornar ciente de efeitos colaterais antes não percebidos e de novos usos para drogas antigas. Embora as informações fornecidas pela indústria farmacêutica sejam de interpretação mais fácil e mais atrativas, normalmente são incompletas, pois tendem a destacar apenas os aspectos positivos do tratamento. Além disso, a literatura aponta que quanto mais os médicos confiam na informação proveniente de representantes comerciais, menos adequadas são suas prescrições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994).

A prescrição médica varia enormemente de um profissional a outro, a depender de fatores como educação médica prévia, influência da indústria farmacêutica, educação continuada, relação com o paciente, entre outros. Os protocolos e diretrizes seriam uma forma de tentar uniformizar a prática prescritiva dentro das melhores evidências disponíveis, de forma a evitar tratamentos pouco eficazes ou de efetividade duvidosa. A não adequação das prescrições às evidências científicas e protocolos clínicos, oferecendo aos pacientes medicamentos de alto custo ou não licenciados para o tratamento de determinadas doenças, pode culminar com a “judicialização” do acesso aos medicamentos – que pode ser definida como a interferência do Judiciário na garantia de direitos individuais em questões que são da competência do Executivo e Legislativo – tendo como resultado final a oneração da gestão pública (CHIEFFI; BARATA, 2009; BRASIL, 2011).

Estudos mostram que na APS de países em desenvolvimento ainda há pouca aderência a *guidelines*, bem como uso insuficiente de medicamentos genéricos e medicamentos essenciais, embora este último aspecto tenha demonstrado discreta melhora. No geral, houve aumento no consumo de medicamentos. Há uma tendência nestes países de que se utilize menos antibióticos para diarreia e infecções do trato respiratório superior nos serviços públicos em comparação aos privados, o que também se repete com o uso adequado de antibióticos na pneumonia, embora, de um modo geral, o uso de antibióticos tenha aumentado nestas regiões (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Em um estudo transversal realizado por envio postal de questionários com casos clínicos na região de Toledo, Espanha, com médicos da APS, García *et al.* (2010) constataram que houve grande variabilidade entre os respondentes com relação às

respostas, sendo que quase a metade indicou opções terapêuticas não suportadas pelas evidências atuais.

1.2.5 Uso de medicações novas no mercado

Com muita frequência, medicações novas não representam inovações do ponto de vista terapêutico. Frequentemente, medicamentos com patente prestes a expirar são lançados novamente no mercado pelas indústrias, na forma de associações ou com pequenas alterações nas moléculas, com custo elevado, porém com ganhos terapêuticos duvidosos. De 1099 novas drogas com uso aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) americana entre 1990 e 2002, apenas 167 (16%) representavam um ganho terapêutico significativo. O mais grave é que podem decorrer anos, até décadas, para que se conheçam os efeitos adversos de um medicamento e os ensaios clínicos que antecedem a liberação de um novo fármaco costumam excluir idosos, gestantes e crianças, não obstante estes grupos sejam expostos a estes novos agentes terapêuticos após ser liberada a sua comercialização, além de não preverem a ocorrência de reações adversas raras nem os efeitos da administração a longo prazo (MESTRINER, 2003; MARIN, 2003; SIMON *et al.*, 2005; BRASIL, 2011).

A substituição de tratamentos bem validados por terapias novas pode ser prejudicial aos pacientes, principalmente por efeitos colaterais ainda desconhecidos e pelo preço elevado, embora a demora em adotar novas intervenções possa ser igualmente deletéria. Em um estudo retrospectivo, Garjón *et al.* (2012) constataram que, de maneira geral, especialistas tendem a adotar drogas novas mais precocemente do que médicos de família, o que sugere que os primeiros tendem a exercer influência sobre a prescrição dos últimos. Além disso, médicos de família apresentaram um crescimento exponencial na adoção de medicamentos novos, o que sugere uma baixa percepção de risco.

1.2.6 Adesão a listas de medicamentos essenciais

A OMS estimou que 70% do mercado mundial de medicamentos era constituído de substâncias não essenciais, desnecessárias e até perigosas, o que torna importante o uso de listas de medicamentos essenciais baseadas em evidências. De um modo geral, o número de fármacos numa lista nacional de medicamentos essenciais será muito menor do que o número de fármacos licenciados para venda neste dado país. Em estudo conduzido por Silvério e Leite no município mineiro de Muriaé, constatou-se que apenas 33% das drogas prescritas o foram pela denominação genérica e somente 46,5% estavam presentes na RENAME (SILVÉRIO; LEITE, 2010; MESTRINER, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

É frequente que médicos não prescrevam medicamentos presentes em listas de medicamentos essenciais. Em um estudo multicêntrico conduzido em 8 municípios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, Dal Pizzol *et al.* (2010) encontraram que 76,4% dos medicamentos prescritos constavam nas Relações Municipais de Medicamentos (REMUME), 76,8% na RENAME e 63% na lista da OMS, com grande variação entre os locais.

1.2.7 Uso e acesso ao Programa Farmácia Popular do Brasil

Apesar de direcionado para a população que não utiliza o SUS, o PFPB frequentemente é utilizado por usuários da rede pública. Em algumas regiões, pode acontecer mesmo de a maioria dos atendimentos do PFPB serem para esta parcela da população. Estes dados sugerem que em algumas regiões a ineficácia da provisão de fármacos pelos serviços municipais pode ser compensada por este programa, o que o torna essencial em diversas situações (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011).

1.2.8 Custo dos medicamentos

O alto custo dos medicamentos é frequentemente relatado como uma das causas de não aderência. Dados da OMS e de instituições brasileiras estimam que as famílias mais pobres utilizam 2/3 de seus gastos em saúde para a compra de remédios. Segundo levantamento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), mais de 50% dos brasileiros interrompem o tratamento por não terem recursos para comprar as medicações (BRASIL, 2005; PORTELA *et al.*, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

A proporção dos gastos com saúde que tem sido usada com medicamentos tem aumentado em vários países. Segundo relatório da OMS, o crescimento no consumo de fármacos foi maior entre os países de baixa renda, embora o volume absoluto tenha sido maior nos de alta renda. Esta situação nos países pobres se deve principalmente ao crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, com o desembolso direto pelos pacientes sendo a principal forma de financiamento, porém ainda há um custo grande nestes países representado pelas doenças infectocontagiosas. De um modo geral, nos países em desenvolvimento o gasto com medicamentos responde por uma proporção maior dos gastos totais com saúde – 30,4% em média, contra 19,7% nos países mais ricos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Em valores absolutos, 16% da população vivendo nos países mais ricos são responsáveis por 78% dos gastos mundiais com medicamentos. Os gastos *per capita* variam de US\$ 7,61 nos países em desenvolvimento a US\$ 431,6 nos desenvolvidos. Porém, com relação à parcela do Produto Interno Bruto (PIB) gasta com fármacos, ela costuma ser tanto maior nos países mais pobres quanto menor é a renda nacional. Com relação ao financiamento, nos países mais ricos a maior parte dos gastos é feita pelo setor público, enquanto nos países mais pobres o setor privado responde pela maior parte dos gastos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Nos Estados Unidos, o gasto com medicamentos aumentou 115% no período entre 1997 e 2002, sendo que este gasto aumentou de 7 para 10% do gasto total com saúde durante o período. O Brasil por sua vez se destacou em um estudo de 59 países como o segundo com maior proporção de famílias com gastos catastróficos em saúde – definido como quando ultrapassa 40% da renda familiar. A pesquisa de orçamentos familiares de 2003 demonstrou que até 75% dos gastos com saúde das famílias podem ser decorrentes da compra de medicações. Ainda no cenário

nacional, segundo dados da Política Nacional de Medicamentos, 15% da população com renda superior a 10 salários mínimos consomem cerca de 48% do mercado de fármacos, ao passo que os 51% da população com renda abaixo de 4 salários mínimos consome 16% deste mercado. Por fim, segundo estudo transversal realizado por Boing *et al.* (2011) em Florianópolis, o comprometimento da renda foi 3 vezes superior entre os mais pobres comparados com os mais ricos, embora o valor absoluto gasto tenha sido maior entre estes últimos (PORTELA *et al.*, 2010; SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011; BOING; BERTOLDI; PERES, 2011; SIMON *et al.*, 2005).

Entre os idosos a situação se torna mais grave, estimando-se que um quarto deles subutilizem drogas em virtude dos altos custos. Em estudo conduzido por Aziz *et al.* (2011) em Florianópolis, as maiores razões para que idosos não obtivessem seus medicamentos eram a falta de dinheiro para compra-los e a não disponibilidade dos mesmos no SUS. Mais do que isso, o mesmo estudo encontrou uma proporção inversa entre as necessidades de saúde dos idosos – grau de dependência, número de comorbidades e realização de consulta médica nos últimos 3 meses – e o acesso ao tratamento, sugerindo que nesta população aqueles com maior necessidade de fármacos tendem a ter uma maior probabilidade de não conseguir todos eles. Em outro estudo conduzido com idosos em Florianópolis foi constatado que a prescrição de agentes terapêuticos constantes na REMUME era maior entre profissionais do SUS (78,7%) do que nos atuantes em serviços privados (47,2%) (AZIZ; CALVO; D'ORSI, 2012).

A diferença de gastos com medicamentos em alguns países pode ser explicada pelas práticas de prescrição entre os médicos, de forma que abordar diretamente esta questão pode impactar mais do que intervir diretamente nos preços dos medicamentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

1.3 Justificativa

Apesar da disponibilidade de medicações na APS de Curitiba para uma ampla variedade de condições, de todo o contexto nacional e internacional de estímulo à prescrição racional de medicamentos, das evidências sugerindo a necessidade de

mudanças nas práticas de prescrição e do fomento à assistência farmacêutica em nosso país, observa-se que usuários destes serviços públicos usam com frequência agentes terapêuticos que não estão presentes nas farmácias das US. Também é comum que pacientes atendidos em convênios reclamem dos preços dos fármacos receitados, chegando mesmo a interromper o tratamento por não poderem arcar com os custos.

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem crescendo como o eixo principal de reestruturação da APS no Brasil, inclusive com o objetivo de melhorar o acesso dos pacientes aos recursos terapêuticos. Alguns estudos têm se proposto a avaliar a influência da ESF na prescrição e consumo de medicamentos, com resultados variados, porém na maioria das vezes levantando informações referentes aos medicamentos mais consumidos/prescritos, às características demográficas da população estudada e ao acesso às medicações. Não foram encontrados estudos nacionais que questionassem as ideias e hábitos dos prescritores com relação aos medicamentos indicados aos usuários dos serviços. Tampouco estes estudos procuraram comparar a ESF com outros contextos, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou serviços hospitalares (COLOMBO *et al.*, 2004; FARIAS, *et al.*, 2007; MARIN *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2009; TAVARES; BERTOLDI; MUCCILLO-BAISCH, 2008; VOSGERAU *et al.*, 2011; VOSGERAU; SOUZA; SOARES, 2011).

A partir destes dados questionou-se se os médicos de Curitiba que atuam na ESF, nas UBS e em outros serviços estão cientes da relevância da assistência farmacêutica no município, de ser um dos objetivos do SUS a formulação de uma política de medicamentos e se eles colocam estes serviços à disposição de seus pacientes através da prescrição médica, independente da especialidade e do local de atendimento (CURITIBA, 2011; BRASIL, 1990).

2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Descrever as práticas de prescrição de uma amostra de médicos de Curitiba, Paraná, a partir de respostas dadas a um questionário auto-aplicado.

Objetivos específicos:

Investigar se médicos atuando na ESF prescrevem de forma diferente dos que atuam em UBS e em outros serviços.

Explorar o uso de um questionário auto aplicado para este fim.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que utilizou um questionário auto-aplicável entregue por contato direto a uma amostra de médicos atuando na ESF, em UBS, no Hospital Universitário Cajuru (HUC) e no Centro Clínico Nossa Saúde (CCNS), no município de Curitiba.

As atividades de saúde pública em Curitiba iniciaram em 1963 com a criação do Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde, com a inauguração da primeira Unidade Sanitária no ano seguinte. Nesta época são feitas as primeiras contratações na área da saúde e ao final desta década inicia-se a atenção odontológica em 5 escolas da rede municipal, a Unidade Sanitária do Pilarzinho é inaugurada e é criado o Departamento de Bem Estar Social, com uma Diretoria de Medicina e Engenharia Sanitária (CURITIBA, 2014).

Na década seguinte, com a urbanização crescente, o município já contava com 10 unidades sanitárias e 13 consultórios odontológicos. Em 1979 é criado o Departamento de Desenvolvimento Social, que contava com uma Diretoria de Saúde. Esta, por sua vez, passou a adotar um modelo de atendimento centrado na APS, seguindo as recomendações da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, no Cazaquistão, em 1978 (CURITIBA, 2014).

No ano seguinte, passam a ser implantadas unidades com uma área de abrangência geograficamente delimitada, sendo que os auxiliares destas equipes eram selecionados entre os moradores destas comunidades. Em 1985, com a aderência às Ações Integradas de Saúde e o repasse de recursos federais, a rede é expandida para mais 14 Centros de Saúde e 3 Clínicas Odontológicas e a contratação de todos os profissionais é feita através de concurso público. Em 1986 é criada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que já contava à época com 42 Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas. Em 1989 iniciam-se as ações epidemiológicas e a estrutura aumenta para 53 Centros de Saúde e 34 Clínicas Odontológicas (CURITIBA, 2014). Em 1990 é estruturada a Vigilância Sanitária Municipal e é implantado o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) para atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma. Em 1991 é realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde e constituído o Conselho Municipal de Saúde. No ano seguinte a SMS passa

a descentralizar as ações sanitárias, implantando 7 Núcleos Regionais de Saúde e são criados os Departamentos de Saúde Ambiental, Planejamento em Saúde, Assistência à Saúde e Epidemiologia em Saúde. No mesmo ano são realizadas oficinas de territorialização sob a coordenação da Organização Panamericana da Saúde e é inaugurado o Laboratório Municipal de Análises Clínicas. Em 1993 a SMS já contava com 85 US, sendo que cinco delas tinham funcionamento 24 horas por dia, e iniciam-se as atividades da Farmácia Curitibana, que passa a elencar os medicamentos prioritários. Em 1995 a SMS habilita-se à gestão semiplena do SUS e implanta a Central de Marcação de Consultas Especializadas, a Central Metropolitana de Leitos e a Central de Atendimento ao Usuário, além de aderir ao Programa da Saúde da Família e construir o Centro Médico Comunitário Bairro Novo, o primeiro hospital público municipal. Em 1997 a SMS passa por uma reestruturação, sendo criados os Centros de Assistência à Saúde, Informação em Saúde, Saúde Ambiental, Epidemiologia e de Controle, Avaliação e Auditoria e os Distritos Sanitários em substituição aos Núcleos Regionais de Saúde. No mesmo ano é criado o Plano de Avaliação Sanitária de Estabelecimentos de Saúde, com o objetivo de fiscalizar os serviços sanitários. Em 1998, Curitiba habilita-se à Gestão Plena do sistema e cria o Distrito Sanitário Bairro Novo, contando à época com 98 US. No ano seguinte é implantado o Programa Mãe Curitibana, com o objetivo de organizar uma rede integrada de atenção materno-infantil, é lançado o Programa Saúde Mental Comunitária, inicia-se a informatização da rede municipal com a implantação do prontuário eletrônico, inaugura-se a Unidade de Atenção ao Idoso Ouvidor Pardinho, é implantado o Programa de Tabagismo e iniciam-se ações para a implantação do Acolhimento Solidário através das reflexões por parte dos funcionários da saúde sobre as práticas cotidianas (CURITIBA, 2014).

Em 2000 havia 104 US, sendo 90 com clínicas odontológicas, 37 da ESF e 11 com especialidades. Em 2003 foi instituído o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS e em 2004 é implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para emergências clínicas. No ano seguinte é criado o Distrito Sanitário CIC. Em 2007 o sistema de atendimento de urgência foi reformulado, abrangendo unidades móveis do SAMU E SIATE, Central de Regulação e as US 24 horas passam a ser unidades pré-hospitalares denominadas como Centros Municipais de Urgências Médicas, mudando o papel de unidades de atendimento de demanda espontânea diuturna para pontos de atenção voltados prioritariamente para casos de urgência e

emergência, sendo retaguada para 90% dos atendimentos efetuados com o SAMU (CURITIBA, 2014).

A SMS de Curitiba contava no momento do estudo com 54 UBS e 55 unidades da ESF, sendo que a maioria se localiza na periferia do município. O corpo clínico é selecionado através de concurso público. Para as UBS, a SMS selecionava clínicos, ginecologistas-obstetras e pediatras; para as unidades da ESF não era exigido qualquer tipo de especialização.

O HUC é um hospital geral com ênfase no atendimento a trauma e emergências e que conta com serviços de residência médica, atendendo exclusivamente ao SUS; suas especialidades incluem desde a Clínica Médica e Cirurgia Geral até áreas mais específicas, como Ortopedia, Nefrologia e Neurologia, entre outras.

O CCNS é um hospital de pequeno porte que atende exclusivamente a clientela de seu plano de saúde, contando com um pronto atendimento, centro cirúrgico, enfermaria e ambulatório de especialidades.

3.1 Amostra

O tamanho amostral foi calculado inicialmente para uma amostragem aleatória simples, utilizando a fórmula $n = [z_{\alpha}^2 \times P \times (1 - P)]/d^2$, onde P corresponde à proporção de médicos que prescrevem medicamentos genéricos, d à precisão, z_{α} o valor da variável normal para o nível de significância de 5% no teste bicaudal e n o tamanho mínimo da amostra. Foi assumida uma proporção de 50% para atingir um valor máximo de n e uma precisão de 5%, com $\alpha = 95\%$. O n foi corrigido para uma população finita através da fórmula $n' = n/[1 + (n - 1)/N]$, onde n' é o tamanho amostral corrigido e N é o tamanho da população de referência. Desta forma, o tamanho amostral dos médicos da ESF, das UBS, do HUC e do CCNS foi calculado em, respectivamente, 170, 219, 24 e 49 indivíduos; em seguida, o tamanho da amostra foi corrigido para 10% deste total, chegando a amostras finais de 17, 22, 2 e 5 indivíduos. Por fim, a amostra do HUC foi aumentada para 5 indivíduos.

É sabido através da literatura que a taxa de resposta de médicos a estudos deste tipo costuma ser baixa. Desta forma optou-se por uma amostra de conveniência, com contato direto com os médicos nos serviços participantes até que se

conseguisse atingir o tamanho amostral estipulado para cada serviço. Apesar de ser uma amostra não representativa, uma amostra de grandes proporções com uma taxa de resposta muito baixa poderia comprometer de forma importante a interpretação dos resultados (GOSSELL-WILLIAMS, 2007; WATKINS *et al.*, 2003; THEODOROU *et al.*, 2009; BARRETT *et al.*, 2011; GRÁVALOS *et al.*, 2001; TAKAHASHI *et al.*, 2008; SCOTT *et al.*, 2011).

3.2 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nas unidades da ESF de 07/03/2013 a 20/03/2013; nas UBS, de 18/03/13 a 28/03/13; no CCNS, de 06/03/13 a 07/03/13; e no HUC, em 03/04/13. A pesquisa ocorreu com a autorização prévia da SMS de Curitiba, do HUC e do CCNS (Apêndices A, B e C). Nas US os indivíduos foram entrevistados nas regionais Pinheirinho e CIC, já que foram as primeiras a serem informadas do estudo, bem como na US Nossa Senhora Aparecida, da regional Bairro Novo, onde o pesquisador trabalhou até o início de 2013.

Antes do início da entrevista, os participantes eram solicitados a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) em duas vias, caso concordassem com a participação no estudo. O questionário (Apêndice E) conta com uma primeira parte sobre os dados demográficos. Entre os dados demográficos os entrevistados foram solicitados a definir seu gênero, se masculino ou feminino; a idade em anos; o ano em que haviam se formado; a cidade em que se graduaram; se possuíam especialização e, em caso afirmativo, em que área. Os entrevistados eram considerados como especialistas se tivessem concluído ou estivessem participando de um curso de especialização, pós-graduação ou residência. Por ser considerada como o padrão-ouro de treinamento para médicos, a residência foi considerada prioritária sobre as demais formas de especialização; assim, se um médico marcasse que possuía tanto pós-graduação ou especialização como residência, apenas a última opção era levada em consideração na estatística. Estes dados, junto com o local em que o médico foi entrevistado (ESF, UBS, HUC ou CCNS), constituem as variáveis independentes.

A segunda parte é constituída por 10 pares de questões em uma escala Likert de cinco pontos com afirmações a respeito de hábitos e ideias acerca da prescrição médica. Cada par abordava um tema diferente de forma dicotômica e as questões foram ordenadas de forma aleatória. Previamente, o questionário foi testado em uma amostra de 10 médicos residentes e preceptores da residência em medicina de família e comunidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, para eventuais correções.

Os temas abordados no questionário com suas respectivas questões e a ordem em que aparecem no questionário são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Relação dos temas abordados, suas questões e ordem de aparecimento no questionário (continua).

Tema	Questões	Ordem de aparecimento no questionário
Envolvimento dos pacientes na decisão terapêutica	Eu envolvo os pacientes, sempre que possível, na tomada de decisão sobre o tratamento.	19
	Eu tenho receio de que os pacientes me digam sua opinião com relação ao tratamento, já que são leigos no assunto.	9
	Eu considero também alternativas não farmacológicas antes de prescrever.	20
Uso de alternativas não farmacológicas	Ao orientar um tratamento, prefiro prescrever uma medicação a prescrever medidas não farmacológicas, como mudanças de estilo de vida, exercícios ou dietas.	18
	Após prescrever, eu procuro me certificar se os pacientes entenderam os objetivos do tratamento.	3
Esclarecimento dos pacientes sobre os objetivos do tratamento	Eu entendo que, após prescrever o medicamento, o paciente vai seguir a receita, independente se ele foi informado do objetivo do tratamento ou não.	6
	Eu me certifico de que o tratamento foi seguido a cada nova consulta com o paciente.	1
Reavaliação e acompanhamento sobre o tratamento	Eu sempre assumo que, ao retornar, o paciente seguiu minha prescrição conforme o orientado na consulta anterior.	8
	Eu sempre levo em consideração o custo da medicação para o paciente na hora de prescrever.	5
Preocupação sobre o custo da medicação para o paciente	É importante que o paciente tente conseguir a medicação prescrita, pois a sua saúde é mais importante do que o custo que a medicação possa eventualmente ter.	17
	Sempre que possível, procuro prescrever medicamentos genéricos.	4
Uso de medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos costumam ser menos confiáveis do que medicamentos de marca.	7

Tabela 1 – Relação dos temas abordados, suas questões e ordem de aparecimento no questionário (conclusão).

Tema	Questões	Ordem de aparecimento no questionário
Uso de medicamentos da farmácia básica curitibana	Sempre que possível procuro prescrever medicamentos disponíveis na rede pública de saúde.	14
	Medicamentos da rede pública de saúde costumam ser menos confiáveis do que os comprados em farmácias.	15
Uso de medicamentos recém-lançados no mercado	Tratamentos antigos, porém bem validados por estudos, podem ser melhores do que drogas lançadas recentemente.	2
	Eu gosto de testar drogas novas no mercado sempre que possível, visando ampliar meu leque de opções terapêuticas.	11
Atualização de conhecimentos terapêuticos	Eu me preocupo em basear minhas prescrições em dados de periódicos, protocolos, <i>guidelines</i> , livros-texto ou informações de congressos.	12
	Eu confio em basear minhas prescrições na opinião de colegas ou em informações sobre novos tratamentos fornecidas por representantes farmacêuticos.	16
Uso do PFPB	Eu oriento meus pacientes sobre a possibilidade de adquirir os medicamentos no Programa Farmácia Popular.	10
	O Programa Farmácia Popular não é relevante para mim quando oriento um paciente sobre aonde buscar a medicação prescrita.	13

Cada uma das 20 questões fornece uma pontuação de 1 a 5, totalizando um escore que pode variar de 20 a 100 pontos e que constitui a variável dependente. Quanto maior o escore, mais a atitude do médico entrevistado se aproxima de uma forma racional de prescrever. A análise estatística foi feita através do *software* Stata, versão 9.1.

3.3 Critérios de inclusão

Médicos atuando nas UBS, nas unidades da ESF, no HUC e no CCNS no município de Curitiba.

3.4 Critérios de exclusão

Médicos que não estejam atuando em atividades clínicas ou que não atuem diretamente com prescrição (como patologistas, radiologistas, administradores, etc.), alunos de graduação e médicos residentes.

4. RESULTADOS

Foram abordados 50 indivíduos no total em seus locais de trabalho, sendo que um dos médicos na ESF recusou-se a participar do estudo, totalizando 49 pessoas entrevistadas. A pesquisa foi conduzida em 7 unidades da ESF e 10 UBS, bem como no HUC e CCNS.

A Tabela 2 mostra as unidades de saúde participantes do estudo com o respectivo número de médicos entrevistados por serviço. Foram entrevistados 17 (34,7%) médicos na ESF, 22 (44,9%) em UBS, 5 (10,2%) no HUC e 5 (10,2%) no CCNS.

Tabela 2 – Unidades de saúde participantes do estudo e número de médicos envolvidos por serviço.

Unidade	Tipo de serviço	Número de médicos entrevistados	Percentual
US Rio Bonito	ESF	2	4,1%
US Vila Augusta	ESF	3	6,1%
US Taiz Viviane Machado	ESF	3	6,1%
US Vitória Régia	ESF	2	4,1%
US Caiuá	ESF	2	4,1%
US Nossa Senhora Aparecida	ESF	3	6,1%
US Vila Sandra	ESF	2	4,1%
US Vila Esmeralda	UBS	3	6,1%
US Bacacheri	UBS	2	4,1%
US Atenas	UBS	3	6,1%
US Menonitas	UBS	1	2,0%
US Tancredo Neves	UBS	1	2,0%
US Eucaliptos	UBS	2	4,1%
US Nossa Senhora da Luz	UBS	3	6,1%
US Oswaldo Cruz	UBS	1	2,0%
US São Miguel	UBS	2	4,1%
US Tapajós	UBS	4	8,2%
HUC	Hospitalar	5	10,2%
CCNS	Hospitalar	5	10,2%
TOTAL		49	100%

Dos 49 médicos entrevistados, 18 (36,7%) eram do gênero masculino e 34 (69,4%) haviam se formado em Curitiba. Entre os participantes do gênero masculino, 4 (22,2%) atuavam não só na assistência direta ao paciente como também na área acadêmica, enquanto entre as médicas entrevistadas este número era de 2 (6,5%).

A maioria dos participantes tinha entre 30 e 34 anos de idade. A Tabela 3 mostra a distribuição de faixa etária entre os entrevistados.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes por faixa etária (anos).

Faixa etária	Frequência	Percentual
25-29	6	12,2%
30-34	12	24,5%
35-39	7	14,3%
40-44	6	12,2%
45-49	6	12,2%
50-54	4	8,2%
55-59	5	10,2%
>59	3	6,1%
TOTAL	49	100%

A maior parte dos indivíduos abordados no estudo havia se formado entre os anos de 1995 e 2004. As Tabelas 4 e 5 mostram a frequência de entrevistados por ano de formatura, separados por gênero.

Tabela 4 – Número de entrevistados por ano de formatura, gênero masculino.

Ano de formatura	Frequência	Percentual
1977-1984	3	16,7%
1985-1994	4	22,2%
1995-2004	6	33,3%
2005-2012	5	27,8%
TOTAL	18	100%

Tabela 5 – Número de entrevistados por ano de formatura, gênero feminino.

Ano de formatura	Frequência	Percentual
1977-1984	5	16,1%
1985-1994	5	16,1%
1995-2004	11	35,5%
2005-2012	10	32,3%
TOTAL	31	100%

De todos os indivíduos participantes do estudo, nenhum relatou atuar, além de seu local de trabalho, em outra unidade da ESF ou UBS. As Tabelas 6 e 7 mostram quantos entrevistados, separados por gênero, trabalhavam em outros locais além daquele em que foram abordados.

Tabela 6 – Frequência de entrevistados que trabalhavam em outros locais, gênero masculino (continua).

Outros locais de atuação	Frequência	Percentual
Não atua em outros locais	4	22,2%
CMUM/UPA/pronto atendimento/pronto socorro	3	16,7%
Clínica ambulatorial, consultório particular ou por convênio	2	11,1%

Tabela 6 – Frequência de entrevistados que trabalhavam em outros locais, gênero masculino (conclusão).

Outros locais de atuação	Frequência	Percentual
Hospital/enfermaria/UTI/centro cirúrgico	2	11,1%
Atua em 3 locais ou mais simultaneamente	7	38,9%
TOTAL	18	100%

Tabela 7 – Frequência de entrevistados que trabalhavam em outros locais, gênero feminino.

Outros locais de atuação	Frequência	Percentual
Não atua em outros locais	9	29,0%
CMUM/UPA/pronto atendimento/pronto socorro	4	12,9%
Clínica ambulatorial, consultório particular ou por convênio	15	48,4%
Hospital/enfermaria/UTI/centro cirúrgico	2	6,5%
Atua em 3 locais ou mais simultaneamente	1	3,2%
TOTAL	31	100%

As Tabelas 8 e 9 descrevem quantos entrevistados tinham algum tipo de especialização ou residência no momento do estudo, divididos por gênero. A maior parte contava com residência concluída.

Tabela 8 – Frequência de entrevistados que tinham especialização ou residência, gênero masculino.

Possui residência ou especialização	Frequência	Percentual
Não	4	22,2%
Sim, especialização ou pós-graduação, em curso	0	-
Sim, especialização ou pós-graduação, concluída	4	22,2%
Sim, residência, em curso	1	5,6%
Sim, residência, concluída	9	50,0%
TOTAL	18	100%

Tabela 9 – Frequência de entrevistados que tinham especialização ou residência, gênero feminino.

Possui residência ou especialização	Frequência	Percentual
Não	6	19,4%
Sim, especialização ou pós-graduação, em curso	3	9,7%
Sim, especialização ou pós-graduação, concluída	6	19,4%
Sim, residência, em curso	1	3,2%
Sim, residência, concluída	15	48,4%
TOTAL	31	100%

As Tabelas 10 e 11 mostram as especialidades relatadas pelos entrevistados como aquela em que atuavam predominantemente no momento do estudo, separados por gênero.

Tabela 10 – Principal especialidade de atuação no momento da entrevista, gênero masculino.

Principal especialidade em que atua no momento	Frequência	Percentual
Nenhuma	4	22,2%
Medicina de família e comunidade/saúde da família	3	16,7%
Clínica médica	2	11,1%
Pediatria	2	11,1%
Ginecologia e obstetrícia	1	5,6%
Geriatría	0	-
Outras	4	22,2%
Mais de uma	2	11,1%
TOTAL	18	100%

Tabela 11 – Principal especialidade de atuação no momento da entrevista, gênero feminino.

Principal especialidade em que atua no momento	Frequência	Percentual
Nenhuma	6	19,4%
Medicina de família e comunidade/saúde da família	6	19,4%
Clínica médica	3	9,7%
Pediatria	5	16,1%
Ginecologia e obstetrícia	1	3,2%
Geriatría	1	3,2%
Outras	6	19,4%
Mais de uma	3	9,7%
TOTAL	31	100%

A seguir, foram calculadas as médias dos escores para cada serviço participante do estudo e que estão listadas na Tabela 12, junto com os desvios-padrão. A análise estatística através do teste *t* de Student não demonstrou nenhuma diferença significativa entre as unidades estudadas ($p = 0,1947$).

Tabela 12 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por serviço participante (continua).

Unidade	Média	Desvio-padrão	IC 95%
US Rio Bonito	82,5	2,12	78,3 – 86,7
US Vila Augusta	79,0	9,54	60,3 – 97,7
US Taiz Viviane Machado	89,3	4,04	81,4 – 97,2
US Vitória Régia	87,0	14,14	59,3 – 100,0
US Caiuá	94,5	3,54	87,6 – 100,0
US Nossa Senhora Aparecida	87,0	2,65	81,8 – 92,2
US Vila Sandra	85,0	7,07	71,1 – 98,9
US Vila Esmeralda	78,3	13,58	51,7 – 100,0
US Bacacheri	81,5	0,71	80,1 – 82,9
US Atenas	77,0	6,08	65,1 – 88,9
US Menonitas	74,0	-	-
US Tancredo Neves	75,0	-	-
US Eucaliptos	86,5	7,78	71,2 – 100,0
US Nossa Senhora da Luz	82,3	2,52	77,4 – 91,4
US Oswaldo Cruz	93,0	-	-
US São Miguel	82,5	3,54	75,6 – 89,4

Tabela 12 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por serviço participante (conclusão).

Unidade	Média	Desvio-padrão	IC 95%
US Tapajós	72,3	5,50	61,5 – 83,1
HUC	81,8	1,30	79,2 – 84,4
CCNS	78,0	10,08	58,2 – 97,8
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

A análise estatística também foi feita para as outras variáveis independentes. Observou-se que o tipo de unidade de atendimento ($p = 0,0411$), a idade do entrevistado ($p = 0,0299$), o ano de formatura ($p = 0,0151$), a atuação em outros locais além daquele em que ocorreu a entrevista ($p = 0,0458$) e a especialidade referida pelo participante como a de principal atuação no momento ($p = 0,0043$) demonstraram diferenças significativas nas médias dos escores.

No primeiro caso, a média foi maior nas unidades da ESF, conforme demonstrado na Tabela 13.

Tabela 13 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos pelo tipo de serviço.

Tipo de serviço	Média	Desvio-padrão	IC 95%
ESF	86,1	7,30	71,8 – 100,0
UBS	79,9	7,21	65,8 – 94,0
HUC	81,8	1,31	79,2 – 84,4
CCNS	78,0	10,08	58,2 – 97,8
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

No caso da faixa etária, as médias foram maiores nas faixas entre 25 e 34 anos e entre 40 e 59 anos, enquanto que pelo ano de formatura os médicos formados entre os anos de 1985 a 1994 e entre 2005 e 2012 obtiveram as maiores pontuações. Estas duas variáveis são apresentadas nas Tabelas 14 e 15, respectivamente.

Tabela 14 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por faixa etária em anos (continua).

Faixa etária	Média	Desvio-padrão	IC 95%
25-29	86,5	4,09	78,5 – 94,5
30-34	83,8	6,45	71,2 – 96,4
35-39	74,1	10,37	53,8 – 94,4
40-44	82,3	5,35	71,8 – 92,8
45-49	85,3	6,02	73,5 – 97,1
50-54	84,8	8,14	68,8 – 100,0
55-59	81,6	6,95	68,0 – 95,2
>59	74,7	6,03	62,9 – 86,5

Tabela 14 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por faixa etária em anos (conclusão).

Faixa etária	Média	Desvio-padrão	IC 95%
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

Tabela 15 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por ano de formatura.

Ano de formatura	Média	Desvio-padrão	IC 95%
1977-1984	79,0	7,13	65,0 – 93,0
1985-1994	85,1	6,90	71,6 – 98,6
1995-2004	78,5	8,26	62,3 – 94,7
2005-2012	85,8	5,47	75,1 – 96,5
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

Com relação à atuação em outros locais além daquele no qual o participante foi entrevistado, o resultado favoreceu aqueles que não atuavam em nenhum outro local, conforme mostrado na Tabela 16.

Tabela 16 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por outros locais de atuação.

Outros locais de atuação	Média	Desvio-padrão	IC 95%
Nenhum	87,5	6,85	74,1 – 100,0
CMUM/UPA/pronto atendimento/pronto socorro	81,0	7,44	66,4 – 95,6
Clínica ambulatorial, consultório particular ou por convênio	80,0	7,46	65,4 – 94,6
Hospital/enfermaria/UTI/centro cirúrgico	81,5	1,73	78,1 – 84,9
Atua em 3 locais ou mais simultaneamente	78,8	8,31	62,5 – 95,1
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

Por fim, a análise para a especialidade mostrou uma média maior dos grupos que não possuíam especialidade ou que atuavam como médicos de família e comunidade (MFC), como demonstrado na Tabela 17.

Tabela 17 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por especialidade (continua).

Especialidade	Média	Desvio-padrão	IC 95%
Nenhuma	86,8	7,70	71,7 – 100,0
Medicina de família e comunidade/saúde da família	87,8	5,81	76,4 – 99,2
Clínica médica	80,4	4,04	72,5 – 88,3
Pediatria	78,9	5,11	68,9 – 88,9
Ginecologia e obstetrícia	69,0	7,07	55,1 – 82,9
Geriatría	77,0	-	-

Tabela 17 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por especialidade (conclusão).

Especialidade	Média	Desvio-padrão	IC 95%
Outras	79,2	7,19	65,1 – 93,3
Mais de uma	80,2	7,33	65,8 – 94,6
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

As médias para gênero ($p = 0,7111$), cidade de formatura ($p = 0,9806$), área de atuação ($p = 0,7903$) e se possuía ou não residência ou especialização ($p = 0,2212$) não mostraram diferenças significativas, como mostram as Tabelas 18 a 21.

Tabela 18 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por gênero.

Gênero	Média	Desvio-padrão	IC 95%
Masculino	81,5	7,98	65,9 – 97,1
Feminino	82,4	7,61	67,5 – 97,3
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

Tabela 19 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por cidade de formatura.

Cidade de formatura	Média	Desvio-padrão	IC 95%
Curitiba	82,1	8,36	65,7 – 98,5
Outras	82,0	6,08	70,1 – 93,9
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

Tabela 20 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por área de atuação.

Área de atuação	Média	Desvio-padrão	IC 95%
Assistência direta ao paciente	81,9	7,98	66,3 – 97,5
Assistência ao paciente e área acadêmica/de pesquisa	82,8	5,42	72,2 – 93,4
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

Tabela 21 – Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores do questionário, divididos por residência ou especialização prévias.

Residência ou especialização prévias	Média	Desvio-padrão	IC 95%
Não	86,8	7,70	71,7 – 100,0
Sim, especialização ou pós-graduação, em curso	79,0	4,58	70,0 – 88,0
Sim, especialização ou pós-graduação, concluída	82,5	5,64	71,4 – 93,6
Sim, residência, em curso	82,5	3,54	75,6 – 89,4
Sim, residência, concluída	80,2	8,38	63,8 – 96,6
TOTAL	82,0	7,67	67,0 – 97,0

A Tabela 22 mostra as médias das pontuações para cada questão em separado, com seus respectivos desvios-padrão, bem como a pontuação mínima e máxima para cada uma delas. A Tabela 23 mostra a matriz de coeficientes de correlação de Pearson entre as questões.

Tabela 22 – Médias e desvios-padrão das questões, com a pontuação máxima e mínima encontrada para cada uma delas.

Questão	Média	Desvio-padrão	Pontuação mínima	Pontuação máxima
Questão 1	4,9	0,35	4	5
Questão 2	4,5	0,55	3	5
Questão 3	4,9	0,31	4	5
Questão 4	4,3	1,02	1	5
Questão 5	4,6	0,64	2	5
Questão 6	2,9	1,34	1	5
Questão 7	3,4	1,35	1	5
Questão 8	2,7	1,64	1	5
Questão 9	4,6	0,71	2	5
Questão 10	4,8	0,65	1	5
Questão 11	3,5	1,26	1	5
Questão 12	4,7	0,46	4	5
Questão 13	4,5	1,14	1	5
Questão 14	4,8	0,53	3	5
Questão 15	3,8	1,26	2	5
Questão 16	3,8	1,30	1	5
Questão 17	2,5	1,29	1	5
Questão 18	4,1	1,28	1	5
Questão 19	4,5	0,71	2	5
Questão 20	4,6	0,86	1	5

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13
Q1	1,0000												
Q2	0,0618	1,0000											
Q3	0,0550	-0,1812	1,0000										
Q4	-0,1155	-0,0054	0,2288	1,0000									
Q5	-0,0658	-0,0781	0,2195	0,3648	1,0000								
Q6	-0,0440	0,0735	0,0145	-0,2592	-0,0417	1,0000							
Q7	0,1937	0,0377	-0,0134	0,3810	-0,0341	0,1089	1,0000						
Q8	0,2720	-0,0776	0,0941	0,0231	0,0677	0,5559	0,1688	1,0000					
Q9	-0,1553	0,0111	0,0927	0,0207	0,1962	0,2461	-0,1111	-0,0890	1,0000				
Q10	-0,1416	-0,1981	0,4039	0,3790	0,4849	0,0578	0,1375	0,0813	0,2943	1,0000			
Q11	0,0601	0,0384	-0,0353	0,1041	-0,0021	0,0282	0,1844	0,0804	0,1030	-0,0212	1,0000		
Q12	-0,0000	-0,0718	0,2345	-0,0447	0,1122	0,0682	-0,0048	0,0875	0,2128	0,0598	-0,0155	1,0000	
Q13	-0,1923	-0,1255	0,3200	0,2587	0,1980	0,2090	0,0954	0,0556	0,2957	0,4523	0,0030	0,1833	1,0000
Q14	-0,1437	0,0429	0,2689	0,6415	0,2168	-0,0084	0,2676	-0,0993	0,1304	0,4216	-0,0243	-0,0495	0,4590
Q15	-0,1138	0,0335	0,1072	0,0950	0,0809	0,2298	0,3992	0,1265	0,2331	0,1964	0,0880	0,0778	0,1265
Q16	0,1229	-0,0707	0,0043	0,0874	0,1129	0,0683	0,1440	0,0476	0,2345	0,0240	0,0664	0,3656	0,0594
Q17	0,0130	0,0966	0,0183	0,1331	0,2247	0,1479	0,1438	0,3536	0,1004	0,1026	0,2456	0,0202	0,1445
Q18	-0,1514	-0,0464	0,1870	0,1687	0,1513	0,1304	0,0032	0,0272	0,0703	-0,0717	-0,0691	0,3008	0,4673
Q19	0,0593	-0,0143	0,0626	-0,0698	0,0496	-0,0282	0,2827	-0,0175	0,1920	0,0824	0,0884	0,0918	0,0205
Q20	-0,0489	-0,1467	0,0048	0,0575	0,0617	-0,0129	-0,0073	-0,0677	0,1113	0,1011	0,3631	-0,1816	0,2319

Tabela 23 – Matriz de coeficientes de correlação de Pearson entre as questões (continua).

	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20
Q1							
Q2							
Q3							
Q4							
Q5							
Q6							
Q7							
Q8							
Q9							
Q10							
Q11							
Q12							
Q13							
Q14	1,0000						
Q15	0,1936	1,0000					
Q16	0,1926	0,0911	1,0000				
Q17	-0,0237	0,1370	0,2504	1,0000			
Q18	0,3682	0,0132	0,3244	0,0208	1,0000		
Q19	-0,0125	0,2170	0,0175	0,1089	-0,0609	1,0000	
Q20	0,2068	0,0408	-0,0834	0,1668	0,2447	0,1390	1,0000

Tabela 23 – Matriz de coeficientes de correlação de Pearson entre as questões (conclusão).

5. DISCUSSÃO

Segundo os resultados encontrados neste estudo, médicos que trabalham na ESF, MFCs, médicos sem especialidade, que atuam em apenas um local de trabalho, que se encontram nas faixas etárias entre 25 e 34 anos e entre 40 e 59 anos de idade e que se formaram entre os anos de 1985 a 1994 e entre 2005 e 2012 obtiveram escores maiores através do questionário aplicado. Entretanto, é necessário saber se estes resultados permitem levantar a hipótese de que profissionais com estes perfis prescrevam de forma mais racional do que seus pares.

O primeiro ponto que necessita ser discutido é a validade do questionário como ferramenta para avaliar a forma de prescrever. Os coeficientes de correlação de Pearson calculados entre as diferentes questões, bem como as médias dos escores por questão e seus respectivos desvios-padrão podem auxiliar neste objetivo.

Primeiramente, as questões 6 e 8 apresentaram um coeficiente de correlação de 0,5559. Embora seja considerado um valor de correlação moderado, ele é maior do que a maioria dos demais coeficientes calculados. Estas duas questões foram redigidas para abordar temas diferentes, porém são muito semelhantes entre si, o que sugere que elas poderiam ter sido melhor escritas, evitando confundir os entrevistados. As questões 4 e 14 também apresentaram uma correlação moderada, de 0,6415. Elas também abordam temas diferentes, mas é possível que os entrevistados tenham visto uma equivalência entre estes dois assuntos, considerando talvez que todos os medicamentos disponíveis na farmácia básica curitibana sejam genéricos, por exemplo.

Os pares de questões divididos por tema abordado apresentaram correlações fracas entre eles, com os coeficientes variando de 0,0145 a 0,4523, no máximo. Isso pode sugerir que eles cumpriram o seu papel, permitindo que as verdadeiras opiniões de cada entrevistado fossem explicitadas no escore final, ao invés de uma intenção de demonstrar ideias adequadas de prescrição ao entrevistador.

Com relação aos escores por questão, as questões 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 19 e 20 apresentaram as maiores médias, sendo que a maioria delas apresentou um desvio-padrão mais estreito, com maior homogeneidade entre as respostas. Isso sugere que elas foram facilmente percebidas pelos entrevistados como relevantes e indicativas de um comportamento racional na hora de prescrever. As questões 4, 13

e 18, no entanto, apresentaram maior variação nas suas respostas, o que pode sugerir um maior grau de discordância nestes temas entre os entrevistados, respectivamente o uso de medicamentos genéricos, o uso do PFPB e a possibilidade de orientar tratamentos não farmacológicos sempre que possível.

As demais questões apresentaram médias mais baixas e com grande amplitude do desvio-padrão, o que sugere que estas últimas foram capazes de apreender as verdadeiras ideias dos entrevistados a respeito da prescrição médica, permitindo uma diferenciação dos escores. Os temas abordados por estas questões foram a necessidade de explicar os objetivos do tratamento aos pacientes, o uso de medicamentos genéricos, a reavaliação da adesão ao tratamento a cada nova visita, o uso de medicamentos recém-lançados no mercado, o uso de medicamentos disponíveis na rede pública de saúde, a adequação das prescrições aos protocolos e outras fontes de informação disponíveis e o custo da medicação para os pacientes.

A segunda questão a ser considerada é a semelhança dos resultados encontrados com outros trabalhos referentes à prescrição médica. Este foi um objetivo mais difícil de alcançar, tendo em vista que não foram encontrados estudos com metodologias semelhantes. Na maior parte das vezes as pesquisas publicadas tinham por objetivo avaliar uma parte em particular da prescrição, como o uso de medicamentos recém-lançados ou a influência de representantes farmacêuticos, ou não faziam comparações entre as variáveis independentes de interesse pelo presente trabalho, como entre MFCs e outras especialidades, por exemplo. Os resultados encontrados serão comparados a seguir à literatura nacional e internacional sobre o tema. A discussão será limitada apenas às variáveis independentes que mostraram uma diferença significativa nos escores, ou seja, a idade e ano de formatura, a especialidade, o local de atuação e a atuação em outros locais além daquele em que o entrevistado foi abordado.

5.1 Idade e ano de formatura

Foram encontradas duas faixas etárias com escores maiores, representadas pelas idades entre 25 e 34 e entre 40 e 59 anos e pelos anos de formatura entre 1985 a 1994 e entre 2005 a 2012. Isto poderia representar duas formas diferentes de

influência pela idade. Mais experiência poderia significar menos incerteza na hora de prescrever, ao mesmo tempo em que poderia indicar mais anos de prática sem atualização adequada de conhecimentos (DE BAKKER *et al.*, 2007).

Alguns trabalhos publicados corroboram os resultados do presente estudo, enquanto outros apresentam conclusões diferentes. Em uma pesquisa qualitativa conduzida com *general practioners* (GPs) neozelandeses, Jaye e Tilyard (2002) constataram que médicos com custos de prescrição menor tinham mais tempo de atuação e eram formados há mais tempo do que seus colegas cujas prescrições eram mais onerosas. Por outro lado, os prescritores com custos maiores participavam com mais frequência de cursos de educação médica continuada, obedeciam mais aos *guidelines* e tinham uma tendência a serem mais influenciados pelas visitas da *Best Practice Advocacy Centre*, uma organização governamental cujo objetivo era promover boas práticas de prescrição. Também foi notado que os GPs com prescrições mais caras tinham uma ambivalência maior a dizer “não” aos pacientes quando eram solicitados a prescrever, enquanto GPs com custos de prescrição baixos e médios se apoiavam mais em aconselhamento e se sentiam mais confortáveis para recusar medicações.

García *et al.* (2003), em um estudo conduzido com médicos espanhóis, constataram que profissionais mais jovens tinham melhores conhecimentos sobre medicamentos genéricos do que seus colegas. Kozyrskyj *et al.* (2004), por sua vez, encontraram em um estudo no Canadá que havia menor probabilidade de que antibióticos de segunda linha fossem prescritos por médicos com 50 anos de idade ou mais, mas que o mesmo grupo também tinha chances maiores de prescrever antibióticos para doenças respiratórias de provável etiologia viral. Em um trabalho sobre prescrição de antibióticos em infecções do trato respiratório por GPs noruegueses, Gjølstad, Dalen e Lindbæk (2009) notaram que os que tinham feito seus exames médicos entre os anos de 1981 a 1999 tinham as menores taxas de prescrição para estes fármacos; entretanto, um tempo maior do que este de experiência prática parecia diminuir este efeito. Brekke *et al.* (2008) avaliaram as prescrições de uma amostra de GPs noruegueses para pacientes com mais de 70 anos de idade; as chances de que um GP prescrevesse de forma menos inapropriada se correlacionavam com um tempo menor de prática após ter conseguido a licença médica. Por fim, em um estudo realizado através do envio de um questionário consistindo de 6 casos clínicos a MFCs espanhóis para avaliar a adequação de suas respostas ao conhecimento

clínico baseado em evidências, García *et al.* (2010) constataram que profissionais com mais experiência tendiam a apresentar respostas mais adequadas a um dos temas clínicos.

Por outro lado, Tichelaar *et al.* (2010) afirmam que estudantes de medicina que estão concluindo o curso são grandemente influenciados por seus professores na forma de prescrever devido à sua falta de experiência, o que é corroborado por estudo conduzido por Vancelik *et al.* (2007), cujos resultados mostram que GPs que trabalhavam há menos de 5 anos tinham mais chance de serem influenciados pela indústria farmacêutica na hora de prescrever do que os seus pares. Com relação ao número de medicamentos prescritos para idosos, Davidson *et al.* (1994) não encontraram diferenças entre GPs que prescreviam muitos ou poucos medicamentos por paciente com relação à idade e ao tempo de atuação. Resultado semelhante foi encontrado por Tsimtsiou, Ashworth e Jones (2009), que estudando dados de clínicas de APS na Inglaterra com relação à prescrição de ansiolíticos e hipnóticos não encontraram uma associação entre a proporção de GPs com mais de 65 anos e o volume de prescrições destas classes de medicamentos. Em um estudo conduzido com GPs suecos, Skoglund *et al.* (2011) encontraram que médicos mais experientes e mais idosos eram mais propensos a aceitarem informações da indústria farmacêutica do que seus pares mais jovens, além de considerarem que era responsabilidade das autoridades públicas atualizar os conhecimentos terapêuticos dos médicos e que o principal objetivo das informações divulgadas pelos gestores era de reduzir custos de prescrição. Por fim, em um estudo avaliando as prescrições para crianças com infecções de vias respiratórias por GPs em Trinidad, Mohan *et al.* (2004) constataram que os profissionais que tinham mais de 30 anos de prática tinham maior probabilidade de prescrever antibióticos para resfriados comuns.

5.2 Especialidade

MFCs apresentaram escores mais altos do que outras especialidades. Entretanto, médicos sem especialidade apresentaram resultado semelhante. Este achado pode ser explicado pelo fato de que profissionais que não passaram por nenhum

treinamento adicional após a formação na faculdade não foram influenciados por certas condutas de professores e orientadores, que muitas vezes são passadas adiante em cursos de residência e especialização. Vale lembrar, porém, que a maioria dos médicos que declararam não ter nenhuma especialidade, assim como os que relataram ser MFCs, foram abordados nas unidades da ESF e nas UBS, o que pode ter representado mais uma influência do local de trabalho do que da ausência de treinamento específico ou de uma especialidade em particular.

Também com relação a esta variável os estudos encontrados na literatura apresentam resultados heterogêneos. Por exemplo, Kersnik e Peklar (2006) constataram que a maioria dos GPs eslovenos entrevistados aceitavam os genéricos como substitutos adequados aos medicamentos de marca e que os prescreveriam se fossem alternativas mais baratas aos seus equivalentes. Em estudo já citado anteriormente, García *et al.* (2003) chegaram à conclusão de que MFCs e médicos sem formação específica tinham melhores conhecimentos sobre medicamentos genéricos do que seus colegas. Em uma pesquisa sobre a escolha de opções terapêuticas no manejo do diabetes conduzida por Grant *et al.* (2007), generalistas davam maior ênfase do que especialistas a fatores como a aderência ao tratamento, custos para o paciente e *guidelines* publicados. Em outro trabalho citado previamente, Kozyrskyj *et al.* (2004) encontraram que GPs tinham maior probabilidade de prescrever um antibiótico para infecções respiratórias virais do que pediatras, porém menor do que outros especialistas; com relação ao uso de antibióticos de segunda linha, a chance era maior para prescrições por pediatras ou outros especialistas do que para GPs. Por fim, Gjellstad, Dalen e Lindbæk (2009) constataram que GPs com especialização prescreviam antibióticos para infecções do trato respiratório com menos frequência, porém isso contrasta com o encontrado por Brekke *et al.* (2008) que notaram que GPs sem especialização tinham menores chances de prescrever de forma inadequada para idosos.

Em estudo sobre o uso de inibidores seletivos da cicloxigenase-2 conduzido nos Estados Unidos entre 1999 e 2002, De Smet *et al.* (2006) notaram uma taxa de adoção maior por especialistas focais do que por MFCs e internistas, embora a prevalência de pacientes com alto risco de sangramento gastrointestinal fosse semelhante em ambos os grupos. MFCs e internistas tinham maior chance de subutilizar estas medicações em pacientes de alto risco do que especialistas, embora a diferença não fosse significativa. Por outro lado, tanto MFCs quanto

internistas prescreveram com menos frequência para pacientes de baixo risco do que os especialistas, com uma diferença significativa entre estes dois grupos. García *et al.* (2010) constataram que MFCs com formação através de residência médica tinham maior probabilidade de prescrever corretamente em dois dos seis temas clínicos pesquisados no questionário utilizado em seu estudo.

Buusman *et al.* (2007), em um estudo qualitativo conduzido com 15 GPs na Dinamarca, constataram que todos os entrevistados se preocupavam com o preço como um fator limitante da adesão do paciente. Embora todos aceitassem algum tipo de regulação externa para a prescrição, especialmente os mais jovens, poucos usavam formulários de medicamentos. Medicamentos inicialmente prescritos na atenção secundária eram raramente modificados e, especialmente entre os mais jovens, a opinião de colegas era muito considerada na hora de decidir o tratamento. A maioria aceitava informações de representantes farmacêuticos. Eles também costumavam levar em consideração as demandas dos pacientes como uma forma de evitar a não aderência e muitas prescrições eram negociadas entre médico e paciente. Por sua vez, Quach, Collet e LeLorier (2004), em um trabalho conduzido na província de Quebec, no Canadá, para avaliar as prescrições de antibióticos para otite média aguda em crianças abaixo de 6 anos de idade entre os anos de 1999 e 2002, constataram que GPs tinham maior chance de seguir os protocolos de tratamento do que os otorrinolaringologistas, mas uma chance menor do que pediatras.

Outros estudos mostraram desvantagens dos MFCs e GPs em relação a outros profissionais. Em um trabalho conduzido na Espanha, Garjón *et al.* (2012) encontraram que MFCs passam a adotar novas medicações com uma velocidade de padrão de crescimento exponencial, o que sugere pouca percepção de risco associada à novidade; de um modo geral os especialistas adotavam primeiro as novas drogas, o que sugere que eles acabavam por influenciar os MFCs. Ferreira (2012), comparando GPs a alergistas, encontrou que estes últimos prescreviam corticoides nasais para rinite moderada a severa com mais frequência do que os generalistas. Takahashi *et al.* (2008) conduziram um estudo envolvendo otorrinolaringologistas, GPs e especialistas em medicina interna no Japão, constatando que as duas últimas especialidades tendiam a tratar de forma insuficiente com mais frequência casos severos de polinose do cedro. Rutschmann e Domino (2004) avaliaram as prescrições para infecções do trato respiratório superior

em adultos nos Estados Unidos entre os anos de 1997 a 1999 e constataram que MFCs, junto com outros especialistas, tinham maior probabilidade de prescrever antibióticos para estas condições do que especialistas em medicina interna, embora houvesse uma tendência significativa entre os MFCs para uma redução progressiva neste tipo de prescrição ao longo dos anos de observação do estudo.

Analisando as prescrições de antipsicóticos por GPs ingleses no período de 1991 a 2000, Kaye, Bradbury e Jick (2003) constataram que houve um aumento progressivo no uso destas medicações, especialmente nas faixas etárias entre 10 e 29 anos e entre 70 e 89 anos. Mais ainda, menos de 10% destas drogas foram prescritas para tratar esquizofrenia e aproximadamente 1% para o tratamento de transtorno bipolar, chegando a 29% a proporção de prescrições direcionadas para tratar demência e agitação entre os idosos. Também houve um aumento progressivo durante o período na proporção de antipsicóticos atípicos prescritos.

Ao avaliar as prescrições de medicamentos para transtorno de ansiedade generalizada para pessoas com mais de 65 anos de idade feitas por GPs na Alemanha durante o período de 1 ano, Berger *et al.* (2009) notaram que 64,6% dos pacientes que receberam prescrições foram medicados com pelo menos um fármaco considerado potencialmente inapropriado para idosos segundo os critérios de Beers. Estudando as prescrições de GPs suecos para infecções do trato respiratório durante o período de 1999 a 2005, Neumark *et al.* (2009) encontraram uma média de 42% de consultas resultando em uma prescrição de antibióticos para infecções do trato respiratório superior, enquanto que para o trato respiratório inferior a média foi de 57%, sendo o diagnóstico mais frequente o de resfriado comum. Durante o período, o uso de antibióticos para infecções respiratórias diminuiu progressivamente, o que coincidiu com a publicação de diretrizes para o tratamento da dor de garganta aguda e otite média aguda; entretanto, a grande variação sazonal no uso de antibióticos sugere, para os autores, que ainda há uso além do necessário de antibióticos. Por fim, em um estudo conduzido por Smith, Cox e Bartell (2006), MFCs tinham maior chance de prescrever agentes hipolipemiantes em excesso do que internistas.

Uma dificuldade que surgiu na interpretação destes estudos foi a grande diferença nas definições utilizadas para designar MFC, GP e generalista. Isto pode ser devido a questões inerentes aos sistemas sanitários dos diversos países representados nestes trabalhos. Por exemplo, algumas pesquisas consideravam como GPs ou

MFCs também os médicos que não possuíam residência ou especialização, enquanto outras faziam algum tipo de distinção entre os que não tinham formação específica e os que haviam sido especificamente treinados nestas áreas. Entretanto, como já foi relatado anteriormente, o presente estudo não encontrou uma diferença significativa entre os escores de MFCs e médicos sem especialidade. Outra dificuldade adicional é que vários artigos não faziam uma comparação entre GPs/MFCs e outras especialidades.

5.3 Local de atuação

Médicos da ESF obtiveram escores maiores. Isso poderia ser explicado pela presença de farmácias nas US, com um número limitado de especialidades farmacêuticas, levando a um melhor conhecimento das posologias, efeitos adversos e indicações. Entretanto, as UBS também contam com tais farmácias, com o mesmo repertório de medicamentos à disposição, e foi observada diferença significativa entre os escores destes serviços e das unidades da ESF. Determinar, porém, se estas diferenças se devem a fatores internos dos médicos pertencentes a estes serviços em particular ou se há questões organizacionais envolvidas que as expliquem está além dos objetivos deste trabalho.

Conduzindo um estudo avaliando as prescrições de médicos da ESF no município de Campina Grande, Farias *et al.* (2007) estudaram o número de medicamentos por receita (1,5), a porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico (84,2%), a porcentagem de medicamentos pertencentes à REMUME (91,9%), a porcentagem de antibióticos (21,1%) e a porcentagem de medicamentos injetáveis (1,1%). Estes resultados se mostraram, de forma geral, melhores do que outros estudos semelhantes realizados no Brasil, e com bons índices de prescrição segundo os padrões da OMS.

Em um estudo avaliando as prescrições de médicos da ESF de Blumenau, Colombo *et al.* (2004) encontraram 12,5% de prescrições com antibióticos, 8,1% com injetáveis, 3,2% com psicotrópicos, 57,7% de medicamentos pertencentes à RENAME e 82,4% de medicamentos pertencentes à REMUME. Foi encontrada média de 1,8 medicamento por prescrição. Estes dados foram considerados

satisfatórios pelos autores e se assemelham aos resultados de alguns estudos, porém diferem bastante dos de outros. O resultado foi atribuído à existência de uma lista de medicamentos padronizados no município, bem como à existência de um programa de educação continuada para os profissionais da ESF.

Em uma pesquisa sobre a prescrição de antibióticos no município de Bagé por médicos da ESF nos meses de julho de 2005 e janeiro de 2006, Tavares, Bertoldi e Muccillo-Baisch (2008) encontraram taxas de 30,4% e 21% respectivamente, o que, segundo os autores, está de conformidade com o sugerido pela *International Network for Rational Use of Drugs*. Destes medicamentos, 98,2% e 96,8%, respectivamente, estavam de conformidade com a REMUME. Entretanto, também encontraram média de 2,9 medicamentos por receita, valor considerado alto pela OMS. A maioria dos antibióticos foi indicada para doenças do trato respiratório superior, sendo que a maioria das doenças neste grupo são de etiologia viral.

Um problema destes estudos foi a falta de comparação entre a ESF e outros contextos de atendimento à saúde. Embora a ESF seja uma estratégia governamental presente neste formato apenas no Brasil, estudos avaliando a APS ou sistemas públicos de saúde em outros países podem ser utilizados para fins de comparação. Por exemplo, ao estudar a resposta de médicos a uma série de medidas que visavam reduzir os custos das prescrições na Suécia durante o período entre 2003 e 2006, por exemplo, Andersson, Carlsten e Hedenrud (2009) notaram que as mudanças eram melhor aceitas nos locais cujo vínculo empregatício era público e na APS. Em trabalho já citado anteriormente, Skoglund *et al.* (2011) constataram que GPs no setor privado tinham uma maior tendência a considerar útil e de qualidade a informação fornecida pela indústria, enquanto seus colegas do setor público acreditavam que o maior objetivo da indústria era aumentar as vendas. Entretanto, estes resultados contrastam com o trabalho de Vancelik *et al.* (2007), que concluíram que GPs que trabalhavam em centros de APS ao invés de hospitais tinham mais chance de serem influenciados pela indústria na hora de prescrever do que os seus pares.

5.4 Outros locais de atuação

Médicos que atuavam em um único local obtiveram escores maiores. Este resultado pode sugerir que a pressão de vários empregos pode levar a uma forma irracional de prescrever, não voltada às necessidades do paciente. Não foram encontrados estudos que avaliassem diretamente o efeito de mais de um vínculo empregatício na prescrição médica, mas estudos avaliando o impacto da carga de trabalho e da pressão assistencial poderiam ser utilizados para comparação.

DE BAKKER *et al.* (2007) constataram que GPs holandeses com listas maiores de pacientes e um maior volume de prescrição por usuário tendiam a utilizar uma faixa mais ampla de medicamentos, o que pode sugerir o uso de medicações que não representam inovações terapêuticas dentro do mesmo grupo farmacológico. Entretanto, os autores explicaram este fenômeno pela maior chance de se necessitar de outros agentes terapêuticos, ou da possibilidade de manter prescrições iniciadas por especialistas.

Em um estudo qualitativo conduzido com GPs britânicos com o objetivo de avaliar a prescrição de antidepressivos, Hyde *et al.* (2005) identificaram como limitações frequentemente apontadas pelos profissionais a falta de tempo para as consultas e a falta de serviços de suporte psicológico na APS, o que acaba por levar ao uso destes fármacos como uma forma de compensar estas deficiências. Também foi constatado que estas medicações são prescritas com frequência e são vistas como uma ferramenta valiosa, mesmo quando os sintomas parecem secundários a algum estressor psicossocial específico. Entretanto, essa situação parecia causar desconforto aos GPs e em grande parte das vezes eles optavam por utilizar uma estratégia mais parcimoniosa, observando os pacientes por um período antes de decidir iniciar uma medicação, ou tentavam outro tipo de intervenção, como aconselhamento ou visitas de assistentes sociais.

Outros estudos corroboram a associação entre uma maior pressão de trabalho e piores resultados na forma de prescrever. Davidson *et al.* (1994) notaram que os médicos que prescreviam um maior número de medicamentos por paciente idoso viam, em média, mais pacientes por dia e tinham mais dias de serviço do que seus colegas que prescreviam menos. Jaye e Tilyard (2002) constataram que os profissionais com prescrições de menores custos tendiam a conduzir consultas com um tempo médio de 15 minutos, enquanto os prescritores com custos maiores conduziam consultas de em média 10 minutos de duração. García *et al.* (2003) concluíram que médicos que sofriam menor pressão assistencial tinham uma

tendência a apresentar melhores conhecimentos sobre medicamentos genéricos. Vancelik *et al.* (2007) perceberam que GPs que viam 60 pacientes ou mais por dia e que eram visitados por representantes farmacêuticos mais de uma vez por mês tinham mais chance de serem influenciados pela indústria na hora de prescrever do que os seus pares; além disso, GPs que examinavam 60 pacientes por dia ou mais eram visitados com mais frequência por representantes comerciais e se envolviam mais em cursos e treinamentos fornecidos pela indústria. Por fim, Brekke *et al.* (2008) chegaram à conclusão de que GPs que trabalhavam com uma quantidade menor de pacientes idosos tinham uma chance menor de apresentar prescrições farmacologicamente inadequadas para pacientes com mais de 70 anos de idade.

Os resultados encontrados neste estudo apresentam-se de conformidade com parte da literatura, porém há outras pesquisas com resultados diferentes. Entre os artigos revisados há uma grande heterogeneidade de conclusões e de modelos explicativos. Isto pode ser entendido não só pela grande variedade de metodologias propostas para estudar o tema da prescrição médica e de seu impacto nos sistemas de saúde e na assistência aos pacientes, mas também pela complexidade inerente aos próprios serviços assistenciais avaliados nestes trabalhos, incluindo aspectos como regime de contratação/recrutamento de profissionais, treinamento médico, possibilidade de prescrição por outros profissionais, existência de sistemas de pagamento conjunto ou de fornecimento de fármacos, regulação por agências governamentais, entre outros fatores. Todas estas questões podem tornar difícil a comparação entre os diversos autores (PLSEK; GREENHALGH, 2001).

6. CONCLUSÕES

Este trabalho teve por objetivo avaliar a racionalidade da prescrição dos sujeitos entrevistados não através da avaliação direta das receitas, mas através de um questionário auto aplicado que resultava em um escore, cujo valor foi utilizado como um indicador da qualidade da prescrição oferecida pelos profissionais aos seus pacientes. A metodologia apresentou várias vantagens, como a baixa taxa de não responsividade ao estudo, o que pode ser explicado pela abordagem direta dos participantes pelo entrevistador, e a possibilidade de comparar os escores dentro de várias categorias (gênero, idade, especialidade, etc.). A pesquisa também contou com uma amostra heterogênea de entrevistados com relação às variáveis independentes pesquisadas e procurou abordar questões relevantes para o tema.

Entretanto, o estudo também apresentou diversas limitações, como o fato de a amostra não ser representativa. Algumas respostas podem ter sido influenciadas por questões inerentes à forma de trabalho do profissional entrevistado. Por exemplo, médicos intensivistas apresentaram pontuações baixas para as questões referentes aos medicamentos genéricos e ao PFPB, provavelmente porque as medicações utilizadas por estes profissionais estavam disponíveis diretamente nos seus postos de trabalho. O mesmo pode ter ocorrido com médicos que atuavam na ESF ou nas UBS; como estes profissionais contavam com farmácias em seus locais de serviço, o PFPB provavelmente não seria uma opção relevante para eles.

Como demonstrado anteriormente, algumas questões poderiam ter sido melhor redigidas, evitando que os entrevistados as confundissem ou as considerassem redundantes. O escore resultante também pode ter um valor limitado por sua somatória não permitir diferenciar entre diversos aspectos da prescrição, como o uso de genéricos e a consideração do custo dos fármacos, por exemplo. Por fim, o questionário se baseia nas ideias relatadas pelos próprios entrevistados, o que pode estar sujeito ao efeito Hawthorne, porém esta última hipótese é contradita pelos coeficientes de correlação baixos entre os pares de questões para cada assunto abordado.

Tanto médicos da ESF quanto MFCs e médicos sem especialidade apresentaram escores significativamente maiores do que seus colegas. É interessante notar que, à época da coleta de dados, a SMS de Curitiba não exigia qualquer tipo de

especialização para que um médico prestasse concurso público para trabalhar na ESF. Entretanto, nas UBS se exigia residência médica ou título de especialista para que se pudesse atuar como pediatra ou ginecologista-obstetra, o que permite inferir que é mais provável de se encontrar não especialistas entre os médicos da ESF do que nas UBS. Não foi objetivo deste estudo avaliar se MFCs e médicos sem especialização possuem características em comum que possam explicar a semelhança entre seus escores, tampouco se estas duas categorias, que foram encontradas em sua maioria nas unidades da ESF, apresentaram estes escores significativamente mais altos como uma consequência de seu *status* com relação à especialização ou pelo simples fato de atuarem na ESF. Também nota-se que a maioria dos médicos trabalhando na ESF não atuava em outros locais de trabalho, o que também pode ser uma variável de confundimento, já que este também foi outro fator associado a escores mais altos.

Não houve diferença estatística entre os escores de médicos formados em Curitiba e em outras cidades; os resultados poderiam ser generalizados para outros grandes centros urbanos do país, porém a grande heterogeneidade dos resultados em estudos sobre prescrição feitos no Brasil e no exterior, junto com as diferenças nos sistemas sanitários encontradas em vários municípios, torna esta possibilidade duvidosa.

Este estudo permite levantar as hipóteses de que em Curitiba médicos da ESF, MFCs, médicos sem especialidade, médicos que atuam em apenas um local de trabalho, médicos entre 25 e 34 anos e entre 40 e 59 anos de idade e médicos que se formaram entre os anos de 1985 a 1994 e entre 2005 e 2012 prescrevem de forma mais racional do que seus colegas. Estas hipóteses deverão ser testadas em um outro estudo utilizando o mesmo questionário, porém desta vez com uma amostra representativa. Outra possibilidade é a de conduzir um novo estudo com este questionário juntamente com uma análise de uma amostra das prescrições dos médicos entrevistados, de forma a tentar estabelecer se há correlação entre os escores e a qualidade das prescrições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 60, n. 4, p. 616-631, 2012.

ANDERSSON, K.; CARLSTEN, A.; HEDENRUD, T. Prescribing behaviour after the introduction of decentralized drug budgets: is there an association with employer and type of care facility? **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Stockholm, v. 27, n. 2, p. 117-122, 2009.

AZIZ, M. M.; CALVO, M. C.; SCHNEIDER, I. J. C.; XAVIER, A. J.; D'ORSI, E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, 2011.

AZIZ, M. M.; CALVO, M. C.; D'ORSI, E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a *Relação Municipal de Medicamentos*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 52-64, 2012.

BARRETT, J. S.; NARAYAN, M.; PATEL, D.; ZUPPA, A. F.; ADAMSON, P. C. Prescribing habits and caregiver satisfaction with resources for dosing children: rationale for more informative dosing guidance. **BMC Pediatrics**, London, v. 11, n. 25, 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-11-25.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

BERGER, A.; MYCHASKIW, M.; DUKES, E.; EDELSBERG, J.; OSTER, G. Magnitude of potentially inappropriate prescribing in Germany among older patients with generalized anxiety disorder. **BMC Geriatrics**, London, v. 9, n. 31, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2723114/pdf/1471-2318-9-31.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.

BORTOLON, P. C.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; ASSIS, M. Automedicação versus indicação farmacêutica: o profissional de farmácia na Atenção Primária à saúde do idoso. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 200-209, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. 1ª edição. Brasília, CONASS. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 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.

BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico**. 1 edição. Brasília, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

BREKKE, M.; ROGNSTAD, S.; STRAAND, J.; FURU, K.; GJELSTAD, S.; BJØRNER, T.; DALEN, I. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: how common? **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Stockholm, v. 26, n. 2, p. 80-85, 2008.

BUUSMAN, A.; ANDERSEN, M.; MERRILD, C.; ELVERDAM, B. Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group. A qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Stockholm, v. 25, n. 4, p. 208-213, 2007.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

CHIMONAS, S.; BRENNAN, T. A.; ROTHMAN, D. J. Physicians and drug representatives: exploring the dynamics of the relationship. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 2, p. 184-190, 2007.

COLOMBO, D.; HELENA, E. T. S.; 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. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 549-558, 2004.

CURITIBA, Câmara Municipal. Decreto Legislativo nº 05, de 15 de maio de 1991. Referenda o Convênio firmado entre a Central de Medicamentos - CEME e o Município de Curitiba para desenvolvimento do Programa de Assistência Farmacêutica, conforme especifica.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico da Secretaria**. Curitiba, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico da Secretaria Municipal de Saúde**. Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm>>. Acesso em: 26 out. 2011.

DAVIDSON, W.; MOLLOY, D. W.; SOMERS, G.; BÉDARD, M. Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 150, n. 6, p. 917-921, 1994.

DE BAKKER, D. H.; COFFIE, D. S. V.; HEERDINK, E. R.; DIJK, L. V.; GROENEWEGEN, P. P. Determinants of the range of drugs prescribed in general practice: a cross-sectional analysis. **BMC Health Services Research**, London, v. 7,

n. 132, 2007. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-132.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

DE SMET, B. D.; FENDRICK, A. M.; STEVENSON, J. G.; BERNSTEIN, S. J. Over and under-utilization of cyclooxygenase-2 selective inhibitors by primary care physicians and specialists. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 21, n. 7, p. 694-697, 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. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 149-156, 2007.

FENT, R.; ROSEMAN, T.; FÄSSLER, M.; SENN, O.; HUBER, C. A. The use of pure and impure placebo interventions in primary care – a qualitative approach. **BMC Family Practice**, London, v. 12, n. 11, 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-11.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

FERREIRA, M. B. Differences between general practitioners and allergists in treating moderate to severe persistent rhinitis. **Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology**, Barcelona, v. 22, n. 2, p. 136-137, 2012.

GARCIA, A. J.; MARTOS, F.; LEIVA, F.; SÁNCHEZ DE LA CUESTA, F. Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 17, n. 2, p. 144-149, 2003.

GARCÍA, F. M.; RAMIRO, M. A. S.; LÁZARO, G. A.; PULIDO, O. R.; AGÜERO, L. F.; CASTRO, A. V.; DO REGO, M. G. V. P. L. ¿También somos variables ante la Evidencia? **Revista Clínica de Medicina de Familia**, Albacete, v. 3, n. 1, p. 18-22, 2010.

GARJÓN, F. J.; AZPARREN, A.; VERGARA, I.; AZAOLA, B.; LOAYSSA, J. R. Adoption of new drugs by physicians: a survival analysis. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, n. 56, 2012. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-56.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

GIARDINI, M. H. **Uso de medicamentos por idosos em um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP**. 2005. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GJELSTAD, S.; DALEN, I.; LINDBÆK, M. GPs' antibiotic prescription patterns for respiratory tract infections – still room for improvement. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Stockholm, v. 27, n. 4, p. 208-215, 2009.

GOSSELL-WILLIAMS, M. D. Generic substitutions: a 2005 survey of the acceptance and perceptions of physicians in Jamaica. **The West Indian Medical Journal**, Mona, v. 56, n. 5, p. 458-463, 2007.

GRANT, R. W.; WEXLER, D. J.; WATSON, A. J.; LESTER, W. T.; CAGLIERO, E.; CAMPBELL, E. G.; NATHAN, D. M. How doctors choose medications to treat type 2 diabetes: a national survey of specialists and academic generalists. **Diabetes Care**, New York, v. 30, n. 6, p. 1448-1453, 2007.

GRÁVALOS, G. J. D.; FERNÁNDEZ, G. P.; MASID, E. N.; GÓRRIZ, I. C. Opinión de los médicos de atención primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 75, n. 4, p. 361-374, 2001.

HELMAN, C. G. **Cultura e farmacologia: drogas, álcool e tabaco**. In: HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª edição. Porto Alegre. Artmed. 2009. p. 179-202.

_____. **Interações médico-paciente**. In: HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª edição. Porto Alegre. Artmed. 2009. p. 113-142.

HYDE, J.; CALNAN, M.; PRIOR, L.; LEWIS, G.; KESSLER, D.; SHARP, D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. **British Journal of General Practice**, London, v. 55, n. 519, p. 755-762, 2005.

JAYE, C.; TILYARD, M. A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. **British Journal of General Practice**, London, p. 381-386, v. 52, n. 478, 2002.

KAYE, J. A.; BRADBURY, B. D.; JICK, H. Changes in antipsychotic drug prescribing by general practitioners in the United Kingdom from 1991 to 2000: a population-based observational study. **British Journal of Clinical Pharmacology**, London, p. 569-575, v. 56, n. 5, 2003.

KERSNIK, J.; PEKLAR, J. Attitudes of Slovene general practitioners towards generic drug prescribing and comparison with international studies. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, v. 31, n. 2, p. 577-583, 2006.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 85-89, 2008.

KOZYRSKYJ, A. L.; DAHL, M. E.; CHATEAU, D. G.; MAZOWITA, G. B.; KLASSEN, T. P.; LAW, B. J. Evidence-based prescribing of antibiotics for children: role of socioeconomic status and physician characteristics. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 171, n. 2, p. 139-145, 2004.

MARIN, M. J.; CECÍLIO, L. C. O.; PEREZ, A. E. W. U. F.; SANTELLA, F.; SILVA, C. B. A.; FILHO, J. R. G.; ROCETI, L. C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, 2008.

MARIN, N. **Uso racional de medicamentos**. In: MARIN, N. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro. OPAS/OMS. 2003.

MESTRINER, D. C. P. **O farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do município de Ribeirão Preto – SP**. 2003. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MOHAN, S.; DHARAMRAJ, K.; DINDIAL, R.; MATHUR, D.; PARMASAD, V.; RAMDHANIE, J.; MATTHEW, J.; PEREIRA, L. M. P. Physician behaviour for antimicrobial prescribing for paediatric upper respiratory tract infections: a survey in general practice in Trinidad, West Indies. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials**, London, v. 3, n. 11, 2004. Disponível em : <<http://www.ann-clinmicrob.com/content/pdf/1476-0711-3-11.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2012.

MOYNIHAN, R. Um novo acordo para definir doença. **BMJ Brasil**, Porto Alegre, v. 4, n. 37, p. 340-342, 2011.

NAVES, J. D. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

NEUMARK, T.; BRUDIN, L.; ENGSTRÖM, S.; MÖLSTAD, S. Trends in number of consultations and antibiotic prescriptions for respiratory tract infections between 1999 and 2005 in primary healthcare in Kalmar County, Southern Sweden. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Stockholm, v. 27, n. 1, p. 18-24, 2009.

OLIVEIRA, C. A.; MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; PIZOLETTO, B. H. M.; SANTOS, R. V. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1007-1016, 2009.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3561-3567, 2010. Suplemento 3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guide to good prescribing**. Geneva. OMS. 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva. OMS. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world medicines situation 2011**. 3ª edição. Geneva. OMS. 2011.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. **Assistência farmacêutica**. 2008.

PIZZOL, T. S. D.; TREVISOL, D. J.; HEINECK, I.; FLORES, L. M.; CAMARGO, A. L.; KÖENIG, A.; TORRES, I. L. S.; KADRI, M. C. T.; MONREAL, M. T. F. D.; MELO, A. M. M. F.; FERREIRA, M. B. C. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 827-836, 2010.

PLSEK, P. E.; GREENHALGH, T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. **BMJ**, London, v. 323, n. 7313, p. 625-628, 2001.

POLLOCK, M.; BAZALDUA, O. V.; DOBBIE, A. E. Appropriate prescribing of medications: an eight-step approach. **American Family Physician**, Kansas City, v. 75, n. 2, p. 231-236, 2007.

PORTELA, A. S.; LEAL, A. A. F.; WERNER, R. P. B.; SIMÕES, M. O. S.; MEDEIROS, A. C. D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2010.

PROSSER, H.; WALLEY, T. Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study. **British Journal of General Practice**, London, v. 53, n. 489, p. 305-311, 2003.

QUACH, C.; COLLET, J. P.; LELORIER, J. Acute otitis media in children: a retrospective analysis of physician prescribing patterns. **British Journal of Clinical Pharmacology**, London, v. 57, n. 4, p. 500-505, 2004.

QUICK, J. D.; HOGERZEIL, H. V.; VELÁSQUEZ, G.; RÄGO, L. Twenty-five years of essential medicines. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 80, n. 11, p. 913-914, 2002.

RUTSCHMANN, O. T.; DOMINO, M. E. Antibiotics for upper respiratory tract infections in ambulatory practice in the United States, 1997–1999: does physician specialty matter? **The Journal of the American Board of Family Practice**, Waltham, v. 17, n. 3, p. 196-200, 2004.

SANTIAGO, L. M.; CARDOSO, S. M. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 13, p. 46-52, 2008.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, 2011.

SCOTT, A.; JEON, S.; JOYCE, C. M.; HUMPHREYS, J. S.; KALB, G.; WITT, J.; LEAHY, A. A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 11, n. 126, 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2288-11-126.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

SILVÉRIO, M. S.; LEITE, I. C. G. Qualidade das prescrições em município de Minas Gerais: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 675-680, 2010.

SIMON, G. E.; PSATY, B. M.; HRACHOVEC, J. B.; MORA, M. Principles For Evidence-Based Drug Formulary Policy. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 20, n. 10, p. 964-968, 2005.

SKOGLUND, I.; BJÖRKELUND, C.; MEHLIG, K.; GUNNARSSON, R.; MÖLLER, M. GPs' opinions of public and industrial information regarding drugs: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, n. 204, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-204.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

SMITH, M. A.; COX, E. D.; BARTELL, J. M. Overprescribing of lipid lowering agents. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 15, n. 4, p. 251-257, 2006.

TAKAHASHI, G.; MATSUZAKI, Z.; NAKAYAMA, T.; MASUYAMA, K. Patterns of drug prescription for Japanese cedar pollinosis using a clinical vignette questionnaire. **Allergology International**, Carlton, v. 57, n 4, p. 405-411, 2008.

TAVARES, N. U.; BERTOLDI, A. D.; MUCCILLO-BAISCH, A. L. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1791-1800, 2008.

THEODOROU, M.; TSIANTOU, V.; PAVLAKIS, A.; MANIADAKIS, N.; FRAGOULAKIS, V.; PAVI, E.; KYRIOPOULOS, J. Factor influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 150, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2737540/pdf/1472-6963-9-150.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

TICHELAAR, J.; RICHIR, M. C.; AVIS, H. J.; SCHOLTEN, H. J.; ANTONINI, N. F.; DE VRIES, T. P. Do medical students copy the drug treatment choices of their teachers or do they think for themselves? **European Journal of Clinical Pharmacology**, Berlin, v. 66, n. 4, p. 407-412, 2010.

TSIMTSIOU, Z.; ASHWORTH, M.; JONES, R. Variations in anxiolytic and hypnotic prescribing by GPs: a cross-sectional analysis using data from the UK Quality and Outcomes Framework. **British Journal of General Practice**, London, v. 59, n. 563, p. 191-198, 2009.

VANCELIK, S.; BEYHUN, N. E.; ACEMOGLU, H.; CALIKOGLU, O. Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. **BMC Public Health**, London, v. 7, n. 122, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913508/pdf/1471-2458-7-122.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Pan-Americana de Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

VOSGERAU, M. Z.; SOARES, D. A.; SOUZA, R. K. T.; MATSUO, T.; CARVALHO, G. S. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1629-1638, 2011. Suplemento 1.

VOSGERAU, M. Z.; DE SOUZA, R. K.; SOARES, D. A. Utilização de genéricos em área de atuação da equipe de Saúde da Família em município do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 253-263, 2011.

WATKINS, C.; HARVEY, I.; CARTHY, P.; MOORE, L.; ROBINSON, E.; BRAWN, R. Attitudes and behavior of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, n. 1, p. 29-34, 2003.

APÊNDICE A – Autorização da SMS de Curitiba para a realização do estudo

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o pesquisador Eduardo Bertol protocolou sob o número 05/2013 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-Pr".
CAEE: 08903812.3.0000.5414

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 196/96.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 27 de fevereiro de 2013.

Coordenador do CEP/SMS

APÊNDICE B – Autorização do HUC para a realização do estudo

DECLARAÇÃO

Eu Jamil Soni, diretor técnico do Hospital Universitário Cajuru, autorizo Eduardo Bertol, médico inscrito no CRM nº 21411, CPF 029.515.299-02, a realizar pesquisa intitulada “ Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-Pr” com o corpo clínico do Hospital Universitário Cajuru.

Por ser verdade, firmo a presente.

Prof. Dr. Jamil Soni
Diretor Técnico
Hospital Universitário Cajuru
Prof. Dr. Jamil Soni
CRM 15172
Diretor Técnico

Curitiba, 28 de março de 2013.

APÊNDICE C – Autorização do CCNS para a realização do estudo

DECLARAÇÃO

Eu Rosemarie Elizabeth Sabota, diretora clínica do Nossa Saúde Operadora de Planos Privados de Assistência À Saúde Ltda., autorizo o Dr. Eduardo Bertol, médico inscrito no CRM N°21411, CPF 02951529902 a realizar pesquisa clínica com o corpo clínico do Centro Clínico do Nossa Saúde.

Por ser verdade, firmamos a presente.

Rosemarie Elizabeth Sabota
Diretora técnica *Rosemarie Elizabeth Sabota*
Médica CRM 7215

Curitiba 24 de outubro de 2012.

R. JULIO PERNETA, 31 - MERCÊS
(41) 3240-4700
www.nossasaude.com.br

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro(a) colega:

Meu nome é Eduardo Bertol, sou médico e sou aluno de mestrado no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob orientação do Professor Amaury Lelis Dal Fabbro. Gostaria de convidá-lo(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-PR**”. Este estudo visa chegar a uma compreensão de como os médicos em Curitiba prescrevem, de forma a fornecer dados que possam contribuir para o fortalecimento da assistência farmacêutica no município e melhorar o acesso da população aos recursos terapêuticos. Esta pesquisa não envolve riscos aos sujeitos participantes, sua participação é voluntária e você permanecerá incógnito(a).

Os objetivos do estudo são fazer um levantamento da prevalência de práticas de prescrição em uma amostra de médicos do município de Curitiba, Paraná, bem como de alguns dados demográficos, como especialidade médica, tempo de formado, idade, entre outros.

Se o(a) colega desejar participar, lhe será entregue neste momento um questionário auto-aplicável. O questionário consistirá de uma primeira parte sobre dados demográficos – idade, sexo, ano e cidade de formatura e especialidade (caso possua) – e uma segunda parte com 20 questões objetivas sobre hábitos de prescrição. O tempo para completar o questionário não deve ser superior a 3 minutos. Caso deseje participar do estudo, por favor, assine logo abaixo da seguinte declaração:

Declaro assim que meu consentimento e minha participação são de livre e espontânea vontade, estando ciente que os resultados da pesquisa poderão ser utilizados e divulgados em estudos e publicações futuras. Fica assegurada minha liberdade em não participar deste estudo, bem como o sigilo da minha identidade e o reconhecimento dos resultados obtidos, quando por mim solicitado. Declaro ainda ter recebido todos esses esclarecimentos por escrito, junto com este termo de consentimento, e que não receberei nenhum tipo de compensação ou vantagem pela participação neste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

Nome: _____

Eduardo Bertol (pesquisador)

Se tiver quaisquer dúvidas, por favor, entre em contato comigo ou meu orientador através dos telefones ou endereços de e-mail abaixo:

Eduardo Bertol
(041) 9912-8146
(041) 3532-5031
edbertol@yahoo.com.br
edbertol@usp.br

Amaury Lelis Dal Fabbro
(016) 9796-0299
adfabbro@fmrp.usp.br

Cordialmente,

Eduardo Bertol

APÊNDICE E – Questionário aplicado aos médicos participantes do estudo**Gênero:** ☐ M ☐ F**Idade:**_____ **Ano de formatura:**_____ **Cidade onde se formou:**_____**Outro(s) local(is) onde atende (você pode marcar mais de uma opção):**

- ☐ Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família
- ☐ Unidade de Saúde Básica
- ☐ CMUM/UPA/Pronto Atendimento/Pronto Socorro
- ☐ Clínica ambulatorial, consultório particular ou por convênio
- ☐ Hospital/Enfermaria/UTI/Centro cirúrgico

Área(s) em que atua (você pode marcar mais de uma opção, se pertinente):

- ☐ Assistência direta ao paciente
- ☐ Área acadêmica/de pesquisa

Tem especialização, pós-graduação ou residência?

- ☐ Não
- ☐ Sim, especialização ou pós-graduação, em curso
- ☐ Sim, especialização ou pós-graduação, concluída
- ☐ Sim, residência, em curso
- ☐ Sim, residência, concluída

Se sim, qual a principal especialidade em que atua no momento?

Para as afirmações a seguir, assinale a opção que melhor representa a sua opinião.

CT = Concordo totalmente.

CP = Concordo parcialmente.

I = Indiferente.

DP = Discordo parcialmente.

DT = Discordo totalmente.

	CT	CP	I	DP	DT
1- Eu me certifico de que o tratamento foi seguido a cada nova consulta com o paciente.					
2- Tratamentos antigos, porém bem validados por estudos, podem ser melhores do que drogas lançadas recentemente.					
3- Após prescrever, eu procuro me certificar se os pacientes entenderam os objetivos do tratamento.					
4- Sempre que possível, procuro prescrever medicamentos genéricos.					
5- Eu sempre levo em consideração o custo da medicação para o paciente na hora de prescrever.					
6- Eu entendo que, após prescrever o medicamento, o paciente vai seguir a receita, independente se ele foi informado do objetivo do tratamento ou não.					
7- Medicamentos genéricos costumam ser menos confiáveis do que medicamentos de marca.					
8- Eu sempre assumo que, ao retornar, o paciente seguiu minha prescrição conforme o orientado na consulta anterior.					
9- Eu tenho receio de que os pacientes me digam sua opinião com relação ao tratamento, já que são leigos no assunto.					
10- Eu oriento meus pacientes sobre a possibilidade de adquirir os medicamentos no Programa Farmácia Popular.					
11- Eu gosto de testar drogas novas no mercado sempre que possível, visando ampliar meu leque de opções terapêuticas.					
12- Eu me preocupo em basear minhas prescrições em dados de periódicos, protocolos, <i>guidelines</i> , livros-texto ou informações de congressos.					
13- O Programa Farmácia Popular não é relevante para mim quando oriento um paciente sobre aonde buscar a medicação prescrita.					
14- Sempre que possível procuro prescrever medicamentos disponíveis na rede pública de saúde.					
15- Medicamentos da rede pública de saúde costumam ser menos confiáveis do que os comprados em farmácias.					
16- Eu confio em basear minhas prescrições na opinião de colegas ou em informações sobre novos tratamentos fornecidas por representantes farmacêuticos.					
17- É importante que o paciente tente conseguir a medicação prescrita, pois a sua saúde é mais importante do que o custo que a medicação possa eventualmente ter.					
18- Ao orientar um tratamento, prefiro prescrever uma medicação a prescrever medidas não farmacológicas, como mudanças de estilo de vida, exercícios ou dietas.					
19- Eu envolvo os pacientes, sempre que possível, na tomada de decisão sobre o tratamento.					
20- Eu considero também alternativas não farmacológicas antes de prescrever.					