VANIA DOS SANTOS

**INDICADORES SELECIONADOS DO USO DE
MEDICAMENTOS – OMS, NO MUNICÍPIO DE
RIBEIRÃO PRETO-SP**

SÃO PAULO
1999

INDICADORES SELECIONADOS DO USO DE MEDICAMENTOS – OMS, NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO – SP

VANIA DOS SANTOS

*Tese apresentada ao Departamento de Prática
de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do Grau de Doutor.*

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof^ª Dr^ª Sandra M^a Ottati O. Nitrini

São Paulo
1999

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta teste, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

39274/2000 (da)

“Que todos os nossos esforços desafiem as impossibilidades; lembrai-vos que as grandes proezas da história foram conquistas do que se parecia impossível.”

Charles Chaplin

“São os passos que fazem os caminhos”

Mário Quintana

Dona Lurdinha, Seu Lidinho

É sempre tão difícil agradecer em poucas linhas o ensinamento de toda uma vida. Os anos se passaram, vitórias e derrotas aconteceram, mas havia sempre um porto seguro para onde voltar, um ombro onde encostar, derramar as lágrimas e aliviar a alma. Se houve algo que doeu no decorrer desse trabalho, sem dúvida, foram as horas que tive que passar longe de vocês. Já são tão poucos os momentos que podemos estar juntos e ficaram ainda mais curtos. Mas há uma coisa, que fica ainda maior, a cada dia que passa e que a maturidade se torna mais presente: é o amor que sinto por vocês. Em cada linha de cada página desse trabalho há um pouco de mim e por consequência, de vocês também.

Não esqueci de você não Tia “Ivoninha”. Obrigado por ter juntado seu caminho ao nosso, e conosco vir percorrendo essa longa jornada. Ok, Ok meninos e meninas, já sei que estão reclamando que os esqueci, mas só me resta mais uma linha, portanto caros companheiros da família Santos, vocês ficam para a próxima.....heheheh

Sandra

Sem dúvida um agradecimento todo especial tem que ser feito a você. Inicialmente por ter a coragem de aceitar orientar alguém que se iniciava em um novo assunto, que não era ainda costumeiramente desenvolvido naquela época na FSP. Mas, mais do que isso, tenho que agradecer pela confiança que em mim sempre depositou, na amizade que ofereceu, na humildade de sempre permitir meu contato com outros pesquisadores da área e por ensinar-me que os momentos de crise exigem, antes de mais nada, serenidade.

Bem “chefe”, obrigado por ter sido uma orientadora competente, uma amiga sempre presente e uma conselheira sempre disposta a ouvir. Sem você certamente esse trabalho não estaria sendo apresentado.

AGRADECIMENTOS

Durante o período de desenvolvimento desse trabalho, uma das frases que mais ouvi foi: “isto é impossível” ou “isto é muito difícil de conseguir”. Não foi um caminho fácil, mas como diz um amigo, fez-se o que era possível ser feito. O contato com o sistema de saúde e com a população permitiu vislumbrar a realidade que tantos perdem de vista, quando se escondem atrás dos “muros” acadêmicos. Esses “andares” pela periferia de Ribeirão Preto, reafirmaram minhas crenças. De que minha função e, mais do que isso, minha responsabilidade, como educadora e profissional da área de saúde, é produzir “saberes” que sejam voltados para a melhoria da qualidade de vida da população, e colaborar na formação de profissionais que não sejam meros repetidores de técnicas sofisticadas, mas sim observadores e transformadores da realidade.

Para que esse caminho de aprendizado fosse bem sucedido várias pessoas juntaram-se ao meu caminhar, e sem elas certamente este “fazer” não teria acontecido. É aos que assim como eu, concordam com Raul Seixas de que: “Sonho que se sonha só é só um sonho, mas sonho que se sonha junto é realidade”, digo que é hora de atarmos os cintos, pois a felicidade de sentir que as metas foram alcançadas, significa também que é hora de partirmos para novos vãos.

A TODOS que sonharam comigo faço um agradecimento especial e, sabendo que com certeza esquecerei algumas pessoas, peço aos que não encontrarem aqui seu nome que perdoem esta falha tão humana.

- Teresinha Aparecida Rissato Garcia, técnica especializada do extinto Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto -USP. Obrigado pela imensa contribuição no

desenvolvimento da parte experimental dessa tese e pela dedicação, carinho e lealdade demonstrada. Obrigado por ter vestido a camisa.

- Aos Srs. Secretários de Saúde do município de Ribeirão Preto, Dr. Luiz Carlos Raya e Dr. Pedro de Azevedo Marques pela autorização para a realização do mesmo.
- A Profa Dra Isabel Yoko Ito e ao Prof. Dr. Sérgio Luiz de Souza Salvador, Chefes do Departamento de Ciências da Saúde durante o período de realização dessa tese, e a Profa Dra Ana Maria de Souza, Chefe do Departamento de Análises Clínicas, Toxicológicas e Bromatológicas, meus agradecimentos pela colaboração recebida.
- A farmacêutica Darlene Caprari Pires Mestrenier, responsável pela Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, pela ajuda na realização estratégica do trabalho e pela contribuição técnica que nos permitiu uma melhor compreensão do sistema.
- A todos os farmacêuticos que trabalham nas farmácias das UBDS de Ribeirão Preto, mas especialmente a Liz Cristiane Mancuso, Míriam A. Moraes, Regina Célia Garcia de Andrade, Rogério Nogueira Bahia e Rute Aparecida Casas Garcia. A vocês, Liz e Rê, um abraço muito especial pela dedicação e paciência para responder a todas aquelas minhas 500 mil dúvidas.
- Aos gerentes e funcionários das UBS e UBDS, pela colaboração na coleta de dados.
- Aos pacientes que anonimamente tanto contribuíram, seja respondendo a nossa entrevista, como no contato diário quando da nossa presença nas unidades de saúde.
- Aos estagiários que mais do que alunos, foram calorosos companheiros de trabalho.
- Aos frentistas dos postos de gasolina e a tantos outros anônimos, que me ensinaram os caminhos para chegar as unidades de saúde. Foi a maior rede de informações geográficas que já encontrei.

- A Lizete Carmem Alberici, que com profissionalismo, competência e afetuosa sensibilidade, nos ajudou a chegar até aqui, assim como a muitos outros lugares.
- Aos amigos virtuais que estiveram ao meu lado nas madrugadas intermináveis e aos amigos reais que enxugaram o meu pranto e riram o meu riso.
- Ao Prof. Dr. José Clóvis do Prado Júnior pela colaboração na revisão do summary, e mais do que isso pela longa (ops, quase ia contando a tua idade) e bela amizade que temos conseguido cultivar.
- Ao Prof. Dr. Sérgio de Albuquerque pelo empréstimo do CD Room sobre medicamentos, o que contribuiu imensamente para o rápido acesso à informações fundamentais para o lançamento dos dados.
- Aos alunos que passaram pela disciplina de Saúde Pública, e a todos os outros com tenho tido a oportunidade de ter um contato constante, um obrigado por terem compreendido a dificuldade que tive, em alguns momentos, de conciliar, com qualidade, as atividades administrativas, de pesquisa e de docência. E também, pelos vários questionamentos e colocações que nos obrigam a chacoalhar os neurônios e tentar ver as coisas com enfoques diferentes.
- As secretarias Amélia Regina A. Albuquerque, Vânia Claudia Ramirez e Wania Maria Tavares da Silva, pela ajuda, principalmente na digitação da minuta dessa tese, e pelos tantos “incêndios” que constantemente nos ajudam a apagar.
- A CAPES e a FAPESP pelo apoio financeiro.

RESUMO

SANTOS, V. Indicadores Seleccionados do Uso de Medicamentos-OMS, no município de Ribeirão Preto-SP; 1999. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

OBJETIVO: O uso racional de medicamentos é essencial para se atingir níveis adequados de saúde. Objetivou-se, descrever as práticas terapêuticas, e avaliar a prestação dos serviços em 20 unidades de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Utilizou-se os indicadores de uso de medicamentos da OMS: indicadores de prescrição (IP), de assistência ao paciente (IAP) e do serviço de saúde (ISS).

MÉTODOS. Trabalhou-se com clínicos e pediatras, utilizando para o IP 6692 receitas, 30 amostras por unidade para o IAP e 69 a 71 medicamentos para o ISS.

RESULTADOS. O número médio de medicamentos por receita é 2,4; das prescrições, 30,5% são pela denominação genérica. A prescrição de antibióticos ocorre em 21,3% das receitas, e em 8,2% há prescrição de injetável. Em 80,1 % das prescrições os medicamentos constam da Lista de Medicamentos Padronizados (LMP). O tempo médio de consulta é de 9,2 minutos, e o de dispensação de 19 segundos. Em 70,0% dos casos a população sabe como tomar o medicamento. Do total de medicamentos prescritos, forneceu-se a população 60,3%; para a presença dos medicamentos chaves o indicador foi de 98,4%.

CONCLUSÕES: a prescrição pela denominação genérica é baixa, o conhecimento da dose, a prescrição pela LMP e a disponibilidade dos medicamentos é boa. O tempo de dispensação é insuficiente. Para avaliação dos outros indicadores faltam parâmetros.

Descritores. Saúde Pública. Medicamentos. Indicadores. Prescrição.

SUMMARY

Santos V. **Selected Indicators in the Use of Drugs - WHO, in the city of Ribeirão Preto - SP**, 1999. (Doctor Thesis – Faculdade de Saúde Pública – USP)

Objectives: The reasonable use of medicines is essential to achieve an adequate health standard. The therapeutic measurements to be adopted and the quality of the services rendered to population in 20 Health Units in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, was studied. This evaluation was based on the list of indicators in the use of medicines published by WHO: prescription indicator (PI), assistance patient indicator (API) and health service indicator (HSI). **Methods:** Generalist and pediatric physicians' prescriptions were used in this study, in a total of 6692 samples for (PI), 30 per unit for (API) and 69 to 71 medicines for (HSI). **Results:** The mean average of medicines used per prescription was 2.4%, and 30.5% were written using generic or commercial names. The average of prescribed oral antibiotics was 21.3% and for parenteral 8.2%. In 80.1% of the prescriptions, the requested medicines belong to the Standardized Medicine List (SML). The mean time used for the doctor during medical appointment is 9.2 minutes and to release patient 19 seconds. Only 70% of the attended patients were able to take medicines by themselves. An average of 60.3% of the patients received free medicines provided by the Institution. For the main prescribed medicines, the indicator level was 98.4%. **Conclusions:** The prescriptions using generic or commercial medicine names are low. The accuracy of the users' dosage, the requested medicines available on the SML and medicine disponibility are good. The requested time for dispensation is insufficient. Some other investigations and standards to evaluate alternative indicators are needed.

Descriptions: Public Health, Medicines, Indicators and Prescriptions

TABELAS/FIGURAS

Tabela 1. Indicadores de Saúde no município de Ribeirão Preto, 1997.

Tabela 2. Rol das UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto, utilizadas no estudo, com as distritais de referência e horário de funcionamento.

Tabela 3. Distribuição do número de médicos, do total de receitas por UBS e UBDS, na clínica médica e pediatria, município de Ribeirão Preto, 1996.

Tabela 4. Distribuição do número de médicos e especialidades e do total consultas por UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1996.

Tabela 5. Indicadores de prescrição por clínica médica, nas UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto, 1998.

Tabela 6. Indicadores de prescrição, pediatria, nas UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto, 1998.

Tabela 7. Indicadores de prescrição, por especialidade médica, UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1998.

Tabela 8. Tempo de consulta por clínica médica e pediatria, nas UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto, 1996.

Tabela 9. Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta do medicamento, por UBS e UBDS, do município de Ribeirão Preto, 1996.

Tabela 10. Disponibilidade (em %) dos medicamentos chaves, por UBS e UBDS, do município de Ribeirão Preto, 1996.

Figura 1. Número médio de medicamentos por receita na clínica médica e pediatria, UBS e UBDS no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 2. Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico na clínica médica, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 3. Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, na pediatria, UBS e UBDS no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 4. Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, na clínica médica e pediatria, das UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 5. Porcentagem de receitas em que se prescreve um antibiótico, na clínica médica, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998

Figura 6. Porcentagem de receitas em que se prescreve um antibiótico, na pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 7. Porcentagem de receitas em que se prescreve um antibiótico, na clínica médica e pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 8. Porcentagem de receitas em que se prescreve um medicamento injetável, na clínica Médica, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 9. Porcentagem de receitas em que se prescreve um medicamento injetável, na pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 10. Porcentagem de receitas em que se prescreve um medicamentos injetável, clínica médica e pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 11. Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP na clínica médica, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 12. Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP, na pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 13. Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP, na clínica médica e pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 14. Tempo médio de consulta da clínica médica e pediatria, UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1996

Figura 15. Tempo médio de dispensação, UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1996.

Figura 16. Porcentagem de medicamentos dispensados, UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1998.

Figura 17. Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta do medicamento por UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1996.

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O sistema de saúde	1
1.2. O medicamento	3
1.3. O mercado farmacêutico brasileiro	6
1.3.1. Histórico	6
1.3.2. Características	7
1.3.3. Código de propriedades industriais	9
1.4. Medicamentos essenciais e medicamentos genéricos	11
1.5. Nova política de medicamentos no Brasil	14
2. INDICADORES SELECIONADOS DO USO DE MEDICAMENTOS	17
3. JUSTIFICATIVA	22
4. OBJETIVOS	24
5. MATERIAL E MÉTODOS	26
5.1. Caracterização do município de Ribeirão Preto	26
5.2. Caracterização do serviço de assistência farmacêutica do município	29
5.3. Caracterização das unidades de saúde	30
5.4. Amostras	33
5.4.1. Indicadores de prescrição	34
5.4.1.1. Obtenção das receitas	37
5.4.1.2. Critérios utilizados	37
5.4.1.3. Cálculo dos indicadores	42
5.4.2. Indicadores de assistência ao paciente	43
5.4.2.1. Tempo médio de consulta	43
5.4.2.1.1. Obtenção da amostra	43
5.4.2.1.2. Critérios adotados	43
5.4.2.1.3. Cálculo do indicador	44
5.4.2.2 Tempo médio de dispensação	46
5.4.2.2.1. Obtenção da amostra	46
5.4.2.2.2. Critério adotado	46
5.4.2.2.3. Cálculo do indicador	47

5.4.2.3. Porcentagem de medicamentos dispensados	47
5.4.2.3.1 Obtenção da amostra	47
5.4.2.3.2. Critérios adotados	47
5.4.2.3.3. Cálculo do indicador	48
5.4.2.4. Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta	48
5.4.2.4.1. Obtenção da amostra	48
5.4.2.4.2. Critérios adotados	49
5.4.2.4.3. Cálculo do indicador	49
5.4.3. Indicadores sobre o serviço de saúde	50
5.4.3.1. Disponibilidade de medicamentos chaves	50
5.4.3.1.1. Obtenção das amostras	50
5.4.3.1.2. Critérios adotados	50
5.4.3.1.3. Cálculo do indicador	51
5.5 Dificuldades encontradas para a obtenção dos dados	51
6. RESULTADOS	55
6.1. Indicadores de prescrição	57
6.2. Indicadores de assistência ao paciente	73
6.3. Indicadores sobre o serviço de saúde	80
7. DISCUSSÃO	81
8. CONCLUSÕES	97
9. SUGESTÕES	98
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

ANEXOS

Anexo 1. Principais mudanças decorrentes da Lei 9279/96 e suas implicações.	1A
Anexo 2. Dados de população por faixa etária, Ribeirão Preto, 1998.	2A
Anexo 3. Dados de rendimento por chefe de família, município de Ribeirão Preto, 1991.	3A

Anexo 4. Distribuição dos médicos segundo sexo, por especialidade médica, e UBS/UBDS de origem, Ribeirão Preto, 1998.	4A
Anexo 5. Relação das UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, com horário de funcionamento e utilização ou não no trabalho.	5A
Anexo 6. Lista de Medicamentos Padronizados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto vigente no mês de maio de 1998.	6A
Anexo 7. Instrumento utilizado para a avaliação do indicador de conhecimento da dose pelo paciente.	11A
Anexo 8. Lista de medicamentos chaves cuja disponibilidade foi verificada, UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto.	13A
Anexo 9. Discriminação dos indicadores utilizados por UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto.	15A
Anexo 10. Resultados obtidos por outros autores ao utilizar indicadores selecionados do uso de medicamentos.	16A

1. INTRODUÇÃO

1.1. O sistema de saúde

O nível de saúde de uma população está diretamente relacionado às políticas econômicas e sociais adotadas no país, e saúde está inserida dentro destas políticas sociais. Isto é verificado quando se observa que modificar as macrodiferenças existentes nos padrões de saúde, ou mesmo intensificar o processo secular de mudança nos perfis epidemiológicos, está fora da capacidade dos serviços. Estas mudanças ocorrem em função de alterações dos padrões econômicos ou da intensificação de políticas sociais como aquelas voltadas para as questões de saneamento e pelo incremento do estado nutricional da população²¹.

O Art. 196 da Constituição Federal determina que: "o direito a saúde deverá ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"¹⁶. O Brasil, apesar de períodos de estabilidade econômica, enfrenta imensas dificuldades na implementação de políticas sociais e conseqüentemente de políticas de saúde^{43,44,52,73}.

A sociedade brasileira é caracterizada por grandes desigualdades sociais e elevada exclusão social⁸⁸. Segundo Monteiro e col.⁷², em 1979, os 25,0% mais pobres tinham uma prevalência cinco vezes maior de desnutrição quando comparados aos 25,0% mais ricos. Em 1989, essa diferença era de 9,7 vezes.

Apesar das desigualdades, nas últimas décadas, observou-se, no país, um aumento significativo da expectativa de vida, reduções acentuadas em indicadores como o de mortalidade infantil, de mortalidade proporcional por doenças infecciosas e da taxa de fecundidade, o que indica melhora significativa na saúde da população. Entretanto, paralelamente a estes indicadores o Brasil apresenta níveis de saúde mais baixos quando comparados com os de outros países com economia similar, tais

como: Argentina, México e Uruguai. Observam-se grandes disparidades macro e microregionais aliadas ao crescimento da violência, e das doenças e agravos a saúde de origem ambiental e ocupacional. A transição demográfica ou acumulação epidemiológica como define Mendes⁷¹, implica em um perfil de aumento de doenças crônico-degenerativas, mas ainda com altos índices de doenças características da miséria e da pobreza e do baixo nível cultural do país, tais como: o dengue, a cólera, a esquistossomose, a tuberculose, a hanseníase e a doença de Chagas^{21,62}.

O sistema de saúde brasileiro apresenta-se em crise caracterizada, entre outros aspectos, por dificuldades na gestão financeira, ausência de uma política de recursos humanos e uma indefinição quanto ao seu controle gerencial^{21,37,67,68}. Verifica-se uma dicotomia entre o modelo privatista e o estatal e entre a medicina preventiva e curativa, com consequências ruins para a população, causando grandes desigualdades no atendimento.

O sistema de saúde vigente no país é o Sistema Único de Saúde (SUS). E entende-se sistema como um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. A criação do SUS tem como marco importante o ano de 1986, quando foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. O relatório final desta conferência foi o arcabouço da criação do SUS, oficializado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8080 de 19 de setembro de 1990 e 8142 de 28 de dezembro do mesmo ano^{15,16,18}.

A Lei 8080¹⁸ define que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Trata ainda de três aspectos fundamentais: 1. Incorpora o conceito de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico, o meio sócio econômico e cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde; 2. Legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis. O dever de prover o pleno gozo deste direito é responsabilidade do Governo; 3. Estabelece o SUS, que é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera do governo e sob controle de seus usuários. Os

serviços particulares, quando conveniados e contratados, passam a ser complementares e sob diretrizes do SUS.

A criação do SUS tira o país do regime previdencialista trazendo-o para o regime universalista, entendendo mudar e implantar uma nova filosofia de atendimento em saúde com os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização (municipalização), resolubilidade; participação da comunidade e complementaridade do setor privado¹⁷.

1.2. O medicamento

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define medicamento como: "toda substância contida em um produto farmacêutico, empregada para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos em benefício de uma pessoa a qual se administra" ⁹⁹.

A questão do medicamento no mundo moderno pode ser analisada historicamente a partir do final do século passado, quando se inicia o processo de síntese de fármacos e a opção pela alopatia em detrimento da homeopatia. Durante este período, passa-se pela fase das grandes descobertas da era bacteriológica, com o grande desenvolvimento das ciências ligadas à fisiologia, à bioquímica e à patologia. O homem passa a priorizar uma visão unicausal das várias patologias, tornando-se a ciência mais mecanicista em detrimento de uma visão mais humanista e holística do indivíduo. Incrementa-se a visão da parte em detrimento do todo^{4,10,59,86}.

Ao lado do desenvolvimento de várias ciências, o progresso crescente do potencial tecnológico e econômico, observados principalmente após a Segunda Guerra Mundial, foram vitais para o desenvolvimento da área dos medicamentos. Após a década de 50 e até os dias atuais, observa-se uma “explosão farmacológica”^{4,59}. Segundo Dupim e Righi³⁶, esta grande oferta de produtos farmacêuticos, em um contexto político mais amplo, passou a ser considerada como

compensação a uma estratégia sanitária deficiente. Por suas condições precárias, é nos países em desenvolvimento que tal afirmação parece ainda mais oportuna.

Os medicamentos inserem-se no contexto do sistema de saúde, tendo grande importância nas ações curativas e preventivas (ex. imunobiológicos). Como já destacado anteriormente, o Brasil sofreu nas décadas de 60, 70 e 80 uma dicotomia entre medicina preventiva e curativa, com amplo favorecimento à última. Tem-se como características principais dessa época: a especialização médica, a priorização do desenvolvimento e aplicação de tecnologias especializadas em detrimento de ações simples e eficazes, os hospitais surgem como instituições de saúde onipresentes e onipotentes e, principalmente, cria-se na população a cultura da cura milagrosa, passando os remédios a desempenhar um importante papel no referencial psicológico dos pacientes. Consolida-se a cultura de que o comprimido pode resolver todos os problemas de saúde do indivíduo, mesmo os de origem não fisiológicas^{4,6,31}.

Desenvolve-se o marketing agressivo das indústrias farmacêuticas, formam-se as grandes redes de drogarias e ocorre o afastamento do profissional farmacêutico do atendimento direto a população, abrindo espaço a balconistas sem formação qualificada, favorecendo a prática da “empurroterapia”. O problema é agravado porque os medicamentos não são simplesmente um artigo de consumo, mas sim produtos que são especialmente perigosos se o seu uso é desnecessário e irracional^{4,6,34,61,97}.

A OMS afirma que a informação disponível mostra claramente que os medicamentos, de uma maneira geral, não são utilizados de forma correta e que o desequilíbrio entre a informação farmacêutica comercial e não comercial contribui para essa má utilização. Certifica ainda que os profissionais de saúde nem sempre tem um conhecimento preciso da substância ou substâncias ativas que na realidade prescrevem⁷⁷.

Em uma realidade na qual o sistema público de saúde, em alguns momentos, não consegue atender minimamente as necessidades da população, a problemática dos medicamentos é de extrema importância. A situação é mais grave na medida que, em muitos municípios, quanto aos medicamentos essenciais, a rede de saúde não supre quantitativamente e qualitativamente as necessidades da

população. A OMS define medicamentos essenciais como aqueles que satisfazem a necessidade dos cuidados de saúde da maioria da população e devem estar disponíveis o tempo todo em quantidades adequadas e em formas apropriadas de dosagem. A escolha de tais drogas depende de vários fatores, tais como o padrão das doenças prevalentes, as facilidades de tratamento, o treino e experiência das pessoas, os recursos financeiros disponíveis e fatores genéticos, demográficos e do meio ambiente¹⁰².

Os produtos farmacêuticos são necessários não somente porque alguns salvam a vida, senão também porque a maioria das pessoas não tem confiança em um sistema de atenção de saúde que não pode fornecer medicamentos⁴.

Quando o sistema de saúde não fornece o medicamento ao usuário, resta ao mesmo a possibilidade de recorrer ao sistema privado de farmácias/drogarias, submetendo-se, portanto, às leis de mercado: oscilações de preços, atendimento não qualificado, medicamentos falsificados e outras práticas não éticas desenvolvidas em alguns destes estabelecimentos. Convém ressaltar que grande parte da população apresenta um baixo poder aquisitivo, existindo estimativas de que 50 milhões de brasileiros estão marginalizados do consumo de medicamentos devido a este fator^{4,53}.

É interessante notar que, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)²¹: “Por qualquer que seja o conceito ou indicador social/econômico pelo qual se estratificam os indivíduos (classe social, renda, educação, ocupação, etc.), observam-se grandes diferenciais na ocorrência de agravos e doenças. Tanto as ditas doenças da “riqueza” como as ditas da “pobreza” ocorrem, em geral, nas populações mais pobres”.

Segundo o trabalho do IPEA²¹, o Banco Mundial em documento de 1990, conclui que: “Em resumo, são os pobres do Brasil que enfrentam maiores riscos dos problemas de saúde da pós-transição, que tem as mais altas taxas de doenças, e que apresentam as mais altas taxas de mortalidade por estas doenças.”

Com todos os problemas apresentados, caso o usuário não receba o seu medicamento pelo serviço público, podem ocorrer duas situações: uma em que compra o medicamento, mas não o recebe na forma correta em decorrência de uma dispensação inadequada, a outra em que não pode nem ao menos chegar a comprá-lo.

Em ambas as situações a consequência é a mesma, ou seja, a adoção de uma terapia medicamentosa ineficaz.

1.3. O mercado farmacêutico brasileiro

1.3.1. Histórico

Segundo Barros⁴, até os anos 30, o desenvolvimento alcançado pela indústria farmacêutica no Brasil foi praticamente igual ao observado em outros países. As numerosas unidades de produção existentes, em sua maioria, eram de reduzidas dimensões e tinham uma origem familiar. Baseadas em matérias-primas de origem vegetal e mineral, nestas unidades eram produzidos medicamentos que satisfaziam o mercado, naquela época bastante reduzido. A necessidade de enfrentar algumas doenças infecciosas de caráter epidêmico estimulou a criação de laboratórios estatais que passaram a fabricar soros e vacinas.

Segundo o mesmo autor, após os anos 30, ocorreram grandes alterações na indústria farmacêutica européia e dos EUA. Concomitantemente, nota-se uma verdadeira revolução na estrutura de mercado, tanto local como internacional. Inicia-se o aprofundamento da defasagem tecnológica entre os diversos países e, conseqüentemente, entre a indústria farmacêutica nacional e a internacional, ao mesmo tempo que se estabelece fortemente o capitalismo cuja máxima é a ampliação de mercados com um conseqüente aumento de consumidores. Soma-se a isso a implementação de políticas de governo que estimularam a entrada de empresas estrangeiras, não sendo tomadas medidas efetivas que incentivassem a consolidação dos laboratórios nacionais.

A consequência da defasagem tecnológica, da procura de novos mercados e da política adotada é a desnacionalização da indústria farmacêutica brasileira. O domínio do capital estrangeiro faz-se presente não somente em termos de venda, mas também em relação ao controle de matérias-primas e das especialidades⁴.

1.3.2. Características

Segundo Bermudez⁸, o Brasil “considerado um dos dez maiores mercados de medicamentos do mundo, apresenta aspectos neste segmento industrial que se caracterizam pela oligopolização, concentração, cartelização e internacionalização.”

Alguns dados confirmam tal situação. Segundo relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Indústria Farmacêutica¹⁴, em 1975, 84% das vendas realizadas no país eram realizadas por empresas transnacionais, embora as mesmas fossem em número de 60 contra 391 empresas de capital nacional. Segundo dados apresentados por Bermudez⁹, em 1989, 24,8% do mercado farmacêutico era de origem nacional, enquanto 75,2% era composto por transnacionais.

Barros⁴ afirma que a desnacionalização fica mais do que comprovada quando observada no período de 1957 a 1979, no qual 35 laboratórios nacionais transferiram-se para o domínio do capital estrangeiro; enquanto que no período de 1970 e 1975, dezessete empresas farmacêuticas nacionais tiveram alterado seu controle acionário e, no período compreendido entre 1970 e 1985, as empresas transnacionais adquiriram um total de 66 empresas.

Não obstante a crise econômica vivida pelo país nos anos 80 – evidenciada, por exemplo, pela taxa de crescimento nula do Produto Nacional Bruto – o faturamento global do setor farmacêutico duplicou entre 1982 e 1990, passando de US\$ 2,3 bilhões para quase cinco bilhões de dólares⁴. De dezembro de 1995 a novembro de 1996, a indústria farmacêutica faturou R\$ 9,6 bilhões. O crescimento foi de 16,4% em relação a 1995. Quanto às vendas, o crescimento, no mesmo período, foi de 2,8%, atingindo a marca de 1,8 bilhão de unidades⁶³.

Uma característica importante do mercado farmacêutico brasileiro está relacionada com os preços impostos pelo setor. Em novembro de 1992, a Escola Nacional de Saúde Pública, selecionou seis medicamentos de amplo consumo e comparou seu preço em dólares com especialidades similares existentes no mercado internacional. Os preços no Brasil eram 20 vezes maiores. Outro estudo de natureza semelhante, realizado em 1993 pelo Ministério da Saúde, confrontou os valores

cobrados pelas indústrias às farmácias por 20 medicamentos de uso contínuo, dentro e fora do país, constatando preços até 15 vezes maiores no Brasil⁵⁸. Recordando o que foi citado anteriormente sobre as grandes discrepâncias da distribuição de renda nacional, pode-se observar facilmente a gravidade da situação que estes estudos indicam.

Destaca-se, que a promoção do nome comercial e, portanto, das marcas fantasias, consome entre 20 e 40% do faturamento das empresas^{14,33,53}.

Outro fator de grande importância no mercado é o número excessivo de medicamentos. Embora não existam dados precisos, a estimativa é que se encontrem à venda, no Brasil, entre 7 e 10 mil especialidades farmacêuticas com uma quantidade de apresentações que pode chegar a 25 mil⁴. Tais números são entretanto contestados pela Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma), segundo a qual: “não há 40 mil medicamentos no mercado brasileiro. Há 4.850 produtos, em 8.300 apresentações (xarope, cápsulas, drágeas, supositórios, injetáveis etc...)”⁶⁹. Mesmo considerando estes últimos dados como sendo os verdadeiros, o número é excessivo quando comparado a outros países, principalmente considerando que segundo Lunde⁶⁶, a experiência de Países Nórdicos e da Itália indica que para o tratamento farmacológico habitual basta uma seleção de 200 a 500 fármacos, o que pode ser confirmado ao observar-se que a 8ª Lista de Medicamentos Essenciais da OMS recomenda um total de aproximadamente 300⁷⁵.

O caos do mercado farmacêutico brasileiro pode ser avaliado pela declaração transcrita a seguir:

Dos 352 laboratórios farmacêuticos cadastrados pela ABIFARMA, 200 não são “sérios”. A estimativa, que corresponde a 56,8%, é de José Eduardo Bandeira de Mello, presidente da Abifarma. Eles praticam a “empurroterapia”, oferecendo vantagens aos donos de farmácia para empurrar seus produtos no lugar dos receitados pelos médicos. Segundo José Eduardo, laboratórios fabricam medicamentos com princípio ativo em dosagem inferior ao declarado e, pior ainda, alguns chegam a vender substâncias inócuas como se fossem remédios. Isto para não falar dos

laboratórios clandestinos, da falsificação e do comércio ilegal de medicamentos⁴⁰.

Acrescente-se também a venda de medicamentos via Internet, os quais não tem registro e não tem informações sobre contra-indicações, efeitos colaterais e outras informações de fundamental importância ao usuário, podendo ocorrer inclusive a comercialização de produtos cuja venda é proibida no país. Segundo declarações da Secretária Nacional de Vigilância Sanitária, em 1997, esse fato era muito recente e não estava contemplado na legislação vigente⁸³. Situação que ainda perdura nos dias atuais.

1.3.3. Código de propriedades industriais

A adoção do Código de propriedades industriais, regulamentada pela Lei 9279 de 14 de maio de 1996²⁰, trará certamente alterações ao mercado farmacêutico nacional. Esta lei tramitou por 5 anos no Congresso Nacional e foi motivo de grandes embates políticos realizados tanto no Brasil como no exterior. Pressões vindas principalmente dos EUA ameaçaram inclusive o equilíbrio da balança comercial brasileira, por meio de sanções a exportações de produtos nacionais^{3,4,54,60}. Apresenta-se no anexo 1, quadro comparativo com as principais mudanças decorrentes da Lei.

Segundo a Lei²⁰, é patenteável a invenção que atenda aos requisitos de novidade, atividade inventiva e aplicação industrial. O código define que a patente confere ao seu titular o direito de impedir a um terceiro, sem o seu consentimento, de produzir, usar, colocar à venda, vender ou importar o produto objeto de patente, ou o resultado obtido diretamente por processo patentado.

Anteriormente, era permitido à indústria nacional fabricar um produto com base no conhecimento externo disponível. Mesmo em caso de produto patentado, a indústria nacional podia requerer o que se chamava de licença compulsória. Se o dono da patente impedisse a empresa brasileira de fabricar o produto, o INPI – Instituto Nacional de Propriedade Intelectual – poderia conceder a

permissão, mediante o pagamento de uma taxa, procedimento que não pode mais acontecer³.

A Lei 9279 adotou ainda o dispositivo chamado "pipeline" (prevenção de direito), que assegura retroatividade, passando a valer a patente requerida no exterior antes da vigência da lei brasileira. Podem, portanto, ser cobrados "royalties" pelos produtos que inclusive já caíram em domínio público no Brasil.

Nos países onde a lei de patentes foi adotada, houve uma política anterior de desenvolvimento do parque industrial nacional e um tempo maior para que as indústrias nacionais pudessem adequar-se a nova legislação. O GATT - Acordo Geral de Preços e Tarifas - admitia, para efeito de adoção de cada país, que a lei poderia entrar em vigor num prazo de até nove anos após a sua sanção³. Pela lei brasileira, o prazo previsto foi de somente um ano.

Segundo alguns autores^{3,74} a adoção do novo Código de Propriedades Industriais poderá levar a formação de monopólios (direito exclusivo de produção e comercialização de um produto) e o preço do medicamento pode elevar-se ainda mais, por causa da diminuição da livre concorrência, o que segundo Kanter⁵⁵ realmente é o que se pode observar passados 2 anos da aprovação da lei. A lei inibiria ainda a criação de um parque industrial nacional independente e produtivo, voltado para as reais necessidades do Brasil⁶⁰.

Um dos argumentos utilizados a favor da adoção do novo código é o de que mesmo anteriormente a adoção da lei, a indústria nacional, na área de medicamentos, não se desenvolveu, só produzindo produtos não patenteáveis ou embalando produtos produzidos no exterior, sem nenhum tipo de desenvolvimento de novas tecnologias e fármacos⁴⁵, fato decorrente principalmente da falta de uma política de medicamentos no Brasil.

A aplicação de capital no desenvolvimento de novos fármacos é elevada, sendo que a descoberta de um novo sal terapêutico, eficiente e seguro é resultado de investimentos que variam de US\$500 milhões a US\$ 200 milhões de dólares em pessoal, equipamentos, estudos e infra-estrutura de pesquisa, com prazo médio de colocação no mercado de cerca de doze anos⁷⁰. A nova lei poderia oferecer maior

incentivo e segurança para que as empresas farmacêuticas transnacionais investissem no Brasil².

De acordo com Leite⁶⁰, a patente, quando internacionalizada, amplia as diferenças entre as nações no que diz respeito à riqueza, sendo, portanto, um fator de desequilíbrio entre as mesmas. Ainda segundo o autor, no caso de medicamentos, 96% de todas as patentes registradas são de empresas localizadas no primeiro mundo e 4% de companhias de países em desenvolvimento.

Segundo Bermudez¹⁰:

As distorções do mercado brasileiro de medicamentos, considerado um dos cinco ou seis maiores do mundo, mostram claramente sua incapacidade de se auto-regular. Os produtos supérfluos ou desnecessários lançados no comércio e a propaganda enganosa e despida de quaisquer padrões éticos que a indústria promove, especialmente no comércio varejista, são reflexos da falta de regulamentação que permite que o medicamento continue a ser tratado como bem de consumo e não na qualidade de insumo essencial às ações de recuperação da saúde. Por outro lado, a dependência tecnológica e econômica do país produz uma contradição: um dos maiores mercados farmacêuticos, não obstante dos mais dependentes, tem nítida concentração de renda e grande parcela da população excluída do direito a saúde e ao bem-estar social.

1.4. Medicamentos essenciais e medicamentos genéricos

As condições do mercado farmacêutico no Brasil, mostram a necessidade da efetiva implantação de uma política de medicamentos. É necessário que o Estado por meio do sistema de saúde forneça e garanta ao usuário medicamentos essenciais, de boa qualidade e que os mesmos sejam corretamente utilizados. O comércio deve ser regulamentado de forma a garantir um atendimento de qualidade, com efetiva assistência farmacêutica e que o paciente possa ter certeza que está levando um medicamento eficaz a preços acessíveis. Para tal, o medicamento deve deixar de ser

visto como produto de consumo, ou seja, como uma mercadoria qualquer e ser considerado como um importante instrumento de promoção da saúde.

Dessa forma, uma política de medicamentos deve ter como um de seus objetivos primordiais o uso racional de medicamentos, definido como o processo que compreende: a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, o consumo nas doses e pelo período de tempo indicados e nos intervalos definidos de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade²⁴.

Sendo a assistência farmacêutica definida como um conjunto de ações e serviços que visam assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção, proteção e recuperação da saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção ou fabricação, obtenção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos⁹⁸.

No Brasil, medicamento genérico é conceituado como um medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI)²⁶.

Dentro do conceito de uso racional de medicamentos, duas estratégias são de vital importância: a adoção da lista mínima de medicamentos essenciais e a regulamentação de uma política de medicamentos genéricos. Um esforço muito grande para a difusão de tais conceitos tem sido feito pela OMS. Em 1975, a vigésima oitava Assembléia Mundial da Saúde, afirmou que estava “convencida da necessidade de desenvolvimento de políticas de medicamentos que ligassem a pesquisa de fármacos, produção e distribuição com reais necessidades de saúde”. Em dezembro de 1976, ocorre o primeiro encontro da OMS sobre política de medicamentos, sendo a primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais publicada em 1977, estando atualmente na sua oitava versão revisada^{75,103}.

Em sua Assembléia Mundial realizada em 1992, a OMS pede aos estados-membros que decretem leis para assegurar que os nomes internacionais não patenteáveis ou nomes genéricos equivalentes e utilizados nos rótulos dos medicamentos sejam sempre destacadamente mostrados¹⁰³.

No Brasil, com a criação, em 1971, da Central de Medicamentos – CEME e do Plano Diretor de medicamentos, em 1973, é estabelecida formalmente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo a sua última versão revisada e publicada em 1999^{6,27}. Entretanto, não mais que um terço da aquisição de medicamentos pelo governo realizava-se por meio da CEME, seguindo os parâmetros da RENAME. A maior parte do mercado institucional – 35% do mercado global – realizava-se por meio de reembolso aos prestadores privados conveniados com o SUS, os quais não seguiam a orientação da RENAME⁴.

A CEME foi extinta em 1996, com a proposta de descentralização das compras, assim como a implantação do serviço de assistência farmacêutica em vários municípios. Tal objetivo poderia levar a crer numa mudança do quadro anteriormente descrito, entretanto não pode ser esquecido o fato de que a proposta inicial das funções da CEME foi totalmente desvirtuada ao longo do tempo, ou seja, sua ineficiência foi consequência de um desvio nas suas atribuições fundamentais, o que pode também vir a ocorrer com a nova proposta. Para que isso não volte a acontecer, é necessário uma efetiva vontade política dos diversos atores envolvidos no processo.

A adoção de uma política de genéricos permite um barateamento dos custos, pois aumenta a competitividade do mercado, permitindo ao consumidor escolher o medicamento mais barato. Com a diminuição do investimento em marketing para promoção do nome fantasia, o preço do medicamento também deve diminuir. Dentro do serviço público, a realização das licitações e as compras dos medicamentos utilizando o nome genérico também barateia o custo do mesmo, além de incentivar a prescrição por esse nome e, portanto, o uso racional de medicamentos.

No Brasil, várias tentativas tem sido realizadas para a normatização da utilização dos genéricos, tais como a Lei 6360 de 23/09/76, as portarias ministeriais nº 01 e nº02, de 1983, e o decreto 793^{12,19,41}. A Lei 6480/77¹³ no seu artigo 2º

modifica o artigo 5º da 6360 e proíbe o uso de nome de marca ou fantasia para os medicamentos contendo uma única substância ativa. O Decreto 793 de 05/04/93¹⁹ também tratava dessa questão, tendo sido revogado em 23/09/99 pelo decreto 3181³⁰, o qual regulamenta a Lei 9787 de 10/02/99¹⁸.

1.5. Nova política de medicamentos no Brasil

Segundo a OMS, o Ministério da Saúde é a principal agência e força condutora na formulação e implementação de uma política de medicamentos no contexto de uma política nacional de saúde. Um aspecto fundamental de uma política de medicamentos, destaca a OMS, é a parceria entre o governo, que atua no interesse público, e os seguintes atores do processo: os que utilizam ou vão utilizar medicamentos, os prescritores, os dispensadores e os que fazem, comercializam, distribuem e vendem medicamentos¹⁰³.

Bermudez⁶ reitera que: “a efetiva implementação de uma política de medicamentos no Brasil é um trabalho de parceria, que necessariamente deve considerar um Estado forte, uma indústria nacional comprometida em um plano setorial e uma sociedade atuante e defendendo seus direitos constitucionais e legais.”

Neste contexto, o Ministério da Saúde do Brasil apresentou, no final de 1998, a sua proposta para uma Política Nacional de Medicamentos na qual apresenta as seguintes diretrizes²⁴:

1. Adoção de relação de medicamentos essenciais.
2. Regulamentação sanitária de medicamentos com ênfase nos registros de medicamentos e restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso.
3. Reorientação da assistência farmacêutica - fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público, no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos,

viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

4. Promoção do uso racional de medicamentos com atenção especial: a) as repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes; b) ao processo educativo dos usuários ou consumidores, assim como dos prescritores e dispensadores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados; c) adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde; d) adoção de medicamentos genéricos; e) enquadramento em todos os preceitos legais e éticos da propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos, quanto especialmente a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga.

5. Desenvolvimento científico e tecnológico com: a) Incentivo a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promoção da dinamização de pesquisas na área, b) apoio continuado e expandido as pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, c) estímulo às medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, d) estímulo à produção nacional, com efetiva articulação dos diferentes segmentos industriais e incentivo aos laboratórios oficiais; e) promoção do processo de revisão permanente da Farmacopéia Brasileira.

6. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização da Vigilância Sanitária

7. Contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos, devendo isso ser feito com articulação intersetorial.

Como consequência dessa nova política de medicamentos, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária²⁵ e houve a publicação de várias legislações federais como a Lei 9787²⁶, a Resolução 328 e 391^{28,29} e o decreto 3181³⁰.

A lei 9787²⁶ altera a lei 6360 e além da definição de medicamento genérico já apresentada na página 12, define que:

1. Medicamento similar é aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca.

2. Medicamento de referencia é o produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente juntamente ao órgão federal competente, por ocasião do registro.

3. Os medicamentos que ostentam nome comercial ou marca ostentarão também, obrigatoriamente com o mesmo destaque e de forma legível, nas embalagens e materiais promocionais, a DCB ou, na sua falta, a DCI em letras e caracteres cujo tamanho não será inferior a um meio do tamanho das letras e caracteres do nome comercial ou marca.

4. As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as *prescrições médicas e odontológicas* (grifo nosso) de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, adotarão obrigatoriamente a DCB ou, na sua falta, a DCI.

No Estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde publicou a resolução 114 de 26 de agosto de 1999⁹², que nos termos da legislação federal também dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação com o nome genérico.

2. INDICADORES SELECIONADOS DO USO DE MEDICAMENTOS

Várias questões específicas referentes aos medicamentos tem sido estudadas tanto no Brasil quanto mundialmente, tais como: consumo excessivo de antibióticos; não concretização das propostas de políticas nacionais de medicamento; deficiência nos aspectos sanitários de registro e comercialização dos produtos, com uma fiscalização ineficaz; um sistema de saúde moroso e sem resolutibilidade, levando a falta de medicamentos essenciais; falta de uma padronização de medicamentos para diferentes condições sociais e epidemiológicas; política de recursos humanos deficientes com conseqüente má qualidade no atendimento a população e relação custo/benefício da terapêutica aplicada^{1,7,38,47,48,50,57,79,89}.

Estes estudos são plenamente justificáveis quando verifica-se que o uso incorreto do medicamento pode trazer graves conseqüências à saúde do indivíduo e à comunidade. Um exemplo dessas conseqüências são os dados, apresentados pelo Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica (SINITOX), em que o medicamento foi responsável por 29,76% das intoxicações verificadas no ano de 1997, encontrando-se em primeiro lugar dentre todos os agentes²³.

Uma das principais políticas assumidas pela OMS tem sido o fornecimento adequado e o uso racional de medicamentos^{1,38,100,104}. Dentro desta área de estudo, um dos assuntos que vem sendo desenvolvido pela OMS é o de determinar como se empregam os fármacos nos serviços de saúde^{80,101}.

Para que esse estudo possa ser aprofundado a OMS, tem preconizado o uso de indicadores selecionados do uso de medicamentos^{51,78}. A principal finalidade da aplicação desses indicadores é definir um número limitado de parâmetros que permitam descrever a situação de um país, região ou centro de saúde no que se refere ao uso de medicamentos.

Os indicadores possibilitam o emprego de técnica, padronizada e objetiva, que permite avaliar adequadamente a qualidade do processo de diagnóstico e o tratamento farmacêutico. Permitem ainda avaliar importantes situações da prática do dia-a-dia dos trabalhadores, gerenciadores e usuários do sistema de saúde. Embora não quantifiquem todos os aspectos importantes da utilização de medicamentos, segundo a OMS, os indicadores permitem avaliar com segurança um reduzido número de aspectos cruciais da prática farmacêutica no campo da atenção primária a saúde⁷⁸.

Os estudos com os indicadores foram preliminarmente desenvolvidos no Yemem e em Uganda e objetivavam avaliar a repercussão da implantação de um programa de medicamentos essenciais ou de intervenções relacionadas ao mesmo. Posteriormente, a metodologia foi testada na Indonésia, Bangladesh, Nepal, Nigéria, Malawi, Sudão, Tanzânia e novamente em Uganda^{51,78}.

Os indicadores tem, por objetivo geral, quantificar de maneira reprodutível aspectos específicos do comportamento dos prestadores de assistência sanitária que trabalham em centros de saúde, independente de quem os determina e quando se efetivam as medições. São parâmetros de primeiro nível concebidos para estimular uma análise mais profunda e orientar as medidas subseqüentes.

Podem ser utilizados para 4 objetivos específicos: a) Descrever as práticas terapêuticas em vigor; b) comparar o funcionamento de determinados serviços ou prescritores; c) vigiar e supervisionar periodicamente as práticas de uso de determinados medicamentos; d) avaliar os efeitos de uma intervenção.

Os indicadores são distribuídos em 3 grupos, de acordo com sua finalidade básica. Apresenta-se abaixo a classificação dos indicadores e os objetivos de cada um deles.

2.1. Indicadores de prescrição

- a) Número médio de medicamentos por consulta (receita) ⇒ Determinar o grau de polimedicação.
- b) Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico ⇒ Determinar a tendência a prescrição pelo nome genérico.
- c) Porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico ⇒ Determinar o nível geral de uma importante modalidade de tratamento farmacológico que normalmente é custosa e cujo emprego excessivo pode trazer graves problemas a saúde do indivíduo e da comunidade.
- d) Porcentagem de consultas em que se prescreve um medicamento injetável ⇒ Determinar o nível geral de uma importante modalidade de tratamento farmacológico que normalmente é custosa e objeto de abuso.
- e) Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na Lista de Medicamentos Padronizados ⇒ Determinar o grau de adequação das práticas a política nacional ou regional sobre medicamentos, em função da tendência a prescrever a partir da LMP.

2.2. Indicadores de assistência ao paciente

- a) Tempo médio de consulta ⇒ Determinar o tempo dedicado pelo pessoal médico aos pacientes no processo de consulta e prescrição.
- b) Tempo médio de Dispensação ⇒ Determinar o tempo médio que dedicam aos pacientes os servidores que dispensam os medicamentos.

- c) Porcentagem de medicamentos Dispensados $\Rightarrow$ Determinar a capacidade dos serviços de saúde em fornecer os medicamentos prescritos.
- d) Porcentagem de medicamentos corretamente etiquetados $\Rightarrow$ Determinar a frequência com que os dispensadores anotam informação essencial nos envases dos medicamentos que despacham
- e) Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta $\Rightarrow$ Determinar a eficácia da informação ministrada aos pacientes acerca da dosificação dos medicamentos que recebem.

2.3. Indicadores sobre o serviço

- a) Disponibilidade de cópias da Lista de Medicamentos Padronizados $\Rightarrow$ Determinar o grau de disponibilidade de cópias da LMP nos serviços de saúde.
- b) Disponibilidade de medicamentos chaves $\Rightarrow$ Determinar a disponibilidade nos serviços de saúde de medicamentos chaves recomendados para o tratamento de determinados problemas sanitários correntes.

No Brasil, embora poucos relatos tenham sido encontrados, alguns pesquisadores têm estudado os indicadores selecionados do uso de medicamentos. Lopes e col.⁶⁴ em um estudo realizado em Fortaleza – CE, empregaram todos os indicadores. Cunha e Castro³⁵ aplicaram os indicadores na cidade de Campo Grande – MS, estando atualmente com dados preliminares do estudo. No Estado de São Paulo, estudos realizados desenvolveram a aplicação dos indicadores de prescrição, tais como: os de Simões e Motta⁹⁵ que trabalharam especificamente com ambulatório de especialidades na cidade de Ribeirão Preto; Simões e Fegadolli⁹⁴, trabalhando

com prontuários de pacientes, estudaram os indicadores na rede municipal de saúde de Araraquara; enquanto que Simões e Soler⁹⁶ empregaram os indicadores em um Centro de Saúde da cidade de Tabatinga.

Considerando que para ser efetivamente possa ser avaliada a importância e aplicabilidade dos indicadores, é necessário que os mesmos sejam usados em situações sanitárias, sociais e políticas diferentes; pretende-se, nesse trabalho, utilizar os indicadores da OMS na rede de unidades básicas e distritais de saúde do município de Ribeirão Preto.

3. JUSTIFICATIVA

Em um de seus editoriais, a OMS pergunta: “Quanto sabemos a respeito dos tipos de uso dos medicamentos em diferentes partes do mundo? Que sabemos das influências que atuam sobre a conduta de prescrição? Que, como e onde as pessoas adquirem conhecimentos acerca dos medicamentos que tomam e com que frequência os adquirem sem receita?” O editorial continua afirmando que: “As respostas a essas e outras perguntas relativas ao uso de medicamentos mostram que surpreendentemente sabemos pouco sobre um comportamento que origina o gasto de milhões de dólares e que tem profundas conseqüências sociais, sanitárias e econômicas. Dedicam-se enormes somas a investigação e desenvolvimento de novos produtos farmacêuticos, ao mesmo tempo se fazem poucos esforços para saber como se utilizam realmente os medicamentos já disponíveis” ⁷⁷.

Entende-se que a realização deste trabalho é plenamente justificável, considerando-se:

1. Que a Lei 8080 define que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;
2. Que os medicamentos se inserem no contexto do sistema de saúde, tendo grande importância nas ações curativas e preventivas;
3. A necessidade de estudos sobre a utilização, prescrição, fornecimento e gerenciamento de medicamentos;
4. A importância do desenvolvimento de estudos que permitam embasamento para ações que efetivamente levem ao uso racional de medicamentos;

- 5.A necessidade de utilização e aprimoramento de indicadores que sejam objetivos e normatizados para avaliar o uso de medicamentos nos serviços de saúde;
- 6.Que o conhecimento de indicadores selecionados do uso de medicamentos permite a observação de características importantes do serviço de saúde, evidenciando aspectos positivos e negativos, e permitindo propostas que embasem futuras ações de planejamento estratégico e gerenciamento do serviço.

4. OBJETIVOS

O trabalho tem como objetivo geral avaliar o fornecimento e o uso de medicamentos nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto, por meio de indicadores selecionados do uso de medicamentos preconizados pela OMS.

Como objetivos específicos pretende-se:

1. Descrever as práticas terapêuticas com medicamentos alopatas de clínicos e pediatras de 20 unidades de saúde da cidade de Ribeirão Preto, por meio do cálculo dos seguintes indicadores de prescrição:
 - a) Número médio de medicamentos por consulta.
 - b) Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico.
 - c) Porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico.
 - d) Porcentagem de consultas em que se prescreve um injetável.
 - e) Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na lista de medicamentos padronizados.
2. Avaliar a prestação de assistência dos serviços estudados, quanto ao tempo dispendido pelo médico e pelo pessoal que atua na dispensação do medicamento, por meio dos seguintes indicadores de assistência ao paciente:
 - a) Tempo médio de consulta.
 - b) Tempo médio de dispensação.

3. Determinar a capacidade dos serviços de saúde estudados em fornecer os medicamentos prescritos e a eficácia da informação sobre medicamentos ministrada aos pacientes, por meio do cálculo dos indicadores de:
 - a) Porcentagem de medicamentos dispensados.
 - b) Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta.
4. Determinar a disponibilidade nos serviços estudados de medicamentos chaves, por meio do cálculo do indicador de disponibilidade de medicamentos chaves
5. Avaliar criticamente o emprego dos indicadores selecionados do uso de medicamentos preconizados pela OMS, utilizando os resultados obtidos neste estudo.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. Caracterização do município de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto foi escolhida pela sua importância econômica no contexto nacional e no Estado de São Paulo, pela sua reconhecida função qualitativa de centro formador na área de ensino com ênfase na formação de profissionais da área de saúde e pela sua função como polo regional de atendimento em diferentes serviços de saúde. Importante considerar o trabalho que vem sendo desenvolvido a mais de 10 anos quanto a uma efetiva implantação de assistência farmacêutica na rede municipal de saúde, o qual encontra-se já consolidado.

5.1.1. Aspectos gerais

Ribeirão Preto, localiza-se em um dos centros mais desenvolvidos do Brasil, sendo uma das âncoras da economia do Estado de São Paulo. Ocupa uma área de 627 Km², composto pelo distrito sede e o distrito de Bonfim Paulista. Destes 627 Km², a área urbana ocupa 140 Km² e a área rural 487 Km². A cidade é o principal centro de consumo do nordeste paulista, estando sua força centrada na agricultura e no setor terciário, com a prestação de serviços e comércio. A região administrativa é composta por 84 municípios, tendo um PIB (Produto Interno Bruto) de US\$ 22 bilhões, e uma das mais altas rendas per capita do país: US\$ 6 mil. A região ocupa ainda a posição de quarta praça financeira do Brasil em compensação de cheques, superada apenas pelas capitais São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, sendo o maior centro produtor de açúcar e álcool do mundo⁸⁵.

Segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)⁹¹ a população de Ribeirão Preto em 1998, era de 465.954 habitantes, sendo

239.906 mulheres e 226.048 homens. A população urbana, no mesmo ano, era de 463.764 habitantes e a rural de 2.190, com taxa de urbanização de 99,53%. Nos últimos anos, a cidade tem apresentado mudanças na sua distribuição populacional com aparecimento de novos conjuntos habitacionais, enquanto o empobrecimento da população tem aumentado o número de usuários dos serviços públicos de saúde.

As condições de saneamento básico segundo dados do Departamento de Urbanização e Saneamento de Ribeirão Preto (DURSARP) indicam que a cidade possui 100% de coleta de lixo e ligação de água e 97,50% de ligação de esgotos⁸⁵. Apresenta-se como importante centro educacional, principalmente na formação de profissionais para a área de saúde, com cursos de enfermagem, odontologia, farmácia, medicina, ciências biomédicas, psicologia e terapia ocupacional, entre outros.

5.1.2. Aspectos na área de saúde

Quanto a gestão administrativa na área de saúde, Ribeirão Preto a partir de 1995 passou a gestão semi-plena, estando desde maio de 1998, em Gestão Plena do Sistema Municipal, na qual a prefeitura tornou-se a gestora de todos os serviços contratados e conveniados ao SUS existentes no município, incluindo aqueles de caráter regional.

Em relação à assistência à saúde, Ribeirão Preto pode ser caracterizada como um polo de referência regional. O modelo é do tipo clínico assistencial, com tendência a super especialização, medicalização e sofisticação tecnológica. No primeiro semestre de 1995, foram realizadas, apenas nas unidades municipais, 417.589 consultas médicas⁸⁴.

Os indicadores demográficos mostram tendência ao aumento da expectativa de vida e diminuição da natalidade. A mortalidade infantil tem apresentado tendência a diminuição e é basicamente constituída pela mortalidade neonatal. Quanto as causas de óbito, há predomínio das doenças cardiovasculares. Pode-se dizer que o município apresenta um perfil de indicadores de saúde bastante

semelhante ao de regiões desenvolvidas. Porém, é preciso ressaltar a existência de vários bolsões de pobreza e agravos a saúde típicos de áreas pouco desenvolvidas^{84,93}.

Na tabela 1, apresenta-se alguns indicadores de saúde do município no ano de 1997.

Tabela 1. Indicadores de saúde no município de Ribeirão Preto, 1997.

Demografia	1997
<u>Taxa de Fecundidade Geral</u>	59,50
<u>Taxa de Natalidade (Em %)</u>	12,23
<u>Taxa de Natimortalidade (Em %)</u>	11,09
<u>Taxa de Mortalidade Geral (por local de residência) (Em %)</u>	7,28
<u>Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)</u>	19,91
<u>Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal Precoce</u>	9,58
<u>Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal</u>	12,73
<u>Taxa de Mortalidade Infantil Tardia</u>	7,18
<u>Taxa de Mortalidade Perinatal</u>	20,57

FONTE: Fundação SEADE/ IBGE⁹¹

Quanto ao coeficiente de leitos gerais, em 1994 o município apresentava 4,21 leitos por mil habitantes, sendo que em 1997 o número de Leitos SUS era de 1679. Quanto ao número de consultas médicas em 1996, a média mensal foi de 87.458, sendo que destas 33.232 eram do município. Ainda no ano de 1996, a média mensal das consultas médicas de clínica geral foi de 14.299, com média mensal de internações gerais de 4670 em 1996 e 4006 em 1997⁹¹.

A rede de saúde é formada por serviços municipais, estaduais, filantrópicos e particulares conveniados. A rede hospitalar conta com 13 unidades. Quanto à rede ambulatorial municipal, a assistência é organizada em 5 regiões, denominadas de distrito de saúde, com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais. O município conta atualmente com 5 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Núcleo de Gestão Ambulatorial (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, dois núcleos de Atenção Psicossocial e um Ambulatório Regional de Saúde Mental^{84,93}.

5.2. Caracterização do serviço de assistência farmacêutica do município

A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto apresenta na sua estrutura a Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico, que é responsável pelo gerenciamento dos medicamentos na rede. Tal divisão tem entre suas ações: participação na comissão de padronização de medicamentos da secretaria, participação na licitação e compra de medicamentos a serem fornecidos, controle e distribuição do medicamento em todas as UBDS e UBS, treinamento e supervisão dos farmacêuticos das UBDS, assim como diversas outras atividades da secretaria de saúde que envolvam a questão do medicamento.

Os farmacêuticos encontram-se locados nas UBDS e supervisionam todo o serviço de farmácia das várias UBS de sua área de atuação. Nas UBS, os responsáveis pela farmácia estão enquadrados em 3 categorias: agentes administrativos, auxiliar de enfermagem e auxiliar de farmácia.

Após a licitação e aquisição dos medicamentos os mesmos são armazenados no almoxarifado da Farmácia Central, sendo, a partir daí, distribuídos para as UBDS e UBS, conforme a demanda e previsão anteriormente planejadas. Para que o medicamento seja dispensado ao paciente, nas unidades, é necessário apresentar receita de médico ou dentista da rede municipal de saúde, ou proveniente de serviços conveniados. É preconizado que fique retida na farmácia a segunda via

da receita, devendo ser anotado na mesma, por carimbo padronizado, quais medicamentos foram entregues, em que quantidade e em que data.

Os medicamentos controlados somente são dispensados nas UBDS, local onde encontra-se o farmacêutico; no caso do medicamento ser receitado na UBS, o paciente o retirará na UBDS de sua área de abrangência.

A dispensação de injetáveis varia de unidade para unidade, podendo ser o medicamento entregue na sala de aplicação e receita encaminhada posteriormente a farmácia para controle, ou inversamente, o paciente primeiro retira o medicamento na farmácia e depois dirige-se para a aplicação. Quanto ao fornecimento de aerossóis, o mesmo é efetuado pelo serviço de enfermagem, visto que o procedimento é, geralmente, realizado imediatamente após a consulta, sendo necessário um local apropriado. Similarmente aos injetáveis, o controle desses medicamentos é feito pela farmácia.

Nas unidades em que o horário de atendimento é diferente do horário de funcionamento da farmácia, há um sistema de armário de urgência, mantido e controlado por esta. Os pacientes atendidos fora do horário de funcionamento da farmácia e que tenham recebido medicação outra que não somente a de urgência, deverão voltar a unidade a fim de receber o restante dos medicamentos prescritos.

5.3. Caracterização das unidades de saúde

As UBS e UBDS trabalham com diferentes horários de atendimento. As UBDS realizam o atendimento 24 horas por dia, enquanto entre as UBS o encerramento das atividades varia entre às 17:00 e 22:00 horas. Apresenta-se na tabela 2, página 32 a relação das UBDS e UBS que foram utilizadas neste estudo e o respectivo horário de funcionamento. No anexo 5 apresenta-se tabela com todas as unidades de saúde de Ribeirão Preto distribuídas pela área de abrangência, horário de funcionamento e participação ou não neste trabalho.

As UBS oferecem além da clínica médica, as especialidades de pediatria, ginecologia e obstetrícia e os serviços de odontologia, vacinação, atendimentos de

enfermagem e de farmácia. As UBDS, além dos serviços acima referidos, oferecem também pronto atendimento 24 horas e algumas especialidades de alta demanda e resolutividade ambulatorial tais como: oftalmologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, que variam de acordo com as características da unidade.

O atendimento médico ambulatorial é realizado com agendamento prévio, sendo marcados, por cada período de atendimento dos médicos (4 horas), 12 pacientes. Podem ainda ser atendidos mais 4 pacientes, caso os mesmos sejam considerados de urgência. A triagem é realizada pelo próprio funcionário que faz o atendimento de agendamento das consultas.

Tabela 2. Rol das UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto, utilizadas no estudo, com as distritais de referência e horário de funcionamento.

<u>UBS/UBDS</u>	UNIDADE BÁSICA E DISTRITAL DE REFERÊNCIA	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
UBS Adão do Carmo Leonel/Dr. Luiz P.T. Cabral	Vila Virgínia	7:00 às 17:00 horas
UBS Bonfim Paulista/Mamoro Kobayashi	Central	7:00 às 22:00 horas*
UBS Campos Elíseos/ Nelson Barrionovo	Central	7:00 às 22:00 horas
UBDS Castelo Branco / Dr. Ítalo Baruffi	-----	24 horas
UBDS – Central/Dr. João B. Quartin	-----	24 horas
UBS Dom Mielle / Aymar Batista Prado	Sumarezinho (Centro de Saúde Escola – CSE)	7:00 às 17:00 horas
UBS Jardim Presidente Dutra	Sumarezinho (CSE)	7:00 às 17:00 horas
UBS José Sampaio / Rubens L. Nicoletti Filho	Sumarezinho (CSE)	7:00 às 21:00 horas
UBS Marincek / Albert Sabin	Simioni	7:00 às 17:00 horas
UBS Parque Ribeirão Preto/Waldemar B. Pessoa	Vila Virgínia	7:00 às 22:00 horas
UBS Quintino Facci I/Zeferino Vaz	Simioni	7:00 às 17:00 horas
UBS Quintino Facci II/Maurício Rocha e Silva	Simioni	7:00 às 17:00 horas
UBS – Santa Cruz / Hélio Lourenço de Oliveira	Castelo Branco	7:00 às 17:00 horas
UBS – São José / José Ribeiro Ferreira	Castelo Branco	7:00 às 17:00 horas
UBDS – Simioni/Alexander Fleming	-----	24 horas
UBS Vila Albertina / Álvaro Panazzolo	Sumarezinho (CSE)	7:00 às 17:00 horas
UBS Vila Abranches/ Carlos Chagas	Castelo Branco	7:00 às 22:00 horas
UBS Vila Recreio /Adalberto T. Andrade	Sumarezinho	7:00 às 20:00 horas
UBS Vila Mariana / Oswaldo Cruz	Simioni	7:00 às 17:00 horas
UBDS – Vila Virgínia / Dr. Marco Antônio Sahão	-----	24 horas

* Funcionamento também aos sábados e domingos. Das 7:00 às 19:00 horas

5.3.1. Disposição de infra-estrutura física das farmácias nas unidades

Tanto as UBDS quanto as UBS, apresentam disposição de infra-estrutura física diferente entre si. Tal situação tem como consequência uma grande variação no local da farmácia dentro das unidades. Três situações básicas apresentam-se: 1. O local é destinado exclusivamente ao serviço de dispensação do medicamento e encontra-se em posição de acesso direto ao paciente; 2. O local é destinado exclusivamente ao serviço de dispensação do medicamento, porém, encontra-se em posição de acesso indireto ao paciente, juntamente com a sala de pré ou pós-consulta; 3. O local não é destinado exclusivamente ao serviço de dispensação do medicamento, sendo a entrega do mesmo realizada concomitantemente com outros serviços de enfermagem, tais como: pré e pós-consulta, inalação, curativo e outros.

5.3.2. Disposição de infra-estrutura física dos consultórios médicos nas unidades

O local de atendimento médico apresenta-se diversificadamente, variando em função da estrutura da unidade, do número de médicos e das especialidades atendidas. Das 20 unidades estudadas, em 17, a sala de espera dos pacientes, é em frente ao consultório do médico, permitindo distinguir o momento em que o paciente é chamado e adentra no consultório e o momento em que se retira deste. Em três unidades tal acesso é impossível, pois a disposição física do consultório não permite saber com exatidão o momento em que a consulta é iniciada e o seu término.

5.4. Amostras

O trabalho foi realizado nas UBDS e nas UBS do município de Ribeirão Preto onde havia ao menos um médico clínico geral e um médico pediatra atendendo

ambulatorialmente nos dois períodos escolhidos para o estudo (manhã e tarde), sendo que 16 UBS e 04 UBDS se enquadram neste critério.

5.4.1. Indicadores de prescrição

O cálculo dos indicadores de prescrição a) número médio de medicamentos por consulta; b) porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico; c) porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um antibiótico; d) porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um injetável; e) porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na lista de medicamentos padronizados, foi realizado em 10 unidades, sendo 02 UBDS e 08 UBS. Foram utilizadas 6692 receitas, do mês de maio de 1998, sendo 3326 de clínicos gerais e 3366 de pediatras. Na tabela 3, página 36 apresenta-se a distribuição do número de receitas por unidade e especialidade.

Trabalhou-se com clínicos e pediatras, atendendo a uma recomendação da OMS, de que os estudos de indicadores devem centrar-se em uma amostra de contatos relacionados com enfermidades gerais, representativo de um amplo espectro de problemas de saúde e idades⁷⁸. Dentre os clínicos e pediatras optou-se por trabalhar com os que desenvolviam o horário de trabalho vespertino. Foi considerado como atendimento vespertino, aqueles que eram realizados no período compreendido entre as 7:00 e as 18:00 horas. Médicos que iniciavam sua jornada de trabalho até às 16:00 horas foram inclusos no estudo, já que apresentavam 50% do tempo de atendimento no período definido. Não foram utilizadas receitas de médicos que atendiam por no máximo dois dias na unidade ou que mesclavam atendimento ambulatorial e de urgência, visto que tal situação poderia caracterizar uma rotina de atendimento diferente do feito ambulatorialmente, trazendo um importante viés para o cálculo dos indicadores. A presença de plantonistas é característica das UBDS, não sendo comumente encontrados em UBS, e estes prescritores, em consequência da grande rotatividade, não costumam manter vínculo com a unidade, o que poderia descaracterizar os resultados.

Outro critério para a seleção do prescritor foi a de não aceitar os que apresentavam um número de receitas menor que 30. Tal opção foi para que pudesse haver uma amostra minimamente representativa do padrão de prescrição do médico: valores abaixo de 30 saíam da curva da distribuição normal.

Não foram utilizadas receitas de médicos que não colocaram datas na maioria das mesmas. Dessa forma, procurou-se evitar a utilização, por engano, de receitas que não do mês de maio, o que não seria improvável, considerando-se as receitas de medicamentos de uso contínuo habitualmente permanecem com o paciente até o último período em que este recebe o medicamento, quando então é recolhida na farmácia.

Foram desconsideradas as prescrições de medicamentos fitoterápicos, homeopáticos ou qualquer outro que se não se caracterizasse como alopático.

Quanto ao período escolhido, o mês de maio, embora possam ocorrer influência de doenças sazonais no padrão da prescrição, a própria OMS considera: “que os prescritores tendem cada um a atuar de maneira coerente no tempo, por isso uma amostra obtida em um determinado momento demonstrará basicamente os mesmos resultados que outra que envolva um período mais amplo”⁷⁸.

A distribuição quanto ao sexo dos pacientes a que se referiam as prescrições, foi obtida pelo nome anotado na receita, já que não foram utilizados prontuários.

Das 6692 receitas, 3512 (52,5%) eram de pacientes do sexo feminino e 2573 (38,5%) de pacientes do sexo masculino. Em 607 (9,0%) das receitas não foi possível identificar o sexo. Destas em 373 os nomes eram de gênero duvidoso ou de recém-nascidos que ainda não tinham certidão de nascimento e, portanto, são cadastrados pelo nome da mãe, sendo considerados como não passíveis de identificação. Em 230 receitas, o nome do paciente era completamente ilegível e em quatro delas, o médico não fez qualquer anotação.

Tabela 3. Distribuição do número de médicos, do total de receitas por UBS e UBDS, na clínica médica e pediatria, município de Ribeirão Preto, 1996.

UNIDADE	CLÍNICA MÉDICA		PEDIATRIA		Total receitas por unidade
	Número de médicos	Número de receitas	Número de médicos	Número de receitas	
UBS Bonfim Paulista	03	374	03	330	702
UBDS Castelo Branco	03	256	03	256	508
UBS Jardim Presidente Dutra	02	135	02	297	432
UBS José Sampaio	04	385	3	543	926
UBS Marincek	02	142	03	324	466
UBS Santa Cruz	02	256	02	275	531
UBDS Simioni	03	426	03	394	820
UBS Vila Albertina	03	340	03	349	685
UBS Vila Abranches	02	310	00	00	309
UBS Vila Recreio	05	702	04	598	1295
TOTAL	29	3326	26	3366	6692

5.4.1.1. Obtenção das receitas

Foram utilizadas as segundas vias das receitas que estavam arquivadas nas Unidades junto ao serviço de farmácia. Foi solicitado, por escrito, junto ao serviço, que quando o funcionário atendesse ao paciente, retivesse a receita, mesmo nos casos em que não houvesse o medicamento prescrito. Procedimento que não é de rotina.

Foram recolhidas todas as receitas da farmácia das unidades (aproximadamente 20.000), sem que houvesse sido realizada nenhuma separação prévia. Para a obtenção das prescrições a serem estudadas, foram eliminadas as receitas que eram de prescritores da unidade que não se enquadravam no critério estabelecido, assim como as receitas aceitas de outros serviços, tais como, Hospital das Clínicas e outros hospitais conveniados. Considerando que os pacientes de uma unidade podem retirar o medicamento nas UBDS de referência e em situações especiais em outras UBS, foram encontradas muitas receitas que eram de médicos de outras unidades que não a estudada naquele momento. Estas receitas foram retiradas e não foram juntadas às outras daquele médico específico, nem mesmo quando do estudo de sua unidade de origem.

As receitas foram devidamente separadas por cada unidade e nestas por especialidade e médico, sendo lançadas em um banco de controle de receituários exclusivamente desenvolvido para esse estudo.

5.4.1.2. Critérios utilizados

Alguns cuidados foram considerados para diminuir o “bias” dos resultados dos indicadores de prescrição:

a) Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico

Foi utilizado como padrão de referência para considerar o medicamento prescrito pelo genérico a DCB e nos casos omissos a DCI, conforme a legislação vigente em maio de 1998^{19,22}.

Objetivando preservar a intenção do prescritor, foram aceitas:

- a) Prescrição pelo nome comercial, mas com a anotação do nome genérico entre parênteses .
- b) Prescrições em que a escrita incorreta do nome genérico é generalizada. Ex. Amoxacilina, em lugar de Amoxicilina.

Não foi considerada prescrição grafada como genérico a solução fisiológica, adotando-se a indicação da DCB, ou seja, cloreto de sódio 0,9%, tanto para a solução nasal como para a injetável. Também não foram considerados como prescrição por genérico as de vitaminas do complexo B, polivitamínicos e assemelhados.

b) Porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um antibiótico

Conforme recomendado pelos componentes do Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais (PAME) da OMS, responsáveis pelo desenvolvimento dos indicadores, o critério para a definição do que foi ou não considerado como antibiótico, foi a 8ª lista de medicamentos essenciais da OMS⁷⁵. Nesta lista, a OMS inclui como antibiótico as sulfas, caracterizadas principalmente pela associação entre o sulfametoxazol + trimetoprima.

Apresenta-se abaixo a classificação adotada pela OMS com os seus números de referências originais:

6. Drogas anti-infecciosas

6.2. Antibacterianos

6.2.1. Penicilinas

•Amoxicilina	•Ampicilina	•Benzilpenicilina
•Benzilpenicilina
Benzatina	•Benzilpenicilina
Procaina	•Cloxacilina
•Fenoximetilpenicilina		

6.2.2. Outros Antibacterianos

•Ácido nalidixíco	•Ciprofloxacino	•Cloranfenicol
•Doxiciclina	•Eritromicina	•Espectinomicina
•Gentamicina	•Nitrofurantoina	•Sulfamidina
•Trimetoprima	•Sulfametoxazol + trimetoprima	

Medicamentos complementares

•Clindamicina	•Cloranfenicol

Indicações restritas

- Ceftriaxona
- Ceftazidima
- Vancomicina

13. Medicamentos dermatológicos

13.2. Medicamentos anti-infecciosos

- Cloreto metilrosalinico (Violeta genciana)
- Neomicina + Bacitracina
- Sulfadiazina de Prata

21. Preparações Oftalmológicas

21.1. Agentes anti-infecciosos

- Gentamicina
- Idoxuridina
- Nitrato de Prata
- Tetraciclina

Conforme recomendação do PAME⁷⁸, o metronidazol não foi considerado como antibiótico e sim anti-parasitário. Esta consideração é importante, visto que o Brasil apresenta altos coeficientes de incidência de doenças parasitárias, sendo o metronidazol um medicamento freqüentemente prescrito e sua adoção como antibiótico poderia configurar como um interferente importante no cálculo deste indicador.

As preparações oftalmológicas que utilizam vitelinato de prata (ex. argyrol e argyrophedrine) não foram consideradas para fins do cálculo deste indicador, já que o vitelinato de prata é uma substância química diferente do nitrato de prata, este sim preconizado pela OMS.

Os medicamentos em associação em que um dos componentes era antibiótico, foi considerado como tal independente da forma farmacêutica em que se apresentava.

Os fármacos não constantes nesta lista e que foram considerados antibióticos, tiveram como referência a classificação utilizada por Korolkovas⁵⁶ e Rozenfeld e Pepe⁹⁰.

c) Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na lista de medicamentos padronizados

Foi utilizada a LMP da secretaria de saúde de Ribeirão Preto, vigente em maio de 1998 (anexo 6). Foi considerado como sendo prescrição padronizada o medicamento indicado na forma farmacêutica e dosagem definida pela LMP, independente de apresentar-se com nome genérico ou comercial. Quanto a prescrição de vitaminas, foi aceito tanto a prescrição de vitaminas do complexo B como simplesmente complexo B.

Duas exceções foram abertas entre os medicamentos considerados como da LMP, a deltametrina xampu e o sulfametoxazol 800 mg + trimetoprima 160 mg.

A deltametrina é padronizada na forma de loção, entretanto, rotineiramente, é fornecida pela rede mesmo quando prescrita na forma de xampu, com a devida indicação ao paciente de como utilizá-la corretamente no couro cabeludo.

A LMP do município preconiza a prescrição de sulfametoxazol 400 mg + trimetoprima 80 mg; aceitou-se também a prescrição de sulfametoxazol 800 mg + trimetoprima 160 mg, visto que é padrão nas unidades a informação ao paciente na entrega do medicamento, explicando de maneira correta como deve ser tomado para obtenção do efeito desejado.

Considerando que esses dois procedimentos são de conhecimento de muitos prescritores, essas exceções foram adotadas a fim de diminuir possível viés no resultado obtido.

5.4.1.3. Cálculo dos indicadores

a) Número médio de medicamentos por consulta (receita)

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

b) Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico

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

c) Porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um antibiótico

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

d) Porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um injetável

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

e) Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP.

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

5.4.2. Indicadores de assistência ao paciente

Foi utilizado como padrão básico de atendimento o realizado no intervalo de tempo entre 7:00 e 17:00 horas

5.4.2.1. Tempo médio de consulta

5.4.2.1.1. Obtenção da amostra

Foram acompanhados 30 pacientes em cada uma das 16 unidades selecionadas, 15 da clínica médica e 15 da pediatria, em um total de 480 amostras. O número de pacientes foi definido conforme o recomendado pela OMS e atendendo ao teorema do limite central^{11,78}.

Com a utilização de cronômetro, foi anotado (em minutos) o tempo que o paciente permaneceu no consultório. Este indicador foi utilizado nas unidades em que as condições físicas permitiam visualizar a hora em que o paciente era chamado para o início da consulta, e somente foram consideradas as consultas em que se pode delimitar com certeza a hora em que o mesmo se retirou do consultório, dando por terminada a mesma. O paciente assim como o prescritor, não sabiam que a avaliação estava sendo realizada.

Na tabela 4, página 45, apresenta-se a distribuição do número de médicos e especialidades e do total de consultas utilizadas.

5.4.2.1.2. Critérios adotados

Nos casos em que o médico se retirava temporariamente da consulta durante o seu transcorrer, quer seja para verificar documentação do próprio paciente ou para atender a solicitações de funcionários da unidade ou de outras pessoas, o

cronômetro era parado até que o mesmo retornasse, sendo então novamente acionado. Entendeu-se que durante este período, fora do consultório, o mesmo não estaria em atendimento ao paciente.

Quando não houve possibilidade de certeza do momento em que o paciente se retirou da consulta, essa amostra foi desconsiderada e substituída por outra.

Para melhor avaliação e comparação dos resultados, estabeleceu-se uma classificação válida para a clínica médica, a pediatria e o resultado global. A classificação foi fundamentada na Portaria GM/PAS nº 3046, assim como em recomendação da OMS de que o tempo sugerido para uma consulta é de 15 minutos³¹. A Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto adota tal critério, o que pode ser confirmado pela relação de distribuição de pacientes por médico/tempo de trabalho do médico por dia.

Classificação	Tempo (em minutos)
Excelente	11,4 a 15,0
Bom	7,6 a 11,3
Regular	3,8 a 7,5
Ruim	0,1 a 3,7

5.4.2.1.3. Cálculo do indicador

Calculado pela divisão da soma todos os tempos de consulta pelo total de amostras.

Tabela 4.Distribuição do número de médicos e especialidades e do total consultas por UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1996.

UNIDADE	NÚMERO DE MÉDICOS		
	Clínica Médica	Pediatria	Total
UBS Adão do Carmo	02	02	04
UBS Bonfim Paulista	03	02	05
UBS Dom Mielle	02	02	04
UBS Jd. Pres. Dutra	02	02	04
UBS José Sampaio	02	03	05
UBS Marincek	03	04	07
UBS Pq Rib. Preto	02	03	05
UBS Quintino Facci I	02	02	04
UBS Santa Cruz	02	02	04
UBS São José	02	02	04
UBDS Simioni	06	05	11
UBS Vila Abranches	02	02	04
UBS Vila Albertina	04	04	08
UBS Vila Mariana	04	03	07
UBS Vila Recreio	03	02	05
UBDS Vila Virgínia	04	05	09
TOTAL	45	45	90

5.4.2.2 Tempo médio de dispensação

5.4.2.2.1. Obtenção da amostra

Foram acompanhados 30 pacientes em cada uma das 09 unidades selecionadas, em um total de 270 amostras. O número de pacientes foi definido conforme o recomendado pela OMS e atendendo ao teorema do limite central^{11,78}.

Com a utilização de cronômetro, foi anotado (em segundos) o tempo dispendido pelo funcionário da farmácia com a orientação ao paciente sobre os medicamentos entregues. Com o objetivo de obtenção de uma avaliação fidedigna, tal determinação somente foi realizada nas unidades que, pela sua estrutura de distribuição física permitiam, ao avaliador ouvir o diálogo travado entre o funcionário e o paciente.

A coleta foi realizada nas seguintes unidades:

•UBS Bonfim Paulista	•UBS Parque Ribeirão Preto
•UBDS Castelo Branco	•UBDS Simioni
•UBDS – Central	•UBS Vila Mariana
•UBS José Sampaio	•UBDS – Vila Virgínia
•UBS Marincek	

5.4.2.2.2. Critério adotado

Foi considerado como tempo de dispensação quando o dispensador efetivamente prestava orientações ao paciente sobre o uso do medicamento. Não foi considerado como tempo de dispensação os minutos ou segundos que são gastos com

anotação em fichas, ou quando que o paciente e dispensador tratavam de assuntos não referentes ao medicamento. Nas situações em que havia somente a entrega do medicamento, sem uma real dispensação, esse foi o tempo considerado.

A OMS recomenda que se considere o tempo desde o instante em que o paciente é atendido pelo dispensador até aquele em que se retira do local. A modificação introduzida foi decorrência da observação de que entre o momento em que o paciente entrega a receita ao funcionário e quando este fornece o medicamento, várias atividades são realizadas, principalmente no caso de medicamentos de uso contínuo, que exigem anotação em ficha, comportamento padrão definido pela Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico. Outra observação feita, é que em algumas situações, o dispensador interrompe o atendimento a um paciente para receber, concomitantemente, a outro paciente ou a alguma consulta feita por outro funcionário.

5.4.2.2.3. Cálculo do indicador

Calculado pela divisão da soma todos os tempos de dispensação pelo total de amostras.

5.4.2.3. Porcentagem de medicamentos dispensados

5.4.2.3.1. Obtenção da amostra

Foram utilizadas as 6692 receitas empregadas no cálculo para os indicadores de prescrição, perfazendo um total de 16386 medicamentos lançados.

5.4.2.3.2. Critérios adotados

Para que o medicamento fosse considerado como entregue ao paciente, observou-se na receita a existência de carimbo padronizado da rede municipal de saúde e na ausência deste qualquer anotação que configurasse modelo de entrega daquela unidade.

Quanto aos aerossóis e os injetáveis pertencentes a LMP, quando ocorria a ausência do carimbo ou de anotação, foi considerada como entrega ignorada. Os medicamentos que não eram da LMP, na mesma situação, foram considerados como não fornecidos.

Os medicamentos com carimbo ou anotação de fornecidos, nos quais havia a constatação de amostra grátis, foram classificados como não dispensados. Entendeu-se que a não adoção desse critério poderia interferir sobre o objetivo desse indicador, ou seja, o de permitir avaliar a capacidade do sistema de saúde em fornecer os medicamentos prescritos. As amostras grátis são ocasionais e variadas, não configurando um fluxo contínuo na farmácia da unidade e nem um fornecimento da secretaria de saúde, já que esta entrega não é regulamentada.

5.4.2.3.3. Cálculo do indicador

Calculado ao dividir-se a soma do total de medicamentos fornecidos pela soma do total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.

5.4.2.4. Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta

5.4.2.4.1. Obtenção da amostra

Foram acompanhados 30 pacientes em cada uma das 20 unidades selecionadas, em um total de 600 pacientes entrevistados. O número de entrevistas foi definido conforme recomendado pela metodologia desenvolvida pela OMS e atendendo ao teorema do limite central^{11,78}.

Após ter recebido o medicamento na farmácia, o paciente foi entrevistado e, utilizando-se de itens do instrumento (anexo 7), foi avaliado seu conhecimento quanto a posologia e horário de tomada do mesmo. Todas as entrevistas foram realizadas mediante autorização do paciente.

Ao dirigir-se ao paciente, o entrevistador solicitava ao mesmo a receita, a fim de anotar os respectivos medicamentos, e a retinha durante o período de realização da entrevista. Subseqüentemente, indicava-se ao entrevistado, um a um, os medicamentos que este tinha em mãos e, dessa forma, eram realizadas as perguntas necessárias. Não foi aferido o conhecimento do paciente quanto a medicamentos que constavam na receita mas que não haviam sido fornecidos pela farmácia.

5.4.2.4.2. Critérios adotados

Foi considerado como conhecedor da maneira correta de utilizar o medicamento na posologia recomendada, o paciente que respondia acertadamente as perguntas referentes a todos os medicamentos fornecidos.

Entendeu-se por posologia, nesse caso específico, quantas vezes ao dia e em que quantidade o medicamento deveria ser administrado.

Para melhor avaliação dos resultados foi estabelecida a presente classificação.

Classificação	Conhecimento (em %)
Excelente	76,0 a 100,0
Bom	51, 0 a 75,0
Regular	26,0 a 50,0
Ruim	0,1 a 25,0

5.4.2.4.3. Cálculo do indicador

Calculado ao dividir-se o número total de pacientes que conhecem corretamente a posologia de todos os medicamentos fornecidos pelo número de pacientes entrevistados. Multiplica-se o resultado por 100.

5.4.3. Indicadores sobre o serviço de saúde

5.4.3.1. Disponibilidade de medicamentos chaves

5.4.3.1.1. Obtenção das amostras

Para o cálculo desse indicador, foram selecionados medicamentos considerados de importância para um atendimento terapêutico eficaz e que constam da LMP do município. Procurou-se realizar uma rol que abrangesse os tratamentos para as doenças mais frequentes tanto para adultos quanto para as crianças, assim como aqueles necessários para alguns procedimentos de urgência. Para as UBS foram selecionados 69 medicamentos, enquanto que nas UBDS, esse número foi de 71.

Foram avaliadas as 20 unidades selecionadas, sendo as visitas realizadas no mesmo dia.

A planilha utilizada, com o rol dos medicamentos escolhidos, encontra-se no anexo 8.

5.4.3.1.2. Critérios adotados

A presença de um comprimido ou frasco do medicamento foi considerado como medicamento disponível na unidade. Os injetáveis, quando necessário, foram checados junto a sala de enfermagem.

5.4.3.1.3. Cálculo do indicador

Calculado pela divisão entre o número de medicamentos considerados chaves encontrados na unidade pela soma do total de medicamentos considerados chaves. Multiplica-se o resultado por 100.

No anexo 9, apresenta-se um quadro em que se relaciona as unidades onde foram coletadas as várias amostras para o cálculo de todos os indicadores.

5.5. Dificuldades encontradas para a obtenção dos dados

Muitas foram as dificuldades encontradas para a coleta do material necessário para os cálculos desses indicadores, o que pode ser perfeitamente observado pela desigualdade de utilização das unidades.

5.5.1. Indicadores de prescrição

5.5.1.1. Não obtenção das prescrições

A retirada da segunda via das receitas médicas foi solicitada e autorizada pela secretaria de saúde em 20 unidades. Destas foi possível utilizar as receitas de 10 unidades. Vários problemas contribuíram para tal situação. Em 5 unidades, no momento da retirada, o material não foi encontrado, sendo informado que o mesmo havia sido descartado. A alegação para tal atitude foi o fato de que as mesmas não haviam sido retiradas anteriormente, atraso este decorrente de solicitação da própria secretaria de saúde. As prescrições eram referentes ao mês de maio e foram procuradas para serem retiradas no mês de julho, havendo uma determinação da Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico de que as receitas devem ser mantidas junto a unidade por, no mínimo, 3 meses. Dessa forma entende-se que receitas de maio só deveriam ter sido descartadas em agosto.

Em outras 4 unidades problemas diversos foram encontrados. Em uma delas as prescrições foram entregues parcialmente, não sendo localizados pelo responsável o restante das mesmas. Em outras duas foram entregues prescrições referentes a outro mês que não o solicitado. Em outra as prescrições referentes a programas haviam sido enviadas para a unidade distrital de referência e, embora as outras receitas tenham sido cuidadosamente guardadas para o presente estudo, tal fato impossibilitou a utilização da unidade.

Salienta-se que foi encaminhado a cada unidade e entregue em mãos do funcionário da farmácia um ofício esclarecendo sobre a realização do trabalho, informando a autorização da secretaria de saúde e fornecendo todos os detalhes necessários para a separação das receitas.

5.5.1.2. Separação e identificação dos prescritores

Após a obtenção das receitas outra dificuldade foi observada, o grande número de receitas com difícil identificação, revelando as seguintes falhas:

1. Receitas sem carimbo e sem assinatura do prescritor, as quais tiveram que ser desprezadas;
2. Receitas somente com a assinatura do prescritor, o que obrigou a uma separação subjetiva das mesmas;
3. Receitas sem data, o que já foi anteriormente discutido em outro tópico;
4. Alguns dos prescritores não apresentavam sequer uma receita com carimbo o que impedia sua identificação e conseqüentemente de sua especialidade. Voltou-se as unidades para uma possível identificação, sendo que em muitas delas os próprios funcionários da unidade tiveram dificuldade em fazê-lo.

Após a separação e correta identificação da especialidade e horários de trabalho dos prescritores, outra dificuldade apresentou-se em relação ao lançamento dos medicamentos prescritos, assim como a identificação do nome dos pacientes. Quanto a identificação dos pacientes, o mesmo só foi considerado como ilegível após uma tentativa de identificação por no mínimo 3 pessoas.

Quanto a identificação dos medicamentos, passo crucial para uma obtenção fidedigna dos indicadores, várias dificuldades foram encontradas, sendo necessário em muitos casos recorrer a colaboração de outros profissionais farmacêuticos para uma correta leitura dos mesmos.

Especificamente quanto ao indicador de prescrição pela LMP, uma grande dificuldade encontrada foi em relação a definição da forma farmacêutica que havia sido prescrita, informação essencial em função do critério adotado. Muitos dos medicamentos eram prescritos sem a apresentação da forma farmacêutica desejada ou mesmo a posologia recomendada. Em várias receitas observou-se a prescrição como “líquido” ao invés de xarope, solução ou suspensão. Foram encontradas ainda prescrições de formas farmacêuticas não existentes para aquele determinado medicamento.

Tais constatações além de dificultar o cálculo dos indicadores demonstram a absoluta necessidade de um trabalho multiprofissional, permitindo que os prescritores recebam informações isentas e fundamentadas cientificamente. E, estas constatações destacam, ainda mais, a importância de que o dispensador seja alguém capacitado tecnicamente, para que exerça corretamente o papel da assistência e atenção farmacêutica.

5.5.2. Indicadores de assistência ao paciente

5.5.2.1. Tempo médio de consulta

A principal dificuldade encontrada neste indicador foi a disposição de estrutura física de algumas das unidades estudadas. Em muitas delas o consultório

tem duas portas, uma voltada para o saguão de atendimento e outra com saída para um corredor interno. Em algumas consultas via-se o paciente entrar, mas não era possível vê-lo sair. Só sabia-se que a consulta havia terminado porque o médico já se preparava para chamar outro paciente. Em alguns desses atendimentos, o paciente já era diretamente encaminhando para o pós-consulta para procedimentos de enfermagem, tendo saído por esse corredor interno. Estes tempos foram cancelados e substituídos pelo de outro paciente.

5.5.2.2. Conhecimento correto da dose pelo paciente

Quando da preparação da metodologia, pretendia-se realizar as entrevistas com o auxílio de gravador, forma de obtenção de dados muitas vezes mais fidedigna e que permitiria um trabalho de elaboração do conteúdo da mesma de maneira mais sistematizada. Tal planejamento não foi possível ser concretizado, já que as entrevistas foram realizadas em mês pré-eleitoral e houve o alerta de que a presença de um gravador poderia gerar desconfiças tanto nos pacientes quanto nos servidores das unidades. Tal observação foi realmente concretizada, pois, mesmo sem a utilização do gravador, a equipe foi várias vezes questionada quanto a finalidade do estudo e se havia relação com a eleição para prefeito.

Outra consideração interessante quanto as entrevistas é que inesperadamente, a mesma gerou, em algumas poucas unidades, reações hostis de alguns funcionários. Embora informados de que se tratava de uma pesquisa para tese de doutorado, devidamente autorizada pela secretaria de saúde e com a anuência do gerente responsável da unidade, foi nitidamente sentido em algumas pessoas a desconfiança quanto aos objetivos “avaliadores” do trabalho. Tal comportamento não foi padrão e certamente minoritário quando considerado o todo das unidades estudadas, normalmente a relação foi de colaboração máxima.

6. RESULTADOS

6.1. Indicadores de prescrição

Resultados apresentados nas tabelas de 5 a 7 (páginas 57 a 59), e nas figuras de 1 a 13 (páginas 60 a 72).

6.2. Indicadores de assistência ao paciente

6.2.1 Tempo médio de consulta

Resultados apresentados nas tabela 8 (página 73) e figura 14 (página 75).

6.2.2 Tempo médio de dispensação

Resultados apresentados na Figura 15, página 76.

6.2.3. Porcentagem de medicamentos dispensados

Resultados apresentados na Figura 16, página 77.

6.2.4. Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta

Resultados apresentados na tabela 9 (página 78) e figura 17 (página 79).

6.3. Indicador Sobre o Serviço de Saúde

6.3.1. Disponibilidade de Medicamentos Chaves

Resultados apresentados na tabela 10, página 80.

A fim de facilitar a comparação dos dados obtidos, com o de outros autores, apresenta-se no anexo 10 uma tabela comparativa com os resultados desses trabalhos.

Tabela 5. Indicadores de prescrição por clínica médica, nas UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto, 1998.

UBS/ UBDS	PRESCRI- TOR	INDICADORES DE PRESCRIÇÃO				
		Média med. receita	Genéricos (%)	Antibiótico (%)	Injetável (%)	LMP (%)
Bonfim	C1*	1,9	48,3	25,4	14,5	83,6
Paulista	C2	2,3	31,0	7,5	14,9	81,3
	C3	2,8	37,8	13,3	28,1	75,5
	C4	2,1	54,0	40,6	20,3	77,8
Total Unidade		2,3	41,7	20,4	20,4	78,8
Castelo	C5	1,6	19,5	3,0	2,0	98,1
Branco	C6	1,7	20,4	11,1	5,6	91,4
	C7	2,0	32,6	13,0	36,1	88,8
Total Unidade		1,8	25,6	8,5	16,5	92,5
Jd Pres.	C8	2,1	60,2	29,3	1,7	78,9
Dutra	C9	2,3	71,8	9,5	13,5	83,5
Total Unidade		2,2	66,9	18,2	8,3	81,6
Marincek	C10	2,0	24,4	9,8	4,0	78,6
	C11	2,3	29,1	13,6	11,4	86,4
Total Unidade		2,1	25,8	11,0	6,2	81,2
	C12	2,1	57,4	7,0	20,3	88,1
José	C13	2,6	47,9	5,9	7,0	89,6
Sampaio	C14	2,1	41,2	15,3	15,3	86,9
	C15	2,6	25,7	23,5	7,3	86,6
Total Unidade		2,3	45,8	11,2	13,2	88,0
Santa	C16	2,2	21,8	10,2	4,4	84,6
Cruz	C17	2,1	19,6	11,9	3,4	50,4
Total Unidade		2,1	20,8	11,0	3,9	69,0
	C18	4,4	27,8	3,7	36,0	76,4
Simioni	C19	2,0	42,0	17,8	4,0	94,8
	C20	2,1	25,5	5,6	3,4	87,8
Total Unidade		2,8	31,4	9,8	16,2	83,2
Vila	C21	2,0	49,7	33,7	7,6	83,3
Abranche	C22	1,5	21,2	4,8	17,6	86,4
Total Unidade		1,7	40,3	22,0	11,6	84,3
Vila	C23	1,7	28,3	12,7	6,3	95,3
Albertina	C24	3,1	16,7	15,1	5,8	75,8
	C25	1,8	71,3	5,6	7,2	95,2
Total Unidade		2,2	34,8	11,3	6,7	84,3
	C26	2,5	19,4	9,9	15,2	85,8
Vila	C27	2,5	17,0	25,8	7,6	69,5
Recreio	C28	2,4	12,1	21,0	18,5	72,4
	C29	2,8	34,8	10,8	18,5	85,8
	C30	1,7	38,1	9,1	10,1	86,7
Total Unidade		2,4	24,2	14,0	15,4	83,9
Total Serviço		2,2	33,6	13,7	13,1	82,5

* Clínicos

Tabela 6. Indicadores de prescrição, pediatria, nas UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto, 1998.

UNIDA- DES	PRESCRI- TOR	INDICADORES DE PRESCRIÇÃO				
		Méd. Med. Receita	Genéricos (%)	Antibiótico (%)	Injetável (%)	LMP (%)
Bonfim Paulista	P1*	2,7	15,6	41,8	6,1	84,0
	P2	3,3	23,0	38,9	7,4	60,3
	P3	2,2	23,0	16,0	1,2	72,5
	P4	2,3	33,6	51,8	11,1	70,5
Total Unidade		2,6	22,3	36,7	6,2	71,3
Castelo Branco	P5	2,2	21,3	41,8	6,2	83,4
	P6	1,6	43,4	19,7	0,0	84,8
	P7	2,2	22,2	26,4	1,1	85,9
	Total Unidade	2,0	25,8	19,7	1,2	80,0
Jd. Pres. Dutra	P8	2,6	48,6	48,8	1,2	87,9
	P9	1,9	5,8	42,7	4,2	62,0
	Total Unidade	2,2	31,6	45,9	2,6	77,6
Marincek	P10	2,4	7,5	24,4	1,5	86,5
	P11	2,7	20,4	21,1	2,9	88,5
	P 12	2,2	22,1	34,5	1,1	66,3
	Total Unidade	2,4	15,6	25,8	1,9	82,4
José Sampaio	P 13	2,6	39,0	13,7	1,5	80,2
	P 14	2,5	30,4	30,2	4,3	91,1
	P 15	2,8	33,0	37,5	1,5	87,8
	P 16	2,7	44,3	36,4	0,7	81,8
Total Unidade		2,6	36,6	29,6	2,2	85,2
Santa Cruz	P 17	2,8	18,0	38,0	1,5	58,5
	P 18	2,4	7,9	21,7	1,4	62,3
	Total Unidade	2,6	13,3	29,6	1,4	60,3
Simioni	P 19	2,8	21,5	20,4	0,0	88,1
	P 20	2,6	28,8	33,5	12,5	65,0
	P 21	3,5	36,0	21,0	0,0	79,7
	Total Unidade	2,9	31,6	26,5	5,6	75,0
Vila Albertina	P 22	2,9	20,0	24,8	2,3	66,2
	P 23	2,4	26,2	31,0	1,9	67,0
	P 24	2,6	30,1	22,6	0,0	91,0
	Total Unidade	2,6	24,9	26,0	1,4	74,4
Vila Recreio	P 25	2,8	21,7	20,2	4,0	69,5
	P 26	1,6	34,7	23,3	21,7	83,7
	P 27	3,2	43,5	28,1	1,7	95,2
	P 28	2,0	30,0	22,0	7,2	86,8
	Total Unidade	2,4	33,1	23,5	6,1	85,0
Total Serviço		2,3	27,7	28,9	3,5	78,0

* P – Pediatras

Tabela 7. Indicadores de prescrição, por especialidade médica, UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1998.

INDICADOR	BONFIM			CASTELO			DUTRA			MARINCEK			SAMPAIO			SANTACRUZ			SIMIONI			ABRANCHES			ALBERTINA			RECREIO			GLOBAL		
	C ^a	P ^b	T ^c	C	P	T	C	P	T	C	P	T	C	P	T	C	P	T	C	P	T	C	P	T	C	P	T	C	P	T	C	P	G ^d
Med/Rec	2,3	2,6	2,4	1,8	2,0	1,9	2,2	2,2	2,2	2,1	2,4	2,3	2,3	2,6	2,5	2,1	2,6	2,3	2,8	2,9	2,8	1,7	----	1,7	2,2	2,6	2,4	2,4	2,4	2,4	2,2	2,3	2,4
% Genérico	41,7	22,3	32,0	25,6	25,8	26,0	66,9	31,6	42,0	25,8	15,6	18,5	45,8	36,6	40,0	20,8	13,3	16,5	31,4	31,6	31,5	40,3	----	40,3	34,8	24,9	29,3	24,2	33,1	28,4	33,6	27,7	30,5
% Antibiótico	20,4	36,7	27,9	8,5	19,7	13,9	18,2	45,9	37,6	11,0	25,8	21,4	11,2	29,6	22,0	11,0	29,6	20,7	9,8	26,5	17,8	22,0	----	22,0	11,3	26,0	18,9	14,0	23,5	18,3	13,7	28,9	21,3
% Injetável	20,4	6,2	13,8	16,5	1,2	9,0	8,3	2,6	4,3	6,2	1,9	3,2	13,2	2,2	6,8	3,9	1,4	2,6	16,2	5,6	11,1	11,6	----	11,6	6,7	1,4	4,0	15,4	6,1	11,1	13,1	3,5	8,2
LMP	78,8	71,3	75,0	92,5	80,0	87,5	81,6	77,6	78,8	81,2	82,4	82,2	88,0	85,2	86,3	69,0	60,3	64,0	83,2	75,0	79,2	84,3	----	84,3	84,3	74,4	78,9	83,9	85,0	84,4	82,5	78,0	80,1

a- Clínica Médica

b - Pediatria

c – Total Unidade

d- global do serviço

FIGURA 1. Número médio de medicamentos por receita na clínica médica e pediatria, UBS e UBDS no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 2 - Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico na clínica médica, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

■ Bonfim	■ Castelo	■ Dutra	■ Marincek	■ Sampaio	■ Sta Cruz	■ Simioni	■ Abranches
■ Albertina	■ Recreio	■ Total Clin	■ Total Geral				

FIGURA 3. Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, na Pediatria, UBS e UBDS no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 4. Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, na clínica médica e pediatria, das UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 5. Porcentagem de receitas em que se prescreve um antibiótico, na Clínica Médica, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 6. Porcentagem de receitas em que se prescreve um antibiótico, n pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 7. Porcentagem de receitas em que se prescreve um antibiótico, na Clínica Médica e Pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 8 - Porcentagem de receitas em que se prescreve um medicamento injetável, na Clínica Médica, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 9 - Porcentagem de receitas em que se prescreve um medicamento injetável, na pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 10 - Porcentagem de receitas em que se prescreve um medicamentos injetável, Clínica Médica e Pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 11 - Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP na Clínica Médica, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 12 - Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP, na Pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

FIGURA 13. Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na LMP, na Clínica Médica e Pediatria, UBS e UBDS, no município de Ribeirão Preto, 1998.

Tabela 8. Tempo de consulta por clínica médica e pediatria, nas UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto, 1996.

UNIDADE	CLÍNICA MÉDICA		PEDIATRIA		Global UBS/UBDS (em min.)
	Prescritor	Tempo médio de consulta (em min)	Prescritor	Tempo Médio de consulta (em min)	
Adão do Carmo	Cl 1*	9,0	Pd 1**	16,0	
	Cl 2	34,0	Pd 2	8,3	
Total Unidade		6,4		12,4	9,4
Bonfim Paulista	Cl 3	4,2	Pd 3	8,9	
	Cl 4	12,0	Pd 4	4,2	
	Cl 5	7,0			
Total Unidade		7,3		6,4	6,8
Dom Mielle	Cl 6	12,0	Pd 5	11,5	
	Cl 7	9,7	Pd 6	11,7	
Total Unidade		10,9		11,6	11,3
Jardim Presidente Dutra	Cl 8	16,1	Pd 7	13,1	
	Cl 9	8,6	Pd 8	13,4	
Total Unidade		12,1		13,3	12,7
José Sampaio	Cl 10	11,9	Pd 9	8,6	
	Cl 11	5,3	Pd 10	15,2	
			Pd 11	8,6	
Total Unidade		10,9		10,9	10,9
Marincek	Cl 12	13,4	Pd 12	18,2	
	Cl 13	5,2	Pd 13	10,7	
	Cl 14	9,0	Pd 14	12,2	
			Pd 15	9,7	
Total Unidade		9,2		12,9	11,0
Parque Ribeirão Preto	Cl 15	4,0	Pd 16	9,0	
	Cl 16	3,1	Pd 17	11,0	
			Pd 18	12,6	
Total Unidade		3,6		10,9	7,2
Quintino Facci I	Cl 17	7,9	Pd 19	8,0	
	Cl 18	9,6	Pd 20	11,3	
Total Unidade		8,7		9,5	9,1
Santa Cruz	Cl 19	14,0	Pd 21	12,4	
	Cl 20	4,8	Pd 22	6,1	
Total Unidade		9,7		9,5	9,6
São José	Cl 21	6,0	Pd 23	7,5	
	Cl 22	5,3	Pd 24	9,3	
Total Unidade		5,7		8,3	7,0

UNIDADE	CLÍNICA MÉDICA		PEDIATRIA		Global UBS/UBDS (em min.)
	Prescritor	Tempo médio de Consulta (em min)	Prescritor	Tempo Médio de Consulta	
Simioni	Cl 23	18,3	Pd 25	8,3	
	Cl 24	4,0	Pd 26	4,3	
	Cl 25	16,5	Pd 27	22,3	
	Cl 26	8,0	Pd 28	8,0	
	Cl 27	7,7	Pd 29	12,0	
	Cl 28	9,0			
Total Unidade		11,4		11,0	11,2
Vila Abranches	Cl 29	11,0	Pd 30	6,1	
	Cl 30	4,3	Pd 31	5,7	
Total Unidade		7,9		5,9	6,9
Vila Albertina	Cl 31	6,2	Pd 32	8,5	
	Cl 32	6,2	Pd 33	6,7	
	Cl 33	8,7	Pd 34	12,0	
	Cl 34	12,3	Pd 35	11,2	
Total Unidade		8,1		9,5	8,8
Vila Mariana	Cl 35	4,8	Pd 36	9,0	
	Cl 36	4,7	Pd 37	3,8	
	Cl 37	6,0	Pd 38	9,2	
	Cl 38	6,2			
Total Unidade		5,5		7,3	6,4
Vila Recreio	Cl 39	10,2	Pd 39	12,5	
	Cl 40	8,2	Pd 40	9,0	
	Cl 41	7,6			
Total Unidade		8,7		10,9	9,8
Vila Virgínia	Cl 42	8,7	Pd 41	8,0	
	Cl 43	4,0	Pd 42	15,3	
	Cl 44	4,3	Pd 43	16,7	
	Cl 45	8,5	Pd 44	10,7	
Total Unidade		6,5	Pd 45	9,7	12,0
Total Serviço		8,3		10,2	9,2

* Clínico

** Pediatra

FIGURA 14. Tempo médio de consulta da Clínica Médica e Pediatria, UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1996.

FIGURA 15 - Tempo médio de dispensação, UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1996.

FIGURA 16. Porcentagem de medicamentos dispensados, UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1998.

Tabela 9. Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta do medicamento, por UBS e UBDS, do município de Ribeirão Preto, 1996.

Unidade	% de Pacientes que Conhecem a Dose Correta do Medicamento.
UBS Adão do Carmo Leonel	56,2
UBS Bonfim Paulista	83,3
UBS Campos Elíseos	71,0
UBS Castelo Branco	70,6
UBS Central	74,2
UBS Dom Mielle	70,0
UBS Jardim Presidente Dutra	76,7
UBS José Sampaio	65,0
UBS Marincek	80,0
UBS Parque Ribeirão Preto	50,0
UBS Quintino Facci I	65,6
UBS Quintino Facci II	54,5
UBS Santa Cruz	77,4
UBS São José	70,6
UBDS Simioni	65,6
UBS Vila Abranches	93,5
UBS Vila Albertina	54,3
UBS Vila Mariana	69,7
UBS Vila Recreio	62,3
UBDS Vila Virgínia	43,3
GLOBAL	70,0

FIGURA 17. Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta do medicamento por UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, 1996.

Tabela 10. Disponibilidade (em %) dos medicamentos chaves, por UBS e UBDS, do município de Ribeirão Preto, 1996.

UBS/UBDS	Presença do Medicamento (em %)
UBS Adão do Carmo Leonel	95,6
UBS Bonfim Paulista	95,6
UBS Campos Elíseos	100
UBDS Castelo Branco	100
UBDS Central	100
UBS Dom Mielle	94,2
UBS Jardim Presidente Dutra	97,0
UBS José Sampaio	98,5
UBS Marincek	100
UBS Parque Ribeirão Preto	95,6
UBS Quintino Facci I	97,0
UBS Quintino Facci II	100
UBS Santa Cruz	98,5
UBS São José	100
UBDS Simioni	100
UBS Vila Abranches	100
UBS Vila Albertina	100
UBS Vila Mariana	98,5
UBS Vila Recreio	98,5
UBDS Vila Virgínia	98,5
GLOBAL	98,4

7. DISCUSSÃO

Os estudos de utilização de medicamentos, segundo a OMS são aqueles relacionados com a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes⁹⁹. Exige, portanto, uma ação multidisciplinar já que necessita de conceitos originários das áreas biológicas e, também da economia, antropologia e sociologia⁸².

Neste estudo, pretendeu-se avaliar alguns aspectos da prescrição, uso e gerenciamento dos medicamentos alopáticos na rede pública de saúde do município de Ribeirão Preto, com o objetivo de conhecer melhor as práticas realizadas e colaborar efetivamente para o desenvolvimento de novas práticas e para o aprimoramento das já existentes.

O valor dos indicadores selecionados de uso de medicamentos é fortemente dependente de alguns fatores tais como o perfil epidemiológico das doenças da região em estudo, as características do sistema de saúde, a presença ou não na região de uma Lista Padronizada de medicamentos ou de guias terapêuticos já desenvolvidos, sendo estes somente alguns aspectos dos vários envolvidos⁷⁸.

Para muitos dos indicadores utilizados o valor ideal é obvio, como afirma Hogerzeil e col.⁵¹. Tal afirmação aplica-se quanto a prescrição por genéricos, pelos medicamentos da LMP, o fornecimento do medicamento ao paciente e a porcentagem em que ele conhece a correta forma de tomá-lo, os quais pressupõe-se que valores próximos de 100,0%, indicam melhores condições de gerenciamento e uso do medicamento na região estudada. Entretanto, para alguns dos indicadores aplicados, torna-se difícil uma análise pontual do que é valor correto ou não, principalmente ao considerar que não existem padronizações, no Brasil, quanto aos melhores valores esperados, por exemplo, para a prescrição por antibiótico ou por injetáveis.

Estudo realizado no Yemem, e tendo como base o perfil de morbidade da região e os guias terapêuticos existentes, estimou que os valores ideais seriam de: a) média de medicamentos por consulta - 1,4; b) porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico – 23%; c) porcentagem de consultas em que se prescreve um injetável – 17%⁵¹.

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

7.1. INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

Nesta pesquisa, **quanto ao número médio de medicamentos por receita**, foi obtido um valor de 2,4, sendo observado valor semelhante entre clínicos (2,2) e pediatras (2,3). Entre os clínicos o menor valor observado foi de 1,7, na UBS Vila Abranches e o maior foi de 2,8, na UBDS Simioni. Quanto aos pediatras o menor valor obtido foi de 2,0, na UBDS Castelo Branco, e o maior de 2,9, na UBDS Simioni. Os picos observados na UBDS Simioni poderia sugerir que tal fato é devido a características de atendimento de uma unidade distrital, hipótese que não se sustenta com os dados observados na também distrital do Castelo Branco.

O valor médio de 2,4 é semelhante aos 2,2 encontrado por Lopes e col.⁶⁴ em Fortaleza, aos 1,9 de Simões e Motta⁹⁵, aos 1,8 encontrado por Simões e Fegadolli⁹⁴ em Araraquara e ao 2,05 de Cunha e Castro³⁵ (resultados preliminares) em Campo Grande. Simões e Soler⁹⁶, em estudo realizado em Tabatinga, ao trabalharem com pediatras, observaram média de 2,5, este resultado é compatível com os valores obtidos neste trabalho, 2,3, medicamentos por receita na pediatria. Pepe⁸², embora não trabalhando especificamente com os indicadores da OMS, encontrou média de medicamentos por receita de 2,16 em estudo realizado no Rio de Janeiro.

Considerando que Simões e Motta⁹⁵, Simões e Fegadolli⁹⁴ e Pepe⁸² trabalharam com prescritores outros que não somente clínicos e pediatras, pode-se

supor que há uma uniformidade quanto a este indicador mesmo em diferentes realidades.

Dos estudos realizados fora do Brasil, o valor mais alto encontrado foi de 3,8 na Nigéria e o mais baixo o de 1,3 no Equador e Tanzânia^{51,78}. Entretanto diferenças quanto as características do sistema de saúde, perfil sócio econômico e de morbi-mortalidade da população, impossibilitam inferências quanto as divergências observadas, fato este que se repetirá nos dados internacionais apresentados para os próximos indicadores.

Quanto a prescrição pelo nome genérico a porcentagem obtida, nesse trabalho, foi de 30,5%, resultado semelhante aos 32,7% de Tabatinga⁹⁶. Simões e Fegadolli⁹⁴, Simões e Mota⁹⁵, Lopes e col.⁶⁴ e Cunha e Castro³⁵ encontraram valores mais elevados 43,7%, 72,0%; 74,0% e 81,0%, respectivamente. Tais dados podem refletir, além da utilização de critérios diferentes entre os pesquisadores, um perfil diferenciado de padrão de comportamento dos prescritores nas diferentes regiões estudadas. No caso específico de Simões e Mota⁹⁵, a diferença observada de 72,0% para os 30,5% desse trabalho, talvez possa ser explicado também por causa da utilização pelos autores de receitas de um ambulatório especializado, sendo as prescrições analisadas originárias de diferentes especialidades.

Considerando-se que a prescrição pelo nome genérico no serviço público é uma exigência legal, qualquer valor abaixo de 100% pode configurar problemas no processo prescritorial e provavelmente a falta de cumprimento da legislação.

Partindo dessa premissa, os valores para prescrição de medicamentos pelo nome genérico verificados nessa pesquisa, de maneira geral, podem ser considerados baixos, tanto para os clínicos quanto para os pediatras. Entretanto, chama atenção os resultados observados nas UBS Jardim Presidente Dutra (42,0%), UBS Vila Abranches (40,3%) e UBS José Sampaio (40,0%), que correspondem aos maiores valores médios encontrados entre todas as estudadas. Observa-se que na UBS José Sampaio, a distribuição dos valores é mais uniforme entre a clínica média e a pediatria (45,8 e 36,6, respectivamente), enquanto a UBS do Jardim Presidente Dutra apresenta um valor destacado entre os clínicos (66,9%), o mais alto encontrado entre todas as unidades. Levanta-se a hipótese de uma conscientização dos

profissionais em relação a importância da prescrição por genéricos. Outro fator a ser considerado é o de que muitos dos medicamentos mais prescritos são de laboratórios que não utilizam o nome fantasia, tendo os medicamentos por eles produzidos somente o nome genérico, o qual confunde-se com o nome comercial. Dessa forma, não é possível, muitas vezes, estabelecer se há intenção do médico de prescrever pela denominação genérica ou pelo nome comercial coincidente, o que pode ter influência sobre o indicador, havendo uma superestimativa do mesmo.

Outra situação que pode influenciar no valor deste indicador é a prática comum entre alguns médicos de prescreverem em uma só receita o mesmo medicamento em formas farmacêuticas diferentes. O que foi observado, em muitos destes casos, é que um dos medicamentos era prescrito aparentemente de forma genérica, enquanto que o outro pelo nome fantasia. Esse procedimento é evidenciado quando da prescrição do anti-inflamatório Voltaren[®], cujo princípio ativo é o diclofenaco de sódio. Raramente foi encontrada a prescrição da forma injetável deste medicamento pela denominação genérica, o que era frequentemente verificado quando da prescrição em comprimido, isso demonstra uma falta de uniformidade na prescrição para um mesmo profissional. Acredita-se que a nova legislação²⁶, se efetivamente cumprida, contribuirá para o aumento do número de prescrições por genérico.

A prescrição pela denominação genérica é ainda passível de muitas controvérsias, em decorrência da falta de uma maior fundamentação de algumas definições. Uma grande dificuldade é que interferiu em alguns dos critérios adotados nesse trabalho é quanto aos medicamentos em associação. Não foi encontrado no levantamento bibliográfico realizado nenhuma padronização específica quanto aos mesmos. Quando o medicamento apresenta somente dois ou três fármacos, a prescrição ou não pelo genérico é mais explícita. Parece óbvio que a prescrição por Nebacetin[®] caracteriza-se como sendo pelo nome comercial, enquanto que a prescrição de neomicina + bacitracina é prescrição pela denominação genérica. Entretanto, tal certeza já não é tão evidente, por exemplo, quando da prescrição de polivitaminicos ou vitaminas do complexo B.

No caso dos genéricos, os dados relatados em outros países indicam que o valor mais alto encontrado foi o do Zimbabwe (94%) e o mais baixo o do Equador (37%)^{51,78}. Considerando que um dos objetivos do emprego dos indicadores do uso selecionado de medicamentos é também o de identificar prioridades de ação, pode depreender-se dos dados observados que no Zimbabwe, não há necessidade de se despendar muitos recursos para incentivar a prescrição por genéricos, situação semelhante a de Campo Grande; enquanto que no Equador, Ribeirão Preto, Tabatinga e Araraquara, recursos deverão ser utilizados para atingir uma meta mais elevada.

Quanto a prescrição por antibiótico, pode ser observado nesse trabalho que ela foi maior entre os pediatras, 28,9%, contra 13,7%, dos clínicos. O que é justificável em função do possível padrão terapêutico diferente entre as duas especialidades, devido aos diferentes tipos de doenças que acometem as duas populações. O valor global de 21,3% é maior do que o encontrado em Araraquara⁹⁴ (15,1%) e Ribeirão Preto⁹⁵ (10,1%), mas, inferior aos 34,8% de Campo Grande³⁵ e 37,0% de Fortaleza⁶⁴. O estudo de Tabatinga⁹⁶ indicou valores de 58,2%, muito superior ao observado nesse trabalho para os pediatras, 28,9%.

Em outros países, os estudos apontam o Sudão como o país em que a prescrição por antibióticos é mais elevada (63,0%), aparecendo Bangladesh (25%) e Equador como as regiões com menor valor (27,0%)^{46,51,78}.

No Brasil, considerando a não definição, de quais são os valores ideais para este indicador, e que não é possível estabelecer relação entre a prescrição e o quadro nosológico apresentado pelo paciente, não é factível uma avaliação aprofundada quanto as discrepância observadas.

Se fosse feita a relação da prescrição de antibióticos com o perfil da doença poderia-se, talvez, considerar que em unidades de saúde mais periféricas, e, provavelmente com população com menor qualidade de vida e mais propícias a determinadas doenças, deveriam ocorrer indicadores de prescrição de antibióticos com valores mais elevados. Entretanto, observa-se que mesmo entre diferentes unidades de regiões muito carentes, tais como o Jardim Presidente Dutra, Marincek e

Vila Recreio não há uma uniformidade na porcentagem observada, mais uma vez sugerindo a importância dos padrões individuais de prescrição do médico.

Fegadolli e col.³⁹, em estudo realizado em Araraquara, observaram que 19,5% dos antibióticos prescritos foram para sinais, sintomas e afecções mal definidas; concluem os autores que a prescrição de antibióticos deve ser melhor avaliada.

O principal problema quanto aos antibióticos e a sua prescrição e uso abusivo, é o desenvolvimento de microrganismos potencialmente resistentes a qualquer tratamento^{5,57,62,65,105}, o que pode ser observado recentemente no relato de óbito de pacientes infectados com uma cepa super resistente do *S. aureus*⁴². Das várias formas farmacêuticas em que o antibiótico pode ser apresentado, certamente aqueles de ministração e ação sistêmica são os mais preocupantes; entretanto, embora em menor proporção, os medicamentos de ação local também podem colaborar na dessensibilização dos microrganismos. Dessa forma, quando do cálculo desse indicador, é importante considerar como antibiótico qualquer medicamento que contenha o fármaco independente da forma farmacêutica prescrita e esteja o mesmo em associação ou isolado.

A mesma dificuldade referida anteriormente quanto a definição de um valor ideal de prescrição de antibióticos é encontrada quanto ao **indicador de prescrição de injetáveis**. Obteve-se nesse trabalho o valor de 8,2%, próximo ao 7,4% observado em Araraquara²⁴. Em Fortaleza⁶⁴ o valor encontrado foi de 11,0%, enquanto que em Campo Grande³⁵ os pesquisadores obtiveram 15,7%. Nota-se que ao contrário do ocorrido na prescrição de antibióticos, neste indicador são os clínicos que aparecem com um maior número de receitas com injetáveis, o que era de se esperar, visto que a população infantil rejeita bem mais esta via de administração.

Nas análises por unidades, observa-se que a média de prescrição de injetáveis teve os valores mais altos e mais baixos entre clínicos e pediatras, obtidos nas mesmas unidades. Na UBS Santa Cruz, o valor foi de 3,9 para clínicos e 1,4 para pediatras, enquanto que na UBS Bonfim Paulista, os valores foram de 20,4 e 6,2, respectivamente para clínicos e pediatras. Embora baseado nas informações que os pesquisadores têm sobre o serviço estudado, não se possa aferir quais os motivos

para tais resultados, pode-se sugerir que tal fato seja decorrente de características prescricionais dos médicos locados nestas unidades e de características epidemiológicas de morbidade das duas regiões. A questão dos injetáveis é particularmente sujeita as características culturais da sociedade estudada, considerando a atitude da população frente a essa via de administração e o quanto essa postura frente a mesma pode influenciar os padrões de prescrição do médico. Trabalho realizado na Tailândia ao avaliar a compreensão da população e dos provedores de saúde quanto a injetáveis, observou que a população daquele país, crê que as injeções são a forma mais eficaz de tratamento porque “vão ao sangue”, acreditando ainda que não há efeitos secundários com tal via de aplicação⁸⁷.

Os trabalhos de outros países apresentam também uma grande variação entre seus valores máximo e mínimo. Em Bangladesh a média foi de 0,2%, enquanto que em Uganda o valor encontrado foi de 48,0%^{51,78}.

Ao analisar-se a prescrição pela LMP, verifica-se que o resultado de 80,1% é mais alto que os observados em Tabatinga⁹⁶ (44,8%) e Araraquara⁹⁴ (47,2%). Os resultados de Fortaleza⁶⁴ (78%), Ribeirão Preto⁹⁵ (88,1%) e Campo Grande³⁵ (89,5%) são compatíveis com o desse trabalho. Os 80,1% observados apontam para uma padronização correta, baseada no perfil epidemiológico de doenças da região. A análise dos dados deste indicador exige um cuidado quanto ao fato de que em alguns estudos há possibilidade da lista de padronização adotada como padrão, na realidade refletir o perfil de prescrição dos médicos da região mais do que o perfil de morbi-mortalidade, o que Pepe⁸² define como “consenso entre o critério de seleção e as práticas prescritivas, “culturalmente” consolidadas”.

Pode-se considerar que a prescrição média de medicamentos pela LMP de 100,0% não é factível, portanto, valores próximos a este podem ser avaliados como bons. No presente trabalho, quando se tem um mínimo de 64,0% (UBS Santa Cruz) e um máximo de prescrição de média de LMP de 87,5% (UBDS Castelo Branco) a situação nas unidades estudadas, do município de Ribeirão Preto, pode ser considerada regular. Entretanto, assim como os outros indicadores este também pode ter seus resultados sujeito a viés. Uma possibilidade que pode levar a um valor abaixo do que realmente deveria ter sido observado é o fato de que alguns

medicamentos, apesar de não padronizados, por serem de doações, são de fluxo contínuo em algumas unidades, como, por exemplo, a clorpropamida fornecida pelo Estado e não pelo município. Neste caso, embora a prescrição não tenha sido considerada como da LMP, a intenção do médico era fazê-lo, visto ser de seu conhecimento que o referido medicamento é fornecido pelo serviço.

Lunde⁶⁶ firma que embora as listas padronizadas possam refletir um alto nível profissional no trabalho de seleção de fármacos, as discussões devidas a interesses econômicos demonstram que o prestígio profissional de farmacoterapeuta dos médicos que prescrevem e dos dispensadores envolvidos no processo podem ser um obstáculo importante para sua implantação efetiva. Considerando o acima e os dados obtidos nessa pesquisa, parece que para uma melhora no valor deste indicador é necessário um efetivo trabalho de esclarecimento junto aos prescritores quanto a padronização adotada.

Os trabalhos do exterior apresentam dados somente de três locais: Tanzânia com 88%, Nigéria com 86% e Bangladesh com 85%^{51,78}.

Embora não seja objetivo desse trabalho discutir as questões qualitativas da prescrição, entende-se necessárias algumas considerações quanto a essa questão, já que dos indicadores preconizados pela OMS os de prescrição são os mais estudados.

Segundo Arnau e Laporte², há atitudes distintas frente aos medicamentos que não dizem respeito apenas as características dos mesmos. Segundo Laporte (citado por Pepe⁸²), inquéritos realizados entre países demonstrou diferenças que não podiam ser explicadas pelas diferenças nos padrões de morbi-mortalidade, afirmação esta confirmada por Lunde⁶⁶. Outros autores relatam variedade prescritiva dentro de um mesmo país e, por vezes frente, a um mesmo quadro clínico^{32,49}.

A literatura é extensa^{2,4,6,36,76,82} quanto a questão das várias influências que o prescritor sofre no momento tão tênue em que deve decidir qual o melhor caminho terapêutico a ser adotado. Segundo Arnau e Laporte² “a prescrição que o médico faz no final da consulta é, num sentido geral, o reflexo resumido de suas atitudes e expectativas em relação ao curso da doença e ao papel que os fármacos podem ter no seu tratamento”. Vários fatores, entre tantos outros, podem influenciar

o ato de prescrição: as fontes de informações as quais o médico teve acesso, o maciço, e nem sempre ético, assédio da indústria farmacêutica, às suas concepções sobre o processo saúde-doença, a disponibilidade de medicamentos no serviço em que atua, as condições sócio-culturais e econômicas da população que atende e a qualidade da sua formação técnica.

Dessa forma, embora compreendendo a importância da avaliação qualitativa da prescrição, mais uma vez, entende-se que uma análise qualitativa pode auxiliar e muito uma análise mais precisa dos dados obtidos.

7.2. INDICADORES DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Dos estudos desenvolvidos no Brasil, somente Lopes e col.⁶⁴ em Fortaleza e Cunha e Castro³⁵ em Campo Grande trabalharam com tempo médio de consulta e de dispensação.

Quanto ao **tempo médio de consulta** no presente estudo, observou-se 9,2 minutos como valor global, sendo 8,3 minutos entre os clínicos e 10, 2 minutos entre os pediatras. Em Fortaleza⁶⁴ e Campo Grande³⁵ os autores encontraram valores de 5,8 e 5,6 minutos, respectivamente. Nos dois relatos não foi possível definir qual foi a amostragem utilizada em relação a especialidade médica.

Considerando as recomendações de que para que uma consulta seja realizada adequadamente, o seu tempo mínimo deve ser de 15 minutos³¹ e o critério estabelecido pela autora do trabalho, o tempo médio de consulta global despendido pelos clínicos e pediatras nas UBS e UBDS (9,1), pode ser classificado como bom.

Ao se analisar as unidade isoladamente, verifica-se que cinco (31,3%) delas se classificam entre o tempo médio de consulta “regular”, isto é, entre 3,8 a 7,5 minutos e 11 (68,7%) como bom e excelente.

Nos trabalhos divulgados pela OMS, o maior tempo de consulta encontrado foi o da Nigéria com 6,3 minutos por consulta, sendo em Bangladesh o menor valor obtido com 54 segundos por consulta^{46,51,78}.

Os dados obtidos nesse trabalho, embora mais elevados do que os de outros autores, não configuram necessariamente um melhor atendimento ao paciente, principalmente ao se avaliar que este indicador apresenta vários fatores que podem influenciar nesses resultados, tais como: 1. Que na consulta pediátrica, o responsável pela criança faz-se acompanhar dos irmãos da mesma, adentrando ao consultório com todas elas. Segundo relato de funcionários, em alguns desses atendimentos, o médico examina todas as crianças, até mesmo porque costumeiramente estas já são seus pacientes. Este fator pode levar a um aumento do tempo despendido na consulta; 2. A diferença de atendimento do médico nos casos de primeira consulta do usuário em comparação ao acompanhamento de tratamento ou de programas contínuos, também pode trazer viés aos dados obtidos. Rotineiramente, na primeira consulta, há necessidade de uma anamnese mais apurada e conseqüente aumento do tempo da mesma, por outro lado, quando se trata de consultas de encaminhamento, o paciente pode vir a ser examinado superficialmente, pois já é referenciado para o atendimento especializado, o que ocorre, por exemplo, com problemas de ortopedia. A terceira observação a ser feita é o fato de, que muitas vezes, durante a consulta, o médico retira-se do consultório, realizando atividades tais como: verificação do prontuário do paciente junto a secretaria, atendimento de solicitação de funcionário ou de outro paciente. Esta situação traz o seguinte questionamento: o que afinal configura uma consulta médica? Ao sair para verificar assuntos pertinentes ao paciente, o médico está prestando atendimento ao mesmo, ou somente resolvendo aspectos burocráticos que o sistema de saúde deveria ter sanado?

A experiência obtida, quando da coleta dos dados, permite sugerir que para uma definição mais apurada de qual o tempo necessário para um correto atendimento ao paciente, deve-se levar em consideração os diversos fatores envolvidos nessa relação médico-paciente-sistema de saúde, devendo tal tema ser objeto de estudos qualitativos.

Quanto ao tempo de dispensação, nesse estudo, o resultado obtido foi de 19 segundos. Lopes e col.⁶⁴ observaram 17 segundos e Cunha e Castro³⁵ 49 segundos. Embora os resultados obtidos por Lopes e col.⁶⁴ sejam bem semelhantes aos verificados nesse trabalho e os de Cunha e Castro³⁵ sejam mais altos não se pode afirmar quanto a esta última, que houve uma melhor assistência ao paciente,

considerando a subjetividade do indicador decorrente da: influência do número e tipo de medicamentos por prescrição, o que realmente foi considerado como tempo de dispensação, a movimentação da farmácia no momento da cronometragem do tempo e a qualidade da dispensação.

Em outros países este indicador foi realizado em 4 locais com valores mais elevados no Nepal (86,1s) e na Tanzânia (77,8s) e valores mais baixos na Nigéria (12,5s) e em Bangladesh (23s)^{46,51,78}. Novamente a diferença observada entre os dados pode sugerir uma grande variedade nas realidades dos vários locais estudados.

Verificou-se, quando da coleta de dados, que em muitas unidades não houve efetivamente uma atenção farmacêutica, ocorrendo somente a entrega do medicamento. Foi observado muitas vezes o procedimento dos funcionários de dizer ao paciente: “tome conforme está na receita”. Considerando a classe social mais atendida pelo sistema de saúde e uma possível alta taxa de analfabetismo, pode tal procedimento implicar em um não entendimento do paciente quanto a maneira correta de tomar o medicamento e conseqüente não cumprimento do plano terapêutico definido pelo prescritor. Ressalve-se, entretanto que para um observador ocasional o que pode simplesmente parecer a entrega do medicamento sem nenhuma instrução ao paciente, para o funcionário pode significar o conhecimento da população que atende e que tal paciente já é usuário freqüente do medicamento, portanto, sabe como tomá-lo ou administrá-lo corretamente. Tal conclusão parece ser respaldada pelos resultados obtidos quanto ao conhecimento da dose correta pelo paciente.

Quanto a porcentagem de medicamentos dispensados, encontrou-se nesse trabalho 60,3%, número mais baixo do que os valores observados em Fortaleza⁶⁴ (66,0%) e Campo Grande³⁵ (76,2%). Com exceção da UBS Vila Albertina, que apresentou um resultado discrepante, as outras unidades apresentaram valores semelhantes. Nas regiões fora do Brasil, o maior valor observado foi no Nepal com 83% e o menor na Nigéria com 75%^{51,78}.

Considerando o observado, quando do lançamento dos dados, entende-se que o valor encontrado pode não corresponder a realidade das unidades. Alguns fatores podem contribuir tanto para subestimar como para superestimar os resultados.

Entre os possíveis fatores para subestimação do indicador podem ser citados: 1. O não cumprimento por parte dos funcionários da farmácia, da regulamentação quanto a aposição de carimbo quando o medicamento é fornecido, este é certamente um dos principais fatores que justifica o dado discrepante observado na UBS Vila Albertina; 2. Em algumas unidades, a farmácia tem mais do que um funcionário, podendo os mesmos adotarem critérios diferentes de anotação ou, melhor ainda, de não anotação da entrega do medicamento; 3. Diferenças de rotinas entre as unidades quanto a questão do fornecimento de injetáveis e aerossóis. Em algumas unidades, o paciente dirige-se diretamente ao atendimento pós-consulta para administração do medicamento, e o serviço de enfermagem não coloca o carimbo de entrega e nem faz qualquer outra anotação que indique este procedimento, enquanto que em outras unidades o paciente percorre o caminho inverso, passando na farmácia para pegar o medicamento e depois indo a pós-consulta, nesse caso a farmácia deve ter anotado a entrega do medicamento. Um quarto fator a ser observado é a formação do dispensador, já que o desconhecimento da correlação entre o nome fantasia prescrito pelo médico e a denominação genérica presente na farmácia pode levar a uma não entrega de medicamento, que na realidade está sendo fornecido pelo município. Por último deve-se considerar a possibilidade da falta de alguns medicamentos, quando da realização do estudo, detectada em algumas unidades. Essa hipótese foi levantada em função da constante falta de carimbo para alguns medicamentos naquele período em determinadas unidades.

Quanto a possível superestimação do indicador, a mesma pode ser consequência de dois fatores. Em relação ao primeiro fator pode haver medicamentos que não são padronizados, mas que são fornecidos nas unidades, sendo que tal fato é decorrente de medicamentos distribuídos pelo Estado e doados a prefeitura, ou então a entrega de amostra grátis. Esta situação impede que se faça uma correlação entre os resultados obtidos quanto a prescrição pela LMP, e o fornecimento dos medicamentos. Com o segundo fator pode ocorrer que o médico ao prescrever determinado medicamento e já sabendo que não há na farmácia, adverte ao paciente;

neste caso, mesmo com a solicitação ao funcionário de que as receitas ficasse retida mesmo se não houvesse o medicamento, não foi possível ter acesso as prescrições, pois o paciente nem passa pela farmácia. O mesmo pode acontecer quando o paciente é atendido pela equipe de enfermagem na pós-consulta.

No indicador **de conhecimento da dose correta** foi observado um valor global do município de 70,0%, enquanto que Lopes e col.⁶⁴ obtiveram 54,0%. Em outros países o valor mais elevado foi em Bangladesh (82%) e o mais baixo na Indonésia (27%)^{51,78}.

Foram obtidos resultados bem diferentes entre as unidades estudadas, variando de 43,3% na UBDS Vila Virgínia a 93,5% na UBDS Simioni. Segundo a classificação estabelecida pela autora, pode-se considerar, de uma maneira geral, que os pacientes conhecem a dose correta do medicamento, visto que em apenas duas (10,0%) das unidades o conhecimento da dose correta foi considerado regular e em treze (65%) unidades esse conhecimento foi classificado como bom.

Entretanto, o conhecimento da dose correta, embora considerado “bom”, não dá garantias de que o paciente vá tomar o medicamento e fazê-lo corretamente, pois o critério da OMS envolve somente o conhecimento do número de dias e quantos medicamentos por vez deve tomar, sendo que a utilização correta do medicamento implica em muito mais do que saber somente o horário e a quantidade a ser tomada.

É fundamental para que o tratamento atinja os objetivos desejados pelo médico que no ato da consulta e durante a dispensação, o usuário receba informações, entre outras, sobre: a) possíveis reações adversas, b) interação com outros medicamentos e com alimentos, c) a importância da manutenção do tratamento durante o período definido, situação crucial, por exemplo, quando da utilização de antibióticos, d) compreensão correta do esquema terapêutico com intervalos que alguns medicamentos exigem, como, por exemplo, o mebendazol e as pílulas anticoncepcionais.

Outro fator observado nesse trabalho e que pode influir sobre o uso correto do medicamento é a apresentação de formas farmacêuticas muito semelhantes, com a mesma cor de comprimido e mesma embalagem para diferentes

medicamentos padronizados Para exemplificar pode-se citar a digoxina/hidroclorotiazida e furosemda/propanolol, os quais são constantemente prescritos para o mesmo paciente. Tal situação, além de dificultar o uso correto do medicamento, abre uma possibilidade grande de erros no momento da dispensação.

Não foi realizado nessa pesquisa um dos indicadores de assistência ao paciente, qual seja, o de porcentagem de medicamentos corretamente etiquetados. A não inclusão do mesmo foi consequência da não existência de etiquetas nos medicamentos fornecidos pela secretária de saúde de Ribeirão Preto.

A observação da rotina das unidades e principalmente da dispensação de medicamentos permite sugerir que esta deve ser uma das metas a serem cumpridas pela Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico, já que facilitaria a compreensão do paciente quanto a forma correta de tomar o medicamento, contribuindo efetivamente para um uso mais racional do mesmo.

7.3. INDICADOR SOBRE O SERVIÇO

Na análise do **indicador de presença de medicamentos chaves** obteve-se um valor médio de 98,4%, sendo que em nove unidades (45,5%) todos os medicamentos foram encontrados. Lopes e col ⁶⁴ e Cunha e Castro³⁵ encontraram 55% e 87,5, respectivamente. O valor médio desse levantamento é ótimo e parece representativo da organização da assistência farmacêutica no município, ao menos no ano em que a pesquisa foi realizada, 1996.

Dos trabalhos realizados em locais fora do Brasil, o valor mais alto encontrado foi no Nepal (90%) e o mais baixo no Equador (38%)^{51,78}.

Também aqui não foi possível completar todos os indicadores sugeridos pela OMS, visto que não foi feita a avaliação da disponibilidade nas UBS e UBDS de cópias da LMP do município. A não realização deste indicador foi decorrente de dificuldades para a organização logística que o mesmo exigiria. A informação obtida junto à Secretaria de Saúde é de que os prescritores recebem a LMP assim como as suas atualizações, ficando as mesmas a sua disposição nos consultórios médicos, e

também na farmácia da unidade. Os dados obtidos quanto a prescrição de medicamentos pela LMP apontam para a confirmação desta informação.

7.4. AVALIAÇÃO

A principal crítica aos indicadores selecionados para o uso de medicamentos é a falta de valores ideais padronizados, para que se possa classificá-los dentro de uma graduação de ruim a excelente. Isto dificulta o diagnóstico mais exato da situação e principalmente a comparação com os valores observados em diferentes locais.

Outra crítica é quanto a alguns parâmetros da metodologia. Como foi observado na discussão apresentada anteriormente, vários fatores podem influenciar os resultados, portanto, quanto mais precisa e delimitada for a metodologia empregada, maior será a eficácia e reprodutibilidade da mesma.

Quanto aos indicadores de prescrição, a definição das especialidades médicas que devem fazer parte do estudo é fundamental, já que esta opção fica a critério do pesquisador e sabe-se que pode haver comportamentos prescritivos diferenciados, por exemplo, entre pediatras e ginecologistas, ou de médicos que atendem no ambulatório e os emergencialistas.

Outra questão a ser levantada é a definição do que deve ser exatamente considerado genérico, tempo de dispensação, consulta médica e tempo de consulta, para que todos os estudos utilizem a mesma definição. Embora pareçam conceitos óbvios, a prática observada nesse trabalho permite supor que diferenças importantes possam acontecer em realidades sanitárias e de organização do sistema de saúde diversas. A concepção de dispensação, por exemplo, tem-se alterado muito nos últimos anos, obrigando salutarmente, que os pesquisadores da área aprofundem seus estudos nesta questão.

A avaliação do conhecimento da dose por parte do paciente, embora seja um indicativo importante para um diagnóstico da situação, parece ser um dos indicadores mais suscetíveis a necessidade de estudos qualitativos concomitantes aos

qualitativos. A constatação de que o usuário sabe tomar o medicamento “como está na receita”, ou seja, horário, dias e quantidade, não garante que o mesmo tenha o conhecimento de todas as outras informações necessárias para um uso correto do medicamento.

O mesmo raciocínio pode ser utilizado quanto ao fornecimento do medicamento pelo sistema de saúde. Este fornecimento é essencial, mas não garante de forma alguma que os efeitos terapêuticos serão alcançados, visto depender de tantos fatores já discutidos nesse trabalho.

Dessa maneira, entende-se que mais do que comparar dados obtidos em diversos lugares, e em realidades diferentes e classifica-los dentro de uma tabela de graduação, o cálculo dos indicadores selecionados do uso de medicamentos permite a discussão de quais são os diferentes fatores que podem interferir sobre os mesmos e assim fundamentar a base para formulação de propostas que melhorem a qualidade do atendimento do serviço de saúde e, conseqüentemente a qualidade de vida da população atendida pelo mesmo.

8. CONCLUSÕES

1. Ocorreu uma baixa prescrição por medicamentos genéricos e uma elevada porcentagem de medicamentos prescritos pela Lista de Medicamentos Padronizados do município de Ribeirão Preto.
2. O tempo médio de consulta obtido, segundo o valor recomendado pela OMS, é bom.
3. O tempo de dispensação apesar da falta de parâmetros, parece insuficiente para uma correta atenção farmacêutica.
4. A porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta do medicamento é alta e a disponibilidade de medicamentos chaves pode ser considerada ótima, nas unidades.
5. Os outros indicadores de prescrição e de assistência ao paciente, por falta de padronização, não podem ser classificados objetivamente numa graduação de ruim ou excelente.
6. O emprego dos indicadores selecionados do uso de medicamentos pode ser usado para um diagnóstico preliminar da situação da região estudada; embora a falta de valores “ideais” para determinados indicadores e de estudos qualitativos prejudiquem este diagnóstico.
7. Levantamentos baseados no perfil epidemiológico e guia terapêutico do local estudado são fundamentais para a obtenção dos parâmetros “ideais” dos indicadores selecionados do uso dos medicamentos.
8. Os indicadores selecionados de uso de medicamentos são extremamente sensíveis aos critérios escolhidos para a definição da metodologia. Pequenas diferenças podem refletir em alterações nos resultados.

9. SUGESTÕES

1. Realização de estudos multicentricos, entre regiões com perfis epidemiológicos semelhantes, como uma forma de subsidiar a obtenção dos valores “ideais”.
2. Estímulo ao desenvolvimento de Guias Terapêuticos.
3. Criação de programas de educação continuada que incentivem os prescritores quanto à uma prescrição mais racional.
4. Desenvolvimento de Centro de Informações de Medicamentos (CIM), permitindo aos trabalhadores da área, assim como a população uma fonte tecnicamente competente e isenta de interesses comerciais.
5. Cumprimento da legislação quanto aos genéricos, não sendo realizada dispensação de receitas fora da regulamentação.
6. Que em Ribeirão Preto, cumpra-se o definido em conferência municipal de saúde, de que os propagandistas de indústrias farmacêuticas, não tenham acesso as unidades de atendimento.
7. Criação de programas de educação continuada para os funcionários envolvidos com a dispensação, procurando melhorar a qualidade da atenção farmacêutica.
8. Melhora quantitativa do quadro de profissionais farmacêuticos da rede, que permita aos mesmos a atenderem também em unidades não distritais.
9. Desenvolvimento de pesquisas qualitativas junto ao serviço de saúde como forma de avaliar fatores componentes do uso não racional de medicamentos.

10. Criação, onde ainda não houve, e consolidação onde já existirem, das Comissões Locais de Saúde, com o objetivo de aumentar o contato entre população e trabalhadores da área de saúde, permitindo uma troca de experiências, as quais são essenciais para enfrentar os desafios que a realidade traz ao sistema.
11. Introdução nas UBS e UBDS, de etiquetas para o medicamento fornecidos, facilitando o transporte do mesmo pelo paciente. Tal decisão em muito contribuiria para um melhor entendimento do paciente quanto a forma correta de tomar o medicamento, com conseqüente estímulo a um uso mais racional do mesmo.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Análisis de la política farmacéutica nacional: proyecto en colaboración innovador. **Boletín de Medicamentos Essenciales** 1993; 19:12.
2. Arnau JM, Laporte JR. Promoção do uso racional de medicamentos e preparação de guias farmacológicos. In: Laporte JR; Tognoni, G; Rozenfeld, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1989.
3. Arruda I. Afinal, quem são os piratas? Disponível em: <http://www.solar.com.br>
4. Barros JAC. **Propaganda de medicamentos: Atentado a saúde?**, São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1995.
5. Bauchner H, Pelton SI, Klein JO. Parents, physicians,, and antibiotic use. **Pediatrics** 1999; 103: 395-401.
6. Bermudez JAZ. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec-Sobravime; 1995.
7. Bermudez JAZ, Possas CA. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam** 1995; 119 (3): 270-7.
8. Bermudez JAZ. Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do Sistema Único de Saúde. In: Bonfim JRA, Mercucci V. (organizadores). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1997 p. 72-80.
9. Bermudez, JAZ. Transparência apresentada durante o X Congresso Paulista de Farmacêuticos e II Seminário Internacional de Farmácia, São Paulo, 1997.
10. Bermudez JAZ . Seminário nacional sobre política de medicamentos: Acesso aos medicamentos e qualidade de vida. Rumos e perspectivas no Brasil – Palavras de apresentação. In: Bonfim JRA. Mercucci, V. (organizadores). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1997, p. 335-7.

11. Berquó ES, Souza, MJS, Gotlieb, SLD. **Bioestatística**. São Paulo: EPU; 1981, p. 173-92.
12. Brasil. Lei 6360 de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set 1976.
13. Brasil. Lei 6480 de 01 de dezembro de 1977. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1916, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos. e dá outras providências, nas partes que menciona. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 dez 1977.
14. Brasil. Congresso Nacional. Comissão Parlamentar de Inquérito da Indústria Farmacêutica. **Diário do Congresso Nacional, Brasília, 1980, Seção I, Suplemento 139**.
15. Brasil, Ministério da Saúde. **Íntegra do relatório final da 8ª conferência nacional de saúde**. Brasília; 1986.
16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo. **Imprensa Oficial do Estado S.A (IMESP)**, 1988.
17. Brasil, Ministério da Saúde. **ABC do Sus: doutrinas e princípios**, Secretaria Nacional de Assistência a Saúde; 1990.
18. Brasil, Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde**, 2ªed. Assessoria de Comunicação Social; 1991.
19. Brasil. Decreto 793, de 05 de abril de 1993. Altera os Decretos nº 74170, de 10 de junho de 1974 e 79.094 de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis nº 5991, de 17 de janeiro de 1973, e 6360 de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 abr 1993.

20. Brasil. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Disposições preliminares e parte geral. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 maio 1996.
21. Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília; IPEA, 1996. (Texto para discussão, 401)
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1179. Aprova as denominações comuns brasileiras, DCB. 17 jun 1996. Disponível em <http://www.svs.gov.br>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Causa Determinante, Brasil, 1997. Disponível em <http://www.fiocruz.br>
24. Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM – 3916 de 30 de outubro de 1998: Aprova a política nacional de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 nov 1998. Seção 1, p. 18-22
25. Brasil. Senado Federal. Lei 9782 de 26 de janeiro de 1999. Define o sistema nacional de vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jan 1999, Seção I.
26. Brasil. Lei 9787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a lei nº 6360 de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 fev 1999. p. 1
27. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 507/GM de 23 de abril de 1999: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 abr 1999. Seção I, p. 20.
28. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 328 de 22 de julho 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jul 1999.

29. Brasil. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 391 de 09 de agosto de 1999. Aprova o regulamento técnico para medicamentos genéricos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 agos 1999.
30. Brasil. Decreto n 3181 de 23 de setembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outra providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília 24 set 1999.
31. Brasil. Tribunal de Contas da União. Ata número 41 de 15 de setembro de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília 28 set 1999. p. 203-30
32. Carrin G. Drug prescribing: a discussion of its viability and (ir) rationality. **Health Poliy Planning** 1987; 7:73-94.
33. (CODETEC). Companhia de Desenvolvimento Tecnológico **A indústria farmacêutica: diagnóstico e perspectivas**. Campinas, 1991.
34. Cordeiro HA. **A indústria da saúde no Brasil**, 2º ed., Rio de Janeiro: Graal; 1985.
35. Cunha MCN, Castro LLC. An evaluation of drug use quality in the municipal health care public services of Campo Grande, Mato Grosso do Sul state, Brasil. [Abstract]. **Boll Chim Farm** 1999, 2:CCLVIII [Apresentado ao 2nd Congress of Pharmaceutical Science, 1999 Mar 27-31; Ribeirão Preto].
36. Dupim JAA, Righi RE. Medicamentos essenciais nos sistemas locais de saúde. In: Bonfim JRA, Mercucci V. (organizadores). **A construção da Política de Medicamentos**. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1997, p. 138-54.
37. D.Ugá MA. A problemática do financiamento do SUS. **Saúde em Debate** 1995; 48: 16-18.
38. Educación pública sobre el uso de medicamentos: una necesidad creciente. **Boletín de Medicamentos Essenciales** 1994; 18:10.

39. Fegadolli C, Simões MJS, Jorge JC. Antibioticoterapia em crianças de 0 a 12 anos atendidas em unidades básicas de saúde. Araraquara – SP, 1997. In: **Anais IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 1998 agos 1-5; Rio de Janeiro.
40. Fon AC. Abifarma condena 56,8% dos laboratórios. **Correio Braziliense**, Brasília, 1995 mar 05. p. 21.
41. Fórum por uma Política Nacional de Medicamentos. **Substitutivo ao Projeto de Lei nº 2022**, Brasília, 1993
42. Four pediatric deaths from community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* – Minnesota and North Dakota, 1997-1999. **MMWR** 1999; 48 (32): 707-10.
43. Garrafa V. Crise de estado e política de saúde. **Saúde em Debate** 1995; 48: 23-5.
44. Gerschman S. Estado, políticas de ajuste e políticas sociais. **Saúde em Debate** 1995; 48: 33-6.
45. Goldemberg J. A indústria farmacêutica: melhor caminho para o setor está nos remédios feitos de plantas medicinais. **O Estado de São Paulo** 1997 jan 27.
46. Guyon AB, Barman A, Ahmed AU, Alan MS. A baseline survey on use of drugs at the primary health care level in Bangladesh. **Bull World Health Organ** 1994; 72(2): 265-71.
47. Haak H. Pharmaceuticals in two Brazilian Villages: Lay Practices and Perceptions. **Soc Sci Med** 1988; 27 (12): 1415-27.
48. Harvey K. Directrices terapéuticas: el camino por recorrer. **Boletín de Medicamentos Esenciales** 1995; 19: 10.
49. Hemminki E. The role of prescriptions in therapy. **Med Care** 1975; 13:150-9.
50. Herxheimer A. Fazendo melhor uso dos medicamentos: os papéis dos profissionais de saúde, consumidores, indústria e governo. **Bol Sobravime** 1993; 11: 6.

51. Hogerzeil HV, Ross-Degnan D, Lang RO, Ofori-Adjei D, Santoso B, Chowdhury AK et al. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. **Lancet** 1993; 342: 1408-10.
52. Inojosa RM. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? **Cad FUNDAP** 1996; 19: 88-97.
53. Jorge E. Projeto de Lei obriga uso dos genéricos. **Pharmácia Brasileira** 1997; 5: 10.
54. Kanter SM. A propriedade do direito. **Saúde Bol Sobravime**, 19: 10-1, 1995.
55. Kanter SM. Depois da lei de patentes. **Bol Sobravime**, 31: 9-12, 1998.
56. Korolkovas A. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 1994. p. 18.34-18.64.
57. La OMS pide acción sobre la difusión de enfermedades farmacoresistentes. **Boletín de Medicamentos Esenciales** 1995; 20: 13.
58. Lannes R. Preços no Brasil superam em muito os do mercado internacional. In: Medicamentos: essa crise tem remédio. **Tema/ Radis** 1993; 13: 10.
59. Laporte JR; Tognoni, G; Rozenfeld, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1989. Estudos de utilização de medicamentos e de farmacovigilância; p. 43-56.
60. Leite RCC. Uma lei e cinco obscenidades. **Folha de São Paulo** 1996 maio 02; Tendências/Debates. p. 3.
61. Lefevre FA. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez; 1991.
62. Lessa I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1998. p. 17- 27

63. Lírio S. Indústria Fatura 16,4% a mais em 96. **Folha de São Paulo** 1996 dez 17, p. 2.
64. Lopes AEC, Teixeira ACA, Gurgel MLF, Miranda MCC et al. Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil. **INRUD** 1996; 6 (1): 17.
65. Los médicos de Uganda piden una moratória sobre los antibióticos. **Boletín de Medicamentos Essenciales**, 1997; 24: 28.
66. Lunde PKM. Seleção e uso de medicamentos a nível internacional, nacional e local. In: Laporte JR; Tognoni, G; Rozenfeld, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1989.
67. Machado MH. Trabalhadores da saúde um bem público. **Saúde em Debate** 1995; 48: 54-7.
68. Medici AC. Necessidades de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995. **Saúde em Debate** 1995; 48: 69- 76.
69. Mello JEB. Medicamentos e algumas falácias. **Folha de São Paulo** 1995 maio 18; Editoria Dinheiro, p. 2-2.
70. Mello JEB. A indústria farmacêutica e a propaganda de medicamentos. In: Bonfim JRA, Mercucci V. (organizadores). **A construção da política de edicamentos**. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1997, p. 290-92.
71. Mendes E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1986. p. 21-23.
72. Monteiro CA. O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989. In: **Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Belo Horizonte, Brasil. COOPMED/ ABRASCO; 1994.
73. Neto ER. Para onde vai a saúde no Brasil. **Saúde em Debate** 1995; 48: 9-12.
74. Noronha S. Patentes: lei pode fazer preços subirem. **Jornal da cidadania on Line** 1996, 39 – 1 a 15 de junho. Disponível em [http:// www.ibase.org.br/cidadania](http://www.ibase.org.br/cidadania).

75. Oitava lista revisada de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde **Bol Sobravime** 1997; 24: 5-14, 1997.
76. Oliveira, A.A. Meus brindes inesquecíveis. **Bol Sobravime** 1996; 23: 16.
77. OMS (Organização Mundial da Saúde). Editorial. **Boletín de Medicamentos Essenciales**, 1993; 14: 1.
78. OMS (Organização Mundial da Saúde). **Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos**, 1993 (DAP. 93.1).
79. OMS (Organização Mundial da Saúde). PAME. De la investigación a la práctica: establecer un puente. **Boletín de Medicamentos Essenciales** 1994; 18:10.
80. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Guia para el diagnostico de farmácias y servicios farmacêuticos en las unidades de salud**, 1992. Programa Regional de Medicamentos Essenciales.
81. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Dessarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas naciolales de salud: medicamentos essenciais en el nuevo contexto socioeconomico da América Latina y el Caribe: principios e estratégias**, 1995.
82. Pepe VLE. **Estudo sobre a prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária**. Rio de Janeiro; 1994. [Dissertação de mestrado – Instituto de Medicina Social – UERJ].
83. Perigo via Internet. **Pharmácia Brasileira** 1997; 05:13.
84. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Plano Plurianual - Período 1998/2001. Anexo II - diagnóstico da situação existente**. Ribeirão Preto, 1998.
85. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Desenvolvimento com qualidade de vida**. Disponível em <http://www.camara.coderp.com.br>
86. Raggio A, Giacomini CH. A permanente construção de um modelo de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate** 1996; 16: 10-11.

87. Reeler, A. Injection practices: a case study of Thailand. **Boletim de Medicamentos Essenciais** 1995; 20: 8.
88. Rocha RL. O enfrentamento da exclusão social: universalização x focalização. **Tema/Radis** 1997; 15: 11.
89. Rozenfeld S. Avaliação do uso de medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. **Cad S Publ** 1989; 05(4): 388-402.
90. Rozenfeld S, Pepe VLE. (organizadoras). **Guia terapêutico ambulatorial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992/93. P. 1-14.
91. SÃO PAULO. Secretaria e Estado dos negócios de economia e planejamento. Fundação SEADE. Disponível em [http:// www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br)
92. SÃO PAULO. Secretária da Saúde. Resolução SS-114 de 26 de agosto de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que os compõe. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 27 agos 1999. Seção I, p. 11-9
93. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. **IV Conferência Municipal de Saúde: Apresentação condensada do 1º seminário integrado e plano diretor da Secretária Municipal da Saúde**. Ribeirão Preto, 1996.
94. Simões MJS, Fegadolli C. Consumo de medicamentos por prescrição médica na assistência básica à saúde do município de Araraquara – SP. In: I Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia, Fortaleza, 1996. **Programas e Resumos**, p.34.
95. Simões MJS, Motta M.A. Indicadores do uso de medicamentos em unidade municipal de saúde de Ribeirão Preto – SP. **Rev. INFARMA**, 1997; 6 (3/4): 12-16.
96. Simões MJS, Soler EA. – **Estudo de alguns indicadores do consumo de medicamentos adotados pela OMS e antibioticoterapia em crianças**.

Tabatinga – SP, 1998. Araraquara. 1998 [Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde Pública – UNESP].

97. Temporão JG. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde.** Rio de Janeiro: Graal; 1986.
98. Valente I. Substitutivo aos projetos de lei nº 5367/90, nº 2640/92 e nº 1559/96. **Câmara dos Deputados: Comissão de defesa do consumidor, meio ambiente e minorias,** 1997.
99. WHO ((World Health Organization). **The selection of essential drugs.** Genebra; 1977 [WHO Technical Report Series, nº 615].
100. WHO (World Health Organization). **The essential drugs concept and its implementation,** 1983.
101. WHO (World Health Organization). **How to investigate Drug use in communities,** 1992 (DAP/92.3).
102. WHO (World Health Organization). **The use of essential drugs. Model list of essential drugs (seventh list). Fifth report on the WHO expert committee,** 1992 [WHO Technical Report Series, nº 825].
103. WHO (World Health Organization). PAME. **Report of the WHO expert committee on national drug policies – contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies,** 19-23 june, 1995.
104. WHO (World Health Organization). **Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings,** 1996.
105. Yates, RR. New intervention strategies for reducing antibiotic resistance. **Chest** 1999; 115 (3 suppl): 248S-27S.

Anexo 1. Principais mudanças decorrentes da Lei 9279/96 e suas implicações

PRINCIPAIS MUDANÇAS	IMPLICAÇÕES
Poderão ser patenteados alimentos, remédios, produtos químicos e biotecnológicos, incluindo as fases de pesquisa, produção, compra e venda (comercialização)	A indústria nacional não poderá desenvolver no país os processos e produtos patenteados, mesmo que eles não sejam produzidos no Brasil
Produção local: se o detentor da patente provar que não pode produzir em seu país, poderá fabricar o produto no país que desejar	Exemplo: uma multinacional pode patentear uma substância encontrada no Brasil; desenvolver a pesquisa no exterior; e depois vender com exclusividade no Brasil o produto inventado
Importação: somente o detentor da patente poderá importar o produto, ou seja, cria reserva do mercado brasileiro para produtos feitos no exterior	Isso gera monopólio. Apenas uma empresa produz e comercializa um produto para o Brasil; não há concorrência, porque o país não poderá fabricar ou importar produtos com o mesmo princípio ativo, a não ser com permissão da empresa que os criou. A principal consequência poderá ser abuso de preço praticado
Adoção do pipeline (direitos retroativos de patente): obriga o Brasil a reconhecer patente já concedida no exterior nos últimos cinco anos, mas que ainda não tenha gerado comercialização de um produto	As indústrias brasileiras que estavam desenvolvendo um produto a partir de uma substância já patenteada nos últimos cinco anos terão de interromper o processo de pesquisa
Royalties: a empresa nacional que entrar em acordo com o dono da patente, pagará uma taxa (royalties) para Ter direito a produzir um produto	Isso quer dizer custo adicional, que será cobrado sobre o preço do produto

Fonte: Noronha, Silvia⁴⁷

Anexo 2. Dados de população por faixa etária, Ribeirão Preto, 1998.

FAIXA ETÁRIA	TOTAL	MASCULINO	FEMININO
População de 00 a 09 anos	76.856	32.204	37.652
População de 10 a 19 anos	86.271	43.560	42.711
População de 20 a 29 anos	80.449	39.732	40.717
População de 30 a 39 anos	75.520	35.612	38.908
População de 40 a 49 anos	62.705	29.714	32.991
População de 50 a 59 anos	40720	18.899	21.821
População de 60 a 69 anos	26.578	11.969	14.609
População de 70 a 74 anos	8.671	3.682	4.989
População de 75 anos e mais	9.184	3.676	5.508

FONTE: Fundação SEADE / IBGE⁹¹

Anexo 3. Dados de rendimento por chefe de família, município de Ribeirão Preto, 1991.

Chefes sem Rendimento	2,32%
Chefes com Rendimento até 1/2 sal.min.	2,12%
Chefes com Rendimento de mais de 1/2 a 01 sal.min.	5,43%
Chefes com Rendimento entre mais de 01 a 02 sal.min.	16,97%
Chefes com Rendimento entre mais de 02 a 03 sal.min.	16,72%
Chefes com Rendimento entre mais de 03 a 05 sal.min.	20,77%
Chefes com Rendimento entre mais de 05 a 10 sal.min.	20,11%
Chefes com Rendimento maior que 10 sal.min.	15,35%
Chefes sem Declaração de Rendimento	0,22%

FONTE: Fundação SEADE / IBGE⁹¹

Anexo 4. Distribuição dos médicos segundo sexo, por especialidade médica, e UBS/UBDS de origem, Ribeirão Preto, 1998.

UNIDADES	CLÍNICA MÉDICA		PEDIATRIA	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
UBS Bonfim Paulista	01	02	03	00
UBDS Castelo Branco	02	01	03	00
UBS Jd Presidente Dutra	00	02	02	00
UBS José Sampaio	01	03	03	00
UBS Marincek	00	02	03	00
UBS – Santa Cruz	00	02	02	00
UBDS – Simioni	02	01	02	01
UBS Vila Albertina	00	03	03	00
UBS Vila Abranches	00	02	00	00
UBS Vila Recreio	02	03	04	00
TOTAL	08	21	25	01

Anexo 5. Relação das UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto, com horário de funcionamento e utilização ou não no Trabalho.

UBS/UBDS	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	UTILIZAÇÃO NO TRABALHO
UBDS – CENTRAL/Dr. João B. Quartin	24 horas	SIM
UBDS – Central- Setor Pediátrico	7:00 às 19:00 horas	NÃO
UBS Campos Elíseos/ Nelson Barrionovo	7:00 às 22:00 horas	SIM
CSE Vila Tibério	7:00 às 17:00 horas	NÃO
UBS Vila Tibério	7:00 às 22:00 horas	NÃO
UBS Bonfim Paulista/Mamoro Kobayashi	7:00 às 22:00 horas*	SIM
UBDS – SIMIONI/Alexander Fleming	24 horas	SIM
UBS Quintino Facci I/Zeferino Vaz	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBS Quintino Facci II/Maurício Rocha e Silva	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBS Valentina Figueiredo/Mário R. de Araújo	7:00 às 17:00 horas	NÃO
UBS Marincek / Albert Sabin	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBS Vila Mariana / Oswaldo Cruz	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBDS – VILA VIRGÍNIA/ Dr. Marco Antônio Sahão	24 horas	SIM
UBS Adão do Carmo Leonel/Dr.Luiz P.T.Cabral	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBS Parque Ribeirão Preto/Waldemar B. Pessoa	7:00 às 22:00 horas	SIM
PAS Jardim Maria das Graças	7:00 às 17:00 horas	NÃO
UBDS SUMAREZINHO	24 horas	NÃO
UBS Presidente Dutra	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBS Vila Albertina / Álvaro Panazzolo	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBS Vila Recreio /Adalberto T. Andrade	7:00 às 20:00 horas	SIM
UBS José Sampaio / Rubens L. Nicoletti Filho	7:00 às 21:00 horas	SIM
UBS Dom Mielle / Aymar Batista Prado	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBS Ipiranga	7:00 às 22:00 horas	NÃO
CMSC Vila Lobato	7:30 às 17:30 horas	NÃO
UBS CASTELO BRANCO	24 horas	SIM
UBS Jardim Zara	7:00 às 17:00 horas	
UBS Vila Abranches/ Carlos Chagas	7:00 às 22:00 horas	SIM
UBS Jardim Juliana / Dr. Rubens Issa Halak	7:00 às 17:00 horas	NÃO
UBS – São José / José Ribeiro Ferreira	7:00 às 17:00 horas	SIM
UBS – Santa Cruz / Hélio Lourenço de Oliveira	7:00 às 17:00 horas	SIM

* Funcionamento também aos sábados e domingos. Das 7:00 às 19:00 horas

Anexo 6. Lista de Medicamentos Padronizados da Secretaria Municipal de Saúde de
Ribeirão Preto vigente no mês de maio de 1998.

Acetonido de fluocinolona + Polimixina B – Solução otológica

Ácido acetil-salicílico 100 mg – Comprimido

Ácido acetil-salicílico 500 mg – Comprimido

Ácido pipemídico 400 mg – Comprimido

Aminofilina 100 mg – Comprimido

Aminofilina 240 mg/ml – Solução Oral (gotas)

Amoxicilina 250 mg / 5 ml - Suspensão oral

Amoxicilina 500 mg – Cápsula

Calomelano – Cloreto mercurioso 2g

Capitropil 25 mg – Comprimido

Cefalexina 500 mg (somente para gestantes) - Comprimido.

Clonidina 0,15mg – Comprimido

Cloranfenicol - Colírio

Cloreto de sódio 0,9% - Solução nasal

Deltametrina - Loção

Desogestrel 0,15 mg + Etiniestradiol 0,03 mg - Comprimido

Dexametasona 0,1 % - Creme

Dexclorfeniramina 2 mg - Comprimido

Dextroclorfeniramina - Xarope

Diclofenaco 50 mg – Comprimido

Digoxina 0,25mg – Comprimido.

Dipirona – Solução (gotas)

Dispositivo Intra-Uterino - DIU

Doxiciclina 100 mg – Drágea

Enalapril 10 mg – Comprimido

Estrógenos Conjugados 0,625 mg – Drágea

Fenoterol 5 mg/ml – Solução oral (gotas)

Fluvastatina 40 mg – Comprimido

Furosemida 40 mg – Comprimido

Glibenclamida 5 mg – Comprimido

Glipizida 5 mg – Comprimido
Hidrocolorotiazida 50 mg – Comprimido
Hidróxido de Alumínio 6,2% - Suspensão oral
Hioscina 10 mg + Paracetamol 500 mg – Comprimido
Ipratrópio (Brometo) Gotas
Ipecacuanha (Ipeca) – Xarope 10 ml
Isossorbida 5 e 10 mg - Comprimido
Lovastatina 20 mg - Comprimido
Mebendazol 100 mg – Comprimido
Mebendazol 2% - Suspensão
Medroxiprogesterona 5 mg – Comprimido
Metformina 850 mg – Comprimido
Metildopa 500 mg – Comprimido
Metoclopramida 10 mg – Comprimido
Metoclopramida 0,4% - Solução (gotas)
Metronidazol 4% - Suspensão
Metronidazol 250 mg – Comprimido
Metronidazol - Creme vaginal 10%
Miconazol - Creme vaginal 2%
Mistura de fênois sintéticos (Pasta de Unha)
Neomicina 5 mg + Bacitracina 250 UI – Pomada
Nifedipina 10 mg - Cápsula
Nifedipina 20 mg – Comprimido retard
Nistatina - Suspensão oral 100.000 UI/ ml
Noretisterona 0,35 mg - Comprimido
Óleo Mineral (Agarol)
Permanganato de potássio 100 mg – Comprimido
Polivitaminico Gotas
Pravastatina 10 mg - Comprimido
Predinisona 5 e 20 mg - Comprimido
Prometazina 25 mg – Comprimido
Propanolol 40 mg – Comprimido
Ramipril 2,5 mg – Comprimido

Retinol + Calciferol + Óxido de Zinco (Ad-Furp)
 Sais para Reidratação Oral
 Salbutamol 2 mg – Comprimido
 Salbutamol 2 mg/5ml - Xarope
 Sinvastatina 10 mg – Comprimido
 Sulfametoxazol 400 mg + Trimetropima 80 mg - Comprimido
 Sulfametoxazol 4% + Trimetropima 0,8% - Suspensão
 Sulfato Ferroso – 40 mg - Comprimido
 Sulfato Ferroso – Solução (gotas)
 Sulfato Terbutalina – 0,5 mg/ml – Solução injetável
 Tetraciclina + Anfotericina B - Creme vaginal
 Tiabendazol 250 mg/ml - Suspensão
 Tianfenicol 500 mg - Comprimido
 Tinidazol 500 mg – Comprimido
 Vitaminas do Complexo B - Comprimido

MEDICAMENTOS DE USO INTERNO / SALA DE ENFERMAGEM

INJETÁVEIS

Adrenalina (Epinefrina) 1:100 – (1mg/ml)
 Água bi-destilada 5 ml
 Aminofilina – 240 mg (24 mg/ml)
 Amiodarona – 50 mg/ml
 Atropina – 0,25 mg/ml
 Bicarbonato de sódio 7,5% – (10 ml)
 Bicarbonato de sódio 8,4% – (10 ml)
 Cloreto de potássio 19,1 % – (10 ml)
 Cloreto de sódio 0,9 % - (10 ml)
 Diclofenaco sódico – 25mg/ml – (3 ml)
 Dihidroxiprogesterona 150 mg + Estradiol
 Dipirona 500 mg/ml
 Dopamina – 5 mg/ml - (10 ml)

Ergometrina 0,2 mg /ml
Etilefrina 10 mg/ml
Furosemida 10 mg/ml
Glicose 5% – (500 ml)
Glicose 25% – (10 ml)
Glicose 50% – (10 ml)
Gluconato cálcio 10% - (100 mg/ml)
Hidrocortisona 100 e 500 mg
Hioscina 20 mg + Dipirona 2500 mg /5 ml
Insulina suína lenta (NPH 100 UI/MI)
Insulina suína regular
Metoclopramida 5 mg/ml
Benzilpenicilina benzatina 600.000 UI e 1.200.000 UI
Penicilina G procaina 300.000 UI + Penicilina potássica 100.000 UI
Procainamida 100 mg/ml
Prometazina 25 mg/ml
Propanolol 1mg/ml
Ranitidina 25 mg/ml
Solução Ringer-Lactato
Sulfato de magnésio – 1mg/ml – (10 ml)
Verapamil – 2,5 mg/ml – (2 ml)

OUTROS

Ácido acético 2%
Ácido tricloroacético (TCA)
Água boricada
Água oxigenada
Álcool 70 %
Azul toluidina 2% / 100 ml
Benzina
Fluoreto de sódio 0,02%
Fucsina 0,1%
Glutaraldeído 2%

Hipoclorito de sódio 2,5% / 50 ml

Lidocaína 2% - 20 ml

Lidocaina - Pomada

Lugol forte

Nitrofurozona - Liquida e Pomada

Podofilina - Solução

PVPI - Tópico

PVPO - Degermante

Vaselina - liquida e sólida

Violeta genciana

MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Amitriptilina 25 mg - Comprimido

Biperideno 2 mg -Comprimido

Biperideno 5 mg/ml – Solução injetável

Carbamazepina 200 mg – Comprimido

Carbonato de lítio 300 mg – Comprimido

Clorpromazina 25 e 100 mg – Comprimido

Clorpromazina 4% - Solução oral

Clorpromazina 25 mg (5mg/ml) – Solução injetável

Deslanosideo 0,2 mg/ml – Solução injetável (2 ml)

Diazepam – 4 mg/ml – Solução injetável (2 ml)

Diazepam 5 e 10 mg – Comprimido

Fenitoina 50 mg/ml – Solução injetável

Fenobarbital 100 mg – Comprimido

Fenobarbital 200 mg/ml – Solução injetável

Fenobarbital 4 % - Solução oral

Haloperidol 5 mg – Comprimido

Haloperidol 5 mg/ml – Solução injetável

Haloperidol 0,2% - Solução oral

Haloperidol Decanoato – 70,25 mg/ml – Solução injetável

Imipramina 10 e 25 mg – Drágea

Imipramina 75 mg – Cápsula

Anexo 7. Instrumento utilizado para a avaliação do indicador de conhecimento da dose pelo paciente

UNIDADE:.....DATA:...../...../199.....

ENTREVISTADOR:.....

Por favor, estou realizando uma pesquisa e gostaria de entrevistá-lo (a). O Sr (a). concorda?

1. O Sr (a). está levando medicamento da farmácia do Posto, a receita é para o Sr. (a)?

() sim

() não

(Caso não). Para quem?

Qual a sua idade? _____ Sexo: () M () F

Por favor, poderia ver a receita do médico e os medicamentos que o Sr (a) está levando?.

(transcrição da receita quanto aos medicamentos que o paciente esta levando)

MEDICAMENTO 1

a) Nome

b) Prescrição do médico quanto a dosagem:

c) O Sr (a) pode me dizer quantas vezes deverá tomar este medicamento?

d) Quantos comprimidos (ou colheres) serão tomados a cada vez?

MEDICAMENTO 2

a) Nome

b) Prescrição do médico quanto a dosagem:

c) O Sr (a) pode me dizer quantas vezes deverá tomar este medicamento?

d) Quantos comprimidos (ou colheres) serão tomados a cada vez?

MEDICAMENTO 3

a) Nome

b) Prescrição do médico quanto a dosagem:

c) O Sr (a) pode me dizer quantas vezes deverá tomar este medicamento?

d) Quantos comprimidos (ou colheres) serão tomados a cada vez?

Muito Obrigado

Anexo 8. Lista de medicamentos chaves cuja disponibilidade foi verificada, UBS e UBDS do município de Ribeirão Preto

UNIDADE: _____ **DATA:** _____

CONFERENCISTA: _____

01.Ácido Acetil. Salicílico - 500 mg		22.Dipirona - 500mg/ml (I)	
02.Ácido Acetil Salicílico – 100mg		23.Dipirona gotas	
03.Ácido Pipemídico - 400mg		24.Dopamina (I)	
04.Ad-FURP		25.Fenoterol gotas	
05.Aminofilina - 100mg		26.Furosemida - 10mg (I)	
06.Aminofilina gotas		27.Furosemida - 40mg	
07.Aminofilina - 240mg (I)		28.Glibenclamida – 5mg	
08.Amoxacilina - 500mg		29.Hidroclorotiazida - 50mg	
09.Amoxacilina suspensão		30.Hidrocortisona – 100mg (I)	
10.Ampicilina - 250		31.Hidrocortisona – 500 mg (I)	
11.Ampicilina – 500		32.Hidróxido de Alumínio	
12.Captopril - 25mg		33.Isossorbida 5mg sublingual	
13.Clonidina - 0,15mg		34.Isossorbida - 10mg	
14.Cloreto de Sódio 0,9% - 10ml		35.Insulina Suína – Lenta	
15.Deltametrina loção		36.Insulina Suína – Regular*	
16.Dexametasona 0,1% - creme		37.Ipatroprio (brometo) gotas	
17.Dextroclorfeniramina - 2mg		38.Mebendazol – suspensão	
18.Dextroclorfeniramina – xarope		39.Mebendazol – 100mg	
19.Diclofenaco - 75mg (I)		40.Metildopa – 500mg	
20.Diclofenaco - 50mg		41.Metoclopramida - 10mg	
21.Digoxina - 0,25mg		42.Metoclopramida – gotas	
43.Metoclopramida - 10mg (I)		57.Propanolol - 40mg	
44.Metronidazol - creme vaginal		58.Propanolol (I) *	
45.Metronizadol - 250mg		59.Sais para reidratação oral	
46.Metronizadol - 4% suspensão		60.Salbutamol – 2mg	
47.Miconazol - creme vaginal		61.Salbutamol – xarope	
48.Neomicina + Bacitracina		62.Solução Fisiológica nasal	
49.Nifedipina - 10mg cápsula		63.Sulfametaxazol + trimetoprima - 400/80	

51.Nifedipina - 20mg retard		64.Sulfametaxazol + trimetoprima – Suspensão	
50.Nistatina suspensão		65.Sulfato Ferroso - 40mg	
51.Penicilina Procaina Cristalina 400000UI		66.Sulfato Ferroso – gotas	
52. Penicilina G. Benzatina 600000 UI		67.Sulfato Terbutalina (I)	
53.Penicilina G. Benzatina 1200000 UI		68.Tetraciclina + Anfotericina	
54.Permanganato de Potássio		69.Tiabendazol	
55.Prednisona - 5 mg		70.Tianfenicol	
56.Prednisona - 20 mg		71. Vitaminas do Complexo B	

(I) - Injetável

* Medicamentos encontrados somente nas UBDS

Anexo 9. Discriminação dos Indicadores utilizados por UBS e UBDS, município de Ribeirão Preto.

Unidade	Indica- dores de pres- crição	Indicadores de assistência ao paciente			Indi- cador sobre o serviço de saúde
		Tempo de consulta	Tempo de dispensa- ção	Conheci- mento das doses corretas pelo paciente	
UBS Adão do Carmo Leonel	Não	Sim	Não	Sim	Sim
UBS Bonfim Paulista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
UBS Campos Elíseos	Não	Não	Não	Sim	Sim
UBDS Castelo Branco	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
UBDS – Central	Não	Não	Sim	Sim	Sim
UBS Dom Mielle	Não	Sim	Não	Sim	Sim
UBS Jd. Presidente Dutra	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
UBS José Sampaio	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
UBS Marincek	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
UBS Parque Ribeirão Preto	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
UBS Quintino Facci I	Não	Sim	Não	Sim	Sim
UBS Quintino Facci II	Não	Não	Não	Sim	Sim
UBS – Santa Cruz /	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
UBS – São José	Não	Sim	Não	Sim	Sim
UBDS Simioni	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
UBS Vila Abranches	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
UBS Vila Albertina	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
UBS Vila Mariana	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
UBS Vila Recreio	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
UBDS - Vila Virgínia	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

Anexo 10. Resultados obtidos por outros autores ao utilizar indicadores selecionados do uso de medicamentos.

	Rib. Preto (Simões e Motta) ⁹⁵	Araraquara (Simões e Fegadolli) ⁹⁴	Fortaleza (Lopes e col.) ⁶⁴	Tabatinga (Simões e Soller) ⁹⁶	Campo Grande (Cunha e Castro) ³⁵
Indicadores de Prescrição					
Nº Médio de Medicamentos por receita	1,9	1,8	2,2	2,5	2,05
% Prescrição genérico	72,0	43,7	74,0	32,7	81,0
% de Receitas com antibiótico	10,1	15,1	37,0	2,7	34,8
% de receitas com Injetável	12,2	7,4	11,0	5,7	15,7
% prescrição pela LMP	88,1	47,2	78,0	44,8	89,5
Indicadores de Assistência ao Paciente					
Tempo consulta	—	—	5,8	—	—
Tempo dispensação	—	—	17,0	—	49
% medicamentos dispensados	—	—	66,0	76,2	—
% pacientes conhecem a dose correta	—	—	54,0	—	—
Indicadores sobre o Serviço					
Disponibilidade medicamentos. chaves	—	—	55,0	87,5	—