

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA
DOCENTE ASSISTENCIAL DA PUC CAMPINAS.**

Ana Maria Falarini Perrone

Dissertação de Mestrado apresentada a
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas,
para a obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientadores: Prof. Dr. Heleno Rodrigues Correa Filho
Prof. Dr. Francisco de A M. Reis

JUNHO/1999

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	7141400
V	EL
TOMBO BC/	39026
PREC.	228199
C	☐
D	☒
PRECIO	12,15 44,00
DATA	14/10/98
N.º CPD	

CM-00136240-0

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P429q Perrone, Ana Maria Falarini
Qualidade da assistência farmacêutica no sistema docente
assistencial da PUC Campinas. / Ana Maria Falarini Perrone.
Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientadores : Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Francisco de Assis
Machado Reis

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Medicamentos - Prescrição. 2. Epidemiologia. 3.
Medicamentos. I. Heleno Rodrigues Corrêa Filho. II. Francisco de
Assis Machado Reis. III. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

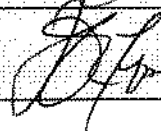
Orientador: Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Co-Orientador: Prof. Dr. Francisco de A. M. Reis

Membros:

1. José Augusto C. Barros

2. 

3. 

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/08/99

Dedico a:

**Meus pais: Deoar (in memorian) e Therezinha,
ao Walter, Flávia e Lucas**

Agradecimentos

Ao **Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, pela participação na elaboração deste trabalho nas suas etapas de desenvolvimento.

Ao **Prof. Dr. Francisco de A. M. Reis** pelo apoio e contribuição na realização desta dissertação.

À **Márcia Castagna Molina** pelo seu apoio crítico, amigo e dedicado no desenvolvimento deste trabalho.

A **José Maurício de Oliveira** pela amizade e sugestões no decorrer desta dissertação.

A **Orlando Mário Soeiro** pelo apoio e sugestões que contribuíram no enriquecimento deste trabalho.

À **Direção do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC Campinas** que permitiu o desenvolvimento da coleta de dados nas enfermarias de Clínica Médica e Pediatria. E também a farmacêutica **Maria Aparecida Medeiros Barros do Prado** por proporcionar condições de espaço físico para o desenvolvimento da coleta de dados.

Aos **médicos das enfermarias de Medicina Interna e Pediatria** que contribuíram com suas opiniões sobre o tratamento medicamentoso realizado pelos pacientes.

Aos **docentes do Curso de Saúde Coletiva** do DMPS/FCM/UNICAMP que contribuíram na ampliação dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento da dissertação.

Aos **colegas do Departamento de Farmácia** da FCM/PUC Campinas, pelo incentivo ao desenvolvimento da dissertação.

Aos **pacientes** que aceitaram ser objetos da pesquisa.

Aos **acadêmicos do Curso de Farmácia e Medicina** da FCM/PUC Campinas, que contribuíram no desenvolvimento da coleta de dados.

Agradecimento especial às **acadêmicas Liliani Helena do C.C. Rayes e Raquel Ivana Lopes** pela dedicação durante toda a etapa da coleta de dados.

Às funcionárias **Edilaine Ferraresi, Ana Kátia Moreira e Maria Cristina Matoso** pela amizade e contribuição no processo de digitação e formatação dos dados da pesquisa.

À **Raquel M. F. Ramalheira e Monize Cocetti** pela cooperação na editoração do trabalho.

À todos que me incentivaram e proporcionaram condições para a realização do **Mestrado**

ÍNDICE

Resumo.....	I
1. Introdução	
1.1. Apresentação	1
1.2. A hipótese do trabalho	4
2. Referencial Teórico	
2.1. Assistência Farmacêutica	
2.1.1. Conceito e objetivos	5
2.1.2. Caracterização das etapas	6
2.1.3. Estrutura e organização	11
2.1.4. A Assistência Farmacêutica no Brasil	12
2.1.4.1. Produção e Consumo de Medicamentos	13
2.1.4.2. A Propaganda de Medicamentos	16
2.1.4.3. A cultura vigente na equipe de saúde e na população	18
2.1.4.4. A Assistência Farmacêutica no SUS e a Política Nacional de Medicamentos.....	21
2.2. Os Estudos de Utilização de Medicamentos	34
3. Objetivos	
3.1. Objetivo Geral	37
3.2. Objetivos específicos	37

4. Metodologia

4.1. O desenho	38
4.1.1. Casos	39
4.1.2. Controles	39
4.1.3. População de referência	40
4.1.4. Critérios de eleição e exclusão	40
4.1.5. Os tamanhos amostrais	41
4.2. Definições Operacionais	
4.2.1. Automedicação	43
4.2.2. Reação adversa a medicamentos	43
4.3. A coleta de dados	43
4.3.1. A entrevista ao paciente	45
4.3.2. A entrevista aos médicos	45
4.3.3. A codificação dos medicamentos	46
4.3.4. Estratégia de compilação e análise	47

5. Resultados

5.1. Caracterização geral dos entrevistados e da procura por serviços de saúde	
5.1.1. Quanto ao sexo	49
5.1.2. Quanto a faixa etária	50
5.1.3. Quanto ao número de consultas realizadas antes da internação	51
5.1.4. Quanto ao risco à vida na ocasião da internação	52

5.1.5. Ocorrência de internação hospitalar no ano anterior	53
5.2. Características gerais do tratamento medicamentoso	
5.2.1. Grupos de medicamentos mais utilizados ou prescritos.....	54
5.2.2. Quanto a utilização de medicamentos.....	55
5.2.3. Ocorrência de intoxicação	56
5.2.4. Aparecimento de reações adversas aos medicamentos.....	56
5.2.5. Opinião do médico quanto a possibilidade da internação estar associada a fatores relacionados aos medicamentos.....	57
5.2.6. Opinião do médico em relação à indicação ou uso dos medicamentos.....	57
5.3. Assistência Farmacêutica	
5.3.1. Quanto à aquisição.....	59
5.3.2. Quanto à orientação sobre o uso.....	64
5.3.3. Quanto a observância da prescrição	67
6. Discussão	70
7. Conclusão	82
8. Summary	87
9. Referências Bibliográficas	88

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	Distribuição dos entrevistados por sexo.....	49
FIGURA 2	Distribuição dos entrevistados por sexo.....	50
FIGURA 3	Faixa etária dos entrevistados (ano)	50
FIGURA 4	Número de consultas realizadas nos 30 dias antes da internação.....	51
FIGURA 5	Número de consultas realizadas nos 30 dias antes da internação.....	52
FIGURA 6 -	Risco à vida na ocasião da internação.....	52
FIGURA 7	Risco à vida na ocasião da internação.....	53
FIGURA 8	Ocorrência de internação no ano anterior.....	53
FIGURA 9	Posologias referidas para os medicamentos.....	55
FIGURA 10	Uso de medicamento sem prescrição médica recente.....	56
FIGURA 11	Opinião do médico da internação em relação ao uso dos medicamentos.....	58
FIGURA 12	Local de aquisição dos medicamentos.	59
FIGURA 13	Tempo gasto na aquisição dos medicamentos.....	61

FIGURA 14 Tempo gasto na aquisição dos medicamentos.	61
FIGURA 15 Referiram dificuldade na aquisição dos medicamentos	62
FIGURA 16 Referiram dificuldade na aquisição dos medicamentos	63
FIGURA 17 Responsáveis pelas orientações dos medicamentos.	64
FIGURA 18 Orientação sobre o uso dos medicamentos na farmácia.....	65
FIGURA 19 Orientação sobre o uso dos medicamentos na farmácia.	65
FIGURA 20 Recebeu orientação na farmácia	66
FIGURA 21 Recebeu orientação na farmácia	67
FIGURA 22 Observância da prescrição.....	68
FIGURA 23 Interrupção no uso do medicamento durante o tratamento.	68
FIGURA 24 Responsável pela Iniciativa da interrupção.	69

RESUMO

Foi realizado um estudo caso controle com o objetivo de comparar a qualidade da assistência farmacêutica prestada aos usuários do Sistema Docente Assistencial de um Hospital Universitário com a de outros serviços de saúde. A avaliação foi realizada considerando-se os seguintes aspectos: aquisição; orientação sobre o uso; observância da prescrição; e uso de medicamentos sem prescrição médica recente.

Utilizou-se questionário estruturado, aplicado através de entrevistas aos pacientes internados nas enfermarias da Medicina Interna (n=270) e Pediatria (n=143)) e aos médicos responsáveis pelos leitos. As entrevistas foram divididas em 215 casos e 198 controles. Os casos foram definidos como pessoas internadas que no período de 30 dias antes da internação tiveram indicação para usar medicamento recebendo assistência farmacêutica com qualidade insatisfatória. Esta foi assim considerada, quando ocorreram dificuldades relativas a: aquisição do medicamento no local de realização da consulta; capacidade financeira para comprá-lo; possibilidade de encontrá-lo na farmácia comercial e compreensão sobre como utilizá-los. Foram consideradas controles as pessoas internadas nas mesmas enfermarias dos casos que tiveram indicação para usar medicamento e receberam assistência farmacêutica com qualidade satisfatória. Os resultados apontaram desvantagem na assistência farmacêutica prestada aos usuários do Sistema Docente Assistencial do Hospital Universitário em relação a de outros serviços de saúde com OR = 1,53 (IC 95% - 1,02 < OR < 2,31) com χ^2 1 gl = 4,58 e $p = 0,0324$. Possivelmente isto ocorreu devido ao precário abastecimento da farmácia ambulatorial que compõe este sistema.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

Esta dissertação foi elaborada com a finalidade de comparar a qualidade da assistência farmacêutica prestada aos usuários dos serviços de saúde vinculados ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas e os provenientes de outros serviços de saúde.

É importante considerar que neste trabalho foi adotado como conceito de assistência farmacêutica¹ um conjunto de atividades executadas para garantir o acesso universalizado da população ao medicamento com eficácia e segurança, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde. Também engloba várias etapas: pesquisa do princípio ativo, produção, controle de qualidade, distribuição, armazenamento, comercialização, prescrição e farmacovigilância.

Como se trata de estudo caso controle no qual o paciente é o foco principal da pesquisa, estes aspectos foram restringidos a avaliação do acesso, orientação, observância e utilização de medicamentos sem prescrição médica. Assim, outros aspectos que fazem parte da assistência farmacêutica, tais como: planejamento, distribuição e armazenamento não foram abordados neste trabalho.

Os problemas relativos à qualidade da assistência farmacêutica no Brasil, assim como nos demais países em desenvolvimento são alarmantes. No Brasil, nos

⁽¹⁾ Documento elaborado no I Encontro Nacional de Assistencial Farmacêutica e Política de Medicamento realizado em Brasília (01/09/98).

últimos tempos a mídia tem divulgado os sérios problemas relacionados ao tema, especialmente os da produção fraudulenta de medicamentos com qualidade inaceitável para o consumo.

Alguns fatores contribuíram na apresentação deste cenário: a falta de uma política de medicamentos norteadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o descaso das autoridades governamentais, a estrutura precária nas ações da Vigilância Sanitária, entre outros.

Esta realidade diz respeito a todos os setores que consomem medicamentos, sendo mais crítica na população SUS dependente.

Faz parte deste cenário a formação de uma cultura pouco racional na utilização destes produtos, verificada tanto nas condutas da equipe de saúde quanto no uso de medicamentos pela população.

O sistema Docente Assistencial da PUC Campinas atende prioritariamente pacientes SUS dependente e foi escolhido para o desenvolvimento deste estudo por ser o local de trabalho da autora desta dissertação.

Partiu-se da suposição de haver melhor qualidade da assistência farmacêutica aos pacientes atendidos no Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas do que entre os atendidos em outros serviços. Esta suposição baseou-se no fato deste serviço contar com farmacêutico, docentes e acadêmicos do Curso de Ciências Farmacêuticas atuando na farmácia do ambulatório de especialidades do Hospital Universitário (HU) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) a ele vinculadas. Nos

outros serviços, principalmente privados e da atenção primária nos serviços públicos, freqüentemente o profissional farmacêutico não está presente.

No sistema Docente Assistencial da PUC Campinas são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e assistência no Hospital e Maternidade Celso Pierro e nas três UBS, localizadas em bairros próximos a este Hospital Universitário (HU). As atividades assistenciais vão da atenção primária ao nível quaternário de complexidade.

Como o objeto deste estudo foi a qualidade da assistência farmacêutica oferecida na atenção primária e secundária, serão abordados alguns aspectos destes serviços.

As atividades da atenção primária, à época da coleta dos dados eram desenvolvidas em três UBS do município de Campinas, realizadas juntamente com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde. As UBS localizam-se nos bairros: Jardim Ipaussurama, Castelo Branco e Campos Elíseos. Todas funcionavam conforme as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde com médicos contratados pela prefeitura, médicos assistentes contratados pela PUC Campinas, docentes e acadêmicos dos cursos de medicina, farmácia, nutrição, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional entre outros.

Quanto aos recursos de área física as farmácias, tanto das UBS quanto do ambulatório, apresentam condições adequadas de armazenamento, cumprindo requisitos exigidos para esta atividade.

Em relação ao pessoal, o estágio do curso de Ciências Farmacêuticas é desenvolvido pelos acadêmicos da quarta e quinta séries, num esquema de rodízio de

turmas com carga horária semanal de 20 horas. Estas atividades realizadas pelos alunos são supervisionadas por docente farmacêutico com uma carga horária semanal de 10 horas em cada farmácia deste sistema.

Os docentes utilizam estratégias de ensino que tem por objetivo proporcionar visão crítica da realidade e capacitá-los ao desenvolvimento das atividades profissionais. Cabe considerar a diferença no abastecimento e na equipe que compõem as farmácias do ambulatório do HU citada acima, e das UBS.

Nas UBS, o farmacêutico ocupa o cargo de supervisor, visitando a farmácia esporadicamente. Os alunos permanecem 20 horas semanais supervisionados por 10 horas docentes semanais.

A dispensação de medicamentos é realizada mediante apresentação de receita em duas vias. O fornecimento de medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas é realizado mensalmente durante 3 meses, desde que o paciente esteja controlado.

1.2. A Hipótese do trabalho

A Assistência Farmacêutica prestada aos usuários do sistema de saúde docente assistencial da PUC Campinas apresenta melhor qualidade do que a de outros serviços de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A Assistência Farmacêutica

2.1.1. Conceito e objetivos

A assistência farmacêutica “é um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde no nível individual ou coletivo, centrados no medicamento. Dentro desta concepção a assistência farmacêutica engloba atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição, dispensação, entendida esta como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado e farmacovigilância do medicamento” (Ministério da Saúde, 1988:30) .

A assistência farmacêutica é composta por etapas, conforme pode-se verificar no conceito apresentado. Nestas, participam diversos profissionais sendo: médicos, farmacêuticos, enfermeiros, químicos, dentre outros. O farmacêutico tem papel importante, a medida que tem muito a contribuir nesta assistência, já que tem sua formação alicerçada em conhecimentos das áreas biológicas e exatas. Assim, é quem detêm conhecimentos para participar na maior parte destas etapas, ou seja: pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, dispensação e farmacovigilância.

Carlos apresenta como objetivos da assistência farmacêutica:

- “Assegurar a acessibilidade de medicamentos e farmacoterapia de qualidade à população, com ênfase nos grupos de risco;
- Garantir o uso racional de medicamentos e de insumos farmacêuticos;

- Incrementar o uso eficiente de recursos;
- Estabelecer um sistema planejado, aberto, flexível, coerente, hierarquizado e com informação;
- Oferecer serviços farmacêuticos e cuidados ao paciente e à comunidade, complementando a atuação de outros serviços de atenção a saúde;
- Contribuir de maneira eficaz e efetiva para transformar o gasto com medicamentos em incremento de saúde e de qualidade de vida;
- Gerenciamento e gestão participativa e dinâmica segundo conceitos atualizados aplicados à administração pública". Carlos (1997:108)

2.1.2. Caracterização das etapas da assistência farmacêutica:

Neste tópico, apresenta-se a caracterização de cada etapa da assistência farmacêutica nos aspectos importantes para compreensão do contexto em que se realiza esta dissertação.

2.1.2.1. Pesquisa

Na assistência farmacêutica a pesquisa é importante para a descoberta de novos fármacos e também para garantir a tecnologia na produção de princípios ativos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), especialmente aos países em desenvolvimento. Nestes países em particular, ela é essencial para que possam atingir certo grau de independência em relação às

empresas multinacionais, garantindo assim, a soberania do país.

2.1.2.2. Produção

Esta etapa consiste na confecção de especialidades farmacêuticas obedecendo as determinações das Boas Práticas de Fabricação.

A produção deverá obedecer aos critérios de eficácia e eficiência comprovadas, biodisponibilidade e bioequivalência, atendendo às necessidades da população, e não aos interesses comerciais da indústria farmacêutica.

Ao nível do sistema público, a produção deverá ser priorizada no sentido de garantir os medicamentos conforme planejamento qualitativo e quantitativo das especialidades farmacêuticas necessárias ao país, constantes da RENAME.

2.1.2.3. Distribuição

A distribuição deverá assegurar ao sistema público de saúde os medicamentos necessários aos usuários, atendendo as previsões realizadas ao nível municipal e estadual. Deverão ser garantidas as quantidades previstas por região, respeitando o prazo de entrega estabelecido e as condições de transporte que asseguram a qualidade dos medicamentos.

2.1.2.4. Armazenamento

O armazenamento deverá ser realizado em local que atenda as

necessidades para a manutenção da sua qualidade até a data de validade estipulada pelo fabricante. Sempre em local fresco, arejado, ao abrigo da luz solar direta, protegido de fatores ambientais adversos. Quando se tratar de medicamentos termolábeis ou fotossensíveis, armazená-los sob refrigeração ou ao abrigo da luz.

Os mesmos cuidados deverão ser adotados à época do transporte dos medicamentos.

2.1.2.5. Prescrição

A prescrição deverá sempre ser realizada por profissional tecnicamente habilitado. A responsabilidade de execução desta atribuição é de profissionais médicos, dentistas e veterinários de acordo com o exercício de cada uma destas profissões. Desta forma, atribui-se a estes profissionais a capacidade técnica para sua realização. Assim, a prescrição tem papel fundamental na garantia do uso racional do medicamento, sendo importante neste processo além das informações médicas a orientação farmacêutica prestada ao paciente no momento da dispensação.

2.1.2.6. Dispensação

É uma atividade técnica- científica de entrega do medicamento com orientações sobre horário, veículo, duração do tratamento, a importância na observância da prescrição médica, as consequências do não uso ou uso irregular entre outras. Nesta atividade os usuários também deverão ser alertados sobre o cuidado quanto ao locais de armazenamento, a maneira de proceder quando do aparecimento de reações adversas, entre outras orientações.

Enfim, trata-se de atividade essencial ao processo terapêutico, pois suas ações visam capacitar e estimular o paciente a cumprir o tratamento indicado. Assim, ajuda a garantir a observância da prescrição, devendo ser exclusividade do profissional farmacêutico tecnicamente habilitado o que nem sempre acontece na realidade nacional. A dispensação de medicamentos no Brasil converteu-se num grande comércio e na maioria das vezes há pouca atitude profissional neste processo. Isto, obviamente, contribui para um crescente uso irracional dos medicamentos. Dentro de uma política de assistência farmacêutica, é importante ressaltar o papel do farmacêutico como informador e educador para que supere a feição de vendedor de medicamentos.

A presença de um farmacêutico com uma formação adequada na farmácia é fator determinante para a qualidade da assistência farmacêutica à população.

Lucena González (1985:220-224), considerou algumas atitudes que devem ser tomadas para melhorar a observância à prescrição médica, tais como: “modificar as crenças a respeito da saúde; determinar as preferências do paciente; aumentar o conhecimento do paciente”. Apresentou também uma tabela com as informações mínimas para capacitar aos pacientes a seguir o tratamento prescrito de forma efetiva e segura:

“1. Conhecer como tomar o fármaco:

- Especificar dose;
- Condições em que deve tomá-lo,
- Regime de administração e duração.

2. Conhecer como conservá-lo:

- Condições de armazenamento;
- Reconhecimento de seu adequado estado,
- Data de validade.

3. Conhecer a influência do fármaco sobre a evolução da doença:

- Enumerar os sintomas básicos da doença que serão modificados, assim como as conseqüências potenciais da não observância ao tratamento,
- Reconhecer os efeitos favoráveis esperados e reconhecer as diretrizes a seguir se não se apresentarem.

4. Reconhecer os problemas derivados de seu uso:

- Aparecimento de Reações adversas, instruções a seguir, urgência em tomá-las e a quem dirigir-se no caso de que apareçam;
- Precauções a tomar em caso de associar outros fármacos,
- Instruções em caso de uma intoxicação acidental.”

Mediante os objetivos assim apresentados, torna-se evidente a necessidade de um trabalho multiprofissional, especialmente entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros. Esta iniciativa é fundamental para traçar estratégias e atingir o objetivo da orientação farmacêutica, sendo: proporcionar através de informações adequadas as melhores condições ao paciente para seguir o tratamento adequadamente.

2.1.2.7. Farmacovigilância

A importância da farmacovigilância na assistência farmacêutica segundo Laporte & Tognoni (1993:14) está relacionada “a identificação de reações adversas e

avaliação dos efeitos do uso, agudo e crônico, dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em subgrupos de pacientes expostos a tratamentos específicos”.

2.1.3. Estrutura e organização

A assistência farmacêutica é pouco estruturada no nível nacional por uma série de razões que serão descritas a seguir. Ela é desenvolvida de formas diferentes nos vários estados brasileiros. Uma experiência que merece destaque é a estruturação e organização da assistência farmacêutica no Ceará, descrita por Carlos (1997:107-137). Entre os fundamentos lá utilizados está a análise da assistência farmacêutica sob o aspecto sistêmico, julgada importante como referencial de análise para esta dissertação. A assistência farmacêutica seria composta por quatro componentes:

“Técnico- Científico - tem como objetivo o uso racional de medicamentos, constituindo fundamento técnico para o desenvolvimento das ações dos demais componentes, favorecendo a multidisciplinaridade e a intersectorialidade.

Operativo (Ciclos Logísticos) - tem como objetivo obter a quantidade, a qualidade e o menor custo possível para medicamentos, assegurando o abastecimento destes insumos às unidades assistenciais, aumentando a eficiência do gasto e a qualidade da atenção.

Informação - tem como objetivo gerar e divulgar as informações de natureza técnica- científica e operativa do sistema, transformando-as em informações coerentes e válidas para tomada de decisões, gerenciamento e execução das ações.

Qualidade - tem como objetivo a satisfação do cliente interno (profissionais de saúde e afins) e do cliente externo (os pacientes e a comunidade), incluindo a qualidade do produto, da estrutura, do processo e dos resultados". (Carlos 1997:109-112).

Esta mesma autora descreve ainda como foi feita a estruturação da assistência farmacêutica em seu estado baseando-se em cada um destes componentes relatados. A estrutura da assistência farmacêutica no Ceará nestes moldes é uma aplicação prática do conceito de assistência farmacêutica escolhido para nortear o presente estudo.

O nível de organização por eles atingido raramente se observa no país. Muitas são as razões pelas quais isso ocorre. Estas razões serão abordadas no estudo da realidade da assistência farmacêutica no Brasil, descrito a seguir:

2.1.4. A Assistência Farmacêutica no Brasil

Para se entender a realidade atual da assistência farmacêutica, é fundamental conhecer o histórico da produção e consumo de medicamentos no Brasil, a abordagem da propaganda e da cultura vigente na equipe de saúde e na população em relação aos medicamentos.

Neste tópico, serão também realizadas considerações sobre a assistência farmacêutica no SUS e a política de medicamentos vigente no país.

2.1.4.1. A Produção e o Consumo de Medicamentos

Barros (1995), relata que historicamente a indústria farmacêutica brasileira até os anos 30 foi semelhante a de outros países quanto aos aspectos relacionados ao desenvolvimento. A produção era de origem familiar e de dimensão reduzida.

Após os anos 30, ocorreram grandes alterações na indústria farmacêutica européia e dos EUA. Dentre os fatos históricos relevantes estão presentes descobertas como a da penicilina e a cura da sífilis pelos arsenobenzóis. Fatos como estes levaram as atenções para a possibilidade de se sintetizar moléculas farmacologicamente ativas.

A partir daí começou o desenvolvimento de pesquisa para a descoberta de novos fármacos. Inicialmente estas pesquisas foram realizadas por institutos governamentais. Quando a indústria percebeu o potencial de lucro que este novo ramo poderia gerar passou a investir em pesquisa na área.

Com o advento da segunda guerra mundial e a demanda criada por medicamentos, houve um grande incremento da produção e um crescimento vertiginoso da Indústria Farmacêutica. Somente os países desenvolvidos investiram em pesquisa na área. Com este crescimento da Indústria houve expansão para outros países, principalmente subdesenvolvidos. Porém, com diferenças claras de atividades desenvolvidas entre a matriz e as filiais. Para entender essa opção da indústria é necessário rever as etapas que compõem a tecnologia farmacêutica.

Frenkel (1978 : 5) considera que ela é composta por quatro conjuntos de atividades:

- “1. Pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos
2. Produção de fármacos
3. Produção de especialidades farmacêuticas
4. Marketing e comercialização de especialidades”

Considera ainda, que para deter a tecnologia farmacêutica, é necessário desenvolver as quatro etapas descritas. Na sua grande maioria, os países subdesenvolvidos praticam apenas a terceira e quarta etapas desta tecnologia, que envolvem custos menores, sendo realizadas as primeiras e segundas somente nos países desenvolvidos.

Conforme referem os autores Laporte & Tognoni (1993), foi a partir da década de 50 que houve um aumento do consumo de medicamentos, atribuindo este fato como consequência do desenvolvimento econômico, o funcionamento de sistemas de seguridade social e a pressão dos fabricantes. No entanto, este aumento não tem sido uniforme em todo mundo existindo grande desigualdade entre países ricos e pobres.

Apesar deste aumento de consumo dos medicamentos os autores apontam que nem sempre o fato de consumi-los trás melhoras significativas à saúde. Isto porque várias são as causas que levam ao adoecimento, podendo ser resolvidas de outras formas que não só a farmacológica. Assim descrevem que “Se a sintomatologia de um paciente melhora após a administração de um determinado medicamento, na maioria das situações é razoável duvidar da causa real da melhora (que pode ser ‘espontânea’), da eficácia e da segurança do fármaco a médio e longo prazo, assim

como das potenciais complicações psicológicas, sociais e econômicas derivadas da administração de um tratamento farmacológico” Laporte & Tognoni (1993:2-6).

Barros (1995: 44- 45), considera ainda que foi principalmente à ocasião do governo militar (1957 a 1979) que o capital estrangeiro tomou grande espaço no mercado nacional. Neste “período de 23 anos, 35 laboratórios nacionais se transferiram para o domínio do capital estrangeiro e 17 empresas farmacêuticas tiveram alterado seu controle acionário que passou para empresas multinacionais”.

Este processo de desnacionalização trouxe graves conseqüências, na medida em que os países em desenvolvimento se tornaram quase que totalmente dependentes da indústria farmacêutica multinacional. Um exemplo dramático desta situação pode ser verificado pelo índice de produção de princípios ativos no Brasil que em 1993 foi de apenas 10% (MS, 1993:3).

Molina (1993:15) considerou que “ O desenvolvimento da indústria farmacêutica nestes moldes resultou, portanto, em alta concentração tecnológica nos países ricos, produção em larga escala, conquista de amplos mercados e expansão para outros países. Isto caracteriza este setor de indústria de transformação como um dos grandes cartéis mundiais: o cartel do medicamento. Assim como o cartel do petróleo, dos fertilizantes, da energia elétrica, do papel e tantos outros, ele tem estratégias de venda de seus produtos muito bem definidas, visando, naturalmente, o lucro”

Outro fato importante é como a indústria direciona sua produção. Joncheere (1997:55), considerou que “atualmente o setor não público basicamente dirige seus

esforços à provisão de serviços de saúde e de medicamentos pelas classes média e alta em áreas urbanas: planos de seguro, serviços, farmácias e hospitais privados. A rede de distribuição de medicamentos é insuficiente e carece de profissionalismo. Os estímulos ao não controle sobre as vendas e a ausência de informação para os consumidores trazem, como consequência o uso irracional de medicamentos”.

Lunde & Baksaas (1993:27), observam que “infelizmente, os fármacos converteram-se numa espécie de compensação de uma estratégia de saúde insuficiente”.

O uso irracional de medicamentos tem sido estimulado pela indústria farmacêutica. Sua realização ocorre principalmente através da propaganda de medicamentos que será abordada a seguir.

2.1.4.2. A Propaganda de Medicamentos

Conforme considera Temporão (1986:17), a propaganda de medicamentos pode ser entendida a partir de três grandes linhas:

- “a dirigida diretamente aos médicos pelos laboratórios produtores, onde os fabricantes adotaram várias estratégias para conquistá-los;
- “a realizada através de meios de comunicação de massa, principalmente através do rádio e da televisão, dirigida ao público em geral e
- “a realizada através de toda divulgação “leiga” de saberes sobre saúde/doença e terapêutica”.

Esta última é realizada através dos mais diversos meios, como revistas, jornais, enciclopédias, programa de divulgação científica, etc. O autor considera ainda que estas linhas apresentam apenas caráter didático, estando na verdade interrelacionadas.

Este autor considera que “a atual divulgação de conceitos e saberes sobre saúde, pelos mais diversos meios, cumpre algumas funções fundamentais e mutuamente complementares: o de estimular o autoconsumo de medicamentos e o consumo de bens e serviços profiláticos e terapêuticos, e o de atuar como instância ideológica retirando o sofrer do coletivo e do social e concorrendo para a manutenção e reprodução das relações capitalistas de produção”. Temporão (1986:20)

Bonfim (1997:9), destaca uma epígrafe do livro *'Isto é um Assalto'*, de Demócrito Moura, onde ele considera os malefícios proporcionados pela propaganda de medicamentos nos moldes como vêm sendo desenvolvidas. Ele apresenta que “a publicidade comercial agressiva e impune - pelo rádio e pela televisão, principalmente - desarma a maioria dos consumidores brasileiros contra a onda de assaltos à sua economia, saúde e segurança”

Arnau & Laporte (1993:55), também apresenta dados em relação a indústria farmacêutica mundial, considerando que ela gasta entre 15 a 25% do custo total do medicamento em publicidade. Desta quantidade, de forma geral se destina 60% à visita médica, 12% para a distribuição de amostras, 7% para anúncios enviados por correio, 8% a anúncios em revistas, 8% para financiar congressos e reuniões e 5% para documentação e material bibliográfico”.

Neste contexto, verifica-se que a publicidade agressiva e irresponsável da indústria, transmite apenas os aspectos positivos do consumo, considerando o processo da cura como algo mágico e milagroso, ligado ao consumo do medicamento. Em consequência, a população fica exposta a esta condição tão deplorável “de conhecimento” para lidar com seus problemas de saúde, ficando muitas vezes sujeita às consequências maléficas do uso irracional do medicamento.

Molina (1997:23), apresenta um aspecto relevante em relação a dificuldade da livre concorrência de mercado, uma vez que “a propaganda de medicamentos divulga determinada marca que acaba se consolidando no mercado em detrimento da opção por outros similares”.

Desta forma a propaganda de medicamentos tem contribuído diretamente na formação da cultura da população e da equipe de saúde em relação aos medicamentos, como será apresentado a seguir.

2.1.4.3. A cultura vigente na equipe de saúde e na população

Neste tópico, serão apresentadas considerações sobre a influência da propaganda de medicamentos e o papel do medicamento na sociedade com ênfase na forma como são comercializados. Estas considerações têm o objetivo de esclarecer como foi formada a cultura do uso do medicamento na sociedade e na população.

Como considerado no tópico anterior, a propaganda de medicamentos tem sido estímulo ao uso irracional de medicamentos, desempenhando um papel importante na conduta do consumidor e da equipe de saúde.

Barros (1982: 23-24), considerando esta situação, afirma que “no momento em que os medicamentos passam a ser fabricados por indústrias em um contexto capitalista de produção, nesse mesmo momento assumem as características de uma mercadoria qualquer. Em sendo assim, o cumprimento do que o setor produtivo espera da ‘mercadoria’ remédio, obrigatoriamente traz implícita a necessidade de ser consumida em quantidade e qualidade crescentes. Neste sentido, o medicamento assume um importante e duplo papel dirigido à satisfação dos interesses do capital e, igualmente, do médico. A difusão generalizada da idéia do medicamento como solução, faz com que o médico, ao prescrevê-lo, satisfaça o paciente e a si próprio, a um só tempo. E isto é tanto mais verdadeiro, na medida em que aos poucos, o momento mais importante da consulta passou a ser o da receita, em detrimento ou às vezes substituindo, a anamnese e/ou o diagnóstico.”

Da mesma forma, pode-se considerar que várias são as razões presentes nos países em desenvolvimento que levam ao fracasso do sistema de saúde, tais como falta de recursos econômicos, tecnológicos, humanos e educativos. Ainda assim, os medicamentos são utilizados como se pudessem suprir todas estas deficiências”. Lunde & Baksaas (1993:27) apontam que “infelizmente os fármacos têm apresentado a tendência em converter-se numa espécie de compensação de uma estratégia de saúde insuficiente”.

O consumo destes produtos nos moldes até aqui expostos traz conseqüências importantes à população. Na medida em que prevalece a livre comercialização, a propaganda irresponsável, a falta de orientações precisas sobre os

medicamentos e seu uso, ficando a população exposta ao uso irracional dos medicamentos. Neste sentido, pode-se ilustrar este contexto, apresentando dados de intoxicações por medicamentos. Estes casos, podem ser parcialmente explicados pela cultura vigente na população em relação ao uso de medicamentos e todo o arsenal de situações que promovem esta cultura.

A FIOCRUZ (1998 a e b), apresenta que em 1996 foram registrados 18236 intoxicações humanas por medicamentos, correspondendo a 28,51% do total de intoxicações. Destas, 7753 tiveram como agente determinante o uso acidental; 374 foram devido ao abuso e 7882 o suicídio e as 2227 restantes, outras causas citadas. Do total citado somente na região sudeste ocorreram 11031 casos de intoxicação. Cita ainda como desfecho dos casos de intoxicações: 13762 cura; 84 óbitos e 4390 ignorados.

Este quadro se repete como confirmam os dados de 1997. Neste ano foram 21348 intoxicações humanas por medicamentos, correspondendo a 29,76% do total de intoxicações, das quais 9376 tiveram o medicamento como agente determinante da intoxicação; 434 abuso; 8568 o suicídio e 2970 restantes, outras causas. Na região sudeste ocorreram 13590 casos de intoxicação. O desfecho dos casos de intoxicação foi: 14545 cura; 83 óbitos e 6720 ignorados.

2.1.4.4. A Assistência Farmacêutica no SUS e a Política Nacional de Medicamentos

Com a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988:37).

Desta maneira, neste sistema o direito a saúde não se restringe ao atendimento médico, sendo necessário um conjunto de medidas para atingir seus objetivos. Assim, “a assistência farmacêutica, um componente estratégico e complementar das ações de saúde, participa da definição das formas de organização e estruturação de serviços com a finalidade de cumprir os princípios e diretrizes do SUS” (Carlos, 1997:112).

Portanto, aplicam-se a ela a mesma doutrina e princípios que norteiam o SUS, ou seja:

A universalidade na assistência farmacêutica significa o acesso ao medicamento necessário a todos os cidadãos habitantes no território nacional, independente da cor, raça ou condição social.

A equidade a garantia do acesso ao medicamento necessário ao controle, prevenção e recuperação da saúde, independente do custo que ele represente, de forma igualitária entre todos os cidadãos.

A Integralidade é o atendimento do cidadão como um todo em suas necessidades e também as relativas aos medicamentos e informações necessárias para o seu uso adequado.

A descentralização dos recursos e dos atores que tomam decisões é essencial para a assistência farmacêutica, principalmente em relação ao planejamento das necessidades qualitativas e quantitativas de medicamentos. Ao transferir recursos e poder de decisão aos municípios pode-se proporcionar maior eficácia, eficiência e agilidade nos processos de planejamento, compra, armazenamento e distribuição dos medicamentos, evitando desperdícios.

A hierarquização e regionalização deverão ocorrer considerando os indicadores de saúde de uma determinada área de abrangência. A medida que o planejamento, a aquisição, o armazenamento e a distribuição se realizam numa determinada região irão proporcionar um sistema mais ágil e eficiente, assegurando o atendimento com qualidade à população.

A Resolubilidade contempla para cada nível de assistência, os medicamentos necessários para o atendimento eficaz dos pacientes que recorreram ao serviço de saúde.

A Participação dos cidadãos informando e formando os participantes dos Conselhos Locais de Saúde a respeito da realidade da assistência farmacêutica no país, capacita-os, assim, para avaliar e propor medidas eficazes para a construção de uma Política Nacional de Medicamentos que melhor responda às necessidades da população.

Assim como existem dificuldades para se colocar os princípios do SUS em prática, há sérios problemas para viabilização de uma Política de Medicamentos dentro destes parâmetros.

Estas dificuldades foram descritas anteriormente em relação à produção e consumo de medicamentos, a propaganda destes produtos veiculada pela indústria e a cultura em relação a este consumo na equipe de saúde e na população. O impacto destes fatores na determinação da Política de Medicamentos tem sido decisivo.

Bonfim (1997:7), cita um trecho da Carta de Brasília dos Direitos Humanos que refere sobre a atual situação da assistência farmacêutica no Brasil. "A Constituição Brasileira traz os mais avançados princípios para definir o modelo de assistência à saúde, um sistema gratuito, universal, descentralizado e respaldado pela participação popular. Mas a prática, infelizmente, tem mostrado o contrário. Eclodem diariamente as mazelas de um sistema em estado pré-falimentar, cujo saldo negativo é a inaceitável perda de milhares de vidas humanas. O momento não é mais de reflexão é de ação. É o momento de agir e exigir que o Estado proporcione a adequada destinação de recursos humanos e materiais para reverter esse quadro caótico. Um delito praticado diariamente contra os mais fundamentais direitos humanos".

Desta forma, pode-se observar, que no Brasil ainda não foi implementada uma Política Nacional de Medicamentos norteadas nos mesmos princípios do SUS e que contemple os objetivos preconizados ao desenvolvimento de uma assistência farmacêutica adequada.

Observa-se que por um lado o acesso ao medicamento não é igualitário e por outro quem tem acesso, o tem de forma pouco racional.

Em primeiro lugar, é importante considerar que um país necessita de uma Política Nacional de Saúde que contemple uma Política de medicamentos que tenha por objetivo garantir medicamentos seguros e eficazes, com qualidade e preços acessíveis para atender às necessidades da população. Assim, uma Política Nacional de Medicamentos coerente com os objetivos da assistência farmacêutica é fundamental para que a população tenha acesso a uma prestação de serviços de saúde com qualidade adequada.

Neste sentido, Joncheere (1997: 53), considerou que uma política de medicamentos "é fundamental para se coordenar as diferentes ações e interferências do Estado e do setor privado" (...) também "é um guia de como atuar e um compromisso para alcançar uma meta. Esta meta refere-se primordialmente à garantia de disponibilidade e do acesso de toda a população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, a um preço razoável. (...) Uma política farmacêutica tem metas sanitárias, econômicas (aumentar a eficiência no gasto de medicamentos, reduzir importações e estimular exportações) e de desenvolvimento (melhorar a infra-estrutura, a capacidade dos recursos humanos, e a produção local). Necessita de uma articulação entre as esferas do governo e os diferentes atores no cenário farmacêutico para que se consiga sua formulação e implementação, sob forma de consenso e com participação positiva dos envolvidos"

Outro aspecto importante considerado por Joncheere (1997: 50) são os

conjuntos de leis, regulamentações, administrativa e técnicas que tratam da eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos e aspectos de gastos a partir da criação, produção e comercialização dos medicamentos. Joncheere considera que as regulamentações governamentais em relação a medicações devem se referir a:

- Garantia de qualidade
- Boas práticas de fabricação
- Eficácia e segurança,
- Informação
- Requisitos de competência (farmacêutico e médico)
- Gastos e preços de medicamentos”

O autor considera que “este complexo de regulamentos e interferências deveria ser inserido numa Política Nacional de Medicamentos para evitar contradições, promover um desenvolvimento harmônico do setor e proteger o consumidor”. Também destaca a necessidade de intervenção do Estado na regulamentação do mercado farmacêutico, uma vez que os medicamentos “diferem em características importantes de outros bens de consumo” (Joncheere, 1997:49).

Infelizmente no Brasil o Estado não tem assumido seu papel na implementação da Política Nacional de Medicamentos que garantiria à população melhor assistência farmacêutica do que aquela até hoje existente. O quadro da realidade nacional, anteriormente descrito, é desolador.

Nota editada no Boletim da SOBRAVIME (1997: jan– mar: 20), considerando esta realidade descreve que aqui se “apresenta um quadro assustador de irresponsabilidade de produtores, distribuidores, prescritores e dispensadores de fármacos, irracionalidade na produção e consumo, frustrante inoperância dos órgãos administrativos competentes na área de saúde. Esse panorama não é, evidentemente marca da incapacidade brasileira em tornar-se verdadeiramente a sociedade democrática que pensa ser, mas um dos sinais mais irrecusáveis da incompetência ética vigente”

Joncheere (1997), trabalhou alguns elementos que devem ser desenvolvidos numa Política Nacional de Medicamentos na perspectiva de prestar uma assistência farmacêutica mais adequada à população. Estes elementos são:

1 - Regulamentação e qualidade

Uma Política Nacional de Saúde deverá garantir a qualidade dos medicamentos. Para isso será necessário a criação de órgãos que regulamentem e fiscalizem através de normas claras e ‘sem brechas’ a produção, a distribuição, o armazenamento, a qualidade dos produtos produzidos e comercializados no país. O autor considera que “apesar de a legislação brasileira contemplar uma ampla regulamentação no campo farmacêutico, a implementação pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, estados e municípios é fraca e o cumprimento por parte do setor privado é mínimo. Também não existem sanções fortes para os que não

cumprem os regulamentos, tendo-se como consequência uma débil vigilância sanitária". Joncheere (1997:53)

Neste sentido hoje existe uma expectativa positiva de mudança com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS) em 1998.

Foi aprovado pelo Congresso Nacional a Medida Provisória nº 1791 de 30 de dezembro de 1998, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS). Esta ANVS foi proposta nos moldes da norte-americana FDA, a Agência será uma autarquia autônoma em termos financeiros e administrativos. Dentre outras atribuições, caberá a nova agência a certificação de boas práticas produtivas, a análise de produtos consumidos pela população, controle de portos, aeroportos e fronteiras, além da apreensão de bens, equipamentos e produtos utilizados em crimes contra a saúde pública. Terá cinco diretores - escolhidos pelo presidente da república. Os gastos da Agência serão custeados pelas próprias taxas cobradas para registrar produtos e autorizar o funcionamento de empresas e indústrias de remédios, cosméticos, saneadores, alimentos, bebidas e tabaco. Segundo o secretário nacional de vigilância sanitária, Gonzalo Vecina Neto a nova estrutura da agência proporcionará uma redução no tempo de registro de medicamentos, que antes da criação da agência era de até 8 anos, para apenas seis meses ou menos (Criada...,1999:8).

2- Seleção de Medicamentos

A seleção de medicamentos deverá ser realizada levando-se em consideração os 'medicamentos essenciais', ou seja, aqueles que podem resolver a

maioria dos problemas de saúde da população. Normalmente apresentará entre “100 e 400 medicamentos, incluindo contraceptivos e vacinas. Joncheere (1997: 53)

Sobre como deve ser elaborada esta seleção de medicamentos e avaliando a RENAME ao longo do tempo, o autor descreve que:

“Os critérios de seleção se referem, especialmente, à eficácia, segurança e qualidade, relação benefício/risco e eficácia/custo, disponibilidade no mercado e características dos serviços de saúde” (...) A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) provou se um esforço pioneiro mas perdeu sua vigência por falta de atualizações”. Joncheere (1997:53-54).

A não atualização da RENAME de fato constituiu-se em um problema ao longo dos anos no Brasil. Porém, o Ministério da Saúde, através de uma equipe de profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública, revisou e publicou nova versão da RENAME em março de 1998. Neste trabalhos se destacaram os seguintes critérios para efetuar a seleção dos medicamentos:

- eficácia demonstrada, na espécie humana, em condições controladas;
- informação suficientemente sistemática sobre efeitos adversos, considerando-se a relação benefício/risco;
- inclusão dos medicamentos que possam ser submetidos a especificações de qualidade (controláveis com métodos definidos e reproduzíveis);
- biodisponibilidade e farmacocinética, buscando-se selecionar medicamentos com propriedades farmacocinéticas mais favoráveis, que possam ampliar a adesão ao tratamento e minimizar os riscos;
- consideração crítica das associações medicamentosas;

- disponibilidade no mercado nacional;
- custo do tratamento;
- indicação em mais de uma doença”. (MS, RENAME 1998)

3 - Disponibilidade e Acesso

Os medicamentos constantes da RENAME deverão estar disponíveis nos estabelecimentos públicos de saúde independente do nível de complexidade, respeitando as quantidades previstas e os critérios de qualidade dos produtos.

Os medicamentos constantes da RENAME deverão estar disponíveis nos estabelecimentos públicos de saúde, respeitando os níveis hierárquicos de atendimento e a demanda da população.

Joncheere (1997:54) analisando a atuação do Estado neste item aponta que “ em razão do poder de compra do povo ser limitado, o setor privado limitou-se a promover medicamentos para as classes média e alta urbanas e o Estado assumiu a responsabilidade de adquirir, distribuir, dispensar os medicamentos pela Central de Medicamentos (CEME), para o restante da população. Ao longo dos anos, a CEME não cumpriu seu papel apresentando grandes problemas de ineficiência, liquidez, corrupção, incapacidade gerencial, etc”

4 - Educação, Informação e Comunicação

Joncheere, em relação à formação dos profissionais de saúde destaca quão deficitária ela tem sido e que este fato contribui para manter o quadro deficitário de

assistência: “o gasto com o uso inadequado e desnecessário de medicamentos é considerável. É indispensável instalar uma formação adequada nas faculdades de Medicina e Farmácia, em farmacologia básica e clínica, e em terapêutica. O Setor Saúde (SUS/Conass/Conasems) também deve promover programas de educação continuada aos profissionais de saúde. Requer-se um formulário nacional, guias terapêuticos, estratégias para dar informação objetiva e imparcial aos profissionais (boletins, centros de informação, grupos de consulta terapêutica, dentre outras” Joncheere (1997 : 54).

Além da melhor formação profissional é importante que informações pertinentes sejam também veiculadas aos usuários de saúde e à população em geral, para conscientizá-los no sentido de evitar a automedicação.

Assim, as providências que devem ser adotadas pelos cursos que são responsáveis pela formação destes profissionais são proporcionar ou incrementar através de seus currículos os conteúdos da Política Nacional de Saúde, a Política de Medicamentos que corresponda à seus princípios e doutrina, Terapêutica, Propaganda de Medicamentos, Farmacoepidemiologia.

Aprimorando sua formação, estes profissionais deverão passar a estimular o uso racional de medicamentos. Bonfim (1997), apresenta uma consideração interessante a este respeito. “É claro que a utilização de um medicamento essencial, ou seja, seguro, eficaz, de qualidade, não pode ser feita sem uma difusão de informações corretas, exatas, precisas, adequadas, suficientes, não só para o prescritor, ou seja, o

médico e o cirurgião- dentista — estamos falando, naturalmente, em Medicina humana — como ao dispensador, ou seja, ao farmacêutico e aos auxiliares de farmácia, como, e especialmente, ao usuário, ao consumidor, a todos nós. Lamentavelmente, o país está muitíssimos anos atrasado na difusão dessas informações. Bonfim (1997:30).

5 - Indústria Farmacêutica e o Papel do Setor Privado

Em relação a este tópico, Joncheere (1997:54) aponta que “a indústria brasileira se caracteriza por uma grande variedade de produtos, preços altos e muitas vezes qualidade deficiente. Deve-se estabelecer políticas de incentivos a essa indústria (tanto nacional como multinacional) para que ela estenda sua cobertura a uma parte maior da população, baseando seu crescimento em volumes maiores (e maior eficiência na produção) e não em preços mais altos. Os medicamentos genéricos são, é claro, um instrumento poderoso para isso.”

Uma iniciativa adotada pelo governo brasileiro recentemente que vale destacar foi o sancionamento da lei dos genéricos no dia 10 de fevereiro de 1999. As regras sobre o controle de qualidade dos produtos genéricos serão regulamentadas num prazo de 90 dias pelo Ministério da Saúde, entrando em vigor após cumprida esta providência. O projeto de lei foi de autoria do deputado Eduardo Jorge, determina que as indústrias farmacêuticas deverão usar o nome genérico em tamanho não inferior à metade do nome comercial. A indústria terá um prazo de seis meses para adaptar suas embalagens. Já no Sistema Único de Saúde a aquisição deverá preferencialmente ser

de produtos genéricos, e os médicos do sistema público também irão prescrever segundo o nome genérico. O projeto também prevê incentivos para que os laboratórios abandonem o uso do nome fantasia e adotem o genérico. Segundo o Jornal do Farmacêutico (1999:Jan/fev p.3), a expectativa é a de que o preço dos medicamentos caia até 40%, em consequência da queda nos gastos com publicidade e do aumento da competitividade. Portanto, a maior beneficiada é a população que poderá adquirir medicamentos com preços mais baixos, devido a concorrência natural que se dará na indústria farmacêutica.

6 - Financiamento e Aspectos Econômicos

Quanto às questões relacionadas ao financiamento, o autor analisa que “o financiamento de medicamentos carece de uma base estável; os fundos do SUS não são suficientes para cobrir os gastos e, muitas vezes, não estão disponíveis. Os Estados ainda não assumiram nenhuma responsabilidade na aquisição ou financiamento de medicamentos. Muitos municípios estão comprando mas seu poder de compra se dilui e se torna ineficiente para volumes inexpressivos e pela falta de ofertas. Os sistemas alternativos de compra e, ou, financiamento por consórcios de municípios, empresas semi- privadas etc., que combinam agilidade no processo de aquisição com economia de escala e controle comunitário, devem ser explorados” Joncheere (1997 : 55).

O autor indica também a necessidade da Política Nacional de Saúde contar com coordenações das ações em diferentes níveis, tais como:

7 - Coordenação Internacional e Mercosul

"O problema de medicamentos falsificados e adulterados de dimensão internacional, deve ser tratados pelos países em forma coordenada.

O Brasil ainda sofre de uma série de doenças particulares que, hoje, não têm remédios eficazes e seguros. O desenvolvimento de medicamentos para essas doenças requer alguma coordenação internacional e participação da OMS.

O esforço de harmonizar o mercado do Cone Sul (Mercosul) é de grande importância para o desenvolvimento futuro do cenário farmacêutico no Brasil. Por um lado, as regulamentações serão mais bem definidas e mais estritas e, por outro, com a entrada de novos produtores no mercado brasileiro, especialmente de genéricos, espera-se conseguir maior concorrência no mercado farmacêutico em benefício do paciente e do sistema de saúde". Joncheere (1997:55)

8 - Coordenação Intra- Institucional e Inter- Institucional

"Uma política farmacêutica deve incorporar aspectos de saúde pública, de desenvolvimento industrial e também aspectos de ciência e tecnologia e de formação de recursos humanos. Nesta configuração, o panorama brasileiro em medicamentos é muito fragmentado, sem uma condução. O Ministério da Saúde deve estabelecer uma comissão permanente composta de representantes das outras esferas do governo para harmonizar sua política e abrir um diálogo permanente com o setor privado, consumidores etc., para receber a contribuição de idéias e a retroalimentação de suas

ações” Joncheere (1997 : 55-56). Aponta ainda a necessidade de:

9 - Acompanhamento e Avaliação da Política de Medicamentos

Para tanto considera que não existe receita única, “devendo ser desenvolvida e adaptada segundo características específicas de cada país”. Considera ainda que “deve-se buscar um balanço adequado entre estratégias de educar, informar e persuadir e, de restrições. A política deve ser baseada em diálogo com todas as partes envolvidas, tanto do governo como do setor privado” Joncheere (1997 : 56).

Bonfim (1997), enfatiza que o governo necessita atuar em várias frentes para efetivar uma Política de Medicamentos mais adequada.

O autor considera que: “um aspecto basilar de uma política de medicamentos, é a parceria entre o governo, que atua no interesse público, e os seguintes atores do processo: os que utilizam ou vão utilizar medicamentos, os prescritores; os dispensadores e os que fazem comercializam, distribuem e vendem medicamentos. Outros parceiros incluem universidades; institutos especializados de pesquisa e instrução; instituições que formam pessoal na área médica, odontológica, de enfermagem e de farmácia, escolas de preparação de pessoal de nível médio e de agentes comunitários de saúde; organizações desvinculadas do governo como associação de profissionais, grupo de consumidores, a indústria farmacêutica preferivelmente suas representações no país ou internacional e as profissões jurídicas”. (Bonfim, 1997:24)

2.2. Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)

Como definição destes estudos, baseada em informe técnico da OMS é citada "a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial nas consequências médicas, sociais e econômicas resultantes". Laporte & Tognoni (1993:14)

Estes autores (1993:16) apresentaram quadro geral das estratégias e métodos empregados em estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância. O que se considera importante destacar para este estudo são as principais informações que podem ser obtidas com a sua realização estando entre elas:

- Qualidade da oferta de medicamentos;
- Qualidade da informação oferecida;
- Tendências comparadas de consumo;
- Comparação do uso de uma região a outra ou de um período a outro;
- Qualidade farmacêutica, farmacológica e terapêutica dos medicamentos mais utilizados (e sua evolução);
- Relação entre indicação e prescrição;
- Prescrição comparada com uso real pelo usuário;
- Grau de informação do paciente sobre sua enfermidade e sobre os efeitos da medicação; em geral, indicadores da qualidade da relação médico/paciente;

Conforme considerou Barros (1995:48), "sob o ponto de vista prático, os

EUM apresentam “decisiva contribuição em prol do uso racional dos fármacos”. Neste sentido, os EUM podem oferecer subsídios ao estabelecimento dos programas de medicamentos essenciais e guias farmacológicos.

Resumindo o objetivo básico destes estudos, Laporte & Tognoni (1993:12), descrevem que é conhecer a interação dos medicamentos com o processo global da atenção a saúde, nos quais as enfermidades são diagnosticadas, selecionadas para ser tratada e modificadas em seu ‘curso natural’ ”

Assim, o estudo realizado para elaboração desta dissertação se propõe a analisar aspectos da qualidade da assistência farmacêutica.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da assistência farmacêutica prestada aos usuários dos serviços de saúde Docente Assistenciais da PUC Campinas, quando comparada àquela realizada por outros serviços.

3.2. Objetivos Específicos

Avaliar a qualidade da assistência farmacêutica no Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas², nos seguintes aspectos relacionados ao medicamentos:

- aquisição;
- orientação sobre o uso;
- observância da prescrição;
- utilização de medicamentos sem prescrição médica recente

²Foi considerado Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas: Ambulatório, Pronto Socorro, Pronto Atendimento, internação e três Unidades Básicas de Saúde.

4. METODOLOGIA

4.1. O desenho

A proposta de coleta de dados empíricos sobre a assistência farmacêutica em sistema de serviços de saúde vinculados ao ensino universitário, no caso particular o Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas, partiu do pressuposto de que poderia haver melhor qualidade da Assistência Farmacêutica neste sistema do que em outros. Acreditou-se desta forma, que a presença de professores e alunos de graduação, especialmente da medicina e farmácia, atuantes nestes serviços, pudessem favorecer a qualidade da assistência farmacêutica oferecida na área docente assistencial quando comparada com a do sistema de serviços públicos e privados existentes na mesma região ou em áreas limitrofes.

O Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas, na ocasião do estudo, era formado pelo Ambulatório de Especialidades do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) e pelas Unidades Básicas de Saúde do Jardim Ipaussurama, Dr. Pedro Agápio de Aquino Netto (Campos Elíseos) e Integração Vila Castelo Branco.

O desenho escolhido para desenvolver o estudo foi do tipo caso- controle, tendo por objetivo descrever e comparar a qualidade da assistência farmacêutica dentro e fora do sistema docente- assistencial, com as definições de casos e controles explicitando parâmetros de qualificação da assistência farmacêutica.

Foi escolhido como critério de exposição a assistência farmacêutica no sistema docente assistencial da PUC Campinas.

4.1.1. Casos

Consideram-se casos as pessoas internadas nas enfermarias da Medicina Interna e Pediatria do HMCP que nos 30 dias que antecederam à internação tiveram indicação para usar medicamento recebendo assistência farmacêutica com qualidade insatisfatória.

Assistência farmacêutica com qualidade insatisfatória foi aquela que ocorreu com dificuldades relativas a: aquisição do medicamento no local de realização da consulta, capacidade financeira para comprá-lo; possibilidade de encontrá-lo na farmácia comercial e compreensão sobre como utilizá-los.

4.1.2. Controles

Considerou-se como controles, as pessoas internadas nas mesmas enfermarias dos casos que nos 30 dias que antecederam à internação tiveram indicação para usar medicamento e receberam assistência farmacêutica com qualidade satisfatória.

Assistência farmacêutica com qualidade satisfatória foi a ausência das dificuldades apresentadas na definição de caso, ou seja, na aquisição, acesso, e entendimento da sua forma de utilização.

Na definição de exposição, levou-se em consideração os pacientes que passaram por pelo menos uma consulta num dos Serviços que compõem o Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas nos 30 dias que antecederam a internação.

4.1.3. População de referência

Como o objetivo da pesquisa foi verificar a qualidade da assistência farmacêutica prestada no Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas comparada a de outros serviços de saúde, optou-se por realizar as entrevistas na ocasião da internação dos pacientes. Nesta ocasião existe a oportunidade de conseguir pacientes atendidos tanto no sistema docente assistencial da PUC Campinas como de outros serviços e também por serem encontradas condições para obter a opinião de médicos sobre dados relacionados a assistência farmacêutica, tais como: opinião sobre o uso dos medicamentos, sobre os fatores que contribuíram para a internação, ocorrência de intoxicação e outras.

Desta maneira, escolheu-se as enfermarias de Medicina Interna e Pediatria para o desenvolvimento do estudo, por serem clínicas convencionais da prática médica com maior chance de localização de pacientes que tiveram indicação ou estavam utilizando medicamentos antes da internação. A escolha deveu-se também ao fato de não apresentarem fatores que pudessem interferir na avaliação, tais como intercorrências cirúrgicas e psiquiátricas, entre outras.

4.1.4. Critérios de Eleição e Exclusão

Foram pesquisados todos os pacientes internados nas enfermarias da Medicina Interna e Pediatria do HMCP, no período do estudo, sendo: de outubro de 1996 a agosto de 1997 e de abril a agosto de 1997, respectivamente. Assim, foram

entrevistados todos aqueles que referiram ter utilizado medicamento ou recebido indicação para fazê-lo nos 30 dias que antecederam a internação, sendo acometidos por patologias clínicas de qualquer natureza.

Os controles foram admitidos de modo não emparelhado quando internados nas mesmas enfermarias dos casos, até o prazo máximo de três meses após a entrevista com o caso.

Foram excluídos do estudo: os pacientes que referiram não uso ou não indicação de medicamentos nos 30 dias que antecederam a internação; não apresentaram condições de comunicação; os que não souberam relatar sobre a prescrição e uso de medicamentos; aqueles que se recusaram a participar da entrevista; os que tiveram alta antes da realização da entrevista; e também os que estavam ocupando leitos em outras enfermarias.

4.1.5. Os tamanhos amostrais

Foram calculados os parâmetros calculados para um número de pacientes expostos e não expostos necessários em um estudo caso controle para a verificação de diferença entre pacientes atendidos e não atendidos no sistema docente assistencial PUC Campinas com 5% de erro alfa e 80% de poder de teste ($1 - \beta$)

Partiu-se do princípio de que um estimador de "risco de ser atendido com boa qualidade" oferecesse proteção aos clientes nesta comparação, ficando separado do sistema externo à universidade por distância ou proporção de 25% - sendo a deficiência de assistência farmacêutica assim compreendida: 85% de assistência

deficiente no sistema público e privado contra 60% de assistência deficiente no sistema docente- assistencial. Desta forma, em um estudo do tipo caso controle, seria possível estimar um odds- ratio de 0,26, tendo como ponto de partida um poder de teste de 80% e um erro tipo alfa de 5,0% conforme Fleiss (1981), tal como demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 1. Tamanhos amostrais calculados para o estudo caso controle.

Exposição Casos (%)	Exposição Controles (%)	OR mínimo	Número Casos	Número Controles	Total
70	80	0,58	313	313	626
65	80	0,46	151	151	302
60	80	0,38	91	91	182
70	85	0,41	133	133	266
60	85	0,26	57	57	114
55	75	0,41	98	98	196
40	60	0,44	107	107	214
40	65	0,36	69	69	138

Exposição = Assistência Farmacêutica na área Docente Assistencial da PUC Campinas.
 Proporção caso/controle = 1:1

À ocasião de elaboração do projeto, optou-se pelo tamanho amostral de 114 entrevistas para cada uma das clínicas a serem investigadas, sendo possível obter 57 casos e 57 controles. Optou-se por analisar as entrevistas em conjunto devido ao caráter do estudo.

Assim, estimou-se que 60% dos casos e 85% dos controles teriam tido assistência farmacêutica na área Docente Assistencial da PUC Campinas.

A opção por estes percentuais foi em decorrência do conhecimento prévio

dos serviços prestados no sistema docente assistencial da PUC Campinas que, como foi dito, supõem-se melhor estruturado que os outros.

4.2. Definições operacionais

4.2.1. Automedicação

Conforme apresentam Paulo & Zanini, 1988 “automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa do paciente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas”.

4.2.2. Reações Adversas a Medicamentos (RAM)

Laporte & Capellà (1993:97), consideram RAM: “qualquer efeito prejudicial ou indesejável que se apresente após a administração de medicamento em doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade”.

4.3. A coleta de dados

A pesquisa foi realizada nas enfermarias de Medicina Interna e Pediatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro, tendo sido efetuada no período outubro/96 a agosto/97 na Medicina Interna e abril a agosto de 1997 na Pediatria. Como etapa preliminar o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências

Médicas da PUC Campinas para aprovação (Anexo 7).

Foram elaborados dois questionários, sendo: um para aplicação ao paciente (Anexo 1) e outro para ser aplicado ao médico responsável por ele na internação (Anexo 2).

Assim, no primeiro coletou-se dados de identificação dos pacientes, dados gerais sobre as consultas realizadas antes da internação e a utilização de medicamentos no mesmo período.

No segundo questionário pesquisou-se junto ao médico sua opinião sobre os tratamentos realizados pelo paciente antes da internação.

Os entrevistados foram considerados pertencentes ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas quando uma das consultas realizadas no período de 30 dias antes da internação ocorreu neste sistema.

Quando houve mais de um atendimento médico no período de um mês que antecedeu à internação, considerou-se os medicamentos que haviam sido indicados na última consulta médica, aqueles que estavam sendo utilizados no controle de doenças crônicas e também os que utilizaram por indicação leiga ou automedicação.

Esleveu-se o período de até trinta dias antes da internação como o adequado para verificar o uso ou indicação do medicamento, por estar próximo a ocorrência do

evento, evitando problemas de esquecimento. Também, por ser o período estabelecido para aquisição de medicamentos pelos pacientes portadores de doença crônico-degenerativas cadastrados no programa de assistência farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campinas.

4.3.2. A entrevista ao paciente

Na Medicina Interna os entrevistados foram os próprios pacientes e na Pediatria as mães ou acompanhantes das crianças. Em algumas ocasiões existiram dificuldades na realização das entrevistas, sendo as principais:

- O paciente encontrou dificuldade para lembrar o nome dos medicamentos que estavam utilizando antes da internação. Nesta situação foi solicitado através de carta a um familiar que trouxesse a receita, a embalagem ou bula dos medicamentos prescritos e/ou utilizados nos trinta dias que antecederam a internação hospitalar, para posterior realização da entrevista. Porém nem sempre existiu o retorno. Os motivos deste limite, normalmente foram: tempo curto de internação, poucos horários de visita, esquecimento do paciente de entregar o bilhete solicitando o medicamento, dificuldade do familiar em providenciar estes dados.

4.3.2. A Entrevista ao médico

No ato da entrevista ao médico foram apresentados os dados referidos pelo entrevistado: nome do medicamento, concentração (quando referida), posologia, tempo indicado para utilização, se utilizou e durante quanto tempo e se houve interrupção do

uso. Nesta oportunidade o médico assistente com base em informações novas e mais amplas obtidas na internação considerou sua opinião em relação a concordância, discordância da indicação ou não teve condições de opinar (pelo desconhecimento do quadro clínico no período que antecedeu à internação ou desconhecimento daqueles medicamentos).

Também foi verificada a opinião do médico assistente quanto a possível influência de fatores relacionados a medicamentos e a internação hospitalar conforme sua opinião sobre a adequação da indicação do medicamento para o paciente.

Esta foi, portanto, uma avaliação entre pares, na qual o médico assistente do paciente internado dispôs de condições de informação privilegiada, o que o coloca em posição de ser considerado como “padrão”. Esta conceituação preserva a ética da avaliação entre pares de profissão e o sigilo, não desmerecendo a prática profissional dos consultantes extra hospitalares.

No ato da realização das entrevistas entregou-se carta de consentimento informado ao paciente e ao médico assistente (Anexos 3 e 4 respectivamente).

4.3.3. A Codificação dos medicamentos

As respostas referentes às questões gerais foram codificadas, utilizando-se uma tabela de códigos elaborada pela autora (ANEXO 5) e as referentes aos nomes dos medicamentos foram realizadas utilizando a Classificação BRM-98.

O fluxograma geral do procedimento da coleta de dados:

- a) Verificar os prontuários para obter dados gerais sobre os pacientes recém- admitidos.
- b) Visitar os pacientes recém- admitidos para verificar uso ou indicação de medicamento.
- c) Em casos de uso ou indicação de uso, realizar a entrevista aos pacientes.
- d) Entrevistar um médico responsável pelo paciente durante a internação.
- e) Codificar as respostas dos questionários.
- f) Codificar os medicamentos.
- g) Digitar os questionários.

4.3.4. Estratégia de compilação e análise

Utilizou-se o programa EPIINFO 6.0 (Dean et all, 1994) para a digitação dos questionários e realização das análises estatísticas dos resultados. O programa Excel 5.0 foi utilizado para confeccionar os gráficos e o Word 7.0 para a digitação e impressão da dissertação. Para avaliação da digitação foi realizada uma amostragem aleatória de 10% dos questionários (Rodrigues, 1993).

5. RESULTADOS

O estudo foi realizado a partir de 413 entrevistas com pacientes internados na Medicina Interna (270) e na Pediatria (143). Foram entrevistados os pacientes que referiram ter utilizado medicamento ou ter recebido indicação para fazê-lo nos trinta

dias antes da internação.

Do total de entrevistados, aqueles que receberam assistência farmacêutica com qualidade satisfatória (controles) excederam em apenas 4,2% os de qualidade insatisfatória (casos). A distribuição dos pacientes do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas (expostos) classificados como casos foi significativamente maior do que a dos pacientes provenientes de fora deste sistema (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos entrevistados quanto a qualidade da Assistência Farmacêutica em relação a exposição ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas S.P.

	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
Expostos	105	48,8	76	38,4	181	43,8
Não Expostos	110	51,2	122	61,6	232	56,2
Total	215	100,0	198	100,0	413	100,0

OR 1,53 (IC 95% 1,02 < OR < 2,31) χ^2 1 gl = 4,58 p = 0,0324

Observando-se o Odds Ratio (OR) obtido na tabela 1 e seu respectivo intervalo de confiança, consta-se que foi encontrada diferença estatística significativa entre a qualidade da assistência farmacêutica prestada aos entrevistados que pertenciam ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas (expostos) e aos que não pertenciam (não expostos).

Inicialmente apresenta-se uma caracterização geral dos entrevistados e em seguida as análises em relação aos seguintes aspectos de interesse: aquisição do medicamento, orientação sobre o uso, observância da prescrição, automedicação e opinião do médico em relação a indicação ou uso de medicamentos.

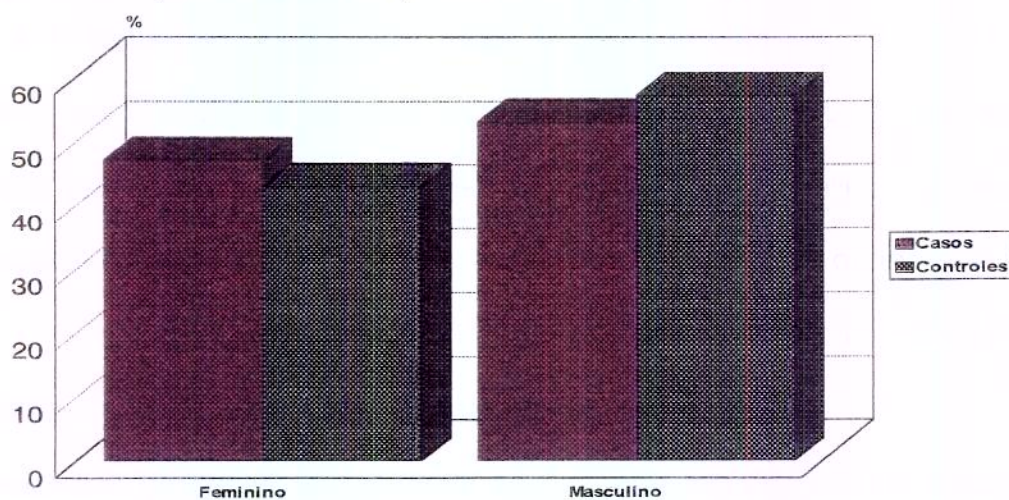
No desenvolvimento do estudo de cada um destes cinco últimos aspectos obteve-se informações que contribuíram para nortear a análise sobre o fato de, em geral, não se ter encontrado diferença estatística significativa entre expostos e não expostos em relação aos mesmos.

5.1. Caracterização geral dos entrevistados e da procura por serviços de saúde

5.1.1. Quanto ao sexo

Tanto nos casos quanto nos controles houve predominância do sexo masculino. As diferenças entre assistência farmacêutica satisfatória (controles) e insatisfatória (casos) e entre expostos e não expostos em relação ao sexo foram estatisticamente significativas como pode ser observado nas Figuras 1 e 2.

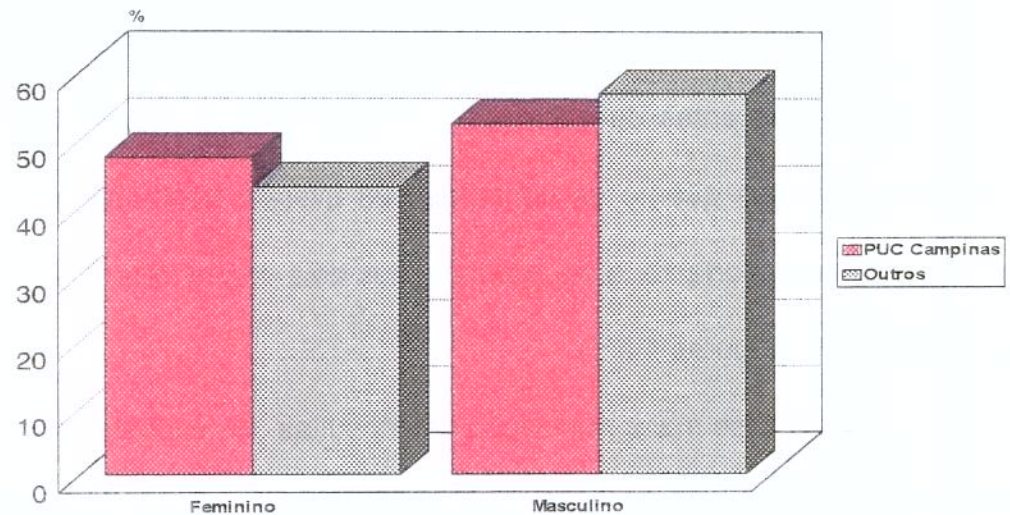
Figura 1 Distribuição dos entrevistados por sexo.



OR 1,18 (IC 95% 0,78 < OR < 1,77) χ^2 1 gl = 0,68 $p = 0,4088$

(Anexo 6 - Tabela A-1)

Figura 2 Distribuição dos entrevistados por sexo.



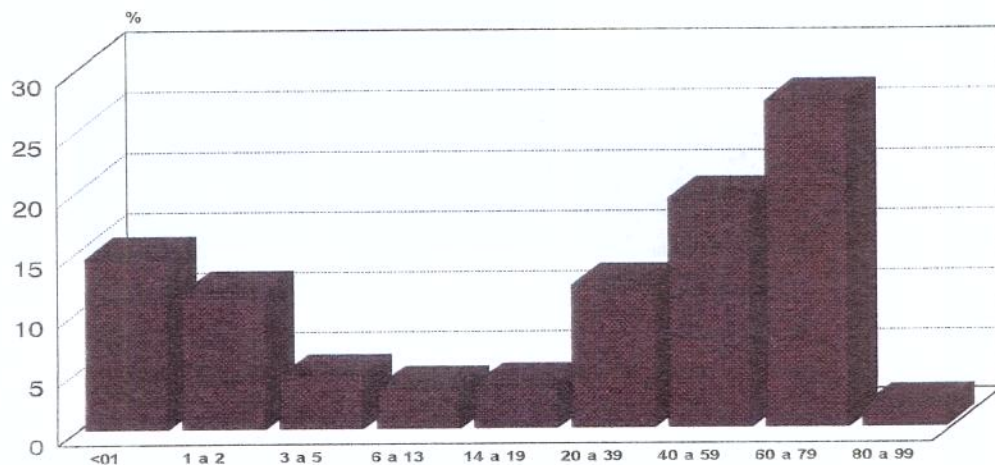
OR 1,19 (IC 95% 0,79 < OR < 1,80) χ^2 1 gl = 0,80 p = 0,3714

(Anexo 6 - Tabela A-2)

5.1.2. Quanto a faixa etária

Observa-se na figura abaixo que 25,7% dos pacientes pertenceram a faixa até 2 anos e 31,9% acima de 60 anos.

Figura 3 Faixa etária dos entrevistados (anos)



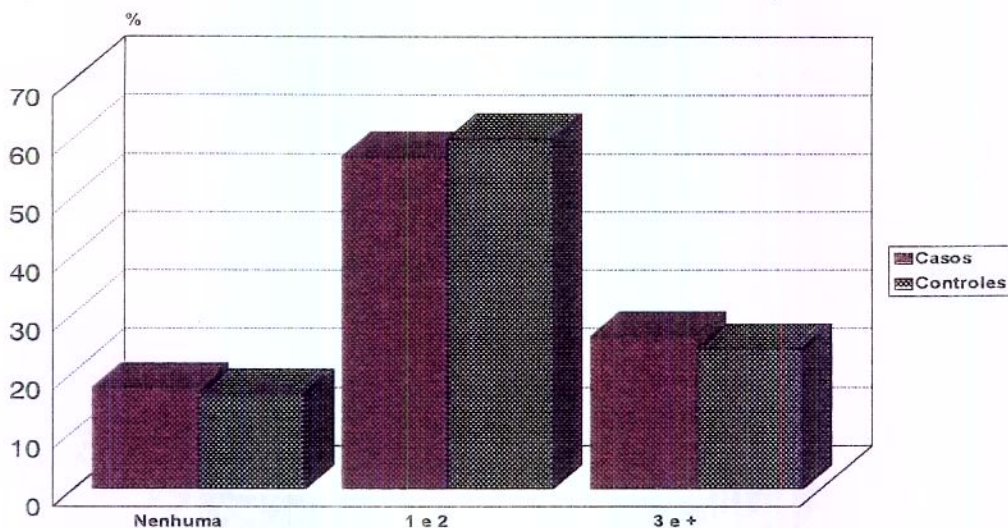
(Anexo 6 - Tabela A-3)

5.1.3. Quanto ao número de consultas realizadas antes da internação

Mais da metade de casos e controles tiveram entre 1 e 2 consultas no período de 30 dias antes da internação (56,8% casos e 59,9% controles). Cerca de 17% tanto de casos quanto de controles não tiveram nenhuma consulta no referido período, indicando portanto, a equivalência dos dois grupos quanto a estes atributos de comparabilidade (Figuras 4 e 5).

Verificou-se maior realização de consultas nos expostos ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas do que entre os não expostos a este sistema. A não realização de consultas nos 30 dias antes da internação apresentou diferença entre os expostos ao Sistema da PUC Campinas (2,2%) e os não expostos (28%).

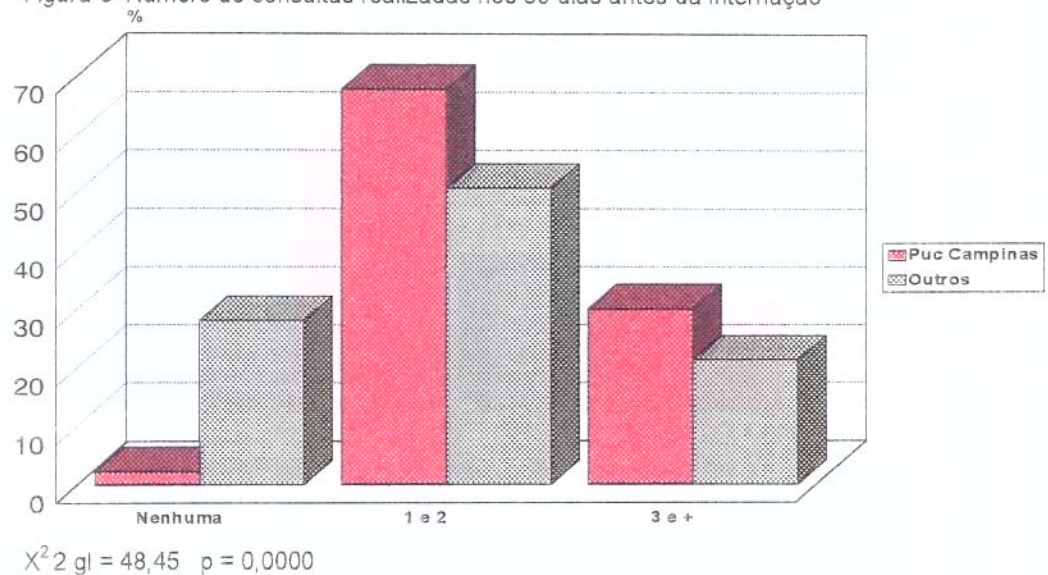
Figura 4 Número de consultas realizadas nos 30 dias antes da internação



χ^2 2 gl = 0,43 p = 0,8066

(Anexo 6 - Tabela A-4)

Figura 5 Número de consultas realizadas nos 30 dias antes da internação

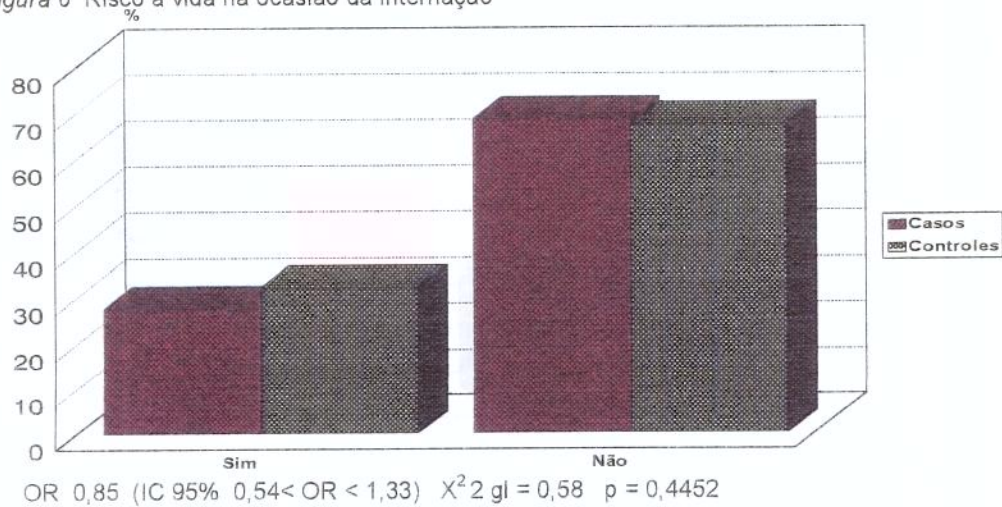


(Anexo 6 - Tabela A-5)

5.1.4 Quanto ao risco à vida na ocasião da internação

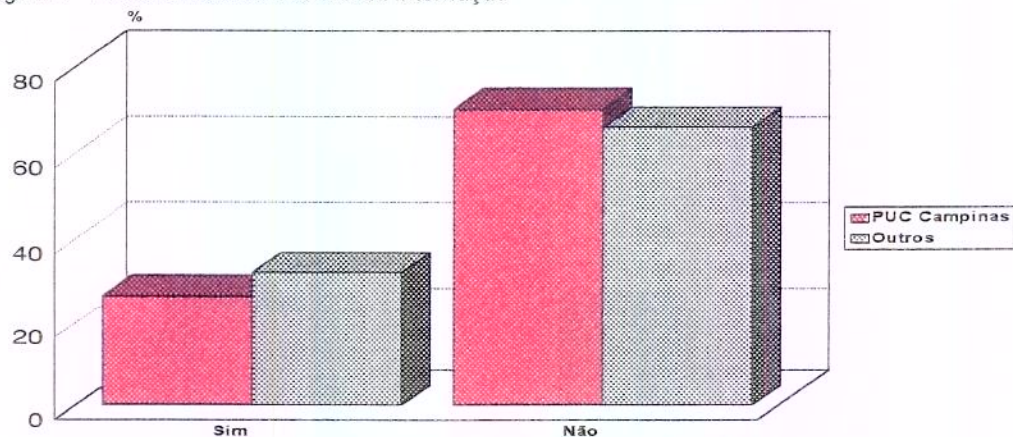
Nas figuras 6 e 7 observa-se que os entrevistados apresentaram proporções em torno de 30% de risco à vida na ocasião da internação, indicando assim, a equivalência dos dois grupos quanto a estes atributos.

Figura 6 Risco à vida na ocasião da internação



(Anexo 6- Tabela A-6)

Figura 7 Risco à vida na ocasião da internação



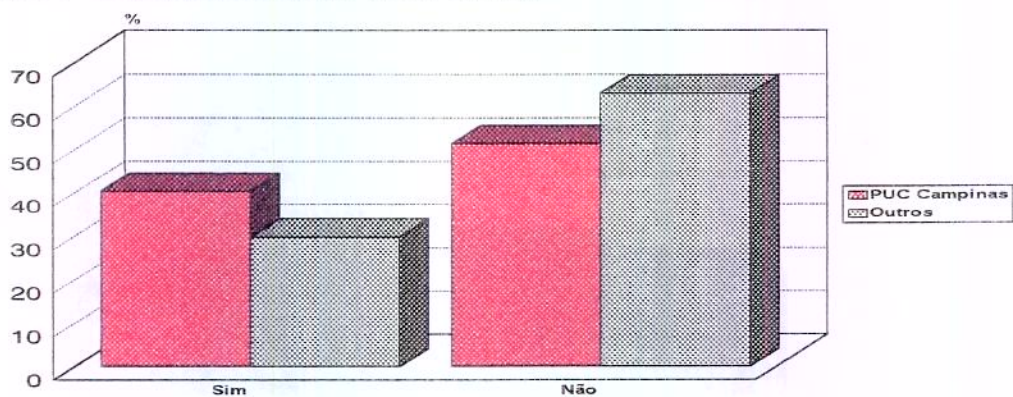
OR = 0,78 (IC 95% 0,50 < OR < 1,23) χ^2 2 gl = 1,25 p = 0,2635

(Anexo 6 - Tabela A-7)

5.1.5.Ocorrência de internação hospitalar no ano anterior a atual

Existiu maior número de internações no período de um ano da internação atual entre os expostos ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas (40,3%) do que entre os não expostos (29,7%). Estes resultados vem em favor da suposição de que existe maior vínculo dos pacientes internados no ano anterior com o Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas.

Figura 8 Ocorrência de internação no ano anterior.



OR = 1,66 (IC 95% 1,07 < OR < 2,58) χ^2 2 gl = 5,66 p = 0,0173

(Anexo 6 - Tabela A-8)

5.2. Características gerais do tratamento medicamentoso

5.2.1. Grupos de medicamentos mais utilizados ou prescritos

Em relação ao total de medicamentos referidos pelos entrevistados, observou-se que foram mais referidos os seguintes grupos: analgésicos, antiasmáticos, antimicrobianos para uso sistêmico, diuréticos, medicamentos para terapia cardíaca, os utilizados para o diabetes, agentes com ação no sistema renina angiotensina, anti-reumáticos e antiinflamatórios. (tabela 2)

Possivelmente os antiasmáticos ocuparam o segundo lugar entre os medicamentos mais prescritos devido ao período de coleta de dados na enfermaria de Pediatria que coincidiu com o período outono inverno, época de prevalência de doenças respiratórias.

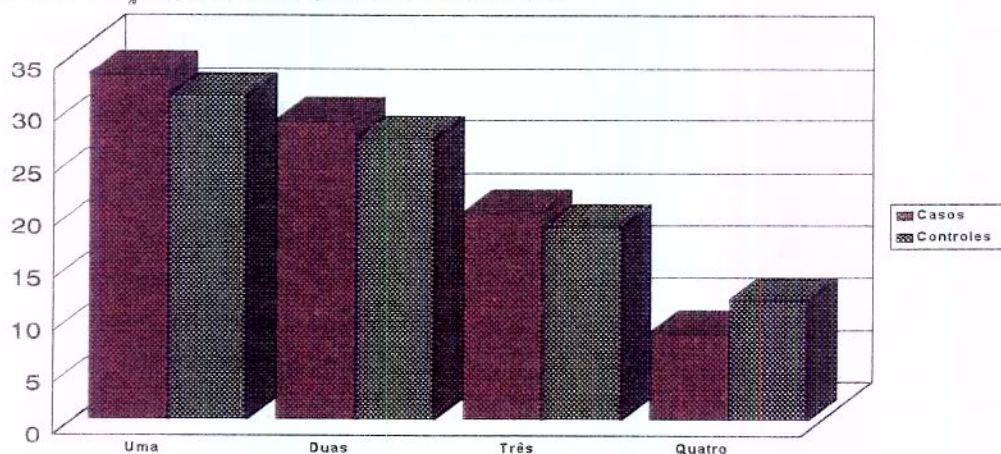
Tabela 2. Grupos de medicamentos mais referidos.

Grupo de Medicamentos	Cod RBM - 98	%
Analgésicos	N02	11,2
Antiasmáticos	R03	10,8
Antimicrobianos para uso sistêmico	J01	9,1
Diuréticos	C03	8,2
Medicamentos para terapia Cardíaca	C01	6,8
Medicamentos usadas no Diabetes	A10	6,3
Medicamentos com ação no Sistema Renina Angiotensina	C09	5,0
Antireumáticos e Antiinflamatórios	M01	4,2
Não souberam referir o nome dos medicamentos		4,5
Outros grupos		33,9
Total		100,0

A média de medicamentos referida pelos pacientes foi 3,29. As posologias diárias mais referidas foram: uma vez (32,2%), duas vezes (28,0%), três vezes

(19,4%). Observou-se um ligeiro predomínio destas posologias entre os medicamentos utilizados pelos casos. Somente em cerca de 10% é que foi referida a posologia quatro vezes ao dia.

Figura 9 Posologias referidas para os medicamentos



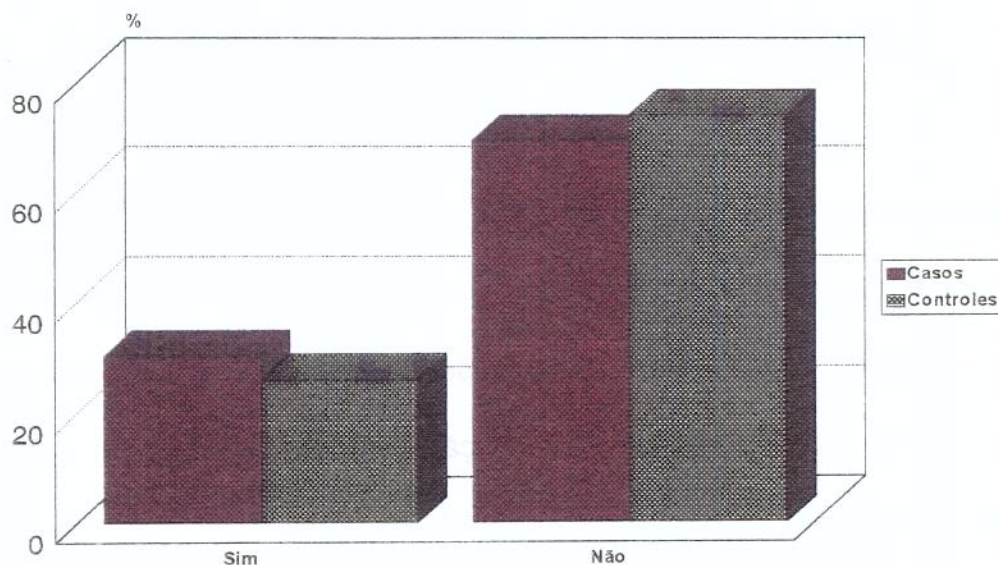
$$\chi^2_{3 \text{ gl}} = 4,43 \quad p = 0,2187$$

(Anexo 6 - Tabela A-9)

5.2.2. Quanto à utilização de medicamentos

A maioria dos entrevistados referiu que estava utilizando medicamento prescrito por médico nos trinta dias antes da internação. Porém, 30,2% dos casos e 25,9% dos controles admitiram que também fizeram uso de medicamento sem prescrição médica recente, indicação leiga ou iniciativa própria. (Figura 10)

Figura 10 Uso de medicamentos sem prescrição médica recente.



OR = 1,25 (IC 95% 0,79 < OR < 1,79) χ^2 2 gl = 1,02 p = 0,3128

(Anexo 6 - Tabela A-10)

5.2.3. Ocorrência de intoxicação

Ocorreram quatro pacientes que apresentaram intoxicação, segundo opinião do médico da internação, sendo um exposto ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas e os outros pertencentes a outros serviços. As quatro ocorreram por uso de digoxina (0,96%), sendo uma delas devido a interação entre amiodarona e digoxina.

5.2.4. Aparecimento de Reações adversas aos medicamentos

Conforme opinião do médico da internação, 3,3% dos casos e 2,0% dos controles apresentaram RAM que contribuíram significativamente para a internação.

5.2.5. Opinião do médico da internação sobre a possibilidade da internação estar associada a fatores relacionados aos medicamentos

Não houve diferença entre casos e controles em relação aos fatores associados aos medicamentos terem contribuído para a internação hospitalar, segundo opinião dos médicos da internação. Em 24,93% dos entrevistados o médico opinou que a internação poderia estar relacionada a estes fatores. Os mais importantes foram: problemas na observância da prescrição (não usou conforme indicado, interrupção do uso); problemas relacionados à prescrição (médico da internação considerou que o medicamento não foi adequado ao quadro clínico); reações devido ao uso (abcesso devido a aplicação de injetáveis, reações adversas ao medicamento, intoxicação).

Tabela 3. Possibilidade de fatores relacionados aos medicamentos ter contribuído na internação hospitalar, segundo opinião do médico da internação.

Fatores	Medicina Interna e Pediatria
	n
Problemas na observância da prescrição	43
Reações devido ao uso	15
Problemas relacionados à prescrição	32
Não houve resposta esperada	7
Ajuste da dose de insulina	1
Motivo desconhecido	1
Problemas na observância ou na prescrição	4
Total	103

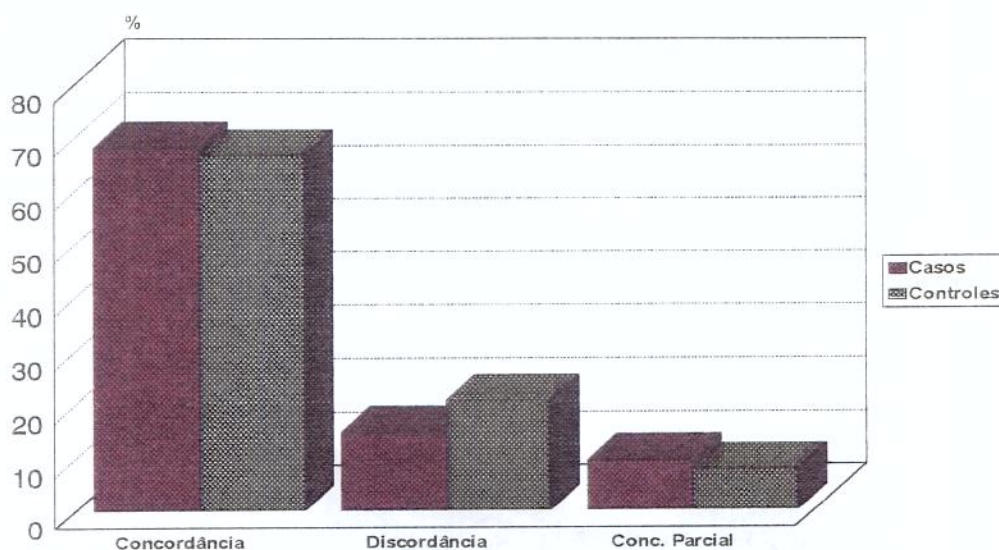
5.2.6. Opinião do médico em relação à indicação ou uso dos medicamentos

Na opinião do médico responsável pelo paciente na internação a discordância (Figura 11) foi significativamente diferente entre os medicamentos

utilizados pelos casos (14,5%) e controles (20,3%). Houve menor discordância em relação aos itens que tiveram má qualidade de assistência farmacêutica (casos).

Foi considerado “concordância parcial” quando existiu concordância com o medicamento utilizado porém discordância com a dose ou posologias empregadas.

Figura 11 Opinião do médico da internação em relação ao uso dos medicamentos



$$\chi^2_{3 \text{ gl}} = 11,29 \quad p = 0,0102$$

(Anexo 6 - Tabela A-11)

5.3. Assistência Farmacêutica

Os resultados apresentados a seguir foram elaborados a partir do número de medicamentos utilizados pelos pacientes e não em função do número de entrevistas. Isto porque existiu um número variado de medicamentos (1 a 11) utilizados pelos pacientes, ocorrendo formas diferentes para cada um dos itens que compunham o tratamento.

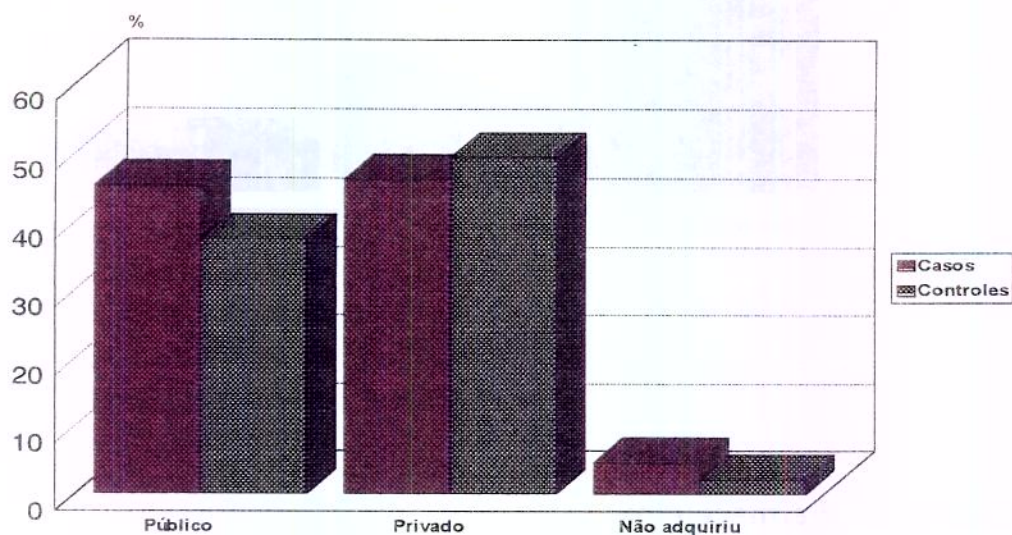
5.3.1. Quanto à aquisição

Tabela 4. Local de aquisição dos medicamentos.

Local	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sist. Público	289	45,2	274	37,4	563	41,4
Sist. Privado	299	46,1	351	49,3	650	47,8
Não adquirido	15	2,9	24	2,1	39	2,9
Outras	38	4,6	57	10,4	95	6,8
Perdas	8	1,2	6	0,8	14	1,1
Total	649	100,0	712	100,0	1361	100,0

X^2 4gl = 7,82 $p = 0,0982$

Figura 12 Local de aquisição dos medicamentos



OR = 1,24 (IC 95% 0,98 < OR < 1,56) X^2 1gl = 3,43 $p = 0,0638$

(Anexo 6 - Tabela A-12)

Na figura 12, observa-se que não existiu diferença entre casos e controles em relação ao local de aquisição de medicamentos.

A tabela 5 descreve a aquisição de medicamentos nas farmácias do Ambulatório e Centros de Saúde da PUC Campinas, que compõem o sistema público apresentado na figura acima. Vê-se que entre os medicamentos recebidos pelos pacientes expostos ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas apenas 14,9% foram adquiridos nas farmácias próprias da instituição.

Tabela 5. Local de aquisição dos medicamentos no serviço público de saúde.

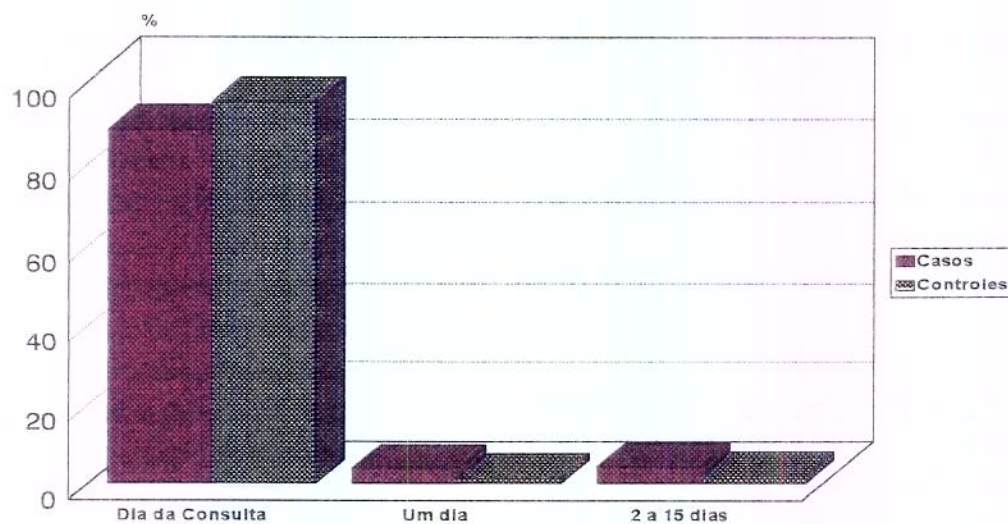
Exposição	Farmácias da PUC Campinas		Farmácias de outros Serviços Públicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
PUC Campinas	84	14,9	202	35,9	286	50,8
Outros	12	2,1	265	47,1	277	49,2
Total	96	17,0	467	83,0	563	100,0

OR = 9,18 (IC 95% 4,72 < OR < 18,23) χ^2 1 gl = 62,37 p = 0,0000

Quanto ao tempo gasto para a aquisição dos medicamentos após recebimento da prescrição, observa-se que cerca de 90% do total de medicamentos foram adquiridos no mesmo dia de realização da consulta.

Observa-se que receberam má qualidade na assistência farmacêutica tiveram menor possibilidade de aquisição no dia da consulta (Figura 13). No entanto, não foi encontrada diferença ao analisar-se em contraste os pacientes expostos e não expostos ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas (Figura 14).

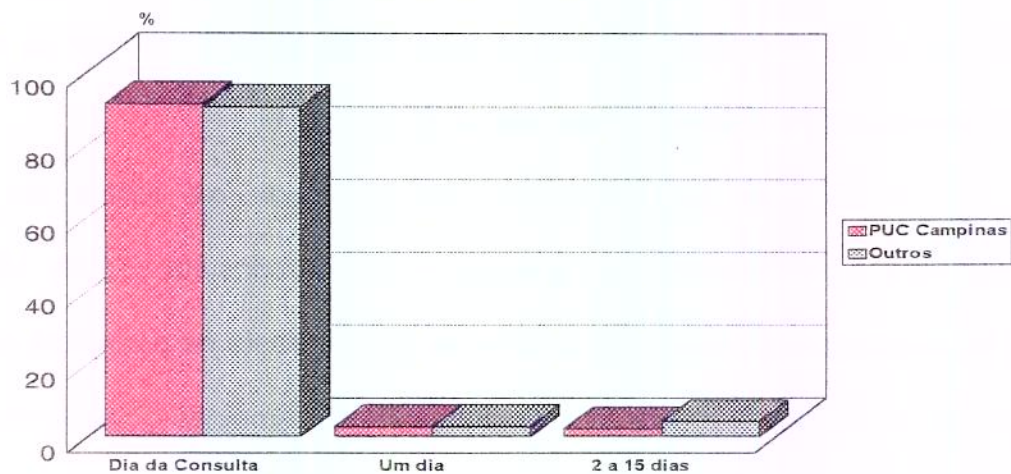
Figura 13 Tempo gasto na aquisição dos medicamentos



$$\chi^2_{2\text{ gl}} = 17,73 \quad p = 0,0001$$

(Anexo 6 - Tabela A-13)

Figura 14 Tempo gasto na aquisição dos medicamentos



$$\chi^2_{2\text{ gl}} = 0,57 \quad p = 0,753$$

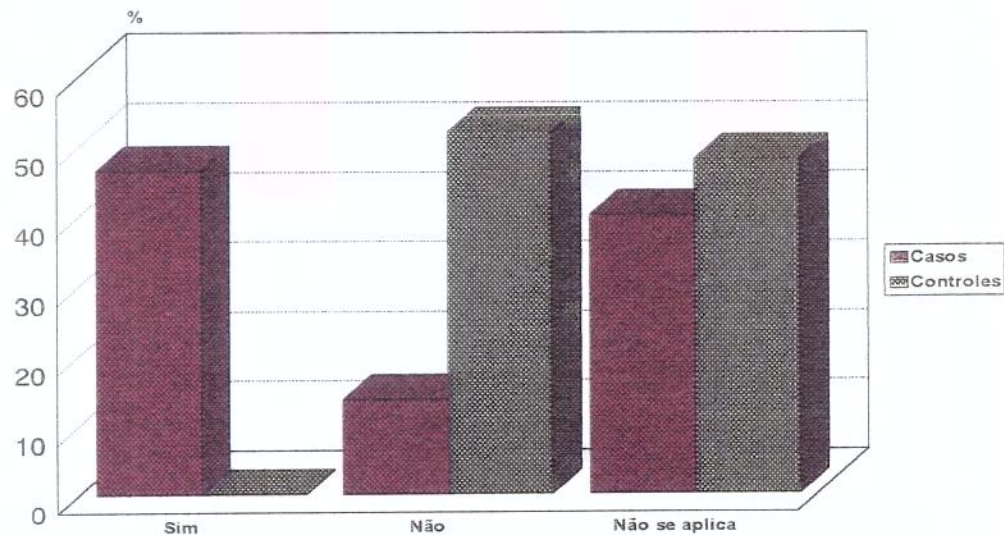
(Anexo 6 - Tabela A-14)

Na Figura 15 observa-se que 46,5% dos pacientes com qualidade de assistência farmacêutica insatisfatória (casos) referiram dificuldade para adquirir o

medicamento no local de realização da consulta. Como esta variável foi utilizada na definição de casos, não aparece nenhum controle nesta situação.

As entrevistas de pacientes consultados em locais onde não havia farmácia ou que não se dirigiram a elas, foram classificadas na coluna não se aplica.

Figura 15 Referiram dificuldade na aquisição dos medicamentos no local de realização da consulta



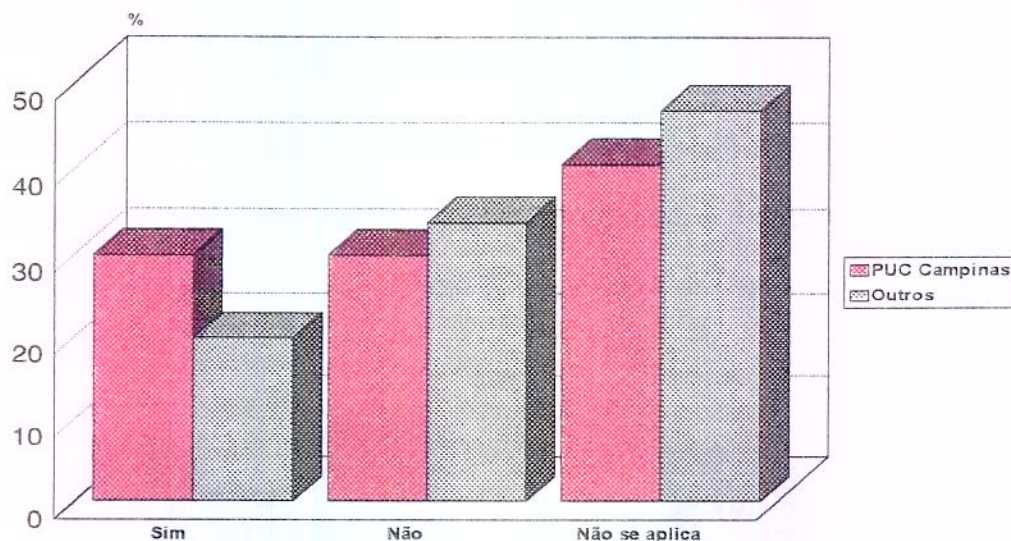
$$\chi^2_{2 \text{ gl}} = 141,18 \quad p = 0,00000000$$

Os casos cuja resposta é não, referem-se a outras dificuldades: de comprar medicamentos, de encontrá-los na farmácia e de entender a orientação sobre seu uso.

(Anexo 6 - Tabela A -15)

Dos pacientes atendidos na PUC Campinas cerca de 30% referiram dificuldade em encontrar medicamentos na farmácia local e 30% referiram não ter encontrado dificuldade. Cerca de 40% dos expostos não se dirigiram a esta farmácia para aquisição dos medicamentos prescritos (Figura 16)

Figura 16 Referiram dificuldade na aquisição dos medicamentos no local de realização da consulta



$$\chi^2_{2\text{ gl}} = 5,92 \quad p = 0,0519$$

(Anexo 6 - Tabela A-16)

Na tabela 6 verifica-se que entre os entrevistados predominaram os que tiveram dificuldade financeira para adquirir medicamentos em farmácias comerciais, com predomínio desta queixa entre os casos. Desta maneira, o número de casos que referiram dificuldade financeira para comprar os medicamentos em farmácia é cinco vezes maior em relação aos que não tiveram esta dificuldade. Como esta variável foi utilizada na definição de caso, não aparece nenhum controle nesta situação.

Tabela 6. Dificuldade financeira para comprar os medicamentos.

Dificuldade Financeira	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	154	71,6	0	0	154	37,3
Não	36	16,7	96	48,5	132	32,0
Não Se Aplica	24	11,2	100	50,5	124	30,0
Perdas	1	0,5	2	1,0	3	0,7
Total	215	100,0	198	100,0	413	100,0

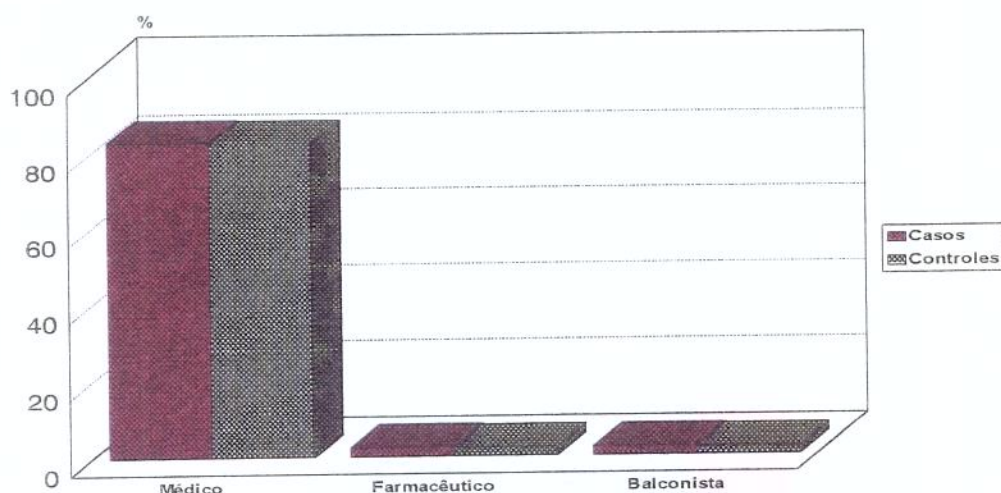
$$\chi^2_{2\text{ gl}} = 227,5 \quad p = 0,0000$$

Foram classificados como não se aplica os entrevistados que não tiveram que comprar medicamentos em farmácias, por obtê-los gratuitamente ou de outras fontes.

5.3.2. Quanto à orientação sobre o uso

O médico foi o profissional apontado pelos entrevistados como o responsável pela orientação da utilização de medicamentos (Figura 17), tanto nos medicamentos referidos pelos casos (82,9%) quanto pelos controles (82,7%). O farmacêutico tem percentual semelhante ao do balconista, ficando em torno de 2%.

Figura 17 Responsáveis pelas orientações dos medicamentos.



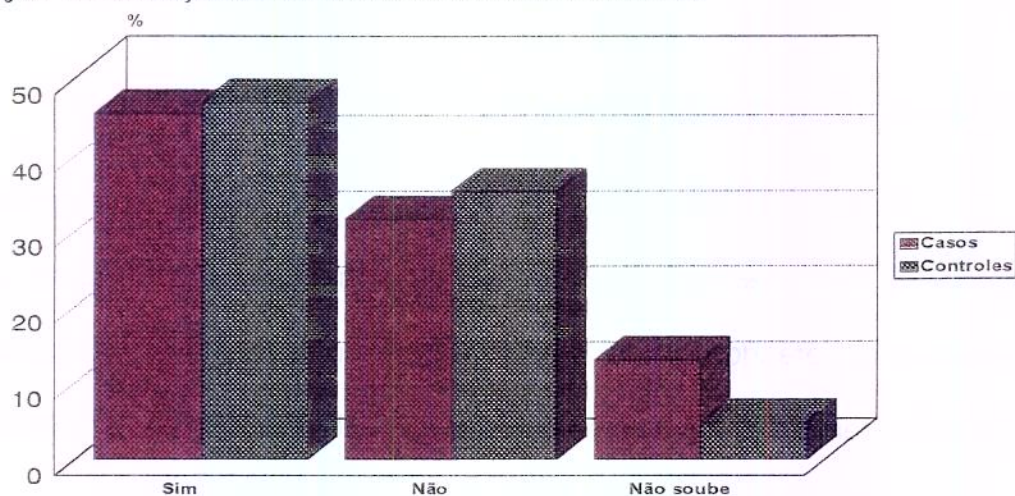
$$\chi^2_{2\text{ gl}} = 0,04 \quad p = 0,9805$$

(Anexo 6 - Tabela A-17)

À ocasião da aquisição dos medicamentos na farmácia (Sistema privado ou público), houve orientação quanto ao uso tanto para casos quanto para controles em cerca de 46% dos medicamentos, contra cerca de 33% que não receberam orientação.

Os classificados na coluna “não soube” referem-se aos medicamentos que foram adquiridos por outra pessoa que não o paciente. (Figura 18).

Figura 18 Orientação sobre o uso dos medicamentos na farmácia

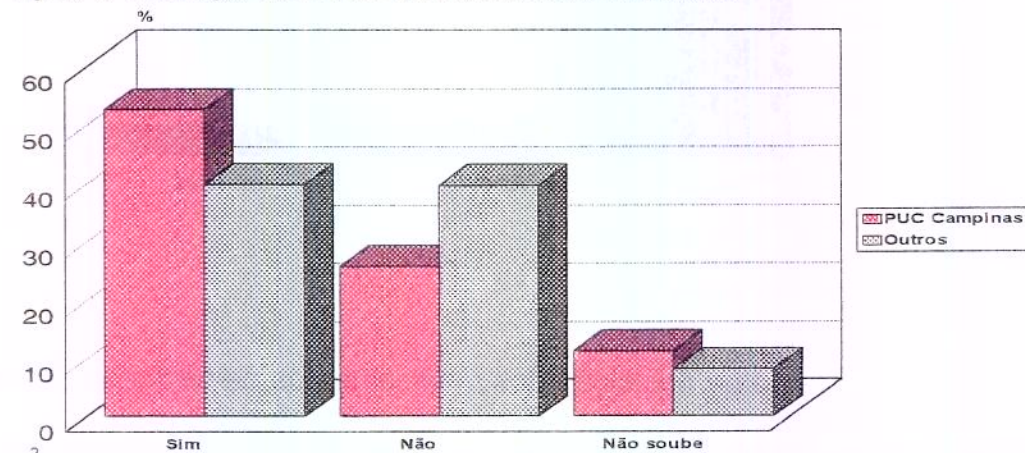


χ^2 2 gl = 24,09 $p = 0,000005$

(Anexo 6 - Tabela A-18)

A orientação sobre o uso do medicamento na farmácia ocorreu em 52,7% dos medicamentos, contra cerca de 25,7% que não a receberam. (Figura 19)

Figura 19 Orientação sobre o uso dos medicamentos na farmácia



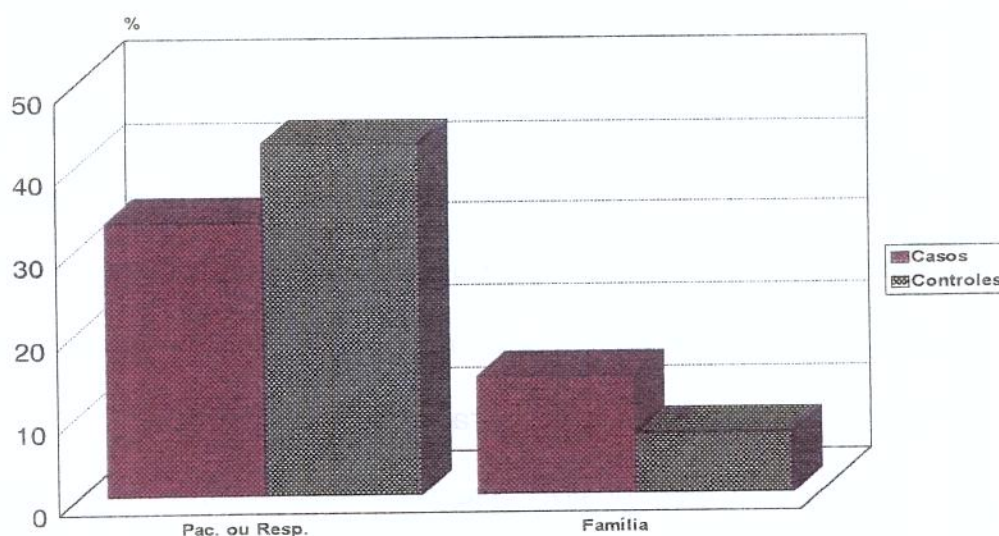
χ^2 2 gl = 36,02 $p = 0,00000$

(Anexo 6 - Tabela A -19)

Dos medicamentos referidos, o uso foi orientado na farmácia ao próprio paciente ou seu responsável em 32,9% dos casos e 42,5% dos controles, sendo orientada a família em 14,1% e 7,3% (casos e controles respectivamente) (Figura 20).

Observando-se a opinião dos 43 pacientes que adquiriram medicamentos nas das farmácias do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas, verificou-se os seguintes resultados em relação a qualidade da Assistência Farmacêutica: 30 a consideraram ótima, boa, muito boa ou importante ou suficiente para o uso, 3 referiram não ter recebido orientação, 9 não soube referir porque o medicamento foi entregue a outra pessoa, 1 não muito boa.

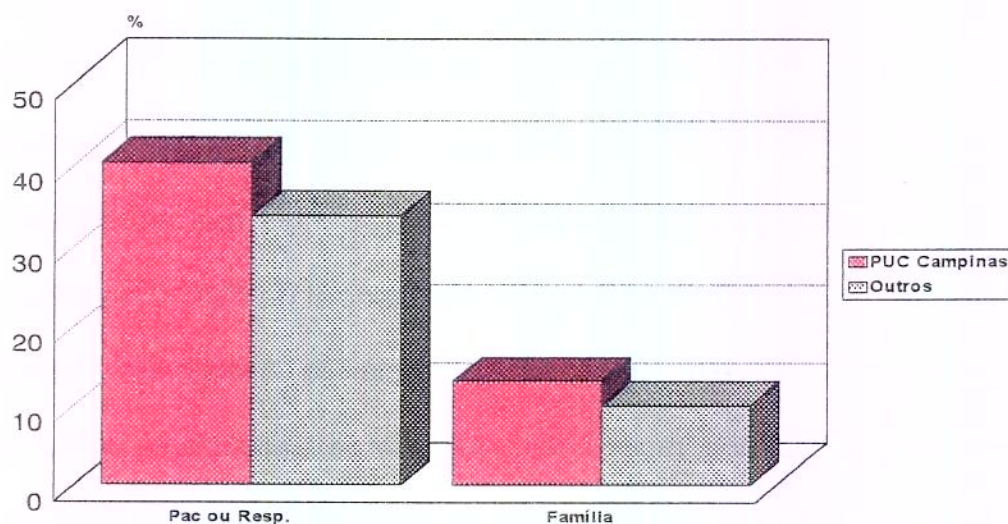
Figura 20 Recebeu a orientação na farmácia



OR = 0,36 (IC 95% 0,23 < OR < 0,55) χ^2 1 gl = 24,78 p = 0,0000006

Anexo 6- Tabela A -20

Figura 21 Recebeu a orientação na farmácia



OR = 0,89 (IC 95% 0,61 < OR < 1,31) $\chi^2_{1gl} = 0,36$ $p = 0,5505$

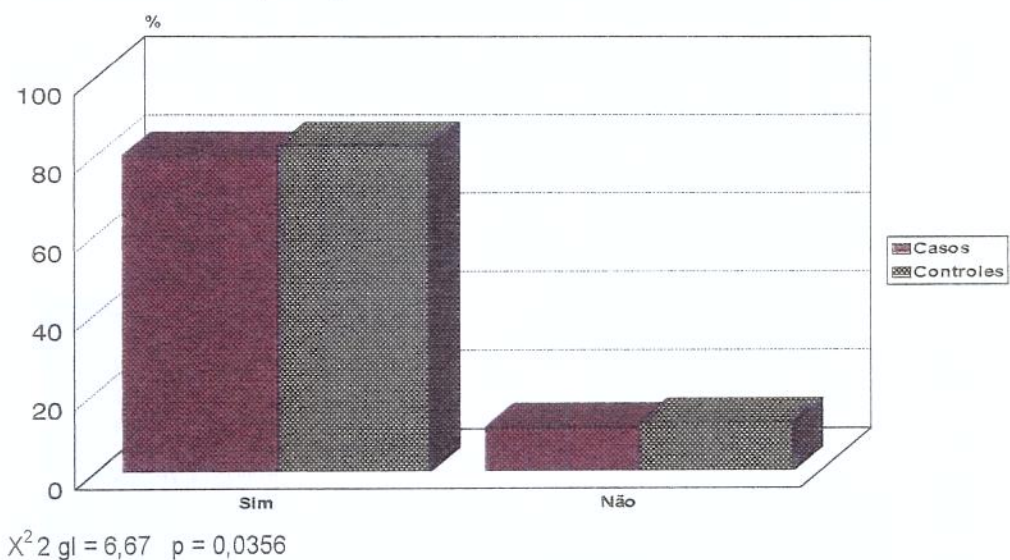
(Anexo 6 - Tabela A-21)

5.3.3. Quanto à observância da prescrição

Nesta análise considerou-se o número total de medicamentos envolvidos nos tratamentos, uma vez que existem diferentes condutas em relação a cada um deles. Os aspectos da observância analisados foram: cumprimento dos horários, doses e posologia indicados. Foi considerado não observância, o não cumprimento dos três itens e observância parcial qualquer outra variação encontrada.

A figura 22 demonstra resultados equivalentes para observância, não observância e observância parcial dos medicamentos utilizados pelos casos e controles respectivamente.

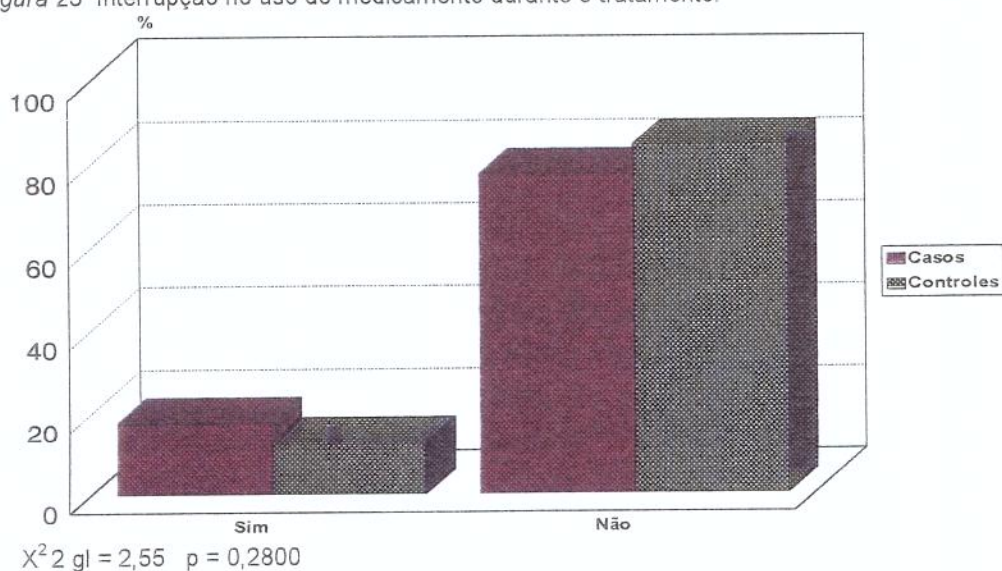
Figura 22 Observância da prescrição .



(Anexo 6 - Tabela A -22)

Quanto a interrupção dos tratamentos, cerca de 80% dos medicamentos utilizados pelos entrevistados não foram interrompidos, conforme demonstra a figura 23.

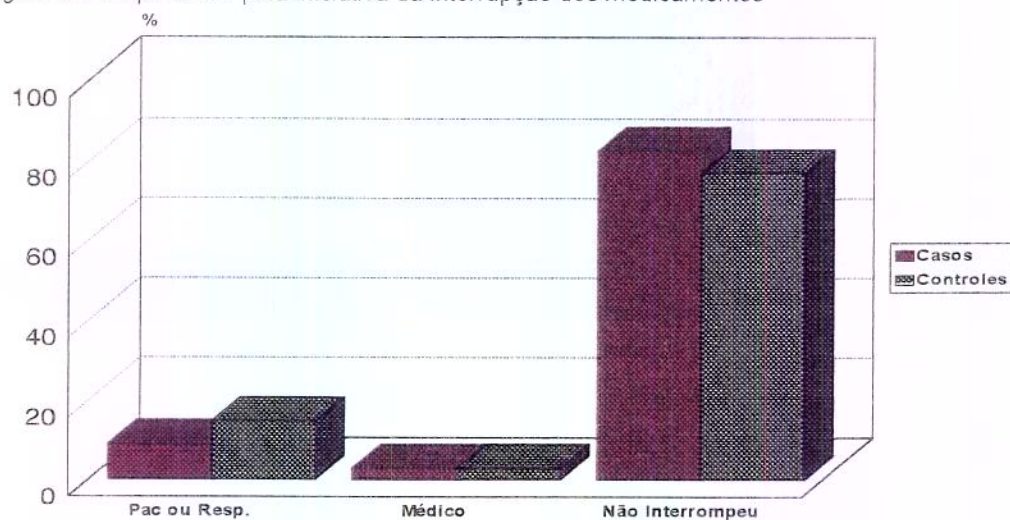
Figura 23 Interrupção no uso do medicamento durante o tratamento.



(Anexo 6 - Tabela A-23)

A decisão de interromper o(s) tratamento (s), quando ocorreu foi mais em função da iniciativa do próprio paciente ou responsável do que do médico. (Figura 24).

Figura 24 Responsável pela iniciativa da interrupção dos medicamentos



χ^2 2 gl = 5,79 p = 0,0552

(Anexo 6 - Tabela A-24)

6. DISCUSSÃO

Como foi observado nos resultados existiu diferença estatística significativa entre casos e controles. A hipótese inicial levantada de que a assistência farmacêutica prestada no Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas seria de qualidade mais adequada que a de outros serviços não foi confirmada. Foi encontrado o oposto, ou seja, que a qualidade da Assistência Farmacêutica neste sistema encontra-se em desvantagem àquela oferecida em outros sistemas.

Como explicar o resultado encontrado em relação a desvantagem na qualidade da Assistência Farmacêutica oferecida no Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas?

Quando se levantou a hipótese de que a qualidade da assistência farmacêutica oferecida neste sistema seria de melhor qualidade, considerou-se que as suas farmácias contam com alunos e docentes do Curso de Ciências Farmacêuticas no desenvolvimento de suas atividades. Estes recursos humanos certamente conferem qualidade diferenciada no atendimento ao paciente, principalmente em relação à orientação sobre o uso dos medicamentos.

Porém, existiram baixos percentuais de aquisição dos medicamentos nas farmácias do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas, o que sem dúvida alguma contribuiu em grande proporção na obtenção deste resultado.

Estes percentuais ocorreram devido ao deficiente abastecimento da farmácia ambulatorial, que é uma das farmácias deste sistema. À ocasião da elaboração da

pesquisa, o abastecimento de medicamentos na farmácia ambulatorial era realizado pela Secretaria Estadual de Saúde que além de encaminhar somente parte dos medicamentos constantes na padronização ainda os enviava em quantidades insuficientes para o atendimento da demanda.

Hoje a realidade de abastecimento é ainda pior. Foi estabelecido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo que o abastecimento, antes realizado para todos os municípios, passaria a ser feito apenas para aqueles até 250.000 habitantes. Com esta medida, a farmácia do ambulatório passou a receber apenas medicamentos de alto custo.

Isto fica evidente na pesquisa quando se observa que apenas 14,9% dos medicamentos prescritos para os pacientes expostos ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas (Tabela 5) foram adquiridos nas farmácias próprias deste sistema.

Esta falta de abastecimento provavelmente induziu nos pacientes descrédito em relação à aquisição dos medicamentos nestes locais, o que em parte pode justificar que 40% deles nem se quer se dirigiu à estas farmácias na tentativa de encontrar os medicamentos prescritos. (Tabela 4)

Apesar desta dificuldade a maior parte dos medicamentos foi adquirida pelos entrevistados (Tabela 4). Porém, esta aquisição foi ocasionalmente acompanhada de outras dificuldades (encontrar os medicamentos na farmácia e entender como utilizá-los). A dificuldade financeira foi cinco vezes maior quando se compara os casos que a tiveram com os que apresentaram outras dificuldades.

Cabe ressaltar que, quando se avalia o acesso, devem ser considerados os

aspectos interrelacionados que o envolvem: a distância da farmácia em relação ao local de realização da consulta e também da residência do paciente, a condição financeira, o tempo gasto para aquisição após realização da consulta entre outros.

Entende-se que o mais adequado é o que preconiza o Sistema Único de Saúde, isto é, que seja garantido o acesso aos medicamentos essenciais, com qualidade e eficácia comprovadas a todo cidadão, independente da complexidade do serviço de saúde onde foi consultado.

Porém, como afirma Bermudes (1997:73), o Brasil apresenta dados alarmantes sobre a desigualdade de acesso aos medicamentos. O autor aponta uma estimativa de que 60% da produção nacional de medicamentos é consumida por apenas 23% da população, sendo que apenas 48% desta tem acesso aos medicamentos essenciais.

Na pesquisa realizada para esta dissertação o acesso aos medicamentos foi praticamente equivalente nos serviços públicos e privados para os casos. Já a aquisição aos medicamentos pelos controles foi menor no sistema público (Tabela 4). Este dado sugere que os pacientes estão encontrando dificuldades para adquirir os medicamentos no sistema público. Deste modo, este dado reforça a necessidade do Estado e município em planejar adequadamente suas necessidades, distribuir regularmente os medicamentos, assim como promover a atualização periódica da sua padronização, de acordo com a RENAME.

Considerando estes aspectos faz-se necessário tomar providências urgentes para suprir as necessidades de medicamentos da população assistida.

Cabe aos órgãos governamentais adotar providência que garantam o acesso aos medicamentos nos próprios serviços de saúde em que os pacientes foram atendidos, ou seja, na atenção primária, secundária, terciária ou quaternária.

Considerando tratar-se de população SUS dependente, é de se esperar que ela encontre dificuldade na aquisição de medicamentos no sistema privado, principalmente devido ao seu baixo poder aquisitivo e aos preços abusivos que a indústria farmacêutica vem atribuindo aos medicamentos

O não acesso aos medicamentos poderá induzir, principalmente nas doenças crônicas seu controle inadequado podendo produzir o aparecimento de complicações. Desta maneira, haverá um aumento da demanda por serviços de saúde e por medicamentos em quantidade e qualidade, onerando os custos na área da saúde.

Como no Brasil, os órgãos governamentais não controlam os preços que a indústria farmacêutica atribui aos medicamentos, permite-se que ela, encontre terreno fértil para desenvolver sua lógica mercantilista. Além disso, o mais grave é a falta de condições do país em desenvolver a produção nacional de fármacos essenciais, apresentando grande dependência da indústria farmacêutica multinacional. Esta situação foi construída ao longo do tempo em que as providências governamentais foram insuficientes e ineficazes para o desenvolvimento tecnológico do país nesta área, contribuindo assim para que esta situação chegasse aos níveis hoje observados. Isto se torna mais grave na medida em que a necessidade de medicamentos pela população é marcante.

Olhando para a demanda, observa-se neste estudo a média de 3,29 medicamentos por paciente. Além disso, chama a atenção o número de medicamentos prescritos para doenças crônicas, como para cardiopatas e diabéticos (tabela 2), indicando que tais pacientes necessitarão de medicamentos por longo tempo.

Desta forma fica a dúvida: Será que realmente a aquisição se deu nos níveis referidos pelos entrevistados?

Quando o médico opinou sobre a associação de fatores relacionados aos medicamentos ter contribuído na internação hospitalar, o não uso ou a interrupção do uso foi apontada para 43 pacientes (tabela 3).

Possivelmente a falta de acesso aos medicamentos pode ter contribuído para a não observância dos tratamentos.

Em relação às posologias, prevaleceram os esquemas de uma e duas vezes ao dia. Este fato é positivo para a observância da prescrição médica, tanto pela facilidade do paciente lembrar-se do horário quanto pelo fato de não ter que acordar durante a noite para tomar o medicamento.

Caracterizando a complexidade dos pacientes vê-se que 40,3% dos expostos ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas já tinham sido internados no ano anterior. (Figura 8). Em relação à faixa etária 25,7% estavam na até 2 anos e cerca de 31,9% na acima de 60 anos (Figura 3). Além disto, 30% dos pacientes apresentavam risco a vida na ocasião da internação (Figuras 6 e 7). São, portanto, pacientes que tomam vários medicamentos e que ao utilizarem estes produtos sem

prescrição médica recente ou influenciados por leigos ou propagandas, aumentam riscos de interações medicamentosas, reações adversas ou mesmo intoxicações.

Na pesquisa cerca de 1% dos pacientes entrevistados foram internados por intoxicação, sendo a digoxina o medicamento responsável pelas mesmas.

Apresentaram reações adversas que contribuíram significativamente para a internação 3,3% dos casos e 2,0% dos controles. Acredita-se que estes resultados, apesar de compatíveis com a literatura, possam estar subestimados devido ao número de medicamentos utilizados pelos pacientes e também pela avaliação ter sido realizada apenas mediante a opinião do médico da internação e não através de uma avaliação mais específica para esta questão.

Chama atenção que apesar da maioria dos pacientes ter sido avaliada em consulta médica nos 30 dias antes da internação, 28,2% dos entrevistados referiram que haviam utilizado medicamentos sem prescrição médica recente, não havendo diferença estatística entre casos e controles. Estes pacientes referiram que tomaram medicamentos, segundo: iniciativa própria, repetindo prescrições anteriores ou outros tipos de indicação (familiares, amigos, balconistas de farmácia, propaganda de medicamentos nos meios de comunicação de massa).

Sabe-se que o uso de medicamentos envolve uma relação risco benefício. Desta maneira, estes riscos tornam-se ainda maiores quando a utilização destes produtos, se dá de forma aleatória ou irracional e também quando não há suporte de supervisão do profissional médico.

Ilustrando a consequência do uso pouco racional de medicamentos o Boletim do Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas, aponta como primeira causa de intoxicações humanas por agente tóxico os medicamentos, que em 1996 correspondeu a 28,51% do total de intoxicações. (SINITOX 1996:10) e em 1997 a 29,76% (SINITOX 1997:16).

Além das intoxicações, reações adversas a medicamentos têm sido constatadas em estudos desenvolvidos em hospitais. Vários são os percentuais relatados: Huic et al. (1994: 675-682) encontraram 2,5% de pacientes internados por reação adversa a medicamentos num serviço de emergência de um hospital, tendo sido estudados 5227 indivíduos. Halas (1996:142) considera uma variação de 0,3 a 16,8% com mediana de 5,6% na população estudada.

Estes problemas provavelmente são freqüentes no Brasil, apesar de pouco estudados. Isto porque existe no país uma cultura pouco racional em relação à utilização de medicamentos, que responde muito mais aos interesses da indústria farmacêutica do que à lógica da saúde, levando a um quadro como o observado.

Outros aspectos analisados mediante opinião dos médicos da internação foram: a discordância quanto a indicação dos medicamentos referidos pelos pacientes, 14,5% nos casos e 20,3% nos controles (Figura 11). Estas discordâncias possivelmente ocorreram em função das diferentes condutas entre os profissionais do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas e os de outros serviços e também pelo uso indevido de medicamentos realizados sem prescrição médica.

O médico foi apontado como o profissional que realizou a orientação para a maioria dos medicamentos referidos pelos entrevistados (Figura 17). O profissional farmacêutico e o balconista de farmácia foram apontados como tendo realizado a orientação para cerca de 2% dos medicamentos cada um.

A ausência do profissional farmacêutico na farmácia é uma realidade, apesar da obrigatoriedade de sua presença durante todo o horário de funcionamento destes estabelecimentos. (Decreto Federal nº 793 de 05/04/93)

Barros (1997: 120-121), em pesquisa realizada em Recife, encontrou que em mais da metade dos estabelecimentos observados, o profissional farmacêutico fazia visitas à farmácia tão somente entre uma e quatro vezes ao mês. O autor apresenta ainda o resultado de um estudo realizado em abril de 1994, em São Paulo pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) que constatou a ausência do farmacêutico em 71,4% das 56 farmácias estudadas.

Esta realidade foi sendo construída ao longo dos anos. A ampliação do número de medicamentos industrializados disponíveis no mercado exigiu do farmacêutico um reposicionamento em relação à sua profissão. Nos países desenvolvidos as mudanças de curriculum foram no sentido de capacitá-los para auxiliar a equipe de saúde na melhor utilização destes produtos.

No Brasil e em outros países subdesenvolvidos ocorreu o inverso. Houve uma descaracterização deste profissional formando-o para outras áreas que não lhe são privativas como análises clínicas e alimentos. Isto levou a um despreparo para o

trabalho com medicamentos e um conseqüente afastamento das farmácias de dispensação como as hospitalares, ambulatoriais, de atenção primária ou comerciais.

Este é um problema relevante para a saúde pública na medida em que a população fica exposta aos interesses comerciais e sem a assistência do profissional farmacêutico, que poderia melhor orientá-la nos tratamentos.

No sentido de formar farmacêuticos que atuem nestas farmácias e revertam este quadro, têm atuado os Conselhos regionais de Farmácia, algumas faculdades e discussões realizadas em congressos e fóruns de debate.

A orientação sobre o uso de medicamentos é uma etapa importante da assistência farmacêutica, devendo ser realizada com o intuito de estimular o paciente a cumprir adequadamente a prescrição médica. Conforme considerado no referencial teórico a orientação envolve aspectos técnicos relacionados a utilização do medicamento, tais como: adequação de horários para o uso dos medicamentos, as doses e posologias a serem utilizadas entre outros. Além disso, é o momento de verificar as possíveis dúvidas do paciente quanto ao uso e as recomendações e precauções a serem adotadas. Desta maneira, o ideal é que ela seja realizada diretamente ao paciente ou ao seu responsável.

Em relação a orientação recebida nas farmácias, observou-se que nos medicamentos referidos pelos expostos ao Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas, 52,7% a receberam e 25,7% não a receberam. Quanto aos pacientes de outros serviços, observou-se que 39,9% receberam e 39,7% não a receberam. (Figura 19)

Deste modo, para os medicamentos dos pacientes do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas houve maior índice de orientação do que para aqueles dos pacientes de outros sistemas. Isto ocorreu possivelmente em função da aquisição de parte destes medicamentos ter ocorrido nas farmácias próprias do sistema da PUC Campinas.

Foi avaliada a opinião dos entrevistados que adquiriram seus medicamentos nas farmácias do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas, sobre a qualidade da orientação recebida. Verificou-se que dos 43 pacientes que adquiriram medicamentos nestas farmácias, 30 apresentaram uma avaliação positiva, 3 referiram que não a receberam, 9 não souberam referir por terem sido adquiridos por outras pessoas e 1 apresentou avaliação negativa.

A qualidade da orientação sobre o uso de medicamentos tem sido buscada nas farmácias do sistema docente assistencial da PUC Campinas. Os docentes farmacêuticos que desenvolvem atividades nestas farmácias com os alunos de quarta e quinta série da graduação têm trabalhado sistematicamente para criar uma nova cultura nestes futuros profissionais a respeito da importância da orientação no cumprimento dos tratamentos.

De fato ela poderá muito contribuir para que o paciente realize a observância da prescrição. Nightingale (1995:1109), publica artigo onde aponta que a falta de informação sobre o uso de medicamentos é uma das principais razões para que 30 a 50% dos pacientes não sigam seus tratamentos medicamentosos nos E U A.

Surpreende na pesquisa realizada para esta dissertação a observância aos medicamentos referida pelos pacientes que atingiu índices maiores de 80%.(figura 22)

Também observou-se que referiram um pequeno percentual de interrupção no uso dos medicamentos e quando ocorreu foi mais em função de iniciativa própria do paciente do que do médico. (Figura 23)

Segundo Hallas (1996:142) em 13 publicações, existiu uma variação de 1,9 a 20,0% de não observância à prescrição de medicamentos, com uma mediana de 5,4%.

Desta maneira, possivelmente os resultados de observância referidos pelos entrevistados estão subestimados. Possivelmente isto tenha se dado pelo constrangimento dos pacientes em responder que interromperam o tratamento ou não fizeram seu uso adequado.

Um indício que contribui para a suspeita de que houve problemas com a observância é a opinião que os médicos emitiram sobre o assunto (Tabela 3): dos 103 pacientes com problemas de inadequações no tratamento medicamentoso, 43 foram relativos à observância.

Estes aspectos abordados na discussão remetem à realidade da assistência farmacêutica a que está submetida a população brasileira, uma vez que o estudo se deu num centro razoavelmente organizado de assistência. Trata-se de um hospital escola, com recursos humanos, de área física e materiais bastante razoáveis quando comparados a outras regiões mais pobres do país. Isto leva a pensar que se aqui a assistência farmacêutica é tão precária, a realidade nacional deve estar deste nível

para pior. Claramente observa-se que não estão sendo cumpridos os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, no que diz respeito à utilização de medicamentos.

Esta assistência farmacêutica não alicerçada nestes princípios do sistema de saúde traz prejuízos importantes à população SUS dependente que é estimada em 75% dos brasileiros (Jatene, 1997).

Pacientes com o grau de complexidade como o apresentado, seguramente necessitariam de uma assistência farmacêutica com qualidade mais adequada do que a observada na pesquisa.

7. CONCLUSÃO

Estudos de utilização de medicamentos trazem contribuições importantes podendo servir de instrumentos para viabilizar seu uso de forma racional. Através deles pode-se obter dados referentes à qualidade da oferta de medicamentos e da informação oferecida aos pacientes, tendências de consumo, qualidade da terapêutica, observância da prescrição entre outros.

Para analisar aspectos da assistência farmacêutica prestada nas farmácias do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas foi desenvolvido este estudo caso controle com 215 casos e 198 controles. Foram realizadas entrevistas aos pacientes internados nas enfermarias de Medicina Interna e Pediatria que no período de 30 dias antes da internação haviam utilizado medicamentos.

Partiu-se da hipótese de que a assistência farmacêutica oferecida no Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas possuía melhor qualidade quando comparada com outros serviços, pelo fato de contar com docentes do Curso de Ciências Farmacêuticas e alunos no desenvolvimento de suas atividades.

Esta hipótese não foi confirmada, tendo sido encontrado o oposto, ou seja o Sistema da PUC Campinas encontra-se em desvantagem.

As conclusões tiradas a partir dos achados da pesquisa são:

1. À ocasião da elaboração do projeto acreditou-se que os recursos humanos melhor qualificados, como é o caso daqueles presentes nas farmácias do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas pudessem proporcionar aos pacientes

melhor qualidade de Assistência Farmacêutica. Porém, a falta de acesso ao medicamento nestas farmácias foi determinante para o resultado obtido.

Os pacientes do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas tiveram baixo acesso aos medicamentos prescritos para seus tratamentos nas farmácias próprias do sistema. Somente 14,9% destes medicamentos foram adquiridos nestas farmácias. De modo geral, o investimento da PUC Campinas na qualidade assistencial e no melhor padrão de recursos humanos para a assistência farmacêutica encontrou obstáculos nas limitadas condições dos suprimentos.

A falta de abastecimento da farmácia ambulatorial, ocorrido em função da alteração na política estadual de abastecimento dos municípios foi determinante no resultado menos favorável da qualidade da Assistência farmacêutica recebida no Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas. Este fato teve peso preponderante na avaliação do sistema, gerando possivelmente um descrédito da população na procura de sua farmácia ambulatorial, na tentativa de adquirir seus medicamentos.

Claro que ter acesso ao medicamento é a primeira condição para que ocorra a assistência farmacêutica nas etapas subsequentes que a compõe.

Sistemas públicos ou de caráter público, como é o caso da PUC Campinas, não suprem as necessidades dos pacientes em relação aos medicamentos para tratamentos no nível ambulatorial, não cumprindo desta forma os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade.

Os pacientes que tiveram assistência farmacêutica insatisfatória (casos) referiram dificuldade financeira na aquisição dos medicamentos. Mesmo assim,

surpreendentemente, houve referência de que 95% destes foram adquiridos, sendo 90% no mesmo dia da consulta.

Outro fato encontrado que surpreendeu nesta pesquisa foi o dos pacientes terem referido observância para cerca de 80% dos medicamentos citados. Os índices de acesso e observância encontrados são questionáveis, uma vez que se tratam de pacientes, na maioria SUS dependentes.

É possível que parte das respostas positivas tenham sido dadas, em função do constrangimento dos pacientes em dizer que não tiveram condições financeiras para comprar os medicamentos ou que não fizeram seu uso adequado ou ainda em função de outras razões, como por exemplo, o esquecimento.

Além disso, dois fatores de ordens diferentes podem ter contribuído para o acesso. O primeiro é o fato de se tratar de pacientes com tal grau de complexidade que exigiu destes indivíduos encontrar uma forma de adquirir o medicamento. O outro é relacionado ao fato de Campinas ser um centro comercial e industrial desenvolvido, possibilitando facilidades para a aquisição no sistema privado, ainda que com dificuldades financeiras para realizá-la.

Assim, torna-se evidente a necessidade de garantir acesso aos medicamentos essenciais que apresentem qualidade e eficácia comprovadas. Este deverá ocorrer no serviço que realizou atendimento ao paciente, independente da complexidade da patologia, seja ela na atenção primária, secundária, terciária ou quaternária.

2. As dificuldades de se ter acesso aos medicamentos conforme os princípios do SUS, aliada à permissividade da legislação brasileira que admite sua propaganda com apelos à utilização irracional destes produtos, levam a população a consumi-los sem prescrição ou supervisão médica. A pesquisa demonstrou este fato na medida em que 28,2% dos entrevistados referiram a utilização desta forma. Em função da complexidade destes pacientes e do fato de parte deles apresentarem doenças crônicas, possivelmente esta prática aumente a ocorrência de reações adversas aos medicamentos ou mesmo de intoxicações.

3. A opinião dos médicos da internação em relação ao uso dos medicamentos antes deste período, apontou discordância na indicação ou uso destes produtos. Esta discordância, possivelmente está associada às diferentes condutas adotadas entre os profissionais do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas e de outros serviços.

4. A maior parte dos pacientes que receberam a orientação sobre o uso de medicamentos nas farmácias do Sistema Docente Assistencial da PUC Campinas a consideraram como de boa qualidade.

Este resultado provavelmente se deve ao trabalho que os docentes do Curso de Ciências Farmacêuticas vêm desenvolvendo junto aos acadêmicos. Este trabalho pode contribuir para alertar e capacitar para a orientação aos pacientes de forma mais eficaz, no que diz respeito a viabilização de melhor observância dos tratamentos.

A orientação sobre o uso do medicamento é etapa importante da assistência farmacêutica. A maioria dos pacientes referiram que a receberam, muitos a receberam

exclusivamente do médico e outros deste profissional e também dos funcionários dos locais de aquisição dos medicamentos.

Porém, há de se considerar a qualidade da orientação recebida, tendo em vista o pouco tempo atribuído as consultas médicas num modelo que valoriza a produtividade. Desta forma, resta um tempo menor ainda para o desenvolvimento da orientação quanto ao uso dos medicamentos. Outro aspecto relevante é a realidade em que se encontram as farmácias no Brasil. A presença efetiva do profissional farmacêutico neste campo de atuação ainda é pequena e a não qualificação de muitos funcionários da mesma, caracteriza um problema relevante para a saúde pública. Isto porque, a população fica exposta aos interesses comerciais dos donos de farmácias, das indústrias farmacêuticas, sendo assistida por pessoas tecnicamente não qualificadas.

Os resultados deste estudo apontam deficiência na qualidade da assistência farmacêutica a que está submetida a população estudada. Este resultado é mais significativo na medida em que o estudo foi realizado em centro razoavelmente organizado de assistência. Provavelmente em locais mais desprovidos de recursos ocorre assistência ainda pior

Deste modo, verifica-se que os princípios do SUS, não estão sendo cumpridos, o que é grave, dado que 75% dos brasileiros dependem do sistema de saúde oficial. Certamente, pacientes com o grau de complexidade observados, necessitariam de assistência farmacêutica com qualidade mais adequada do que a observada.

SUMMARY

QUALITY ASSESSMENT OF THE PHARMACEUTICAL CARE INSIDE OF AN EDUCATIONAL & HEALTH CARE SYSTEM AT THE PONTIFICAL CATHOLIC UNIVERSITY OF CAMPINAS CITY – SÃO PAULO – BRAZIL.

A case control study was carried out aiming to compare the quality of the pharmaceutical care delivered to the users of a Health Professionals Educational System based on an University Hospital with the same care from other health facilities outside of the system. The assessment was done considering the following aspects: acquisition; utilization advice; prescription compliance and drugs use without recent prescription.

A structured form questionnaire was used to interview hospital in-bed patients at the Internal Medicine (n=270) and Pediatrics wards (n=143) and also to attending physicians. Interviews were afterwards divided into cases (215) and controls (198). Cases were defined as people who received advice to using a prescription drug in the previous 30 days before admission with a low quality pharmaceutical attention. To qualify for this attribute the following difficulties were put altogether: drug acquisition at the medical attendance facility; capacity for buying the prescription; availability of the drug at any commercial Pharmacy and understanding the way of using it. Controls were defined as people admitted to the same wards that received advice to using prescription drugs with satisfactory pharmaceutical assistance. Results pointed out to a disadvantage for the Hospital based attention system when compared to other health services with an OR=1.53 (95%CI: 1.02 < OR < 2.31) with a $\chi^2_{1df} = 4.58$; p-value=0.0324. This was possibly due to the precarious drug supply for the outpatient clinics pharmacy of the system.

Keywords: 1. Drugs – Prescription; 2. Epidemiology; 3. Drugs.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARNAU, J.M., LAPORTE, J.R. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. LAPORTE, J.R., TOGNONI, G. **Principios de epidemiología del Medicamento**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 55.
- BARROS, J.A.C. **A medicalização da clientela previdenciária**. São Paulo, 1982. p.23-24. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1982. (Mimeografado).
- BARROS, J.A.C. **Propaganda de medicamentos: atentado à Saúde?** São Paulo : HUCITEC, 1995. p.44-45.
- BONFIM, J.R.A., MERCUCI, V.L. (Org.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo : HUCITEC, 1997. p.9-30.
- BRM 98-Index brasileiro de medicamentos, versão 2.0 (*software*): manual do usuário. 2.ed. Brasília : Conselho Federal de Farmácia, 1998.
- CARLOS, I.C. O Sistema Integral de Assistência Farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, J.R.A. **A Construção da política de medicamentos**. São Paulo : HUCITEC, 1997. p. 107-137.
- BRASIL, CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA. Brasília : Imprensa Oficial do Estado, 1988.
- CRIADA a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Jornal do Farmacêutico**, São Paulo, n.33, p.8, jan./fev. 1999.

DEAN, A.G. et al. **EPIINFO**. Version 6 (*software*): a word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta : Centers of Disease Control and Prevention, 1994.

FLEISS , J L. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. 2nd Edt., New York, John Wiley & Sons, 1981, p. 108.

FRENKEL, J. et al. **Tecnologia e competição na indústria farmacêutica brasileira**. Rio de Janeiro : FINEP, 1978. p.5.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnológica. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento Brasil, 1996**: revisão. Rio de Janeiro, 1998a. 28p. (Sinitox).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnológica. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento Brasil, 1997**. Rio de Janeiro, 1998b. 80p. (Sinitox).

HALLAS, J. Drug related hospital admissions in subspecialities of internal medicine. **Dan-Med-Bull**, v.43, n.2, p.141-155, 1996.

HUIC M. et al. Adverse drug reations resulting in hospital admission. **Inter J Clin Pharmacol Ther**, v.32, n.12, p.675-682, 1994.

JATENE, A. Onde foi parar o dinheiro da saúde? **Veja**, São Paulo, p. 108, 22 outubro 1997.

JONCHEERE, K. A necessidade e os elementos de uma política nacional de medicamentos. In: BONFIM, J.R.A., MERCUCI, V.L. (Org.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo : HUCITEC, 1997. p.49-63.

- LAPORTE, J.R., TOGNONI, G. Estudos de utilização de medicamentos y farmacovigilância. In: LAPORTE, J.R., TOGNONI, G. **Principios de epidemiología del medicamento**. 2.ed. São Paulo : HUCITEC/ABRASCO, 1993. p.2-14.
- LUCENA-GONZÁLES, M.I. Información al paciente sobre medicamentos y su repercusión en el cumplimiento de la prescripción. **Medicine**, junio, p.227-225, 1985.
- LUNDE, P.M.K., BAKSAAS, I. Utilización de medicamentos, fármacos esenciales y políticas de salud en países desarrollados y subdesarrollados. In: LAPORTE, J.R., TOGNONI, G. **Principios de epidemiología del medicamento**. 2.ed. São Paulo : HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 2-27.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Central de medicamentos. **I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos**. Brasília, 1988. p.1-40. (Relatório Final).
- MOLINA, M.C. **Assistência farmacêutica hospitalar no município de Campinas**. Rio de Janeiro, 1993. p.15-23. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993. (Mimeografado).
- NIGHTINGALE, L. Patient education program proposed. **JAMA**, v.274, n.14, p.1109, 1995.
- PAULO, L.G., ZANINI, A.C. Automedicação no Brasil. **Rev Assoc Med Brasil** v.34, n.2, p.69-75, 1988.
- RODRIGUES, P.C. **Bioestatística**. 2ed. aum. Niterói : EDUFF, 1993. p.266. Tabela de números aleatórios.
- TEMPORÃO, J.G. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Rio de Janeiro : Graal, 1986. p.17- 20.

ANEXO 1

ENTREVISTA AO PACIENTE (DIGITAÇÃO)

Ficha nº.....	RH:.....	Data/Internação...../...../.....	Leito:.....
Nome:.....	Nasc:...../...../.....	Sexo:.....	
Hipótese Diagnóstica no resumo da alta hospitalar:		Confirmados	1. Sim 6. Não
D1:.....			()
D2:.....			()
D3:.....			()
D4:.....			()
D5:.....			()
D6:.....			()
D7:.....			()

- 1. Doença Crônica - tempo** aproximado da existência da doença.....(meses). Não Sei
9999 não coletado 9998 não sabe
- 2. Número de consultas médicas** nos 30 dias antes da internação
32 não sabe
- 3. Local** onde foi realizada a última consulta médica que originou a prescrição de medicamentos nos 30 dias antes da internação:.....
- 4. Local** onde foi realizada a consulta médica no sist. doc. PUCCAMP nos 30 dias antes da internação. (Além da "última" consulta médica):.....
- 5. Há quanto tempo** foi realizada a última consulta antes da internação?.....(mês)
(Quando não foi realizada)
996 não coletado 998 não sabe

Perquisar sobre os medicamentos e após, efetuar as próximas perguntas:

6. Tomou algum medicamento nos últimos 30 dias antes da internação que foi indicado por parente, vizinhos, amigos, propaganda, etc? **1. Sim 6.Não 8. Não se aplica** ()
7. O que o Sr (a) acha da orientação realizada no (s) local (ais) onde adquiriu ou comprou os medicamentos antes da internação ?
-
-
8. O Sr (a) sentiu-se mal ou observou alguma coisa diferente no seu corpo ao tomar algum dos medicamentos indicados? **1. Sim 6.Não 8. Não se aplica Se Não, questão 13** ()
9. Qual (is) medicamento (s) lhe fizeram mal ou manifestaram algum sintoma diferente ?
-
10. O que o senhor (a) sentiu?

11. O sr (a) foi internado há cerca de 1 ano com problema de saúde parecido ao atual ?()

1. Sim 6. Não 8. Não se aplica (não foi internado com problema parecido)

10 não coletado

12. Os medicamentos que foram usados antes da internação atual, foram os mesmos usados antes da internação anterior ? 1. Sim 6. Não 4. a maior parte sim

8. Não se aplica 9. Não sei ()

13. O Sr.(a) sentiu dificuldades para: 1. Sim 6. Não 8. não se aplica 9. não coletado

() 1. pegar os medicamentos na farmácia do local onde a consulta foi realizada? (caso o paciente tenha adquirido o medicamento com o médico, ou a consulta tenha sido realizada em consultório particular sem doação de medicamentos, a resposta será **NÃO SE APLICA**)

() 2. comprar os medicamentos (farmácia, drogaria ou qualquer comércio) ? (Se não foi necessário comprar, a resposta será **NÃO SE APLICA**)

() 3. encontrar os medicamentos em farmácia comercial? (Se não necessitou ir à farmácia, a resposta será **NÃO SE APLICA**)

() 4. entender o modo de tomar os medicamentos? (seguir o esquema indicado na receita)

() 5. lembrar os horários que deve tomar (ou administrar à criança) os medicamentos?

() 6. tomar medicamento que não fez bem (ocorreu reação adversa e mesmo assim teve que continuar tomando)? (caso o paciente não tenha tomado medicamentos que tenham causado reação adversa a resposta será **NÃO SE APLICA.**)

() 7. alguma outra dificuldade relacionada aos medicamentos?

14. Na sua opinião quais os principais fatores que contribuíram à sua internação? (Na sequência apresentada pelo paciente)

15. O (a) senhor(a) acha que os medicamentos usados antes da internação podem ser responsáveis por sua internação? (uso, não uso, uso inadequado) Por que?

16. (Esta questão deve ser efetuada apenas para os pacientes que não tiveram acesso ao medicamento e/ou para aqueles que não fizeram uso dos medicamentos conforme indicado). O (a) Sr. (a) acredita que se tivesse utilizado os medicamentos conforme a indicação, poderia ter evitado sua internação?

1. Sim 6. Não 7. Não sei 8. não se aplica 9. talvez sim 10. Não coletado ()

17. Respondeu ao questionário: () 1. próprio paciente 2. mãe 3. pai 4. avô (ô) 5. tia (o) 6. outra pessoa.....

18. Entrevista com Inf. complementadas: 1. receita 2. emb/bula 3. outras. 6. Não () ()

19. Pessoa que complementou as informações (Além do entrevistado): 1.mãe 2.pai 3.avô (ô) 4.vizinho/amigo 5.tia (o) 6.outra pessoa.....8.Não houve complementação ()

ANEXO 1 (cont.)
Entrevista ao Paciente/Médico (digitação)

Ficha N°	RH:	Data/Internação...../...../.....	Leito:
Nome:	Nasc:	Sexo:	

N° Medicamento:	Origem:	Local:
Medicamento/dose/ forma farmac:		
Posologia:	Tempo	Veículo:
Orientador:	Orientação na Farmácia:	Orientado:
Aderência:	Dose diária utilizada:	Duração:
Local de Acesso:	Tempo Aquisição:	Interrompeu Uso:
Motivo Int:	Iniciativa Interrup:	Opinião Médica:
N° Medicamento:	Origem:	Local:
Medicamento/dose/ forma farmac:		
Posologia:	Tempo	Veículo:
Orientador:	Orientação na Farmácia:	Orientado:
Aderência:	Dose diária utilizada:	Duração:
Local de Acesso:	Tempo Aquisição:	Interrompeu Uso:
Motivo Int:	Iniciativa Interrup:	Opinião Médica:
N° Medicamento:	Origem:	Local:
Medicamento/dose/ forma farmac:		
Posologia:	Tempo	Veículo:
Orientador:	Orientação na Farmácia:	Orientado:
Aderência:	Dose diária utilizada:	Duração:
Local de Acesso:	Tempo Aquisição:	Interrompeu Uso:
Motivo Int:	Iniciativa Interrup:	Opinião Médica:

Entrevista realizada por:.....Data:...../...../.....

ANEXO 2

Entrevista ao Médico

Ficha N°.....	RH:.....	Data/Internação...../...../.....	Leito:.....
Nome:.....	Nasc:...../...../.....		Sexo:.....

1. Na sua opinião, o uso ou não uso dos medicamentos pode ter influenciado a internação do paciente? 1. Sim 6. Não 8. Não é possível avaliar ()

Motivo (impossibilidade de avaliar).....

2. Quais medicamentos tiveram importância significativa? Como e por que? 8. Não se aplica

3. Você suspeita da ocorrência de reação adversa a medicamentos ? 1. Sim 6. Não ()

Nesta pesquisa estamos considerando RAM "qualquer efeito prejudicial ou indesejável que se apresente após a administração de medicamento em doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade"

4. Qual (is) o (s) medicamento (s) suspeitos e qual a reação que ocorreu? 8. Não se aplica

5. Você acredita que a RAM contribuiu significativamente para a necessidade da internação? 1. Sim 6. Não 8. Não se aplica ()

6. Algum dos diagnósticos do paciente é de intoxicação medicamentosa? 1. Sim 6. Não Se Não, questão 8 ()

7. Qual (is) medicamento (s), existe suspeita de intoxicação? 8. Não se aplica

8. Na sua opinião quais os principais fatores que contribuíram para a internação do paciente?

9. Gravidade do quadro clínico na ocasião da internação:
Risco iminente à vida. 1. Sim 6. Não 9. Não coletado ()
10. Prognóstico. 1. cura sem seqüela 2. cura com seqüelas 3. remissão parcial/recorrência
4. remissão parcial/cronicidade 5. agravamento crescente 6. óbito 7. Cura total com
recorrência 8. Remissão total com recorrência 10. Não coletado ()

Entrevista realizada por:..... Data:...../...../.....

ANEXO 3

PUCCAMP - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS CURSO CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS - DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

Ilmo.(a) Sr. (a)
Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando no Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCCAMP um estudo para avaliar a possível influência da utilização de medicamentos como um dos fatores que determinou a internação hospitalar.

Por esta razão estamos solicitando ao (a) senhor (a) que aceite responder algumas perguntas, sobre os medicamentos que tomou antes da internação.

É importante esclarecer que nós garantimos que nenhuma entrevista será levada ao conhecimento de outras pessoas que não pertençam ao quadro dos profissionais que o estão acompanhando durante a internação. Garantimos que suas respostas não serão contadas à sua família ou a qualquer outra pessoa diferente da equipe ao qual está sob cuidados. Apenas o médico que lhe está acompanhando durante a internação terá conhecimento sobre os medicamentos que o sr.(a) estava utilizando. Como pretendemos entrevistar cerca de 300 pessoas internadas, as respostas de todos os entrevistados serão analisadas sem que apareçam os nomes de quem as respondeu.

Oferecemos ao (a) senhor (a) a oportunidade de tomar conhecimento dos resultados da pesquisa, solicitando informações em nosso endereço de trabalho, na Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

Atenciosamente,

Farmacêutica Ana Maria Falarini Perrone. CRF-SP 10788
Professora Assistente - Departamento de Farmácia
PUCCAMP - FCM fone: (019) 2495899 ramal 365
CEP 13100-000 Campinas - SP

ANEXO 4

PUCCAMP - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS CURSO CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS - DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

Ilmo.(a) Sr. (a)
Prezado (a) Doutor (a),

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo geral avaliar a possível influência da utilização de medicamentos como um dos fatores que determinou a internação hospitalar. Será avaliada a influência da utilização de medicamentos no período que antecedeu à internação hospitalar, quanto aos aspectos: automedicação, acesso aos medicamentos, orientação para a administração de medicamentos, aderência ao tratamento e ocorrência de reações adversas à medicamentos. Na metodologia estão previstas entrevistas, aos pacientes internados nas enfermarias da Clínica Médica e Pediatria do HMCP e a um médico responsável pelo paciente durante a internação. Desta maneira, serão associadas as informações que possibilitarão avaliar o impacto do uso do medicamento na determinação da internação.

Ressalto que o projeto foi encaminhado a todas as instâncias institucionais necessárias e ao Comitê de Ética, tendo sido aprovado nas mesmas.

Solicitamos à V. Sa. a oportunidade de entrevistá-lo (a) a fim de obter sua opinião sobre o uso de medicamentos pelo paciente. Salientamos que para atingir o objetivo proposto, sua participação será fundamental, já que V. Sa. detém informações do quadro clínico do paciente durante a internação.

Garantimos a V. Sa. **PRESERVAÇÃO TOTAL DA CONFIDENCIALIDADE DAS RESPOSTAS**, resguardando eticamente os dados de entrevistas contra qualquer possibilidade de identificação seja das instituições, seja dos profissionais que realizaram as prescrições de medicamentos. Nenhum profissional será identificado em publicações de qualquer natureza, seja ela científica ou jornalística, bem como nenhum paciente será apontado por dados que possam identificá-lo.

A entrega de um exemplar da publicação do trabalho será oferecida à superintendência do HMCP, como retribuição à sua gentileza pela participação nas entrevistas e estaremos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Desde já agradeço a atenção e colaboração,

Atenciosamente

Profª. Ana Maria Falarini Perrone. CRF-SP 10788

ANEXO 5

LEGENDA PARA PREENCHER O QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA PACIENTE/MÉDICO

Avaliação Médica:

Concorda com o medicamento indicado	Cod. 1
Não concorda com o medicamento indicado	Cod. 2
Concorda com a indicação do medicamento e não concorda com a dosagem e/ou posologia indicadas	Cod 3
Sem condições de opinar. Motivo (s).....	Cod 4
Não coletado	Cod 9

Local onde foi realizada a **última** consulta médica que originou a prescrição de medicamentos nos trinta dias que antecederam à internação:

1. C S Campinas, exceto PUCCAMP
2. C S Ipaussurama
3. C S Campos Elíseos
4. C S Integração (Castelo Branco)
5. Pronto Socorro do HMCP
6. Pronto Atendimento do HMCP
7. Outros hospitais de Campinas.....
8. Outros municípios (Atenção primária e secundária)
9. Outros municípios (Atenção terciária) (hospitais)
10. Ambulatório de Especialidades de Campinas (policlinicas, UNICAMP, etc)
11. Ambulatório de Especialidades do HMCP
12. Convênios (Qual?).....
13. Consultório Particular (pagou consulta)
14. Outros
15. Não passou por consulta médica nos 30 dias antes da internação
16. Passou por consulta e não indicaram medicamento
17. Internação no Hospital e Maternidade Celso Pierro

Local de realização da consulta médica **no sistema docente assistencial da PUCCAMP** nos 30 dias antes da internação (Além da "última" consulta médica):

1. C S Ipaussurama
2. C S Campos Elíseos
3. C S Integração Castelo Branco
4. Pronto Socorro do HMCP
5. Pronto Atendimento do HMCP
6. Ambulatório de Especialidades do HMCP
7. **Não passou por consulta no sistema docente assistencial da PUCCAMP nos 30 dias antes da internação.**

ORIGEM da indicação do uso do medicamento nos 30 dias antes da internação:

1. Consulta Médica 3. Indicação Não Médica

3.1. Automedicação, influenciada pela propaganda de medicamentos.

3.2. Automedicação, influenciada por prescrição médica anterior.

3.3. Indicação realizada por balconista de farmácia.

3.4. Indicação realizada por vizinho, parente, amigo

3.5. Outras

LOCAL onde foi realizada a consulta médica que originou a indicação de medicamentos (receita):

1. C S Campinas, exceto PUCCAMP

2. C S Ipaussurama

3. C S Campos Elíseos

4. C S Integração (Castelo Branco)

5. Pronto Socorro do HMCP

6. Pronto Atendimento do HMCP

7. Outros hospitais de Campinas

8. Outros municípios (Atenção primária e 2ªária)

9. Outros municípios (hospitais, transferência)

10. Ambulatório de Especialidades de Campinas

11. Ambulatório de Especialidades do HMCP

12. Convênio (Qual?).....

13. Consultório Particular (pagou consulta)

14. Outros

15. Não se aplica

POSOLOGIA:

1. Uma vez ao dia

2. Duas vezes ao dia

3. Três vezes ao dia

4. Quatro vezes ao dia

5. Cinco vezes ao dia

6. Seis vezes ao dia

7. Mais de seis vezes ao dia

8. Usou quando necessário

9. Não Usou

10. Outra

16 Não coletado

TEMPO: número de **dias** indicado por médico ou leigo para usar o medicamento.

996 não coletado

VEÍCULO: utilizados na administração dos medicamentos:

1. água 2. suco 3. leite 4. nenhum veículo 6. injetável 7. engoliu o medicamento, não utilizando nenhum veículo 8. Não se aplica 9. Outros 10. Uso tópico 13. Não coletado

ORIENTADOR (Quem realizou a orientação sobre o uso do medicamento):

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. farmacêutico | 5. balconista de farmácia comercial |
| 2. médico | 6. funcionário da farmácia ambulatorial do HMCP |
| 3. enfermeiro (a) | 7. outra pessoa..... |
| 4. auxiliar do C. Saúde | 8. não houve orientação |
| | 10. não coletado |
| | 11. não sabe |

ORIENTAÇÃO NA DISPENSAÇÃO (foi realizada orientação no local de dispensação?)

1. Sim 6. Não 8. Não se aplica (Ex: quando pegou medicamento com médico)
9. não sabe 10. Não coletado

ORIENTADO (pessoa que recebeu a orientação na farmácia):

1. o próprio paciente
2. um membro da família que transmitiu a orientação ao paciente
3. a pessoa que cuida do paciente
4. membro da família que transmitiu a orientação a quem cuida do paciente
5. outra pessoa
6. não recebeu orientação na farmácia
8. não se aplica
10. não coletado

ADERÊNCIA (USOU o medicamento conforme INDICADO) ?

	Horário	Dose/cada horário	Nº vezes ao dia
1.	Sim	Sim	Sim
2.	Não	Não	Não
3.	Sim	Sim	Não
4.	Sim	Não	Não
5.	Sim	Não	Sim
6.	Não	Não	Sim
7.	Não	Sim	Não
8.	Não	Sim	Sim

9. não houve indicação
10. não usou medicação
11. Impossível avaliar
12. não coletado

DOSE DIÁRIA UTILIZADA (usou o medicamento na dose **diária total** indicada) ?

- () 1. Sim 4. Não, dose menor que a indicada 6. Não, dose maior do que a indicada
7. não houve indicação 9. não usou o medicamento 8. não se aplica
10. Impossível avaliar 12. Não coletado

INTERROMPEU USO do Medicamento ?() 1. Sim 6. Não 8. Não se aplica 9. Não coletado

MOTIVO DA INTERRUPÇÃO OU NÃO ADERÊNCIA AO USO:

- () () 1. não conseguiu adquiri-los (não tinha no sistema público e não pode comprar)
2. apareceu ou suspeitou de reação adversa ao medicamento.
3. dificuldade para encontrá-lo nas farmácias e drogarias não tinha para comprar)
4. não quis mais tomá-lo
5. acreditou que o medicamento não era mais necessário.
6. não sabia da importância do uso do medicamento
7. não se lembrou de tomar o medicamento na hora indicada
8. não achou importante seguir o esquema indicado
9. Não houve interrupção
10. Outros.....
11. Por indicação médica
12. Não se aplica
13. Não coletado

A INTERRUPÇÃO OCORREU POR INICIATIVA: () ()

1. iniciativa própria
2. determinação médica
3. iniciativa da pessoa que cuida do paciente
4. outra pessoa.....
5. Não interrompeu o uso de nenhum medicamento
8. não usou o medicamento
10. Não coletado

DURAÇÃO da utilização dos medicamentos: (Tempo da utilização mesmo anterior ao período de 30 dias da internação em Dias)
99996 não coletado
99998 não sabe 99999 não usou

LOCAL DE ACESSO aos medicamentos:

1. Não teve acesso ao medicamento;
2. Farmácia do estabelecimento onde foi realizada a consulta médica
3. Farm do CS da área de cobertura de onde reside (ou onde paciente foi após internação)
4. Farmácia do CS mais próxima do bairro onde reside (mesma SAR)
5. Farmácia do CS distante do bairro onde reside (pertencente a outra SAR)
6. Farmácia ambulatorial de hospital (exceto HMCP)
7. Farmácia comercial ou drogaria
8. Farmácia Ambulatorial do HMCP
9. Farmácia dos Centros de Saúde da PUCCAMP

- 10. Farmácia Ambulatorial de outro hospital em Campinas
- 11. Farmácia Homeopática, Fitoterápica, etc
- 12. Amostra grátis doada pelo médico
- 13. Outra fonte
- 14. Não quis adquirir
- 15. Já tinha em casa
- 16. Medicamento administrado no local de realização da consulta
- 17. Não lembra
- 18. Não coletado

TEMPO PARA AQUISIÇÃO (Tempo **EM DIAS** gasto para adquirir o medicamento) Obs. considerar tempo 0 (zero) quando o medicamento foi adquirido no mesmo dia da realização da consulta médica e também quando o paciente já tinha o medicamento disponível para o uso.

- 0 adquirido no mesmo dia da consulta
- 99 não adquiriu
- 98 não coletado

ANEXO 6

Tabela A - 1 Distribuição dos entrevistados por sexo.

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casos	101	47,0	114	53,0	215	52,1
Controles	85	42,9	113	57,1	198	47,9
Total	186	45,0	227	55,0	413	100,0

Tabela A - 2 Distribuição dos entrevistados por sexo.

	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
PUC Campinas	86	47,5	95	52,5	181	43,8
Outros	100	43,1	132	56,9	232	56,2
Total	186	45,0	227	55,0	413	100,0

Tabela A - 3 Faixa etária dos entrevistados (anos).

Faixa etária	N	%
< 1 ano	59	14,3
1 a 2	47	11,4
3 a 5	18	4,4
6 a 13	14	3,4
14 a 19	15	3,6
20 a 39	49	11,9
40 a 59	79	19,1
60 a 79	112	27,1
80 a 99	7	1,7
Ignorados	13	3,1
Total	413	100,0

Tabela A - 4 Número de consultas realizadas nos 30 dias antes da internação.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	37	17,2	32	16,2	69	16,7
Uma	78	36,3	77	39,1	155	37,6
Duas	44	20,5	41	20,8	85	20,6
Mais de 3	56	26,0	47	23,9	103	25,1
Total	215	100,0	197	100,0	412	100,0

Tabela A - 5 Número de consultas realizadas nos 30 dias antes da internação.

	PUC Campinas		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	4	2,2	65	28,0	69	16,7
Uma	74	41,1	81	34,9	155	37,6
Duas	48	26,7	37	15,9	85	20,6
Mais de 3	54	30,0	49	21,2	103	25,1
Total	180	100,0	232	100,0	412	100,0

Tabela A - 6 Risco à vida na ocasião da internação .

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	59	27,4	63	31,8	122	29,5
Não	147	68,4	133	67,2	280	67,8
Não coletado	9	4,2	2	1,0	11	2,7
Total	215	100,0	198	100,0	413	100,0

Tabela A - 7 Risco à vida na ocasião da internação.

	PUC Campinas		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	48	26,5	74	31,9	122	29,5
Não	127	70,2	153	65,9	280	67,8
Não coletado	6	3,3	5	2,2	11	2,7
Total	181	100,0	232	100,0	413	100,0

Tabela A - 8 Ocorrência de Internação no ano anterior.

	PUC Campinas		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	73	40,3	69	29,7	142	34,4
Não	93	51,4	146	62,9	239	57,9
Não se aplica e perdas	15	8,3	17	7,4	32	7,7
Total	181	100,0	232	100,0	413	100,0

Tabela A - 9 Posologias referidas para os medicamentos.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Uma	269	33,1	169	31,0	438	32,2
Duas	233	28,7	147	26,9	380	28,0
Três	162	19,9	101	18,5	263	19,4
Quatro	68	8,4	63	11,5	131	9,6
Outras	81	9,9	66	12,1	147	10,8
Total	813	100,0	546	100,0	1359	100,0

Tabela A - 10 Uso de medicamento sem prescrição médica recente.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	65	30,2	51	25,9	116	28,2
Não	149	69,3	146	74,1	295	71,6
Perdas	1	0,5	0	0	1	0,2
Total	215	100,0	197	100,0	412	100,0

Tabela A - 11 Opinião do médico da internação ao uso dos medicamentos.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Concordância	548	67,9	364	66,5	912	67,4
Discordância	117	14,5	111	20,3	228	16,8
Conc Parcial	74	9,2	41	7,5	115	8,5
Não Opinou/Perdas	68	8,4	31	5,7	99	7,3
Total	807	100,0	547	100,0	1354	100,0

Tabela A - 12 Local de aquisição do medicamentos.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Serviço Público	289	45,2	274	37,4	563	41,4
Serviço Privado	299	46,1	351	49,3	650	47,8
Outras	38	4,6	57	10,4	95	6,8
Não adquiriu	15	2,9	24	2,1	39	2,9
Perdas	8	1,2	6	0,8	14	1,1
Total	649	100	712	100	1361	100

Tabela A - 13 Tempo gasto na aquisição dos medicamentos.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
No dia da consulta	714	88,0	520	94,7	1234	90,7
Um dia	30	3,7	7	1,3	37	2,7
Dois a quinze dias	33	4,2	10	1,8	43	3,2
Não adquirido e Perdas	34	4,1	12	2,2	46	3,4
Total	811	100,0	549	100,0	1360	100,0

Tabela A - 14 Tempo gasto na aquisição dos medicamentos.

	PUC Campinas		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%
No dia da consulta	591	91,2	643	90,3	1234	90,7
Um dia	18	2,8	19	2,7	37	2,7
Dois a quinze dias	14	2,1	29	4,1	43	3,2
Não adquirido e Perdas	25	3,9	21	2,9	46	3,4
Total	648	100,0	712	100,0	1360	100,0

Tabela A - 15 Referiram dificuldade na aquisição dos medicamentos no local de realização da consulta.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	100	46,5	0	0	100	24,2
Não	29	13,5	103	52,0	132	32,0
Não se aplica e	86	40,0	95	48,0	181	43,8
Não coletado						
Total	215	100,0	198	100,0	413	100,0

Tabela A - 16- Referiram dificuldade na aquisição dos medicamentos no local de realização da consulta.

	PUC Campinas		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	54	29,8	46	19,8	100	24,2
Não	54	29,8	78	33,6	132	32,0
Não se aplica e Não coletado	73	40,4	108	46,6	181	43,8
Total	181	100,0	232	100,0	413	100,0

Tabela A - 17 Responsáveis pelas orientações dos medicamentos.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Médico	674	82,9	454	82,7	1128	82,8
Farmacêutico	19	2,3	12	2,2	31	2,3
Balconista	17	2,1	11	2,0	28	2,1
Outras	103	12,7	72	13,1	175	12,8
Total	813	100,0	549	100,0	1362	100,0

Tabela A - 18 Orientação sobre o uso dos medicamentos na farmácia.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	369	45,4	257	46,8	626	46,0
Não	256	31,5	193	35,2	449	33,0
Não se aplica	68	8,5	68	12,4	136	10,0
Não soube	105	12,9	26	4,7	131	9,6
Não coletado	14	1,7	5	0,9	19	1,4
Total	812	100,0	549	100,0	1361	100,0

Tabela A - 19 Orientação sobre o uso dos medicamentos na farmácia.

	PUC Campinas		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	342	52,7	284	39,9	626	46,0
Não	166	25,7	283	39,7	449	33,0
Não se aplica	58	8,9	78	11,0	136	10,0
Não sabe	73	11,2	58	8,1	131	9,6
Não coletado	10	1,5	9	1,3	19	1,4
Total	649	100,0	712	100,0	1361	100,0

Tabela A - 20 Recebeu a orientação na farmácia.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Paciente ou Responsável	267	32,9	233	42,5	500	36,8
Um Familiar	115	14,1	40	7,3	151	11,1
Não recebeu	240	29,7	185	33,8	429	31,6
Não se aplica	175	21,6	85	15,5	260	19,1
Não coletado	14	1,7	5	0,9	19	1,4
Total	811	100,0	548	100,0	1359	100,0

Tabela A - 21 Recebeu a orientação na farmácia.

	PUC Campinas		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Paciente ou Responsável	261	40,2	239	33,7	500	36,8
Um Familiar	84	13,0	71	9,9	155	11,4
Não recebeu	165	25,4	260	36,6	425	31,3
Não se aplica	129	19,9	131	18,5	260	19,1
Não coletado	10	1,5	9	1,3	19	1,4
Total	649	100,0	710	100,0	1359	100,0

Tabela A - 22 Observância da prescrição.

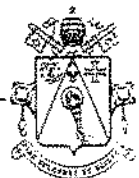
	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	651	80,1	453	82,5	1104	81,1
Não	88	10,8	66	12,0	154	11,3
Não se aplica	61	7,5	26	4,8	87	6,4
Não coletado	13	1,6	4	0,7	17	1,2
Total	813	100,0	549	100,0	1362	100,0

Tabela A - 23 Interrupção no uso do medicamento durante o tratamento.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	143	17,6	70	12,7	213	15,7
Não	628	77,3	462	84,2	1090	80,1
Não se aplica	31	3,9	13	2,4	44	3,2
Não coletado	10	1,2	4	0,7	14	1,0
Total	812	100,0	549	100,0	1361	100,0

Tabela A - 24 Responsável pela Iniciativa da interrupção dos medicamentos.

	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pac ou Resp	58	8,9	104	14,6	162	11,9
Médico	18	2,8	20	2,8	38	2,8
Outra pessoa	1	0,2	2	0,3	3	0,2
Não interrompeu	535	82,6	549	77,0	1084	79,6
Não se aplica	26	4,0	33	4,6	59	4,4
Não coletado	10	1,5	5	0,7	15	1,1
Total	648	100,0	713	100,0	1361	100,0



Campinas, 04 de junho de 1996.

Ilustríssima Senhora

Em reunião ordinária desse Comitê, em 04 de junho de 1996, o projeto "Utilização de Medicamentos Prescritos na Atenção Primária e Secundária pelo Sistema Docente Assistencial da PUCCAMP: Estudo da sua Influência na determinação Hospitalar", foi analisado sob o ponto de vista ético, tendo o seguinte parecer:

O projeto foi aprovado por não envolver questões éticas de pesquisa com seres humanos. No entanto sugerimos mudanças quanto a redação do objetivo específico que avalia a adequação da prescrição médica, por ferir a deontologia. O Comitê considerou que este objetivo estaria avaliando a concordância ou discordância quanto a medicação precedente a internação. Foi sugerido também a inclusão no questionário dirigido ao Médico do item: sem condições de julgamento.

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.


Celina de Paula A. Sollero
Coordenadora do Comitê
de Ética-FCM-PUCCAMP

Ilustríssima Senhora
Profa. Dulce Maria Pompeu de Camargo
Coord. da CEAP

C/c. Profa. Ana Maria Falarini Perone
Curso de Ciências Farmacêuticas