

ESTUDO INDIRETO SOBRE AS PRÁTICAS DE PRESCRIÇÃO DE MÉDICOS DE CURITIBA, PARANÁ

Indirect study about the prescription practices of physicians from Curitiba, Paraná

Eduardo Bertol¹, Amaury Lelis Dal Fabbro²

RESUMO

Os medicamentos são um recurso terapêutico que vem ganhando cada vez mais importância no tratamento dos pacientes, o que tem feito várias instituições nacionais e internacionais implementarem esforços no sentido do estímulo a boas práticas de prescrição. Entretanto, várias influências têm levado médicos a adotarem práticas irracionais de prescrição, elevando custos cada vez mais e oferecendo riscos para a saúde dos doentes. Este estudo teve por objetivos descrever as práticas de prescrição de uma amostra de médicos de Curitiba, Paraná, a partir de respostas dadas a um questionário autoaplicado, bem como investigar se médicos atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF) prescrevem de forma diferente dos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em outros serviços e explorar o uso de um questionário autoaplicado para esse fim. Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra de conveniência. Foram entrevistados 17 indivíduos em unidades da ESF, 22 em UBS, 5 em Hospital Universitário e 5 em Centro Clínico por meio de um questionário sobre dados demográficos e com 20 questões em uma escala Likert de 5 pontos que explorava ideias a respeito da prescrição de fármacos. O escore resultante foi comparado aos dados demográficos e foi constatado que médicos sem especialidade, médicos de família e comunidade, médicos da ESF, que atuam em apenas um local de trabalho, que se encontram nas faixas etárias entre 25 e 34 anos e entre 40 e 59 anos de idade e que se formaram entre os anos de 1985 a 1994 e entre 2005 e 2012 obtiveram escores maiores.

PALAVRAS-CHAVE: Prescrições de Medicamentos; Prescrição Inadequada; Condutas na Prática dos Médicos.

ABSTRACT

Medicines are therapeutic options which are gaining more and more importance in the treatment of patients, leading several national and international institutions to efforts in order to stimulate good prescribing practices. However, many influences have led physicians around the world to adopt irrational prescribing practices, leading to increasingly high costs and risks to patients' health. This study aimed to describe the prescribing practices of a sample of doctors from Curitiba, Paraná, from responses to a self-applied questionnaire as well as to investigate if doctors working in the Family Health Strategy may prescribe differently of those working in Basic Health Units and in other services and to explore the use of a self-applied questionnaire for this purpose. This is a cross-sectional study with a convenience sample. 17 individuals were interviewed in Family Health Units, 22 in Basic Health Units, 5 in the University Hospital and 5 in the Clinical Center through a questionnaire on demographic data and 20 questions in a 5-point Likert scale that explored ideas concerning drug prescription. The resulting score from these questions was compared to demographic data and it was found that doctors with no medical specialty, family and community physicians, those working in Family Health Units, those working in just one workplace, who are in the age groups between 25 and 34 years and between 40 and 59 years of age and who graduated between the years 1985 to 1994 and between 2005 and 2012 had higher scores.

KEYWORDS: Drug Prescriptions; Inappropriate Prescribing; Physician's Practice Patterns.

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. E-mail: edbertol@yahoo.com.br.

² Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. E-mail: adfabbro@fmrp.usp.br

INTRODUÇÃO

Os medicamentos têm sido cada vez mais utilizados como recurso terapêutico. Por serem uma importante fonte de lucro para a indústria farmacêutica, esta tem exercido enorme influência sobre os médicos.^{1,2,3} Essa interação entre indústria e profissionais pode levar a padrões de tratamento que não atendam aos critérios de prescrição racional de fármacos – definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como quando os pacientes recebem medicamentos apropriados para as suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade – o que pode levar a agravos à saúde e desperdício de recursos, tanto públicos quanto por desembolso direto.^{4,5}

Entre as recomendações para estimular o uso racional de medicamentos, a OMS sugere o treinamento em farmacoterapia baseada em problemas nas escolas de medicina e que a educação médica continuada em serviço seja um pré-requisito para manter a licença profissional.⁵ Também definiu, em 1975, o conceito de medicamentos essenciais – definidos como aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem ser selecionados por critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e custo favorável – e, em 1977, criou uma lista de medicamentos essenciais, que é revisada até hoje com base em evidências científicas e critérios de custo-efetividade. Por fim, em 1978, na Conferência de Alma-Ata, a provisão de medicamentos essenciais foi reconhecida como um dos oito elementos da Atenção Primária à Saúde (APS).⁶

O Brasil também vem desenvolvendo ações para o incentivo à prescrição racional de medicamentos, por meio da revisão periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), do fortalecimento da Assistência Farmacêutica na APS e da produção de conhecimento e elaboração de informações com base em evidências, entre outros.⁷ No município de Curitiba, Paraná, o Decreto Legislativo nº 5 de 1991 estabeleceu convênio com a extinta Central de Medicamentos (CEME) para o desenvolvimento do Programa de Assistência Farmacêutica. A partir de 1993, as Unidades de Saúde (US) de Curitiba passaram a contar com farmácias que dispunham de um rol de medicações para problemas básicos e prevalentes na população.^{8,9}

Apesar de todos esses incentivos às boas práticas de prescrição e à assistência farmacêutica, têm-se observado vários problemas no Brasil e em outros países, como a não adesão a diretrizes clínicas e a falta de atualização de conhecimentos terapêuticos; o uso de medicações novas

no mercado que, com frequência, não representam inovações do ponto de vista terapêutico e podem envolver riscos pela falta de evidências em relação à segurança no seu uso; a pouca adesão, por parte dos médicos, ao uso de medicamentos na denominação genérica e que pertençam a listas de medicamentos essenciais e o uso de medicamentos de alto custo ou que não sejam fornecidos pelo sistema público de saúde.^{5,10,11,12,13,14}

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem crescendo como o eixo principal de reestruturação da APS no Brasil, inclusive com o objetivo de melhorar o acesso dos pacientes aos recursos terapêuticos. Alguns estudos têm se proposto a avaliar a influência da ESF na prescrição e consumo de medicamentos, com resultados variados, porém, na maioria das vezes, levantando informações referentes aos medicamentos mais prescritos e consumidos, às características demográficas da população estudada e ao acesso às medicações. Não foram encontrados, em nossa revisão, estudos nacionais que questionassem as ideias e hábitos dos prescritores com relação aos medicamentos indicados aos usuários dos serviços. Tampouco esses estudos procuraram comparar a ESF com outros contextos, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou serviços hospitalares.^{15,16,17,18,19,20,21}

A partir desses dados, questionou-se se os médicos de Curitiba que atuam na ESF, nas UBS e em outros serviços estão cientes da relevância da assistência farmacêutica no município, de ser um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) a formulação de uma política de medicamentos e se eles colocam esses serviços à disposição de seus pacientes por meio da prescrição médica, independente da especialidade e do local de atendimento.^{9,22}

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que utilizou um questionário autoaplicável entregue por contato direto a uma amostra de médicos atuando na ESF, em UBS, no Hospital Universitário Cajuru (HUC) e no Centro Clínico Nossa Saúde (CCNS) no município de Curitiba, Paraná. Os objetivos eram descrever as ideias autorrelatadas sobre prescrição de uma amostra de médicos atuando no município, a partir de respostas dadas a um questionário autoaplicado, bem como investigar se médicos atuando na ESF prescrevem de forma diferente dos que atuam em UBS e em outros serviços e explorar o uso de um questionário autoaplicado para esse fim.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba contava, no momento do estudo, com 54 UBS e 55 unidades da ESF, sendo a maioria localizada na periferia do município. Para as UBS, a SMS selecionava clínicos, gine-

cologistas-obstetras e pediatras; para as unidades da ESF, não era exigido qualquer tipo de especialização.

O HUC é um hospital geral com ênfase no atendimento a trauma e emergências e que conta com serviços de residência médica, atendendo exclusivamente ao SUS; suas especialidades incluem desde a Clínica Médica e Cirurgia Geral até áreas mais específicas, como Ortopedia, Nefrologia e Neurologia, entre outras.

O CCNS é um hospital de pequeno porte que atende exclusivamente à clientela de seu plano de saúde, contando com um pronto atendimento, centro cirúrgico, enfermaria e ambulatório de especialidades.

Foi selecionada uma amostra de conveniência de tamanho igual a 17 indivíduos para as unidades da ESF, 22 para as UBS e 5 para o HUC e CCNS. A taxa de resposta de médicos a estudos deste tipo costuma ser baixa. Dessa forma, optou-se por uma amostra de conveniência, com contato direto com os médicos nos serviços participantes até que se conseguisse atingir o tamanho amostral estipulado. Uma amostra de grandes proporções com taxa de resposta muito baixa poderia comprometer, de forma importante, a interpretação dos resultados.^{23,24,25,26,27,28,29} A coleta de dados ocorreu em março de 2013. A pesquisa se realizou com a autorização prévia da SMS de Curitiba, do HUC e do CCNS. Nas US, os indivíduos foram entrevistados nas regionais Pinheirinho, CIC e Bairro Novo.

Antes do início da entrevista, os participantes eram solicitados a assinarem um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido em duas vias, caso concordassem com a participação no estudo. O questionário conta com uma primeira parte sobre os dados demográficos. Os entrevistados foram solicitados a definir seu sexo, se masculino ou feminino; a idade em anos; o ano em que haviam se formado; a cidade em que se graduaram; se atuavam na assistência direta ao paciente, na área acadêmica, de pesquisa ou ambas; se possuíam especialização e, em caso afirmativo, eram solicitados a escrever em que área atuavam predominantemente no momento do estudo. Os entrevistados eram considerados como especialistas se tivessem concluído ou estivessem participando de um curso de especialização, pós-graduação ou residência. Por ser entendida como o padrão-ouro de treinamento para médicos, a residência foi considerada prioritária sobre as demais formas de especialização. Assim, se um médico marcasse que possuía tanto pós-graduação ou especialização como residência, apenas a última opção era levada em consideração.

A segunda parte é constituída por 10 pares de questões em escala tipo Likert de cinco pontos com afirmações a respeito de hábitos e ideias acerca da prescrição médica. Cada par de questões abordou, de forma dicotômica, um tema diferente. Cada uma das 20 questões foi colocada em ordem aleatória no questionário e fornecia uma pontuação de 1 a 5, totalizando um escore que variava de 20 a 100 pontos e que constituiu a variável dependente do estudo. A Tabela 1 mostra os temas abordados com suas questões e ordem de aparecimento no questionário.

Tabela 1 - Relação dos temas abordados, suas questões e ordem de aparecimento no questionário.

| Tema | Questões | Ordem de aparecimento no questionário |
|---|---|---------------------------------------|
| Envolvimento dos pacientes na decisão terapêutica | Eu envolvo os pacientes, sempre que possível, na tomada de decisão sobre o tratamento. | 19 |
| | Eu tenho receio de que os pacientes me digam sua opinião com relação ao tratamento, já que são leigos no assunto. | 9 |
| Uso de alternativas não farmacológicas | Eu considero também alternativas não farmacológicas antes de prescrever. | 20 |
| | Ao orientar um tratamento, prefiro prescrever uma medicação a prescrever medidas não farmacológicas, como mudanças de estilo de vida, exercícios ou dietas. | 18 |
| Esclarecimento dos pacientes sobre os objetivos do tratamento | Após prescrever, eu procuro me certificar se os pacientes entenderam os objetivos do tratamento. | 3 |
| | Eu entendo que, após prescrever o medicamento, o paciente vai seguir a receita, independente se ele foi informado do objetivo do tratamento ou não. | 6 |

| Tema | Questões | Ordem de aparecimento no questionário |
|--|---|---------------------------------------|
| Reavaliação e acompanhamento sobre o tratamento | Eu me certifico de que o tratamento foi seguido a cada nova consulta com o paciente. | 1 |
| | Eu sempre assumo que, ao retornar, o paciente seguiu minha prescrição conforme o orientado na consulta anterior. | 8 |
| Preocupação sobre o custo da medicação para o paciente | Eu sempre levo em consideração o custo da medicação para o paciente na hora de prescrever. | 5 |
| | É importante que o paciente tente conseguir a medicação prescrita, pois a sua saúde é mais importante do que o custo que a medicação possa eventualmente ter. | 17 |
| Uso de medicamentos genéricos | Sempre que possível, procuro prescrever medicamentos genéricos. | 4 |
| | Medicamentos genéricos costumam ser menos confiáveis do que medicamentos de marca. | 7 |
| Uso de medicamentos da farmácia básica curitibana | Sempre que possível procuro prescrever medicamentos disponíveis na rede pública de saúde. | 14 |
| | Medicamentos da rede pública de saúde costumam ser menos confiáveis do que os comprados em farmácias. | 15 |
| Uso de medicamentos recém-lançados no mercado | Tratamentos antigos, porém bem validados por estudos, podem ser melhores do que drogas lançadas recentemente. | 2 |
| | Eu gosto de testar drogas novas no mercado sempre que possível, visando ampliar meu leque de opções terapêuticas. | 11 |
| Atualização de conhecimentos terapêuticos | Eu me preocupo em basear minhas prescrições em dados de periódicos, protocolos, <i>guidelines</i> , livros-texto ou informações de congressos. | 12 |
| | Eu confio em basear minhas prescrições na opinião de colegas ou em informações sobre novos tratamentos fornecidas por representantes farmacêuticos. | 16 |
| Uso do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) | Eu oriento meus pacientes sobre a possibilidade de adquirirem os medicamentos no Programa Farmácia Popular. | 10 |
| | O Programa Farmácia Popular não é relevante para mim quando oriento um paciente sobre aonde buscar a medicação prescrita. | 13 |

Fonte: dados da pesquisa.

O questionário foi previamente testado em uma amostra de 10 médicos residentes e preceptores de uma residência em medicina de família e comunidade para eventuais correções. A análise estatística foi feita pelo *software* Stata, versão 9.1.

Os critérios de inclusão foram médicos atuando nas

UBS, nas unidades da ESF, no HUC e no CCNS no município de Curitiba. Os critérios de exclusão foram médicos que não estivessem atuando em atividades clínicas ou que não atuassem diretamente com prescrição (como patologistas, radiologistas, administradores etc.), alunos de graduação e médicos residentes.

RESULTADOS

Foram abordados 50 indivíduos no total, sendo que um dos médicos na ESF recusou-se a participar do estudo, totalizando 49 pessoas entrevistadas. A pesquisa foi conduzida com 17 (34,7%) indivíduos em 7 unidades da ESF, 22 (44,9%) em 10 UBS, 5 (10,2%) no HUC e 5 (10,2%) no CCNS.

Dos 49 médicos entrevistados, 18 (36,7%) eram do sexo masculino, 34 (69,4%) haviam se formado em Curitiba e 6 (12,2%) atuavam não só na assistência direta ao paciente como também na área acadêmica ou de pesquisa. A maioria dos participantes tinha entre 30 e 34 anos de idade (24,5%) e havia se formado entre 1995 e 2004 (34,7%). De todos os indivíduos participantes do estudo, nenhum relatou atuar, além de seu local de trabalho, em outra unidade da ESF ou UBS. Treze entrevistados (26,5%) não atuavam em nenhum outro emprego, mas a maioria trabalhava em mais algum outro local além daquele em que foi realizada a entrevista. A maior parte (49,0%) contava com residência médica concluída. Dez médicos (20,4%) não

possuíam qualquer tipo de especialização. Com relação aos demais, 9 (18,4%) trabalhavam como médicos de família e comunidade (MFCs), 5 (10,2%) como clínicos, 7 (14,3%) como pediatras, 2 (4,1%) como ginecologistas e obstetras, 1 (2,0%) como geriatra, 10 (20,4%) com outras especialidades e 5 (10,2%) relataram trabalhar com mais de uma especialidade simultaneamente.

A seguir, foram calculadas as médias dos escores para cada serviço participante do estudo. A análise estatística por meio do teste *t* de Student não demonstrou nenhuma diferença significativa entre cada uma das 19 unidades assistenciais estudadas ($p = 0,1947$), porém observou-se que o tipo de unidade de atendimento ($p = 0,0411$), a idade do entrevistado ($p = 0,0299$), o ano de formatura ($p = 0,0151$), a atuação em outros locais além daquele em que ocorreu a entrevista ($p = 0,0458$) e a especialidade referida pelo participante como a de principal atuação no momento ($p = 0,0043$) apresentaram diferenças significativas nas médias dos escores. No primeiro caso, a média foi maior nas unidades da ESF, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores obtidos dos questionários, por tipo de serviço.

| Tipo de serviço | Média | Desvio-padrão | IC 95% |
|-----------------|-------|---------------|--------------|
| ESF | 86,1 | 7,30 | 71,8 – 100,0 |
| UBS | 79,9 | 7,21 | 65,8 – 94,0 |
| HUC | 81,8 | 1,31 | 79,2 – 84,4 |
| CCNS | 78,0 | 10,08 | 58,2 – 97,8 |
| Total | 82,0 | 7,67 | 67,0 – 97,0 |

Fonte: dados da pesquisa.

As médias foram maiores nas faixas etárias entre 25 e 34 anos e entre 40 e 59 anos e para os médicos formados entre os anos de 1985 a 1994 e entre 2005 e 2012. Essas

duas variáveis são apresentadas nas Tabelas 3 e 4, respectivamente.

Tabela 3 - Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores obtidos dos questionários, por faixa etária.

| Faixa etária (anos) | Média | Desvio-padrão | IC 95% |
|---------------------|-------|---------------|-------------|
| 25-29 | 86,5 | 4,09 | 78,5 – 94,5 |
| 30-34 | 83,8 | 6,45 | 71,2 – 96,4 |
| 35-39 | 74,1 | 10,37 | 53,8 – 94,4 |

| Faixa etária (anos) | Média | Desvio-padrão | IC 95% |
|---------------------|-------|---------------|--------------|
| 40-44 | 82,3 | 5,35 | 71,8 – 92,8 |
| 45-49 | 85,3 | 6,02 | 73,5 – 97,1 |
| 50-54 | 84,8 | 8,14 | 68,8 – 100,0 |
| 55-59 | 81,6 | 6,95 | 68,0 – 95,2 |
| >59 | 74,7 | 6,03 | 62,9 – 86,5 |
| Total | 82,0 | 7,67 | 67,0 – 97,0 |

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4 - Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores obtidos dos questionários, por ano de formatura.

| Ano de formatura | Média | Desvio-padrão | IC 95% |
|------------------|-------|---------------|-------------|
| 1977-1984 | 79,0 | 7,13 | 65,0 – 93,0 |
| 1985-1994 | 85,1 | 6,90 | 71,6 – 98,6 |
| 1995-2004 | 78,5 | 8,26 | 62,3 – 94,7 |
| 2005-2012 | 85,8 | 5,47 | 75,1 – 96,5 |
| Total | 82,0 | 7,67 | 67,0 – 97,0 |

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação à atuação em outros locais além daquele no qual o participante foi entrevistado, o resultado foi maior entre aqueles que não atuavam em nenhum outro local, conforme mostrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores obtidos dos questionários, por outros locais de atuação.

| Ano de formatura | Média | Desvio-padrão | IC 95% |
|--|-------|---------------|--------------|
| Nenhum | 87,5 | 6,85 | 74,1 – 100,0 |
| CMUM/UPA/pronto atendimento/pronto-socorro | 81,0 | 7,44 | 66,4 – 95,6 |
| Clínica ambulatorial, consultório particular ou por convênio | 80,0 | 7,46 | 65,4 – 94,6 |
| Hospital/enfermaria/UTI/centro cirúrgico | 81,5 | 1,73 | 78,1 – 84,9 |
| Atua em 3 locais ou mais simultaneamente | 78,8 | 8,31 | 62,5 – 95,1 |
| Total | 82,0 | 7,67 | 67,0 – 97,0 |

Fonte: dados da pesquisa.

A análise das especialidades mostrou uma média maior dos grupos que não possuíam especialidade ou que atua-

vam como MFCs, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Cálculo das médias e desvios-padrão dos escores obtidos dos questionários, por especialidade.

| Especialidade | Média | Desvio-padrão | IC 95% |
|---|-------------|---------------|--------------------|
| Medicina de família e comunidade/saúde da família | 87,8 | 5,81 | 76,4 – 99,2 |
| Clínica médica | 80,4 | 4,04 | 72,5 – 88,3 |
| Pediatria | 78,9 | 5,11 | 68,9 – 88,9 |
| Ginecologia e obstetrícia | 69,0 | 7,07 | 55,1 – 82,9 |
| Geriatrics | 77,0 | - | - |
| Outras | 79,2 | 7,19 | 65,1 – 93,3 |
| Mais de uma | 80,2 | 7,33 | 65,8 – 94,6 |
| Nenhuma | 86,8 | 7,70 | 71,7 – 100,0 |
| Total | 82,0 | 7,67 | 67,0 – 97,0 |

Fonte: dados da pesquisa.

As médias para sexo ($p = 0,7111$), cidade de formatura ($p = 0,9806$), atuação na assistência direta ou área acadêmica ($p = 0,7903$) e se possuía ou não residência ou especialização ($p = 0,2212$) não mostraram diferenças significativas. Os coeficientes de correlação de Pearson foram

calculados entre cada questão. Entre os pares de questões divididos por tema, os coeficientes variaram de 0,0145 a 0,4523. Os coeficientes entre as questões 6 e 8 e entre a 4 e a 14 apresentaram valores mais altos, de 0,5559 e 0,6415, respectivamente.

DISCUSSÃO

Os coeficientes de correlação entre os pares de questões divididos por tema foram fracos. Quanto às médias de pontuação, as questões sobre o envolvimento do paciente na decisão terapêutica apresentaram um desvio-padrão mais estreito. Os demais temas apresentaram grande variação nas pontuações, o que sugere uma maior diversidade de opiniões.

O presente estudo obteve escores maiores para médicos nas faixas etárias entre 25 e 34 e entre 40 e 59 anos e formados entre 1985 a 1994 e entre 2005 a 2012. Algumas pesquisas encontraram que *general practioners* (GPs) mais idosos tinham custos de prescrição menores, ou que profissionais mais jovens tinham melhores conhecimentos sobre medicamentos genéricos. Por outro lado, outros autores encontraram que GPs mais jovens eram mais influenciados pela indústria farmacêutica e que profissionais

com mais tempo de prática tinham maior probabilidade de prescrever antibióticos para resfriados comuns. Isso poderia representar duas formas diferentes de influência pela idade – mais experiência poderia significar menos incerteza na hora de prescrever, ao mesmo tempo em que poderia indicar mais anos de prática sem atualização adequada de conhecimentos.^{10,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41}

Médicos não especialistas e MFCs também obtiveram maiores médias de pontuação. Alguns estudos concluíam que GPs, MFCs e generalistas tinham melhor desempenho em certos aspectos da prescrição, como melhores conhecimentos sobre medicamentos genéricos, preocupações com o custo para o paciente e maior adesão a diretrizes e *guidelines*. Outras pesquisas mostraram esses especialistas adotando medicações novas com avidez, prescrevendo antibióticos para infecções provavelmente virais e receitando fármacos potencialmente inadequados para idosos. Alguns artigos não apresentavam uma definição clara de

GP, MFC ou generalista – se seriam apenas aqueles com residência médica na área ou profissionais sem especialização – e outros não comparavam essas categorias com especialistas focais.^{10,11,28,30,36,34,35,42,43,44,45,46,47,48, 49,50,51,52}

Os médicos atuando na ESF também apresentaram escores maiores, o que pode ser explicado pela presença de farmácias nas US, com um número limitado de especialidades farmacêuticas levando a um melhor conhecimento das posologias, efeitos adversos e indicações, mas as UBS contam com farmácias com o mesmo rol de medicamentos. A maioria dos estudos avaliando prescrições na ESF no Brasil encontrou bons índices referentes a variáveis como número de medicamentos por receita, porcentagem de injetáveis e de fármacos que constam em listas de medicamentos essenciais e número de antibióticos, embora haja diferenças entre os municípios estudados e ausência de comparação a outros tipos de serviço.^{15,16,19} Na literatura internacional, a maioria dos autores encontrou resultados favoráveis à APS e aos profissionais com vínculo empregatício público, à exceção de Vancelik et al., que concluíram que GPs turcos trabalhando em centros de APS tinham mais chance de serem influenciados pela indústria farmacêutica do que os que trabalhavam em hospitais.^{37,40, 53}

Por fim, os médicos que atuavam em apenas um local de trabalho também tiveram pontuações mais altas. Não foram encontrados estudos avaliando o impacto da quantidade de empregos sobre a prescrição, mas a literatura aponta que quanto maior a pressão assistencial – maiores listas de pacientes, tempo menor para consulta, ou mais pacientes vistos por dia – pior o impacto sobre a prescrição médica.^{30,31,32,35,37,38,54}

CONCLUSÕES

O estudo obteve alta taxa de resposta com possibilidade de comparar os escores dentro de várias categorias (sexo, idade, especialidade), além de contar com uma amostra heterogênea e procurar abordar questões relevantes para o tema. Também apresentou limitações, como o fato de apenas uma pequena fração dos entrevistados ter sido abordada no setor hospitalar e em serviços privados. Algumas respostas podem ter sido influenciadas por questões relativas ao processo de trabalho, como no caso de médicos intensivistas; esses profissionais podem não considerar relevante o uso de medicamentos genéricos e do PFPB, pois as medicações utilizadas por eles são encontradas nos seus postos de trabalho. O mesmo pode ter ocorrido com médicos na ESF e nas UBS.

O escore utilizado pode ter um valor limitado por sua somatória não permitir diferenciar entre diversos aspectos

da prescrição, como o uso de genéricos e o custo dos fármacos, por exemplo, além de tentar transformar uma variável qualitativa – as ideias sobre prescrição – em uma variável quantitativa – um escore numérico. Por se basear nas ideias autorrelatadas, os resultados podem estar sujeitos ao efeito Hawthorne.

Médicos sem especialidade, com apenas um vínculo empregatício e MFCs apresentaram escores significativamente maiores. Como essas categorias foram encontradas com mais frequência na ESF – que também obteve valores mais altos – é possível que tenham surgido variáveis de confusão. Dificilmente os resultados poderiam ser generalizados para outros contextos, o que é sugerido pela variedade de conclusões dos estudos sobre o tema no Brasil e no exterior, bem como pelas diferenças entre os sistemas sanitários.

Os resultados sugerem as hipóteses de que, em Curitiba, médicos da ESF, MFCs, médicos sem especialidade, que atuam em apenas um local de trabalho, que têm entre 25 e 34 anos e entre 40 e 59 anos de idade e que se formaram entre os anos de 1985 a 1994 e entre 2005 e 2012 prescrevem de forma mais racional do que seus pares, o que precisa ser confirmado por um novo estudo com uma amostra representativa. Outra possibilidade é a de conduzir uma pesquisa que procure observar se há correlação entre os valores deste escore e a qualidade das prescrições dos participantes.

REFERÊNCIAS

1. Prosser H, Walley T. Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract.* 2003 Apr.; 53(489):305-11.
2. Moynihan R. Um novo acordo para definir doença. *BMJ Brasil.* 2011; 4(37):340-2.
3. Chimonas S, Brennan TA, Rothman DJ. Physicians and drug representatives: exploring the dynamics of the relationship. *J Gen Intern Med.* 2007 Feb.; 22(2):184-90.
4. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010 nov.; 15(Supl. 3):3561-7.
5. World Health Organization. *The world medicines situation 2011.* 3rd ed. Geneva: OMS; 2011.
6. Quick JD, Hogerzeil HV, Velásquez G, Rågo L. Twenty-five years of essential medicines. *Bull World Health Or-*

gan. 2002; 80(11):913-4.

7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2011.

8. Curitiba. Decreto Legislativo nº 05, de 15 de maio de 1991. Referenda o Convênio firmado entre a Central de Medicamentos – CEME e o Município de Curitiba para desenvolvimento do Programa de Assistência Farmacêutica, conforme específica. Leis Municipais: Leis de Curitiba-PR. 2014. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/decreto-legislativo/1991/1/5/decreto-legislativo-n-5-1991-referenda-o-convenio-firmado-entre-a-central-de-medicamentos-ceme-e-o-municipio-de-curitiba-para-desenvolvimento-do-programa-de-assistencia-farmaceutica-conforme-especifica?q=05>>.

9. Histórico da Secretaria Municipal de Saúde [Internet]. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; c2011 [Citado em 2011 out. 26]. Disponível em: <<http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm>>.

10. García FM, Ramiro MAS, Lázaro GA, Pulido OR, Agüero LF, Castro AV, et al. ¿También somos variables ante la Evidencia? Rev Clin Med Fam. 2010 feb.; 3(1):18-22.

11. Garjón FJ, Azparren A, Vergara I, Azaola B, Loayssa JR. Adoption of new drugs by physicians: a survival analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2012 Mar. 8 [Cited 2013 June 09]; 12:56. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-56.pdf>>.

12. Silvério MS, Leite ICG. Qualidade das prescrições em município de Minas Gerais: uma abordagem farmacoepidemiológica. Rev Assoc Med Bras. 2010; 56(6):675-80.

13. Pizzol TSD, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Köenig A, et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. Cad Saúde Pública. 2010 abr.; 26(4):827-36.

14. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, D'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2011 out.; 27(10):1939-50.

15. Colombo D, Helena ETS, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. Padrão de Prescrição de Medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau.

Rev Bras Ciênc Farm. 2004 out.- dez.; 40(4):549-58.

16. Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACD, Belém LF, Simões MOS. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. Rev Bras Epidemiol. 2007 jun.; 10(2):149-56.

17. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves, JR Filho, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2008 jul.; 24(7):1545-55.

18. Oliveira CA, Marin MJS, Marchioli M, Pizolletto BHM, Santos RV. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2009 maio; 25(5):1007-16.

19. Tavares NU, Bertoldi AD, Muccillo-Baisch AL. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008 ago.; 24(8):1791-800.

20. Vosgerau MZ, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Carvalho GS. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl.1):1629-38.

21. Vosgerau MZ, Souza RK, Soares DA. Utilização de genéricos em área de atuação da equipe de Saúde da Família em município do sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2011 jun.; 14(2): 253-63.

22. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

23. Gossell-Williams MD. Generic substitutions: a 2005 survey of the acceptance and perceptions of physicians in Jamaica. West Indian Med J. 2007 Oct.; 56(5):458-63.

24. Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behavior of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. Qual Saf Health Care. 2003 Feb.; 12(1):29-34.

25. Theodorou M, Tsiantou V, Pavlakis A, Maniadakis N,

- Fragoulakis V, Pavi E, et al. Factor influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009 Aug. 20 [Cited 2012 Mar. 21]; 9:150. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2737540/pdf/1472-6963-9-150.pdf>>.
26. Barrett JS, Narayan, M, Patel D, Zuppa AF, Adamson PC. Prescribing habits and caregiver satisfaction with resources for dosing children: rationale for more informative dosing guidance. *BMC Pediatr* [Internet]. 2011 Apr. 2 [Cited 2012 Mar. 21]; 11:25. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-11-25.pdf>>.
27. Grávalos GJD, Fernández GP, Masid EM, Górriz IC. Opinión de los médicos de atención primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica. *Rev Esp Salud Publica*. 2001 jul.; 75(4):361-74.
28. Takahashi G, Matsuzaki Z, Nakayama T, Masuyama K. Patterns of drug prescription for Japanese cedar pollinosis using a clinical vignette questionnaire. *Allergol Int*. 2008 Dec.; 57(4):405-11.
29. Scott A, Jeon S, Joyce CM, Humphreys JS, Kalb G, Witt J, et al. A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors. *BMC Med Res Methodol*. [Internet]. 2011 Sep. 5 [Cited 2012 Apr.]; 11:126. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2288-11-126.pdf>>.
30. Garcia AJ, Martos F, Leiva F, Sánchez De La Cuesta F. Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. *Gac Sanit*. 2003 Mar. - Apr.; 17(2): 144-9.
31. de Bakker DH, Coffie DSV, Heerdink ER, van Dijk L, Groenewegen PP. Determinants of the range of drugs prescribed in general practice: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007 Aug. 22 [Cited 2014 Mar. 28]; 7:132. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-132.pdf>>.
32. Jaye C, Tilyard M. A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. *Br J Gen Pract*. 2002 May; 52(478):381-6.
33. Kozyrskyj AL, Dahl ME, Chateau DG, Mazowita GB, Klassen TP, Law BJ. Evidence-based prescribing of antibiotics for children: role of socioeconomic status and physician characteristics. *CMAJ*. 2004 July 20; 171(2):139-45.
34. Gjelstad S, Dalen I, Lindbæk M. GPs' antibiotic prescription patterns for respiratory tract infections – still room for improvement. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27(4):208-15.
35. Brekke M, Rognstad S, Straand, J, Furu K, Gjelstad S, Bjørner T, et al. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: how common? *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26(2):80-5.
36. Tichelaar J, Richir MC, Avis HJ, Scholten HJ, Antonini NF, De Vries TP. Do medical students copy the drug treatment choices of their teachers or do they think for themselves? *Eur J Clin Pharmacol*. 2010 Apr.; 66(4):407-12.
37. Vancelik S, Beyhun NE, Acemoglu H, Calikoglu O. Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. *BMC Public Health* [Internet]. 2007 June 25 [Cited 2014 Mar. 28]; 7:122. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913508/pdf/1471-2458-7-122.pdf>>.
38. Davidson W, Molloy DW, Somers G, Bédard M. Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. *CMAJ*. 1994 Mar. 15; 150(6):917-21.
39. Tsimtsiou Z, Ashworth M, Jones R. Variations in anxiolytic and hypnotic prescribing by GPs: a cross-sectional analysis using data from the UK Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract*. 2009 June; 59(563):e191-8.
40. Skoglund I, Björkelund C, Mehlig K, Gunnarsson R, Möller M. GPs' opinions of public and industrial information regarding drugs: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 Aug. 25 [Cited 2014 Mar. 28]; 11:204. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-204.pdf>>.
41. Mohan S, Dharamraj K, Dindial R, Mathur D, Parmasad V, Ramdhanie J, et al. Physician behaviour for antimicrobial prescribing for paediatric upper respiratory tract infections: a survey in general practice in Trinidad, West Indies. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* [Internet]. 2004 June 14 [Cited 2012 July 14]; 3:11. Disponível em: <<http://www.ann-clinmicrob.com/content/pdf/1476-0711-3-11.pdf>>.

42. Kersnik J, Pekklar J. Attitudes of Slovene general practitioners towards generic drug prescribing and comparison with international studies. *J Clin Pharm Ther.* 2006 Dec.; 31(6):577-83.
43. Grant RW, Wexler DJ, Watson AJ, Lester WT, Cagliero E, Campbell EG, et al. How doctors choose medications to treat type 2 diabetes: a national survey of specialists and academic generalists. *Diabetes Care.* 2007 June; 30(6):1448-53.
44. De Smet BD, Fendrick AM, Stevenson JG, Bernstein SJ. Over and under-utilization of cyclooxygenase-2 selective inhibitors by primary care physicians and specialists: the tortoise and the hare revisited. *J Gen Intern Med.* 2006 July; 21(7):694-7.
45. Buusman A, Andersen M, Merrild C, Elverdam B. Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group. A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2007 Dec.; 25(4):208-13.
46. Quach C, Collet JP, LeLorier J. Acute otitis media in children: a retrospective analysis of physician prescribing patterns. *Br J Clin Pharmacol.* 2004 Apr.; 57(4):500-5.
47. Ferreira MB. Differences between general practitioners and allergists in treating moderate to severe persistent rhinitis. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2012; 22(2):136-8.
48. Rutschmann OT, Domino ME. Antibiotics for upper respiratory tract infections in ambulatory practice in the United States, 1997-1999: does physician specialty matter? *J Am Board Fam Pract.* 2004 May-June; 17(3):196-200.
49. Kaye JA, Bradbury BD, Jick H. Changes in antipsychotic drug prescribing by general practitioners in the United Kingdom from 1991 to 2000: a population-based observational study. *Br J Clin Pharmacol.* 2003 Nov.; 56(5):569-75.
50. Berger A, Mychaskiw M, Dukes E, Edelsberg J, Oster G. Magnitude of potentially inappropriate prescribing in Germany among older patients with generalized anxiety disorder. *BMC Geriatr* [Internet]. 2009 July 27 [Cited 2014 Mar. 28]; 9:31. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2723114/pdf/1471-2318-9-31.pdf>>.
51. Neumark T, Brudin L, Engström S, Mölstad S. Trends in number of consultations and antibiotic prescriptions for respiratory tract infections between 1999 and 2005 in primary healthcare in Kalmar County, Southern Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27(1):18-24.
52. Smith MA, Cox ED, Bartell JM. Overprescribing of lipid lowering agents. *Qual Saf Health Care.* 2006 Aug; 15(4):251-7.
53. Andersson K, Carlsten A, Hedenrud T. Prescribing behaviour after the introduction of decentralized drug budgets: is there an association with employer and type of care facility? *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27(2):117-22.
54. Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract.* 2005 Oct.; 55(519):755-62.

Submissão: dezembro de 2014

Aprovação: maio de 2016
