UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR
EM SAÚDE

VICENTINA ESTEVES WANDERLEY

A PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL DO ALUNO DO INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS: FORMAÇÃO E PRÁTICA

São Paulo - SP
2008

VICENTINA ESTEVES WANDERLEY

A PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL DO ALUNO DO INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS: FORMAÇÃO E PRÁTICA

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Sylvia Helena Batista
Co-Orientadores: Prof. Dr. José Antonio Maia de Almeida.
Profª. Drª. Rosana Quintella Brandão Vilela.

São Paulo - SP
2008

Wanderley, Vicentina Esteves
A prescrição medicamentosa ambulatorial do aluno do Internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas: formação e prática / Vicentina Esteves Wanderley - São Paulo, 2007.
xiv, 117f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Medication prescription in the hospital outcome of the student of University Federal of Alagoas graduating medicine course: graduation and practice.

1.prescrição de medicamentos 2.avaliação da competência 3.ensino 4.aprendizagem 5.escolas médicas 6. estudantes de

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

Diretora do CEDESS: Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Coordenador do Programa de Pós-Graduação: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

VICENTINA ESTEVES WANDERLEY

Título: A prescrição medicamentosa ambulatorial do aluno do internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas: formação e prática

Presidente da Banca: Prof. Dr. José Antônio Maia de Almeida

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco José Passos Soares _____

Prof. Dr. Nildo Alves Batista _____

Prof. Dr. Valter Carabetta Júnior _____

Aprovada em _____/_____/_____

“Dedico este trabalho a Pedro e Alzira (in memorian) meu pai e minha mãe por me transmitirem a clareza dos princípios e valores éticos e humanos em busca das realizações pessoais, sem jamais esquecer o outro.”

“No distanciamento está a sabedoria da incerteza... na sabedoria da incerteza está a libertação do passado, do desconhecido, que é a prisão dos velhos condicionamentos. E, na mera disponibilidade para o desconhecido, para o campo de todas as possibilidades, rendemo-nos à mente criativa que rege o Universo”.

Deepak Chopra (2005)

Agradecimentos

Ao Prof. Dr Nildo Alves Batista, que com sua contribuição permanente para o aprimoramento do ensino médico no Brasil, proporcionou o acesso a um novo horizonte neste ensino.

Ao Prof. Dr. José Antônio Maia de Almeida, cujo dinamismo, inteligência e criatividade, possibilitou, através do papel de orientador, a realização deste trabalho.

A Profa. Rosana Quintella Brandão Vilela, pela amizade, companheirismo e constante disponibilidade na co-orientação, mesmo com o tempo tão escasso.

A Reitoria nas pessoas da Reitora, Profa. Ana Dayse Rezende Dorea e do Pró-reitor de pesquisa e pós-graduação, Prof. José Niraldo de Farias, pelo apoio sempre disponível nesta jornada.

A todos os Professores do CEDESS e equipe, pelo acolhimento, dedicação e carinho, no desvendar de novos paradigmas na educação médica.

Aos colegas do mestrado, cujo companheirismo e amizade, tornou nossa convivência tão prazerosa; especialmente Heloiza e Cristina.

A Silvana (in memorian), neste efêmero encontro, como é a vida para todos nós, meus agradecimentos pela sua imagem e mensagem de luta, companheirismo e carinho, que jamais serão esquecidos.

Aos meus alunos, tão gentilmente espontâneos e solidários, cuja colaboração tornou possível a realização desta pesquisa.

As minhas irmãs Angelita e Anelita, e a minha afilhada, quase filha, Bárbara, desculpas pelas minhas ausências e meus agradecimentos pela compreensão, apoio, colaboração e incentivo sempre na hora certa.

A minha prima-irmã Gerlene e minha afilhada Helena pelo acolhimento, aconchego, carinho e estímulo nas minhas idas e vindas, tornando minhas permanências em São Paulo tão agradáveis.

Aos amigos da FAMED - UFAL: Jairo, Antônio Carlos, Rozangela, Mário Jucá, Francisco, Jane e Cícero, que de maneira direta ou indireta, participaram comigo desta jornada em busca de conhecimento.

E finalmente a DEUS, acima de tudo, de todos e de todas as coisas.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA v
EPÍGRAFE vi
AGADECIMENTOS vii
LISTA DE TABELAS ix
LISTA DE ABREVIAÇÕES xi
RESUMO xiii
ABSTRACT xiv

1 INTRODUÇÃO 1
2 REFERENCIAL TEÓRICO 4
2.1 O USO DE MEDICAMENTOS 4
2.2 A PRESCRIÇÃO MÉDICA 7
2.3 O ENSINO DA ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO NA FACULDADE DE MEDICINA DA UFAL 17
3 OBJETIVOS 27
3.1 GERAL 27
3.2 ESPECÍFICOS 27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 28
4.1 CARACTERIZAÇÃO, CONTEXTO E SUJEITOS DA PESQUISA 28
4.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS 29
4.3 ANÁLISE DOS DADOS 32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 36
5.1 AS PRESCRIÇÕES REALIZADAS PELOS ALUNOS: ADEQUAÇÃO ÀS NORMAS DA BOA PRESCRIÇÃO 36
5.2 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS 51
6 CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS 84
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 88
ANEXOS 96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Inclusão do nome do paciente nas prescrições 35
Tabela 2: Inclusão do endereço do paciente nas prescrições 36
Tabela 3: Inclusão da idade do paciente nas prescrições 37
Tabela 4: Explicitação do nome genérico ou comercial dos medicamentos prescritos 38
Tabela 5: Explicitação da dosagem dos medicamentos prescritos 41
Tabela 6: Explicitação da forma farmacêutica do medicamento 43
Tabela 7: Explicitação da quantidade total dos medicamentos a serem utilizados 44
Tabela 8: Inclusão de instruções ao paciente na prescrição 45
Tabela 9: Inclusão de cuidados recomendados ao paciente na prescrição 46
Tabela 10: Inclusão da data da prescrição 47
Tabela 11: Inclusão da assinatura do prescritor 48
Tabela 13: Distribuição da preferência pela prescrição de medicamentos genéricos e comerciais 49
Tabela 14: Fatores determinantes da prescrição relativos aos medicamentos 51
Tabela 15: Conhecimento, pelos internos, da RENAME 56
Tabela 16: Utilização, pelos internos, da RENAME 57
Tabela 17: Freqüência com que os internos são visitados por representantes de laboratórios 57
Tabela 18: Percepção, pelos internos, da influência da propaganda na escolha de medicamentos prescritos 59
Tabela 19: Características referentes aos pacientes que influenciam a prescrição dos internos 62
Tabela 20: Freqüência de fornecimento, pelos internos, de informações ao paciente quanto ao uso correto dos medicamentos 65

Tabela 21: Componentes das explicações fornecidas, pelos internos, aos pacientes, sobre o uso correto dos medicamentos prescritos 66
Tabela 22: Freqüência com que os internos orientam os pacientes quanto possíveis locais de obtenção da medicação 69
Tabela 23: Preocupação dos internos em adequar a medicação aos horários do paciente 71
Tabela 24: Freqüência com que os internos solicitam que o paciente repita como terá que utilizar os medicamentos propostos 73
Tabela 25: Atitudes do interno quando o paciente demonstra não entender a prescrição 74
Tabela 26: Momentos em que os internos acreditam que houve ensino da prescrição, durante o Curso Médico 76
Tabela 27: Momentos e cenários em que os internos identificam que realmente aprenderam a elaborar a prescrição médica 78
Tabela 28: Freqüência de internos que se consideram seguros para realizar uma prescrição medicamentosa 80

LISTA DE ABREVIAÇÕES

ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
DEF	Dicionário de especialidades farmacêuticas
DCB	Denominação comum brasileira
DCI	Denominação comum internacional
FDA	Food and Drug Administration
GRUPEMEF	Grupo dos Executivos do Mercado Farmacêutico
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INESTRA	Inteligência e Estatística de Mercado
MEC	Ministério de Educação
MS	Ministério da Saúde
NEMED	Núcleo de Ensino Médico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAM	Reação adversa aos medicamentos
RENAME	Relação nacional de medicamentos essenciais do Ministério da Saúde
SINITROX	Sistema nacional de informações tóxico-farmacológicas

SOBRAVIME	Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

RESUMO

A questão da prescrição medicamentosa é assunto de extrema relevância na resolutividade dos problemas de saúde, interessando desde o médico e o paciente até os órgãos gestores nos mais diversos níveis. Tanto no cenário internacional, através da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, como nacional, pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vem sendo dada atenção especial ao assunto, considerando-se a busca da qualidade dos serviços, associada à redução de custos, evitando-se a ineficácia da prescrição medicamentosa e distorções dos resultados pretendidos. Neste contexto, o presente trabalho tem por objetivo avaliar a prescrição médica ambulatorial dos alunos do internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, bem como o processo de formação, durante o curso, para a elaboração da prescrição medicamentosa e as orientações terapêuticas. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, com 67 alunos do último ano do Curso. A análise tem como base uma abordagem quantitativa e qualitativa, onde foram estudados dois tipos de instrumentos: a avaliação documental de prescrições medicamentosas, em uma situação de simulação e um questionário. Foi evidenciado que, embora não exista no currículo formal do Curso a abordagem do assunto de maneira explícita, as deficiências detectadas com relação à prescrição, tais como: a ausência de endereço do paciente, dosagens e formas farmacêuticas dos medicamentos, dentre outras, são semelhantes às encontradas na literatura, referentes a profissionais já graduados. Devem ser ressaltados alguns resultados positivos, destacando-se a prioridade dada ao uso de medicamentos genéricos, a preocupação dos alunos com relação ao nível socioeconômico do paciente na seleção dos produtos e à adesão ao tratamento, além do interesse e empenho na elaboração correta da prescrição. Os comentários dos alunos, bem como as lacunas evidenciadas na redação das prescrições representam informações relevantes, que podem servir como subsídio para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade do processo de ensino da prescrição de medicamentos durante o processo de formação dos estudantes, sobretudo no momento atual, onde ocorre uma reformulação curricular do Curso Médico da UFAL.

ABSTRACT

The medical prescription issue is a subject of extreme relevance in the health problems solving, being of interest since the doctor , the patients and even the institutions in different levels. From the international scenery through The Health World Organization and The Health Pan-American Organization, to national as The Health Ministery and Sanitary Vigilance National Agency, are giving special attention to the subject, considering the search for better services, together with the costs reduction, avoiding the ineficiency of the medication prescription and distortions of the results intended. In this context, the present work aims at evaluating the hospital outcome medical prescription of the resident students of the medicine course from Universidade Federal de Alagoas, as well as, with the graduation process during the course, for the elaboration of the medication prescription and the therapeutic orientations. It is a transversal study and descriptive, carried out in the Universitary Hospital Professor Alberto Antunes, with 67 students in the last year of the course. The analysis has as base a quantitative and qualitative approach where were studied two kinds of instruments: the document evaluation of medication prescriptions in a simulated situation and a questionnaire. It was seen that, although it does not exist in the formal curriculum an explicit approach of the subject, the problems detected in relation to the prescription, such as: the lack of patients' addresses, doses and medication formula, among others, are similar to those found in the literature, refering to professionals already graduated. We must point out some positive results, emphasing the prescription of generic medication, the students concern in relation to the socio-economical level of the patients in selecting the products and treatment attachment, besides the interest and elaboration of a correct prescription. The students comments, as well as the gaps seen in the prescriptions handwriting represent relevant information which can be used as subside to the improvement in the teaching process quality for the medication prescription during the process of the students graduation, specially nowadays, where a changing in the curriculum is being carried out in the UFAL Medicine Course.

1 INTRODUÇÃO

O tema estudado teve como fator motivador a participação da autora no Primeiro Curso para Facilitadores e Prescritores em Prática da Boa Prescrição Médica, realizado pelo Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na cidade de Petrópolis, RJ, como também o momento de mudança de paradigmas, que vem ocorrendo no Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, em atendimento às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001).

Considerando a inserção profissional da pesquisadora: médica, professora assistente da UFAL, desenvolvendo suas atividades de ensino no Curso de Medicina, no setor de Clínica Médica, área de concentração de Gastroenterologia, atuando frente ao aluno nas diversas atividades da graduação (aulas teóricas e práticas do 4º ano e atividades predominantemente práticas do 6º ano) e membro do Colegiado do Curso de Medicina e da Comissão de Reforma para o Novo Currículo, este trabalho volta-se para a investigação da forma de elaboração da prescrição medicamentosa por parte do aluno concluinte do Curso de Medicina da UFAL, identificando quais são os fatores determinantes de tal prática. Procura ainda, estimular a discussão sobre o assunto, levando-se em conta que a temática é de extrema relevância na resolutividade das questões da saúde.

Erros de medicação são as principais causas de danos a pacientes hospitalizados (Rozich, Resar, 2002). Erros na administração de medicamentos geram mortes desnecessárias, seqüelas evitáveis e prolongamentos de períodos de internação, com aumento de custos e riscos. As deficiências observadas nas

prescrições em todo o mundo levam à ineficácia e distorções dos resultados pretendidos. O uso terapêutico correto, com adequação de custo-efetividade de medicamentos por profissionais de saúde e consumidores é objeto almejado pelos diversos sujeitos envolvidos com a prescrição, desde os pacientes e profissionais que lidam diretamente com medicamentos, aos órgãos gestores da saúde em nível nacional e internacional.

A concepção de saúde enquanto valor ou desejo se adapta à lógica de mercado, passando a ser identificada, na prática, com mercadorias propiciadoras de saúde. O medicamento é uma delas (Lefèvre, 1991). Na população em geral, os efeitos da propaganda e do uso incorreto de medicamentos são sinalizados, por exemplo, pelo crescimento tanto do número de casos de intoxicação humana como do quantitativo de óbitos que têm como causa os produtos farmacêuticos, registrados nos últimos anos pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (Sinitrox), da Fundação Oswaldo Cruz / Ministério da Saúde.A extensão do consumo de fármacos, nas últimas décadas, torna cada vez mais difícil avaliar até onde prevalece a exigência estritamente voltada para o tratamento de enfermidades e começa a pressão mercadológica da indústria. (Nascimento, 2005).

No momento atual, em que se discute a regulamentação do exercício da medicina, quando se procura definir o espaço de trabalho do profissional médico, o Projeto de Lei do Ato Médico de Nº 268 (substitutivo) de 2002, em tramitação no Senado e aprovado por unanimidade pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado, em novembro de 2006, declara que:

“Artigo 4º São atividades privativas do médico”:

I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição Terapêutica”.

Ao longo de alguns anos, observou-se o crescimento de diversos outros segmentos profissionais, que configuraram o seu campo de atuação e hoje têm a sua profissão regulamentada. Faz-se necessário que a Medicina, como outras profissões, venha a ter sua regulamentação e o seu lugar claramente definido dentro deste amplo contexto multiprofissional.

Todo este contexto nos preocupa e motiva para a investigação sobre como acontece a formação do nosso aluno com relação ao ato da prescrição de medicamentos. Portanto, a avaliação das características dessas prescrições medicamentosas ambulatoriais e a orientação do paciente, realizadas pelos alunos do internato do Curso de Medicina da UFAL, além de identificar e discutir o preparo, por estes percebido, para a elaboração da prescrição, detectando pontos positivos e deficiências nas diversas oportunidades de aprendizagem da prescrição, ocorridas durante o processo de formação. Espera-se, assim, produzir subsídios que possam contribuir para o aperfeiçoamento e a melhoria da qualidade do referido processo e, conseqüentemente, do cuidado à saúde da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O USO DE MEDICAMENTOS

Faz parte da cultura humana a história dos meios que vêm sendo utilizados, através dos tempos, para amenizar e curar a dor e o sofrimento. Milhares de anos antes de Cristo já se utilizavam elementos dos reinos animal, vegetal e mineral no tratamento das doenças, sob forma de pílulas, enemas, pós, ungüentos, pomadas e outras. Tratava-se de uma época pré-técnica, em que os critérios explicativos das relações causais não se baseavam nos moldes da objetividade científica (Rozenfeld,1989).

O imperador chinês Shen Nung (cerca de 3.000 a.C.), em seus escritos sobre ervas medicinais, recomendava o uso da planta *Ch'ang shang* para o tratamento de malária. Agora se sabe que ela realmente contém alcalóides – como a febrifugina – dotados de ação antimalárica (Korolkovas, 1995).

Há registro do uso de medicamentos para tratar doenças nos papiros egípcios (*Papyrus Ebers*, datado do século XVI a.C.), nos textos védicos da Índia antiga e no Velho Testamento (Ansell et al., 2000).

Muitos estudiosos que participaram da tradução dos desafiadores hieróglifos dos documentos, embora não fossem unânimes em suas interpretações, deixam pouca dúvida de que por volta de 1550 a.C. os egípcios já usavam algumas drogas de formas e dosagens empregadas ainda hoje (Ansell et al., 2000).

Os índios americanos deixaram registrados em pinturas e esculturas o testemunho de uma cultura de medicamentos. Os incas do Peru utilizavam a casca da quina (*Coutarea hexandra Schum)* para combater a febre e a malária e também

mascavam folhas de coca, como estimulante e euforizante. Os índios brasileiros, por sua vez, empregavam a raiz de ipeca para disenteria e diarréia; de fato, ela contém emetina, que é eficaz para aqueles males (Korolkovas, 1995).

No século XIX, houve grandes avanços nas ciências químicas e na fisiologia que, no entanto, não foram seguidos, de imediato, por grandes avanços no campo da terapêutica medicamentosa. Somente no primeiro terço do século XX é que surgiram os primeiros barbitúricos, os arsenicais e a insulina. Mas foi apenas após a década de 1930, e nos anos seguintes à Segunda Guerra Mundial, que foram maciçamente desenvolvidos os novos fármacos, como as sulfamidas, a fenitoína e parte importante dos antibióticos empregados atualmente (Laporte Jr, Tognoni, 1983). Isso ocorreu em função das necessidades impostas pelas grandes guerras e dos grandes processos de acumulação de capital que permitiram o desenvolvimento científico e tecnológico.

Segundo Rozenfeld (1989):

> *"Existe uma grande distância entre a ciência e sua aplicação prática na sociedade, que se traduz no chamado paradoxo das formações capitalistas modernas: nunca o homem teve tanta possibilidade de ter saúde e vida longa como tem nos dias atuais e, simultaneamente, nunca houve tantas doenças e mortes por causas evitáveis. Isto se deve a inúmeros fatores, dentre eles a influência das condições de vida sobre o perfil da saúde, a distribuição de bens e serviços numa dada sociedade e o consumismo.*
>
> *A simples observação da realidade sanitária mostra que os padrões de doença e de morte dependem apenas parcialmente das descobertas e do emprego de novas tecnologias. Ou, dito de outra forma: nem sempre a elevação do nível de saúde das populações se deve aos avanços técnico-científicos. A assistência médica, em geral, e a quimioterapia, em particular, têm um peso relativo entre as causas dos êxitos alcançados no combate às doenças" (p.390).*

> *Uma das repercussões do consumo de tecnologia e procedimentos em saúde é a iatrogenia, que consiste nos múltiplos distúrbios provocados pelas ações médicas, incluindo os decorrentes da prescrição. É importante sublinhar que a iatrogenia está associada aos efeitos do uso de tecnologias, quer sejam elas eficazes e usadas de modo eficiente ou não. Todo medicamento tem um potencial de risco de efeitos iatrogênicos ao lado de sua ação terapêutica. Esse risco é ainda maior para os potentes fármacos modernos" (p. 393).*

No Brasil, o Decreto Nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, persiste como a única lei que regula e fiscaliza o exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das profissões de Farmacêutico, Parteira e Enfermeira no Brasil, assim se pronunciando quanto à prescrição medicamentosa, em seus artigos 15 e 16:

> *"Art. 15. São deveres dos Médicos: (...) b) escrever as receitas por extenso, legivelmente, em vernáculo, nelas indicando o uso interno ou externo dos medicamentos, o nome e a residência do doente, bem como a própria residência ou consultório; c) ratificar em suas receitas a posologia dos medicamentos, sempre que esta for anormal, eximindo assim o farmacêutico de responsabilidade no seu aviamento;*
>
> *Art. 16 É vedado ao Médico: (....) b) receitar sob forma secreta, como a de código ou número; c) indicar em suas receitas determinado estabelecimento farmacêutico, para as aviar" (Brasil, 1932).*

Como podemos observar, não existem exigências legais mais detalhadas, considerando aspectos que são indispensáveis à boa prescrição médica, tais como dosagem e posologia, dentre outros.

Na atualidade, as estratégias da ANVISA para minimizar as deficiências e distorções são os programas de normatização e de formulação de princípios básicos para uma prescrição médica adequada.

Já o Conselho Federal de Farmácia em legislação mais recente (Lei 5.991 de 17 de dezembro de 1973), avança um pouco no sentido da prescrição:

> *"Capitulo VI, Art. 35: Somente será aviada a receita: a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais; b) que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação; c) que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional" (Conselho Federal de Farmácia, 1999/2000).*

2.2 A PRESCRIÇÃO MÉDICA

A prescrição médica tem fundamental importância no contexto global do cuidado à saúde, desde seu objetivo primordial de eficácia e efetividade dos tratamentos, à sua inserção como fator determinante de resultados no universo social, econômico e cultural da saúde, nos diversos segmentos da sociedade. Contudo, a maneira como a prescrição vem sendo realizada, por parte dos profissionais médicos, tem sido muitas vezes motivo de preocupação dos órgãos públicos envolvidos com a saúde, tanto no âmbito internacional, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através do seu Departamento de Medicamentos Essenciais e Políticas de Medicamentos e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como nacional, pelo MS e ANVISA, que desenvolve programas com normas e princípios básicos para uma boa prescrição médica. Salientamos, inclusive, que a abrangência da questão envolve também órgãos não governamentais do setor.

A Conferência Mundial sobre Uso Racional de Medicamentos, realizada em Nairobi, em novembro de 1985, deliberou com respaldo na resolução WHA 39.27

(“World Health Association) da 39ª Assembléia Mundial da Saúde - sendo esta uma atualização e ampliação dos critérios éticos e científicos estabelecidos pela resolução WHA 21.41 da 21ª Assembléia Mundial da Saúde - que existe “uso racional” quando os pacientes recebem medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses adequadas a suas particularidades individuais, por período de tempo necessário e com baixo custo para eles e sua comunidade (WHO, 1988).

O processo de escolha do medicamento ideal segue uma avaliação comparativa entre vários produtos, com uma tendência atual de ser orientada pelo modelo das condutas baseadas em evidências, seguindo a melhor investigação farmacológica-clínica disponível no momento e considerando o custo comparativo.

Esta temática mostra-se particularmente importante no mundo atual, competitivo e globalizado, em que os órgãos gestores de saúde buscam o constante aprimoramento dos serviços, associado à redução de custos. A inadequação de vários aspectos da prescrição surge como fator determinante de ineficácia ou de distorções, que levam a prejuízos por parte dos vários segmentos envolvidos.

A OMS, através do Departamento de Medicamentos Essenciais e Políticas de Medicamentos, após pesquisas realizadas no Canadá, EUA e Europa - que concluíram ser o treinamento estruturado em farmacoterapia relativamente infreqüente, resolveu incluir entre seus objetivos o aprimoramento do ensino de farmacoterapia para estudantes de medicina (Henning et al., 2000).

Garbutt et al. (2005), em trabalho realizado com 214 internos e residentes e 77 estudantes de medicina no Barnes-Jewish Hospital, St. Louis, Missouri, EUA, evidenciaram que, apesar de 60% dos pesquisados acharem que o treinamento para a prescrição segura era adequado e 83% que os erros da prescrição eram

inaceitáveis, os itens pesquisados e abaixo relacionados, levaram à conclusão de que a rotina para uma prescrição segura era pobre, devido a treinamentos inadequados e uma cultura que não apóia a prescrição segura. Os itens analisados e os respectivos resultados encontrados foram:

- 89% checavam as informações de prescrição antes de prescrever uma nova droga;
- 75% conferiram alergias aos medicamentos;
- 59% calculavam as dosagens por duas vezes;
- 56% verificavam comprometimento renal;
- 30% lembravam de conferir interações medicamentosas.

No final do século XX, pela primeira vez na história recente do Brasil, o Ministério da Saúde explicitou uma política de medicamentos consoante às diretrizes da Organização Mundial de Saúde. A Portaria 3.916/98 do MS, ao aprovar o documento Política Nacional de Medicamentos, estabeleceu as bases e as diretrizes para ações setoriais, chamando a atenção para a necessidade da articulação de ações intersetoriais (M.S., 1999; Yunes, 1999).

Cabe destacar as diretrizes e as prioridades que compõem a essência desta Política Nacional de Medicamentos (Bermudez et al., 2000):

- Diretrizes:

  a) Adoção de relação de medicamentos essenciais;

  b) Regulamentação sanitária de medicamentos;

  c) Reorientação da assistência *farmacêutica*;

  d) *Promoção do uso racional de medicamentos;*

  e) Desenvolvimento científico e tecnológico;

  f) Promoção da produção de medicamentos;

g) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;

h) *Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.*

- Prioridades:

a) Revisão permanente da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde);

b) Assistência farmacêutica;

c) Promoção do uso racional de medicamentos;

d) Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

Assim, o Ministério da Saúde, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, e também dando prioridade à promoção do Uso Racional de Medicamentos, tem realizado, por meio da ANVISA, cursos para facilitadores e prescritores em Prática da Boa Prescrição Médica em 21 estados brasileiros, com um total de 1.017 participantes, desde o primeiro evento, realizado em 2002 em Petrópolis, RJ. A prioridade para o público destes cursos tem sido dada a professores universitários que desejam usar o Guia para a Boa Prescrição Médica da OMS, para lecionar a estudantes de Medicina.

Tudo isso reforça a responsabilidade da classe médica e, em particular, dos docentes em Medicina, no sentido de assumir, definitivamente, suas reais atribuições no desempenho das suas atividades assistências diárias e da formação dos novos profissionais, inclusive na elaboração correta da prescrição médica.

A OMS recomenda que se utilize a prescrição de medicamentos como um dos parâmetros para a avaliação das características do uso de medicamentos nas populações (Fegadolli et al., 2002). Seguindo esta recomendação, a título de exemplo, uma pesquisa realizada pelos mesmos autores com prescrições médicas em pediatria no município de Tabatinga (SP) mostrou que apenas 32% dos

medicamentos eram prescritos pela forma farmacêutica (medicamento genérico), levando à conclusão de que os prescritores locais sofreram influência comercial dos fabricantes de medicamentos.

Em um outro trabalho, avaliou-se o perfil das prescrições médicas em serviço de farmácia hospitalar de Ouro Preto (MG). Utilizou-se como indicador da qualidade assistencial ao paciente o cumprimento, pelos profissionais, dos aspectos legalmente preconizados para as prescrições, tais como: identificação do paciente e do prescritor, bem como dados relacionados aos medicamentos. Observaram-se omissões de aspectos imprescindíveis para uma boa assistência ao usuário, como a inexistência do nome do paciente 3,5%, inexistência de identificação do nome do prescritor 45,2%, inexistência da forma farmacêutica dos medicamentos prescritos 54,3%, e a não explicitação da dose a ser administrada 70,6%. Tais eventos podem implicar em conseqüências graves, como a administração de medicamentos errados, em doses erradas e para pacientes errados, gerando iatrogenias desnecessárias que podem aumentar o tempo de internação dos pacientes, aumentar os custos e diminuir, assim, a qualidade assistencial ao paciente, contribuindo para a redução da qualidade de vida e onerando o sistema sanitário. Conclui-se que a educação do profissional, através de ações específicas, é estratégia básica para a melhoria da qualidade do cuidado (Sebastião, 2002).

Mota et al. (1999), após analisar 410 receitas de um Hospital Público Infantil de Fortaleza, concluíram que o custo individual médio delas correspondeu a 15,02% do salário mínimo brasileiro, ficando, portanto, fora do contexto salarial da população cearense, mesmo sendo estas prescrições realizadas com base em medicamentos genéricos (salbutamol, mebendazol, sulfato ferroso e dipirona, principalmente). A viabilidade dos tratamentos só ocorreu com a assistência farmacêutica gratuita. Se,

neste caso, a população não tem condições financeiras suficientes para adquirir a medicação genérica, já se prevê o que aconteceria caso a prescrição fosse feita por medicamentos de marca, que, em geral, têm custo mais elevado.

Por outro lado, os produtos farmacêuticos, sobretudo na sua versão resultante da quimiossíntese industrial moderna e os avanços obtidos, nos últimos 50 anos, desempenham papel por vezes imprescindível na cura das doenças ou no alívio de sintomas. No entanto, sua condição de mercadoria, indistinguível das demais, no contexto dos propósitos de obtenção de lucros persistentes e crescentes, fundamento dos valores e práticas inerentes à sociedade capitalista, gera distorções, particularmente representadas pela ampliação dos riscos de efeitos adversos ou de gastos desnecessários efetuados por indivíduos ou pelo estado. Estas distorções, provocando o uso inadequado de medicamentos, são deveras preocupantes e, por isto mesmo, têm merecido a atenção crescente, tanto das agências reguladoras (ANS, ANVISA), como de organismos de defesa dos interesses dos consumidores. Atenção particular se dá às estratégias de promoção e vendas, as quais se voltam particularmente para os prescritores, em razão de sua condição de grandes determinantes do consumo, através do receituário (Barros, 2006).

As proporções deste processo podem ser exemplificadas por uma observação pessoal da pesquisadora. Na VII Semana Brasileira do Aparelho Digestivo, realizada de 19 a 23 de novembro de 2006, em São Paulo, os congressistas foram identificados nos crachás como **“Prescritores”** e **“Não prescritores”**, respectivamente, médicos e estudantes, tornando claro os “alvos” para a indústria farmacêutica. Desta forma, os profissionais ficam reduzidos, em suas tão nobres funções, a meros “prescritores”, o que gera um grande contra-senso neste momento em que a classe está lutando pela regulamentação do exercício da Medicina através

do Projeto de Lei do Ato Médico.

A propaganda da indústria farmacêutica oferece atualmente a saúde como mercadoria e os medicamentos acabam sendo identificados como produtos que resolvem um determinado estado de carência ou disfunção. As diferentes fases da vida deixam de ser valorizadas como processos naturais e, de sucessão natural de etapas, se convertem em seqüência de períodos que requerem cuidados medicamentosos específicos, como a infância, a gravidez, a menopausa ou a terceira idade.

A noção de que os medicamentos envolvem riscos e podem ser ameaça iminente à saúde e, em muitos casos, à própria vida do indivíduo, no entanto, é amiúde desconsiderada. Esse consumo abusivo de medicamentos, associado à automedicação, pode propiciar atraso no diagnóstico e na terapêutica adequada, causar reações alérgicas, intoxicações e gastos desnecessários tanto para o indivíduo como para o sistema de saúde, podendo levar à internação em hospital e até à morte. Simultaneamente a essa mudança cultural, o permanente desenvolvimento da prática médica demanda que cada vez mais novos fármacos sejam incorporados ao arsenal terapêutico disponível, ampliando ainda mais a influência da poderosa indústria farmacêutica.

Esses “novos fármacos”, uma vez aprovados, precisam ser introduzidos no mercado, mesmo que não constituam nenhuma inovação terapêutica. Para isso, a indústria investe mais dinheiro em propaganda do que em pesquisa e desenvolvimento, utilizando-se de um sem- número de estratégias de marketing planejadas para atingir desde o médico e o farmacêutico até o dono da farmácia, o balconista e o paciente. Assim, a propaganda influi na prescrição, na dispensação, na venda e no consumo de produtos farmacêuticos, além de ser considerada como

um recurso de atualização terapêutica, por alguns profissionais de saúde (Custódio et al., 2006).

Tal realidade desperta a atenção para o domínio de interesses do próprio mercado farmacêutico mundial, principalmente se considerarmos que o Brasil hoje é um dos cinco maiores consumidores de medicamentos do mundo, com um faturamento total que, segundo estimativas de meia década passada, girava em torno de 10,3 bilhões de dólares anualmente (Gazeta Mercantil, 1998; Pinheiro, Bermudez, 1998). É um mercado com características oligopólicas, em que chama a atenção a concentração por classes terapêuticas e a dominação por empresas transnacionais (Bermudez et al., 2002).

O faturamento da Indústria Farmacêutica no Brasil cresceu de R$ 9.210.340.000,00 em 1997 para R$ 20.059.644.000,00 em 2005 (sem impostos), e aproximadamente 20% dos quais são gastos com propaganda, segundo dados do GRUPEMEF[1].

Estimou-se, em 2002, um gasto anual de US$ 165 milhões nos Estados Unidos destinados à propaganda de medicamentos e cerca de US$ 3,1 bilhões com a força de vendas, referentes a pessoal, entre treinamento, salários e premiações de representantes comerciais (Carvalho, Teixeira, 2002). Apesar de tudo isto, do alto custo e da competitividade do mercado, a indústria farmacêutica é a mais rentável nos Estados Unidos (Moreno, 2001). Por se tratar de um país cujo mercado movimenta US$ 58 bilhões anualmente, a propaganda de medicamentos é um dos elementos diferenciais para vender mais ou menos um produto (Pizzol et al.,1998). Já o mercado farmacêutico brasileiro está situado entre os dez maiores do mundo,

[1] Grupo dos Executivos do Mercado Farmacêutico.

sendo seu valor quase o dobro do argentino (Carvalho, Teixeira, 2002).

No Brasil, apesar de diversas tentativas anteriores que não tiveram sucesso em sua implementação, o Poder Executivo promulgou a Lei 9.787/99, alterando a Lei 6.360/76, que tratava das mais variadas facetas do registro e fiscalização de serviços e produtos, estabelecendo os conceitos e introduzindo, efetivamente, os medicamentos genéricos. Outras medidas complementares, em especial o Decreto 3.181/99 e a resolução 391/99, além de outros decretos posteriores, sendo o último de nº 4.204/02, da própria ANVISA, regulamentam diversos aspectos relativos à implementação da política de medicamentos genéricos no Brasil, estabelecendo o regulamento técnico, definindo os conceitos de biodisponibilidade, medicamentos bioequivalentes, genéricos, inovadores, de referência e similares. Tais documentos estabelecem, ainda, os critérios e as condições necessárias para o registro e controle dos medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro (Bermudez et al.,2000).

Para subsidiar a discussão posterior, nos próximos parágrafos há algumas denominações relacionadas aos medicamentos no Brasil, segundo a legislação vigente.

Denominação Comum Brasileira (DCB) – denominação de fármaco ou princípio farmacologicamente ativo, aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária.

Denominação Comum Internacional (DCI) – denominação de fármaco ou princípio farmacologicamente ativo, recomendada pela Organização Mundial de Saúde.

Medicamento Similar - 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.

Medicamento de Referência – produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro.

Medicamento Genérico – medicamento semelhante 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 designada pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI.

Segundo Schenkel (2005)

> *"O nome genérico é usado para identificar uma substância ativa pertencente a uma classe particular. A utilização do nome genérico diminui sensivelmente o problema da identificação dos medicamentos, evitando a confusão gerada pela existência de vários nomes de fantasia para o mesmo produto. O nome genérico é uma alternativa ao uso do nome químico, que geralmente é longo e de difícil memorização"(p.63).*

Finalmente, seu preço é inferior ao do medicamento original. Ainda que o medicamento genérico requeira certos requisitos para a sua comercialização, estes não são tão amplos nem completos como os exigidos para um novo princípio ativo. De fato, certos aspectos como eficácia e segurança podem demonstrar-se mediante dados disponíveis na literatura médica (SOBRAVIME,1998).

Em todo o mundo,

> *"(...) sob o ângulo do profissional de saúde, parece claro que a utilização da denominação comum que caracteriza o medicamento genérico tem como vantagem a identificação precisa do medicamento, pode-se evitar erros de prescrição e dispensação por associação com especialidades farmacêuticas semelhantes, e torna-se fácil a troca de informações técnicas no que diz respeito a protocolos clínico-terapêuticos, análises comparativas, etc; produz-se ainda uma atuação específica de educação sanitária na população que, identificando o melhor medicamento que foi prescrito, pode associá-lo de maneira fácil com (sic.) tratamentos anteriores, ocorrências alérgicas, etc" (SOBRAVIME, 1998).*

2.3 O ENSINO DA ELABORAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MEDICA

A Faculdade de Medicina de Alagoas foi fundada em 3 de maio de 1950. Suas atividades de ensino foram iniciadas em 5 de março de 1951 e seu reconhecimento oficial ocorreu através do Decreto do Presidente da República em 27 de outubro de 1953. Posteriormente, em 1961, com a fundação da Universidade Federal de Alagoas, a Faculdade passou a compor o quadro desta IES (Canuto, 2006). Desde então o curso tem seu corpo docentes formado predominantemente por médicos que, em sua maioria, não têm preparo específico para a docência, do mesmo modo como as demais IES. No entanto, com sua garra, determinação e empenho, têm dado sua valiosa contribuição na formação profissional dos médicos alagoanos.

O ensino médico em Alagoas vivencia, atualmente, um processo de transição, buscando caminhos que respondam às mudanças ocorridas nas décadas finais do século XX, as quais trouxeram, dentre outras dimensões, a reflexão sobre a necessidade formativa dos professores de Medicina.

No sentido de viabilizar as mudanças necessárias para vivenciarmos, dentro do curso, esta nova era, um grupo de professores e alunos iniciou, em 1999, discussões sobre o curso existente e sua adequação para a nova realidade. Dessa iniciativa, no ano de 2000, foi fundado o Núcleo de Ensino Médico (NEMED) que desde então vem coordenando uma série de ações no sentido de diagnosticar os mais diversos aspectos do Curso Médico, propiciando estratégias tais como: projetos, cursos, treinamentos, dentre outros; em atendimento às necessidades reais da formação médica para servir a sociedade brasileira atual. O processo ocorre no contexto da vigência das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, instituídas desde 7 de novembro de 2001, pela Resolução de Nº 4 do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior do Ministério da Educação.

São novos tempos, inovações tecnológicas, mudanças de paradigmas: novas formas de conceber a formação docente, o ensino, o perfil do médico humanista que a sociedade atual necessita. Um profissional com visão holística do paciente tratando a saúde, o doente e a doença, dentro de uma concepção de integral, buscando atender às reais necessidades do homem contemporâneo, adequadas ao meio em que está inserido. Dentro destas perspectivas, a Faculdade de Medicina da UFAL iniciou, em 2006, um novo currículo e em 2007 o internato passou a ter a duração de dois anos, sendo para tal necessário um currículo de transição, para atender àqueles alunos que entraram no currículo antigo, mas que já encontrariam o

internato modificado.

As Escolas Médicas do Reino Unido, no sentido de preparar seus alunos para as responsabilidades da prescrição, têm adequado seus currículos, para atender aos objetivos de aprendizagem relacionados à terapêutica e a uma prescrição segura e efetiva, por recomendação de um programa referendado pelo Conselho Médico Geral em 1993 e atualizado posteriormente (Maxwell, Walley, 2003).

O modelo vigente do Curso de Medicina da UFAL, no momento em que foi realizado esse trabalho (coleta de dados – ano letivo de 2005), tinha a duração de seis anos, cabendo os dois primeiros ao ciclo básico e os quatro subseqüentes ao profissionalizante, destes, o último ano, predominantemente prático, correspondia ao Internato do Curso. Foi este o momento escolhido para o recorte do presente trabalho, voltado para o estudo das características da elaboração das prescrições medicamentosas dos alunos, bem como para o processo de formação para organização de uma receita médica. Ao término dessa etapa do curso, em que a prática é o principal componente da formação, espera-se que o estudante esteja devidamente apto para o exercício da sua futura profissão, em particular no que diz respeito à realização da prescrição médica.

Na análise do currículo antigo, dentre as disciplinas que poderiam contribuir mais diretamente com a prescrição, algumas se localizavam no ciclo básico, como a Farmacologia e a Bioquímica e outras no ciclo profissionalizante, com os conteúdos relativos a Terapêutica estudados de forma diluída nas diversas disciplinas do Curso, desde 1969, quando a lei de Nº 4 do MEC extinguiu a disciplina de Terapêutica dos cursos de Medicina (Petramale, 2006, comunicação pessoal).

O Internato, como um estágio pré-profissional que encerra o curso de graduação em Medicina, foi introduzido, em caráter obrigatório, nos cursos de

graduação das escolas médicas brasileiras pela Resolução nº 08, de 8 de outubro de 1969, do Conselho Federal de Educação, originada do Parecer nº 506/69 desse mesmo Conselho. Em decorrência de uma avaliação realizada quatorze anos após a instalação do Internato, surgiu a Resolução Nº 09, de 24 de maio de 1983, com a regulamentação do estágio (Brasil, 1984).

Posteriormente, na Resolução CNE/CES Nº 04, de 7 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, observa-se a preocupação de promover uma integração cada vez maior do aluno com a comunidade e com as Políticas Nacionais de Saúde (Brasil, CNE/CES, 2001). De acordo com o documento legal:

> *"O Internato é o último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde, vinculada, ou não, à Escola Médica".*

Nesta pesquisa, o internato foi escolhido como o momento mais adequado para avaliar a capacidade de prescrição dos futuros profissionais, tendo em vista que é nessa etapa do curso médico que as características essencialmente práticas do atendimento exigem intensamente a elaboração de receitas medicamentosas.

Segundo França (2003), são comuns os comentários de docentes e preceptores a respeito da pouca responsabilidade dos internos, manifestada por atos mal executados, em particular a respeito da prescrição medicamentosa. O autor refere que a Medicina, de uma arte solitária e íntima, incorporou, nestes últimos tempos, a extraordinária contribuição decorrente do avanço galopante das ciências em geral. Surgiu, assim, uma nova forma de exercício funcional em um campo de atuação ampliado, no qual os médicos deixaram de praticar isoladamente, unindo-se em equipes.

Por sua vez, o estudante de Medicina incorporou-se também a essa nova realidade, passando a realizar, nos diversos Serviços, alguns “atos profissionais”, não raro de forma autônoma ou sob supervisão apenas parcial. Não se pode, portanto, de maneira simplista, considerar os jovens estudantes como irresponsáveis. Deve ser exigida destes a responsabilidade pelas tarefas que lhes cabe realizar, nos limites de sua competência e obrigação. Daí depreende-se a importância de ensinar e supervisionar a prática da prescrição, especialmente no internato.

Espera-se que o formando em Medicina tenha adquirido, durante o curso, uma série de conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o perfil que se espera do profissional médico, prestes a exercer sua função extramuros da faculdade. Dentro desta perspectiva, salientamos algumas características fundamentais do perfil do formando, citadas por Batista e Silva (1998):

> *“Adquirir habilidades e conhecimentos que lhe permitam identificar e definir os problemas básicos de saúde de sua sociedade: diagnosticar, tratar e encaminhar as patologias mais prevalentes, orientando adequadamente os pacientes e familiares quanto ao tratamento, profilaxia e prognóstico.*
>
> *Ter flexibilidade profissional que lhe permita ser eficaz e eficiente e considerar os valores, direitos e a realidade sócio-econômica(sic.) de seus pacientes, colegas e do meio em que está inserido.*
>
> *Ter formação que o possibilite aprender fazendo e aprender a aprender, procurando ativamente construir o seu próprio conhecimento e tornando-se apto a desenvolver um processo de Educação Permanente, com metodologias adequadas de auto-apredizagem” (p. 191).*

Em particular, a realização de uma prescrição medicamentosa ambulatorial para as doenças mais prevalentes dos diversos ciclos da vida humana é relacionada

entre as competências englobadas no perfil desejado de formação médica de graduação, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES Nº 4, de 07 de novembro de 2001). Dentre outras menções, cumpre ressaltar as alíneas dos Artigos 4º, 5º e 6º que apresentam as competências e habilidades gerais do egresso:

> *"Art. 4º - II - **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais em saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, **de medicamentos**, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos (sic.) devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;*
>
> *Art. 5º - III – comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; IV – informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças (sic.), usando técnicas apropriadas de comunicação; X – exercer a medicina utilizando **procedimentos diagnósticos e terapêuticos** com base em evidências científicas;*
>
> *Art. 6º - (...) diagnóstico, prognóstico e **conduta terapêutica** nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios de prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica. (grifo nosso)*

Entretanto, há constatações de que nem sempre o perfil de competências desejado para os egressos de cursos médicos seja efetivamente desenvolvido. Com efeito, De Vries et al. (1998), observaram que os médicos recém-formados pesquisados escolhiam um medicamento inadequado ou de indicação duvidosa em aproximadamente metade dos casos. Além disso, um terço de suas receitas

continham erros e em dois terços dos casos esses médicos deixaram de fornecer informações importantes ao paciente. Alguns estudantes podem achar que prescreverão melhor depois de terminar a Faculdade de Medicina. No entanto, pesquisas mostram que, mesmo adquirindo mais experiência, em geral não melhoram muito no que tange à capacidade de prescrever, após a graduação.

Segundo os mesmos autores (De Vries et al.,1998) maus hábitos prescritivos levam a tratamentos ineficazes e pouco seguros, a exacerbações e prolongamentos de doenças, causando incômodos e danos aos pacientes, além de terem custos elevados. Eles também tornam o profissional que faz a prescrição suscetível a influências tais como: pressão do paciente, mau exemplo de colegas e atuação de propagandistas agressivos, influências estas que podem resultar em prescrições pouco racionais.

Garbutt et al. (2006), vão mais além, quando referem que, em uma avaliação da prescrição de alunos do 3º ano de Medicina da Universidade de St. Louis, EUA, onde comparam erros e acertos, antes e após uma breve intervenção educacional, constataram melhora significativa. Com relação aos erros da prescrição em si, notou-se diminuição significativa de 4,75% para 2,68% e com relação aos erros de escrita houve um decréscimo também significativo de 13,96% para 7,36%. O trabalho concluiu que o treinamento continuado é necessário para promover a aperfeiçoamento e manutenção da prescrição segura.

Diante do exposto, é necessário questionar sobre as causas das práticas atualmente observadas da prescrição médica, das deficiências identificadas, bem como se esta realidade desenvolve-se durante a graduação, ou se vai sendo consolidada posteriormente, conforme a vivência de cada profissional.

Com a finalidade de, a partir de um diagnóstico institucional, oferecer subsídios para a construção e implantação do novo Projeto Pedagógico para Curso de Medicina da UFAL, que atenda às novas Diretrizes Curriculares Nacionais, foram realizadas, pela comissão de reforma junto ao NEMED, algumas avaliações do Curso junto à comunidade acadêmica. Assim, observou-se que na disciplina de Farmacologia informações básicas são discutidas com relação aos medicamentos, porém, a prática da realização da prescrição médica não é desenvolvida, necessitando ser complementada em etapas posteriores do curso.

Este fato vai ao encontro de um trabalho realizado com 76 alunos de Odontologia da Universidade Federal e da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (Britto et al., 1996), que avaliou a segurança dos estudantes em prescrever medicamentos. Concluiu-se que os alunos consideram os conhecimentos de Farmacologia ministrados nos cursos de graduação insuficientes para preencher todos os requisitos necessários para uma prescrição correta e segura. Os estudantes relataram sentir necessidade de mais informações em Farmacologia e sugerem, principalmente, uma correlação mais profunda entre a Farmacologia Básica e a Terapêutica Clínica, com enfoque maior no ciclo profissionalizante, na prática odontológica com o paciente.

A lacuna resultante da inexistência de uma disciplina específica de “Terapêutica” tem sido ressaltada na UFAL. O ensino de Terapêutica, além de ser temporalmente restrito, é fragmentado nas diversas Clínicas, na maioria das vezes em aulas convencionais, com o enfoque voltado mais para as características de uma determinada doença e seu diagnóstico do que para o tratamento. Geralmente, em detrimento dos princípios hipocráticos da Medicina, não há uma intencionalidade de ver o paciente como um todo, mas apenas como uma doença em questão.

Segundo Anastasiou (2004):

> *"Uma ação de ensino da qual resulta a aprendizagem do estudante, deve superar o simples "dizer do conteúdo" por parte do professor, pois é sabido que na aula tradicional, que se encerra numa simples exposição de tópicos, somente há garantia da citada exposição, e nada se pode afirmar acerca da apreensão do conteúdo pelo aluno" (p.15).*

A mesma autora sugere que:

> *"O processo de apreensão, de conhecer, está relacionado com o enredar, estabelecendo os nós necessários entre os fios a serem tecidos. Para dar conta desse "enredamento", há que se superar as dificuldades vencendo a simples memorização. O aluno tem que ativamente refletir, no sentido de dobrar-se de novo e de novo – tantas vezes quanto seja necessário -, para apropriar-se do quadro teórico-prático objetivado pelo professor e pela proposta curricular, em relação à realidade visada no processo de ensino. As aprendizagens não se dão todas da mesma forma, dependem tanto do sujeito que apreende quanto do objeto de apreensão. Não são, assim, iguais: podemos citar as aprendizagens por imitação de um modelo, por repetição, por ensaio e erro ou descoberta (insight)" (p.16-17).*

Considerando-se a importância da problemática que envolve o modelo da prescrição médica atual, bem como sua vasta abrangência com relação aos profissionais da Medicina, ao sistema de saúde e a toda a sociedade direta ou indiretamente envolvida, torna-se urgente a produção de conhecimento a respeito desta temática. Um diagnóstico mais aprofundado dos fatores possivelmente determinantes das deficiências detectadas poderá oferecer subsídios para aprimorar o processo de formação no campo da prescrição medicamentosa, melhorando os procedimentos atuais de cuidados à saúde. Tal estudo torna-se ainda mais oportuno

no momento atual, quando o Curso Médico da UFAL está em processo de reformulação, no qual está planejado o aumento da duração do Internato para dois anos, a partir de 2007.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Investigar na visão do interno a prescrição ambulatorial de medicamentos, na formação médica, adotada pelo Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.

3.2 ESPECÍFICOS

Avaliar as características das prescrições medicamentosas ambulatoriais elaboradas por internos do Curso de Medicina da UFAL, identificando seus pontos adequados e pontos críticos.

Caracterizar, no contexto do currículo do Curso de Medicina da UFAL, os momentos e as estratégias do processo de ensino da elaboração da prescrição médica ambulatorial e da orientação do paciente, na visão do interno.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO, CONTEXTO E SUJEITOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo híbrido transversal e descritivo, tomando-se como base uma abordagem qualitativa e quantitativa.

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas, onde ocorriam até 2005 predominantemente as atividades práticas do Curso de Medicina da Universidade. O hospital, de nível terciário, possui 172 leitos e teve um atendimento médico ambulatorial de 116.453 pacientes no ano de 2005. No currículo do curso médico vigente no momento da pesquisa (2006), o Internato tinha duração de doze meses, distribuídos em seis estágios obrigatórios, cursados em rodízio a cada dois meses. São eles: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, além do Estágio Rural.

Os estágios funcionavam em regime integral, com atividades de ambulatórios, enfermarias, plantões, reuniões para discussão de casos clínicos, seminários, ou outras modalidades de ensino sugeridas pelos preceptores e aprovadas pela Comissão de Estágio, desde que atendessem aos objetivos previstos.

Nos ambulatórios, os alunos eram distribuídos conforme escala prévia, dependendo do estágio em que se encontravam e desenvolviam suas atividades, supervisionados por um professor e/ou médico responsável. Num primeiro momento, foi planejado avaliar a prescrição ambulatorial dos alunos durante este estágio. No entanto, quando realizamos projeto piloto com esta finalidade, notamos que a prescrição, quando feita pelo estudante, só era redigida após a orientação do

professor ou médico responsável. Estudar tais documentos resultaria numa possível avaliação do professor e não do aluno, o que fugiria dos objetivos da pesquisa e envolveria outros problemas de ordem ética. Optamos, então, por uma estratégia de simulação, descrita na subseqüência.

Os sujeitos da pesquisa foram 67 alunos, avaliados nos dois últimos meses de estágio de 04/12/2005 a 25/01/2006. Apesar de a turma ser composta por 80 alunos, apenas 67 foram avaliados, porque os demais estavam, neste período, deslocados para algumas cidades do interior do Estado, para cumprimento do Estágio Rural.

Os dados da pesquisa foram colhidos nos dois últimos meses do internato, período em que se espera que estes alunos já tenham desenvolvido conhecimentos, habilidades e atitudes suficientes para a realização de uma prescrição medicamentosa ambulatorial correta. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, em 06 de junho de 2005 (Processo nº 004691/2005-84) e da Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina), em 17 de junho de 2005 (Processo nº 0601/2005).

4.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira teve por objetivo estudar a qualidade das prescrições dos internos. A segunda visou caracterizar o processo de formação voltado para a prescrição e a orientação do paciente, sob o ponto de vista do próprio aluno. A junção desses procedimentos procura melhor visualizar de que forma os formandos em Medicina, alvo desta pesquisa, lidam com as

prescrições de medicamentos no que tange à clareza de sua elaboração e funcionalidade quando se encontra nas mãos do paciente. Assim, justifica-se o uso de mais de uma metodologia, conforme propõem Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999):

> *"As pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coletas de dados. Podemos dizer, entretanto, que observação (participante ou não), a entrevista em profundidade e a análise de documentos são os mais utilizados, embora possam ser complementados por outras técnicas"*
> *(p. 163).*

Na primeira etapa, os relatos escritos de dois casos clínicos foram apresentados pela pesquisadora ao grupo de internos, tendo sido esclarecidos os objetivos do estudo, inclusive o possível aproveitamento dos resultados para aperfeiçoamento do Curso. Foi solicitado que os sujeitos redigissem uma prescrição para cada caso, nos formulários próprios do hospital, após a recomendação da individualidade necessária à tarefa e os demais esclarecimentos que ainda se fizeram pertinentes. Os alunos foram identificados apenas por um número.

Os relatos clínicos referiram-se a duas situações altamente prevalentes na população atendida em ambulatório, a saber:

- hipertensão arterial com evolução para insuficiência cardíaca congestiva e
- bronquite crônica secundária ao fumo.

Ambas as situações foram redigidas pela pesquisadora, assessorada por um clínico geral, docente universitário e responsável por supervisão de internos e residentes em ambulatório de Clínica Médica. Como base para descrição dos

quadros clínicos, foi utilizado um dos livros-texto mais consultado por estudantes e profissionais: o Tratado de Medicina Interna de Cecil (Goldman e Ausiello, 2004). Os relatos clínicos encontram-se nos Anexos 2 e 3.

Na segunda etapa, após a prescrição, os internos responderam a um questionário composto por 17 perguntas, sendo 10 fechadas e 7 abertas (Anexo 5). O instrumento foi previamente testado com alunos do 5º ano do Curso, com a finalidade de aprimorar-lhe o nível de compreensão.

Conforme Minayo (2006):

> *"O questionário pressupõe hipóteses e questões bastantes fechadas cujo ponto de partida são as referências do pesquisador.*
>
> *Por vezes, num processo de pesquisa pode surgir a necessidade de elaboração de um questionário fechado para se captar aspectos gerais considerados relevantes de um problema de investigação, visando a iluminar a compreensão do objeto e a estabelecer relações e generalizaçõ" (p.190).*

Este questionário objetivou caracterizar, do ponto de vista do interno, seu próprio processo de formação e a percepção de sua capacidade de elaborar uma prescrição. Buscou-se evidenciar a contribuição dos diversos "currículos" que influenciam a formação (Maia, 2005), a saber: o currículo formal da escola (tais como disciplinas mais diretamente envolvidas), o currículo informal (estágios voluntários na própria Instituição), o currículo paralelo (estágios e atividades fora da escola e, finalmente, o currículo oculto (influência da observação de prescrições de colegas e/ou médicos, influência de propagandas de laboratórios, dentre outros). Também foi estudada a utilização da RENAME nas diversas instâncias e cenários de formação.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

As prescrições elaboradas pelos estudantes foram subseqüentemente analisadas pela pesquisadora, juntamente com o mesmo profissional que redigiu as situações clínicas. Foram considerados os seguintes critérios para avaliação do material coletado, em conformidade com o Guia para a Boa Prescrição Médica, da OMS:

1. nome, endereço do profissional e fone (impressos em geral no receituário);
2. nome completo do paciente;
3. endereço do paciente;
4. idade;
5. medicamento(s) adequado(s) quanto à:
   a) eficácia (correspondência quanto ao que se pretende tratar);
   b) aplicabilidade (comodidade posológica e custo);
   c) segurança (contra-indicações e possíveis interações com outros medicamentos prescritos);
6. nome genérico do medicamento;
7. dosagem;
8. forma farmacêutica;
9. quantidade total;
10. instruções;
11. cuidados;
12. data e
13. assinatura do prescritor (professor e/ou médico orientador).

A análise das 134 receitas, duas por aluno, foi realizada seguindo as

recomendações acima citadas. As peculiaridades na interpretação de cada item foram: o primeiro item (identificação com o nome e endereço do profissional) foi substituído pela identificação da instituição, no formulário próprio do ambulatório do hospital, passando o item 1 da análise a ser o nome do paciente e seguindo-se então a seqüência para os itens posteriores, conforme o roteiro da avaliação da prescrição (Anexo 4). Os itens 1 (nome do paciente), 2 (endereço do paciente) e 3 (idade) foram avaliados como completos, parciais, ou ausentes.

O item 4 (escolha do medicamento adequado com os objetivos de eficácia, aplicabilidade e segurança) não foi avaliado no presente estudo, por diversas razões. Em primeiro lugar, o estudo volta-se para o ensino da elaboração da prescrição, como ato médico, em sua forma, e não nos aspectos da Terapêutica que possam estar envolvidos nela. Em segundo lugar, a população estudada consistiu-se de grupos de internos, dessa forma, a prescrição seria, obrigatoriamente, revista pelo supervisor, antes de ser entregue ao paciente. Nesse momento, portanto, seriam realizadas eventuais correções de substâncias e dosagens. Finalmente, o desenho assumido no estudo de avaliar uma situação simulada poderia interferir na precisão da prescrição medicamentosa, do ponto de vista farmacológico / terapêutico.

O item 4 passou a ser o nome genérico do medicamento e foi considerado como genérico, comercial (medicamento de referência e/ou similar) ou as duas alternativas na mesma receita, usando para esta classificação a lista de genéricos por ordem alfabética divulgada pela ANVISA. Os itens 5 (dosagem), 6 (forma farmacêutica), 7 (quantidade total), 8 (instruções) e 9 (cuidados) foram analisados como completo(a), parcial ou ausente. O item 8 (instruções) foi sinônimo de posologia. O item 9 (cuidados) representou todas as demais recomendações por

escrito (como por exemplo: prazo para retorno, uso antes ou após os alimentos etc.,). Finalmente os itens 10 (data) e 11 (assinatura do prescritor) foram registrados como presentes ou não, no 11 serviu como presente a assinatura do próprio aluno, um outro nome qualquer ou apenas uma rubrica.

Nos 67 questionários, as 10 perguntas fechadas receberam tratamento quantitativo, sendo os resultados apresentadas em tabelas, incluindo números absolutos e relativos. Já os dados das questões abertas foram analisados por meio da Análise Temática, conforme discutido abaixo. Após a categorização, os itens foram agrupados e submetidos a tratamento estatístico e apresentados em tabelas, exceto a questão 17, que pela diversidade dos comentários surgidos, não recebeu tratamento estatístico. As considerações que lhe são pertinentes serão apresentadas ao longo do texto.

A complementaridade da análise qualitativa e quantitativa é evidenciada por autores, conforme Minayo (2006), que afirma que o tratamento dos resultados obtidos, por exemplo, pela Análise Temática, permite que a sua submissão a tratamentos estatísticos simples (porcentagens, dentre outros) ou complexos (como exemplifica a análise fatorial), que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

Os dados de natureza qualitativa foram submetidos a uma modalidade de Análise de Conteúdo denominada Análise Temática (Minayo, 2004). Tal procedimento, segundo Franco (2003), permite produzir inferências, que, por sua vez, tornam possível o seu diálogo com pressupostos teóricos produzidos

anteriormente e apresentados pela literatura especializada. A mesma autora valoriza o “tema” como a unidade de registro mais útil na análise de conteúdo dos dados empíricos.

Seguindo os passos metodológicos propostos por Minayo (2006), o material das questões abertas do questionário foi lido e relido exaustivamente, com o intuito de fazer emergirem pressupostos interpretativos iniciais e flexíveis. A seguir, retomando Franco (2003), foram propostas categorias amplas, que, por sua vez, se desdobraram em categorias menos fragmentados, a partir da identificação de unidades de registro (palavras e frases recorrentes e passíveis de agrupamento por semelhança do sentido interpretado).

Retornando aos dados obtidos, foram então propostos núcleos temáticos, por meio dos quais o material foi analisado, buscando-se identificar a representatividade dos aspectos que, sob a visão do aluno, desvendam as características do ensino da prescrição.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 AS PRESCRIÇÕES REALIZADAS PELOS ALUNOS: ADEQUAÇÃO ÀS NORMAS DA BOA PRESCRIÇÃO

Das 134 prescrições, duas por aluno, seguindo o roteiro recomendado pelo Guia para a Boa Prescrição Médica (Cf. Anexo 4), que faz parte do Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais da OMS e adotado pelo Ministério da Saúde e ANVISA, uma não foi incluída no estudo, por ser apenas uma recomendação de internação hospitalar e não prescrição de medicamentos.

Nos itens 4 (nome genérico ou comercial), 5 (dosagem), 6 (forma farmacêutica) e 7 (quantidade total), além da apresentação do grupo como um todo, julgamos também interessante analisar os dois grupos (um de cada caso clínico) em separado, por notarmos que houve diferença de comportamento entre eles.

Os resultados encontrados com referência aos diversos itens da prescrição encontram-se nas tabelas a seguir:

Tabela 1: Inclusão do nome do paciente nas prescrições

	No.	%
*Completo	128	96,3
Parcial	0	0,0
Ausente	5	3,7
TOTAL	133	100

*Foram considerados completos as iniciais contidas nos casos clínicos ou qualquer outro nome adotado pelo interno para o paciente.

Notamos que a ausência do nome do paciente apresentou baixo índice, porém representa um problema significativo, pelo fato de a identificação do doente ser o item de maior importância da prescrição. Sua ausência passa a invalidá-la, pois caso seja utilizada por um outro indivíduo, poderá causar prejuízos irreparáveis. Consideramos, portanto, a ausência da identificação não uma falha técnica, mas sim que não foram desenvolvidas, nesses profissionais, atitudes de atenção e responsabilidade necessárias para evitar esse tipo de conduta.

Os resultados deste trabalho são virtualmente idênticos aos da pesquisa realizada em farmácia hospitalar de Ouro Preto por Sebastião (2002), onde em 3,5% das prescrições não constavam o nome do paciente.

Tabela 2: Inclusão do endereço do paciente nas prescrições

	No.	%
Completo	2	1,5
Parcial	0	0.0
Ausente	131	98,5
TOTAL	133	100

Os endereços dos pacientes encontravam-se nos casos clínicos.

A inexistência de endereço do paciente nas prescrições parece ser um hábito que acontece na prática diária. Culturalmente considera-se desnecessário, perda de tempo, tão escasso ao profissional médico, ou ainda simplesmente por desconhecimento do prescritor com relação às normas que regem uma boa prescrição. Inclusive, no trabalho de Andrade et al. (2004), que lidaram com medicamentos com dispensação controlada (legislação para psicotrópicos conforme Portaria n.º 344/98 SVS/MS), cuja receita deve, obrigatoriamente, incluir o endereço

do paciente, ainda assim a freqüência da inexistência do mesmo, foi também bastante elevada, chegando a 92,6% para receitas B (psicotrópicos) e 80,1% para as receitas C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), índices bem próximos dos nossos 98,5%.

Lembram os autores do trabalho referido que:

> *"é importante ressaltar que a localização do paciente/comprador é fundamental para que se possa evitar a possibilidade de fraudes na prescrição ou dispensação, o que é significativo, considerando-se a legislação vigente em que tal situação pode configurar tráfico de entorpecentes" (Brasil, 2003).*

Notou-se ser a idade pouco valorizada no ato de prescrever, conforme tabela 3:

Tabela 3: Inclusão da idade do paciente nas prescrições

	No.	**%**
Completo	7	5,3
Parcial	0	0,0
Ausente	126	94,7
TOTAL	133	100

Provavelmente o aluno tem consciência da adequação do medicamento à idade, porém não valoriza a sua inserção na prescrição, talvez por desconhecer a orientação em fazê-lo, além de que seu aprendizado se dá por observação e repetição de prescrições de profissionais que também não o fazem. Culturalmente existe ainda uma certa rejeição de alguns pacientes em fornecer e observar sua idade escrita na receita, que será posteriormente lida por outros indivíduos,

profissionais da saúde ou não.

Devemos, no entanto, reiterar a extrema importância desta informação, principalmente em crianças e idosos, que são mais sensíveis do que os adultos jovens às alterações do metabolismo da água e eletrólitos ou ácido básico como também pelo baixo peso e/ou deficiências metabólicas próprias da idade. Na criança, a idade, juntamente com o peso, definem a dose de medicamento a ser administrada. Quando muito pequenas e/ou prematuras, podem ser “anormalmente” sensíveis a muitos medicamentos, por causa da imaturidade de seus órgãos e funções. Já o idoso pode responder às substâncias de maneira anormal, freqüentemente por causa da capacidade diminuída para inativá-las ou eliminá-las, ou ainda pela presença de outras patologias concomitantes.

O elevado consumo de medicamentos pela população de idosos, atribuído ao fácil acesso à medicação e à baixa freqüência de uso de recursos não farmacológicos (Flores, Mengue, 2005), reforça a importância desse dado.

Diante do exposto é imprescindível valorizar o registro desta informação, tanto junto à dispensação pelo farmacêutico, como à administração pela enfermagem, com a finalidade de diminuir a possibilidade de erros por qualquer um dos atores desta cadeia, contribuindo assim para o uso correto do medicamento prescrito.

Tabela 4: Explicitação do nome genérico ou comercial dos medicamentos prescritos

	No.	%
Genérico	82	61,4
Comercial	14	10,6
Ambos	37	28,0
TOTAL	133	100

As prescrições foram consideradas genéricas, quando todos os medicamentos da receita estavam com o nome genérico, valendo a mesma regra para o nome de referência ou similar, enquanto a denominação de “ambos” foi reservada para as prescrições que continham os dois grupos citados.

Consideramos o índice de 61,4% dos medicamentos prescritos com o nome genérico bastante significativo, principalmente se levarmos em conta que nos 28% das prescrições com ambas as denominação também contemplaram os genéricos. Provavelmente, deve-se ao fato de a aprendizagem ter acontecido principalmente nos ambulatórios do Hospital Universitário e em outros locais como Pronto Socorro e Estágio Rural, onde a demanda é predominantemente de pacientes do SUS, com baixo índice socioeconômico e que necessitam de medicamentos de baixo custo ou dispensados em postos públicos, que somente atendem a prescrições com nomes genéricos.

Além desse fato, lembramos ainda a pouca influência da indústria farmacêutica, uma vez que os alunos não recebem visitas de representantes no Hospital Universitário, assunto que será discutido posteriormente.

Neste item relacionado à prescrição de medicamentos genéricos, notamos diferentes desempenhos quando analisamos separadamente os dois grupos de

prescrições. Com referência ao 1º caso (hipertensão arterial), em que a complexidade do tratamento era menor, tornando a escolha do medicamento mais fácil, a opção pelo genérico foi de 94,0%. No 2º caso (bronquite crônica), o índice caiu para 28,8%, predominando a utilização de ambas as categorias de medicamentos: genéricos e de referência em 50,0% dos casos. A segunda prescrição teve um grau de dificuldade maior, porque envolveu vários medicamentos com apresentações, vias de administração, formas e dosagens variadas.

Nas respostas à pergunta 17 do questionário (comentários dos alunos) constata-se que as discussões ocorridas na Farmacologia no 3º ano foram pouco mencionadas, possivelmente devido à desvinculação da temática abordada com os aspectos clínicos, originada, por sua vez, da falta de integração da disciplina com outras instâncias curriculares envolvidas com prescrição, tornando as deficiências maiores à medida que a prescrição se torna mais complexa. Alguns dos comentários dos alunos foram:

> *" – A prescrição deveria ser tema de farmacologia".*
>
> *" – ...muitas vezes conheço as substâncias mas não os detalhes como apresentação, posologia...."*
>
> *" - Gostaria de ter mais conhecimento sobre as doses utilizadas e sobre interações medicamentosas".*
>
> *" – Deveria existir um curso sobre prescrição, juntando a farmacologia com a clínica médica".*

Na literatura, os índices das prescrições de genéricos são bastante variados, parecendo ser o local (hospital, ambulatório, consultório particular, capital, interior. etc.), a especialidade e a complexidade da prescrição entre outros, os determinantes das diferenças. Dentre os trabalhos encontrados, podemos citar Andrade et al. (2004), que em trabalho realizado em farmácias de manipulação de Ribeirão Preto,

observando o cumprimento da legislação e dispensação de medicamentos psicotrópicos, constatou que 78,2% das receitas C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial) e 53,1% das receitas B (psicotrópicos) não foram genéricos.

Já no trabalho Santos e Nitrini (2004), em Ribeirão Preto, sobre prescrições de Clínica Geral e Pediatria da rede pública, foi observado apenas 30,6% de prescrição pela denominação genérica.

Nas cidades de Araraquara e Tabatinga, em estudos envolvendo a rede pública, encontraram-se valores de 43,7% e 32,7% para prescrições com nome genérico, respectivamente (Simões, Fegadolli, 1996; Simões, Soller, 1998).

Girotto e Silva (2006), em Ibiporâ, município do norte do Paraná, em receitas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia, detectaram 70,2% do total de medicamentos prescritos por seus nomes genéricos.

Trabalho realizado com prescrições de farmácia ambulatorial de Unidade Básica de Saúde (SUS), em Aracajú, encontrou 4% das medicações pelo nome de referência (marca), apesar de nas prescrições do SUS, o nome genérico ser obrigatório como refere Lyra Jr et al.. (2004).

A despeito da transcrição, por profissionais médicos, da utilização de nomes de marcas ou similares para os genéricos, evidenciada inclusive por empresas de pesquisa de mercado[2], o uso das marcas ainda é significativo. Esta pode ser uma explicação para a prescrição de não-genéricos pelos internos, que afirmaram, como será discutido posteriormente, que muitas vezes aprendem a receitar observando docentes e preceptores, em suas atividades diárias.

[2] Tais como a INESTRA, empresa do Grupo IBOPE (IBOPE, 2007).

Tabela 5: Explicitação da dosagem dos medicamentos prescritos

	Nº.	%
Completa	67	50,0
Parcial	38	29,0
Ausente	28	21,0
TOTAL	133	100

Em 50% de nossa casuística, a dosagem do medicamento estava presente e nos outros 50 esta pode ser considerada ausente, visto que era apenas parcialmente informada, já que a dosagem parcial não esclarece suficientemente o seu uso. Consideramos ser a dose do medicamento um item imprescindível na prescrição e sua ausência, nas receitas dos alunos, traduz desconhecimento e insegurança por parte deles em relação aos medicamentos, como foi evidenciado em considerações registradas pelos alunos em resposta ao questionário:

> *" - A minha insegurança com relação à prescrição de medicamentos é referente às apresentações comerciais existentes e às doses, que não são muito levadas em conta, durante o curso, apenas o nome da medicação".*

Os resultados observado na pesquisa, apesar de estarem bem abaixo do ideal, situam-se acima do encontrado por Sebastião (2002), onde a ausência da dose do medicamento a ser administrado foi de 70,6%. Já Lyra Jr et al. (2004), observaram a falta da dosagem em 19,3% dos documentos analisados.

Coleman et al.(2002), verificaram que, por ausência da informação a respeito da dose, pacientes que usaram posologias inferiores de um medicamento corretamente prescrito não alcançaram as metas farmacoterapêuticas estabelecidas e, em conseqüência disso, abandonaram o tratamento.

Em outros trabalhos, a ausência da dose na prescrição levou ao uso de quantidades superiores às necessárias e foi apontada como uma causa relevante de problemas de saúde e até de morte na população (Bates, 1995; Crane, 2000; Sánchez et al., 2003).

Neste item, a análise em separado das prescrições dos dois casos clínicos também evidenciou assimetria. No 1º caso, encontramos a dosagem completa em 88,0% das prescrições, enquanto no 2º caso, em apenas 12,1%. Consideramos também aqui, que a complexidade da segunda situação exigiu um conhecimento mais aprofundado sobre os medicamentos e sua aplicação clínica, sendo responsável pelos resultados obtidos.

Tabela 6: Explicitação da forma farmacêutica do medicamento

	Nº.	**%**
Completa	72	54,2
Parcial	45	33,8
Ausente	16	12,0
TOTAL	133	100

A existência da forma farmacêutica corretamente registrada foi de 54,2%, valor próximo ao encontrado por Sebastião (2002), em trabalho já citado, que foi de 45,7%, e divergiu do de Andrade et al. (2004), que pesquisando em receitas de medicamentos controlados, encontraram o percentual bastante significativo de 99%. Na pesquisa de Lyra Jr et al. (2004), em 46,8% não foram mencionadas as formas farmacêuticas. Revendo as prescrições, pode-se observar, que no 1º caso, relativo a hipertensão arterial, em que o medicamento apresentava-se sempre em comprimidos, cápsulas ou drágeas, o índice de acerto foi maior: 94%, enquanto que

no 2º caso, paciente com bronquite crônica, em que existiam vários tipos de formas farmacêuticas (além das citadas, aerossóis, soluções, sprays, xaropes etc.), o índice caiu para 13,7%. Tal fato reforça as informações dos alunos, com relação à aprendizagem pela observação da prática de outros profissionais.

Tabela 7: Explicitação da quantidade total dos medicamentos a serem utilizados

	Nº.	%
Completa	98	73,7
Parcial	26	19,5
Ausente	9	6,8
TOTAL	133	100

Sabemos que alguns medicamentos têm seu uso limitado a um determinado período de tempo, como os antibióticos, enquanto outros são de uso contínuo, como os anti-hipertensivos. Cabe ao prescritor a definição da quantidade a ser usada, empregando apenas abreviaturas-padrão, que possam ser facilmente reconhecidas pelo farmacêutico e/ou pelo paciente.

Em nossos resultados, podemos observar que a quantidade total estava presente em 73,7% das prescrições. Quando observamos os dados dos dois casos em separado, notamos o mesmo comportamento dos três itens anteriores: com relação ao 1º caso (hipertensão arterial), o desempenho foi bem melhor: 97,0% com a presença de quantidade completa e apenas 3,0% de sua ausência; já no 2º caso (bronquite crônica), tivemos 50,0% da quantidade completa e 13,6% da sua ausência. Acreditamos que os motivos deste desempenho sejam os mesmos já discutidos previamente. No segundo caso, ficou evidenciada a dificuldade dos alunos de estabelecerem correlações entre conhecimentos da Farmacologia com os

da Terapêutica, de grande importância e utilidade no seu dia-a-dia. Este aspecto foi apontado pelos alunos, como exemplificam comentários na questão 17:

> *" – A prescrição médica se torna difícil porque exige do aluno romper a barreira entre a teoria e a prática, transformando a teoria em prática."*
>
> *" – O aluno é estimulado a lidar com medicamentos muito tardiamente, principalmente no 6º ano, já que apenas nesse, começamos realmente a prescrever (com auxílio), nos outros anos ficamos principalmente como expectadores".*

Em prescrições de médicos já formados, Andrade et al. (2004), constataram a presença da quantidade total em 97,4% das receitas de medicamentos de uso controlado por legislação específica, que fiscaliza também a dispensação, sendo esta informação obrigatória, portanto.

Lyra Jr et al. (2004), em farmácia ambulatorial, encontraram 49,4% de ausência da quantidade total dos produtos, ficando próximo dos índices do nosso 2º caso.

Tabela 8: Inclusão de instruções ao paciente na prescrição

	Nº.	**%**
Completa	12	9,0
Parcial	119	89,5
Ausente	2	1,5
TOTAL	133	100

Posologias recomendadas são baseadas em investigações clínicas com inúmeros grupos de pacientes e podem ser encontradas em livros de referência e também em formulários. É necessário conhecer os limites mínimos e máximos da dose, pois a média estatística não é necessariamente a posologia ótima para seu

paciente individual. Se a idade, o metabolismo, a absorção e a excreção em seu paciente estão todos dentro da média e se nenhuma outra doença ou medicamento estão envolvidos, a dose média provavelmente será adequada (De Vries et al., 1998). Quanto mais o paciente desviar-se dessa média, mais provável terá necessidade de uma posologia individual adequada a ele. Posologia recomendada ou individual é de responsabilidade e exclusivamente do prescritor, pois apenas ele, como médico daquele paciente, tem condições de decidir qual a posologia ideal para o caso de um paciente em particular.

Encontramos apenas 9% de instruções ou posologias completas, o que consideramos um índice bastante baixo. A predominância de posologia parcial ou incompleta (ex: 1c. 2x) em 89,5% dos casos, indica mau hábito, falta de cuidado e/ou atenção para com a prescrição e, conseqüentemente, com o paciente, pois se subentende com o exemplo acima, que provavelmente o aluno conhece a posologia, no entanto, na hora de prescrevê-la, o faz de maneira displicente, omitindo a via de administração ou utilizando abreviaturas, o que muitas vezes dá margem a entendimentos diversos.

Andrade et al. (2004), observaram ausência de instruções (posologia) em 14,2% das receitas B e 6,2% das receitas C1. Já Lyra Jr et al. (2004), obtiveram 40,1% de ausência de posologia em sua pesquisa.

Copello et al. (1998), em Buenos Aires, encontraram instruções escritas em apenas 51%, nas receitas analisadas.

Tabela 9: Inclusão de cuidados recomendados ao paciente na prescrição

	No.	%
Completa	1	0,7
Parcial	21	15,8
Ausente	111	83,5
TOTAL	133	100

Os “cuidados recomendados” referem-se ao registro, escrito na prescrição, de orientações tais como “tomar em jejum”, “tomar junto com alimentos”, dentre outros. Pode-se facilmente depreender que estes fatores são de grande importância terapêutica, considerando-se características próprias de substâncias medicamentosas, tais como absorção e interação com outros fármacos.

A discussão das respostas dos questionários, aprofunda este aspecto, evidenciando que, embora muitas vezes os cuidados não sejam escritos, são fornecidos verbalmente pelo interno. Contudo, deve ser ressaltada a importância do registro, na receita, dos fatores mais relevantes, com relação ao tratamento.

Tabela 10: Inclusão da data da prescrição

	Nº.	%
Sim	127	95,5
Não	6	4,5
TOTAL	133	100

A data também é item indispensável numa prescrição, para orientação do médico com relação ao período de uso da medicação, adequando-o às

necessidades do paciente; para o farmacêutico no controle da validade da receita, de acordo com o medicamento prescrito, se é de uso limitado ou contínuo, por exemplo; imprescindível para a enfermagem, principalmente no caso de pacientes internados e para o próprio paciente no controle do tempo do seu tratamento.

Esta pesquisa mostrou a presença da data em 95,5% das prescrições, resultado que consideramos bastante satisfatório, principalmente se compararmos com o índice registrado por Lyra Jr et al. (2004) , que foi de 46,7%.

Tabela 11: Inclusão da assinatura do prescritor

	Nº.	**%**
Sim	109	82,0
Não	24	18,0
TOTAL	133	100

A assinatura do prescritor representa a confirmação de seu o compromisso e a responsabilidade sobre o que está prescrito. Quanto à identificação, em instituições que têm formulários próprios (como é o caso pesquisado) esta deve ser feita pela aposição do carimbo individual do médico.

A falta da assinatura do prescritor em 18,0% das receitas dos nossos alunos é um nível bastante alto. Acreditamos ter sido falta de consciência da sua responsabilidade como “profissional”, ainda se considerando aluno, ou mesmo por insegurança.

A literatura nos mostra resultados variados: Sebastião (2002) em serviço de farmácia hospitalar de Ouro Preto encontrou 45,2% das prescrições sem assinatura. Já Andrade et al. (2004), em prescrições de medicamentos controlados encontraram

8,5% das receitas C1 e 3,5% das B. Lyra Jr et al. (2004), observaram 0,5% de ausência de assinatura dos médicos por ele pesquisados.

Tais dados podem levar à falsificações e ao desvio de medicamentos, o que pode implicar em onerosos prejuízos ao Sistema Público de Saúde. Neste sentido, Burke (2001), refere que nos Estados Unidos, país com sistemas mais rígidos de prescrição e dispensação de medicamentos, a prescrição manuscrita está sujeita a fraudes e falsificações.

5.2 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

O questionário aplicado aos internos encontra-se no Anexo 5. Foram incluídas duas questões relacionadas às características dos medicamentos selecionados para prescrição, duas relacionadas ao conhecimento e utilização da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e duas voltadas para a propaganda e sua influência na prescrição. Em seguida, sete questões objetivaram elucidar aspectos inerentes ao paciente e às orientações fornecidas pelo interno quanto ao uso da medicação. Por fim, três questões foram dirigidas ao ensino e à aprendizagem da elaboração da prescrição e à segurança do interno em realizá-la, ao final de seu curso. A última questão, aberta, possibilitou aos sujeitos incluírem comentários que julgassem pertinentes quanto à sua formação para prescrever medicamentos.

Os resultados obtidos são apresentados nas tabelas a seguir.

a) Resultados referentes à medicação utilizada

Tabela 12: Distribuição da preferência pela prescrição de medicamentos genéricos e comerciais

	Nº.	%
Genérico	62	92,5
Comercial	3	4,5
Genérico e comercial	2	3,0
TOTAL	67	100

Os resultados obtidos indicam que a opção, pelos internos, por medicamentos genéricos foi de mais de 92,5%, já que os 3% de prescrição de ambas as formas também inclui os genéricos. Este dado é bastante semelhante à análise das prescrições do caso 1 (hipertensão arterial), reforçando a idéia de que o aluno receita um genérico (cujo nome geralmente corresponde ao princípio químico) e não

a um nome comercial na proporção direta de sua segurança (conhecimento e familiaridade com o fármaco) ao prescrever.

Como já foi citado na discussão da prescrição, os resultados da literatura na questão dos genéricos são bastante variados. Pesquisa realizada em Recife, por Barros (1995), encontrou resultados bem diferentes dos nossos: 34% dos médicos relataram nunca utilizar o nome genérico e apenas 1,8% dos estudantes de medicina afirmaram fazê-lo.

Tal fato reforça a importância (trazida em alguns comentários dos questionários, relatados abaixo) do ensino curricular formal, não apenas da farmacologia, mas da terapêutica e das características da correta prescrição de medicamentos:

> *“ – Seria interessante se houvesse um treinamento específico sobre prescrição, para abordar as possibilidades dos diversos medicamentos e a melhor forma para se explicar determinados usos aos pacientes”.*
>
> *“ - Deveria haver um ensino por parte dos professores, dirigido para a prescrição medicamentosa, ao final de cada tema, oferecendo casos clínicos e cobrando receituários médicos, pois é essa a base da medicina”.*
>
> *“ - Acredito que deveria ser um pouco mais explicado esta questão de como prescrever, bem como a terapêutica, para isso, acho que deveríamos praticar mais”.*

Tabela 13: Fatores determinantes da prescrição relativos aos medicamentos

	Nº.	%
Acessibilidade	64	27,2
Facilidade de uso	51	21,7
Farmacologia	59	25,1
Interações e contra-indicações	42	17,9
Experiência do prescritor	19	8,1
TOTAL	235	100

Os números acima apresentados totalizam mais do que o quantitativo de questionários preenchidos, uma vez que cada interno informou mais de um fator que influencia sua prescrição medicamentosa.

A construção da categoria "acessibilidade" tomou como bases registros tais como: preço, disponibilidade na rede pública e no mercado dentre outros, como refere um aluno: "*no caso de um paciente pobre, tento prescrever aquilo que pode ser encontrado em postos de saúde ou que são mais barato".* Quando à "facilidade de uso", foi citada a comodidade posológica: "*duração do tratamento, número de doses diárias, adequação ao cotidiano do indivíduo e via de administração*"; além da aceitação do tratamento pelo paciente. O aspecto "farmacologia" englobou as características inerentes a cada medicamento: "*princípio ativo, forma farmacêutica, apresentação, vias de metabolização, dosagem, vias de administração, quantidade a ser utilizada, meia vida do medicamento e pico de ação"*.

Quanto às "interações e contra-indicações" foram mencionadas as interferências de alimentação e uso de álcool, interações medicamentosas, bem como comorbidade para o paciente e efeitos indesejáveis. Por fim, a "experiência do prescritor" referiu-se à correta indicação baseada em diversos aspectos

considerados pelos internos: "*recomendações de consensos, experiência clínica, experiência e conhecimento técnico com o medicamento, medicina baseada em evidências, sendo também citadas a propaganda e a consulta ao DEF (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas)".*

A principal preocupação apresentada pelos alunos foi com relação ao acesso do paciente aos medicamentos, 27,2%, levando em consideração essencialmente o custo da medicação, uma vez que suas atividades ambulatoriais ocorrem no contexto do SUS.

Trabalho já citado de Mota et al. (1999) constatou que o preço médio das receitas correspondeu a 15,02% do salário mínimo brasileiro. No Ceará, onde foi realizado, a maioria dos chefes de família, 90,58%, recebe até três salários mínimos, o que inviabilizaria o tratamento, caso a medicação tivesse que ser comprada pelo próprio paciente.

Morris e Schulz (1993) relataram, estudando idosos, que o efeito do custo do medicamento não estava associado ao não seguimento da prescrição medicamentosa. O custo do medicamento tanto para o idoso que seguia, como aquele que não seguia a prescrição, não apresentou diferença significativa. Demonstrando que a adesão ao tratamento é multifatorial. No entanto, os autores supracitados trabalharam com uma população de idosos com maior poder aquisitivo em comparação com a realidade da população atendida pelos internos da UFAL.

Nas respostas dos alunos surgiu a preocupação com a adesão do tratamento, e, na dependência da situação financeira do paciente, declararam direcionar a escolha pelo medicamento de menor custo, que nem sempre se traduz pelos efeitos de efetividade e eficácia desejadas. Alguns afirmaram aconselhar o paciente a utilizar produtos manipulados ou a troca por outros de menor custo.

Rumel et al. (2006) afirmam que:

> *"A procura do medicamento mais barato pelo consumidor envolve a intercambialidade do medicamento industrializado pelo manipulado. Em muitos países, o papel das farmácias de manipulação é complementar ao da indústria. Manipulam-se produtos quando não há formulação industrializada em concentrações ou formas adequadas a pacientes cujo estado clínico exige medicação que foge à padronização. É impossível garantir o mesmo controle de qualidade de uma indústria moderna para um medicamento produzido artesanalmente. O uso do medicamento manipulado deveria ser exceção justificada clínica ou farmacotecnicamente" (p. 926).*

Por outro lado, a intercambialidade na farmácia por medicamentos similares é influenciada por balconistas e/ou donos de farmácia que recebem bonificação pela venda dos produtos de algumas indústrias. Para o consumidor, o preço é a principal razão para a intercambialidade. Assim, o prescritor deve conhecer os preços dos medicamentos de sua lista individualizada, para evitar a troca pelo paciente na hora de comprar e resultados terapêuticos fora do esperado.

Outro item da prescrição relacionado ao medicamento, citado em 25,1%, foi a farmacologia, que se traduz pelo conhecimento técnico a respeito de cada substância utilizada. As respostas dos internos, aliadas aos resultados das prescrições, nos transmite a idéia de que eles têm conhecimento dos fatores relacionados aos medicamentos, porém, não desenvolveram ainda a familiaridade ou o aprofundamento necessários para seu uso rotineiro com segurança.

Ainda Rumel et al. (2006) defendem que os prescritores devem conhecer farmacotécnica, farmacocinética, famacodinâmica e entender a diferença entre os medicamentos inovadores, genéricos, similares e manipulados, para reduzir erros e aumentar a probabilidade de cura de seus pacientes.

A experiência do prescritor também citada como fator relacionado ao medicamento foi pouco valorizada, 8,1%, apesar de constituir a base de toda boa prescrição, por se relacionar ao próprio conhecimento das conseqüências da seleção e administração de um fármaco.

Prescrever, na verdade, é o gesto final no qual converge uma imensidão de fatores cognitivos, emocionais, constantes de experiência prévia, modulados pelas características e vivências dos pacientes, dependentes de fatores extrínsecos sociais e econômicos. O médico clínico é seguramente aquele que mais utiliza esta tecnologia e tem de dispor de muito preparo para lidar com ela de modo eficiente e seguro.

Um dos alunos mostrou um bom entendimento desta questão, quando referiu:

> *" – A prescrição médica é um documento complexo, pois envolve o médico (nível de conhecimento técnico), o paciente (idade, condição socioeconômica etc.) e a relação entre eles. O médico de acordo com os seus conhecimentos, pode variar as medicações para o tratamento de uma determinada enfermidade, baseado na real necessidade e no nível de "confiabilidade" do seu paciente".*

O trabalho de Mosegui et al. (1999) avaliando a qualidade de uso de medicamentos em idosos, concluiu que:

> *"Nem todas as entrevistadas que usam associações potencialmente perigosas sofrerão RAM (Reação Adversa aos Medicamentos) em virtude de interações entre medicamentos. Entretanto, elas consomem combinações de fármacos que cabem na categoria de "risco potencial", ou "possível risco". Boa parte das mulheres utiliza classes terapêuticas envolvidas em eventos de interações com outras classes e, assim, se expõem a um risco potencial" (p.8).*

Como podemos observar, o conhecimento do prescritor precisa ir além dos medicamentos de sua lista individual, que ele usa rotineiramente, uma vez que o paciente é um todo, podendo apresentar comorbidades de diversas naturezas. Além do conhecimento, o prescritor deve conceber seu paciente como um ser irrestrito e complexo, necessitando, pois, de um trabalho bem articulado da equipe. Pessotti (1996) vai além, quando fala do próprio sentido da Medicina hoje, dizendo que parece ser obscuro, a menos que se lhe atribua, como sentido, a mera aplicação clínica das descobertas experimentais. Enquanto saber teórico, hermenêutico, ela seria a competência diagnóstica para detectar sintomas e agrupá-los em quadros clínicos: algo que já se atribui aos computadores. Enquanto clínico, o médico seria um técnico de alto nível, capaz de prescrever e administrar os produtos da pesquisa experimental. Não é pouco, mas é algo não muito diverso do que respeitar a posologia e as contra-indicações de uma bula de remédio, ou de uma dada conduta. Afinal, para isso, não seria necessário todo o curso médico. Nas últimas décadas, percebe-se a carência de um conhecimento mais seguro de aspectos não orgânicos do homem, o qual se impõe como exigência da própria eficiência médica.

Este aspecto, que também deve fazer parte da “experiência médica”, não foi especialmente destacado pelos internos, certamente devido a sua pouca vivência sobre o assunto.

Tabela 14: Conhecimento, pelos internos, da RENAME

	No.	%
Sim	1	1,5
Não	60	89,5
Não respondeu	6	9,0
TOTAL	67	100

A Organização Mundial de Saúde estimula, desde a década de 70, a elaboração de listas nacionais de medicamentos essenciais como diretriz fundamental, respeitando o perfil de morbidade e atualizadas periodicamente. A primeira lista modelo proposta pela OMS é de 1977 e desde então tem submetida a revisões periódicas. No entanto, esta lista modelo destina-se a ser adaptada à realidade de cada país, segundo a sua própria política no campo da saúde e às características locais, seja do perfil epidemiológico de sua população, seja da disponibilidade dos medicamentos de seu mercado.(Nascimento, 2005).

No Brasil, a RENAME foi revisada algumas vezes, sendo a última em 2006. Como o próprio nome do documento expressa, representa o rol dos fármacos que devem suprir a maioria das afecções à saúde da população, com as devidas adequações locais, como propõe o documento da OMS.

Praticamente a totalidade dos internos mostrou desconhecer a RENAME, 89,5%, o que significa a não utilização deste referencial nos estabelecimentos de saúde do Estado, uma vez que os estágios do internato atingem a capital e alguns municípios, incluindo o estágio rural. Este resultado é discordante de alguns trabalhos encontrados na literatura.

A pesquisa de Colombo et al. (2004), realizada com uma amostragem do Programa de Saúde da Família de Blumenau, verificou que 57,7% dos

medicamentos prescritos faziam parte da RENAME. A adoção de listagens de medicamentos essenciais e a educação continuada são ferramentas importantes para o uso racional de medicamentos.

Por outro lado, Fegadolli et al. (2002), em estudo descritivo da prescrição médica, em clínica pediátrica em Unidades Básicas de Saúde do interior de São Paulo, constataram que, dos medicamentos prescritos, apenas 32,6% contavam na RENAME.

Tabela 15: Utilização, pelos internos, da RENAME

	No.	%
Sim	1	1,5
Não	44	65,7
Não respondeu	22	32,8
TOTAL	67	100

Esta pergunta demonstra os resultados da anterior, visto que, praticamente todos os internos desconhecem a RENAME, ou seja, não tiveram contato nem através da teoria, tampouco da prática, com 98,5% de respostas negativas.

Tabela 16: Freqüência com que os internos são visitados por representantes de laboratórios

	No.	%
Freqüentemente	6	9,0
Ocasionalmente	32	47,8
Raramente ou nunca	29	43,2
TOTAL	67	100

A alta incidência de respostas negativas à presença da propaganda, 43,2%, se deve ao fato dos alunos não receberem habitualmente visitas de representantes de medicamentos no Hospital Universitário.

A presença da propaganda para eles se faz através de eventos (seminários, congressos, etc.) e em estágios extracurriculares fora do HU e da rede SUS, provavelmente devido à clientela (pacientes) destas instituições, não trazerem o retorno objetivado pela indústria farmacêutica, para recuperação de seus investimentos e obtenção de lucros.

Nossos resultados são semelhantes aos encontrados por Molinari et al. (2005), ao constatarem que os ambulatórios de especialidades da Faculdade de Medicina de Marília têm, em geral, um bom potencial no estímulo à venda de fármacos, uma vez que a demanda de pacientes atendidos por semana é alta. No entanto, quase metade da população estudada (médicos), não recebe os representantes da indústria farmacêutica, ou recebe com freqüência muito baixa, menos de uma vez por semana nesta instituição.

Sendo assim, muito provavelmente, parte desses profissionais recebe os representantes comerciais dos laboratórios em outros locais de trabalho, como, por exemplo, nos consultórios particulares. Embora não tenha sido especificamente investigado, este é um fato indiretamente influenciador da prescrição dos internos, visto que seus preceptores são visitados pelos representantes.

Tabela 17: Percepção, pelos internos, da influência da propaganda na escolha de medicamentos prescritos

	No.	%
Há influência	32	47,8
Não há influência	35	52,2
TOTAL	67	100

A indefinição das respostas obtidas na pesquisa reflete as controvérsias da literatura a respeito da influência da propaganda no receituário médico. O estudo de Molinari et al. (2005) citado anteriormente, apresentou os seguintes resultados com relação à propaganda da indústria farmacêutica em entrevistas com os médicos especialistas:

- Propaganda pelo representante: muito importante, 9,8%; importante, 47,5; indiferente/dispensável, 21,3%.
- Recebem auxílio do laboratório para comparecimento a congressos e reuniões científicas, 34,4%.
- Recebimento de brindes e benefícios em geral é citado por 59%.
- Ao receberem benefícios sentem-se pressionados a prescrever, 5%; gostam mais não se influenciam, 36,7%; acham interessantes e úteis, 1,7%; indiferentes, pois cada um estaria fazendo seu trabalho, 55%.

Estes dados diferem do que se tem observado. Vários estudos sugerem que, na prática, o padrão do receituário sofre grande influência do laboratório, a tal ponto que em alguns países, como Canadá, há orientações para que os médicos não recebam brindes, e que os laboratórios não patrocinem jantares para a promoção de medicamentos (Coyle, 2002).

No mesmo trabalho, na opinião dos médicos, as amostras grátis distribuídas pelos laboratórios facilitam a adesão do paciente em 37,7% dos casos, permitindo para 34,4% a observação prática e pessoal dos resultados; 6,6% acreditam que a amostra deixa o paciente preso ao remédio mais caro, e igual número julga que desvia o paciente dos remédios disponíveis na rede pública; 14,80% são indiferentes. Ainda sobre o uso de amostras, foi perguntado se ocorria uso pessoal ou familiar, tendo como resposta afirmativa 82%.

Ainda Molinari et al. (2005), chamam a atenção em sua pesquisa para a necessidade de lembrar que os dados elencados podem representar um viés na resposta, no sentido de os pesquisados fornecerem uma resposta “politicamente correta”, tentarem ser mais socialmente aceitáveis, por reconhecerem que tal atitude, muitas vezes, é antiética, sentindo-se constrangidos em admitir qualquer influência. Este mesmo comportamento pode também ter sido seguido pelos nossos alunos.

Fegadolli et al. (2002), em trabalho realizado em clínica pediátrica da Unidade Básica de Saúde de Tabatinga (SP), referem que a baixa prescrição de medicamentos pelo nome genérico em seu trabalho, 32%, sugere que os prescritores sofreram influência comercial dos fabricantes de medicamentos.

A atividade da indústria farmacêutica se coloca numa categoria especial pelo fato de que o consumidor, que arca com as despesas, não é quem escolhe o produto. Somente os médicos usufruem desse privilégio, passando dessa forma a serem alvos da propaganda.

Entende-se por promoção de medicamentos toda e qualquer atividade informacional e persuasiva pelos produtores e distribuidores, cujo efeito é introduzir a prescrição, suprimento, aquisição e/ou uso de medicamentos (WHO, 2003).

Conforme comprovado em vários estudos, a propaganda consegue alterar o padrão da prescrição dos médicos, além de ser considerada a principal fonte utilizada por eles para atualização terapêutica. (Pizzol et al., 1998).

Para promover o consumo de seus produtos, a indústria utiliza várias estratégias: visitas de representantes, patrocínio de congressos e simpósios, materiais visuais, fornecimento de brindes e auxílios e distribuição de amostras grátis, entre outros. As estratégias utilizadas pela indústria farmacêutica com os médicos promovem uma lembrança continuada e dão maior retorno em vendas dos produtos lançados. Tal conduta pode dar margem a distorções nas quais a colaboração pessoal com o médico torna-se mais importante que com o paciente (Moreno, 2001; Garber, 2002).

Uma relação estabelecida sobre as bases de um exercício profissional, como é a relação clínica, obriga, por um contrato implícito, a velar pelo interesse do paciente. Na conjuntura atual de fatores e interesses econômicos na prática da medicina, é obrigatório recordar que os interesses dos pacientes precedem os das demais partes. O volume de recursos gastos com as diversas enfermidades gera uma grande pressão informativa da indústria farmacêutica sobre o médico, que tem que decidir que medicamento administrar ao paciente. A escolha entre diferentes opções, todas válidas, pode ter efeitos secundários médicos e econômicos muito diferentes e, portanto, também tem implicações de caráter ético (Moreno, 2001).

Manzini (2005) refere, em artigo de revisão dos aspectos éticos da prática médica, que a indústria farmacêutica influi sobre a Medicina: por ação direta sobre os médicos; como principal protagonista na investigação clínica; na educação médica; por infiltração nas agências reguladoras como no Food and Drug Administration (FDA); manipulando as associações de consumidores de

medicamentos e os farmacêuticos e os simples balconistas das farmácias; e através da propaganda sobre o público de prescritores e compradores.

Tabela 18: Características referentes aos pacientes que influenciam a prescrição dos internos

	No.	%
Possibilidade de acesso ao medicamento	79	40,1
Aspectos clínicos	58	29,4
Nível cultural	12	6,1
Facilitadores da adesão ao tratamento	48	24,4
TOTAL	197	100

No item “acesso ao medicamento” foram incluídos aspectos econômicos do paciente, bem como o custo da medicação e a sua disponibilidade na rede pública: - “*procuro prescrever a menor quantidade de medicação para o paciente, mas que seja eficiente para o que ele apresenta; ...procuro substituir por medicamento equivalente no SUS.”* Os “aspectos clínicos” referiram-se à idade do paciente, à gravidade de sua moléstia, patologias associadas e a outros dados, como o peso corporal. Em “nível cultural” considerou-se a escolaridade, grau de entendimento e de instrução. Nos “facilitadores da adesão ao tratamento” foram mencionadas diversas questões relacionadas à comodidade da administração, à sua resolutividade, conscientização da doença e ao grau de efeitos indesejáveis: “*procuro uma posologia mais confortável para o paciente; o entendimento da prescrição é muito importante; o grau de compreensão que o paciente tem da sua doença e aceitação do tratamento”.*

Mais uma vez, e principalmente aqui, quando estamos nos referindo particularmente ao paciente, observamos a preocupação do aluno com o nível econômico do seu cliente. A possibilidade de acesso ao medicamento foi de 40,1%, associada ao nível cultural de 6,1%, que de certa forma, faz parte do mesmo contexto, este índice, por conseguinte, sobe para 46,2% das 197 citações.

O trabalho de Silva et al. (2000), realizado com pacientes do ambulatório do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vem ao encontro da preocupação dos nossos alunos, quando mostra uma predominância de 1º grau incompleto dos indivíduos estudados, com uma média de cinco anos de escolaridade, o que na maioria das vezes determina o nível socioeconômico do indivíduo.

Em se falando das características dos pacientes que influem na prescrição, o segundo item mais valorizado com 29,4% relacionou-se aos aspectos clínicos, como era esperado, uma vez que são eles que direcionam, obrigatoriamente, e em primeira escolha, o medicamento a ser prescrito.

A atenção mostrada aos fatores facilitadores da adesão ao tratamento foi pouco significativa, com 24,4% do total de 197 citações, o que significa dizer que a consciência dos cuidados necessários, que devem ser dispensados nesse sentido, talvez não tenha sido suficientemente estimulada.

Astier Peña et al. (1995), em um estudo qualitativo, afirmam que os sujeitos (pacientes) buscavam informações em bulas dos medicamentos, mas não entendiam as questões farmacêuticas e a sua rede de relações. Pensavam que os médicos não se preocupavam o suficiente com eles e, dessa forma, recorriam às bulas, as quais interpretavam a sua maneira, inclusive interrompendo o tratamento sem consultar o prescritor.

Silva et al. (2000) dizem que, apesar da informação acerca dos medicamentos constituir condição básica para adesão ao tratamento, não se tem prestado atenção suficiente ao seu fornecimento nas diversas situações de atendimento ao paciente, incluindo a consulta médica e a dispensação do medicamento nas farmácias. Diante disso, diversas organizações internacionais, tais como a World Health Organization, Health Action International e a Food and Drug Administration, vêm alertando para a necessidade crescente de melhorar os aspectos educacionais relacionados com o paciente e os medicamentos prescritos.

Leite e Vasconcelos (2003) levantaram na literatura aspectos relacionados a este tema, afirmando que a adesão à terapêutica medicamentosa merece uma profunda e continuada reflexão sobre seus significados e ‘ressignificados’, nos atos de prescrição e dispensação e na forma de consumo, por parte do profissional de saúde e do paciente.

A análise de estudos sobre a adesão terapêutica medicamentosa levanta algumas questões que merecem ser discutidas. Uma delas refere-se ao papel do paciente no processo saúde/doença/tratamento. Muitos estudos no campo dos medicamentos ainda consideram o paciente, ou o responsável por sua doença, como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesse, e que tem valores socioculturais que produzem sentidos e “ressignificações” sobre o uso ou resistência ao uso medicamentos em seu processo ou estado crônico de adoecimento. O paciente é, então, referido como um espaço, o lócus onde um medicamento terá sua ação do ponto de vista da racionalidade médica (Luz, 1998).

Podemos observar na leitura mais aprofundada das questões, excetuando-se a situação em que o paciente não tem acesso aos medicamentos, que o número de doses ou os efeitos adversos constituem empecilhos para a adesão. A própria

doença pode ser um fator interveniente, dependendo da forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas. Por outro lado, o profissional de saúde exerce influência na adesão, ao compreender e considerar o universo cultural do paciente e estabelecer com este a comunicação e o relacionamento afetivos, incluindo a valorização da medicação como um benefício para sua qualidade de vida.

b) Resultados referentes à orientação, pelos internos, dos pacientes, quanto à utilização dos medicamentos prescritos

Tabela 19: Freqüência de fornecimento, pelos internos, de informações ao paciente quanto ao uso correto dos medicamentos

	Nº.	%
Sempre	64	95,5
Quase sempre	3	4,5
Raramente ou nunca	0	0,0
TOTAL	67	100

Os índices constatados nas respostas dos alunos, superiores a 95,5%, são bastante positivos e estimuladores. No entanto, não se pode esquecer que estas são respostas dos alunos (prescritores) e é possível que representem realmente suas atitudes ou sejam reflexo da indução, pelo teor da pergunta, a uma resposta “ética”. A qualidade da orientação tornaria necessária a investigação da opinião dos pacientes, no que diz respeito à abrangência, eficácia e suficiência.

Walson et al. (1993) e Viana e Leão (1983) citam a importância de se detalhar a forma de utilização da medicação prescrita (via de administração, horários, dosagens e possíveis efeitos adversos), bem como de explicar qual é a doença e o que se espera como resposta à ação dos medicamentos utilizados pelo

paciente.

Holm (1993), propõe que talvez não se deva falar tanto do “paciente que não adere ao tratamento”, mas sim, do “médico que não adere aos quesitos necessários para que ocorra a compreensão da prescrição”. Esta reflexão pode ser mais relevante quando se considera que, para o médico (sobretudo o vinculado a um hospital de grande volume de atendimentos), prescrever é apenas uma pequena parte cansativa da rotina diária, a parte final do atendimento de mais um paciente.

O cansaço, a vontade de concluir a consulta e a pressão criada por outros pacientes na sala de espera podem levá-lo a apenas entregar uma receita, sem dar atenção ao paciente/acompanhante (Zanini, Paulo, 1997).

Tabela 20: Componentes das explicações fornecidas, pelos internos, aos pacientes, sobre o uso correto dos medicamentos prescritos

	Nº.	**%**
Inerentes ao medicamento propriamente dito	102	45,3
Possibilidade de interações, contra-indicações e efeitos colaterais	61	27,1
Relativos à compreensão, pelo paciente, das informações	44	19,6
Relativos à importância do tratamento prescrito	18	8,0
TOTAL	225	100

No primeiro item, relativo aos fatores “inerentes ao medicamento propriamente dito”, foram mencionados: “*início da administração, posologia, conservação, quantidade da medicação e duração do tratamento, finalidade, quando termina e quando deve ser suspenso, via de utilização e conservação do medicamento dentre outros”.* Quanto à “possibilidade de interações, contra-

indicações e efeitos colaterais” foram citados: *“interações com outros medicamentos, alimentos e álcool, principais efeitos adversos que poderiam decorrer da medicação, hábitos que devem ser abandonados durante o uso etc”.* No tocante à “compreensão, pelo paciente, das informações” surgiram os seguintes indicativos: “*a linguagem fácil, a repetição das informações e a solicitação da ajuda de um responsável, no caso de idosos ou crianças.”* Por fim, a “importância do tratamento prescrito” englobou: ” *a não interrupção da medicação, a desmistificação de crenças errôneas, o retorno caso não haja melhora satisfatória dos sintomas, benefícios do uso, clareza da importância do tratamento e explicação da repercussão da falha do tratamento”.*

Com relação aos componentes das explicações fornecidas ao paciente, houve uma maior valorização nos itens: componentes inerentes ao medicamento propriamente dito, 45,3%, e possibilidade de interações, contra-indicações e efeitos colaterais, 27,1%, que somados computam um percentual de 72,4%. Comentários relativos à capacidade de compreensão das informações, 19,6%, e a importância do tratamento, 8%, perfazem juntos um total de 27,6% das respostas.

Este comportamento sugere que o interno, na sua formação, está priorizando o conhecimento técnico do medicamento no tratamento de uma doença, em detrimento da importância do “homem que está doente”, cuja responsabilidade sobre sua própria doença depende da conscientização da gravidade e do crédito na importância do tratamento, que, associados à sua capacidade de compreensão das informações, formarão um terreno propício para o correto segmento técnico da prescrição.

Segundo Pessotti (1996), em pleno final do século XX, a Medicina estava desnorteada quanto ao seu foco, situado principalmente na “doença do homem”.

Contudo, a prática clínica humanizada e eficiente exige a compreensão e o cuidado do “homem que está doente”. Ainda conforme este autor, o sentido da Medicina, hoje, não se esgota no enquadramento do caso concreto de um certo paciente, em quadros clínicos já estabelecidos e para os quais a terapêutica já está definida a priori, tal como ocorria nos séculos passados. Assim:

> *“Na relação médico-paciente, além das determinações mútuas, no nível da comunicação verbal, ocorre um inevitável encontro (ou desencontro) de dois sistemas de valores. Como vimos, o jovem médico, desde antes de sua formação médica, carrega sua escala de valores éticos, estéticos e outros, e não se despe deles na relação profissional com o paciente.*
>
> *Seu acerto clínico e o benefício que pode fazer ao paciente, dependerá, queira-se ou não, de quanto ele for capaz de perceber os significados que a vida, a doença, a figura do médico, a saúde ou a integridade corporal adquiram na história de vida do paciente. Não se trata de ser humanitário, embora isso também seja desejável: trata-se de ser, em alguma medida, um humanista, um conhecedor, mesmo principiante, do que constitui a essência da chamada natureza humana: a criação de valores, a atribuição de significado e sentido aos eventos e condições de vida” (p. 447).*

Shope (1981) afirma que o bom relacionamento médico/mãe (ou outro acompanhante) influencia na compreensão da prescrição, na adesão ao tratamento e até em mudanças no estilo de vida, de acordo com as orientações do médico.

O trabalho de Charney et al. (1967), demonstra que a maior adesão está diretamente relacionada à compreensão materna acerca da doença e sobretudo da sua gravidade: 48% das mães que não obedecem à prescrição, o fazem por não compreender a necessidade do tratamento.

Tabela 21: Freqüência com que os internos orientam os pacientes quanto possíveis locais de obtenção da medicação

	No.	%
Sim	64	90,1
Não	1	1,4
Às vezes	6	8,5
TOTAL	71	100

O total de respostas ultrapassa o de sujeitos da pesquisa porque dois destes responderam, simultaneamente, “sim” e “às vezes”.

Como respostas a esta pergunta, observamos, dentre outras, as seguintes citações:

“ – Mando procurar na rede pública (SUS)”.

“ – Caso não haja disponibilidade do medicamento no SUS, pergunto ao paciente se pode comprar”.

“ - Procuro prescrever o medicamento genérico”.

“ – Prescrevo e oriento procurar a manipulação, onde o valor é menor”.

A orientação ao paciente no sentido de onde obter o medicamento prescrito é de extrema importância, nas questões de adesão e efetividade do tratamento. Com relação ao universo estudado, esta necessidade se torna maior, uma vez que a maioria dos pacientes com os quais os alunos lidam tem baixo poder aquisitivo, o que gera grande dificuldade na obtenção do medicamento. Esta realidade fica bem clara nas palavras dos alunos, ao valorizarem a necessidade de que o médico tenha conhecimento dos possíveis locais de dispensação pública, como também de alternativas idôneas, para adquirir as medicações com menor custo, como os genéricos, por exemplo.

Mota et al. (1999), em estudo com a finalidade de verificar o perfil e o custo das prescrições atendidas em farmácia ambulatorial de um hospital público infantil de Fortaleza, concluíram que o preço médio das prescrições correspondeu a 15,02% do salário mínimo brasileiro e afirmam que no Ceará, a maioria dos chefes de família, 90,58%, recebe até 3 salários mínimos. Assim, as despesas com a terapia medicamentosa estão fora do contexto econômico da população cearense, o que tornaria inviável parte do tratamento, se não existisse a assistência farmacêutica gratuita.

Sano et al. (2002), trabalhando com prescrições de pacientes atendidos no ambulatório de Pediátrica do Hospital de Base – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, constataram que a renda familiar da população estudada era de um salário mínimo, em 14% dos casos; dois a cinco salários mínimos, em 78%, e acima de cinco salários, em 8%. Estes resultados não diferem muito dos citados anteriormente, caracterizando, em geral, a população atendida exclusivamente pelo SUS.

O mesmo trabalho mostrou fontes de aquisição da medicação prescrita: 40,2% tiveram obtenção gratuita em postos de saúde, 31,7% compraram o medicamento, 21,7% conseguiram amostras grátis e 6,5% obtiveram algumas amostras e compraram os medicamentos.

Outro aspecto a ser considerado é a orientação do paciente no sentido de reduzir a possibilidade da substituição indevida da medicação prescrita, exceto pelo definido na Lei Nº 9.787. Rumel et al. (2006) referem-se a esta questão muito claramente:

> *"A intercambialidade de medicamentos é uma ação legal, definida na Lei Nº 9.787 de 10/02/1999, podendo um medicamento de marca ser substituído por um genérico, salvo restrições expressas pelo prescritor.*

A intercambialidade teve impacto positivo em gestão de políticas públicas, pois os genéricos ampliaram o acesso a medicamentos de qualidade.

A intercambialidade na farmácia por medicamentos similares é influenciada por balconistas e/ou donos de farmácias, que recebem bonificação pela venda dos produtos de algumas indústrias.

Para o consumidor, preço é a principal causa para a intercambialidade. Assim, o prescritor deve conhecer os preços dos medicamentos de sua lista individualizada, para evitar a intercambialidade indiscriminada pelo paciente na hora da compra e resultados terapêuticos inesperados" (p.926).

Tabela 22: Preocupação dos internos em adequar a medicação aos horários do paciente

	Nº.	%
Sim	37	55,2
Não	17	25,4
Às vezes	13	19,4
TOTAL	67	100

O bom relacionamento médico/paciente influi decisivamente na compreensão da prescrição e, conseqüentemente, na adesão e efetividade do tratamento, não apenas prescritivo como também de cuidados. No diálogo, o profissional tem oportunidade de perceber o nível de compreensão da prescrição pelo paciente, podendo utilizar estratégias diferenciadas para cada um. Dentre estas estratégias, o fato de relacionar os horários da medicação às atividades do paciente, é extremamente interessante, principalmente para aqueles com dificuldade na compreensão dos horários, como também para simplesmente lembrar melhor o seu uso, ou ainda facilitar o tratamento de pessoas muito ocupadas.

O índice maior que 55,2% de positividade encontrado, uma vez que “ às vezes” também contempla o sim, é bastante significativo, até porque não existe uma obrigatoriedade nesta conduta, sequer havendo, em alguns casos a necessidade de fazê-lo. É possível considerar, no entanto, que este cuidado, em grande parte das situações, concorre para a adesão do paciente ao tratamento e conseqüentemente facilita-lhe a resolutividade.

Os alunos que responderam positivamente a esta questão, fizeram algumas considerações:

> *“ – Com a adequação dos horários fica mais fácil para o paciente seguir o tratamento”.*
>
> *“ - Geralmente pergunto a hora que acorda e a que vai dormir”.*
>
> *“- Acho importante relacionar com os horários da alimentação e do trabalho”.*

Sano et al. (2002) defendem que a adesão do paciente ao tratamento proposto aumenta de 5% para 51% com as seguintes atitudes: reforço verbal das orientações médicas, discussão sobre como administrar e armazenar a medicação e especificação do horário/esquema de administração. A não observância disso tem implicações sobre aspectos importantes da terapia e resultados terapêuticos, pois leva ao julgamento errôneo de que a medicação dada foi ineficaz, fazendo com que haja solicitação desnecessária de testes diagnósticos, uso de tratamentos alternativos ou modificação das medicações (Mattar et al., 1975; Tebbi et al., 1986).

.

Tabela 23: Freqüência com que os internos solicitam que o paciente repita como terá que utilizar os medicamentos propostos

	Nº.	%
Sim	31	45,0
Não	13	18,8
Às vezes	25	36,2
TOTAL	69	100

A resposta a esta solicitação reflete o grau de entendimento do paciente sobre a prescrição e recomendações recebidas, além de servir como instrumento de memorização dos procedimentos de uso dos medicamentos.

Foram comentários dos alunos neste item:

> *" – Peço para repetir, quando noto dificuldade de entendimento".*
>
> *" – Peço que repita, quando observo baixo grau de instrução ou dúvida".*
>
> *"– Sempre peço para repetir, porque às vezes o paciente simula ter entendido a explicação e na verdade não entendeu, ou não prestou atenção".*

No presente estudo, os alunos declararam solicitar ao paciente para repetir como entendeu a utilização da medicação em 45% e algumas vezes, em 36,2%.

Silva et al. (2000), estudando o nível de informação do paciente a respeito dos medicamentos prescritos, encontraram 69% de entendimento com relação à utilização da medicação (de quantas em quantas horas deve tomar o remédio?) e 61% com relação a duração do tratamento (por quanto tempo o(a) senhor(a) deve tomar esse remédio?), tendo sido dadas respostas definidas para tratamentos agudos e para os crônicos ("até a próxima consulta" e "por toda a vida").

Tabela 24: Atitudes do interno quando o paciente demonstra não entender a prescrição

	Nº.	%
Repetição simples	11	12,2
Prescrição utilizando outra estratégia	49	54,5
Solicitação de auxílio a outra pessoa	30	33,3
TOTAL	90	100

Dentre as “outras estratégias” citadas pelos internos observou-se: escrever na embalagem da medicação, relacionamento com eventos do cotidiano do paciente e o desenho de quadros no verso da prescrição com horários e medicamentos, conforme as frases abaixo:

“ – Procuro explicar novamente de forma mais acessível e por etapas”.

“ – Peço para trazer o remédio e anoto os horários na embalagem”.

“ – Repito, relacionando com eventos da manhã, tarde e noite”.

“ – Explico de forma mais clara, associando as atividades habituais do próprio...”

“ – Explico novamente e desenho um esquema atrás da receita”.

“ – Se não souber ler, escrevo os números e desenho (se noite ou dia etc) ao lado”.

Notamos o empenho dos alunos em serem compreendidos nas suas prescrições, quando utilizam outras maneiras de repetir a explicação ao paciente em 54,5% das vezes, quando procuram a ajuda do acompanhante em 33,3% ou simplesmente repetindo a explicação, atitude que ficou com um índice bem menor, 12,2%. Há uma demonstração de sua percepção e conscientização do grau de dificuldade de compreensão dos pacientes, uma vez que, como já citamos

anteriormente, a demanda do ambulatório é do SUS, em que a maioria dos pacientes e acompanhantes tem baixo grau de escolaridade.

Sano et al. (2002) relatam que a adesão do paciente ao tratamento proposto aumenta com o reforço verbal das orientações médicas.

Refletindo que os 33,3% dos internos que se declaram recorrer à ajuda de outras pessoas, surge um questionamento de que esse índice poderia ser muito alto, caso tal atitude fosse interpretada como uma “desistência” momentânea da relação médico/paciente. No entanto, na maioria das citações do questionário a este respeito, recorrer a um acompanhante surge sempre como última opção, quando se esgotam as demais possibilidades do entendimento, por parte do próprio paciente.

Sano et al. (2002), em trabalho sobre prescrições ambulatoriais em pediatria, constataram o grau de escolaridade dos acompanhantes: ensino fundamental incompleto, 63%; ensino fundamental completo, 6%; ensino médio incompleto, 15%; ensino médio completo, 14%, e analfabetos, 2%.

Ainda no mesmo trabalho, dentre os 24 acompanhantes que não conseguiram ler completamente a receita, 11 também não se lembravam da medicação e/ou posologia prescrita e dentre esses 11, 6 procurariam “ajuda do farmacêutico para ler a receita médica”. Assim, deve-se atentar para a importância de se prescrever com letra legível e sem abreviaturas, para que as dúvidas sejam sanadas por qualquer pessoa alfabetizada. Dos 24 acompanhantes, apenas 9 lembravam-se das medicações/posologias, salientando a importância da orientação médica verbal e escrita.

c) Resultados referentes à formação para a elaboração da prescrição médica

Tabela 25: Momentos em que os internos acreditam que houve ensino da prescrição, durante o Curso Médico

	Nº.	%
Nas aulas práticas (antes do Internato)	19	24,1
No Internato	12	15,2
Em outros momentos do Curso	37	46,8
Em estágios fora do Curso	2	2,5
Nunca / não se recorda	9	11,4
TOTAL	79	100

As respostas referentes às "aulas práticas" dizem respeito a atividades práticas das diversas disciplinas clínicas pré-internato. Nessas situações, a aprendizagem ocorreu pela observação e repetição das prescrições de médicos e professores, como podemos observar em algumas declarações:

" - Durante os ambulatórios das diversas especialidades, selecionei aquele modelo, que eu achava mais adequado".

" – Aprendi, olhando a prescrição, que os médicos faziam e discutindo com os colegas de turma".

" - Eu aprendi em vários locais (ambulatórios/estágios), com a observação e perguntas aos médicos e professores".

Com relação ao ensino "no internato", foram feitas referências a alguns estágios em particular:

" - Em todos os estágios pelos quais passamos nós prescrevemos, porém, na Clínica Médica raciocinamos mais, ao invés de só repeti-las".

" - O internato ajudou bastante, principalmente o estágio rural".

“ - No internato: no estágio de Clínica Médica (Infectologia), na Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia”.

Os “outros momentos” referiram-se a situações pontuais, com colegas, em algumas disciplinas, em que havia claramente a intencionalidade de um docente ensinar a realização da prescrição, como podemos ver nas citações abaixo:

“ - Na Pneumologia o professor fez uma aula sobre a prescrição médica, quando estava no 4º ano”.

“- Aprendi com um doutorando, quando eu cursava o 3º ano”.

Assim, a predominância do ensino da prescrição ocorreu em três situações: em outros momentos do curso, 46,8%, que correspondeu a situações não programadas curricularmente; em seguida, 24,1%, durante as aulas práticas antes do internato e, finalmente, durante o internato, 15,2%. Nas duas últimas situações a aprendizagem resultou da observação e repetição das prescrições, condutas e posturas de médicos e professores. Se analisarmos juntos os três itens citados, que significam a aprendizagem durante o curso o índice é de 86,1%, resultado este até surpreendente, uma vez que não existe programação previamente definida, para o ensino da prescrição, acontecendo este de maneira informal, à medida que surge a necessidade, durante a graduação.

Com relação aos 11,4% que afirmam nunca ter existido o ensino da prescrição, ou não se recordam, em comparação com as respostas do parágrafo anterior, provavelmente se referiram ao “ensino formal” durante o curso, não levando em consideração as outras formas de aprendizagem, como podemos notar com as respostas dadas pelos alunos:

“ - Não lembro de nenhum momento específico”.

“ - Ninguém me ensinou especificamente”.

" - Não lembro, acho que foi na Clínica Médica".

Tabela 26: Momentos e cenários em que os internos identificam que realmente aprenderam a elaborar a prescrição médica

	No.	%
Nas aulas práticas (antes do Internato)	30	30,6
No Internato	28	28,6
Em outros momentos do Curso	15	15,3
Em estágios fora do Curso	2	2,0
A aprendizagem ainda não ocorreu, realmente	19	19,4
Outros	4	4,1
TOTAL	98	100

Com relação à aprendizagem nas aulas práticas, foram repostas dos alunos:

" - Durante os atendimentos nos ambulatórios do HU, nas aulas práticas".

" - Quando via os pacientes que retornavam nas consultas subseqüentes, melhores com o tratamento proposto".

" - Olhando os médicos e professores fazerem".

" - ...apenas copiando receitas (na enfermaria) do dia anterior".

" - Quando vou ao ambulatório ou enfermaria e discuto com os residentes e/ou professores, sobre a conduta e acerto na prescrição. Claro que há dúvidas, mas procuro esclarecer com eles".

No internato, a aprendizagem ocorreu de forma semelhante ao ensino, como citado pelos alunos:

" - Estou aprendendo no internato;"

" - Não aprendi totalmente, mas melhorei durante o internato;"

“ - Durante o estágio rural ao prescrever os meus próprios atendimentos;”

“ - No 6º ano houve uma melhora, já que fazemos isso diariamente;”

“ - Durante o estágio do Pronto Socorro, nos primeiros dias, perguntando como se fazia;”

“- Fazendo as prescrições durante o internato, com o auxílio dos especialistas e residentes”.

Quando os alunos em suas respostas alegam que “ainda não aprenderam”, referem-se ao momento em que estão respondendo ao questionário, alguns acreditando que irão aprender a prescrever até o final do Curso e na vida profissional. Foram respostas dos alunos:

“ - Acho que ainda realmente não aprendi de fato, porque ainda me confundo com dosagem, apresentação, vias....”

“ - Ainda estou em fase de aprendizado”.

“- Com certeza pretendo aprender nos próximos anos, depois da formação;”

No item ”outros” situaram-se respostas tais como *“perguntando sobre medicamentos”* e *“com o auxílio do livro texto e do DEF”*.

Apesar do assunto comum das duas últimas perguntas, a anterior se refere ao ensino e a atual, à aprendizagem da prescrição de medicamentos. O resultado geral entre as duas foi semelhante com relação a esses eventos terem ocorrido predominantemente no próprio Curso, com 86,1% para o ensino e 74,5% para a aprendizagem. Os momentos que propiciaram o ensino e a aprendizagem, no entanto, foram diferentes. A aprendizagem deu-se preferencialmente em momentos de prática (aulas práticas 30,6% e no internato 28,6%). A menção de “outros momentos do curso”, compostos por iniciativas isoladas de alguns professores foi de apenas 15,3%, enquanto que, na questão relativa ao ensino, esta resposta foi bem maior, 46,8%. De toda forma, fica evidente a importância da prática no

desenvolvimento da capacidade de elaborar uma prescrição médica.

Tabela 27: Freqüência de internos que se consideram seguros para realizar uma prescrição medicamentosa

	No.	%
Seguro	29	43,3
Seguro, porém com restrições	13	19,4
Inseguro	25	37,3
TOTAL	67	100

A questão da segurança na prescrição depende fundamentalmente do binômio ensino/aprendizagem e da familiaridade com o exercício de prescrever, levando em consideração que, como discutido anteriormente, cada paciente é um caso individualizado, com suas características peculiares, e não simplesmente “uma doença”.

O fator ensino/aprendizagem para a prescrição, como discutido em vários momentos do trabalho, encontra-se desarticulado no que diz respeito a disciplinas por ele responsáveis (Farmacologia Básica/ Terapêutica Clínica) e distante do que se consideraria ideal. Com relação à familiaridade para prescrever, esta depende do exercício repetitivo e constante, confirmando a importância da prática, da experiência do dia-a-dia, que os internos declaram ser insuficiente durante sua formação e que, de certa forma, postergam para a experiência que irão adquirir após a graduação.

Foram palavras de uma aluna:

> *“ - Ainda não me sinto segura o suficiente para dizer que sei realmente prescrever. Porém, acho que com a prática, nos próximos primeiros anos,*

saberei prescrever de forma correta e satisfatória".

Levando-se em consideração a complexidade do contexto, é claramente previsível o sentimento de insegurança, como demonstrado por 56,7% dos alunos nesta pesquisa, uma vez que "segurança com restrições" se entende também como "insegurança".

Britto et al. (1996), em trabalho com alunos de Odontologia de Belo Horizonte, apontam que 75% daqueles discentes consideram-se inseguros ao prescrever. As fontes de informação utilizadas pelos alunos foram: os conhecimentos adquiridos na graduação, 46,1% e os livros didáticos, 44,5%. Concluíram os autores que os alunos acham os conhecimentos e Farmacologia, ministrados no curso de graduação, insuficientes para preencher todos os requisitos necessários a uma correta e segura prescrição. Os estudantes mencionaram que sentem necessidade de mais informações em Farmacologia e sugerem, principalmente, uma correlação mais profunda entre a Farmacologia Básica e a Terapêutica Clínica, com enfoque maior no ciclo profissionalizante, na prática odontológica com o paciente.

6 CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS

A presente pesquisa revela importantes dados relacionados à formação médica na Faculdade de Medicina da UFAL, especificamente no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de elaborar adequadamente uma prescrição médica.

Destaca-se que raramente há momentos específicos e significativos, durante aulas e estágios práticos, nos quais a construção adequada da prescrição ambulatorial se faz, não especificamente no que diz respeito à correta escolha dos medicamentos, mas com um foco nos aspectos da organização da prescrição, como documento de registro e comunicação da proposta terapêutica do médico para o paciente. No entanto a aprendizagem, apesar das deficiências citadas, aconteceu predominantemente nos momentos de prática do próprio curso.

Embora existam documentos oficiais que orientam a prescrição (como é o caso do “Guia para a Boa Prescrição Médica”, elaborado pela OMS e adotado em nosso país e a RENAME), tais fontes não são utilizadas na formação dos estudantes, que geralmente declaram desconhecê-las.

Alguns dos resultados mais importantes referem-se aos valores que, embora possivelmente façam parte do “currículo oculto” (os estudantes aprendem a prescrever principalmente observando e reproduzindo receitas de docentes e preceptores), são relevantes à formação dos internos. Dentre eles destacam-se:

- Tanto na observação das prescrições elaboradas como nas respostas aos questionários fica patente o empenho dos estudantes em redigir

corretamente as receitas e orientar o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos.

- Na seleção dos medicamentos a serem prescritos, bem como na orientação aos pacientes sobre a obtenção e administração deles, fatores sociais assumem uma relevância especial. Aspectos tais, como o poder aquisitivo do paciente, grau de escolaridade e a disponibilidade na rede, foram ressaltados. Chamou atenção, contudo, a maciça prescrição de produtos genéricos, o que é um indício da pouca influência da indústria farmacêutica, via propaganda, na formação dos acadêmicos da UFAL.
- Em mais da metade dos alunos, o grau de comprometimento e a preocupação em elaborar uma prescrição adequada, para cada paciente, aliado a ausência do ensino formal, emerge sob a forma de insegurança.
- Tornou-se também patente a preocupação, pelos internos, pela correta compreensão do paciente a respeito do uso dos medicamentos, bem como a opção por regimes terapêuticos que possam ser mais cômodos e adaptados à vida do paciente, sempre priorizando a relação médico/paciente e, conseqüentemente, aumentando assim a adesão ao tratamento.
- Ficou claro nas considerações feitas pelos internos que o ensino da Farmacologia Básica dissociado da Terapêutica Clínica surge como um dos fatores determinantes da falta do conhecimento técnico sobre medicamentos por eles referida.

- Embora tenham sido identificados alguns pontos falhos (ausência de idade e endereço do paciente, dentre outros), diversos trabalhos identificam as mesmas lacunas em diferentes instituições pesquisadas. Os aspectos críticos puderam ser evidenciados na comparação das prescrições elaboradas pelos internos com o modelo proposto pelo "Guia para a Boa Prescrição Médica". Como a literatura evidencia inadequações semelhantes nas prescrições de médicos já formados, torna-se necessário incorporar o ensino formal não apenas da Terapêutica mas da própria construção da prescrição médica. Os pesquisados mostram sua preocupação com a necessidade do ensino/aprendizado técnico da prescrição, apontando claramente para a importância deste ensino formal, que deveria ocorrer em todos os cenários de formação, e não apenas em um momento, por uma determinada Disciplina.

Em suma, o presente trabalho evidencia que, embora ausente como preocupação curricular formal e explícita, os internos demonstram interesse e empenham-se na elaboração da prescrição medicamentosa ambulatorial. Contudo, a constatação de lacunas formais na redação dos documentos ainda suscita preocupação. A Faculdade de Medicina da UFAL (e possivelmente outras escolas que se estruturaram no modelo disciplinar tradicional), deve ter como uma de suas preocupações, no replanejamento curricular ora em curso, a inserção formal do ensino da Terapêutica e da elaboração da prescrição de medicamentos, em todos os ambientes de formação e, sobretudo, naqueles onde a prática profissional se destaca entre os objetivos de ensino. O desenvolvimento da competência da correta construção da prescrição medicamentosa, deve pautar-se em documentos oficiais

que, fruto de pesquisas e de consensos, devem servir igualmente para a formação dos docentes e preceptores nesta área da atuação médica.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2a ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda; 1999.
2. ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. Processos de ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3a ed. Joinville : Univille; 2004.
3. ANDRADE, M. F., ANDRADE, R. C. G., SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receita e notificações. Rev Bras de Ciênc Farm, São Paulo, 2004, 40(4).
4. ANSELL H. C.; POPOVICH N.G.; ALLEN, L. V. Jr. Farmacotécnica: formas farmacêuticas & sistemas de liberação de fármacos. 6a ed. São Paulo: Editorial Premier; 2000.
5. ASTIER PEÑA, M.P.; PUEYO USÓN, M.J.; AZA PASCUAL-SALCEDO M.; VICENTE BARRA A. Uso racional de los medicamentos. El punto de vista de los usuarios del área 3 de salud de Zaragoza. Aten Primária, Espanha, 1995, 16(6): 344 – 50.
6. BARROS, J.A.C. Propaganda de medicamentos: atentado à saúde? São Paulo: HUCITEC; 1995.
7. _____ Indústria farmacêutica X Prescritores de medicamentos: (des) informação persistente ? Boletim SOBRAVIME , São Paulo, ed 2005-2006, (48/49):12.
8. BATES, D. Incidence of adverse events and potential adverse drug events. Jama, 1995, 247: 29 – 34.
9. BATISTA, N.B.; SILVA, S. H. da. O Professor de Medicina. In: LANE, Jonh Cook. O Processo e aprendizagem em Medicina. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2000, p. 191.
10. _____ O Professor de Medicina. São Paulo: Ed. Loyola, 1998.
11. BERMUDEZ, J.A. e cols. O acordo Trips da Organização Mundial do Comércio e a proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações

para a produção local e o acesso da população aos medicamentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2000.

12. BRASIL, Congresso. Projeto de Lei do Senado nº 268 (substitutivo), 2002. Disponível em: <http://www.portaldomedico.org.br>. Acesso em 5/12/2006.
13. BRASIL. Decreto nº 20 931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeiro, no Brasil, e estabelece penas. Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 1932. Diário Oficial nº 12. Brasília, 1932. p. 885 a 887.
14. BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 out. 1976.
15. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Secretaria da Educação Superior. Manual do Internato. Série Cadernos de Ciências da Saúde Nº 07. Brasília, 1984.
16. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasil. Resolução Nº 4, de 7 de novembro de 2001.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1999.
18. BRITTO, T. A.; CASTILHO, L.S.; PAIXÃO, H. H. Os estudantes de odontologia e a (in) segurança para prescrever medicamentos. Arquivos do Centro de Estudos do curso de Odontologia, Belo Horizonte, 1996, 32(1): 51-64.
19. BURKE, J. Prescripition problems and the practitioner. Pharm Times, 2001, (5):50.
20. CANUTO, A. Faculdade de Medicina de Alagoas: história de luta e esperança. Maceió: Edufal; 2006.
21. CARVALHO K. M.; TEIXEIRA, R. M. A influências de estratégias promocionais na adoção de novos produtos: o caso da indústria farmacêutica. Cad Pesqui Adm, 2002, 9 (1): 61-74.
22. CHARNEY, E.;BYNUM R.; ELDREDGE D. et al.. How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. Pediatr, 1967, 40:188 – 95.

23. COLEMAN, A. Discharge information needs to be improved to prevent prescribing errors. Pharm J, 2002, 268 (7182):82.
24. COLOMBO, D.; SANTA HELENA, E.T. DE; AGOSTINHO, A.C.M.G. et al. Padrão de prescrição e medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. Rev Bras Ciênc Farm, São Paulo, 2004, 40 (4): 549 - 58.
25. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. A Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica. Brasília. DF: K & R Artes Gráficas e Editora Ltda. 1999/2000.
26. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Regulamentação: Senado realiza segunda audiência pública sobre PL 25/2002. Ano XXI, n.160, julho-agosto-stembro, Brasília, 2006.
27. COPELLO, M.A.; CASTELLI. M.L.; ANDRADE, J.H. et al. Comportamiento de la prescripción de la receta/ Behavior of medical prescription. Bol Acad Nac Med, 1998, 76 (2): 419-128.
28. COYLE, S.L. Physician- industry relations: part 1: industrial physicians. Ann Intern Med, 2002, 136 (5): 392 - 402.
29. CRANE, V.S. New perspectives on preventing medication errors and adverse events. Am j Health-Syst Pharm, 2000, 57: 690 – 97.
30. CUSTÓDIO, B. B.; VARGAS, S.L.Z.; NORONHA, A.B.M. Propaganda de medicamentos. Medicamentos e lucro: uma associação pouco saudável. Boletim SOBRAVIME , São Paulo, ed 2005/2006, 48/49:16.
31. DE VRIES, T.P.G.M.; HENNING, R.H.; HOGERZEIL. H.V. et al. Guia para a boa Prescrição Médica. [Organização Mundial de Saúde; trad.: Claudia Buchweitz] Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; 1998.
32. FEGADOLLI, C.; MENDES, I.J.M.; SIMÕES, M.J.S. Avaliação da prescrição médica em pediatria, baseada nos indicadores do uso de medicamentos selecionados pela OMS, em município do interior do estado de São Paulo. Rev ciênc farm, 2002, 23 (2): 239 – 54.
33. FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. Rev Saúd Púb, São Paulo, 2005, 39 (6).
34. FRANÇA, G.V. Direito Médico. 8. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2003.
35. FRANCO, M.L.P.B. Análise de conteúdo. Brasília: Plano Editora, 2003.
36. GARBER, I.L. Medicina: ciência y humanismo: questionamientos y reflexiones de la prática médica. Rev Invest Clin, 2002, 54 (4): 366 - 75.

37. GARBUTT, J.M.; DEFER, T.M.; HIGHSTEIN,G.; et al. Safe prescribing: na educational intervention for medical students. Teach Learn Med, 2006, 18 (3): 244 – 50.
38. GARBUTT, J.M.; HIGHSTEIN G.; JEFFE D.B. et al. Safe medication prescribing: training and experience of medical students and housestaff at a large teaching hospital. Acad Med, 2005, 80 (6) 594 – 99.
39. GAZETA MERCANTIL. Resenha setorial. Indústria Farmacêutica. São Paulo: Gazeta Mercantil. 1998. In: BERMUDEZ, J.A. e cols. O acordo Trips da Organização Mundial do Comércio e a proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, abril 2000.
40. GIROTTO, E.; SILVA, P.V. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. Rev Bras de Epidem, 2006, 9 (2): 226 – 34. Disponível em < http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>. Acesso em: 3/ 2007.
41. HENNING, R. H.; HOGERZEIL, H.V.; KOCABASOGLU, Y.E. et al. Guia do Instrutor em Prática da Boa Prescrição Médica. 4ª Versão Preliminar. [Organização Mundial de Saúde; trad.:Vera Lúcia Luiza e Claudia Garcia S.O de Castro]. NAF/ENSP/FICRUZ. Rio de Janeiro.2000.
42. HOLM, S. What is wrong with compliance? J Med Ethics,1993, 19 (2): 108 - 10.
43. KOROLKOVAS, A. Dicionário terapêutico guanabara 1995/1996. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
44. LAPORTE, Jr.; TOGNONI, G. Princípios de epidemiologia del medicamento. Barcelona: Salvat, 1983.
45. LEFÈVRE, F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo, Cortez, 1991.
46. LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc Saúd Colet, Rio de Janeiro, 2003, 8 (3).
47. LUZ, M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Editora Campos; 1988.
48. LYRA JÚNIOR, D. P.; PRADO, M.C.T.A.; ABRIATA, J.P. et al. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os

medicamentos. Seg Farm, São Paulo, 2004, 2 (2): 86 – 96.

49. MAIA, J.A. Formação Humanística no Ensino Superior em Saúde: intencionalidades e acasos. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.; ABDALLA, I.G. (orgs). Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência Editora, 2005.
50. MANZINI, J. L. Ética de la prescripción médica en un país pauperizado. Acta Bioeth, Santiago, 2005, 11(2).
51. MARTINO MORENO, S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. Med Clin, Barcelona, 2001, 116 (8): 299 – 306.
52. MATTAR, M.E.; MARKELLO J.; YAFFE S.J. et al. Pharmaceutic factors affecting pediatric compliance. Pediatr, 1975, 55: 101 – 8.
53. MAXWELL, S.; WALLEY, T. Teaching safe and effective prescribing in UK medical schools: a core curriculum for tomorrow's doctors. Br.J.Clin Pharm, 2003, 55 (6): 496-503.
54. MINAYO. M. C. S. O desafio do conhecimento. 9 edição. São Paulo: Hucitec, 2006.
55. MOLINARI, G.J.D.P.; MOREIRA, P.C.S.; CONTERNO, L.O. A influência das estratégias promocionais das indústrias farmacêuticas sobre o receituário médico na Faculdade de Medicina de Marília: uma visão ética. Rev Bras Educ Méd, 2005, 29 (2).
56. MORRIS, L.S.; SCHULZ, R.M. Medication compliance: the patient's perspective. Clin Ther, 1993, 15 (3): 593 – 606.
57. MOSEGUI, G.B.G.; ROZENFELD,S.; VERAS, R.P. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev Saúd Púb, 1999, 33 (5): 8.
58. MOTA, D.M.; GADELHA, S.R.; ALBUQUERQUE,M.Z.M. et al. Análise e avaliação fármaco-econômica de prescrições de medicamentos: um estudo preliminar. Mund Saúd, Fortaleza, 1999, 23 (3): 181 – 184.
59. NASCIMENTO, A. C. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado . Isto é regulação? SOBRAVIME, São Paulo, 2005.
60. PESSOTTI, I. A formação humanística do médico. Med Ribeirão Preto, 1996, 29: 440 – 48.
61. PETRAMALE, C. O ensino do uso racional de medicamentos durante a

formação médica. [Conferência] 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Gramado, 2006.

62. PINHEIRO, E.; BERMUDEZ, J.A. Medicamentos: desenvolvimento tecnológico, produção e consumo-situação, desafios e oportunidades para a FIOCRUZ. In: BERMUDEZ, J.A.; EPSZTEJN, R.; OLIVEIRA, M.A. et al. O acordo Trips da Organização Mundial do Comércio e a proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2000.
63. PIZZOL, F.; SILVA T.; SCHENKEL, E.P. Análise da adequação dos programas de medicamentos dirigida à categoria médica distribuída no Sul do Brasil. Cad Saúd Pub, 1998, 14 (1): 85 - 91.
64. ROZENFELD, S. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. Cad Saúd Púb, 1989, 5 (4): 388 – 402.
65. ROZICH JD, RESAR RK. Medication Safety: one organization's approach to the challenge. *JCOM*, 2001, 8 (10): 27 – 34.
66. RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. Qualitative interviewing: the art of hearing data. Sage Publications, Londres,1995.
67. RUMEL, D.; NISHIOKA, S. A.; SANTOS, A. A. M. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. Rev Saúd Púb, 2006, 40 (5): 921 – 927.
68. SÁNCHEZ GÓMES, E.; FERNÁNDEZ LISÓN, L.C.; GIMENES CASTELLANOS J. et al. Evaluación de errores em prescripciones antineoplásicas. Segui Farm, 2003, 1 (3): 105 – 9.
69. SANO, P.Y.; MASOTTI, R.R.; SANTOS, A.A.C. et al. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. J Pediatr, 2002, 78 (2): 140 – 45.
70. SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev Saúd Púb, 2004, 38 (6).
71. SCHENKEL, E.P. Cuidados com os medicamentos. 4ª ed. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
72. SEBASTIÃO, E. C. de O. Avaliação de cumprimento das exigências legais em ordens médicas em serviço de farmácia hospitalar de Ouro Preto e implicações na qualidade assistencial ao paciente. Rev Ciênc Farm, 2002, 23

(1): 71 – 85.

73. SHOPE, J.T. Medication compliance. Ped Clin North América, 1981, 28 (1): 5 - 21.
74. SILVA, T.; SCHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S. Nível de informação a respeito da medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. Cad. Saúd Púb, 2000, 16 (2).
75. SIMÕES, M.J.S.; FEGADOLLI, C. Consumo de medicamentos por prescrição médica na assistência básica à saúde do município de Araraquara –SP. In: Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia, I. Programas e Resumos. Fortaleza, s.n., 1996, p.34. Apud: ANDRADE. M.F. et al. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receita e notificações. Rev Bras Ciênc Farm, 2004, 40 (4).
76. SIMÕES, M.J.S.; SOLER, E.A. Estudo de alguns indicadores do consumo de medicamentos adotados pela OMS e antibioticoterapia em crianças. Tabatinga, 1998, 53. [Monografia apresentada no Curso de Especialização em Saúde Pública - UNESP].
77. SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA DE MEDICAMENTOS. Conselho Nacional de Saúde Quer política de produtos farmacêuticos genéricos. Boletim 29 [Editorial], abril-junho, 1998.
78. TEBBI, C.K.; CUMMINGS, K.M.; ZEVON, M.A. Compliance of pediatric and adolescent câncer patients. Cancer, 1986, 58: 1170 - 84.
79. VIANA, M.B.; LEÃO E. Princípios gerais da terapêutica e da prescrição. In: LEÃO E.; CORRÊA, E.J.; VIANA, M.B.,eds. Pediatria ambulatorial. In: SANO, P. Y. e cols. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. J Pediatr, 2002, 78 (2): 140 – 5.
80. WALSON, P.D.; GETSCHMAN, S.; KOREN G. Principles of drug prescribing in infants and children. A practical guide. Drugs, 1993, 46 (2): 281 – 8.
81. WHO. World Health Organization. Ethical criteria for medicinal drug promotion. Geneve; 1998 [Acesso em 2003 jul.27]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/library/monitor/edm17a.html>.
82. YUNES, J. Promoting essential drugs, rational drug use and generics: Brazil's National Drug Policy leads the way. Essential Drugs Monitor, 1999, 27:22-23.
83. ZANINI, A.C.; PAULO, L.G. Compliance sobre o encontro paciente-médico. In: Expectativas, dúvidas e fantasias da consulta médica. In: SANO, P. Y. et al.

Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. J Pediatr, 78 (2): 140 - 5.

ANEXOS

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: **A prescrição médica ambulatorial do interno do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas: formação e prática**

O objetivo deste estudo é de caracterizar e discutir o processo de capacitação para a elaboração da prescrição medicamentosa ambulatorial e a orientação do paciente na Faculdade de Medicina da UFAL.

Durante o estudo, serão avaliadas as prescrições dos Internos, colhidas em situação de simulação, com casos clínicos fornecidos aos alunos semelhante às situações do ambulatório, a partir dos quais deverão fazer as prescrições, sem interferência da orientação do professor. Em seguida, os alunos deverão responder a um breve questionário, consciente e voluntariamente, com o objetivo da maior lisura possível. Alguns alunos, após análise das prescrições, serão selecionados para entrevista, com a finalidade de aprofundar as respostas.

As informações colhidas com as avaliações das prescrições, dos questionários e das entrevistas fornecerão subsídios para o diagnóstico do estado atual das prescrições do aluno do 6º ano, identificando erros e acertos, além das inter-relações destes dados com as fontes e formas de ensino e aprendizagem. Conforme os resultados, estes dados poderão servir em prol de soluções, para os deficiências ora existentes, tanto com relação ao aluno como também ao egresso.

Esta avaliação seguirá os critérios recomendados pelo "Guia para a Boa Prescrição Médica" da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador é a Professora Vicentina Esteves Wanderley, que pode ser encontrada no Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciências da Saúde, que funciona no quarto andar do Hospital Prof. Alberto Antunes. Telefone: 3322-1441. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFAL, na Reitoria do Campus Universitário.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros alunos, não sendo divulgada a identificação de nenhum aluno.

O aluno terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento do pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos

propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito às indenizações legalmente estabelecidas.

O pesquisador poderá utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo sobre a “Avaliação da prescrição médica ambulatorial do aluno do internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas”.

Eu discuti com a Professora Vicentina Esteves Wanderley sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido na UFAL.

Assinatura do aluno Data / /

Assinatura do orientador Data / /

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste aluno para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

Vicentina Esteves Wanderley

End. Rua Senador Rui Palmeira, 647, Aptº404, P. Verde, Cep.57035-250, Maceió-AL
Fone:82-9983-6381
E-mail:vicentinaw@yahoo.com.br

ANEXO 2

1º Caso Clínico

Identificação: HAS, sexo feminino, 58 anos, viúva, doméstica (atualmente desempregada), natural de Maceió, AL, residente na Rua Projetada A no. 48, Bebedouro.
Q.P.: “Inchaço nas pernas”
H.D.A.: Sabe ser hipertensa há aproximadamente 10 anos, estando em tratamento irregular com medicamentos dos quais não se recorda o nome. Teve alguns atendimentos em emergência por crises hipertensivas. Há 6 meses queixa-se de edema nos membros inferiores, vespertino. Relata também dispnéia aos grandes esforços (subir ladeiras etc.). Nega dispnéia paroxística noturna e ortopnéia. Dorme bem e alimenta-se normalmente.
Antecedentes pessoais: Menarca aos 12 anos. Gesta 5 para 4. Um abortamento na última gestação, há 15 anos, durante a qual apresentou elevação da pressão arteiral. Nega etilismo e tabagismo..
Antecedentes familiares: Mãe falecida por “diabetes, pressão alta e derrame” (SIC). Pai vivo, saudável. Filhos saudáveis.

Ao exame:

- Lúcida, orientada.
- Normocorada, sem cianose ou icterícia.
- Altura: 1,58m, 84kg.
- P: 92bpm; P.A.: 190/110mmHg.
- Edema de MMII, ascendente até os joelhos, mole, frio, indolor, com formação de cacifo.
- Ausência de turgência jugular patológica.
- Pulmões: discretos estertores de finas bolhas nas bases.
- A.C.V.: RCR, ictus na linha axilar anterior esquerda, no 6º. EIC; presença de B3 e B4
- Abdome: ausência de massas ou visceromegalias.

ANEXO 3

2º Caso Clínico

Identificação: DPO, engenheiro eletrônico, 52 anos, casado, natural de São Paulo, SP, residente na R. das Amendoeiras, 480, Jardim do Horto, Gruta de Lurdes.
Q.P.: “Falta de ar”
H.D.A.: Há aproximadamente 5 anos queixa-se de dispnéia inicialmente aos esforços e atualmente constante. Dorme com três travesseiros. Relata “chiado no peito”. Nega edema de MMII. Utiliza inalação de Aerolin (mais de dez vezes ao dia).
Antecedentes pessoais: Fuma desde os 15 anos (mais de três maços ao dia). Etilismo social. Sedentarismo. Nega doenças e internações hospitalares.
Antecedentes familiares: Pai falecido por acidente automobilístico. Mãe viva, hipertensa. Filhos saudáveis.

Ao exame:

- Bom estado geral. Lúcido e orientado.
- Mucosas hipercoradas; sem icterícia ou cianose.
- Altura: 1,74m; Peso: 92Kg.
- P: 112bpm; P.A.: 130/80mmHg.
- Pulmões: roncos e sibilos disseminados. Estertores de médias bolhas nas bases, modificáveis pela tosse.
- A.C.V. e abdome: sem alterações clínicas.

ANEXO 4

Roteiro da avaliação da prescrição

	Completo	Parcial	Nenhum	
1)Nome Completo	☐	☐	☐	Obs._____
2) Endereço do paciente.	☐	☐	☐	Obs._____
3) Idade	☐	☐	☐	Obs._____
4) Item não analisado				

	GENÉRICO	COMERCIAL	AMBOS	
5) Nome genérico do medicamento.	☐	☐	☐	Obs._____

	COMPLETA	PARCIAL	NENHUM	
6) Dosagem	☐	☐	☐	Obs._____
7) Forma farmacêutica.	☐	☐	☐	Obs._____
8) Quantidade total.	☐	☐	☐	Obs._____
9) Instruções.	☐	☐	☐	Obs._____
10) Cuidados.	☐	☐	☐	Obs._____

	SIM	NÃO	
11) Data.	☐	☐	Obs._____

	SIM	NÃO	
12) Assinatura.	☐	☐	Obs. _____

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO

Este questionário é parte de uma pesquisa realizada nesta Instituição(UFAL), solicito sua atenção, no sentido de respondê-lo por completo e com o melhor detalhamento possível.
Os resultados, certamente, fornecerão elementos para o aprimoramento na formação do
Curso Médico.

1. Em suas atividades de ambulatório, você prescreve geralmente pelo nome genérico do medicamento ou pelo nome comercial?

   ☐ Genérico ☐ Comercial ☐ Ambos

2. Você recebe propagandas de laboratórios farmacêuticos?

   ☐ Freqüentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ou nunca

3. Acredita que a propaganda influencia sua prescrição?

   ☐ Sim ☐ Não

4. O que é RENAME?

5. Usa a RENAME (ou utilizou) em algum local onde faz (ou fez) estágio?

   ☐ Sim ☐ Não

6. Quais são os principais fatores <u>relacionados aos medicamentos</u>, que você leva em consideração, ao fazer a prescrição?

7. Quais são os principais fatores <u>relacionados aos paciente</u>, que você leva em consideração, ao fazer a prescrição?

8. Você explica ao paciente como usar o(s) medicamento(s)?

   ☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Raramente ou nunca

9. Que cuidados você tem ao explicar ao paciente o uso do(s) medicamento(s)?

10. Na sua explicação ao paciente, você orienta como ele pode obter a medicação (na instituição pública, genérico, manipulação etc.)?

11. Você conversa com o paciente para procurar adequar os horários da medicação às atividades dele?

12. Você pede ao paciente para repetir como ele entendeu a maneira de tomar a medicação?

13. Se o paciente não entender a forma de usar a medicação, o que você faz?

14. Durante seu curso médico, quando e por quem (disciplina, estágio), lhe foi ensinado como fazer uma prescrição medicamentosa corretamente?

15. Quando e de que forma você acha que realmente aprendeu a fazer uma prescrição medicamentosa, na prática?

16. Você se sente seguro, para fazer uma prescrição médica, destinada ao tratamento das doenças a que mais comumente atende?

17. Registre mais algum comentário que você deseje fazer a respeito de seu aprendizado para realizar uma prescrição médica.