

# Custos directos da terapêutica farmacológica no ambulatório de Clínica Geral

LUIZ MIGUEL SANTIAGO\*, NUNO MIGUEL COBRADO\*\*

## RESUMO

**Objectivos:** Conhecer os custos directos com a medicação farmacológica, por doente e por diagnóstico, no ambulatório de Clínica Geral de um Médico.

**Material e métodos:** Estudo transversal, por recolha sistemática de dados – medicamento, posologia e diagnóstico – em 24 dias úteis seguidos de consulta, entre Junho e Julho de 2001, numa lista de um médico de Clínica Geral. Codificação dos diagnósticos com a «Tabela de Codificação dos Problemas de Saúde» da Subregião de Saúde de Coimbra. Medicamentos tratados segundo a Denominação Comum Internacional (DCI). Custos directos com a terapêutica segundo os valores de Preço de Venda a Público (PVP) em Prontuário Terapêutico de Março de 2001 e expressos em euros (€).

**Resultados:** Houve prescrição em 322 (68,4%) das consultas efectuadas, sendo 49,2% consultas no grupo etário dos 15 aos 64 anos. Registados 75 códigos de diagnóstico diferentes num total de 709 códigos. Registadas 227 DCIs diferentes num total de 848 DCIs prescritas. Custo médio por dia de 1,58±1,89€. Há patologias com custos médios por dia extremamente elevados – glaucoma: 3,09±1,75€, incontinência urinária: 2,77€, pneumonia: 2,39±2,68€ e zona: 3,42±4,96€, em comparação com hipertensão arterial: 0,38±0,50€, diabetes: 0,37±0,22€, dislipidémia: 1,11±0,39€ e depressão: 0,44±0,44€.

**Conclusões:** Prescrições em 68,4% das consultas. Encontrados 2,2±1,3 códigos de diagnóstico por doente, 2,6±1,6 DCIs por doente e 4,6±5,8 DCIs por código de diagnóstico com custo por doente por dia 1,6±2,0€.

O elevado número de DCIs utilizadas pode comprometer a sua utilização optimizada. Será a prevalência da patologia a determinar os custos directos da terapêutica e não a prescrição em si.

**Palavras-chave:** Medicamentos; Hipertensão Arterial; Diabetes; Depressão; Custos; Dislipidémia.

cenciamentos sempre com o argumento de redução do custo, tendo cada novo nome comercial, ou cada novo genérico de marca, redução de custo em cerca de 5%. Igualmente a reavaliação das comparticipações e a alteração do estatuto legal quanto à cedência ao público, com a consequente passagem a venda sem receita médica obrigatória, são medidas tendentes à redução dos custos. Porém, as contas de acordo com os dados do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED)<sup>1</sup> referidos no Quadro I, coincidem no aumento quase exponencial dos gastos com medicamentos, sendo criticadas as regras que definem o quantitativo a dispendir pelo Estado na comparticipação<sup>2</sup>.

O mesmo fenómeno de espiral de custos com a terapêutica é verificado a nível dos países da OCDE, apesar de as realidades serem bem diferentes quando observados outros indicadores ou taxas de acesso ao sistema de saúde como, por exemplo, o número de consultas por habitante/ano e receitas/ano<sup>1,3</sup>.

O aumento dos custos com medicamentos no SNS levanta várias questões, pertinentes e de difícil resposta, que podem radicar em uma ou mais das seguintes categorias:

- Aplicação cada vez mais rigorosa dos conteúdos de linhas de orientação de

**É** premente a questão dos custos com a terapêutica farmacológica, pois os gastos com medicamentos têm vindo a aumentar de uma forma que levanta, aos doentes e aos financiadores, questões de ineficiência de gestão dos recursos do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Em Portugal existe um cada vez maior número de genéricos de marca e de novas designações comerciais para moléculas já existentes, li-

\*Assistente graduado de Clínica Geral, Extensão de Marco dos Pereiros, Subregião de Saúde de Coimbra; Núcleo de Farmacovigilância do Centro.

\*\*Farmacêutico, Núcleo de Farmacovigilância do Centro.

QUADRO I

## VENDAS DE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS NO AMBULATÓRIO

	Mercado total		Mercado SNS		Encargos SNS	
	Valor	Varição	Valor	Varição	Valor	Varição
1996	347.106		208.164		139.859	
		+8,3%		+11,5%		+11,6%
1997	376.022		232.205		156.077	
		+5,9%		+8,5%		+8,9%
1998	398.054		251.932		170.037	
		+12,6%		+11,2%		+11,3%
1999	448.235		280.175		189.294	
		+8,1%		+8,8%		+10,0%
2000	484.720		304.942		208.273	

Fonte: INFARMED, Estatísticas do Medicamento 2000

diagnóstico com valores cada vez mais restritos<sup>4</sup>;

- Aplicação dos conteúdos de relatórios baseados na evidência clínica, sendo preferida a utilização de medicamentos novos e, eventualmente, mais dispendiosos<sup>5</sup>;
- Número de consultas e acesso aos cuidados de saúde (em particular serviços de «urgência»)<sup>6</sup>;
- Número de medicamentos receitados<sup>6</sup>;
- Custo das «inovações» terapêuticas<sup>7</sup>;
- Falta de cumprimento do constante nas indicações aprovadas no RCM<sup>8</sup>;
- Erros de prescrição<sup>8</sup>;
- Tratamento de sintomas e sinais em vez de doenças diagnosticadas<sup>9</sup>;
- Prescrição médica de defesa<sup>9</sup>;
- Maior pressão dos doentes para a toma de medicamentos, valorizando excessivamente questões de qualidade de vida e que poderão no final levar à sua redução pelos efeitos adversos motivados pela terapêutica<sup>7,9</sup>;
- Pressão do *marketing*<sup>7,9</sup>.

Tem sido apontado como solução para o problema do custo directo com medicamentos:

- A substituição medicamentosa no balcão da farmácia, haja ou não pres-

crição por Denominação Comum Internacional (DCI);

- A substituição pelo medicamento similar mais barato;
- A simples criação de um formulário, eventualmente por patologias, onde o Estado apenas consideraria os medicamentos ou as DCIs comparticipadas.

Há em Portugal estudos que levantam a possibilidade de a redução de custos com medicamentos ser possível através da criação de um mercado de genéricos. Referem Barros e Gomes, em dados não publicados, para Portugal, a possibilidade de se atingir uma poupança anual, a preços de 2000, de 111.730,72€ para uma penetração dos genéricos de 10% no mercado em vendas ao público. No entanto a realidade portuguesa é a da aprovação e comparticipação de medicamentos por escalões para todo o universo de eventuais medicados, seguida de colocação no mercado, sem quaisquer regras de utilização, a não ser as constantes da AIM e RCM, num quadro de assegurada liberdade de prescrição.

Dado que a prescrição em Clínica Geral (CG) é feita por médicos, em contexto muito próprio, parece premente que se inicie o estudo do custo da tera-

pêutica em ambulatório, em função do diagnóstico realizado ao paciente que procura apoio médico, considerando o investimento e o eventual grau de controle atingido com a terapêutica farmacológica, para patologias agudas ou crônicas<sup>10</sup>.

Como fim tido em vista, encontra-se, formalmente, a tentativa de encontrar um instrumento que possibilite o estudo prático do custo da terapêutica. Será eventualmente mais importante saber quanto custa tratar uma doença do que saber o custo de uma receita, o número médio de medicamentos por receita, ou apenas o número de embalagens prescritas por médico. Será necessário saber se o que gera custos é o ambiente da relação médico-doente, precisando saber-se se é a doença ou apenas as queixas o que origina o gasto.

Dada a ausência, neste âmbito, de trabalhos publicados em Portugal, pensou-se que haveria razões para um estudo de campo em que fossem verificados os custos da terapêutica no ambulatório de Clínica Geral. O presente estudo teve como objectivos conhecer os custos directos com a medicação farmacológica, por doente e por diagnóstico, no ambulatório de Clínica Geral de um médico.

## MÉTODOS

Foi efectuado um estudo transversal, por recolha sequencial e sistemática de dados na consulta entre os dias 4 de Junho e 12 de Julho, ambos inclusive, num total de 24 dias úteis de consulta no consultório e de quatro períodos de seis horas de Consulta alargada na Sede do Centro de Saúde. A população estudada era constituída por doentes da lista de um médico de Clínica Geral em localização urbana/suburbana e rural, atendidos quer no consultório quer em consulta alargada na Sede do Centro de Saúde, na área da Sub-região de Saúde

de Coimbra.

Foi utilizada uma folha para registo de dados a recolher na consulta com caracterização de idade, género (masculino ou feminino), medicamento prescrito, posologia diária e código de diagnóstico. A população estudada foi dividida em três grupos etários: menor de 15 anos, 15 a 64 anos e 65 ou mais anos.

A informação foi posteriormente recolhida em base de dados Access e processada em Excel e SPSS.

Os diagnósticos foram codificados de acordo com a «Tabela de Codificação dos Problemas de Saúde» (Emerius, Subregião de Saúde de Coimbra), que se baseia na CIPS2 e na ICPC. Quanto à consulta alargada, apenas foram introduzidos em base de dados os atendimentos a doentes inscritos no ficheiro. Neste período, não foram consideradas segundas consultas para um mesmo doente já registado com a mesma patologia. Exceptuam-se os casos de alteração de indicação terapêutica ou de posologia para um mesmo fármaco.

Os dados relacionados com medicamentos foram processados em função da Denominação Comum Internacional (DCI). Não foram considerados os custos directos com anticoncepcionais orais (ACOs), fornecidos gratuitamente pelo Centro de Saúde, no âmbito do programa oficial sobre Planeamento Familiar. Foi utilizado, como factor de conversão, a relação 1 ml = 20 gotas para os colírios.

Foram seguidas as normas constantes de relatórios internacionais e de consenso quanto a patologias como hipertensão arterial, diabetes, dislipidémia e insuficiência cardíaca.

Os dados são apresentados em frequências absolutas (número de casos) e relativas (percentagem), medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão – DP, máximo e mínimo registado). Para verificação de diferenças entre dados nominais foi uti-

lizado o teste do  $\chi^2$ , com correcção de Yates sempre que os valores esperados fossem inferiores a 5, considerando-se significância estatística para valores de  $p < 0,05$ . Os custos directos com a terapêutica são calculados em função dos valores de Preço de Venda a Público (PVP) dos medicamentos prescritos, segundo Prontuário Terapêutico de Março de 2001 e expressos em Euros (€). O custo médio de tratamento/dia foi calculado multiplicando a razão entre o número de unidades terapêuticas disponibilizadas na embalagem e o PVP, pelo número de unidades prescritas por dia.

## RESULTADOS

Num ficheiro com 1.502 indivíduos inscritos (49,7% homens, 14,5% menores de 15 anos, 67,2% entre os 15 e os 64 anos e 18,3% acima dos 64 anos) foram realizadas 471 consultas. Neste período, foram feitas 20 consultas/dia tendo resultado prescrição em 322 (68,4%) consultas. Nestes 322 doentes, em dois não foi possível identificar o diagnóstico e prescrição e em 17, com diagnóstico identificado, não houve prescrição associada. De acordo com o Quadro II, verifica-se que o grupo etário mais prevalente é o dos 15-64 anos.

De acordo com o Quadro III, dois códigos de diagnóstico representam 25% do número total de diagnósticos registados, e 20 códigos representam

75%. No total foram registados 75 códigos de diagnóstico diferentes para um total de 709 códigos introduzidos em base de dados relativos à população estudada. Foram testadas as diferenças entre o número de códigos de diagnóstico e o género dos doentes.

De acordo com o Quadro IV, 11 DCIs representam 25% do número total de DCIs prescritas, e 35 representam 50%. No total foram registados 227 DCIs diferentes para um total de 848 DCIs prescritas e introduzidas em base de dados relativos à população estudada.

No Quadro V são referidos os valores de média, máximos e mínimos para os códigos de patologia por doente, bem como o número de DCIs por doente, o número de DCIs por código de diagnóstico e os custos directos com a terapêutica por doente em euros. Em função da prescrição verifica-se que os medicamentos receitados pelo nome genérico representam 17,3% dos DCIs prescritos (13 em 75). Já a sua expressão em função do número de embalagens prescritas é de 5,3%, com 45 prescrições num total de 848.

No Quadro VI são apresentados os valores relativos aos custos directos com a terapêutica pelos 20 principais códigos de diagnóstico, expressos em custos totais de prescrição e custos médios de tratamento/dia.

É de referir que algumas patologias de diagnóstico específico em especialidade têm custos médios de terapêutica farmacológica diária extremamente ele-

QUADRO II

DADOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA ESTUDADA

Estratificação etária	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (100,0%)
<15 anos	14 (10,2)	14 (7,6)	28 (8,6)
15-64 anos	62 (44,9)	96 (52,2)	158 (49,2)
> 64 anos	62 (44,9)	74 (40,2)	136 (42,2)
<b>TOTAL</b>	<b>138 (100,0)</b>	<b>184 (100,0)</b>	<b>322 (100,0)</b>

## QUADRO III

## NÚMERO TOTAL DE DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS NA CONSULTA

Diagnóstico	Masculino N (%)	Feminino N (%)	TOTAL N (%)
Hipertensão arterial	63 (21,2)	87 (21,1)	150 (21,2)
Diabetes	23 (7,7)	19 (4,6)	42 (5,9)
Dislipidémia*	27 (9,1)	13 (3,2)	40 (5,6)
Depressão	8 (2,7)	27 (6,6)	35 (4,9)
Articulação dolorosa*	6 (2,0)	29 (7,0)	35 (4,9)
Ansiedade	12 (4,0)	20 (4,9)	32 (4,5)
Terapêutica hormonal de substituição	–	26 (6,3)	26 (3,7)
Insuficiência cardíaca congestiva	8 (2,7)	17 (4,1)	25 (3,5)
Angor	12 (4,0)	11 (2,7)	23 (3,2)
Úlcera péptica	9 (3,0)	13 (3,2)	22 (3,1)
Vertigens	7 (2,4)	10 (2,4)	17 (2,4)
Varizes	5 (1,7)	12 (2,9)	17 (2,4)
Osteoporose*	1 (0,3)	13 (3,2)	14 (2,0)
Anemia ferripriva*	9 (3,0)	4 (1,0)	13 (1,8)
Hipertrofia prostática benigna	13 (4,4)	–	13 (1,8)
Amigdalite	4 (1,3)	8 (1,9)	12 (1,7)
Vigilância em Saúde Infantil	5 (1,7)	5 (1,2)	10 (1,4)
Febre dos fenos/ Rinite	2 (0,7)	7 (1,7)	9 (1,3)
Disquinésia biliar	2 (0,7)	7 (1,7)	9 (1,3)
Micose cutânea	6 (2,0)	3 (0,7)	9 (1,3)
Outros códigos	75 (25,3)	81 (19,7)	156 (22,0)
<b>TOTAL</b>	<b>297 (100,0)</b>	<b>412 (100,0)</b>	<b>709 (100,0)</b>

\*p&lt;0,05

vados como sejam os casos de glaucoma (3,09±1,75€/dia), incontinência urinária (2,77€/dia), pneumonia (2,39±2,68€/dia) e zona (3,42±4,96€/dia). Tais patologias determinam elevados custos terapêuticos por dia apesar da escassa prevalência, mas com impacto significativo nos custos totais (6,0%: glaucoma 6,19€, incontinência urinária 2,77€, pneumonia 7,17€ e zona 13,68€) e no custo médio de tratamento/dia por doente. No Quadro VII, são referidos os números de DCIs que foram prescritas por patologia.

## DISCUSSÃO

O presente estudo pode sofrer da críti-

ca de o investigador ser o prescriptor. Tal facto poderia constituir um viés e, ao mesmo tempo, um ganho, se, como não é o caso, o autor pudesse provar que teria havido alterações forçadas na terapêutica, com compromisso da segurança e do controlo terapêutico. Este estudo sofre ainda da limitação de reflectir apenas a prescrição de um médico, num período de tempo limitado e numa específica época do ano.

A circunstância de, ao longo do estudo, sempre ter havido a presença junto ao prescriptor de uma aluna do ano profissionalizante da licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ajudou a garantir uma constância de prescrição e colheita de dados, ao mesmo tempo

## QUADRO IV

MEDICAMENTOS IDENTIFICADOS PELA DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL, EM FUNÇÃO DO SEXO.  
DADOS SÃO APRESENTADOS EM FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DENTRO DO GÊNERO

Denominação Comum Internacional	Masculino n (%)	Feminino n (%)	TOTAL n (%)
Metformina	17 (4,7)	14 (2,9)	31 (3,7)
Enalapril	14 (3,8)	12 (2,5)	26 (3,1)
Pravastatina	14 (3,8)	8 (1,7)	22 (2,6)
Hidroclorotiazida	6 (1,6)	16 (3,3)	22 (2,6)
Ácido acetilsalicílico 100mg	13 (3,6)	6 (1,2)	19 (2,2)
Lisinopril	11 (3,0)	8 (1,7)	19 (2,2)
Acetilsalicilato de lisina 100mg	11 (3,0)	7 (1,4)	18 (2,1)
Indapamida 2,5mg	9 (2,5)	8 (1,7)	17 (2,0)
Propranolol 40mg	7 (1,9)	7 (1,4)	14 (1,7)
Amlodipina	6 (1,6)	6 (1,2)	12 (1,4)
Insulina	5 (1,4)	6 (1,2)	11 (1,3)
Tamsulosina	11 (3,0)	–	11 (1,3)
Omeprazol	6 (1,6)	5 (1,0)	11 (1,3)
Gliclazida	8 (2,2)	3 (0,6)	11 (1,3)
Paracetamol	4 (1,1)	7 (1,4)	11 (1,3)
Trimetazidina	3 (0,8)	7 (1,4)	10 (1,2)
Alprazolam	3 (0,8)	7 (1,4)	10 (1,2)
Atenolol	4 (1,1)	5 (1,0)	9 (1,1)
Nifedipina GITS	5 (1,4)	4 (0,8)	9 (1,1)
Estradiol	–	9 (1,9)	9 (1,1)
Furosemido	2 (0,5)	7 (1,4)	9 (1,1)
Vitamina D	4 (1,1)	5 (1,0)	9 (1,1)
Bisoprolol	5 (1,4)	4 (0,8)	9 (1,1)
Mononitrato de isossorbido	6 (1,6)	3 (0,6)	9 (1,1)
Tiocolquicosido com paracetamol	3 (0,8)	5 (1,0)	8 (0,9)
Ferro e ácido fólico	7 (1,9)	1 (0,2)	8 (0,9)
Digitalina	2 (0,5)	6 (1,2)	8 (0,9)
Diazepam	3 (0,8)	5 (1,0)	8 (0,9)
Amoxicilina	4 (1,1)	4 (0,8)	8 (0,9)
Captopril	1 (0,3)	7 (1,4)	8 (0,9)
Felodipina	3 (0,8)	5 (1,0)	8 (0,9)
Mexazolam	2 (0,5)	5 (1,0)	7 (0,8)
Espironolactona	2 (0,5)	5 (1,0)	7 (0,8)
Ramipril	3 (0,8)	4 (0,8)	7 (0,8)
Trinitrato de isossorbido	2 (0,5)	5 (1,0)	7 (0,8)
Outros DCIs	159 (43,6)	267 (55,3)	426 (50,2)
<b>TOTAL</b>	<b>365 (100,0)</b>	<b>483 (100,0)</b>	<b>848 (100,0)</b>

\*p≤0,05

## QUADRO V

## RESULTADOS GERAIS QUANTO A CÓDIGOS DIAGNÓSTICO E DCIS NA AMOSTRA

Relação	Média ± SD	Máximo	Mínimo
Nº de códigos de diagnóstico por doente	2,2±1,3	7	1
Nº de DCIs por doente	2,6±1,6	8	1
DCIs por código de diagnóstico	4,6±5,8	39	1
Custo por doente/dia (€0,00)	1,58±1,89	15,60	0,00

## QUADRO VI

## CUSTO DA PRESCRIÇÃO TOTAL E EM CUSTO/DIA (MÉDIA±DESVIO PADRÃO), POR CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO E CUSTO ACUMULADO, EXPRESSO EM VALOR TOTAL E PERCENTAGEM RESPECTIVA.

Códigos de diagnóstico	Custo total da prescrição	Custo/dia Média±DP	Custo acumulado € (%)
Hipertensão arterial	84,65	0,38±0,50	84,65 (16,9)
Diabetes	20,57	0,30±0,19	105,22 (21,0)
Dislipidémia	42,17	1,11±0,39	147,38 (29,4)
Depressão	17,53	0,44±0,44	164,92 (32,9)
Articulação dolorosa	46,60	1,26±1,82	211,52 (42,3)
Ansiedade	6,74	0,20±0,16	218,26 (43,6)
Terapêutica hormonal de substituição	9,51	0,32±0,35	227,77 (45,5)
Insuficiência cardíaca congestiva	8,92	0,22±0,31	236,69 (47,3)
Angor	4,54	0,22±0,23	241,23 (48,2)
Úlcera péptica	36,04	1,64±0,85	277,27 (55,4)
Vertigens	6,93	0,46±0,48	284,21 (56,8)
Varizes	12,30	0,77±0,55	296,51 (59,2)
Osteoporose	10,07	0,59±0,66	306,57 (61,2)
Anemia ferripriva	3,02	0,22±0,16	309,59 (61,8)
Hipertrofia prostática benigna	12,98	1,00±0,19	322,57 (64,4)
Amigdalite	22,64	1,74±0,76	345,20 (69,0)
Vigilância em Saúde Infantil	4,44	0,34±0,52	349,64 (69,8)
Febre dos fenos/ Rinite	3,53	0,35±0,15	353,17 (70,5)
Disquinésia biliar	3,52	0,39±0,25	356,68 (71,2)
Micose cutânea	22,87	1,91±3,9	379,55 (75,8)
Outros códigos	126,85	-	500,68 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>500,68</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

que a utilizar medicamentos dentro do que nas normas internacionais está estatuído e do que nas boas práticas deve ser realizado.

Em 149 (31,6%) das consultas efectuadas não houve lugar a prescrição farmacológica, o que em Clínica Geral tem particular significado. Não foi feita caracterização das consultas em que

não houve prescrição. É de salientar, pelo que representa em termos de acessibilidade, que 49,2% das consultas, com registo de diagnóstico, se situa na faixa entre os 15 e os 64 anos. As patologias mais atendidas na consulta estão de acordo com o ficheiro de doenças crónicas do investigador e podem, de alguma forma, reflectir a realidade de

## QUADRO VII

NÚMERO DE DCIS POR PATOLOGIA, PARA AS  
CATORZE PATOLOGIAS MAIS REGISTRADAS

Patologia	DCIs n
Hipertensão arterial	39
Depressão	24
Insuficiência cardíaca congestiva	21
Articulação dolorosa	17
Ansiedade	11
Terapêutica hormonal de substituição	11
Diabetes	9
Úlcera péptica	8
Disquinésia biliar	8
Febre dos fenos / Rinite	8
Angor	8
Dislipidemia	7
Artrite Reumatóide e aparentados	7
Micose cutânea	7

uma lista, ou de um perfil de médico de cuidados de saúde primários, com a hipertensão arterial, a diabetes e a dislipidemia no topo dos diagnósticos efectuados. Será possível que em outra altura do ano a realidade seja diferente, particularmente quanto a patologia infecciosa ou outra de cariz sazonal, o que deverá ser alvo de outros estudos.

É de salientar ser elevado o número de DCIs utilizadas, o que pode comprometer a eficácia da sua utilização optimizada. Em termos qualitativos e quantitativos, as DCIs prescritas estão de acordo com os códigos de diagnóstico efectuados. De facto, parece ser importante, senão mesmo fundamental, que o conteúdo dos Registos de Características do Medicamentos, sejam do concreto conhecimento do prescriptor. O registo de um valor médio de 2,6 DCIs prescritas por doente pode implicar questões de interacções medicamentosas, bem como de aparecimento de Reacções Adversas a Medicamentos, por si potenciais geradoras de custos. Sendo o número de DCIs manuseadas

por patologia de  $4,6 \pm 5,8$ , há patologias em que tal número parece ser marcadamente elevado (hipertensão arterial com 39, depressão com 24 e insuficiência cardíaca congestiva com 21). Estes resultados por certo implicam critérios apurados de escolha, para o que uma contínua formação é essencial, assim como levantam a necessidade de esquemas de aconselhamento ou de suporte ao médico prescriptor, através de esquemas vários que podem incluir acompanhamento por técnicos especializados<sup>11</sup>.

Os custos directos em PVP de patologias muito prevalentes neste período, revelam ser baixos, como é o caso da hipertensão arterial e da diabetes e mesmo da dislipidemia. Algumas patologias, apesar de pouco frequentes, significam elevados custos financeiros directos diários para o sistema. Será a prevalência da patologia que determina os custos financeiros directos da terapêutica e não prescrição em si, dado os valores de custo médio/dia serem relativamente baixos nas patologias de maior prevalência.

Tratando-se de uma área de extrema sensibilidade e para a qual se encontra apontada grande pressão por parte do SNS, que no final de 2001 coloca grande ênfase na prescrição de medicamentos pelo seu nome genérico, assim como coloca ao paciente a necessidade de inquirir o médico e o farmacêutico sobre o custo dos medicamentos prescritos, serão necessários outros estudos, baseados na mesma metodologia e tendentes a medir o custo da terapêutica em função da patologia. Tais estudos deverão inclusivamente observar outros períodos do ano e em que outras patologias serão eventualmente mais prevalentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. Estatísticas do medicamento



2000. Lisboa, INFARMED, 2001.

2. Ordem dos Médicos – Conselho Nacional Executivo 1996.

3. Organization for Economic Co-Operation and Development. OECD Economic Surveys 1997-1998 - Portugal. OECD, 1998.

4. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: quality study. *BMJ*. 2001; 323:1100-2.

5. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Effectiveness matters. Counselling in primary care. The University of York. 2001; 5(2).

6. Campbell SM, Cantrill JA, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ* 2000; 321:425-8.

7. The National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation. Prescription Drugs and Mass Media Advertising, 2000. NIHCM Foundation, 2001.

8. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000; 320:484-8.

9. Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Kazanjian A, Bassett K, Lexchin J et al. Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey. *BMJ* 2002; 324: 278-9.

10. Scherger JE. Challenges and opportunities for primary care in 2002. *Medscape Family Practice*. 2002; 2(1).

11. Diogéne E, Rodriguez D. Desenvolvimento da Farmacologia Clínica nos Cuidados Primários em Espanha. A experiência da Fundação Instituto Catalão de Farmacologia. *Rev Port Clin Geral* 2001;17: 395-403.

#### Agradecimentos

A Carolina Santiago, estudante do terceiro ano de Organização e Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra pela realização da base de dados.

A Cláudia Coelho, aluna à data do 6º Ano da nova reforma da Licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, pelo apoio diário à obtenção de dados para este estudo.

#### Endereço para correspondência:

Luiz Miguel Santiago  
Núcleo de Farmacovigilância do Centro  
Universidade de Coimbra  
Apartado 3020  
3001-401 Coimbra  
Tel=Fax: 239 716291  
email: rdd50646@mail.telepac.pt

Recebido para publicação em: 26/03/02

Aceite para publicação em: 20/09/02

#### DIRECT COSTS OF PHARMACOLOGICAL THERAPY IN AN AMBULATORY CARE SETTING

##### ABSTRACT

**Objectives:** To determine the direct costs of pharmacological therapy, per patient and diagnosis, in a primary care ambulatory setting.

**Type of study:** descriptive cross-sectional study.

**Setting:** primary care surgery of a general practitioner in an urban and sub-urban location in the centre of Portugal.

**Methods:** In 24 consecutive work days from June to July 2001, data about daily prescriptions were obtained. These data were brand name, dose and diagnosis for prescription. Diagnoses were coded through the «Tables for Coding Health Problems» from the Coimbra Health Region and drugs designated according to their International Common Denomination (ICD). Direct costs were calculated according to the retail prices issued in the «Portuguese Therapeutic Prontuary, 2001» in euros.

**Results and conclusions:** We found that a prescription was issued in 68,4% of all consultations, with 2,2±1,3 diagnoses per patient. There were 2,6±1,6 ICD's per patient and 4,6±5,8 ICDs per diagnosis. We estimated a cost of €1,6±2,0 per day per patient. The elevated number of ICD's prescribed may limit its optimal use. It will be the prevalence of the health problem to determine the direct cost of treatment and not prescribing in itself.

**Key-words:** Drugs; Hypertension; Diabetes; Depression; Costs; Hyperlipidaemia.