

Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007

doi: 10.5123/S1679-49742012000200017

Prescription indicators and patient-care in public primary care in the municipality of Esperança, Paraíba, 2007

Alyne da Silva Portela

Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil

Paulo César Dantas da Silva

Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil

Mônica Oliveira da Silva Simões

Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil

Ana Cláudia Dantas de Medeiros

Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil

Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto

Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever aspectos da prescrição e cuidado a pacientes em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Esperança, estado da Paraíba, Brasil. **Métodos:** estudo descritivo, sobre indicadores de prescrição e cuidado ao paciente propostos pela Organização Mundial da Saúde; amostra de conveniência, composta por pacientes maiores de 18 anos atendidos em janeiro-agosto de 2007. **Resultados:** foram considerados 600 pacientes, com média de medicamentos/receita de 2,4, 74,6% dos medicamentos prescritos pelo nome genérico e 85,3% constantes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME); 9,3% das receitas continham ao menos algum antibiótico, 10,1% algum psicofármaco e 2,97% alguma medicação injetável; foram dispensados 48,0% dos medicamentos prescritos; o tempo médio de dispensação foi de 49 segundos e o tempo médio de consulta, 7 minutos e 8 segundos. **Conclusão:** os prescritores seguem a relação de medicamentos padronizados embora a REMUME necessite atualizá-la periodicamente para atender o perfil epidemiológico populacional.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Medicamentos Essenciais; Prescrições de Medicamentos.

Abstract

Objective: to describe aspects of prescription and patient-care at Healthcare Units of Family Health (HUFH) in the municipality of Esperança, state of Bahia, Brazil. **Methods:** a descriptive cross-sectional study on prescription and patient-care indicators proposed by the World Health Organization. **Results:** average for prescribed drugs were 2.4; 74.6% of the medicaments were prescribed by generic name; 85.3% were listed by the Municipal List of Essential Drugs (REMUME); 9.3% had at least one antibiotic; 10.1% had at least one psychotropic; and 2.97%, at least an injectable medication; 48.0% of the prescribed drugs were effectively dispensed; the average time of dispensation was 49 seconds, and the medical consultation time, 7 minutes and 8 seconds. **Conclusion:** prescription follows standard list recommended, but REMUME needs actualization to attend the epidemiologic profile of the population.

Key words: Pharmaceutical Services; Drugs, Essential; Drug Prescriptions.

Endereço para correspondência:

Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Farmácia, Rua Juvêncio Arruda, s/n, Campus Universitário, Bodocongó, Campina Grande-PB, Brasil. CEP: 58109-790
E-mail: alyneportela@yahoo.com.br

Introdução

A Assistência Farmacêutica constitui parte fundamental dos serviços de atenção à saúde do cidadão. Trata-se de um conjunto de atividades relacionadas ao medicamento, a serem realizadas de forma sistêmica, tendo como benefício maior o paciente.¹ Cada vez mais, verifica-se a necessidade de consolidar a Assistência Farmacêutica como ferramenta essencial das ações de saúde na Atenção Básica, na busca permanente pelo uso racional de medicamentos e pela melhoria do acesso aos medicamentos essenciais para a população.²

Ter acesso a assistência médica e medicamentos não implica, necessariamente, melhores condições de saúde ou qualidade de vida. Maus hábitos prescritivos, falhas na dispensação e automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros.³ A prescrição médica constitui documento oficial. Como tal, ela deve contemplar a identificação do paciente e do profissional emissor, e informações acerca do fármaco a ser dispensado ao paciente: dose, modos e horários de administração. Como documento escrito, ela reflete competências de âmbito legal, técnico e clínico, estando seus responsáveis – prescritor e dispensador – sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária.^{4,5}

A prescrição médica é um dos fundamentos a ser cuidado para que se alcance o uso racional de medicamentos. A qualidade e a quantidade do consumo de medicamentos encontram-se sob determinação direta da prescrição; e esta, suscetível a fatores que vão desde a oferta de produtos e as expectativas dos pacientes, até a propaganda difundida pelas indústrias farmacêuticas.⁶

No momento da escolha terapêutica, o prescritor sofre influências de mais e diferentes fatores determinantes, entre eles concepções do processo saúde-doença, qualidade da formação técnica, condições socioculturais e econômicas da população atendida, disponibilidade de medicamentos no serviço de sua lotação, fontes de informações às quais teve acesso, e outros.⁵ Ademais, o paciente, com suas expectativas e hábitos culturais, também pode influenciar hábitos na prescrição médica.²

Em 1985, preocupada com o uso racional de medicamentos, a Organização Mundial da Saúde – OMS – convocou uma conferência em Nairobi, capital do Quênia, para discutir o assunto. A partir de então, muitos esforços tem-se envidado. Por exemplo, desde 1993, a

OMS propõe a construção de indicadores selecionados para quantificar o desempenho dos serviços de saúde em três grandes áreas relacionadas ao uso racional de medicamentos na atenção primária: a) práticas de prescrição dos profissionais de saúde, b) assistência ao paciente, tanto em relação à consulta ambulatorial quanto à prescrição, e c) disponibilidade de fatores específicos dos serviços propiciadores do uso racional, como existência de medicamentos essenciais e um mínimo de informação farmacêutica necessário.⁷

A prescrição médica é um dos fundamentos a ser cuidado para que se alcance o uso racional de medicamentos.

O presente estudo teve por objetivo avaliar os aspectos relativos à prescrição e ao cuidado com pacientes nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Esperança, estado da Paraíba, mediante indicadores de prescrição e de cuidados ao paciente propostos pela OMS.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo. Utilizaram-se os indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente, ambos propostos pela OMS.⁷ Também foi utilizado um novo indicador, proposto pelos autores: prescrição de psicofármacos.

O município de Esperança-PB está localizado no brejo paraibano, sobre área de 146,20km² (0,26% da superfície do Estado) e distante 145km da capital do estado, João Pessoa-PB. Ele reúne 31.095 habitantes, segundo o censo demográfico de 2010,⁸ e oferece a sua população e população referenciada os três níveis assistenciais de saúde: na condição de sede de Módulo Assistencial, Esperança-PB abrange cinco municípios-satélites, Areia-PB, Arara-PB, Areal-PB, Algodão de Jandaíra-PB e Remígio-PB. A cidade conta com 10 UBSF, seis na zona urbana e quatro na zona rural, uma Policlínica, um Hospital Municipal, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um Centro de Saúde Materno-Infantil e uma Maternidade, dispendo atenção primária e de média complexidade, e acesso a alta complexidade via referência para os municípios de Campina Grande-PB e João Pessoa-PB.⁹

A coleta dos dados ocorreu entre janeiro e agosto de 2007 e os indicadores foram calculados conforme apresentado na Figura 1.

Para análise dos indicadores de prescrição, a OMS recomenda que a amostra seja representativa e que a aplicação dos indicadores seja realizada em 20 unidades de saúde ou em todas as unidades locais.⁷ Como o município possuía tão-somente 10 UBSE, todas foram incluídas no estudo.

Segundo recomendação da OMS,⁷ foram entrevistados 60 pacientes que haviam passado por consulta médica, em cada UBSE. Totalizou-se 600 entrevistas de pacientes, habilitados para o estudo de acordo com os seguintes critérios: maior de 18 anos de idade que se apresentou à consulta médica desacompanhado e capaz de se comunicar – paciente não debilitado.

A coleta ocorreu durante todo o horário de funcionamento da unidade e a amostra, selecionada por conveniência, contemplou os pacientes que aceitaram participar e se encaixaram nos critérios de inclusão, até que se completasse o número estipulado de entrevistados por UBSE.

Antes de o paciente adentrar o consultório médico, um contato preliminar foi realizado, ocasião quando foram coletados dados demográficos e socioeconômicos

como sexo, idade, escolaridade e renda, para caracterização da amostra. Após a saída do paciente do, caso ele houvesse recebido uma receita, os medicamentos prescritos foram transcritos no formulário para análise.

A classificação dos medicamentos na nomenclatura genérica tomou como referência a Denominação Comum Brasileira (DCB)¹⁰ e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI).¹¹ Os medicamentos foram classificados pelo Índice de Classificação Anatômico, Químico e Terapêutico (ATC)¹² para conhecer os medicamentos e classes terapêuticas mais prescritas.

O tempo médio de consulta foi avaliado sobre o total dos 600 pacientes e, para cada um deles, do momento quando entrou até sair da sala de consulta, o tempo transcorrido foi contabilizado por cronômetro.

As informações referentes ao tempo médio de dispensação, à porcentagem de medicamentos dispensados e àqueles adequadamente rotulados foram avaliadas isoladamente, por não manterem relação entre si e suas análises serem de fato independentes. Para esses indicadores, a coleta aconteceu nos meses de julho e agosto, de segunda a sexta-feira, no turno da manhã (único horário de funcionamento), exclusivamente na farmácia central do município, haja vista o fato de

Indicadores de prescrição	Forma do cálculo
Número médio de medicamentos por consulta (receita)	Total de medicamentos prescritos / receitas utilizadas
Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico	Total de medicamentos genéricos prescritos / total de medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100
Porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreveu um antibiótico	Receitas em que foi prescrito ao menos um antibiótico / total de receitas, multiplicando-se por 100
Porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreveu um injetável	Receitas em que foi prescrito ao menos um injetável / total de receitas, multiplicando-se por 100
Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na REMUME	Total de medicamentos prescritos que figuram na REMUME ^a / total de medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100
Porcentagem de consultas (receitas) com medicamentos psicofármacos	Receitas em que foi prescrito ao menos um psicofármaco / total de receitas, multiplicando-se por 100
Indicadores de assistência ao paciente	Forma do cálculo
Tempo médio de consulta	Soma de todos os tempos de consulta / total de consultas
Tempo médio de dispensação	Soma de todos os tempos de dispensação / total de amostras
Porcentagem de medicamentos fornecidos	Medicamentos fornecidos / medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100
Porcentagem de medicamentos rotulados adequadamente	Medicamentos rotulados adequadamente / medicamentos dispensados, multiplicando-se por 100

a) REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

Figura 1 - Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente

a dispensação centralizar-se em um único centro de saúde na zona urbana. Ainda sobre estes indicadores, foram analisadas 1.213 receitas e considerados todos os medicamentos prescritos.

O tempo médio de dispensação foi medido por cronômetro, contabilizado-se todo o tempo de contato com o atendente da Farmácia, desde o momento quando o paciente chegava com a receita até sua saída como medicamento.

Ao final da coleta, os dados foram submetidos a tratamento estatístico e expostos, de maneira descritiva, os valores encontrados e comparados com os recomendados pela OMS7 e por outros trabalhos de pesquisa. Para análise dos dados, foram utilizados os *softwares* Epi Info versão 3.4.5 e Microsoft Office Excel 2007, e os resultados apresentados na forma de tabelas e figuras.

A projeto do estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do estado da Paraíba, conforme a Resolução no 196/96, no Parecer no 0011.0.133.000-07. O estudo também contou com a aquiescência da Secretária Municipal de Saúde de Esperança-PB. Um 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido' foi apresentado e assinado pelos pacientes a serem entrevistados, depois de informadas a eles as características do estudo necessárias para um adequado consentimento.

Resultados

Em cada UBSE, foram entrevistados 60 pacientes, totalizando 600 entrevistados. Destes, 474 receberam prescrição de algum medicamento e os demais foram encaminhados para médicos especialistas e realização de exames, ou mantiveram-se com o tratamento prescrito por outro profissional (Tabela 1).

Na análise dos indicadores, considerou-se apenas aqueles pacientes que receberam prescrição durante a consulta, ou seja, 474 indivíduos, dos quais 74,0% eram do sexo feminino e 26,0% do sexo masculino, com média de idade de 49 anos (variação de 18 a 99 anos). A renda per capita mensal do grupo estudado variou de R\$0,00 a R\$1.000,00 – média de R\$155,03. Em relação à escolaridade, 18,0% eram analfabetos, 10,7% analfabetos funcionais, 46% contavam de 1 a 4 anos de estudo, 15,2% de 5 a 8 anos e 10,1% mais de 9 anos de estudo.

Do conjunto de entrevistados, computou-se um total de 1.145 medicamentos prescritos – variação de 1 a 8 medicamentos por receita –, obtendo-se uma média de 2,4 medicamentos. Dos medicamentos prescritos, 74,6% foram pelo nome genérico e 85,3% constavam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (RE-MUME) de 2007.⁹ Observou-se que 9,3% das receitas prescreviam ao menos um antibiótico, 10,1% ao menos um psicofármaco e 2,9% pelo menos um injetável.

As consultas duraram, em média, 7 minutos e 8 segundos – variação de 59 segundos a 23 minutos e 9 segundos (Figura 2). A média do tempo de dispensação foi de 49 segundos – variação de 3 segundos a 1 minuto e 3 segundos.

Os medicamentos dispensados na Farmácia Central e adequadamente rotulados foram analisados a partir da verificação de 1.213 receitas, totalizando 2.370 medicamentos. Apenas 48,0% dos medicamentos prescritos foram efetivamente dispensados, e destes, 98,9% estavam rotulados de forma adequada, ou seja, era possível identificar neles o nome, dosagem e data de validade, mesmo naqueles fracionados.

Os grupos farmacológicos mais prescritos foram os do aparelho circulatório (41,6%) e os anti-hipertensivos (41,5%), seguidos dos analgésicos não opióides

Tabela 1 - Distribuição percentual dos procedimentos médico-terapêuticos entre os atendimentos (n=600) realizados em Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Esperança, estado da Paraíba, Brasil, agosto-setembro de 2007

Procedimento	N	%
Houve prescrição de medicamentos	474	79,0
Nenhum procedimento médico-terapêutico	64	10,7
Solicitação de exames	42	7,0
Encaminhamento para outras especialidades médicas	18	3,0
Manutenção de tratamento medicamentoso prescrito por outro profissional	2	0,3
TOTAL	600	100,0

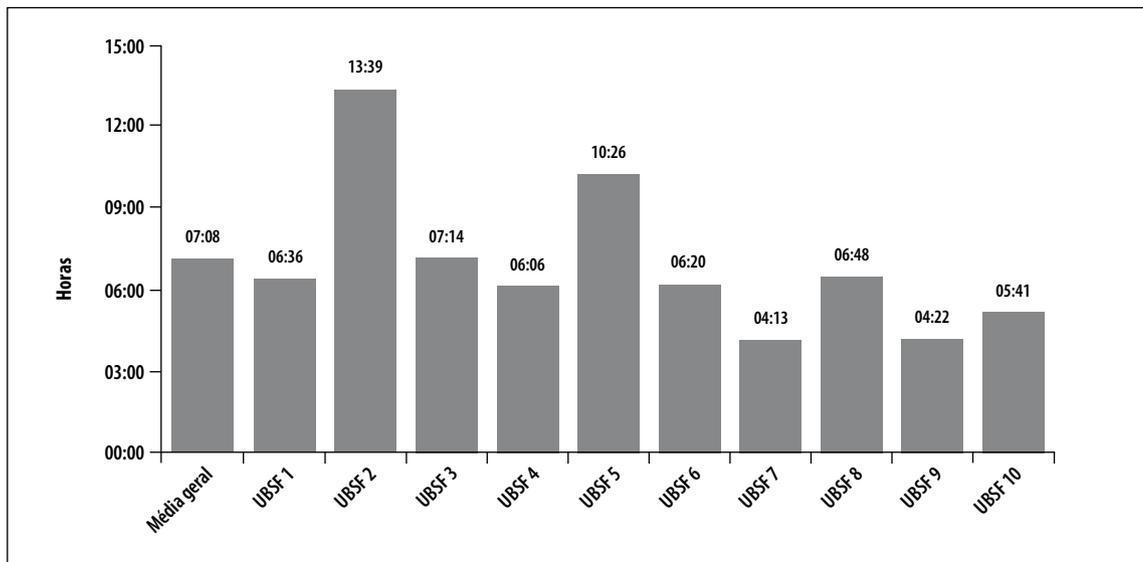


Figura 2 - Tempo médio de consulta entre os atendimentos (n=600) realizados em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Esperança, estado da Paraíba, Brasil, agosto-setembro de 2007

(18,8%), medicamentos para o sistema nervoso (14,3%), antimicrobianos (13,6%), hipoglicemiantes (11,8%) e medicamentos para o aparelho respiratório (9,1%) (Figura 3).

Discussão

No presente estudo, descreveu-se os indicadores de prescrição e de cuidado com pacientes propostos pela OMS. Uma limitação da investigação realizada em Esperança, Paraíba, refere-se ao emprego de uma amostra de conveniência, o que não permite generalização dos achados para a totalidade dos atendimentos realizados nas UBSF do município. Outra dificuldade relaciona-se ao limitado período do estudo – apenas dois meses –, incapaz de contemplar a sazonalidade do padrão de prescrição de medicamentos, que é variável segundo os meses do ano.

A média de medicamentos por prescrição encontrada (2,4) foi semelhante à registrada em Ribeirão Preto-SP (2,2),¹³ Brasília-DF (2,3),¹⁴ Ponta Grossa-PR (2,6)¹⁵ e Campina Grande-PB (1,5),¹⁶ como também foi semelhante à média nacional (2,3).¹⁷ Estes resultados apontam uma tendência de polimedicação ou polifarmácia, qual seja, o uso de dois ou mais medicamentos, e a média está acima da recomendada pela OMS: 1,3 a 2,2 medicamentos por receita.⁷

A utilização de grande número de medicamentos pelo paciente e de esquemas de múltiplas doses, além de aumentar a chance de erros na administração, propiciam o surgimento de reações adversas e interações medicamentosas, interferindo na aderência do paciente ao tratamento.¹⁸

Estudos recentes mostram, ainda, que a polimedicação associada a diversas situações, como interações medicamentosas e redundâncias terapêuticas, pode induzir a não adesão à farmacoterapia,^{19,20} bem como dificultar o tratamento medicamentoso de usuários idosos em condições crônicas.²¹

A elevada média de medicamentos prescritos por receita revela, também, a ausência de uma preocupação, por parte da maioria dos prescritores, quanto ao uso racional, expressa no excesso de medicamentos prescritos. Muitas vezes, ademais, os prescritores são induzidos pelos próprios pacientes a aumentar o número de medicamentos em razão de uma cultura sedimentada de que “médico bom é aquele que prescreve”.

Observa-se que prescrições com mais de um medicamento são frequentes e podem dificultar o entendimento do paciente, bem como aumentar as chances de enganos durante a administração. Os prescritores devem estar conscientes da potencialidade de interações e seus mecanismos, para simplificar

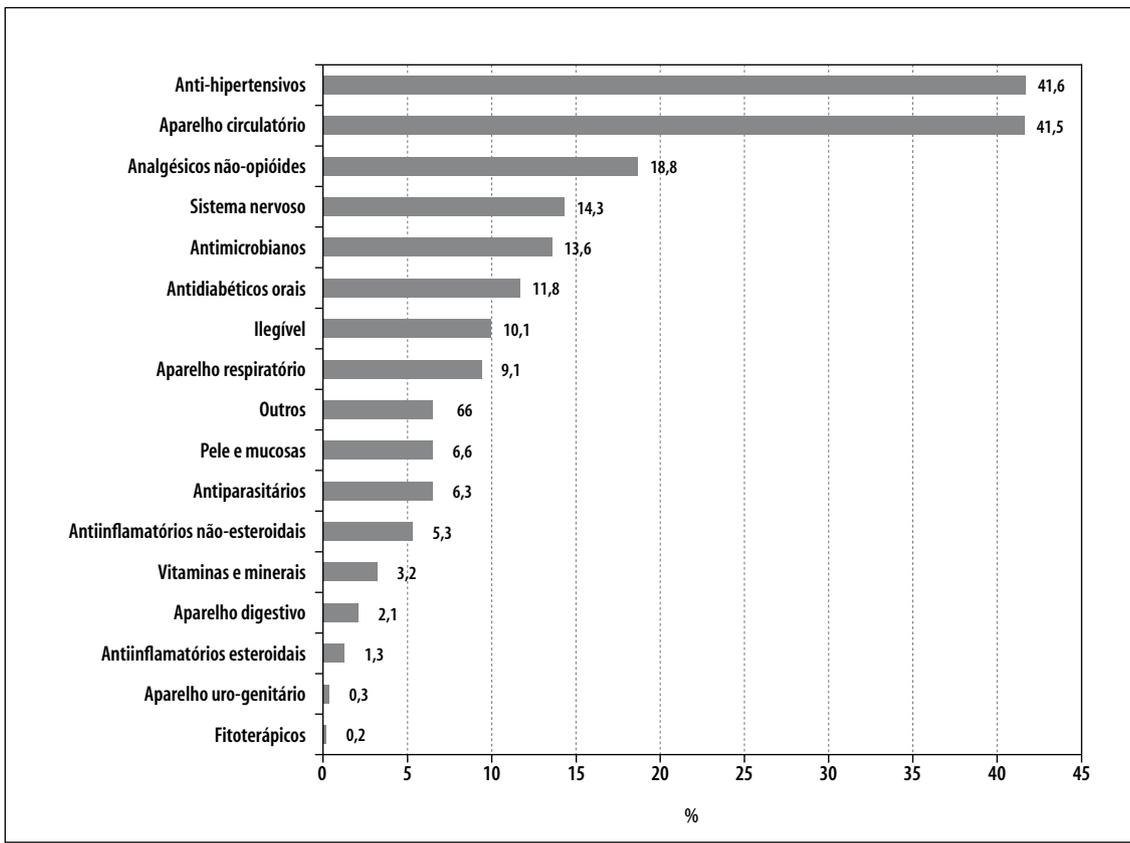


Figura 3 - Grupos farmacológicos mais prescritos aos pacientes atendidos (n=600) em Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Esperança, estado da Paraíba, Brasil, agosto-setembro de 2007

regimes posológicos e adequá-los aos hábitos de vida do paciente sempre que possível.²²

Em relação à prescrição dos medicamentos pelo nome genérico, a proporção encontrada (74,6%) foi bastante próxima à observada em Brasília-DF (73,2%)¹⁴ e Ponta Grossa-PR (70,2%),¹⁵ inferior à média nacional (84,2%)¹⁷ e superior à de Ribeirão Preto-SP (30,6%).¹³ Entre as UBSE, houve uma variação de 57,6 a 85,6%, mostrando mais adesão por parte de alguns prescritores do que por outros. O hábito de prescrever pelo nome genérico tem grande impacto na racionalização das ações da assistência farmacêutica, baixando os custos de aquisição desses produtos e facilitando a adoção de protocolos ou padronização de esquemas terapêuticos.

Considerando-se a legislação vigente no país, espera-se que a proporção de medicamentos prescritos pelo nome genérico seja muito próxima dos 100,0%, haja vista a obrigação legal de o Serviço Público prescrever por essa denominação genérica. Segundo a Resolução

nº 10/01, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), estabelecendo critérios a serem respeitados pela prescrição médica e pela dispensação de genéricos no âmbito do SUS, as prescrições assinadas pelo profissional responsável adotarão, obrigatoriamente, a Denominação Comum Brasileira – DCB – ou, em sua falta, a Denominação Comum Internacional – DCI.² Importante fator de interferência nesse indicador é a existência, no mercado farmacêutico brasileiro, de medicamentos com elevado número de associações. Nesse caso, o prescritor pode encontrar dificuldades para o exercício de sua função, seja por deficiência na formação acadêmica, seja por falta de condições de consulta à DCB, e assim, tender à prescrição pelo nome fantasia.¹⁴

Uma das classes de medicamentos que trazem mais prejuízos – quando utilizados inadequadamente – é a dos antibióticos. A porcentagem de receitas aqui analisadas em que se prescreveram antibióticos foi de 9,4%, condizendo com a estimativa recomendada pela

OMS7 de que ela deve ser inferior a 20,0%. O valor encontrado está abaixo do referido em Ribeirão Preto-SP (21,3%),¹³ Brasília-DF (26,4%),¹⁴ Ponta Grossa-PR (33,0%)¹⁵ e Campina Grande-PB (21,1%).¹⁶

O principal problema quanto aos antibióticos é de que seu uso indiscriminado pode resultar em resistência de bactérias, aumentando os casos de infecções e, conseqüentemente, maior ônus para o sistema público de saúde e o usuário, gerando dificuldades para o controle da doença.

A baixa indicação de antimicrobianos, observada neste estudo, pode estar relacionada a fatores climáticos do período de coleta de dados, pois a sazonalidade é importante no comportamento epidemiológico de doenças infecciosas.²³ Vale salientar que o monitoramento de ações voltadas à terapia racional de antimicrobianos, com a adoção de protocolos validados por estudos epidemiológicos, constitui estratégia política visando à utilização adequada de antimicrobianos.²⁴

Outro grupo de medicamentos a exigir cuidados é o dos psicofármacos. Sua prescrição tem aumentado, não só em quantidade como em tempo de uso por períodos às vezes maiores do que os preconizados na literatura especializada. O fato é bastante preocupante, uma vez que pode levar à dependência física e psíquica²⁵ a ponto de impor a este estudo a observância do indicador de frequência com que esses medicamentos são prescritos na Atenção Básica.

No Município estudado, o número de receitas com pelo menos um psicofármaco prescrito foi equivalente a 10,1%. Por ser um indicador criado por estes autores, não há parâmetro de comparação disponível em outros trabalhos. Porém, é relevante salientar que o número verificado nas UBSF não foi tão expressivo, dado o Município possuir um CAPS, onde se concentra a grande dispensação desses medicamentos.

Normalmente, os injetáveis são uma forma farmacêutica usada em excesso, além de, frequentemente, tornar o tratamento mais caro. Verificou-se que 2,9% das receitas continham pelo menos um injetável, valor condizente com a recomendação da OMS⁷ para este indicador, inferior a 10,0%. O valor encontrado também foi inferior aos apresentados em Ribeirão Preto-SP (8,3%),¹³ Brasília-DF (7,5%)¹⁴ e Ponta Grossa-PR (13%);¹⁵ superior, entretanto, ao encontrado em Campina Grande-PB (1,1%).¹⁶

Os medicamentos que constam na REMUME⁹ foram indicados em 78,3% do total de prescrições, supe-

rando as expectativas da OMS7 de adesão de 70,0%. O valor encontrado foi equivalente à média nacional (78,3%),¹⁷ porém inferior ao encontrado em Brasília-DF (85,3%),¹⁴ Ponta Grossa-PR (87,0%)¹⁵ e Campina Grande-PB (91,9%).¹⁶ Entre as UBSF, a adesão da REMUME variou de 35,8 a 75,9%. É importante salientar que todas as unidades da zona urbana apresentaram valores inferiores a 70,0%, possivelmente relacionados a falhas na padronização dos medicamentos, senão a hábitos prescritoriais.

O resultado geral aponta que os prescritores seguem a relação de medicamentos padronizados. É mister apontar a necessidade de esta lista ser atualizada periodicamente, para melhor atender o perfil epidemiológico da população local.

As consultas duraram, em média, 7 minutos e 08 segundos, variando de 59 segundos a 23 minutos e 9 segundos, enquanto o tempo preconizado pelo SUS, estabelecido na Portaria nº 1.101/GM, de 12/06/02, é de 15 minutos.²⁶ A média foi inferior à encontrada em Ribeirão Preto-SP,¹¹ de 9 minutos e 2 segundos, e superior à de Ponta Grossa-PR,¹³ de 6 minutos e 8 segundos.

Se se analisasse o tempo preconizado pelo SUS, ter-se-ia quatro consultas por hora, número não condizente com o tempo real de que “dispõem” muitos profissionais para examinar uma média de 15 pacientes por turno. Na prática, sabe-se que a carga horária de 40 horas semanais para atendimento médico não costuma ser cumprida.

As primeiras consultas realizadas, no início do dia ou do turno, tendiam a serem mais duradouras, reduzindo-se, gradativamente, o tempo das demais. O tempo de duração da consulta poderia influenciar a qualidade do atendimento médico mas considerando-se os dados obtidos e, a partir deles, a complexidade dessa conclusão, sua confirmação não é possível. Deve-se lembrar, inclusive, que o tempo de consulta é variável segundo os diferentes problemas de saúde e seus pacientes. É importante ressaltar, isso sim, que grande parte dos usuários era constituída de idosos e/ou doentes crônicos, os quais compareciam para renovação da receita. Caso se aceitasse essa explicação do tempo reduzido das consultas, como ficariam a reavaliação e o acompanhamento desses indivíduos?

Ao se analisar as rotinas das UBSF, observou-se que as consultas, em sua grande maioria, encontravam-se pré-marcadas, sendo pequeno o número de usuários que procuravam o serviço sem agendamento prévio. Já

fora determinada a quantidade de indivíduos que poderia ser consultada diariamente, independentemente da demanda espontânea direta.

O tempo de dispensação variou de 3 segundos a 1 minuto e 3 segundos – média de 49 segundos, tempo superior ao de Santos e Nitrini (8,4 segundos), 13 mas inferior ao encontrado por Marcondes (1 minuto e 46 segundos).¹⁵ Não foi encontrado valor ideal para esse indicador; todavia, tempo ideal deve ser o tempo suficiente para que sejam repassadas todas as informações necessárias e para que o usuário esclareça todas suas dúvidas.

Outro problema encontrado na dispensação de medicamentos foi a ausência de profissional Farmacêutico no local estudado, restando aos auxiliares de Farmácia esse encargo. Eis aqui uma situação extremamente perigosa, a ausência do profissional habilitado para orientar o uso de medicamentos – no caso, o Farmacêutico –, que pode trazer sérios prejuízos ao paciente. Muitas vezes, durante a consulta médica, não são passadas ao paciente todas as informações necessárias; da mesma forma, o paciente pode não compreender plenamente as recomendações médicas, ficando sujeito a um tratamento ineficaz ou mesmo ao agravamento de seu quadro clínico. A ineficiência dessa etapa poderá comprometer não só o uso do medicamento como fazer ruir todo o investimento programado.²⁷

No caso específico da dispensação, a ausência do farmacêutico nas unidades públicas e privadas é um fator crítico para a consolidação do uso racional de medicamentos. Ela impede que os pacientes recebam instruções seguramente corretas e que seja realizada a avaliação adequada das interações medicamentosas e possíveis reações adversas. Vale destacar quão fundamental é uma capacitação técnica de qualidade para o exercício da profissão de Farmacêutico.

Dos 2.370 medicamentos prescritos, apenas 48,0% foram efetivamente dispensados, percentual bastante

discrepante dos 95,0% recomendados pela OMS.⁷ A falta de medicamentos nos serviços públicos de saúde compromete não só seu acesso regular como a segurança para os pacientes que dependem de seu uso continuado, especialmente aqueles de menor poder aquisitivo.²⁸

Uma baixa proporção da dispensação em relação ao total de prescrições pode, entretanto, ser resultante de uma seleção equivocada dos medicamentos presentes na REMUME: os medicamentos padronizados podem não corresponder à demanda do perfil epidemiológico de doenças e agravos na população. Esse percentual reduzido pode, também, ser decorrente de equívocos nos padrões prescritoriais. São necessários, portanto, estudos adicionais investigativos dessas hipóteses.

O estudo aqui relatado mostrou que o município de Esperança-PB apresenta maioria de bons indicadores de prescrição e cuidado ao paciente, ao mesmo tempo que revela problemas na Saúde Pública que dificultam o uso racional de medicamentos.

É indiscutível a oportunidade de próximos estudos sobre a utilização dos indicadores, tanto pela escassez de dados existentes como pelo fato de eles contribuírem para o maior entendimento da realidade e a elaboração de políticas e estratégias reorientadoras da Assistência Farmacêutica.

Contribuição dos autores

Portela AS contribuiu na concepção do estudo, coleta de dados e redação do artigo.

Silva PCD participou da coleta de dados.

Simões MOS e Medeiros ACD participaram da revisão crítica e aprovação final do artigo.

Montenegro Neto AN executou as análises estatísticas dos dados e participou da revisão crítica e aprovação final do artigo.

Referências

1. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Santos MS, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(4):927- 37.

4. Rosa MB, Perini E, Anacleto TA, Neiva HM, Bogutchi T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(3):490- 498.
5. Lofholm PW, Katzung BG. Prescrição racional e redação da prescrição. In: Katzung BG. *Farmacologia básica e clínica*. São Paulo: McGrawHill; 2007. p. 969-977.
6. Giroto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006; 9(2):226-234.
7. Organización Mundial de la Salud. Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993.
8. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações demográficas e sócio-econômicas. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acessado em 13 out. 2011]. Disponível em [http://pt.wikipedia.org/wiki/Esperança\(Paraíba\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Esperança(Paraíba)).
9. Prefeitura Municipal de Esperança. Secretária Municipal de Saúde. Esperança: Prefeitura Municipal de Esperança; 2006.
10. Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996. O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, resolve aprovar as denominações comuns brasileiras. *Diário Oficial da União, Brasília*, 18 junho 1996. Seção 1
11. World Health Organization. International nonproprietary names for pharmaceutical substances (INN). *WHO Drug Information*. 2011; 25(3):295- 340 [cited 02 out. 2011]. Available from http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/innlists/RL66_final.pdf
12. World Health Organization. Collaborating Center for Drug Statistics Methodology. *Anatomical Therapeutic Chemical* [cited 25 jul. 2010]. Available from http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
13. Santos V, Nitrini SMO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38(6):819-826.
14. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(2):223-230.
15. Marcondes NSP. A assistência farmacêutica e o uso de medicamentos na zona urbana do Município de Ponta Grossa, Paraná: estudo de caso. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
16. Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACD, Belém LF, Simões MOS. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007; 10(2):149-156.
17. Organização Pan-Americana de Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
18. Miasso AI, Cassiani SHB. Conhecimento de pacientes sobre medicamentos. In: Cassiani SHB, Ueta J, organizadores. *A segurança dos pacientes na utilização de medicação*. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 133-44.
19. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; (13 Suppl):S793-802.
20. Vinholes ER, Alano GM, Galato D. A percepção da comunidade sobre a atuação do serviço de atenção farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(2):293-303.
21. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil da utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38(4):574-64.
22. Lisboa SSML. Interações e incompatibilidades medicamentosas. In: Gomes MJM, Reis AMM. *Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 301-10.
23. Nicolini P, Nascimento JWL, Greco KV, Menezes FG. Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; (13 Suppl):S689-96
24. Lima APCS, Gallani NR, Toledo MI, Lopes LC. Utilização de um sistema de gerenciamento de benefícios farmacêuticos (PBM) para a caracterização do perfil de prescrição e aquisição de antibióticos. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008; 44(2):215-223.

25. Hull SA, Aquino P, Cotter S. Explaining variation in antidepressant prescribing in east London: a cross sectional study. *Family practice*. 2005; 22(1):37- 42.
26. Portaria n ° 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p. 36, 13 de junho 2002. Seção 1.
27. Portela AS, Simões MOS, Fook SML, Montenegro Neto NA, Silva PCD. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 Supl 3:S3523-3528.
28. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 2(2):267-280.

Recebido em 22/03/2011
Aprovado em 22/06/2012