



Prescrição em Medicina Geral e Familiar

Paula Broeiro*

Os gastos com medicamentos oscila entre 8,5% a 29,6% das despesas de saúde nos países que integram a OCDE e tem aumentado mais rapidamente que outras áreas de despesa em saúde.^{1,2}

Em Portugal, os encargos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) com medicamentos têm registado, nos últimos anos, taxas de crescimento na ordem dos 10% até 2003, ano em que a taxa de crescimento foi de 3% (menos de metade da taxa registada em 2002, 7%).³ Entre 1990 e 2000, houve um aumento do número de embalagens prescritas *per capita* de 7,5 para 12,0. Os encargos do SNS com medicamentos aumentaram de 0,64% do PIB (em 1990) para 0,93% do PIB (em 2000), sendo que, em 2000, as verbas destinadas ao SNS foram de 4,2% do PIB. Em 2000, os subgrupos terapêuticos com maior encargo financeiro para o SNS foram: anti-hipertensores, anti-reumáticos e outros anti-inflamatórios; antiácidos e anti-ulcerosos; antibióticos, vasodilatadores, anti-depressivos e psicotónicos.⁴

Este padrão de prescrição coincide em três grupos farmacoterapêuticos (psicofármacos, anti-hipertensores, anti-inflamatórios e analgésicos) com os resultados de um estudo publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral. Os grupos que diferiam dos resultados da DGS são os anticoncepcionais orais, anti-dislipidémicos e os anticoagulantes e antitrombóticos.⁵

Nestes últimos anos, a evolução do mercado e dos encargos do Estado com medicamentos sofreram uma redução que resultou, entre 2006 e 2008, de baixas administrativas de preços (6% cada ano).⁶

O medicamento adquiriu o estatuto de bem de consumo e converteu-se no centro da atenção dos sistemas de saúde, desviando uma medicina centrada no paciente para uma medicina centrada no medicamento.⁷ O mercado farmacêutico não difere dos restantes, em que se aplica a regra dos 80/20: 20% da população consome 80% da produção.⁷

De uma forma geral, os médicos ignoram os custos dos medicamentos, tendendo a subestimar o preço dos mais caros e sobrestimar o preço dos mais económicos, contribuindo esta discrepância para a despesa com medicamentos.⁸ Foram desenvolvidas estratégias, como a criação de normas de orientação clínica, com o objetivo de reduzir a despesa com medicamentos, todavia, a forma mais eficaz de contenção dos gastos foi a possibilidade dos médicos poderem escolher automaticamente os medicamentos mais baratos dentro da sua classe terapêutica.¹

A decisão suportada por evidência pode reduzir todos os custos com medicamentos e minimizar os erros. A informação sobre evidência deveria ser incorporada no *software* de prescrição. Os *softwares* de prescrição não apresentam os custos dos tratamentos alternativos. Se os médicos não tiverem noção dos custos, podem continuar a prescrever um medicamento mais caro para a mesma indicação, em especial, se estes medicamentos tiverem uma forte promoção.¹

Mesmo sistemas básicos, como o *software* de apoio médico (SAM), incluem um suporte de apoio à prescrição – aparentemente desenvolvido a pensar em questões económicas e não clínicas – cuja utilização, apesar de algumas limitações, é claramente vantajosa em relação à prescrição manual.

Diariamente, os médicos são confrontados com o dilema de decidir, na incerteza, da aplicabilidade individual da evidência, em particular, com o ruído da informação científica de credibilidade desconhecida. Os médicos precisam de conhecer os factores que influenciam as suas decisões terapêuticas, tratar ou não tratar, com ou sem medicamentos, porquê este medicamento e não outro semelhante. A insegurança das decisões tomadas na incerteza prende-se com estratégias de propaganda da doença (*mongering disease*) junto dos profissionais de saúde e populações: ansiedade de futura doença, inflação das taxas de prevalência de problemas de saúde, promoção agressiva de medicamentos para tratamento de sintomas e doenças ligeiros, intro-

*Assistente Graduada de Clínica Geral no Centro de Saúde do Lumiar



dução de diagnósticos questionáveis como ansiedade social, redefinição de resultados esperados (ex. Osteoporose, em que o objectivo terapêutico deveria ser a diminuição do risco de fractura e não o aumento da densidade óssea), promoção de medicamentos como solução de primeira linha de entidades anteriormente não considerados problemas de saúde (comportamento disruptivo na sala de aulas).⁸

Os pacientes são pouco ou mal informados porque, em geral, são informados directamente pelas partes interessadas (ex. campanha publicitária da disfunção eréctil). Muitos dos nossos utentes não têm um nível educacional suficiente que facilite a rápida compreensão da complexidade das decisões médicas.⁹ Cabe, por isso, ao médico toda a responsabilidade da decisão e dos custos das intervenções, sendo cada vez mais necessárias as decisões partilhadas. O paradigma da medicina está a mudar, o velho modelo do médico autoritário, que dava ordens e fazia recomendações, está a ser substituído pelo do médico benevolente (beneficiente) que zela pela autonomia do paciente, envolvendo-o nas decisões clínicas e na gestão dos seus cuidados de saúde. Este modelo requer que o médico adquira competências comunicacionais, e de aplicação clínica de evidência.⁸

Os factores que influenciam o comportamento de prescrever dependem da idade do médico, do treino, da influência da indústria, do ambiente e do contexto de prática. O número de doentes observados por dia pode influenciar a decisão de prescrever, isto é, mais doentes observados, mais prescrições. O elevado número de doentes pode corresponder a menos tempo com os utentes. Consultas rápidas afectam o processo racional de decisão terapêutica.¹⁰

A formação médica deveria ter, como objectivo, melhorar a qualidade das decisões, o que incluiria áreas como a psicologia, a lógica, a economia, a estatística, de forma aos médicos estarem aptos a avaliar evidência e promoção de medicamentos. Assim, todos os profissionais deveriam ser capazes de explicitar as suas decisões e de, com as suas intervenções, alcançar mais benefícios que riscos. A relação risco benefício das intervenções promocionais e a susceptibilidade individual é controversa. Parece existir uma associação entre exposição à promoção farmacêutica e a medicalização inapropriada ou desnecessária. Contudo, muitos mé-

dicos acreditam que são capazes de distinguir entre mensagens promocionais justificadas e injustificadas. A resistência à promoção pode ser aumentada pela capacidade de cada médico compreender a sua vulnerabilidade pessoal.¹¹

Mesmo revistas com revisão por pares, geralmente consideradas fontes credíveis sobre medicamentos, contêm anúncios de medicamentos.¹² As revistas científicas têm regras diferentes quanto à publicação de anúncios de medicamentos: umas não limitam a promoção, outras só aceitam anúncios com relevância, outras ainda, como a *PLoS Medicine*, não aceita qualquer anúncio e, por último, outras colocam anúncios diferenciados consoante a especialidade do assinante.¹²

Um dos principais problemas atribuídos aos médicos de família é a prescrição inapropriada e dispendiosa, sendo necessária uma intervenção educacional. Os custos elevados da prescrição estão associados com a visita dos representantes da indústria farmacêutica, que tendem a terminar as consultas com a prescrição *ad-hoc* de novos fármacos, utilizando isso como evidência de efeito dos fármacos.¹³

Os médicos acreditam que prescrevem com base em imparcial evidência, no entanto, as estratégias promocionais da indústria farmacêutica são efectivas.¹⁴ No *US Accreditation Council for Continuing Medical Education*, os residentes têm que aprender como as actividades promocionais influenciam a sua decisão terapêutica. Todos os profissionais de saúde deveriam ter formação sobre promoção farmacêutica para melhor serem capazes de: 1) explicitar cada decisão clínica e distinguir evidência de promoção; 2) compreender que atitude traz mais benefícios que riscos, 3) evitar a promoção farmacêutica e utilizar fontes credíveis de informação.¹¹

Um mecanismo para promover o uso efectivo de informação é a tomada de decisão centrada na equidade de cuidados: desigualdade das intervenções, aquisição da capacidade de analisar e desenvolver intervenções.¹⁵

Actualmente, discute-se a legitimidade de fazer campanhas dirigidas ao consumidor. Todavia, o impacto comercial é muito inferior, quando dirigido ao consumidor que tem, apenas, impacto individual, quando comparado com campanhas dirigidas ao prescritor (figura central do plano de promoção) de que podem resultar várias prescrições. Os anúncios nas revistas médicas são raramente o primeiro contacto com um pro-



duto. Nas estratégias promocionais, funcionam como meros recordatórios.

Os médicos de família precisam de compreender:

- qual o impacto da influência da promoção farmacêutica na sua independência profissional;
- que a maioria dos medicamentos novos, por vezes, não é substancialmente inovadora, pois são extensões de indicações, novas formulações, novas formas de administração;
- que o investimento em publicidade é desproporcionalmente superior à verdadeira inovação;
- que muitas noções de saúde e de medicina baseada em evidência estão enviesadas por objectivos comerciais.

Idealmente, os médicos deveriam ter direito a receber formação num ambiente livre da influência de estratégias comerciais; sendo isso impossível, devem desenvolver sentido crítico.¹⁴

O intervalo existente entre a evidência e a prática poderia ser estreitado se as normas de orientação clínica fossem efectivamente implementadas. Como qualquer mudança de comportamento, várias estratégias utilizadas para implementação de normas de orientação clínica revelaram ter efeitos modestos nas mudanças de comportamento.^{9,16} Actualmente, começa a emergir um interesse na identificação e compreensão das diferenças na prática e as barreiras à mudança dos comportamentos clínicos. A compreensão das mudanças de comportamento necessita de conjugar teorias relacionadas com o indivíduo (cognitivas e educacionais), com a interacção social e contexto (aprendizagem social) e com a organização e contexto económico (organizações inovadoras).⁹

Para muitas questões clínicas, a evidência é ainda insuficiente e, simultaneamente, muitos médicos têm lacunas formativas: na interpretação sofisticada dos resultados da investigação clínica; na integração do pensamento probabilístico, na hierarquização dos problemas e na inclusão de problemas éticos das decisões. A prática baseada na evidência é o processo de apoio à decisão clínica que melhor combina as atitudes clínicas e o respeito pelos valores dos pacientes.⁹

A evidência consistente é suportada por ensaios clínicos aleatorizados e controlados mas, por vezes, os resultados desses estudos não respondem à necessidade de alguns grupos (ex. idosos, minorias).¹⁷ Com o regis-

to de todos os ensaios clínicos (ex. <http://clinicaltrials.gov/>) e a obrigatoriedade de publicação de todos os resultados, estamos a iniciar uma nova era de evidência sem viés de publicação.

A mudança de comportamento na utilização racional de medicamentos começa por: os prescritores aceitarem que os problemas existem; compreenderem as suas causas; terem fontes de informação credíveis; existirem discussões abertas para responder a dúvidas individuais e novas abordagens; reconhecerem a força social que acelera a mudança de prática; identificarem as barreiras à implementação de novas práticas e formas de ultrapassar essas barreiras.¹⁸

Como profissionais de saúde, não nos devemos esquecer que todas as pessoas têm o direito de receber cuidados seguros, efectivos, centrados no paciente, atempados, eficientes e equitativos.¹⁹ A prescrição é um processo que, em última instância, depende da conduta profissional do médico e da sua interacção com o paciente. Por isso, não basta conhecer os problemas relacionados com os medicamentos, mas também a forma como são utilizados, por isso, recomenda-se: 1) fomentar a prescrição como resultado da selecção do medicamento mais apropriado para o paciente em questão (valorização cuidadosa da eficácia, toxicidade, conveniência e custo); 2) proporcionar os elementos necessários que facilitem o raciocínio terapêutico (informação independente, serviços ágeis de consulta terapêutica, sistema de farmacovigilância que elabore informação de retorno ao prescritor); 3) facilitar o processo por uma instituição competente (assegurar um mercado farmacêutico racional, promover formação contínua, melhorar as condições de trabalho e permitir o tempo necessário a cada consulta).⁷

A má adesão à terapêutica ocorre em qualquer idade, mas tem maior impacto nos idosos, porque sofrem de mais problemas de saúde e consomem mais medicamentos. A má adesão à terapêutica, neste grupo, deve-se a: défices cognitivos, falta de suporte social, dificuldade em seguir os conselhos médicos, instruções pouco claras e tendência para serem menos activos nos auto-cuidados. Nos idosos, as principais causas de internamento relacionados com medicamentos são: má adesão por esquecimento; efeitos adversos; percepção de que o medicamento não é necessário; confusão com medicamentos e custos.²⁰



A utilização simultânea de vários medicamentos (prescritos ou não e alternativos) está associada a problemas de gestão terapêutica, a má adesão, a utilização inapropriada e a diminuição da segurança de utilização medicamentosa. No entanto, em muitos problemas de saúde, a utilização de vários medicamentos é benéfica, apropriada e suportada por normas de orientação clínica (melhor evidência).²¹

Prescrever e gerir múltiplas terapêuticas, apropriada e efectivamente, é importante para optimização da função e prevenção de resultados adversos. O que se pretende com a racionalização da polifarmacoterapia é um equilíbrio harmonioso entre os tratamentos criteriosamente seleccionados, os problemas de saúde bem diagnosticados e os cuidados centrados na pessoa e baseados na melhor evidência.²¹

A melhoria da prescrição em Medicina Geral e Familiar depende:

- Do envolvimento dos médicos na gestão de recursos seleccionando os medicamentos apropriados individualmente, tendo em conta a sua eficácia, toxicidade, conveniência e custo.²²
- Da acessibilidade a fontes de informação credíveis sobre medicamentos, tendo presente que os novos medicamentos nem sempre são verdadeiras inovações e podem não ser superiores a outros mais velhos.¹⁴
- Do conhecimento do impacto das estratégias de promoção farmacêutica na prescrição, devendo os médicos ser capazes de explicitar as suas decisões clínicas.^{11,14}
- Da mudança de paradigma da medicina *médico autoritário* para medicina centrada no paciente e em decisões partilhadas (co-responsabilização).⁸
- Da implementação da melhor evidência na prática clínica individual (com as dificuldades inerentes à mudança de comportamento).^{16,18}
- Da utilização de uma medicina reflexiva que tenha como objectivo a maximização dos benefícios e a minimização dos riscos.^{18,19}
- Da utilização de suportes electrónicos de apoio à decisão clínica e à prescrição.¹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allan GM, Lexchin J, Wiebe N. Physician awareness of drug cost: a systematic review. *PLoS Med* 2007 Sep; 4 (9):e283. Disponível em: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/4/9/pdf/10.1371_journal.pmed.0040283-S.pdf [acedido em 05/09/2008].
2. OECD Health Division (2006) OECD Health Data 2006, October 06. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/20/51/37622205.xls> [acedido em 03/10/2008].
3. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde. Informação sobre o impacto das medidas de política do medicamento. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/impacto_politica_medic.pdf [acedido em 03/10/2008].
4. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Estatística. Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2000. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003. p. 125-9.
5. Ferreira R. Consumo crónico de medicamentos na população de um Centro de Saúde. *Rev Port Clin Geral* 2007 Mar-Abr; 23 (2): 125-32.
6. APIFARMA. APIFARMA alerta para a difícil situação do sector farmacêutico. Disponível em: <http://www.apifarma.pt/uploads/apifarma%2004%20setembro%202008.pdf> [acedido em 03/10/2008].
7. Valsecia M, Figueras A. Sobre la necesaria aplicación del razonamiento al proceso de prescripción. *Rev Port Clin Geral* 2008 Set-Out; 24 (5): 619-623.
8. Mintzes B. Disease mongering in drug promotion: do governments have a regulatory role? *PLoS Med* 2006; 3 (4): e198. Disponível em: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/4/pdf/10.1371_journal.pmed.0030198-S.pdf [acedido em 05/09/2008].
9. Hoffman JR, Wilkes MS, Day FC, Bell DS, Higa JK. The roulette wheel: an aid to informed decision making. *PLoS Med* 2006 Jun; 3 (6): e137. Disponível em: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/6/pdf/10.1371_journal.pmed.0030137-L.pdf [acedido em 31/09/2008].
10. Vancelik S, Beyhun NE, Acemoglu H, Calikoglu O. Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. *BMC Public Health* 2007 Jun 25; 7: 122. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-122.pdf> [acedido em 12/08/2008].
11. Mansfield PR, Lexchin J, Wen LS, Grandori L, McCoy CP, Hoffman JR, et al. Educating health professionals about drug and device promotion: advocates' recommendations. *PLoS Med* 2006 Nov; 3 (11): e451. Disponível em: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/11/pdf/10.1371_journal.pmed.0030451-S.pdf [acedido em 14/08/2008].
12. Fugh-Berman A, Alladin K, Chow J. Advertising in medical journals: should current practices change? *PLoS Med* 2006 May; 3 (6): e130. Disponível em: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/6/pdf/10.1371_journal.pmed.0030130-S.pdf [acedido em 14/08/2008].
13. Watkins C, Moore L, Harvey I, Carthy P, Robinson E, Brawn R. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. *BMJ* 2003 May 31; 326 (7400): 1178-9.
14. Biron P, Plaisance M, Lévesque P. Pharmas-co-dependence exposed: would it be time to say, "no thanks"? *Can Fam Physician* 2007 Oct; 53 (10):1635-7.
15. Bambas L. Integrating equity into health information systems: a human rights approach to health and information. *PLoS Med* 2005 Apr; 2 (4): e102. Disponível em: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/2/4/pdf/10.1371_journal.pmed.0020102-S.pdf [acedido em 14/08/2008].



- em 14/08/2008].
16. Fretheim A, Oxman AD, Havelsrud K, Treweek S, Kristoffersen DT, Bjørndal A. Rational prescribing in primary care (RaPP): a cluster randomized trial of a tailored intervention. *PLoS Med* 2006 Jun; 3 (6): e134. Disponível em: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/6/pdf/10.1371_journal.pmed.0030134-S.pdf [acedido em 14/08/2008].
 17. Aldrich R, Kemp L, -Williams JS, Harris E, Simpson S, Wilson A, et al. Using socioeconomic evidence in clinical practice guidelines. *BMJ* 2003 Nov 29; 327 (7426): 1283-5.
 18. Watkins C, Timm A, Gooberman-Hill R, Harvey I, Haines A, Donovan J. Factors affecting feasibility and acceptability of a practice-based educational intervention to support evidence-based prescribing: a qualitative study. *Fam Pract* 2004 Dec; 21 (6): 661-9.
 19. Green LA, Graham R, Bagley B, Kilo CM, Spann SJ, Bogdewic SP, Swanson J. Task Force 1. Report of the Task Force on Patient Expectations, Core Values, Reintegration, and the New Model of Family Medicine. *Ann Fam Med* 2004; 2 Suppl 1: S33-S50. Disponível em: http://www.annfam-med.org/cgi/reprint/2/suppl_1/s33 [acedido em 06/09/2008].
 20. Farris KB, Phillips BB. Instruments assessing capacity to manage medications. *Ann Pharmacother* 2008 Jul; 42 (7): 1026-36.
 21. Hilmer SN. The dilemma of polypharmacy. *Aust Prescr* 2008 Feb; 31 :2-3. Disponível em: <http://www.australianprescriber.com/upload/pdf/articles/930.pdf> [acedido em 13/09/2008].
 22. WHO. Guide to good prescribing. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_DAP_94.11.pdf [acedido em 31/10/2007]

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Paula Broeiro
E-mail: paulabroeiro@iol.pt

ALUIZIO LOUREIRO

Aluizio Loureiro nasceu em 6 de Março de 1951 no Rio de Janeiro/Brasil.

Licenciou-se em Medicina em 1977 e, actualmente, é Assistente Graduado de Clínica Geral e Medicina Familiar no Centro de Saúde de Boticas.

Entrou para a Sociedade Brasileira de Belas Artes em 1973, onde fez o curso de desenho artístico. Posteriormente teve como orientadora de desenho e pintura a óleo, a professora Maria Celeste P. Oliveira (Marcel).

Em 1987 e 1988 teve como orientador o professor Armínio Pascual, onde se dedicou à aprendizagem da técnica de sobreposição de manchas, com tinta a óleo, dando forma e volume aos temas seleccionados.

Em 1999, entrou para membro efectivo da ACMP (Auto Club Médico Português).

Em 2000, entrou para membro efectivo da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (SOPEAM).

Em 2005, entrou para membro da Tamagani. Nome este adquirido do povo que habitou às margens do Tâmega. Associação que nasce para defender, promover, divulgar e valorizar os interesses profissionais e culturais dos Artistas Plásticos do Alto Tâmega e Val de Monterrei.

Desde 1993 participou em inúmeras exposições, individuais e colectivas, em Portugal e Espanha



O Lago Azul
Acrílico sobre tela, 60x73cm
Aluizio Loureiro

capa