

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**Aspectos da Prescrição e da Qualidade do Uso de Medicamentos no Programa
de Saúde da Família**

SAMANTA MARIA ETGES FRÖHLICH

PORTO ALEGRE, 2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**Aspectos da Prescrição e da Qualidade do Uso de Medicamentos no Programa
de Saúde da Família**

Dissertação apresentada por **Samanta Maria
Etges Fröhlich** para obtenção do GRAU DE
MESTRE em Ciências Farmacêuticas

Orientador: **Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 14.12.2006, pela Banca Examinadora constituída por:

Profa. Dr. Denise Bueno
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dr. Mareni Rocha Farias
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dr. Tânia Alves Amador
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

F929a Fröhlich, Samanta M. Etges

Aspectos da Prescrição e da Qualidade do Uso de Medicamentos no Programa de Saúde da Família / Samanta M. Etges Fröhlich – Porto Alegre: UFRGS, 2006. – xx, 127 p.: il.

Dissertação (Mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Prescrição de medicamentos. 2. Adesão ao tratamento. 3. Qualidade de Vida. 4. Atenção primária. I. Mengue, Sotero Serrate. II. Título.

CDU: 615.2.03

Bibliotecária responsável:

Margarida Maria Cordeiro Fonseca Ferreira, CRB 10/480

O presente trabalho foi realizado nas Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul (RS). A autora recebeu bolsa de estudos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Brasil.

“É sempre bom tudo o que acaba
bem. O fim coroa a obra.”

William Shakespeare
Bem está o que acaba bem
(1602 – 1603) Ato IV, cena IV

Dedico este trabalho à minha avó Mônica Etges, que inspirou o tema e as preocupações pertinentes a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Ao meu amor Lucas, pelo incansável apoio e impulso inicial para a realização deste sonho antigo, além do amor e entusiasmo sempre presentes.

Aos meus pais Francisco e Sueli, pelo carinho, auxílio e apoio constantes.

À minha irmã Michelle e ao meu cunhado Maurício, pela amizade.

À minha segunda família: Ana Lúcia e Carlos Silva - pela acolhida, apoio e por me proporcionarem a minha segunda casa.

À querida professora Dr. Keila Mendes Cerezer, que foi um presente para mim; espero ainda poder retribuir o carinho, a amizade e o apoio que recebi.

À Vera e José Alberto Wenzel, por facilitarem o contato com os locais de estudo.

À Rosane Kessler e Birtia Pires - da Secretaria da Saúde de Santa Cruz do Sul -, por proporcionarem a realização deste.

Aos professores Doutores da UNISC, Andréia de Moura Valim e Silvio Cezar Arend, por me receberem de forma tão gentil e facilitarem o contato com os entrevistadores.

À equipe de entrevistadores: Cristian Streck, Daiana Paim da Silva, Elisandra Anton, Júlia Scherer Santos, Lisiane Pazini, Manoele Theisen, Rosemara da Silva e Vanessa Limberger, sempre dispostos e eficientes na realização da coleta de dados.

Às minhas colegas e amigas Juliana Didonet, Kárin Schwambach, Fabiana Henningen e Helissara Diefenthaeler, das quais a amizade quero levar comigo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, que me guiou nesta caminhada e com quem aprendi coisas valiosas.

Aos Professores Doutores Denise Bueno e Mauro Silveira de Castro, pelas contribuições no meu projeto.

Aos usuários do Programa de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul, pela imprescindível colaboração neste trabalho.

SUMÁRIO

<i>Lista de Figuras e Tabelas</i>	xv
<i>Resumo</i>	xvii
<i>Abstract</i>	xix
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS GERAIS	5
3 INDICADORES DE QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO	9
3.1 INTRODUÇÃO	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3.3 REVISÃO	12
3.3.1 Estratégias de Pesquisa	12
3.3.2 Uso Racional de Medicamentos	12
3.3.3 Prescrição de Medicamentos	13
3.3.4 Qualidade da Prescrição de Medicamentos	14
3.3.4.1 Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos	14
3.3.4.2 Estudos sobre Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos	17
3.3.5 Qualidade da Prescrição sob a Visão do Paciente relacionada à Satisfação com a Prescrição de Medicamentos	19
3.4 MÉTODOS	20
3.4.1 Delineamento do Estudo	20
3.4.2 Os Entrevistados	20
3.4.2.1 Descrição da População e dos Locais do Estudo	20
3.4.2.2 Estimativa do Tamanho da Amostra	21
3.4.3 Aspectos Éticos e Consentimento	21
3.4.4 Os Entrevistadores	22
3.4.5 Instrumento de Coleta de Dados	23
3.4.5.1 Apresentações e Identificações	23
3.4.5.2 Percepção quanto à Prescrição e aos Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos	24
3.4.5.3 Aspectos Sócio-econômicos	24

3.4.5.4 Avaliação da Qualidade da Prescrição de Medicamentos	25
3.4.5.5 Finalizando a Entrevista	26
3.4.6 As Informações Obtidas	26
3.4.6.1 Classificação dos Medicamentos	26
3.5 RESULTADOS	27
3.5.1 Caracterização da População	27
3.5.2 Prescrição de Medicamentos	27
3.5.3 Avaliação da Qualidade da Prescrição de Medicamentos	28
3.6 DISCUSSÃO	31
3.6.1 Prescrição de Medicamentos	31
3.6.2 Avaliação da Qualidade da Prescrição de Medicamentos	32
3.6.3 Limitações do Estudo	37
3.7 CONCLUSÕES	37
4 AVALIAÇÃO DE VARIÁVEIS RELACIONADAS À ADESÃO	39
4.1 INTRODUÇÃO	41
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4.3 REVISÃO	42
4.3.1 Adesão	42
4.3.2 Complexidade da Prescrição	44
4.3.3 Nível de Informação sobre a Terapia Medicamentosa	46
4.3.4 Tratamento Médico Modificado pelo Paciente	49
4.4 MÉTODOS	51
4.4.1 Delineamento do Estudo	51
4.4.2 População e Locais do Estudo	51
4.4.3 Aspectos Éticos e Consentimento	51
4.4.4 Os Entrevistadores	52
4.4.5 Instrumento de Coleta de Dados	52
4.4.5.1 Apresentações e Identificações	52
4.4.5.2 Adesão ao Tratamento Medicamentoso	53
4.4.5.3 Nível de Informação da Terapia Medicamentosa	53
4.4.5.4 Aspectos Sócio-econômicos	55
4.4.5.5 Avaliação da Complexidade da Prescrição de Medicamentos	55
4.4.5.6 Finalizando a Entrevista	55

4.4.6 <i>As informações Obtidas</i>	56
4.4.6.1 <i>Avaliação da Adesão</i>	56
4.4.6.2 <i>Crêterios Utilizados para Avaliar o Nível de Informa�o da Terapia Medicamentosa</i>	56
4.4.6.3 <i>Complexidade da Prescri�o</i>	57
4.5 RESULTADOS	58
4.5.1 <i>Caracteriza�o da Popula�o</i>	58
4.5.2 <i>Adesão</i>	59
4.5.3 <i>Nível de Informa�o da Terap�utica</i>	61
4.5.4 <i>Complexidade</i>	63
4.5.5 <i>Nível de Conhecimento e Complexidade da Prescri�o</i>	63
4.5.6 <i>Complexidade associada � Adesão</i>	64
4.5.7 <i>Nível de Conhecimento associado � Adesão</i>	64
4.6 DISCUSSÃO	65
4.6.1 <i>Adesão</i>	65
4.6.2 <i>Nível de Conhecimento da Terapêutica</i>	66
4.6.3 <i>Complexidade</i>	69
4.6.4 <i>Associa�o entre Adesão, Complexidade e Nível de Conhecimento da Prescri�o</i>	70
4.6.5 <i>Limita�es do Estudo</i>	70
4.7 CONCLUSÕES	71
5 QUALIDADE DE VIDA	73
5.1 INTRODU�O	75
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	75
5.3 REVISÃO	76
5.3.1 <i>Qualidade de Vida</i>	76
5.3.2 <i>Importância da Avalia�o da Qualidade de Vida</i>	77
5.3.3 <i>Instrumento utilizado para medir a Qualidade de Vida</i>	78
5.3.4 <i>Qualidade de Vida da Popula�o Idosa</i>	78
5.3.5 <i>Ambiente da Popula�o Estudada</i>	79
5.4 MÉTODOS	80
5.4.1 <i>Aspectos �ticos e Consentimento</i>	81
5.4.2 <i>Instrumento de Coleta de Dados</i>	81

5.4.2.1 A Entrevista	81
5.4.3 As Informações Obtidas	85
5.4.3.1 Avaliação da Qualidade de Vida	86
5.4.3.2 Avaliação da Adesão	86
5.5 RESULTADOS	86
5.5.1 Caracterização da População	86
5.5.2 Qualidade de Vida	87
5.5.3 Qualidade de Vida e Indicadores de Qualidade da Prescrição	90
5.6 DISCUSSÃO	92
5.6.1 Qualidade de Vida e Indicadores de Qualidade da Prescrição	94
5.6.2 Limitações do Estudo	95
5.7 CONCLUSÕES	96
6 DISCUSSÃO	97
7 CONCLUSÕES	101
8 REFERÊNCIAS	105
9 ANEXOS	115
9.1 Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul	117
9.2 Parecer do Comitê de Ética da UFRGS	118
9.3 Termo de Consentimento Informado	119
9.4 Questionário Completo	120

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 3.1 <i>População atendida pelo Programa de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul (RS), 2006.</i>	21
Tabela 3.2 <i>Distribuição da faixa etária em quartis dos 336 indivíduos participantes.</i>	27
Tabela 3.3 <i>Freqüência de classes e subgrupos de medicamentos prescritos à amostra de usuários do PSF de Santa Cruz do Sul (RS).</i>	28
Tabela 3.4 <i>Indicadores de qualidade da prescrição da OMS.</i>	29
Figura 3.1 <i>Indicadores de qualidade da prescrição propostos para diferentes faixas de idade dos usuários.</i>	30
Tabela 4.1 <i>Distribuição dos entrevistados segundo o nível de escolaridade.</i>	59
Tabela 4.2 <i>Freqüência dos motivos que levaram o usuário a consultar por Classificação Terapêutica.</i>	59
Tabela 4.3 <i>Características sócio-demográficas da amostra com relação à adesão.</i>	60
Figura 4.1 <i>Nível de informação dos medicamentos prescritos nas diferentes faixas de idade dos usuários.</i>	62
Tabela 4.4 <i>Principais classes de medicamentos prescritos e nível de informação da terapêutica.</i>	62
Tabela 4.5 <i>Distribuição da complexidade da prescrição em tercis.</i>	63
Tabela 5.1 <i>Características sócio-demográficas e adesão da população Estudada.</i>	87
Tabela 5.2 <i>Média dos escores de qualidade de vida para usuários do PSF de Santa Cruz do Sul (RS), para controles e paciente hospitalizados do estudo de Fleck e colaboradores (2000).</i>	88

Tabela 5.3 Média dos escores da qualidade de vida associada às características sócio-demográficas e à adesão.	89
Tabela 5.4 Média dos escores da qualidade de vida associada aos indicadores de qualidade da prescrição da OMS	90
Tabela 5.5 Média dos escores da qualidade de vida associada aos indicadores de qualidade da prescrição propostos	91

RESUMO

Objetivos: avaliar a qualidade da prescrição de medicamentos por meio de indicadores; investigar a adesão ao tratamento medicamentoso, a complexidade da prescrição e o nível de conhecimento da prescrição dos usuários do Programa de Saúde da Família; avaliar a qualidade de vida dos componentes da amostra.

Método: a pesquisa seguiu o modelo de estudo transversal, através de um questionário aplicado a 336 usuários do Programa de Saúde da Família.

Resultados: dos 336 entrevistados, 320 mostraram a prescrição médica. 36,6% das prescrições continham mais de um medicamento para tratar a mesma doença, 9,0% delas continham medicamentos da mesma classe farmacológica, 84,4% dos medicamentos foram prescritos pela denominação genérica, 8,1% das prescrições continham um antibiótico prescrito, 81% dos medicamentos prescritos faziam parte da Lista de Medicamentos Essenciais do município, 9,2% dos medicamentos eram de controle especial, 62,4% das prescrições continham as informações mínimas necessárias para o uso do medicamento. A adesão ao tratamento proposto foi considerada alta em 14,0% dos usuários. O nível de conhecimento da terapia medicamentosa foi considerado bom em 11,0% dos entrevistados. A média da complexidade da prescrição foi de 7,7 pontos. Com relação à qualidade de vida, observou-se que o domínio físico diminui com o aumento da idade ($p = 0,0001$), indivíduos que utilizavam medicamentos de controle especial tiveram uma média menor na qualidade de vida total, do que os que não utilizavam ($p = 0,0001$).

Conclusões: os indicadores da Organização Mundial da Saúde podem ser considerados inadequados em função do novo perfil de morbidade da população. Com o desenvolvimento das novas ferramentas, pôde-se perceber os problemas em uma prescrição. O monitoramento da prescrição e a educação dos usuários são necessários, pois previnem problemas relacionados aos medicamentos, além de realçarem os resultados terapêuticos, econômicos e de qualidade de vida.

Palavras-chave: prescrição médica, indicadores de qualidade da prescrição, adesão, complexidade, nível de conhecimento da prescrição, qualidade de vida, atenção primária.

ABSTRACT

Title: Aspects of Prescribing and of Quality of Drugs Usage in the Family Health Program

Objectives: to assess the quality of prescribing through indicators; to investigate the adherence, the complexity of prescribing and the prescribing knowledge level of the Family Health Program users; to evaluate the quality of life of the studied sampled.

Method: a cross-sectional study whose data were collected by questionnaire, answered by 336 users of the Family Health Program.

Results: among the 336 users interviewed, 320 showed the prescribing. 36,6% of the prescribing had more than one drug to the same illness, 9,0% of them had drugs of the same pharmacological class, 84,4% of the drugs were prescribed by the generic denomination, 8,1% of the prescribing had one antibiotic prescribed, 81% of the prescribed drugs were listed on the Essential Medication List of the city, 9,2% of the drugs were special controlled, 62,4% of prescribing had the minimum information required to its usage. The adherence was high on 14,0% of the users. The knowledge level of prescribing was considered good in 11,0% of the cases. The average of prescribing complexity was 7,7 points. Regarding quality of life, it was observed that physical health decreased with the age group ($p=0,0001$), users that use special controlled drugs had a lower average on the total quality of life, compared to the ones who didn't use it ($p=0,0001$).

Conclusions: the World Health Organization's indicators can be considered inappropriate when analyzing the new profile of the sickness of the population. With the development of the new tools, it was able to perceive the problems in a prescribing. The prescribing monitoring and the education of the users are a need, because they prevent problems related to the medication, and increase the therapeutic, economical and the quality of life results.

Keywords: prescribing, indicators of quality of prescribing, adherence, complexity; Knowledge level of medications, quality of life, primary care.

1 INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade tem sido estendida a todos os campos, incluindo a qualidade dos serviços prestados na área da saúde. Seus conceitos têm sido amplamente discutidos no cenário mundial. Cada vez mais as pessoas querem realizar suas atividades com referencial de qualidade. Este estudo pretende agregar conhecimento na busca desta.

Na farmacoterapia, vivenciamos a dificuldade da obtenção do medicamento, a subutilização de classes terapêuticas específicas e o consumo irracional de novidades farmacêuticas (ROZENFELD, 2003), além de distorções de elementos que compõem a cadeia medicamentosa, propiciando o uso inadequado de medicamentos (RIBEIRO *et al.*, 2005). Por isto percebe-se a necessidade de avaliar a qualidade no setor público, especialmente nas Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), cujo desafio é mudar o conceito de saúde pública, pretendendo a reestruturação da organização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a expansão e qualificação. Esta estratégia, da forma como está desenhada no Brasil, é modelo para outros países e está consolidada nos municípios brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O PSF visa o atendimento global do indivíduo, da família e da comunidade, priorizando prevenção, educação e acompanhamento do usuário, cujo objetivo final é a qualidade de vida. Cada Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população desta área, o que possibilita o conhecimento amplo da área e da população. O atendimento é prestado na unidade de saúde ou no domicílio, por meio de uma equipe multidisciplinar (CONILL, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). No PSF, segundo a pesquisa de FRANCO e colaboradores (2005), a maioria dos médicos acredita que a relação médico-paciente é diferenciada por possuir maior proximidade e confiança.

Este Programa, também referido como Estratégia de Saúde da Família, pode auxiliar para que o uso racional de medicamentos seja uma realidade e, por esta razão, foram escolhidos locais que possuem equipes de Programa de Saúde da Família para a coleta de dados.

Verificar a qualidade da prescrição de medicamentos por meio de indicadores é avaliar a qualidade de uma parte dos serviços de saúde prestados, além de ser um registro que pode indicar a satisfação do paciente. Como tais indicadores têm uma ação limitada na qualidade da prescrição - visto que não há informações clínicas - há a necessidade de se conhecer mais a população estudada.

Para os profissionais da área da saúde, além da preocupação em achar medicamentos eficazes e seguros para a utilização, o foco também se encontra em procurar meios de aumentar a adesão e a satisfação do paciente com o tratamento farmacológico (ASADI-LARI *et al.*, 2004). A fim de verificar alguns problemas relacionados ao uso de medicamentos, se estudará a adesão ao tratamento, que pode estar ligada à complexidade da prescrição e ao nível de conhecimento da prescrição pelo paciente, bem como a qualidade de vida dos pacientes que compõem o estudo – importante para visualizar a condição do paciente e sua influência nas respostas da pesquisa.

Tudo isto nos leva a crer que a medicina vem ampliando a perspectiva do paciente em cuidados de saúde e está investigando mais sobre a necessidade do entendimento da inter-relação: necessidade, satisfação e qualidade de vida (ASADI-LARI *et al.*, 2004).

Assim, são objetivos deste estudo avaliar a qualidade da prescrição de medicamentos por meio de indicadores, bem como a percepção do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) quanto aos indicadores de qualidade da prescrição definidos pela Organização Mundial da Saúde. Além disso, se avaliará a adesão ao tratamento medicamentoso, a complexidade da prescrição e o nível de informação do usuário do PSF com relação à prescrição. Por fim, deseja-se investigar a qualidade de vida do usuário do PSF.

2 OBJETIVOS GERAIS

- Avaliar a qualidade da prescrição de medicamentos por meio de indicadores, bem como a percepção do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) quanto aos indicadores de qualidade da prescrição.
- Investigar a adesão ao tratamento proposto, a complexidade da prescrição e o nível de conhecimento da prescrição pelos usuários do PSF.
- Avaliar a associação entre qualidade de vida e os indicadores de qualidade da prescrição e adesão.

3 INDICADORES DE QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO

3.1 INTRODUÇÃO

DONABEDIAN (1985) definiu qualidade como um passo no qual o serviço de saúde conhece as necessidades, as expectativas e o padrão de saúde dos pacientes, de seus familiares e de outros beneficiários. Na prática, as expectativas podem se referir ao cuidado de saúde ideal ou desejo de cuidado de saúde (KERSSENS *et al.*, 2004).

Para se chegar à qualidade, é necessário planejamento e verificação das falhas, que são feitas por meio da análise dos serviços e de registros. Uma forma de avaliar a qualidade de uma parte dos serviços de saúde prestados é através da análise da qualidade da prescrição de medicamentos. E o interesse em avaliá-la está relacionado ao aumento do custo dos medicamentos e ao desejo de reduzir efeitos indesejados (ROBERTSON *et al.*, 2001; ANDERSEN, 2006).

Muitas variáveis estão relacionadas com a qualidade da prescrição, e CAMPBELL e colaboradores (2000) acreditam que qualquer item do serviço de saúde que for avaliado com a presença de indicadores é importante para a sua qualidade. Sendo assim, foi definida a utilização dos indicadores de qualidade da prescrição preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1993).

A qualidade do serviço de saúde para o paciente compreende o acesso efetivo ao serviço com o máximo benefício em saúde e que vá ao encontro de suas necessidades individuais, sendo eventualmente diferente do ponto de vista do profissional da área da saúde, por isto a necessidade de verificar a percepção dos usuários quanto aos indicadores de qualidade da prescrição.

Como os indicadores definidos pela OMS são antigos, não sabemos se são válidos no contexto atual. A partir da sua análise, pretende-se propor novos indicadores baseados nas prescrições estudadas e, além disso, comparar os indicadores da OMS com a opinião do paciente, pois a perspectiva do paciente com a prescrição traz sua opinião, suas necessidades, experiências e percepções. Ao

realizar esta comparação, tenta-se examinar os fatores que podem ser os responsáveis pelas variações (se ocorrerem).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a qualidade da prescrição de medicamentos por meio dos indicadores definidos pela Organização Mundial da Saúde.
- Verificar a percepção do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) quanto aos indicadores de qualidade da prescrição da Organização Mundial da Saúde.
- Propor novos indicadores de qualidade da prescrição e avaliar a aplicabilidade destes na amostra estudada.

3.3 REVISÃO

3.3.1 Estratégias de Pesquisa

A revisão bibliográfica foi realizada em base de dados Medline/PubMed, LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe, Sciros, Portal Periódicos (CAPES), com as seguintes palavras-chave: *“indicators of prescribing quality”*, *“quality of prescription”* e *“satisfaction with the prescription”*.

Muitos dos artigos encontrados serviram como fonte para buscas posteriores pela suas referências bibliográficas.

3.3.2 Uso Racional de Medicamentos

O uso racional de medicamento tem uma importância inquestionável na qualidade dos serviços e compreende a seleção, a prescrição, a dispensação, o armazenamento e a utilização adequada dos medicamentos (SATURNO HERNANDEZ, 1997).

Os grandes problemas do uso racional de medicamentos se dividem em racionalidade farmacológica e econômica. O primeiro diz respeito à eficácia, cujos indicadores são prescrições contendo medicamentos de eficácia reconhecida e interligados ao problema de saúde do paciente. Pode-se incluir como variáveis de

qualidade de prescrição, as reações adversas apresentadas pelo paciente, o uso não indicado do medicamento, as interações com medicamentos ou alimentos, as falhas na administração do fármaco, a sobredose ou a dose subterapêutica. Quanto à racionalidade econômica, observa-se a seleção do medicamento mais eficiente, levando em consideração as preferências e condições do paciente em adquiri-lo, onde a indicação de genéricos é uma solução (SATURNO HERNANDEZ, 1997).

O principal protagonista para se conseguir o uso racional dos medicamentos é o prescritor, uma vez que há uma grande variedade de medicamentos no mercado e a prescrição torna-se algo muito complexo, pois inclui os aspectos clínicos, farmacológicos, sociais e econômicos (SATURNO HERNANDEZ, 1997).

3.3.3 Prescrição de Medicamentos

A prescrição é o documento que sumariza as atitudes do prescritor e as suas expectativas para o curso de uma doença, ela deve ser clara, legível, racional e executável (ACURCIO *et al.*, 2004).

O estudo de uma prescrição medicamentosa pode ser incluído em estudos de utilização de medicamentos, sendo útil para analisar os problemas relatados ao uso de medicamentos - com suas causas e conseqüências -, levando a ações subseqüentes destes problemas (ACURCIO *et al.*, 2004).

A prescrição é parte da consulta médica e deve ser seguida de informação e instrução, com monitoramento do tratamento. Algumas vezes, a habilidade de comunicação do médico não é tão acurada, podendo o paciente ainda permanecer com dúvidas, e então começam a surgir os problemas relacionados à prescrição (HOGERZEIL *et al.*, 2001).

No momento de prescrever, o médico sofre influência das concepções sobre o processo saúde-doença, da qualidade da formação técnica, das condições socioculturais e econômicas da população que atende, da disponibilidade de medicamentos no serviço em que atua, das fontes de informações que tem acesso (incluindo publicações científicas), do assédio da indústria farmacêutica (através das informações comerciais) e também, em alguns casos, da pressão do paciente em receber determinado medicamento (HOGERZEIL *et al.*, 2001; ODUBANJO *et al.*,

2004; SANTOS e NITRINI, 2004; FRANCO *et al.*, 2005; HOVEN *et al.*, 2005). No estudo realizado por STEVENSON e colaboradores (1999), em entrevista com 21 prescritores sobre as influências que eles sofrem na hora de prescrever, revelou que eles são afetados pelas expectativas dos pacientes, mas não superestimam esta influência. Mas, pelo desejo de manter uma boa relação médico-paciente, é que, em alguns casos, prescritores tendem a atender as expectativas do paciente (HOVEN *et al.*, 2005).

Como o interesse de quem prescreve o medicamento não necessariamente coincide com a necessidade de quem o utiliza (HOOPER *et al.*, 2005; POUND *et al.*, 2005), é importante o envolvimento do paciente e a boa comunicação na decisão da prescrição, avaliando segurança, eficácia e relação custo-benefício do tratamento preferido (JENKINS *et al.*, 2003; BARBER *et al.*, 2005; POUND *et al.*, 2005).

Em um estudo realizado por meio de uma entrevista com pacientes antes da consulta médica, revelou que 60% deseja participar da decisão sobre o tratamento e 29% acha que o médico deve prescrever o tratamento que o paciente acha que precisa. Depois da consulta, estes mesmos pacientes foram entrevistados, e somente 8,6% dos que desejavam não participaram da decisão sobre o tratamento e 8,3% dos pacientes que achavam que o médico deveria seguir o tratamento que eles achavam que necessitavam, não conseguiram o que queriam (JENKINS *et al.*, 2003).

3.3.4 Qualidade da Prescrição de Medicamentos

Qualidade da prescrição significa que cada paciente receba o medicamento apropriado para a sua necessidade clínica, na dose correta, por um período de tempo adequado e pelo menor custo para ele e para a comunidade, enfim, significa o uso racional do medicamento (WHO, 2004b).

3.3.4.1 Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos

Indicadores são medidas qualitativas ou quantitativas que avaliam desempenhos, detectam problemas e orientam à solução. Eles podem ser empregados em qualquer aspecto da cadeia de assistência, seja a pessoas, processos, equipamentos ou instituições de saúde (CASTRO, 2002).

Os indicadores da prescrição medem a tendência geral da prescrição e os aspectos do tratamento do paciente, sendo o seu indicador de qualidade um elemento que pode ser medido para modificar a qualidade da atenção proporcionada (WHO, 1993; HOVEN *et al.*, 2005; GARJON PARRA *et al.*, 2006).

No presente estudo os indicadores trabalhados são os de qualidade da prescrição de medicamentos da Organização Mundial da Saúde, que incluem o número médio de medicamento por prescrição, a porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, a porcentagem de prescrições com pelo menos um antibiótico, a porcentagem de prescrição com pelo menos um medicamento injetável e a porcentagem de medicamentos prescritos que fazem parte da Lista de Medicamentos Essenciais (WHO, 1993).

Segundo a WHO (1993), o número médio de medicamento por prescrição tem o propósito de verificar o grau de polifarmácia, que, em alguns casos é necessária, mas pesquisas mostraram que, se o número de medicamentos for maior que cinco, há maior risco de eventos adversos relacionados aos medicamentos (ODUBANJO *et al.*, 2004; ROTH, 2004). A idade da população deve ser levada em conta, uma vez que a tendência é aumentar o número de medicamentos por prescrição quanto mais idosa é a população (pois maior é o número de doenças), e nem por isto é um indicador de má qualidade.

A porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico visa medir a tendência do local para a prescrição de genéricos. A Política de Medicamentos Genéricos foi implantada nos últimos anos no Brasil e sua efetivação está relacionada à adesão dos prescritores, sendo a denominação genérica um fator importante na promoção do uso racional do medicamento, como também na redução de custos com medicação (WHO, 1993; CASTRO, 2002; ACURCIO *et al.*, 2004). É a Lei n. 9.787 (BRASIL, 1999) que define o que é o medicamento genérico e como ele deverá superar o medicamento de referência.

A porcentagem de prescrições com pelo menos um antibiótico nos diz quais são os antibióticos mais prescritos e a cultura da população estudada em relação ao antibiótico (WHO, 1993; ACURCIO *et al.*, 2004). O principal problema quanto à prescrição de antibióticos é o seu uso abusivo, que gera o desenvolvimento de

microrganismos potencialmente resistentes a qualquer tratamento, acarretando graves conseqüências ao paciente, podendo levar ao óbito (SCHENKEL, 1996; SANTOS e NITRINI, 2004).

A porcentagem de prescrições com pelo menos um medicamento injetável mede o grau de utilização deles. Com este parâmetro pode-se perceber a cultura de prescritores e pacientes no que diz respeito a esta forma farmacêutica (WHO, 1993; ACURCIO *et al.*, 2004; SANTOS e NITRINI, 2004).

A Portaria n. 1.587 de 03 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002) nos diz que:

“O propósito da Política Nacional de Medicamentos - PNM -, aprovada pela Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais; a diretriz estabelecida na PNM relativa à Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais, se baseia nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos.”

Os medicamentos essenciais surgiram como meio de possibilitar o acesso aos medicamentos a um maior número de pessoas. Essa iniciativa alcançou adesão maior que a esperada, com fármacos de eficácia garantida e comprovada e com baixo índice risco/benefício (BRASIL, 2002; CASTRO, 2002). Daí a importância de verificar o grau de conformidade do local com a política nacional de medicamentos, onde é possível avaliar se a Lista de Medicamentos Essenciais vai ao encontro da necessidade da população (WHO, 1993; ACURCIO *et al.*, 2004).

Todos estes indicadores podem ser utilizados para detectar problemas em serviços de saúde. Eles são entendidos como medidas de primeira-linha, com intenção de estimular outros questionamentos e guiar para uma ação subsequente.

Dentro deste contexto, o ponto de vista do paciente deve ser avaliado para se chegar à qualidade, pois, para ele, qualidade pode ser diferente do que é para o profissional da área da saúde, visto que o primeiro não apresenta a abordagem técnica do segundo, além de possuírem diferentes valores pessoais, sociais e culturais (CASTRO, 2002). Por este motivo é que também se acha necessário verificar se os parâmetros de qualidade da prescrição adotados pela OMS coincidem

com a opinião do paciente, pois é esta opinião que traz as necessidades, experiências, desejos e percepções de quem utiliza os medicamentos.

3.3.4.2 Estudos sobre Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos

Alguns estudos encontrados nesta área estão descritos resumidamente a seguir.

Na Irlanda, um estudo com prescrições de pacientes idosos revelou que eles tendem a receber maior número de medicamentos em função da grande morbidade, mas a escolha dos medicamentos apresenta grande potencial de toxicidade e baixa prescrição de terapias preventivas, indicando prescrições problemáticas (ODUBANJO *et al.*, 2004).

Um estudo descrevendo a prática da prescrição em 21 postos de atenção primária na Jordânia foi feito usando os indicadores de qualidade da OMS. Encontrou-se que o número médio de medicamentos prescritos foi de 2,3, sendo que 60,9% das prescrições continham antibiótico e 93% dos medicamentos prescritos estavam na Lista de Medicamentos Essenciais, já a porcentagem de injetáveis e genéricos foram baixas. Esses autores concluíram que a prescrição e o uso de medicamentos requer racionalização, especialmente no caso dos antibióticos e genéricos (OTOOM *et al.*, 2002).

GOMEZ-CASTRO e colaboradores (2003) realizaram um estudo em Astúrias (Espanha) para avaliar a qualidade da prescrição em uma área de atenção primária a partir de indicadores elaborados por uma equipe de médicos e avaliaram sua relação com os indicadores de prescrição usados de forma habitual, entre eles a quantificação do emprego de medicamentos de baixa utilidade terapêutica e porcentagem de fármacos prescritos que se encontram no Guia Farmacoterapêutico da área, sendo que os custos também foram analisados. Como conclusão eles chegaram a uma pobre qualidade de prescrição de forma generalizada. O indicador de fármacos com utilidade terapêutica baixa, freqüentemente usado para medir qualidade, não demonstrou ter uma relação com a mesma. A adesão ao Guia Farmacoterapêutico da área teve validade como indicador de qualidade de

prescrição e existiu uma correlação entre a maior qualidade e o menor custo da prescrição.

Em 15 centros de saúde do SUS do Distrito Federal realizou-se uma pesquisa com pacientes acima de 16 anos no ano de 2001. Em cada centro foram entrevistados 30 pacientes com relação aos indicadores de assistência farmacêutica propostos pela OMS, eles obtiveram que a média de número de medicamentos por prescrição foi de 2,3. O resultado foi positivo em relação aos medicamentos essenciais (85,3% das prescrições) e uso de denominação genérica (73,2% eram prescritos pelo nome genérico). O número de antibióticos (26,4%) e injetáveis (7,5%) prescritos foi considerado dentro da faixa de normalidade - de 20-30% para o primeiro e até 10% para o segundo (NAVES e SILVER, 2005).

ACURCIO e colaboradores (2004) realizaram um estudo avaliando as prescrições médicas aviadas em farmácias de unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Foram analisadas 4.607 prescrições internas e externas, no período de março a abril de 1999, segundo os indicadores da OMS. Os principais resultados encontrados foram: o número médio de 2,4 medicamentos/prescrição para os dois grupos de prescrição, prescrição de quatro ou mais medicamentos em 18% das prescrições internas e 17,6% das externas, utilização do nome genérico para todos os medicamentos em 51,9% nas prescrições internas e 28,4% nas externas e prescrição com todos os medicamentos padronizados pela SMS-BH em 88,7% das internas e 76,4% das externas. A análise dos dados demonstrou necessidade de adoção de outras medidas para melhoria da qualidade de prescrições, na perspectiva de promover o uso racional de medicamentos.

Em uma pesquisa feita em Ribeirão Preto (SP), cujo um dos objetivos era descrever a prática terapêutica de médicos utilizando os indicadores de uso de medicamentos da OMS, foram incluídas 6.692 prescrições de clínicos e pediatras do mês de maio de 1998. Foi obtido 2,2 como número médio de medicamentos por prescrição, compatível com o observado na literatura. Das prescrições, 30,6% foram feitas pela denominação genérica, considerado um valor baixo. A prescrição de antibióticos ocorreu em 21,3% das receitas, com maior percentual entre os pediatras (28,9%). Em 8,3% das receitas houve prescrição de injetável. Em 83,4% das

prescrições, os medicamentos constavam da Lista de Medicamentos Padronizados, o que indicou a sua aceitação entre os profissionais (SANTOS e NITRINI, 2004).

Na região urbana de Maringá (PR) foi feito um estudo entrevistando 30 pacientes idosos, sendo 3,6 o consumo médio de medicamentos. Verificou-se a necessidade de ocorrer maior acompanhamento farmacoterapêutico e de métodos mais eficientes para o seguimento da terapia instituída (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001).

3.3.5 Qualidade da Prescrição sob a Visão do Paciente relacionada à Satisfação com a Prescrição de Medicamentos

Basicamente a relação entre qualidade e satisfação com a prescrição de medicamentos é que o ponto de vista do paciente no que se refere à qualidade se reflete na sua satisfação (VAN CAMPEN *et al.*, 1998). KERSSENS e colaboradores (2004) afirmam que o julgamento do paciente com a qualidade de cuidados com a saúde individual é calculado multiplicando a performance com a importância dada aos diferentes aspectos de serviços de saúde e o reflexo deste resultado é a visão do paciente com o serviço de saúde, enfim, é a sua satisfação.

Avaliar a satisfação pode contribuir para o entendimento da decisão e do comportamento do paciente frente a uma prescrição médica, fator determinante no resultado de um tratamento efetivo (ATKINSON *et al.*, 2004).

A expectativa sobre o resultado e sobre a qualidade ao receber uma prescrição médica pode ser formada e fortemente influenciada pela experiência da pessoa com o medicamento. No caso de o paciente nunca haver utilizado o medicamento prescrito, o que mais irá influenciar será a comunicação com o médico e o que dizem as outras pessoas, além das suas experiências com a enfermidade e os medicamentos associados a ela (DONOVAN e BLAKE, 1992; USHER, 2001; SHIKIAR e RENTZ, 2004). Outras influências que podem ocorrer é o acesso ao medicamento por meio da farmácia básica municipal e o custo do medicamento (LAWS *et al.*, 2000).

Quando há a prescrição de um medicamento para satisfazer a vontade do paciente, mesmo que desnecessário, é para manutenção de uma boa relação do

médico com seu paciente, uma vez que, o não recebimento, por parte dos pacientes, de uma prescrição conforme sua expectativa está associado a uma insatisfação (HOVEN *et. al.*, 2005). Outras vezes, porém, a satisfação do paciente está relacionada ao não recebimento de uma prescrição (BRITTEN *et al.*, 2003).

3.4 MÉTODOS

3.4.1 Delineamento do Estudo

Esta pesquisa seguiu um modelo de estudo transversal.

3.4.2 Os Entrevistados

3.4.2.1 Descrição da População e dos Locais do Estudo

A pesquisa proposta tem como alvo pessoas cadastrados nos Programas de Saúde da Família (PSF) do município de Santa Cruz do Sul (RS).

Para serem incluídas no estudo as pessoas deveriam ser cadastradas em qualquer uma das unidades do Programa de Saúde da Família, ter acima de 18 anos de idade, aceitar fazer parte do estudo, ser capaz de comunicar-se adequadamente, ter utilizado um dos serviços médicos do PSF entre o período da coleta de dados e ter recebido uma prescrição médica a cumprir.

Foram excluídas do estudo as pessoas menores de 18 anos de idade ou que não aceitaram fazer parte deste, além das incapazes de se comunicar.

Os horários de realização da entrevista foram os de funcionamento das Unidades do Programa de Saúde da Família e de acordo com a possibilidade dos entrevistadores.

As Unidades do Programa de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul (RS) encontram-se em diferentes bairros da cidade e atendiam 24,1% da população total de Santa Cruz do Sul até setembro de 2006. Na tabela 3.1 encontram-se os dados relativos à população atendida pelo Programa de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul (RS).

Tabela 3.1 População atendida pelo Programa de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul (RS), 2006.

Unidades de PSF	Nº famílias	População
Gaspar Bartolomay	775	3.140
Pedreira	1.073	3.639
Cristal-Harmonia	919	3.320
Glória-Imigrante	862	3.304
Menino Deus	689	2.734
Bom Jesus	962	3.311
Faxinal	971	3.133
Margarida Aurora	962	3.324
Senai	936	2.958
Total	8.149	28.863

Dados de setembro/2006 ⁽¹⁾.

3.4.2.2 Estimativa do Tamanho da Amostra

Para o cálculo da amostra, partiu-se dos dados de SANTOS e NITRINI (2004), onde 30,6% das prescrições continham medicamentos com a denominação genérica. Considerou-se um erro relativo previsto de 5% (com desvio percentual entre 25 e 35%) e uma população de 21.489 pessoas cadastradas no Programa de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul até maio de 2005. A partir destes dados, utilizou-se o Programa EpiInfo 3.3.2 para cálculo amostral, obtendo-se uma amostra constituída de 318 pessoas para um intervalo de confiança de 95%.

Por meio de método de amostragem não-probabilístico, foram entrevistados todos os usuários que atendiam aos critérios de inclusão e que se encontravam disponíveis para a entrevista após o término da consulta.

3.4.3 Aspectos Éticos e Consentimento

O projeto para a execução deste estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul e pelo Comitê de Ética da UFRGS, conforme Anexos 9.1 e 9.2.

De acordo com a Resolução número 196, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1996 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e das Diretrizes

¹ Comunicação pessoal com a Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul (RS)

Éticas Internacionais para Pesquisa envolvendo seres humanos, elaboradas pelo *Council for International Organizations of Medical Sciences*, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde, as exigências éticas e científicas fundamentais aplicáveis ao presente trabalho são atendidas através do Termo de Consentimento Informado, assinado pelo entrevistado (CONSELHO *apud* GOLDIM, 1997 ⁽²⁾; COUNCIL *apud* GOLDIM, 1997 ⁽³⁾).

A leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo 9.3) antes da entrevista foi obrigatória para os usuários que aceitaram participar; ela foi elaborada em linguagem simples com as informações necessárias sobre o estudo realizado, garantindo o anonimato preservado e meio de contato para esclarecer qualquer dúvida posterior. Quando o usuário era analfabeto, o Termo de Consentimento Informado continha a impressão digital com o nome do entrevistado.

3.4.4 Os Entrevistadores

A equipe de entrevistadores foi constituída de oito estudantes do curso de graduação em Farmácia da UNISC (Universidade de Santa Cruz do Sul).

Houve treinamento da equipe de pesquisadores de campo, começando com a apresentação do projeto pela mestranda, revisão do projeto e de como realizar a coleta de dados da maneira mais padronizada possível.

Esta equipe usou um crachá na coleta dos dados e se dirigia à Unidade de Programa de Saúde da Família com os Termos de Consentimento Informado, questionários, caneta azul e prancheta.

² CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos *apud* GOLDIM, J.R. Pesquisa em Saúde: Leis, Normas e Diretrizes. 3 ed. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, p. 11-28, 1997.

³ COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES. Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa envolvendo Seres Humanos *apud* GOLDIM J.R. Pesquisa em Saúde: Leis, Normas e Diretrizes. 3 ed. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, p. 34-66, 1997.

Durante a coleta de dados – de março a abril de 2006 -, ocorreram reuniões semanais com a equipe de entrevistadores para esclarecimentos de dúvidas e correções do instrumento.

3.4.5 Instrumento de Coleta de Dados

O questionário foi o método escolhido para coletar alguns dados, ele foi aplicado por entrevista pessoal e encontra-se no Anexo 9.4.

Para avaliar a prescrição, utilizaram-se os indicadores preconizados pela OMS (WHO, 1993) – que também foram usados para avaliar a percepção dos usuários quanto aos indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos - e os indicadores criados neste estudo.

3.4.5.1 Apresentações e Identificações

Os usuários eram abordados após a saída da consulta, onde o entrevistador apresentava-se e lhe explicava sobre o estudo e uma possível entrevista a ser feita, com o tempo médio de duração da mesma.

Meu nome é _____ e estamos realizando uma pesquisa sobre a prescrição de medicamentos. Gostaria de saber se é possível realizar uma entrevista com o(a) Sr(a) sobre a sua prescrição médica. Esta entrevista possui duração média de 25 minutos.
--

Nos casos de recusa em participar, agradecia-se e informava-se ao paciente que a não participação não influenciaria os próximos atendimentos no posto. Quando o paciente consentia a sua participação, era fornecido o Termo de Consentimento Informado para o paciente ler e assinar.

A entrevista iniciava com os dados de identificação, data e hora da entrevista.

Durante a entrevista, foi avaliada a qualidade da prescrição de medicamentos, a percepção dos usuários quanto aos indicadores de qualidade da prescrição, a sua satisfação e alguns dados sócio-demográficos.

3.4.5.2 Percepção quanto à Prescrição e aos Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos

Para avaliar a satisfação com a prescrição recebida, foram realizadas as seguintes questões.

Você já utilizou este(s) medicamento(s) antes?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
Você ficou satisfeito(a) com a prescrição recebida?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>

Quanto aos indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos preconizados pela OMS, as perguntas da percepção do paciente foram as que se seguem.

Qual o número de medicamentos que você acha ideal um médico prescrever?	_ _
Você gosta quando o médico receita medicamento genérico?	1 – <i>Não gosto</i> 2 – <i>Tanto faz genérico ou não</i> 3 – <i>Gosto</i>
Você gosta quando o médico receita antibiótico para o seu problema de saúde?	1 – <i>Não gosto</i> 2 – <i>Tanto faz se for antibiótico ou não</i> 3 – <i>Gosto</i>
Você acha interessante o médico receitar um medicamento na forma injetável para seu problema de saúde?	1 – <i>Não</i> 2 – <i>Tanto faz se for injetável ou não</i> 3 – <i>Sim</i>
Você gosta quando o medicamento que o médico lhe prescreveu está disponível na Farmácia Básica Municipal?	1 – <i>Não</i> 2 – <i>Não faz diferença</i> 3 – <i>Sim</i>

Após a coleta de dados, as respostas “tanto faz” e “não faz diferença” foram consideradas como negativas, sendo agrupadas no grupo de respostas “não”.

3.4.5.3 Aspectos Sócio-econômicos

Esta etapa foi utilizada para traçar o perfil da população estudada, onde a escolaridade representa o fator cultural e a renda mensal (aproximada) representa o fator econômico. As questões referentes a esta parte encontram-se no questionário completo (Anexo 9.4).

3.4.5.4 Avaliação da Qualidade da Prescrição de Medicamentos

Para realizar esta etapa foi solicitada a permissão para verificar a prescrição de medicamentos recebida pelo paciente para fazer algumas anotações. Os entrevistadores copiavam a prescrição com todas as informações. Posteriormente, a mestranda verificava os indicadores de qualidade da prescrição.

Você por gentileza poderia me emprestar a sua prescrição de medicamentos para eu realizar algumas anotações. (Anotar todos os dados contidos na prescrição).	
Apresentou a prescrição	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
Classificação ATC do medicamento 1	
Classificação ATC do medicamento 2	
Classificação ATC do medicamento 3	
Classificação ATC do medicamento 4	
Classificação ATC do medicamento 5	
Classificação ATC do medicamento 6	
Classificação ATC do medicamento 7	
Classificação ATC do medicamento 8	
Número de medicamentos prescritos:	
Número de medicamentos prescritos pela denominação genérica:	
Existe pelo menos um antibiótico prescrito:	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
Existe pelo menos um medicamento prescrito na forma de injetável:	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
Número de medicamentos prescritos que constam na Lista de Medicamentos Essenciais do município:	_ _
Número de medicamentos de controle especial	_ _
Número de medicamentos para tratar a mesma doença	_ _
Há medicamentos da mesma classe farmacológica	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
A prescrição contém as informações mínimas necessárias para a realização do tratamento (nome, dose, posologia e duração do tratamento)?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>

Nível do conhecimento do usuário <i>versus</i> prescrição:	<p>1 – O usuário se limita ao conhecimento dos itens que constam na prescrição</p> <p>2 – O usuário sabe mais do que consta na prescrição</p>
--	---

Na falta do nome do medicamento pela Denominação Comum Brasileira (DCB), considerou-se a DCI (Denominação Comum Internacional), conforme a legislação (BRASIL, 1996).

Seguindo o critério recomendado pela OMS (WHO, 1993), o medicamento foi classificado como antibiótico independente da outra substância associada, além disso, as sulfas foram consideradas como antibiótico e o metronidazol não.

Como Lista de Medicamentos Essenciais foi adotada a do Departamento Municipal de Saúde.

3.4.5.5 Finalizando a Entrevista

Antes de finalizar a entrevista buscava-se saber se havia alguma coisa a mais a ser dita com relação à prescrição médica antes de encerrar.

Para finalizar agradecia-se a atenção e o tempo gasto com a entrevista e se despedia estimando melhoras.

3.4.6 As Informações Obtidas

Os questionários foram preenchidos manualmente pelos entrevistadores, depois foram reunidos, codificados e analisados com o auxílio do Programa EpiInfo versão 3.3.2.

3.4.6.1 Classificação dos Medicamentos

Os medicamentos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical – ATC*, onde eles são divididos em grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas. Neste estudo foi considerado até o terceiro nível da classificação ATC (WHO, 2006).

3.5 RESULTADOS

3.5.1 Caracterização da População

Ao todo, 47 usuários não aceitaram participar do estudo. Dos 336 que responderam ao questionário, 320 mostraram a prescrição médica.

Foram entrevistadas 40 pessoas (11,9%) no PSF Gaspar Bartolomay, 56 pessoas (16,7%) no PSF Pedreira, 39 pessoas (11,6%) no PSF Cristal-Harmonia, 22 pessoas (6,5%) no PSF Glória-Imigrante, 36 pessoas (10,7%) no PSF Menino Deus, 23 pessoas (6,8%) no PSF Bom Jesus, 67 pessoas (19,9%) no PSF Faxinal e 53 pessoas (15,8%) no PSF Margarida Aurora. Destes usuários, 237 (70,5%) eram mulheres, 254 (75,6%) viviam em companhia do cônjuge ou companheiro(a), 200 (59,5%) eram brancos, com idades entre 18 a 84 anos, conforme os dados da tabela 3.2.

Tabela 3.2 Distribuição por faixa etária em quartis dos 336 indivíduos participantes.

Quartis	Idade (anos)
1 ^o	Até 31
2 ^o	De 32 a 44
3 ^o	De 45 a 57
4 ^o	Acima de 57
Total	336 usuários

Em relação à renda mensal, a mínima relatada foi de R\$ 25,00 e a máxima foi de R\$ 1.300,00. A moda da renda mensal foi de R\$ 300,00 – 83 indivíduos (32,3%), que era o valor do salário mínimo na época das entrevistas.

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que 228 pessoas (67,9%) não possuíam o 1^o grau completo e, somente 34 pessoas (10,2%) possuíam o 2^o grau completo.

3.5.2 Prescrição de Medicamentos

Os medicamentos mais prescritos aos usuários entrevistados estão descritos na tabela 3.3.

Tabela 3.3 Frequência de classes e subgrupos de medicamentos prescritos à amostra de usuários do PSF de Santa Cruz do Sul (RS).

Classes e Subgrupos	N	%
Medicamentos Cardiovasculares	165	28,2
Fármacos ativos sobre o sistema renina-angiotensina	70	12,0
Diuréticos	52	8,9
β – bloqueadores adrenérgicos	19	3,2
Hipolipemiantes	14	2,4
Terapia cardíaca (glucosídeos cardiotônicos, antiarrítmicos, estimulantes cardíacos, vasodilatadores)	4	0,7
Bloqueadores dos canais de cálcio	4	0,7
Anti-hipertensivos	2	0,3
Medicamentos para o Sistema Nervoso Central	136	23,3
Analgésicos	86	14,8
Psicoanalépticos	36	6,1
Antiepiléticos	8	1,4
Psicolépticos	5	0,9
Outros	1	0,1
Medicamentos para o Trato Alimentar e Metabolismo	86	14,7
Antidiabéticos	29	5,0
Medicamentos para desordens ácidas	24	4,2
Medicamentos para desordens no funcionamento gastrointestinal	15	2,6
Preparações estomatológicas	11	1,9
Suplementos minerais	4	0,7
Antidiarreicos, antiinflamatórios intestinais/antiinfecciosos	1	0,1
Vitaminas	1	0,1
Estimulantes do apetite	1	0,1
Medicamentos para o Sistema Músculo-esquelético	77	13,2
Antiinflamatórios e antireumáticos	77	13,2
Outros	120	20,6
Total	584	100

Dos entrevistados, 197 (58,6%) já havia utilizado o(s) medicamento(s) prescrito(s) antes e, para estes foi questionada a satisfação com a prescrição e 185 (93,9%) dos usuários respondeu que estava satisfeito.

3.5.3 Avaliação da Qualidade da Prescrição de Medicamentos

A tabela 3.4 mostra os resultados da qualidade da prescrição segundo os indicadores da OMS.

Tabela 3.4 Indicadores de qualidade da prescrição da OMS.

Indicadores da OMS	Conteúdo das Prescrições	Opinião dos usuários
Número de medicamentos por prescrição	1,8	1,7
Proporção de medicamentos prescritos pela denominação genérica	84%	80%
Proporção de prescrições contendo antibióticos	8%	56%
Proporção de prescrições contendo injetáveis	3%	63%
Proporção de medicamentos prescritos que constam na Lista de Medicamentos Essenciais	81%	93%

Percebe-se a importância da manutenção dos indicadores de número de medicamentos prescrito pela denominação genérica, porcentagem de prescrições contendo pelo menos um antibiótico e número de medicamentos prescritos que constam na Lista de Medicamentos Essenciais. A Lista de Medicamentos Essenciais é fundamental para definir políticas públicas de medicamentos, para auxiliar na identificação de prioridades para a assistência farmacêutica e para melhorar o direcionamento dos gastos públicos com medicamentos, podendo ser usada, ainda, como base para o treinamento de profissionais da saúde, permitindo um melhor conhecimento sobre os medicamentos e promover seu uso adequado (WHO, 2004a). Desta forma, os indicadores criados, com base nas prescrições da amostra estudada, são os seguintes:

- proporção de prescrições contendo mais de um medicamento prescrito para tratar a mesma doença - em substituição ao número de medicamentos prescritos. O novo indicador diz respeito à forma de tratar as doenças. Ele foi calculado baseado nas indicações clínicas da amostra estudada a partir do motivo da consulta. Verificou-se que em 36,6% (117) das prescrições havia mais de um medicamento para tratar a mesma doença - 16% (51) diziam respeito a medicamentos para tratar doenças crônicas – como diabetes e hipertensão -, e 20,6% (66) das prescrições diziam respeito a doenças agudas – analgésicos, antiinflamatórios, antieméticos, antifúngicos, antibióticos e antialérgicos.

- Proporção de prescrições contendo medicamentos da mesma classe farmacológica, cujo resultado foi de 9,0% (29). Destes, 5 eram de sulfonilurías, 4 eram de antiinflamatórios derivados do ácido arilacético, 2 eram de diuréticos osmóticos, 2 eram de antidepressivos, 2 eram de analgésicos derivados de ácidos

arilpropiônicos, 2 eram folatos antianêmicos, 2 eram inibidores da ECA, 2 eram salicilatos analgésicos e antipiréticos, 1 caso era de multivitaminas, 1 era de metilxantinas, 1 era antifúngico imidazólico, 1 caso era de penicilina, 1 era anti-histamínico, 1 era antilipêmico inibidor da HMG-CoA redutase, 1 era agonista beta-adrenérgico e 1 caso era de corticosteróide.

- Número de medicamentos de controle especial prescritos. Na amostra avaliada, 14,3% (46) das prescrições continha algum medicamento de controle especial prescrito e 9,2% (54) dos medicamentos prescritos eram de controle especial.

- A prescrição deve conter as informações mínimas necessárias para o uso do medicamento, que são: nome, dose, posologia e tempo de uso dos medicamentos prescritos – esta última informação só não é fundamental para os pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. 62,4% (201) das prescrições continha as informações consideradas mínimas necessárias para o uso do medicamento.

A figura 3.1 mostra os indicadores propostos para diferentes faixas de idade dos usuários.

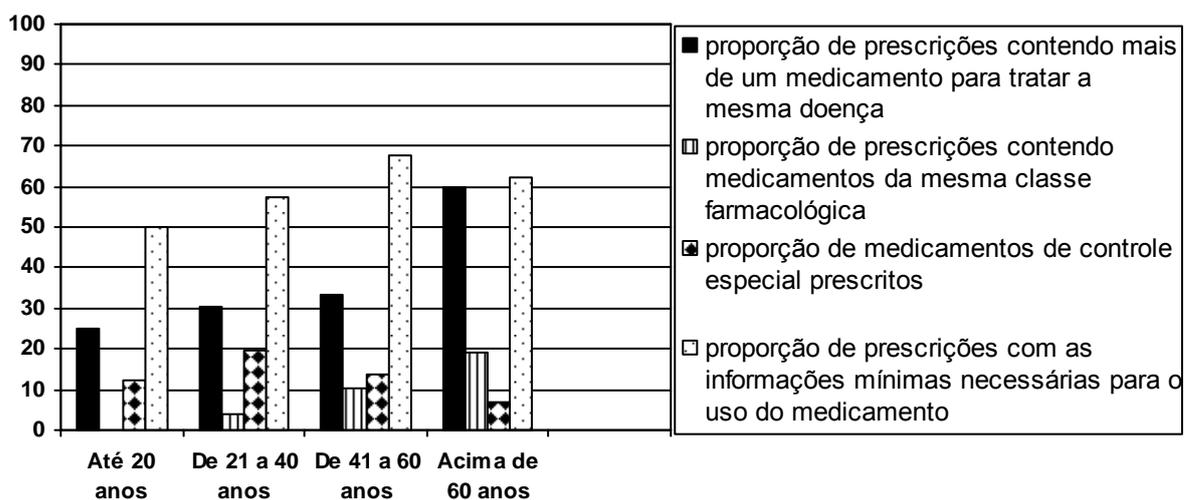


Figura 3.1 Indicadores de qualidade da prescrição propostos para diferentes faixas de idade dos usuários.

Quanto ao gênero, a proporção das prescrições das mulheres com medicamentos de controle especial (16,3%) foi maior do que a dos homens (9,5%), com um valor de $p = 0,02$.

As prescrições de medicamentos de controle especial não obtiveram diferenças significativas entre os diferentes PSFs ($p = 0,24$), nem no nível de escolaridade ($p = 0,48$), renda mensal ($p = 0,58$), cor ($p = 0,11$) e situação conjugal ($p = 0,34$).

Considerando que, cada situação ideal de cada indicador da OMS representa 1 ponto, fez-se uma pontuação de 0 a 5. Da mesma forma foi feito para os indicadores propostos com uma pontuação de 0 a 7. Desta forma, classificou-se como prescrições de baixa qualidade as prescrições com pontuação de zero a 3 pontos para os indicadores da OMS e de zero a 4 pontos para os novos indicadores. As demais prescrições foram consideradas de alta qualidade. Assim foi possível comparar os indicadores e verificar as suas diferenças.

Em 24% das prescrições foram verificadas diferenças de classificação – alta e baixa qualidade - entre os dois grupos de indicadores. 15% das prescrições foram classificadas como de alta qualidade pela OMS e de baixa qualidade pelos novos indicadores e 9% das prescrições foram classificadas como de baixa qualidade pela OMS e de alta qualidade pelos novos indicadores.

3.6 DISCUSSÃO

Pelas características sócio-demográficas da amostra estudada, percebe-se que ela é composta, em sua maioria de mulheres, com baixa escolaridade e baixo poder sócio-econômico.

3.6.1 Prescrição de Medicamentos

A alta satisfação com a prescrição sugere aceitação da prescrição, podendo ser um fator positivo no cumprimento do tratamento. Este resultado concorda com os estudos de BRITTEN e colaboradores (2003) – realizado com prescritores e pacientes no sul da Inglaterra sobre uma prescrição conveniente, onde a maioria dos pacientes disse que recebeu a prescrição que desejava – e de HOOPER e colaboradores (2005) – realizado com médicos e pacientes através de um

questionário, onde percebeu-se que em 81% das prescrições havia concordância entre médico e paciente.

É difícil afirmar se os usuários deste estudo realmente responderam o que pensam com relação à satisfação, pois, segundo STEINE e colaboradores (2001), é difícil para o paciente expressar opiniões negativas, nas quais sua linguagem tende a ser evasiva para não se comprometerem, e os entrevistados nesta pesquisa estavam no próprio local da consulta e grande parte deles estava vulnerável, uma vez que estavam saindo de uma consulta médica em um posto de saúde.

Na pesquisa de BRITTEN e colaboradores (2003), 79% dos prescritores sentiu que entendeu o tratamento que o paciente gostaria de cumprir. Em 3% das consultas, eles sentiram-se pressionados a prescrever e, em 5% dos casos, os prescritores não estavam definitivamente confortáveis com a decisão da prescrição.

Ainda com relação aos medicamentos prescritos, cabe ressaltar que, segundo ROBERTSON e colaboradores (2001), os médicos trabalham com listas limitadas de medicamentos que possuam eficácia e sejam relativamente livres de efeitos indesejados.

3.6.2 Avaliação da Qualidade da Prescrição de Medicamentos

O número médio de medicamentos por prescrição foi considerado bom pela OMS (WHO, 1993). Se comparado com outros estudos realizados, este número está abaixo deles – entre 2 e 2,5 medicamentos por prescrição (OTOOM *et al.*, 2002; ACURCIO *et al.*, 2004; SANTOS e NITRINI, 2004; NAVES e SILVER, 2005).

O uso da denominação genérica foi alto se comparado às demais pesquisas - entre 28,4 e 73,3 (ACURCIO *et al.*, 2004; SANTOS e NITRINI, 2004; NAVES e SILVER, 2005). Apesar do alto número prescrito, cabe ressaltar que a legislação brasileira obriga o uso de denominação genérica em todas as prescrições no âmbito do SUS (BRASIL, 1999).

Se a porcentagem de prescrições contendo, pelo menos, um antibiótico, for comparada com os estudos de OTTOM e colaboradores (2002), SANTOS e NITRINI (2004) e NAVES e SILVER (2005), o valor encontrado neste é baixo, pois nas outras pesquisas a porcentagem de antibióticos ficou entre 21,3% e 60,9%. Esta baixa

indicação de antibióticos pode estar relacionada ao período do ano em que foi realizada a coleta de dados (março-abril), mas também pode-se pressupor uma maior preocupação dos prescritores em não prescrever antibióticos em situações onde não são necessários. O uso excessivo de antibióticos gera resistência e pode modificar a flora do trato gastrointestinal, do sistema respiratório e genitourinário, favorecendo a desenvolvimento de novos microorganismos levando a uma superinfecção. Os idosos e as crianças, pelas suas particularidades de rins e fígado, podem apresentar risco de toxicidade maior que os adultos (SCHENKEL, 1996; ROBERTSON *et al.*, 2001).

Os medicamentos na forma de injetáveis podem ser considerados em desuso na amostra estudada, talvez em função da Lista de Medicamentos Essenciais do município restringir esta forma farmacêutica, e ao fato de que as Unidades só disponibilizam injetáveis para procedimentos no posto e não para retiradas. Em estudos similares, a porcentagem de injetáveis prescritos variou entre 7,5% e 8,3% (SANTOS e NITRINI, 2004; NAVES e SILVER, 2005).

A Lista de Medicamentos Essenciais tem uma boa aceitação por parte dos prescritores.

Estes resultados são aceitáveis pela OMS, considerando as prescrições de qualidade, visto que, estudos demonstraram que o número médio de medicamentos por prescrição fica em torno de 1,3 a 2,2; a porcentagem de genéricos prescritos fica entre 82% e 94%; a porcentagem de antibiótico fica entre 29% e 43%; a porcentagem de injetável fica entre 0,2% e 48% (WHO, 1993).

Nas questões relacionadas ao número de medicamentos por prescrição e ao uso de denominação genérica, as opiniões dos entrevistados são similares ao encontrado nas prescrições avaliadas, revelando que os indivíduos, ao contrário do que se pensa, acham ideal um médico prescrever poucos medicamentos, além da aceitação dos genéricos pela população. Mas com relação aos antibióticos, observou-se que as pessoas ainda preferem usar antibióticos, talvez pelo imaginário da população sobre o poder quase mágico desses medicamentos, além disso, em alguns casos, os entrevistados podem não saber o que é um antibiótico ou até confundi-lo com outras classes de medicamentos. O mesmo ocorreu com os

injetáveis, podendo indicar que, apesar de estarem em desuso, eles são aceitos pela população estudada.

Pelo resultado encontrado com relação aos medicamentos que fazem parte da Lista de Medicamentos Essenciais, pode-se referir aos medicamentos que o paciente consegue, efetivamente, adquirir, pois muitas vezes o medicamento encontra-se na Lista de Medicamentos Essenciais do local, mas não está disponível na farmácia básica.

Através da pontuação criada para os indicadores da OMS, observou-se que as prescrições foram consideradas, na sua maioria, de qualidade. Desta forma, eles não conseguem detectar os problemas relacionados à prescrição de medicamentos e não contemplam o paciente. Percebe-se que estes indicadores estão desatualizados em função do novo perfil de morbidade da população.

Por estes motivos, existe a proposta de novos indicadores de qualidade da prescrição, respeitando critérios considerados importantes como a obtenção de indicadores de fácil execução em um tempo ótimo.

Praticamente um terço das prescrições contém mais de um medicamento para tratar a mesma doença, o que pode dificultar a adesão, já que, segundo ROBERTSON e colaboradores (2001) e ROTH (2004), se o número de medicamentos utilizados é relativamente pequeno, os indivíduos são mais propensos a fazer melhor uso deles e realizam mudanças na prescrição com menor frequência que os demais.

As prescrições contendo medicamentos da mesma classe farmacológica podem ser potencialmente prejudiciais, com maior risco de interações e medicamentos desnecessários.

Apesar do fato de que as intervenções devem priorizar aumento da qualidade na prescrição de medicamentos (AMADO GUIRADO *et al.*, 2000; ROTH, 2004), não se deve descartar o custo das ações em saúde e estes novos indicadores mostram que nestas prescrições há um maior custo do medicamento para a sociedade, devendo ser repensadas. AMADO GUIRADO e colaboradores (2000) e GOMEZ-CASTRO e colaboradores (2003) avaliaram a relação entre qualidade e custo das

prescrições na atenção primária e concluíram que as prescrições de maior qualidade tiveram menor custo por habitante. Além do desperdício de recursos, o uso excessivo de medicamentos pode causar efeitos adversos e não adesão ao tratamento (ROTH, 2004).

Na atenção primária da França, uma pesquisa envolvendo prescrições foi realizada para identificar fatores de risco para uma prescrição de pouca qualidade, revelou que medicamentos inefetivos foram prescritos em 32% a 88% dos casos, variando de acordo com a doença, e 6% a 40% resultaram em interações, superdosagem e outros problemas, levando a pensar no desperdício de dinheiro e riscos de iatrogenia (COSTE e VENOT, 1999). A pesquisa de BRITTEN e colaboradores (2003) - com prescritores e pacientes para medir prescrições desnecessárias e farmacologicamente inapropriadas - encontrou que 23% das prescrições consideradas desnecessárias eram desejadas pelos pacientes.

O número de medicamentos de controle especial prescritos foi proposto devido ao uso indiscriminado e cada vez mais constante de pessoas que os utilizam. Pelos resultados, verifica-se uma maior prevalência na amostra estudada de doenças relacionadas ao sistema nervoso.

O indicador referente às informações mínimas necessárias da prescrição para o uso do medicamento foi criado depois de verificar, ao analisar o nível de conhecimento do medicamento prescrito, que 43,5% (140 pessoas) limitava seus conhecimentos ao que estava escrito na prescrição, não lembrando das recomendações feitas na consulta médica. Considerando este fato, esperava-se que todas as prescrições viessem acompanhadas destas informações, o que não ocorreu. Na pesquisa de ACURCIO e colaboradores (2004) - em farmácias de unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte no ano de 1999, onde foram analisadas 4.607 prescrições internas e externas - a ausência de recomendações de uso foram vistas em 84,3% das prescrições internas e 85,5% nas externas, a presença de dados posológicos variou de 51,2% a 97,6% nas prescrições internas e de 57,9% a 96,5% nas externas, demonstrando necessidade de educação continuada dos prescritores.

Pela figura 3.1 observamos que há uma relação linear de crescimento quanto à idade e o número de medicamentos para tratar a mesma doença, podendo ser explicada pela maior morbidade nos idosos.

Em usuários acima de 40 anos é que encontrou-se o maior número de medicamentos da mesma classe farmacológica, que pode ser justificado pela maior prevalência de doenças crônicas nesta faixa etária, o que, muitas vezes, exige a terapêutica múltipla de medicamentos. Para uma maior segurança dos usuários, as demais prescrições com mais de um medicamento da mesma classe farmacológica poderiam ser repensadas quanto a real necessidade de sua prescrição.

Com relação aos medicamentos de controle especial prescritos, a faixa etária onde são mais prescritos é entre 21 e 40 anos, mostrando o perfil da população jovem atual, que é de pessoas com alto índice de estresse, e o estresse cada vez mais precoce na vida das pessoas aumenta o risco de ansiedade (GORMAN, 2006). Segundo HENDERSON e colaboradores (1998), a ansiedade e a depressão declinam com a idade, além disso, os transtornos psiquiátricos e, por consequência, a utilização de medicamentos controlados é maior em adultos jovens.

O fato do uso de medicamentos de controle especial ser maior entre mulheres pode acontecer em virtude delas possuírem um risco significativamente mais alto do que os homens de desenvolver transtorno de ansiedade, depressão e desordens afetivas sazonais (AZPIAZU GARRIDO *et al.*, 2003; GORMAN, 2006), mas têm-se poucos estudos nesta área, sugerindo os resultados preliminares que fatores genéticos (hormônios sexuais e seus ciclos) e ambientais possam estar envolvidos no desenvolvimento da ansiedade (KINKYS e WYGANT, 2005).

Pelo sistema de pontuação, observa-se que um terço das prescrições pode ser considerada de baixa qualidade, valor que pode ser diminuído por meio de uma adequação de medicamentos realmente necessários, cautela no uso de medicamentos de controle especial e prescrições contendo informações básicas para a realização correta do tratamento.

Pela comparação dos dois indicadores, verificou-se que os dois indicadores classificaram 3 em cada 4 prescrições no mesmo grupo – alta e baixa qualidade -, este resultado deve-se a manutenção de três indicadores da OMS nos novos

indicadores. As prescrições que foram consideradas de boa qualidade pela OMS, mas não pelos novos indicadores se referem especialmente às prescrições contendo medicamentos da mesma classe farmacológica e mais de um medicamento para tratar a mesma doença, além da ausência das informações mínimas para o uso correto do medicamento. Já a situação contrária de diferença de classificação – baixa qualidade pela OMS e alta qualidade pelos novos indicadores - se deve, especialmente, pelo número de medicamentos prescritos.

3.6.3 Limitações do Estudo

Este estudo não teve uma amostra representativa da população de Santa Cruz do Sul, pois foram selecionados somente pacientes que utilizaram o serviço de saúde das Unidades do Programa de Saúde da Família entre o período de março a abril de 2006. Desta forma, a amostra pode não representar toda a população do município, mas é muito provável que ela represente o usuário do PSF – pois participaram pacientes em sua maioria mulheres, com baixo nível de escolaridade e que não trabalham.

A amostra do estudo é apenas uma pequena parte dos usuários de medicamentos e pode alterar-se em outros lugares, em outras circunstâncias, em outras doenças, em outros sistemas de saúde e em outros tempos.

Além disso, os novos indicadores propostos não foram validados, isto é, a qualidade da prescrição definida por eles não foi testada frente a um desfecho como internação, efeitos adversos importantes, custos ou óbitos. Também não construiu-se indicadores para medir todos os aspectos da qualidade na prescrição, que também deve incluir as perspectivas do paciente e informações clínicas individuais de cada paciente, como sugerem BRITTEN e colaboradores (2003), BARBER e colaboradores (2005), RASMUSSEN e colaboradores (2005) e ANDERSEN (2006).

3.7 CONCLUSÕES

Pelos indicadores da OMS, as prescrições foram consideradas de qualidade, onde seus principais problemas passam despercebidos. Desta maneira, estes indicadores podem ser considerados inadequados em função do novo perfil de morbidade da população.

Com o desenvolvimento das novas ferramentas, simples e de fácil quantificação na prática clínica, pôde-se perceber os problemas em uma prescrição, cujo objetivo é torná-la melhor. Assim, os indicadores propostos são simples e possibilitam acompanhar as práticas de prescrição de medicamentos sem que isso demande o exercício de treinamentos complexos e sem que haja a necessidade de aplicação de grandes recursos para a pesquisa de tais indicadores.

Algumas prescrições analisadas devem ser repensadas a fim de eliminar a presença de medicamentos desnecessários, levando em conta o custo-benefício e promovendo a segurança dos usuários.

Mas como os indicadores de qualidade da prescrição não nos fornecem respostas definitivas - apenas indicam problemas potenciais -, a continuidade da investigação dos indicadores propostos deve ser realizada, com o intuito de aperfeiçoá-los e validá-los.

4 AVALIAÇÃO DE VARIÁVEIS RELACIONADAS À ADESÃO

4.1 INTRODUÇÃO

Além de uma prescrição inadequada, da polifarmácia, de efeitos indesejados, de interações medicamentosas e da falta de acesso aos medicamentos, a não adesão ao tratamento leva a ocorrência de problemas na realização da terapia com medicamentos (ROTH, 2004; JOHNSON *et al.*, 2005).

A adesão ao tratamento medicamentoso pode estar relacionada à complexidade da prescrição de forma positiva ou negativa, isto é, o paciente pode, pela complexidade, aderir mais facilmente ou não ao uso dos medicamentos. O aspecto positivo da complexidade é que, pelo alto grau de dificuldade da prescrição, o paciente fica mais atento e há o maior comprometimento no uso dos medicamentos. Por outro lado, a complexidade pode implicar em risco de o paciente não seguir ao que foi planejado, seja por falta de conhecimento e entendimento, por esquecimento ou simplesmente por decisão de não aderir.

Outro aspecto importante relacionado à adesão é o nível de conhecimento do paciente no que diz respeito à prescrição de medicamentos. Se o indivíduo apresentar dúvidas com relação ao que foi prescrito, pode sentir-se desmotivado com o tratamento e alterar a prescrição segundo o seu critério ou até deixar de realizá-la. Por isto, além de um diagnóstico correto, de uma prescrição adequada com a doença apresentada, o paciente deve possuir todas as informações adequadas no que diz respeito à sua terapêutica.

A literatura mostra que as pessoas se dizem conscientes de possuir o maior cuidado ao tomar o medicamento, mas a maioria das pessoas que são admitidas nos hospitais provém de reações adversas aos medicamentos (HEATH, 2003; POUND *et al.*, 2005). Desta maneira, é importante verificar variáveis que dizem respeito ao comportamento do usuário do PSF com relação à prescrição de medicamentos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a adesão dos usuários do PSF ao tratamento proposto, a complexidade da prescrição e o nível de informação do usuário do PSF com relação à prescrição de medicamentos.
- Avaliar a associação entre os níveis de adesão, níveis de complexidade e níveis de informação sobre a prescrição de medicamentos.

4.3 REVISÃO

4.3.1 Adesão

Adesão é o cumprimento de uma recomendação ou de um serviço médico e é parte do comportamento de cada indivíduo, podendo ser intencional ou não (BONNER e CARR, 2002; JOHNSON *et al.*, 2005). Com relação aos medicamentos, a falta de adesão pode ocorrer quando o paciente deixa de utilizar o medicamento ou o faz de maneira incorreta (BALKIRISHNAN, 1998).

A decisão de aderir ao que foi prescrito pode ser afetada por diversos fatores, entre eles: a morbidade apresentada pelo paciente, o número e a efetividade dos medicamentos prescritos, o alívio ou não dos sintomas, os efeitos adversos importantes apresentados – que podem causar desconforto ao paciente -, as interações importantes, o impacto do tratamento na vida diária, a tolerabilidade, a percepção da doença pelo paciente, a informação insuficiente que o paciente possui da doença e do tratamento, além de fatores pessoais e situacionais. Prescrições complexas também podem estar relacionadas ao cumprimento do tratamento pelo paciente, pois diz respeito à conveniência na administração, aos horários de utilização, às restrições associadas ao medicamento e a itens que podem confundir o paciente e interferir na sua rotina (HOMEDES e UGALDE, 1994; BONNER e CARR, 2002; CASTRO, 2002; ATKINSON *et al.*, 2004; ROTH, 2004; SHIKIAR e RENTZ, 2004; JOHNSON *et al.*, 2005). A falta de recursos para a aquisição do tratamento também influencia o paciente (HOMEDES e UGALDE, 1994; SILVA, 1999; BONNER e CARR, 2002; ROTH, 2004; JOHNSON *et al.*, 2005) e esta questão deveria ser levada em consideração na hora de prescrever o medicamento.

A não aceitação da doença pelo paciente também pode fazer com que ele deixe de realizar a terapia (DOWELL e HUDSON *apud* POUND *et al.*, 2005⁽⁴⁾). Além disso, o indivíduo pode não iniciar o tratamento com a preocupação de que o regime possa identificar que ele é portador da enfermidade, como foi demonstrado no estudo realizado por LAWS e colaboradores (2000) com relação aos portadores do vírus HIV.

Uma baixa adesão ao tratamento é a primeira reação para subestimar a prescrição médica recebida, levando a complicações médicas e psicossociais da doença, reduzindo a qualidade de vida do paciente e aumentando o custo para a sociedade (BONNER e CARR, 2002).

JENKINS *et al.* (2003), em sua pesquisa qualitativa para identificar problemas de comunicação entre médicos e pacientes em relação à prescrição, descobriu que os níveis de auto-tratamento e não adesão às prescrições são desconhecidas para o médico.

Para que isto não ocorra, a relação médico-paciente deve ser amigável, sendo a comunicação um componente importante para a adesão. O prescritor deve usar uma linguagem que seja entendida pelo paciente para explicar a doença e o seu tratamento, além de encorajar a troca de experiências e deixar o paciente participar das decisões tomadas. As limitações e obstáculos ao tratamento devem ser identificados, com o intuito de negociar as dificuldades encontradas (O'BRIEN *et al.*, 1992). Segundo LO e colaboradores (2005), os pacientes com doenças crônicas são os que mais necessitam de aconselhamentos e monitoramento.

O estudo realizado por BRITTEN e colaboradores (2003) revelou que 18% dos pacientes não aderiu ao tratamento, algumas pessoas nem começaram a realizá-lo, outras pararam precocemente, esqueceram doses ou alteraram doses. Destes pacientes, 30% foram considerados não aderentes apenas 10 dias após

⁴ DOWELL, J.; HUDSON, H. A Qualitative Study of Medicine-Taking Behaviour in Primary Care. *Family Practice*, 14 (5): 369-375, 1997 *apud* POUND, P.; BRITTEN, N.; MORGAN, M.; YARDLEY, L.; POPE, C.; DAKER-WHITE, G.; CAMPBELL, R. Resisting Medicines; A Synthesis of Qualitative Studies of Medicine Taking. *Social Science & Medicine*, 61: 133-155, 2005.

receberem a prescrição para uma condição crônica. Da amostra estudada, 25% não acreditava no tratamento proposto. Além disso, os autores perceberam que, pacientes que receberam medicamentos desnecessários, eram potenciais não aderentes ao tratamento.

Em uma pesquisa feita na Irlanda sobre as prescrições de pacientes idosos verificou que o tratamento profilático, no geral, diminui as chances da baixa adesão, assim como de eventos adversos aos medicamentos e de interações medicamentosas (ODUBANJO *et al.*, 2004).

Segundo O'BRIEN e colaboradores (1992) e BONNER e CARR (2002), a não adesão acontece muito na prática médica, e as técnicas utilizadas para aumentá-la funcionam se incorporadas à prática clínica e às rotinas, aumentando a qualidade do tratamento medicamentoso (ROTH, 2004).

4.3.2 Complexidade da Prescrição

Apesar dos poucos estudos nesta área, percebe-se que as informações contidas nas prescrições – tais como o número de medicamentos, frequência das doses e instruções de administração – têm influenciado os resultados dos pacientes (GEORGE *et al.*, 2004).

Complexidade é um aspecto intrínseco da polifarmácia. Às vezes os medicamentos requerem procedimentos de administração de forma particular, aumentando a complexidade e a não adesão pelo fato de ser uma tarefa demorada, onerosa, cara e difícil (CONN *et al.*, 1991; JOHNSON *et al.*, 2005).

Além disso, a não adesão ao tratamento e o uso de medicações múltiplas (uma das formas de complexidade) estão associados ao aumento da incidência de interações medicamentosas, erros de medicação, hospitalização e custos para o serviço de saúde (PRESKORN *et al.*, 2005).

O'BRIEN e colaboradores (1992) dizem que uma das formas de encorajar a adesão do paciente é minimizar a complexidade da prescrição, pois ela pode representar uma barreira para o cumprimento do tratamento. A verificação da complexidade da prescrição é importante, especialmente nos casos de doenças

crônicas, que requerem adesão por um longo período de tempo (GRANT *et al.*, 2004).

O paciente não deseja uma prescrição complexa, pois ele dá muita importância a se sentir confortável no tratamento, desejando que terapia influencie da menor forma possível em suas atividades normais (BERLIM e FLECK, 2003).

Os idosos, pelas suas particularidades – maior número de doenças e maior uso de medicamentos por longo período de tempo – têm risco elevado de apresentar problemas na terapia medicamentosa (ROTH, 2004; JOHNSON *et al.*, 2005; LO *et al.*, 2005), especialmente no que diz respeito a prescrições complexas, visto que suas propriedades cognitivas podem estar afetadas e a capacidade de memória deve ser avaliada na hora de prescrever (FITTEEN *et al.*, 1995; SCHENKEL, 1996; JOHNSON *et al.*, 2005).

No estudo de JOHNSON e colaboradores (2005), realizado em 2001 na Austrália com 113 pacientes idosos sobre os riscos de desenvolver problemas com os medicamentos, revelou um alto índice de complexidade, onde somente 11% dos pacientes era capaz de auto-administrar corretamente o medicamento.

Ressalta-se que a complexidade é uma percepção individual, ela varia de pessoa para pessoa, uma vez depende da habilidade particular e das circunstâncias da situação (JOHNSON *et al.*, 2005).

Por isto, o contrário do que foi referido até o presente momento também pode ocorrer, isto é, a baixa complexidade do regime medicamentoso pode estar associada à baixa adesão, como nos mostra o estudo de SHALANSKY e LEVI (2002). Ao analisar a relação entre o número de medicamentos e a adesão de 367 pacientes com doenças cardiovasculares crônicas, os autores observaram que os pacientes com índices mais baixos de adesão tinham que tomar poucos medicamentos em poucos horários por dia.

Principalmente quando os regimes terapêuticos são complexos, há a necessidade de programas educativos para prover informação sobre a doença e o tratamento aos usuários (O'BRIEN *et al.*, 1992).

4.3.3 Nível de Informação sobre a Terapia Medicamentosa

O nível de informação do paciente em relação à sua terapêutica pode indicar a qualidade de um serviço prestado e também o cumprimento adequado do tratamento (HIGASHI *et al.*, 2004; SHIKIAR e RENTZ, 2004).

A prescrição de medicamentos constitui o principal pilar da terapêutica. Seu uso correto é importante, tanto como parte integrante das características próprias de uma assistência clínica de qualidade, como objeto para avaliação e melhora (GOMEZ-CASTRO *et al.*, 2003). O seu não entendimento pode ser por falta de informações, por isto ressalta-se que, durante a consulta, exista uma comunicação saudável e munida de informações sobre a doença e a maneira de tratá-la, sempre levando em consideração a situação social e econômica do paciente (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001). O conhecimento do paciente sobre a prescrição pode dar uma idéia da comunicação entre médico e paciente, das diferenças culturais e de linguagem existentes entre eles (WHO, 1993).

Além do não entendimento da prescrição, pode ocorrer falha na sua interpretação, seja na leitura ou por meio de experiências passadas do paciente com este ou outro medicamento (PATEL *et al.*, 2002). Estes autores realizaram um estudo com pessoas voluntárias interpretando diferentes tipos de bulas farmacêuticas, e relataram que o problema de interpretação parece ser universal e independente de cultura ou nível de educação, sendo resultante de falha na linguagem dos textos. Além disso, eles nos mostram que a compreensão das instruções para utilização de medicamentos às vezes envolve a integração de informações qualitativas e quantitativas, o que é difícil para o paciente, podendo gerar erros de interpretação.

No paciente idoso, o problema do não entendimento da prescrição é mais preocupante, pois as propriedades cognitivas do paciente mais velho estão afetadas, o que resulta em dificuldade na memorização e entendimento da prescrição recebida (FITTEEN *et al.*, 1995; SCHENKEL, 1996). Segundo FLORES (2003), em seu estudo sobre a caracterização dos medicamentos utilizados por 215 pacientes acima de 60 de uma região da cidade de Porto Alegre, para a real efetividade da terapia medicamentosa se faz necessário saber como se usa e quais as conseqüências da

utilização dos medicamentos, fatores estes essenciais para o entendimento e utilização da terapia.

Os pacientes têm de estar informados sobre o nome comercial do medicamento ou nome do medicamento segundo a DCB, indicação, dose, horários de administração, duração do tratamento, modo de administração, o que fazer se esquecer de tomar uma ou mais doses, possíveis interações com alimentos ou outros medicamentos, efeitos adversos significativos, riscos de dependência e armazenamento correto do medicamento. E estas informações devem, se possível, estarem escritas, pois o paciente pode esquecê-las ou não entendê-las adequadamente, dificultando o cumprimento da terapêutica (SILVA, 1999).

Segundo SILVA (1999), a falta de informação é a causa pela qual de 30% a 50% dos pacientes não cumprem corretamente o que lhe foi prescrito. Em seu estudo foi avaliado o nível de informação de 264 pacientes ambulatoriais maiores de 18 anos de um hospital universitário de Porto Alegre (RS) após a saída da consulta médica entre dezembro de 1997 e junho de 1998. Os parâmetros relacionados foram: nome do medicamento, indicação, dose, frequência de administração, duração do tratamento, efeitos adversos e precauções. Sua conclusão foi de que a maioria dos pacientes sabia das informações para a utilização de medicamentos. Porém, o que chama a atenção no estudo de Silva é que somente 20% dos entrevistados sabiam da existência de efeitos adversos, podendo esta informação muitas vezes não ser passada ao paciente, devido a uma valorização secundária que se dá a este item, pois o médico pode ficar receoso de que informações negativas relativas ao medicamento prejudiquem a adesão do paciente ao tratamento ou mesmo que, por auto-sugestão, o paciente venha a apresentar o efeito adverso comentado. A autora considerou expressivo o percentual de pacientes que não sabia quando e quanto deveria usar do medicamento, pois eles são imprescindíveis ao cumprimento do esquema terapêutico estabelecido pelo médico.

No estudo de SANTOS e NITRINI (2004), foram feitas 600 entrevistas e acompanhamento de 30 pacientes em 16 Unidades Básicas de Saúde e em 4 Unidades Básicas e Distritais de Saúde em Ribeirão Preto (SP), avaliando o conhecimento sobre a posologia dos medicamentos prescritos que foram

dispensados pela farmácia básica, e o resultado obtido foi de que 70% dos pacientes conheciam a dose correta do medicamento. Este alto índice, no entanto, não é garantia do uso correto do medicamento, pois o estudo avaliou o conhecimento de forma parcial – somente os medicamentos que haviam sido dispensados pela farmácia momentos antes da entrevista.

Em 15 centros de saúde do SUS do Distrito Federal realizou-se uma pesquisa com pacientes acima de 16 anos no ano de 2001. O que chamou a atenção é o fato de que menos de um em cada cinco pacientes entendiam qual medicamento era prescrito e como utilizá-lo, sendo que este baixo índice de entendimento acarreta sérias conseqüências na eficácia do tratamento (NAVES e SILVER, 2005).

Em 2001, JOHNSON e colaboradores (2005), analisaram 113 pacientes idosos na Austrália sobre os riscos de desenvolver problemas com os medicamentos. Uma parte da pesquisa era sobre o conhecimento do uso correto dos medicamentos, onde 86% sabia os horários, 90% sabia o nome correto e 59% sabia a função do medicamento (JOHNSON *et al.*, 2005).

Com base nestes estudos fica clara a necessidade crescente de melhorar os aspectos educacionais relacionados com o paciente e os medicamentos prescritos.

Segundo a pesquisa de JENKINS *et al.* (2003) - em entrevista aos pacientes antes e depois da consulta médica – 37% dos pacientes deseja, antes da consulta, obter recomendações com relação aos medicamentos e, após a consulta, somente 1,5% destes pacientes não conseguiram obter as informações necessárias.

Em uma pesquisa realizada por MURPHY e colaboradores (2006) na atenção primária no Canadá sobre o nível de informação de enfermeiros e médicos sobre medicamentos, mostrou que os farmacêuticos e o Compêndio de Especialidades Farmacêuticas são as formas mais freqüentes para a obtenção de informações sobre a terapia medicamentosa por parte dos entrevistados. Os farmacêuticos são procurados especialmente nas dúvidas relacionadas à seleção de medicamentos. As informações mais procuradas pelos profissionais entrevistados são a respeito dos efeitos indesejados, dosagem usual do medicamento, medicamento mais indicado para determinado caso e interações dos medicamentos.

BONNER e CARR (2002) observaram em seu estudo que 18% dos pacientes pedia informações sobre os medicamentos aos farmacêuticos – especialmente sobre sintomas, mudanças na terapia medicamentosa e uso correto do medicamento.

4.3.4 Tratamento Médico Modificado pelo Paciente

Muitos pacientes, quando entram em confronto com o médico sobre a prescrição médica, tendem a não seguir a prescrição, a mudar a prescrição sem consentimento ou a trocar de médico (BONNER e CARR, 2002; POUND *et al.*, 2005).

Nos casos de modificação da dose geralmente quem realiza são os usuários ativos, que estão conscientes da modificação do regime posológico após passar por um período de teste (DONOVAN e BLAKE, 1992; SILVA, 1999). SIEGEL e colaboradores *apud* POUND e colaboradores (2005) ⁽⁵⁾ sugeriu que as pessoas formulam hipóteses sobre os medicamentos e acabam alterando a dose ou interrompendo o uso do medicamento quando observam efeitos indesejados, e, segundo DOWELL e HUDSON *apud* POUND e colaboradores (2005) ⁽⁶⁾, estes pacientes que interrompem o tratamento podem noticiar ou não os efeitos benéficos do tratamento. O contrário também ocorrer, uma vez que algumas pessoas, quando obtém uma melhora dos sintomas ou que verificam esta melhora através de exames, alteram as doses do medicamento (DONOVAN e BLAKE, 1992; SILVA, 1999).

A maioria das estratégias que as pessoas utilizam para modificar seu regime posológico reflete um desejo de minimizar efeitos adversos - incluindo redução da

⁵ SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E.W.; DEAN, L. Symptom interpretation and medicine adherence among late middle age and older HIV infected adults. *Journal of Health Psychology*, 4 (2): 247-257, 1999 *apud* POUND, P.; BRITTEN, N.; MORGAN, M.; YARDLEY, L.; POPE, C.; DAKER-WHITE, G.; CAMPBELL, R. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine*, 61: 133-155, 2005.

⁶ DOWELL, J.; HUDSON, H. A Qualitative Study of Medicine-Taking Behaviour in Primary Care. *Family Practice*, 14 (5): 369-375, 1997 *apud* POUND, P.; BRITTEN, N.; MORGAN, M.; YARDLEY, L.; POPE, C.; DAKER-WHITE, G.; CAMPBELL, R. Resisting Medicines; A Synthesis of Qualitative Studies of Medicine Taking. *Social Science & Medicine*, 61: 133-155, 2005.

dose e maior espaçamento entre as doses – ou por falta de conhecimento da prescrição recebida e de seu propósito (DONOVAN e BLAKE, 1992; LAWS *et al.*, 2000; BONNER e CARR, 2002; SIEGEL *et al. apud* POUND *et al.*, 2005 ⁽⁷⁾). Há ainda aqueles que suspendem o uso do medicamento por conta própria quando vão ingerir álcool, visto que esta interação pode acarretar, em muitos casos, conseqüências desagradáveis (POUND *et al.*, 2005).

BLAXTER e BRITTEN *apud* POUND e colaboradores (2005) ⁽⁸⁾ concluíram com seu estudo a respeito de cumprimento do tratamento, que as pessoas não enxergam a prescrição como algo a ser seguido rigidamente, preferindo realizar ajustes que elas mesmas concluem. Uma revisão de literatura para identificar fatores que influenciam na tomada de medicamento encontrou variáveis demográficas, sociais e econômicas, além da credibilidade no medicamento, da preocupação sobre o valor e propriedades do medicamento, das doenças psicossociais, confusão ou dificuldades físicas, do cuidado com a saúde e fatores relacionados à terapia e ao paciente (POUND *et al.*, 2005).

Nos casos de alteração ou interrupção do tratamento, o médico geralmente não é comunicado (BONNER e CARR, 2002; JENKINS *et al.*, 2003).

Alguns autores sugerem que o prescritor precisa aceitar a modificação da posologia feita pelo paciente e deve autorizar a mudança, pois, segundo DONOVAN e BLAKE (1992), desta forma, cria-se uma relação de cooperação entre paciente e médico, o que encoraja as pessoas a utilizarem o medicamento. Mas para que isto aconteça, o médico deve estar seguro de que o paciente possui informação

⁷ SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E.W.; DEAN, L. Symptom interpretation and medicine adherence among late middle age and older HIV infected adults. *Journal of Health Psychology*, 4 (2): 247-257, 1999 *apud* POUND, P.; BRITTEN, N.; MORGAN, M.; YARDLEY, L.; POPE, C.; DAKER-WHITE, G.; CAMPBELL, R. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine*, 61: 133-155, 2005.

⁸ BLAXTER, M.; BRITTEN, N. Lay Beliefs about Drugs and Medicines and The Implications for Community Pharmacy. *Pharmacy Practice Research Centre*, University of Manchester, 1996 *apud* POUND, P.; BRITTEN, N.; MORGAN, M.; YARDLEY, L.; POPE, C.; DAKER-WHITE, G.; CAMPBELL, R. Resisting Medicines; A Synthesis of Qualitative Studies of Medicine Taking. *Social Science & Medicine*, 61: 133-155, 2005.

suficiente para sugerir a mudança e, assim, fornecer suporte para qualquer problema que possa ocorrer. Outra ressalva é que deve haver uma relação de confiança e honestidade de informações de ambas as partes.

4.4 MÉTODOS

4.4.1 Delineamento do Estudo

Esta pesquisa seguiu um modelo de estudo transversal.

4.4.2 População e Locais do Estudo

A pesquisa proposta tem como alvo pessoas cadastrados nos Programas de Saúde da Família (PSF) do município de Santa Cruz do Sul (RS).

Para serem incluídas no estudo as pessoas deveriam ser cadastradas em qualquer uma das unidades do Programa de Saúde da Família do município, ter acima de 18 anos de idade, aceitar fazer parte do estudo, ser capaz de comunicar-se adequadamente, ter utilizado um dos serviços médicos do PSF entre o período da coleta de dados e ter recebido uma prescrição médica a cumprir.

4.4.3 Aspectos Éticos e Consentimento

O projeto para a execução deste estudo foi aprovado pela Secretaria de Saúde do município em questão e pelo Comitê de Ética da UFRGS, conforme os documentos nos Anexos 9.1 e 9.2.

A leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo 9.3) foi obrigatória para os usuários que aceitaram participar; ela foi elaborada em linguagem simples com as informações necessárias sobre o estudo realizado, como os dados serão utilizados, a garantia do anonimato preservado e meio de contato para esclarecer qualquer dúvida posterior. Quando o usuário era analfabeto, o Termo de Consentimento Informado continha a impressão digital com o nome do entrevistado.

4.4.4 Os Entrevistadores

A equipe de entrevistadores foi constituída de oito estudantes do curso de graduação em Farmácia da UNISC (Universidade de Santa Cruz do Sul). Houve treinamento da equipe de pesquisadores de campo, começando com a apresentação do projeto pela mestranda, revisão do projeto e de como realizar a coleta de dados da maneira mais padronizada possível.

Durante a coleta de dados – de março a abril de 2006 -, ocorreram reuniões semanais com a equipe de entrevistadores para esclarecimentos de dúvidas e correções do instrumento.

4.4.5 Instrumento de Coleta de Dados

O questionário foi o método escolhido para coletar alguns dados, ele foi aplicado por entrevista pessoal e encontra-se no Anexo 9.4.

4.4.5.1 Apresentações e Identificações

A escolha dos usuários foi realizada ao acaso e ele era abordado após a saída da consulta. O entrevistador apresentava-se e lhe falava sobre o título do trabalho e sobre uma possível entrevista a ser feita, com o tempo médio de duração da mesma.

Meu nome é _____ e estamos realizando uma pesquisa sobre a prescrição de medicamentos. Gostaria de saber se é possível realizar uma entrevista com o(a) Sr(a) sobre a sua prescrição médica. Esta entrevista possui duração média de 25 minutos.
--

Se o usuário consentia a sua participação, era fornecido o Termo de Consentimento Informado para ele ler e assinar.

A entrevista iniciava com os dados de identificação, data, hora da entrevista e motivo da consulta.

Buscava-se saber se o medicamento já era utilizado pelo usuário, através das questões que seguem.

Nesta consulta foram lhe receitado(s) medicamento(s) novo(s) ou continua(m) o(s) mesmo(s) de anteriormente?	1 – <i>Há medicamento(s) novo(s)</i> 2 – <i>É(são) o(s) mesmo(s) de anteriormente</i> 3 – <i>As duas anteriores</i>
Você já teve algum problema com o medicamento?	1 – <i>Sim, qual(is):</i> 2 – <i>Não</i>

4.4.5.2 Adesão ao Tratamento Medicamentoso

Foram feitas 4 perguntas para avaliar se haveria maior possibilidade de o paciente aderir ou não aderir ao tratamento proposto. A validação original destas questões foi realizada com pacientes hipertensos (MORISKY *et al.*, 1986).

Você alguma vez já esqueceu de tomar o seu medicamento?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
Você é descuidado quanto ao uso de medicamentos?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
Quando você se sente melhor, você geralmente pára de tomar o medicamento?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
Quando você se sente pior tomando o medicamento, você pára de tomar ele?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>

4.4.5.3 Nível de Informação da Terapia Medicamentosa

Nesta etapa, os usuários foram tranquilizados para não se preocuparem em acertar ou não, pois todas as respostas seriam bem-vindas.

No caso de existir mais de um medicamento prescrito, era considerado o primeiro da prescrição médica recebida para responder as seguintes questões.

Qual o nome do medicamento prescrito?	1 – <i>Não sabe</i> 2 - _____ (resposta)
Para que o médico lhe receitou este medicamento?	1 – <i>Não sabe</i> 2 - _____ (resposta)

Qual a dose que você deve tomar do medicamento?	1 – Não sabe 2 - _____ (resposta)
Quais os horários que você deve administrar o medicamento?	1 – Não sabe 2 - _____ (resposta)
Por quanto tempo deve utilizar o medicamento prescrito?	1 – Não sabe 2 - _____ (resposta) 3 – Indefinido
Como você deve utilizar o medicamento prescrito?	1 – Não sabe 2 - _____ (resposta)
O que você deve fazer se esquecer de tomar uma ou mais doses?	1 – Não sabe 2 - _____ (resposta)
Há algum outro medicamento ou alimento ou bebida que você deve evitar enquanto estiver fazendo uso do medicamento?	1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe
Este remédio pode lhe causar reações desagradáveis?	1 – Sim 2 - Não 3 – Não sabe
Você já apresentou alguma(s) desta(s) reação(ões)?	1 – Sim 2 – Não
Você recorda se recebeu alguma recomendação ou cuidado especial em relação ao(s) medicamento(s) prescrito(s)?	1 – Sim 2 – Não 3 – Não recorda

Também foi questionada a necessidade de maiores informações com relação aos medicamentos prescritos:

Você necessita de maiores informações para tomar o seu medicamento?	1 – Sim 2 – Não
Quais destas informações você necessita: Como tomar o medicamento.	1 – Sim 2 – Não
Por quanto tempo precisa tomar o medicamento.	1 – Sim 2 – Não
Se o medicamento pode causar alguma reação desagradável.	1 – Sim 2 – Não
Se há algum outro medicamento que você não pode tomar enquanto estiver tomando este.	1 – Sim 2 – Não

4.4.5.4 Aspectos Sócio-econômicos

Estes dados foram coletados no final da entrevista, pois nesta etapa os pacientes já se encontravam mais confiantes. Esta etapa serve para traçar o perfil da população estudada, onde a escolaridade representa o fator cultural e a renda mensal (aproximada) representa o fator econômico. As questões referentes a esta parte encontram-se no questionário completo (Anexo 9.4).

4.4.5.5 Avaliação da Complexidade da Prescrição de Medicamentos

Para realizar esta etapa foi pedida a permissão para verificar a prescrição de medicamentos recebida pelo paciente para fazer algumas anotações. Os entrevistadores copiavam a prescrição com todas as informações e, posteriormente, a mestrandia verificava o nível de complexidade da prescrição.

Você por gentileza poderia me emprestar a sua prescrição de medicamentos para eu realizar algumas anotações. (Anotar todos os dados contidos na prescrição).

4.4.5.6 Finalizando a Entrevista

Antes de finalizar a entrevista buscava-se saber se ainda havia dúvidas ou incertezas quanto à utilização da terapêutica prescrita, e então o paciente era incentivado a voltar para conversar com o médico que lhe havia atendido.

Para finalizar agradecia-se a atenção e o tempo gasto com a entrevista e se despedia estimando melhoras.

4.4.6 As Informações Obtidas

Os questionários foram preenchidos manualmente pelos entrevistadores, depois foram reunidos e codificados pelo Programa EpiInfo versão 3.3.2

Os motivos da realização da consulta relatados foram codificados através da Classificação Internacional de Doenças 10^a edição (DATASUS, 2006).

Já os medicamentos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical – ATC*, onde eles são divididos em grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas. Nesta etapa do estudo foi considerado o primeiro nível de classificação ATC (WHO, 2006).

4.4.6.1 Avaliação da Adesão

Nestas questões, cada resposta “*sim*” corresponde a um ponto, se o resultado for zero, indica alta adesão, se for igual a 1 ou 2 é adesão intermediária e se for igual a 3 ou 4 significa baixa adesão (MORISKY *et al.*, 1986).

4.4.6.2 Critérios Utilizados para Avaliar o Nível de Informação da Terapia Medicamentosa

Após a entrevista - se o paciente soubesse qualquer resposta das questões feitas a ele sobre o nível de informação da terapia medicamentosa - era realizada uma comparação com a prescrição médica para verificar se coincidiam ou não. A partir daí criou-se novas variáveis com três opções de respostas: 1) não sabe, 2) acha que sabe (pois errou a resposta) e 3) sabe, com as quais a análise foi realizada.

Cada item apresenta diferentes pontos, de acordo com a importância para a utilização segura do medicamento. Ao final, o paciente foi enquadrado em uma das seguintes situações: a) menos de 8 pontos: nível insuficiente (o usuário não tem condições de utilizar o medicamento com segurança); b) de 8 a 10 pontos: nível regular (o usuário tem condições de usar o medicamento de forma segura somente se não houver intercorrências); c) acima de 10 pontos: nível bom (o usuário

apresenta condições de utilizar o medicamento de forma segura sob qualquer circunstância).

Assim, para o nome do medicamento, dose, forma de administração e frequência da administração foram atribuídos 2 pontos se o paciente realmente soubesse responder. Para indicação terapêutica, duração do tratamento, efeitos adversos, interações com alimentos ou outros medicamentos e o que fazer no caso de esquecimento de uma ou mais doses foram atribuídos 1 ponto se o paciente realmente soubesse responder, totalizando um máximo de 13 pontos.

4.4.6.3 Complexidade da Prescrição

Esta parte do trabalho foi realizada com base nas informações contidas nas prescrições de medicamentos.

GEORGE e colaboradores (2004) desenvolveram e validaram a medida de complexidade, que é dividida em 3 segmentos: forma farmacêutica, frequência de dosagem e informações adicionais. Este método foi testado em 134 regimes de medicamentos para pacientes com doença obstrutiva pulmonar de moderada a severa.

A pontuação da forma farmacêutica é calculada da seguinte forma: 1 ponto para cápsulas, comprimidos e sprays tópicos; 2 pontos para líquidos, sprays, pós e granulados para administração oral, garagarejo, colutório, gomas, pastilhas, comprimidos sublinguais, para formas farmacêuticas de uso tópico (creme, géis, unguentos, soluções, tinturas e patches), sprays nasais, enemas, supositórios e cremes vaginais; 3 pontos para curativos e pastas de uso tópico, gotas, cremes e unguentos para o ouvido, colírios, cremes e unguentos para os olhos, gotas, cremes e unguentos para o nariz, aerossóis inalatórios, bombinhas e óvulos vaginais; 4 pontos para inaladores com doses medidas e injetáveis apresentados em frasco-ampola; 5 pontos para nebulização e diálise (GEORGE *et al.*, 2004).

Com relação ao cálculo da frequência de dosagem, foi atribuído 1 ponto para administração do medicamento uma vez ao dia; 2 pontos para duas vezes ao dia, para dias alternados ou menos frequentemente; 2,5 pontos para doses de 12/12 horas; 3 pontos para três vezes ao dia; 3,5 pontos para doses de 8/8 horas; 4 pontos

para quatro vezes ao dia; 4,5 pontos para doses de 6/6 horas; 6,5 pontos para doses de 4/4 horas e 12,5 pontos para doses de 2/2 horas (GEORGE *et al.*, 2004).

Nas informações complementares, conta-se 1 ponto se o comprimido deveria ser quebrado ou triturado, para dissolução do comprimido ou do pó, para múltiplas unidades no mesmo horário, para doses variáveis (por exemplo, 1 ou 2 cápsulas), para o uso do medicamento em uma hora exata, quando houvesse relação com alimentos e quando a administração deveria ser feita com um líquido específico; 2 pontos para uso como indicado, para diminuir ou aumentar a dose ao longo do tratamento e para alternar as doses (GEORGE *et al.*, 2004).

No final somam-se os pontos das três categorias e tem-se a complexidade do regime medicamentoso (GEORGE *et al.*, 2004).

4.5 RESULTADOS

No total, 47 usuários não aceitaram participar do estudo. Dos 336 que responderam ao questionário, 320 mostraram a prescrição médica.

4.5.1 Caracterização da População

Foram entrevistadas no PSF Gaspar Bartolomay 40 pessoas (11,9%), no Pedreira 56 pessoas (16,7%), no Cristal-Harmonia 39 pessoas (11,6%), no Glória-Imigrante, 22 pessoas (6,5%), no Menino Deus 36 pessoas (10,7%), no Bom Jesus 23 pessoas (6,8%), no Faxinal 67 pessoas (19,9%) e no Margarida Aurora 53 pessoas (15,8%). Destes usuários, 237 (70,5%) eram mulheres, 254 (75,6%) vivem em companhia do cônjuge ou companheiro(a), 200 (59,5%) brancos, com idades entre 18 a 84 anos.

Na tabela 4.1 os usuários entrevistados estão distribuídos em relação ao seu nível de escolaridade.

Tabela 4.1 Distribuição dos entrevistados segundo o nível de escolaridade.

Escolaridade	N	%	%Cum
Nunca freqüentou	25	7,4	7,4
1º grau	248	73,9	81,3
2º grau	53	15,7	97,0
3º grau	10	3,0	100
Total	336	100	100

Em relação à renda mensal, a mínima relatada foi de R\$ 25,00 e a máxima foi de R\$ 1.300,00. A mediana da renda mensal foi de R\$ 350,00 e a moda foi de R\$ 300,00.

A tabela 4.2 mostra a freqüência dos motivos de realização da consulta médica segundo os usuários.

Tabela 4.2 Freqüência dos motivos que levaram o usuário a consultar por Classificação Terapêutica.

Motivos que levaram o usuário a consultar	N	%
Doenças do Aparelho Circulatório	92	25,2
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	64	17,5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	44	12,1
Transtornos Mentais e Comportamentais	32	8,8
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	23	6,3
Doenças do Aparelho Respiratório	23	6,3
Doenças do Aparelho Digestivo	20	5,4
Doenças do Aparelho Genitourinário	17	4,7
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos a alguns Transtornos Imunitários	15	4,1
Outros	35	9,6
Total	365	100

Em 178 (53%) prescrições dos entrevistados havia medicamento(s) já prescrito(s) anteriormente.

4.5.2 Adesão

A avaliação da adesão ao tratamento proposto indica que ela é alta em 47 (14,0%) usuários, intermediária em 217 (64,6%) e em 72 (21,5%) entrevistados a adesão pode ser considerada baixa. A média da adesão ficou em 1,6 (adesão intermediária), com desvio padrão de 1,1.

Dos itens contidos na adesão, 66,7% dos usuários admitiu já ter esquecido de tomar algum medicamento, 48,2% dos entrevistados disse interromper o tratamento no caso de sentir-se pior, 32,4% dos usuários revelou que interrompe o tratamento quando se sentem melhores e, 16,1% deles disse ser descuidado quanto ao uso dos medicamentos.

A tabela 4.3 mostra a adesão relacionada às características sócio-demográficas da amostra estudada.

Tabela 4.3 Características sócio-demográficas da amostra com relação à adesão.

Características sócio-demográficas	Adesão (%)		
	Baixa	Intermediária	Alta
Faixas etárias			
Até 20 anos	19	73	8
De 20 a 40 anos	24	61	15
De 40 a 60 anos	21	65	14
Acima de 60 anos	19	68	13
		p = 0,06	
Gênero			
Masculino	23	62	15
Feminino	21	66	13
		p = 0,88	
Cor			
Branco	18	65	17
Não-Branco	26	65	9
		p = 0,06	
Situação conjugal			
Vive com cônjuge ou companheiro(a)	20	65	15
Não vive em companhia do cônjuge ou companheiro(a)	26	63	11
		p = 0,46	
Escolaridade			
Nunca frequentou	24	48	28
1º grau	21	66	13
2º grau	18	60	22
3º grau	17	76	7
		p = 0,06	
Renda Mensal			
Até R\$ 300,00	25	57	18
De R\$ 300,00 a R\$ 600,00	18	73	9
Acima de R\$ 600,00	19	67	14
		p = 0,20	

4.5.3 Nível de Informação da Terapêutica

A avaliação do nível de informação da terapia medicamentosa foi realizada somente com os entrevistados que mostraram a prescrição recebida.

Quando questionados se já haviam utilizado o medicamento anteriormente, 188 (58,7%) entrevistados responderam que sim.

Na soma das pontuações do nível de conhecimento de um dos medicamentos da prescrição recebida – conforme item 4.4.6.2 -, encontrou-se 35 (11,0%) entrevistados no nível bom, 131 (40,9%) ficaram no nível regular e 154 (48,1%) usuários foram enquadrados no nível insuficiente. A média do nível de conhecimento ficou em 7,4 (insuficiente), com desvio padrão de 2,6.

Com relação ao nome do medicamento, 56,8% dos usuários acertou, 37,2% não sabia e 6,0% dos usuários disse o nome incorreto. Nas respostas relacionadas à dose, 11,6% dos entrevistados sabia, 72,8% admitiu não saber e 15,6% dos entrevistados errou a dose. 59,2% dos usuários sabia como utilizar o medicamento prescrito, 25,0% não sabia e 15,8% deles errou a forma de utilizar o medicamento. Com relação aos horários de administração, 80,7% dos entrevistados sabia, 10,4% deles admitiu não saber e 8,9% deles disse a frequência da administração incorretamente.

Na questão sobre a indicação terapêutica, 77,8% dos usuários acertou, 3,6% não sabia e 18,6% dos entrevistados errou a indicação terapêutica. Nas respostas relacionadas à duração do tratamento, 75,6% dos entrevistados acertou, 10,4% admitiu não saber por quanto tempo utilizar o medicamento prescrito e 14,0% dos entrevistados errou a duração do tratamento. 16,4% dos pacientes disse saber dos efeitos adversos do medicamento em questão – e 65,5% destes já apresentou o efeito em questão. 41,1% dos pacientes disse saber das interações com alimentos ou outros medicamentos. Com relação ao esquecimento de uma ou mais doses, 20,6% dos entrevistados sabia a conduta a ser realizada, 55,8% deles admitiu não saber e 23,6% relatou uma conduta inadequada.

Para os pacientes que já utilizaram o medicamento prescrito anteriormente, 12,2% obteve um nível de conhecimento da prescrição bom e 48,2% obteve o nível

regular, já para os pacientes que nunca utilizaram o medicamento prescrito, 60,4% enquadrou-se no nível insuficiente e 8,6% no nível bom.

Quanto à idade, a figura 4.1 mostra a sua relação com o nível de conhecimento.

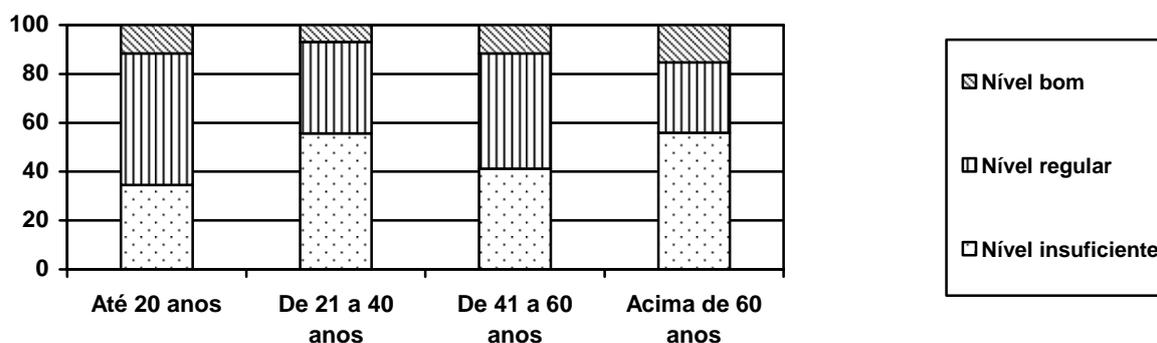


Figura 4.1 Nível de informação dos medicamentos prescritos nas diferentes faixas de idade dos usuários.

A tabela 4.4 mostra o nível de conhecimento dos principais medicamentos prescritos.

Tabela 4.4 Principais classes de medicamentos prescritos e nível de informação da terapêutica .

Classes e Subgrupos	Nível de Informação (%)		
	Insuficiente	Regular	Bom
Medicamentos Cardiovasculares	32	49	19
Medicamentos para o Sistema Nervoso Central	39	49	12
Medicamentos para o Trato Alimentar e Metabolismo	56	42	2
Medicamentos para o Sistema Músculo-esquelético	48	44	8
Antiinfeciosos	78	17	5
Medicamentos para o Sangue	43	50	7
Medicamentos para o Sistema Respiratório	80	20	0
		p = 0,06	

Quando questionados quanto à necessidade de maiores informações para realizar o tratamento, 230 (72,0%) usuários responderam que não necessitavam. Dos 90 (28,0%) que admitiram querer maiores informações, 94,7% queria saber sobre as interações, 92,6% queria saber sobre os efeitos adversos, 90,4% queria

saber sobre a duração do tratamento e 87,2% necessitava saber como tomar o medicamento.

4.5.4 Complexidade

A complexidade variou entre 2 a 38 pontos, e a média foi de 7,7 pontos com desvio padrão de 4,7. A tabela 4.5 mostra estes resultados em tercís.

Tabela 4.5 Distribuição da complexidade da prescrição em tercís.

Tercís	Complexidade
1°	Até 5 pontos
2°	De 6 a 8 pontos
3°	Acima de 8 pontos
Total	320 pacientes

A forma farmacêutica contribuiu com a média de 2,2 pontos, a frequência de dosagem ficou com média de 4,1 pontos e a média das informações adicionais foi de 1,4.

Para avaliar a relação entre o número de medicamentos prescritos e a complexidade, estabeleceu-se como pontos de corte até 3 medicamentos e até 8 pontos de complexidade. Obteve-se uma razão de prevalências igual a 24,3 – com intervalo de confiança entre 3,5 e 167,9 – e o valor de p no chi-quadrado foi de 0,00001. Com estes dados, pode-se dizer que quando aumenta o número de medicamentos, aumenta a complexidade da prescrição.

Ao avaliar a idade dos usuários e a complexidade da prescrição (com ponto de corte igual a 8), obteve-se um valor de $p = 0,25$ no teste ANOVA. Através deste resultado, verifica-se que as variâncias são semelhantes dos diferentes grupos de idade para a complexidade.

4.5.5 Nível de Conhecimento e Complexidade da Prescrição

O nível de conhecimento foi dividido em duas categorias, uma com o nível de conhecimento baixo e outra agrupando os níveis de conhecimento intermediário e alto. O ponto de corte para dividir prescrições menos complexa das mais complexas foi 8 pontos.

A razão de prevalências entre nível de conhecimento e complexidade da prescrição foi de 0,77 (IC 95%: 0,61 - 0,97). Assim, observa-se que prescrições com alto nível de complexidade diminuem a probabilidade de um bom nível de informação em 23%.

4.5.6 Complexidade associada à Adesão

O ponto de corte para dividir prescrições menos complexas das mais complexas foi 8 pontos. A adesão foi considerada baixa ou alta (intermediária e alta).

Nas prescrições mais complexas, 22,7% dos usuários apresentou baixa adesão, enquanto que nas prescrições mais simples essa proporção foi de 20,5%. Isto resulta em uma razão de prevalências de 1,11 (IC 95%: 0,9 – 1,79), indicando que não existe associação entre estas variáveis.

Este resultado discorda com o achado por BONNER e CARR (2002), onde, pela razão de prevalências, observou-se que, quando diminui a complexidade da prescrição, ocorre o aumento da adesão.

Já no estudo de GRANT e colaboradores (2004) sobre a associação entre o número de medicamentos prescritos (estatinas) – representando a complexidade - e a adesão em 5.488 pacientes entre 1999 e 2002, os pacientes com maior número de medicamentos prescritos tiveram adesão maior. A complexidade do tratamento foi adequada, mas a adesão foi considerada baixa.

4.5.7 Nível de Conhecimento associado à Adesão

O nível de conhecimento foi dividido em duas categorias: uma delas representando o nível de conhecimento baixo e a outra agrupando os níveis de conhecimento intermediário e alto. A adesão foi considerada baixa ou alta (intermediária e alta).

A razão de prevalência entre estas variáveis foi de 1,18 (IC 95%: 1,05 - 1,90). Desta forma, um nível de conhecimento intermediário ou alto, quando comparado com um nível de conhecimento baixo, aumenta a adesão ao tratamento em 18%.

4.6 DISCUSSÃO

A alta prevalência de mulheres entrevistadas pode ocorrer devido ao fato de as mulheres estarem mais atentas aos sinais e sintomas de uma doença e a sua maior iniciativa de procurar serviços médicos. Além disso, as mulheres podem estar inseridas em menor grau que os homens na chamada população economicamente ativa, e esta termina por não utilizar os serviços do PSF.

Além disso, percebe-se o baixo nível sócio-econômico da amostra estudada, caracterizado pela baixa escolaridade e renda.

Como para praticamente metade da amostra estudada a prescrição não havia sido modificada, esperava-se que boa parte soubesse utilizar os medicamentos prescritos adequadamente.

4.6.1 Adesão

A adesão pode ser considerada de intermediária a baixa, com poucos usuários enquadrados na alta adesão. Este resultado concorda com o de MORISKY e colaboradores (1986) – criadores do instrumento -, onde a não adesão foi encontrada 75% dos pacientes hipertensos com pressão arterial controlada.

A maioria dos usuários disse esquecer os horários dos medicamentos e, destes, 77,7% não sabia a conduta correta a seguir, tornando esta questão preocupante. Segundo RICHTER e colaboradores (2003) os horários de administração influenciam o grau de seguimento da prescrição e, talvez em função da alta pontuação na frequência das doses – avaliada no estudo da complexidade -, menor é a adesão aos horários.

Reduzir o número de doses diárias através da reavaliação da prescrição e introdução de novos medicamentos tem aumentado a adesão, a qualidade de vida, a satisfação e os custos, além de conseguir manter os sintomas controlados em algumas doenças. Mas, alguns estudos indicam que não são todos os pacientes, nem todas as doenças e nem todos os medicamentos que são passíveis destas modificações sem resultar em falta de doses, efeitos adversos e sintomas não controlados (RICHTER *et al.*, 2003).

Praticamente metade dos entrevistados disse interromper o tratamento caso sintasse melhor ou pior, indicando que os usuários tendem a alterar o regime terapêutico na não adaptação ao(s) medicamento(s) prescrito(s) ou na melhora dos sintomas.

Poucos admitiram serem descuidados quanto ao uso dos medicamentos, e este fato já era esperado. Isto pode acontecer pelo fato dos usuários sentirem-se pouco confortáveis de revelar falta de cuidado com relação aos medicamentos ou, ainda, por uma percepção diferente dos usuários com relação ao que é ser cuidadoso com o uso dos medicamentos (HEATH, 2003; POUND *et al.*, 2005).

Estes resultados sugerem que os usuários devem ser assistidos depois da prescrição, na avaliação da utilização do medicamento, provendo o paciente de informações, monitorando a efetividade e a aceitabilidade do medicamento prescrito e dando suporte para a segurança da prescrição (ROTH, 2004; POUND *et al.*, 2005).

BONNER e CARR (2002), em seu estudo sobre o cumprimento da prescrição, encontraram como resultado que 42% dos pacientes não cumpriam o regime medicamentoso. Isto que esta pesquisa foi realizada em pacientes portadores de um cartão onde eram anotados todos os aspectos da terapêutica medicamentosa e dos problemas relacionados aos medicamentos. Com isto, conclui-se que o cartão sozinho não aumentava o cumprimento.

Não houve diferenças significativas na adesão com relação à idade, gênero, cor, situação conjugal, nível de escolaridade e renda.

4.6.2 Nível de Conhecimento da Terapêutica

A classificação do nível de informação em "insuficiente", "regular" e "bom" aqui proposta serve como indicativo para avaliar se os pacientes estão em condições de utilizar os medicamentos prescritos com segurança. Segundo os parâmetros estudados, praticamente metade da amostra estudada não tem condições de realizar a terapia medicamentosa com segurança, e apenas 1 em cada 10 entrevistados apresenta condições de realizar a terapia medicamentosa com segurança.

Estes resultados não são satisfatórios, ainda mais levando em consideração que mais da metade dos indivíduos já realizou a terapia com o mesmo medicamento anteriormente, casos estes onde se observa um nível de conhecimento levemente superior.

Os horários de administração, indicação terapêutica e duração do tratamento tiveram um alto índice de acerto, sendo os itens considerados pouco deficientes de informação. O nome do medicamento, como utilizá-lo e as possíveis interações foram os itens onde praticamente metade da população ainda apresenta dúvidas. Poucos usuários sabiam a dose a utilizar, os possíveis efeitos adversos e o que fazer se esquecer de tomar uma ou mais doses, informações estas que devem ser incluídas nas rotinas dos médicos e farmacêuticos para a utilização do medicamento de forma segura, pois como nos diz CASTRO (2002, p.75): *“As interações medicamentosas e os efeitos adversos dos medicamentos estão entre as informações de maior impacto que o farmacêutico pode oferecer a quem prescreve e a quem utiliza determinado medicamento”*.

Em um estudo semelhante realizado por SILVA (1999), 31% dos entrevistados não acertou o nome do medicamento prescrito, 19% não acertou a indicação correta, 19% dos pacientes não acertou a dose certa, 31% não acertou a frequência da administração correta prescrita. Com relação à duração do tratamento, 69% dos pacientes sabia por quanto tempo usar o medicamento; 31% dos pacientes sabia da existência de precauções durante o tratamento.

Pesquisa feita por AZEVEDO (1987) a respeito do nível de informação apresentado por pacientes hospitalizados em Salvador (Bahia) com relação à digoxina, verificou que 27% dos pacientes apresentaram conhecimento insuficiente no que se refere ao medicamento, 50% apresentam índice regular e 11% apresentam nível bom de conhecimento. Estes resultados concordam com o estudo de ACURCIO e colaboradores (2004) – na verificação do nível de informação do paciente com relação à dose, forma de administração, forma farmacêutica e duração do tratamento -, cujos resultados demonstraram a necessidade de intervenção educacional com o intuito de o paciente gravar as informações recebidas na consulta.

Verificou-se que muitos usuários diziam saber as respostas dos itens questionados com relação aos medicamentos, mas em alguns casos a resposta não era correta, especialmente no caso da conduta a ser realizada no caso de esquecimento de uma ou mais doses do medicamento. Isto revela que os pacientes muitas vezes agem de forma inadequada, o que pode resultar em doses diárias muito altas ou muito baixas, levando a efeitos adversos - muitas vezes não identificados pelos pacientes – ou falta de efeito do medicamento na morbidade em questão. Com relação aos outros itens, todos tiveram índices de erros, demonstrando que os entrevistados achavam que sabiam as respostas ou acabavam respondendo sem pensar, para não admitir que não sabiam.

Pela figura 4.1 observa-se que nos entrevistados acima de 60 anos, houve um maior índice de conhecimento sobre os medicamentos, podendo ser resultado da utilização do medicamento em questão por um longo período de tempo, ou pela participação desta população nos grupos oferecidos pelas Unidades de PSF, ou, ainda, pode demonstrar um maior cuidado desta população com o uso de medicamentos.

Com relação às classes de medicamentos prescritos, à cor, ao gênero e ao nível de escolaridade não houve diferenças significativas.

Apesar dos resultados insatisfatórios encontrados, somente 1 em cada 4 pacientes admitiu necessitar de maiores informações para realizar o tratamento. Um baixo número também foi encontrado na pesquisa realizada por JENKINS e colaboradores (2003), onde somente 5% dos pacientes disseram que queriam saber mais a respeito dos medicamentos prescritos, e os maiores interesses diziam respeito à forma de tomar o medicamento, por quanto tempo utilizá-lo e interações medicamentosas. Esta atitude pode demonstrar que os entrevistados têm dificuldade de admitir qualquer dúvida ou, ainda, por eles acharem que realmente sabem todas estas questões, são passíveis de realizar a terapêutica medicamentosa sem problemas.

4.6.3 Complexidade

Quanto à complexidade, as prescrições foram consideradas em sua maioria pouco complexas, concentradas entre 3 e 6 pontos. As pontuações acima de 10 foram consideradas casos isolados.

A frequência de dosagem foi a parte que mais contribuiu para uma prescrição mais complexa. No estudo de BONNER e CARR (2002), a principal causa dos pacientes não cumprirem a dose ou a frequência do regime terapêutico foi a confusão com os propósitos dos medicamentos. Pode-se pensar no número de doses diárias através da reavaliação da prescrição e introdução de novos medicamentos, o que, segundo RICHTER e colaboradores (2003) tem conseguido manter os sintomas controlados em algumas doenças. Mas isto depende do paciente, da doença em questão e do medicamento (RICHTER *et al.*, 2003).

Os resultados aqui encontrados diferem do estudo de JOHNSON e colaboradores (2005), realizado na Austrália, onde foi relatado um alto índice de complexidade, mas esta diferença se deve ao fato de que a pesquisa utilizou outro método onde avaliava todos os medicamentos usados pelos pacientes e não só a prescrição de uma consulta, além de analisar pacientes idosos.

PRESKORN e colaboradores (2005) determinaram o nível de complexidade – múltiplos medicamentos e regime – em relação à idade e ao número de prescrições. O estudo foi realizado nos Estados Unidos com 5.003 pacientes. Houve um aumento significativo no número de medicamentos e de prescrições com o aumento da idade. 71% dos pacientes receberam um único regime terapêutico. No regime mais simples havia um medicamento prescrito, e nos considerados mais complexos, o número de medicamentos excedia a 20.

A pesquisa de SILKEY e colaboradores (2005) - feita nos Estados Unidos para avaliar a complexidade através do uso de múltiplos medicamentos -, concluiu que as prescrições mais complexas ocorreram nos regimes de um medicamento e no grupo dos antidepressivos.

Na pesquisa de GEORGE e colaboradores (2004), o total da complexidade apresentou correlação significativa (0,9 e $p < 0,0001$) com o número de

medicamentos da prescrição, mas a mesma correlação não ocorreu com a idade e o gênero.

Neste estudo, também verificou-se um aumento da complexidade com o aumento do número de medicamentos prescritos, e ela não foi afetada pela idade, gênero ou cor dos entrevistados.

4.6.4 Associação entre Adesão, Complexidade e Nível de Conhecimento da Prescrição

O aumento da complexidade diminui o nível de conhecimento dos usuários. Além disso, o nível de conhecimento afeta a adesão, pois eles são diretamente proporcionais.

Desta maneira, o nível de conhecimento insatisfatório encontrado pode ser um dos fatores que justifique a baixa adesão dos usuários aos tratamentos prescritos - principalmente levando em consideração que metade da amostra já havia utilizado o medicamento anteriormente e já deveria saber muitas das informações requeridas. Desta forma, para um aumento da adesão e do nível de conhecimento é necessária maior educação dos pacientes.

4.6.5 Limitações do Estudo

Este estudo não obteve uma amostra representativa da população de Santa Cruz do Sul, pois foram selecionados somente pacientes que utilizaram o serviço de saúde nas Unidades do Programa de Saúde da Família entre o período de março a abril de 2006. Desta forma, a amostra pode não valer para toda a população do município, mas é muito provável que ela represente o usuário do PSF – pois participaram pacientes em sua maioria mulheres, com baixo nível de escolaridade, que não trabalham, em estágios da doença de menor gravidade.

A amostra do estudo é apenas uma pequena parte dos usuários de medicamentos e pode alterar-se em outros lugares, em outras circunstâncias, em outras doenças, em outros sistemas de saúde e em outros tempos.

Outra limitação diz respeito à escala de Morisky, que representa o comportamento do indivíduo frente ao uso de medicamentos no geral, mas não é

específica ao uso do medicamento prescrito na situação estudada, uma vez que ela faz parte de questionários respondidos após a consulta médica e não após o uso dos medicamentos prescritos.

4.7 CONCLUSÕES

A complexidade das prescrições foi considerada baixa, o que é favorável na qualidade do uso do medicamento pelos entrevistados, uma vez que são prescrições mais fáceis de serem cumpridas e aumentam o nível de conhecimento dos indivíduos com relação aos medicamentos prescritos.

Apesar disso, a adesão ao regime medicamentoso não foi satisfatória, devendo-se especialmente a modificações realizadas na terapêutica. Esse comportamento pode refletir em malefícios para quem utiliza o medicamento – especialmente na amostra estudada, que apresentou deficiências com relação aos comportamentos adequados esperados com relação aos medicamentos e, em muitos casos, as informações mínimas necessárias para uma utilização segura do medicamento eram desconhecidas.

Estes achados nos remetem a pensar que a educação em saúde é fundamental. Ela envolve a formação dos profissionais responsáveis pela educação relativa aos medicamentos, especialmente do farmacêutico na dispensação deles, além da conscientização dos pacientes no que se refere ao valor da informação.

Como no período de coleta de dados o farmacêutico ainda não atuava na atenção básica dos PSFs, a realidade a partir de agora pode começar a mudar, pois foi aprovada a Portaria 698/06 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), que estabelece a atuação do farmacêutico na atenção básica dentro do serviço público, inclusive no PSF. Foi verificado, no estudo de LAWS e colaboradores (2000), que a visita do farmacêutico aumentou a adesão e o nível de conhecimento dos medicamentos em curto prazo.

Enfim, a população deve ser mais bem assistida após a prescrição, através da educação do uso racional do medicamento, que serve de estímulo para o paciente cumprir integralmente o tratamento proposto, além de evitar, quando possível, os efeitos indesejados dos medicamentos.

5 QUALIDADE DE VIDA

5.1 INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade de vida de maneira geral - e não associada à problema de saúde ou à doença específica - serve para compreender os desejos, as motivações e os recursos disponíveis para a realização dos indivíduos em diferentes aspectos de sua vida.

Além disso, o uso dos dados de qualidade de vida nos serviços reúne informações que predizem os resultados de qualidade dos serviços (VERDUGO *et al.*, 2005).

É importante avaliar a qualidade de vida relacionada a certos aspectos da terapia medicamentosa, a características do indivíduo e de seu comportamento frente a uma prescrição. Qualquer problema relacionado à terapia medicamentosa pode gerar um decréscimo na qualidade de vida, seja pela habilidade do paciente manter-se independente, pelo aumento do risco de hospitalização, por ser causa ou contribuir para problemas de saúde. E, ainda, o uso inapropriado de medicamentos afeta negativamente a segurança, o custo e a qualidade do serviço (FRANIC e JIANG, 2006).

Assim, reconhece-se a relevância de avaliar a qualidade de vida de um indivíduo, pois através dela pode-se conhecer algumas dificuldades, o que permite guiar intervenções que contribuam para aumentar a qualidade do serviço prestado à população.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a qualidade de vida dos usuários do Programa de Saúde da Família e sua associação com as variáveis sócio-demográficas, com os indicadores de qualidade da prescrição e com a adesão ao tratamento proposto.

5.3 REVISÃO

5.3.1 Qualidade de Vida

Qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive, e, ainda, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL Group, 1998a; VERDUGO *et al.*, 2005).

Ela diz respeito a um movimento para a valorização de parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (UFRGS, 1998).

Para tanto, a qualidade de vida deve levar em consideração o contexto em que vivem as pessoas, seja para seu entendimento pessoal, familiar e comunitário, como para o bem-estar social (VERDUGO *et al.*, 2005).

Ao medir a qualidade de vida, deve-se, se possível, fazê-la por meio de estudos com o próprio paciente, visto que, segundo a pesquisa de SLEVIN e colaboradores (1988), os médicos – em diferentes graus - não conseguem determinar apuradamente o que o paciente sente. Essa pesquisa avaliou a extensão que um profissional da área da saúde pode saber do grau de qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com câncer. BERLIM e FLECK (2003) também apresentam essa versão, dizendo que poder reportar os elementos psicológicos da experiência do paciente é fundamental, já que eles geralmente não são de acesso aos médicos.

A medida de qualidade de vida é subjetiva, uma vez que parte da percepção do indivíduo, bem como a sua satisfação pessoal e felicidade (SPILKER, 1996; VERDUGO *et al.*, 2005; WAELE, 2005). É o indivíduo que faz seu próprio controle de seu funcionamento em diferentes áreas, pois a qualidade de vida muda ao longo do tempo. Desta forma, a percepção do paciente com as suas incapacidades provocadas por uma doença, influencia seu estado físico e sua qualidade de vida (SPILKER, 1996).

Segundo HUNT e MCKENNA (1992), a qualidade de vida será alta quando a maioria das necessidades do ser humano é satisfeita e baixa quando poucas necessidades são realizadas.

5.3.2 Importância da Avaliação da Qualidade de Vida

Relatos de qualidade de vida em relação à saúde são potenciais identificadores de necessidades gerais em saúde (PASCOE, 1983). Através de seu estudo, pôde-se determinar o impacto global das doenças e dos tratamentos médicos a partir da perspectiva do paciente. Sob o ponto de vista social é impossível separar a doença das características individuais da pessoa e, para medir estas características pessoais é que se utiliza a verificação da qualidade de vida do paciente (BERLIM e FLECK, 2003).

Assim, a qualidade de vida é um atributo importante para a investigação clínica e o cuidado com o paciente, visto que é um reflexo da forma de como o paciente se sente e quão satisfeito ele está com o tratamento. Quando adequadamente medida, ela pode distinguir diferentes tipos de pacientes, possibilitando avaliar também a eficácia do seu tratamento, auxiliando a priorizar problemas, identificar preferências e até a se comunicar melhor com o paciente (BERLIM e FLECK, 2003; FRANIC e JIANG, 2006).

Qualidade de vida também está incluída na qualidade da prescrição de medicamentos, é um indicador de resultados da prescrição, isto é, uma forma de verificar o benefício e/ou o prejuízo trazido para o paciente, enfim, é uma medida de resultados em saúde (AZPIAZU GARRIDO *et al.*, 2003; ANDERSEN, 2006).

Além disso, uma baixa qualidade de vida pode influenciar o tratamento proposto pelo prescritor, através do aumento do risco de desenvolvimento de problemas com a terapia medicamentosa (ROTH, 2004).

Em um estudo realizado em Roma por RENZI e colaboradores (2005) para avaliar a satisfação de pacientes na qualidade de vida medida através do General Health Questionnaire, concluiu que pacientes satisfeitos possuem duas vezes mais chances de uma alta qualidade de vida na escala emocional e funcional.

5.3.3 Instrumento utilizado para medir a Qualidade de Vida

Questionários são aplicados no conhecimento da qualidade de vida, eles geralmente avaliam o bem-estar emocional, o desenvolvimento pessoal, o bem-estar físico e material, a inclusão social, além da comunicação e das relações interpessoais (AZNAR e CASTAÑON, 2005).

Alguns itens que devem constar na pesquisa de qualidade de vida são função física, qualidade do sono, dor e desconforto, nível de independência, relações sociais, padrão de vida, educação, segurança pública, moradia, função psicológica e outras percepções dos próprios problemas emocionais, da própria saúde e satisfação com a vida (AZPIAZU GARRIDO *et al.*, 2003; ASADI-LARI *et al.*, 2004; VERDUGO *et al.*, 2005). Segundo LLOYD-SHERLOCK (2000), as características sociais e econômicas devem ser levadas em conta em estudos de qualidade de vida, especialmente em países como o Brasil, onde a qualidade de vida está diretamente relacionada a elas.

A Organização Mundial da Saúde criou, para avaliar a qualidade de vida, o WHOQOL-100, um projeto multicêntrico que leva em consideração as peculiaridades de diferentes culturas em diferentes países. Ele é composto por seis domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, meio-ambiente e crenças pessoais (THE WHOQOL Group, 1998b).

A partir dele, surgiu o WHOQOL-bref, mais curto, porém com características psicométricas satisfatórias, que foi adotado para este estudo. Seus dados foram extraídos do teste de campo através de 20 centros em 18 países diferentes. Este questionário avalia o físico, o psicológico, as relações sociais e o meio-ambiente do paciente em questão, ou seja, os fatores que compõem o bem-estar pessoal (WHOQOL Group, 1998a).

5.3.4 Qualidade de Vida da População Idosa

No geral, o uso de medicamentos em idades avançadas é elevado, seja para prevenir, reduzir ou tratar problemas – que aumentam com o passar da idade. Outra característica é a presença de alterações fisiológicas, farmacodinâmicas e farmacocinéticas que passam a ocorrer com o envelhecimento natural (SCHENKEL,

1996; MOSEGUI *et al.*, 1999; FLORES, 2003; ROZENFELD, 2003). Com todas estas características, pode-se esperar que a sua qualidade de vida seja mais baixa do que a de uma pessoa mais jovem e saudável, mas isto não significa que ela não possa ser boa.

No processo de envelhecimento também pode ocorrer maior estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, representando uma ameaça a sua saúde (SILVESTRE e NETO, 2003). Algumas vezes, os pacientes mais velhos que apresentam alguma doença crônica podem ficar ansiosos, adaptando seu modo de vida à doença, com quadros de somatização, reações emocionais ou, ainda, aparecimento de novos sintomas (FLORES, 2003). Tudo isto leva a uma menor qualidade de vida, que se for identificada permite verificar quais são as medidas a serem tomadas.

Como há um aumento progressivo dos idosos no Brasil, os profissionais da atenção básica devem estar atentos ao perfil da população de sua área e a identificação precoce das alterações patológicas (SILVESTRE e NETO, 2003).

FU e LIU (2004) concluíram em seu estudo que o uso inapropriado de medicamentos está associado com um decréscimo na qualidade de vida de pacientes idosos. Além disso, eles verificaram que o alto número de medicamentos prescritos, a baixa educação e ser portador de doença(s) crônica(s) são fatores de risco para o estado de saúde.

5.3.5 Ambiente da População Estudada

A qualidade de vida varia de cultura para cultura e, além disso, a pobreza e o alto índice de desemprego - característicos na América Latina - influenciam nos componentes da qualidade de vida (AZNAR e CASTAÑON, 2005).

Para exemplificar isso, utiliza-se o estudo de AZNAR e CASTAÑON (2005), com 180 famílias da América Latina, do qual os resultados encontrados foram os seguintes: relações interpessoais (27%), bem-estar emocional (23%), bem-estar material (10%), inclusão social (10%), autodeterminação (7%), desenvolvimento pessoal (7%) e bem-estar físico (4%). Os autores concluíram que a cultura diferencia estes indivíduos dos pertencentes aos países de primeiro mundo, além de que, nas

grandes cidades da América Latina, existe o individual independentemente da sociedade em que as pessoas vivem.

Santa Cruz do Sul (RS) – local da realização do estudo - é a cidade pólo da região do Vale do Rio Pardo, com aproximadamente 119.000 habitantes, especialmente concentrados na cidade – estimativa preliminar de 2006 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - e área total de 795,53 km² (722,53 km² de área rural e 73 km² de área urbana). A densidade demográfica é de 135 hab/ km² com média de 5 moradores por domicílio. Sua economia baseia-se na agricultura e na industrialização do tabaco, sendo denominada a Capital Nacional do Fumo. É a sétima economia gaúcha se analisado sob o enfoque do valor adicionado do ICMS e a segunda maior exportadora gaúcha (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2006 – 2009).

O município é servido por três hospitais gerais de caráter filantrópico, vinte e dois postos de saúde, sendo nove Unidades de Programa de Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2006 – 2009).

A educação em saúde é realizada nos atendimentos de grupos, e os existentes em Santa Cruz do Sul (RS) englobam pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes, mães de crianças com baixo peso, além dos programas de saúde da mulher, saúde da criança, adolescentes, alcoolistas, terceira idade e planejamento familiar. Também são realizadas atividades fora da unidade de saúde, em horários pré-agendados de visitas domiciliares, palestras e atividades nas escolas e/ou creches (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, 2006 – 2009).

5.4 MÉTODOS

Esta pesquisa seguiu um modelo de estudo transversal, tendo como alvo pessoas cadastrados nos Programas de Saúde da Família (PSF) do município de Santa Cruz do Sul (RS).

Obteve-se uma amostra constituída de 318 pessoas. Para serem incluídas no estudo as pessoas deveriam ser cadastradas em qualquer uma das unidades do Programa de Saúde da Família, ter acima de 18 anos de idade, aceitar fazer parte do estudo, ser capaz de comunicar-se adequadamente, ter utilizado um dos serviços

médicos do PSF entre o período da coleta de dados e ter recebido uma prescrição médica a cumprir.

5.4.1 Aspectos Éticos e Consentimento

O projeto para a execução deste estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde de Santa Cruz do Sul e pelo Comitê de Ética da UFRGS, conforme Anexos 9.1 e 9.2.

A leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo 9.3) foi obrigatória para os usuários que aceitaram participar.

5.4.2 Instrumento de Coleta de Dados

O questionário foi o método escolhido para coletar os dados e foi aplicado por entrevista pessoal por uma equipe de estudantes do curso de graduação em Farmácia da UNISC. O questionário completo encontra-se no Anexo 9.4.

Para avaliar a qualidade de vida dos usuários, utilizou-se o instrumento WHOQOL-Bref (UFRGS, 1998). O WHOQOL-Bref tem mostrado características satisfatórias de consistência interna, validade e fidedignidade teste-reteste e, segundo os autores, o WHOQOL-Bref alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, sendo uma boa alternativa para estudos de avaliação da qualidade de vida no Brasil (FLECK *et al.*, 2000).

5.4.2.1 A Entrevista

A escolha dos usuários foi realizada ao acaso, e ele era abordado após a saída da consulta. O entrevistador apresentava-se e lhe falava sobre o título do trabalho e sobre uma possível entrevista a ser feita, com o tempo médio de duração da mesma.

A entrevista iniciava com os dados de identificação, data e hora da entrevista.

Para avaliar a qualidade de vida, solicitou-se que o usuário pensasse nas suas duas últimas semanas de vida para responder as perguntas que seguem.

Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	<p>1 - <i>Muito ruim</i></p> <p>2 – <i>Ruim</i></p> <p>3 - <i>Nem ruim nem boa</i></p> <p>4 – <i>Boa</i></p> <p>5 - <i>Muito boa</i></p>
Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>
Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	<p>1 – <i>Nada</i></p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Mais ou menos</i></p> <p>4 – <i>Bastante</i></p> <p>5 – <i>Extremamente</i></p>
O quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?	<p>1 – <i>Nada</i></p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Mais ou menos</i></p> <p>4 – <i>Bastante</i></p> <p>5 – <i>Extremamente</i></p>
O quanto você aproveita a vida?	<p>1 – <i>Nada</i></p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Mais ou menos</i></p> <p>4 – <i>Bastante</i></p> <p>5 – <i>Extremamente</i></p>
Em que medida você acha que sua a vida tem sentido?	<p>1 – <i>Nada</i></p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Mais ou menos</i></p> <p>4 – <i>Bastante</i></p> <p>5 – <i>Extremamente</i></p>
O quanto você consegue se concentrar?	<p>1 – <i>Nada</i></p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Mais ou menos</i></p> <p>4 – <i>Bastante</i></p> <p>5 – <i>Extremamente</i></p>
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	<p>1 – <i>Nada</i></p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Mais ou menos</i></p> <p>4 – <i>Bastante</i></p> <p>5 – <i>Extremamente</i></p>

Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	<p>1 – Nada</p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Mais ou menos</i></p> <p>4 – <i>Bastante</i></p> <p>5 – <i>Extremamente</i></p>
Você tem energia o suficiente para seu dia-a-dia?	<p>1 – Nada</p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Médio</i></p> <p>4 – <i>Muito</i></p> <p>5 – <i>Completamente</i></p>
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<p>1 – Nada</p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Médio</i></p> <p>4 – <i>Muito</i></p> <p>5 – <i>Completamente</i></p>
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<p>1 – Nada</p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Médio</i></p> <p>4 – <i>Muito</i></p> <p>5 – <i>Completamente</i></p>
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<p>1 – Nada</p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Médio</i></p> <p>4 – <i>Muito</i></p> <p>5 – <i>Completamente</i></p>
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	<p>1 – Nada</p> <p>2 - <i>Muito pouco</i></p> <p>3 - <i>Médio</i></p> <p>4 – <i>Muito</i></p> <p>5 – <i>Completamente</i></p>
Quão bem você é capaz de se locomover?	<p>1 - <i>Muito ruim</i></p> <p>2 – <i>Ruim</i></p> <p>3 - <i>Nem ruim nem bom</i></p> <p>4 – <i>Bom</i></p> <p>5 - <i>Muito bom</i></p>
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>

Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<p>1 - <i>Muito insatisfeito</i></p> <p>2 – <i>Insatisfeito</i></p> <p>3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i></p> <p>4 – <i>Satisfeito</i></p> <p>5 - <i>Muito satisfeito</i></p>

Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>
Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1 – <i>Nunca</i> 2 - <i>Algumas vezes</i> 3 – <i>Freqüentemente</i> 4 - <i>Muito freqüentemente</i> 5 – <i>Sempre</i>

Os dados relacionados à qualidade da prescrição de medicamentos - número médio de medicamento por prescrição, porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, porcentagem de prescrições com pelo menos um antibiótico, porcentagem de prescrição com pelo menos um medicamento injetável, porcentagem de medicamentos prescritos que fazem parte da Lista de Medicamentos Essenciais, proporção de prescrições contendo medicamentos prescritos para tratar a mesma doença, proporção de prescrições contendo medicamentos da mesma classe farmacológica, número de medicamentos de controle especial prescrito e se a prescrição contém as informações mínimas necessárias para o uso do medicamento (nome, dose, posologia e tempo de uso dos medicamentos prescritos) - foram coletados a partir das prescrições dos usuários.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada pela escala de Morisky (MORISKY *et al.*, 1986).

5.4.3 As Informações Obtidas

Os questionários foram preenchidos manualmente pelos entrevistadores, depois foram reunidos e codificados pelo Programa Epilnfo versão 3.3.2. Para cada pergunta do questionário foram atribuídos nomes de variáveis, montando-se um dicionário de variáveis. A análise estatística também foi realizada com este programa.

5.4.3.1 Avaliação da Qualidade de Vida

A pontuação dos itens do questionário de qualidade de vida foi feita através dos procedimentos propostos pela WHOQOL. As questões 3, 4 e 26 foram recodificadas, onde o 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 e 5 = 1. O domínio 1 corresponde a média das questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18 multiplicada por 4. O domínio 2 corresponde a média das questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26 multiplicada por 4. O domínio 3 corresponde a média das questões 20, 21 e 22 multiplicada por 4. O domínio 4 corresponde a média das questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 multiplicada por 4. O global corresponde a média das questões 1 e 2 multiplicada por 4 (UFRGS, 1998).

5.4.3.2 Avaliação da Adesão

Nestas questões, cada resposta “*sim*” corresponde a um ponto, se o resultado for zero, indica alta adesão, se for igual a 1 ou 2 é adesão intermediária e se for igual a 3 ou 4 significa baixa adesão (MORISKY *et al.*, 1986).

5.5 RESULTADOS

No total, 47 usuários não aceitaram participar do estudo. Dos 336 que responderam ao questionário, 320 mostraram a prescrição médica.

5.5.1 Caracterização da População

O questionário foi realizado com usuários de faixa etária entre 18 e 84 anos, com média de 44,6 anos. A tabela 5.1 mostra as características da população estudada.

Tabela 5.1 Características sócio-demográficas e adesão da população estudada.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	99	29,5
Feminino	237	70,5
Cor		
Branca	200	59,5
Preta	59	17,6
Amarela	8	2,4
Parda	68	20,2
Indígena	1	0,3
Situação conjugal		
Vive com cônjuge ou companheiro(a)	254	75,6
Não vive em companhia do cônjuge ou companheiro(a)	82	24,4
Escolaridade		
Nunca freqüentou	25	7,4
1º grau	248	73,9
2º grau	53	15,7
3º grau	10	3,0
Renda Mensal		
Até R\$ 300,00	141	42,0
De R\$ 300,00 a R\$ 600,00	148	44,0
Acima de R\$ 600,00	47	14,0
Adesão		
Alta	47	14,0
Intermediária	217	64,5
Baixa	72	21,5

5.5.2 Qualidade de Vida

Na auto-avaliação da qualidade de vida, 6,0% dos indivíduos consideraram-na *"muito boa"*; 70,8% consideraram-na *"boa"*; 21,1%, *"nem ruim nem boa"*; 1,8%, *"ruim"*; e 0,3%, *"muito ruim"*.

Na questão que indagava sobre satisfação com a saúde, 5,7% sentiam-se *"muito satisfeitos"*; 56,4% estavam *"satisfeitos"* com sua saúde, 28,4%, *"nem satisfeitos nem insatisfeitos"*; 7,8%, *"insatisfeitos"*; e 1,7% estavam *"muito insatisfeitos"*.

A tabela 5.2 mostra os resultados de qualidade de vida nos diferentes domínios comparado com o estudo de Fleck e colaboradores (2000).

Tabela 5.2 Média dos escores de qualidade de vida para usuários do PSF de Santa Cruz do Sul (RS), para controles e paciente hospitalizados do estudo de Fleck e colaboradores (2000).

Domínio	Média dos Escores da Qualidade de Vida (Desvio Padrão)		
	Usuários dos PSFs	Controles*	Pacientes*
Físico	14,8 (±2,3)	16,6 (±2,1)	13,4 (±3,2)
Psicológico	15,1 (±1,9)	15,6 (±2,1)	14,5 (±2,8)
Relações Sociais	15,5 (±1,6)	15,5 (±2,6)	15,3 (±3,6)
Meio-ambiente	13,9(±2,3)	14,0 (±2,1)	13,4 (±2,4)

* FLECK *et al.* (2000).

No domínio físico, a média mais alta foi com relação à locomoção (4,0), seguida da capacidade de realizar as atividades diárias (3,7) e do sono (3,7). A pior média diz respeito à necessidade de um tratamento médico para levar a vida (2,5).

Das questões relacionadas ao domínio psicológico, o melhor resultado ocorreu na frequência que os entrevistados apresentam sentimentos negativos (média de 4,0), seguido da satisfação consigo mesmo (média de 3,9) e na satisfação com a vida (média de 3,9). O item mais prejudicado foi a capacidade de concentração (média de 3,4).

Nas relações sociais, todas as médias encontradas foram próximas, ficando na seguinte ordem: satisfação com relações pessoais (3,9), satisfação com o apoio recebido dos amigos (3,9) e satisfação com a vida sexual (3,8).

Com relação ao meio-ambiente, o acesso aos serviços de saúde obteve uma média de 3,9 – a mais alta encontrada neste domínio -, seguida da satisfação com o local onde mora (média de 3,8), satisfação com os meios de transporte (média de 3,7), segurança (média de 3,5), informações disponíveis no dia-a-dia (3,4), o ambiente físico e atividades de lazer obtiveram uma média de 3,2, já a posse de dinheiro para satisfazer as necessidades ficou com a pior média (2,8).

A tabela 5.3 apresenta os resultados médios da qualidade de vida associada às características sócio-demográficas e à adesão.

Tabela 5.3 Média dos escores da qualidade de vida associada às características sócio-demográficas e à adesão.

Média dos Escores da Qualidade de vida (Desvio Padrão)					
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente	Domínio Global
Idade					
Até 30 anos	15,7 ±2,3	15,3 ±2,0	15,6 ±2,1	14,1 ±1,6	16,0 ±2,2
De 31 a 60 anos	14,7 ±2,3	15,1 ±1,9	15,6 ±1,9	13,9 ±1,6	15,7 ±2,1
Acima de 60 anos	14,0 ±2,1	15,0 ±1,7	15,6 ±1,6	13,8 ±1,6	15,4 ±2,0
	p=0,0001	p=0,72	p=0,92	p=0,58	p=0,13
Sexo					
Masculino	15,0 ±2,3	15,7 ±1,9	15,9 ±1,7	14,3 ±1,6	15,1 ±2,2
Feminino	14,7 ±2,3	14,9 ±1,9	15,5 ±1,9	13,8 ±1,6	14,6 ±2,3
	p=0,37	p=0,0009	p=0,06	p=0,009	p=0,09
Nível de escolaridade					
Nunca freqüentou	13,3 ±2,3	14,1 ±1,7	15,8 ±2,1	13,0 ±1,6	14,2 ±1,9
1° grau	14,6 ±2,2	15,0 ±1,9	15,6 ±1,8	13,9 ±1,6	14,6 ±2,3
2° grau	15,9 ±2,2	16,0 ±1,9	15,3 ±1,3	14,3 ±1,3	15,5 ±2,3
	p=0,00001	p=0,0001	p=0,46	p=0,003	p=0,008
Adesão					
Baixa	14,4 ±2,4	15,1 ±1,8	15,4 ±4,2	14,0 ±2,5	14,3 ±2,2
Intermediária	14,7 ±2,2	15,1 ±2,0	15,9 ±2,1	13,9 ±2,7	14,9 ±2,2
Alta	15,1 ±2,4	15,2 ±1,5	15,9 ±2,3	14,2 ±1,9	15,7 ±2,3
	p=0,24	p=0,89	p=0,12	p=0,5	p=0,0006

Pelo teste ANOVA, observou-se que o domínio físico diminui com o aumento da idade, mas o mesmo não ocorreu para os outros domínios.

Com relação ao gênero, houve diferença significativa na média do domínio psicológico e meio-ambiente, sendo a do sexo masculino mais alta do que a do feminino.

Com relação ao nível de escolaridade, encontrou-se diferença significativa nas médias no teste ANOVA no domínio físico, psicológico, meio-ambiente e global, onde observa o aumento a qualidade de vida com o aumento da escolaridade.

Não se observou diferença significativa em nenhum domínio com relação à situação conjugal e à renda, assim como no estudo de SAMPOGNA *et al.* (2004).

Ao comparar a qualidade de vida nos grupos de alta, intermediária e baixa adesão, encontrou-se diferença significativa nas médias da qualidade de vida global, onde quanto maior a adesão maior a qualidade de vida.

5.5.3 Qualidade de Vida e Indicadores de Qualidade da Prescrição

A tabela 5.4 mostra os resultados de qualidade de vida associados aos indicadores de qualidade da prescrição da OMS (WHO, 1993).

Tabela 5.4 Média dos escores da qualidade de vida associada aos indicadores de qualidade da prescrição da OMS.

	Média dos Escores da Qualidade de vida (Desvio Padrão)				
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente	Domínio Global
Nº de med. por prescrição					
Até 2	14,9 ±2,3	15,1 ±2,0	15,7 ±1,8	14,1 ±1,6	14,0 ±2,3
Acima de 2	14,3 ±2,2	14,8 ±1,8	15,3 ±2,0	13,6 ±1,6	14,3 ±2,1
	p=0,06	p=0,31	p=0,26	p=0,06	p=0,06
Med. prescritos pela denom. genérica					
Todos os med. da prescrição	15,0 ±2,6	15,3 ±1,9	15,5 ±2,0	14,2 ±1,6	14,5 ±2,5
Nem todos os med. da prescrição	14,7 ±2,2	15,1 ±1,9	15,7 ±1,8	13,9 ±1,6	14,8 ±2,2
	p=0,46	p=0,44	p=0,33	p=0,10	p=0,38
Presença de antibiótico					
Sim	14,9 ±2,2	15,1 ±1,6	16,0 ±1,8	14,4 ±1,6	14,9 ±2,7
Não	14,8 ±2,3	15,0 ±1,9	15,6 ±1,9	13,9 ±1,6	14,7 ±2,2
	p=0,82	p=0,93	p=0,29	p=0,16	p=0,36
Presença de injetáveis					
Sim	14,9 ±2,5	15,4 ±2,1	15,3 ±1,6	13,2 ±1,3	14,5 ±2,9
Não	14,7 ±2,3	15,0 ±1,9	15,6 ±1,8	14,0 ±1,6	14,7 ±2,2
	p=0,85	p=0,64	p=0,64	p=0,16	p=0,73
Med. prescritos que constam na LME					
Nem todos os med. prescritos	14,7 ±2,6	14,9 ±2,1	15,5 ±2,2	14,0 ±1,6	14,4 ±2,5
Todos os méd. prescritos	14,8 ±2,1	15,2 ±1,8	15,6 ±1,6	13,9 ±1,5	14,8 ±2,1
	p=0,47	p=0,38	p=0,39	p=0,46	p=0,12

A tabela 5.5 mostra os resultados de qualidade de vida relacionados aos indicadores de qualidade da prescrição propostos.

Tabela 5.5 Média dos escores da qualidade de vida associada aos indicadores de qualidade da prescrição propostos.

	Média dos Escores da Qualidade de vida (Desvio Padrão)				
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente	Domínio Global
Presença de mais de um med. p/ tratar a mesma doença					
Sim	14,6 ±2,2	15,1 ±1,8	15,5 ±1,7	13,7 ±1,6	14,5 ±2,3
Não	14,9 ±2,4	15,1 ±2,0	15,4 ±2,0	14,1 ±1,5	14,8 ±2,2
	p=0,20	p=0,50	p=0,22	p=0,11	p=0,15
Há mais de um med. da mesma classe farmacol.					
Sim	14,0 ±2,2	15,1 ±1,9	15,5 ±2,4	13,8 ±2,9	14,7 ±2,4
Não	15,0 ±2,3	14,6 ±1,7	15,7 ±1,8	14,0 ±2,5	15,7 ±2,2
	p=0,04	p=0,12	p=0,64	p=0,65	p=0,03
Presença de med. de controle especial					
Sim	13,8 ±2,6	14,6 ±2,0	15,2 ±1,7	13,6 ±1,6	13,5 ±2,8
Não	15,0 ±2,2	15,3 ±1,9	15,7 ±1,8	14,1 ±1,6	15,0 ±2,0
	p=0,0009	p=0,03	p=0,12	p=0,06	p=0,00001
Prescrição com as informações necessárias					
Sim	14,9 ±2,4	15,3 ±2,0	15,7 ±2,0	14,1 ±1,6	14,8 ±2,2
Não	14,7 ±2,2	15,0 ±1,8	15,5 ±1,7	13,8 ±1,5	14,5 ±2,3
	p=0,55	p=0,21	p=0,31	p=0,06	p=0,32

Com relação aos indicadores de qualidade da prescrição propostos, encontrou-se diferença significativa através do teste ANOVA nas médias do domínio físico e no global com relação aos indivíduos com prescrições contendo medicamentos da mesma classe farmacológica, onde estes possuíam uma qualidade de vida menor que os demais.

Os indivíduos que utilizavam medicamentos de controle especial tiveram uma média menor do que os que não utilizavam nos domínios físico, psicológico e na qualidade de vida global.

Os outros indicadores testados não apresentaram diferenças significativas na qualidade de vida entre os grupos testados.

5.6 DISCUSSÃO

A população estudada foi composta na sua maioria por mulheres, o que pode ocorrer devido ao fato de as mulheres estarem mais atentas aos sinais e sintomas de uma doença e à sua maior iniciativa de procurar serviços médicos. Além disso, as mulheres podem estar inseridas em menor grau que os homens na chamada população economicamente ativa, e esta termina por não utilizar os serviços do PSF.

Somente 1 a cada 4 entrevistados não vive em companhia do cônjuge ou companheiro(a). Além disso, percebe-se o baixo nível sócio-econômico da amostra estudada, expressa pela baixa escolaridade e renda.

Na auto-avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde, os resultados não diferiram dos achados por FLECK e colaboradores (2002) utilizando o mesmo instrumento com 2.201 usuários de serviços de saúde primários de Porto Alegre. Observou-se que, aparentemente, a satisfação dos usuários com a sua saúde está diretamente relacionada com a sua auto-avaliação de qualidade de vida. A maioria relatou que sua qualidade de vida era boa e estava satisfeito com sua saúde, sendo bons indícios de qualidade de vida.

As médias obtidas nos diferentes domínios da qualidade de vida ficaram acima das médias de pacientes hospitalizados e abaixo das médias dos pacientes não hospitalizados da pesquisa realizada em Porto Alegre em 1996 (FLECK *et al.*, 2000), mas pode-se dizer que os resultados ficam muito próximos.

No domínio físico, a maioria das pessoas entrevistadas relatou depender de um tratamento médico e, conseqüentemente, de medicamentos.

No domínio psicológico, os resultados de todos os itens foram bons, indicando também uma satisfação consigo mesmo e com a vida. Mas esta parte deve ser interpretada com cautela, pois os usuários podem resistir em admitir qualquer problema relacionado à sua vida pessoal.

O domínio das relações sociais apresentou os melhores resultados – indicando que os usuários encontram-se satisfeitos nesta área da vida -, já o meio-ambiente obteve as piores médias, especialmente na condição financeira e oportunidades de lazer – o que é condizente com o nível econômico dos entrevistados.

O aumento da idade diminui o domínio físico dos usuários, pois, com o passar do tempo, as habilidades físicas e funcionais não são mais tão acuradas e os indivíduos percebem sua qualidade de vida inferior. Segundo o estudo de AZPIAZU GARRIDO e colaboradores (2003), os pacientes mais idosos consideram como fatores responsáveis de uma pobre qualidade de vida a presença de doenças, a idade avançada, o fumo e o uso de álcool . Mas este resultado é diferente do encontrado por MOHAN e colaboradores (2006), que não encontrou diferença significativa da qualidade de vida com diferentes idades, gênero e estágio da doença em pacientes com câncer de pulmão.

As mulheres possuem uma percepção pior da sua qualidade de vida do que os homens, especialmente no domínio psicológico, resultado que também foi achado por AZPIAZU GARRIDO e colaboradores (2003).

Segundo GORMAN (2006), as desordens pré-menstruais têm um impacto na qualidade de vida similar ao da depressão maior. Em uma pesquisa utilizando o WHOQOL-Bref para verificar o impacto do climatério na qualidade de vida de mulheres entre 45 e 55 anos, verificou-se que os domínios físico, psicológico e social foram significativamente mais baixos do que os padrões, devido à insônia e aos distúrbios emocionais (LAY *et al.*, 2006).

Segundo ASADI-LARI e colaboradores (2004), os pacientes com percepção depreciativa da saúde geralmente possuem necessidades sociais.

Outra diferença encontrada com relação ao gênero diz respeito ao meio-ambiente, especialmente na condição financeira, o que pode ser explicado pelo maior número de mulheres que não trabalha ou recebe um salário inferior ao do sexo masculino.

Com relação ao nível de escolaridade, o único domínio que não sofreu influência foi o das relações sociais, podendo-se dizer que, quanto maior a escolaridade, maior a percepção positiva dos usuários de sua qualidade de vida, isto é, mais confiantes eles encontram-se na vida diária.

Com relação à adesão, percebe-se que há uma relação entre qualidade de vida global e adesão, sendo elas diretamente proporcionais. Desta forma, aparentemente, os usuários que tem uma percepção de uma melhor qualidade de vida e saúde geralmente são aqueles que percebem a importância do cumprimento do que foi prescrito pelo médico.

5.6.1 Qualidade de Vida e Indicadores de Qualidade da Prescrição

A qualidade de vida também é um indicador de qualidade da prescrição, isto é, uma forma de verificar o benefício e/ou o prejuízo trazido para o paciente (AZPIAZU GARRIDO *et al.*, 2003; ANDERSEN, 2006). Desta forma, a análise feita ao associar a qualidade de vida à qualidade da prescrição de medicamentos, utiliza indicadores de qualidade da prescrição.

Os indicadores da OMS não influenciaram a qualidade de vida da amostra estudada.

Pode-se dizer que indivíduos com prescrições contendo medicamentos da mesma classe farmacológica possuem uma pior qualidade de vida que os demais, especialmente no domínio físico e na auto-avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde. A pior qualidade de vida verificada nos usuários destas prescrições pode se dar pelo maior risco de efeitos adversos e interações entre medicamentos destas prescrições, que, por sua vez, afeta a morbidade dos indivíduos (FRANIC e JIANG, 2006). Ou, ainda, este tipo de prescrição pode estar mostrando um padrão de gravidade da doença, refletindo em uma baixa qualidade de vida.

O uso de medicamentos de controle especial parece influenciar a qualidade de vida, tornando a mais pobre, especialmente na parte física, psicológica e na auto-avaliação de qualidade de vida e satisfação com a saúde. Esta influência deve ocorrer por se tratar de pacientes com altos níveis de ansiedade, depressão e

estresse, onde o pensamento é afetado pelo negativismo, com tendência a sentirem-se insatisfeitos com os aspectos de sua vida. Segundo GORMAN (2006), o estresse na vida das pessoas pode induzir a uma maior vulnerabilidade do organismo, além de produzir depressão crônica. Além disso, estes medicamentos podem aumentar o risco de sedação, de interações e efeitos adversos no sistema nervoso central, afetando aspectos físicos e psicológicos da qualidade de vida do usuário.

A pesquisa de SPITZER e colaboradores (1995) - que compara a qualidade de vida de pacientes com transtornos psiquiátricos com a de pacientes em outras condições médicas – sugere que as doenças mentais contribuem para um prejuízo na qualidade de vida. Resultados que concordam com os achados de FLECK e colaboradores (2002) - utilizando o mesmo instrumento com 2.201 usuários de serviços de saúde primários de Porto Alegre -, onde os sintomas depressivos tiveram alta associação com uma pior qualidade de vida. Resultados idênticos também foram encontrados por SAMPOGNA e colaboradores (2004), através da aplicação do instrumento General Health Questionnaire (GHQ-12) em pacientes com morbidades psiquiátricas. E, na avaliação da qualidade de vida utilizando o WHOQOL-Bref em pacientes com esquizofrenia hospitalizados que utilizavam antipsicóticos comparados com uma população normal, o resultado obtido foi a redução da qualidade de vida pelo comportamento depressivo (NORHOLM e BECH, 2006)

Mas esse impacto não se restringe à sintomatologia da doença, há evidências de que os pacientes depressivos utilizam os serviços médicos com maior frequência, além da diminuição da produtividade no trabalho e do prejuízo da qualidade de vida quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico (JOHNSON *et al.*, 1992).

A não associação entre a qualidade de vida e os outros indicadores pode ser pela ausência de interferência ou pela baixa adesão da amostra estudada.

5.6.2 Limitações do Estudo

Este estudo não teve uma amostra representativa da população de Santa Cruz do Sul, pois foram selecionados somente pacientes que utilizaram o serviço de saúde nas Unidades do Programa de Saúde da Família entre o período de março a

abril de 2006. Desta forma, a amostra pode não valer para toda a população do município, mas é muito provável que ela represente o usuário do PSF – pois participaram pacientes em sua maioria mulheres, com baixo nível de escolaridade, que não trabalham, em estágios da doença de menor gravidade.

A amostra do estudo é apenas uma pequena parte dos usuários de medicamentos e pode alterar-se em outros lugares, em outras circunstâncias, em outras doenças, em outros sistemas de saúde e em outros tempos.

5.7 CONCLUSÕES

A população estuda tem uma percepção boa de sua qualidade de vida e condições de saúde no geral, mas quando questionados sobre os diversos aspectos em particular, os usuários parecem admitir algumas fraquezas e deficiências – especialmente nos aspectos físicos e financeiros.

As variáveis estudadas parecem não interferir nas relações sociais dos entrevistados, e o domínio físico foi o mais afetado. Percebeu-se a que a qualidade de vida da população estudada está relacionada a certas variáveis sócio-demográficas – como gênero, idade e escolaridade.

Com relação ao uso dos medicamentos, o que afetou negativamente a qualidade de vida foi a utilização de mais de um medicamento da mesma classe farmacológica e o uso de medicamentos de controle especial.

Por meio destes resultados, pôde-se conhecer melhor o perfil dos usuários do Programa de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul (RS), assim como algumas de suas carências – especialmente no aspecto financeiro e dependência de tratamento médico. Estas deficiências são comuns na realidade de vida da amostra, visto que são pessoas de um nível sócio-econômico mais baixo e que estavam procurando auxílio médico quando foram avaliados.

Também foi possível verificar que os entrevistados que tiveram uma melhor percepção de seu estado de saúde e qualidade de vida, são os mesmos que percebem o processo da doença de forma mais ampla, através do cumprimento do tratamento prescrito pelo médico.

6 DISCUSSÃO

A polifarmácia, a subutilização de fármacos necessários e o uso inadequado de medicamentos foram aspectos avaliados neste estudo e são formas de abordar a qualidade do uso de medicamentos.

Com relação à prescrição de medicamentos, através da criação de novos indicadores que avaliam sua qualidade, pôde-se perceber prescrições contendo mais de um medicamento da mesma classe farmacológica, bem como mais de um medicamento para tratar a mesma doença. Essas prescrições podem conter medicamentos desnecessários, acarretando maior custo para a comunidade, além de risco de não adesão, diminuição da qualidade de vida, efeitos indesejados e interações para os usuários. O uso excessivo de medicamentos deve-se, entre outras coisas, à pressão que o médico sofre na hora de prescrever, à inadequada educação e inadequado monitoramento dos pacientes (ROBERTSON, *et al.*, 2001; ROTH, 2004).

Outro aspecto avaliado foi a prescrição de medicamentos de controle especial, indicados especialmente para a população jovem, que pode ser resultado da maior prevalência de doenças relacionadas ao sistema nervoso, bem como do uso indiscriminado deste tipo de medicamento.

Além disso, as prescrições avaliadas são deficientes das informações mínimas necessárias para o uso racional do medicamento, e estas informações devem estar escritas, pois metade dos pacientes não lembrava das recomendações feitas durante a consulta.

Como só os dados contidos na prescrição nos fornecem informações limitadas dos fatores individuais do paciente importantes para a qualidade da prescrição (ANDERSEN, 2006), se buscou conhecer o nível de informação do paciente com relação à prescrição, a complexidade desta, a adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida.

Os baixos resultados encontrados no nível de informação da prescrição podem ser pela falta de memória dos pacientes com relação ao que foi prescrito, e, também, de uma pressão que os médicos sofrem ao ter de atender um maior

número de pacientes em um curto espaço de tempo. Assim, a adesão não ocorre como o esperado e os resultados dos tratamentos não são positivos.

Alguns usuários não dão importância aos horários de utilização dos medicamentos e preferem realizar ajustes na prescrição que eles mesmos concluem como melhores, isto é, a necessidade de empoderamento do paciente com relação ao medicamento. Esse comportamento não é adequado porque a amostra estudada apresenta baixo nível de conhecimento da utilização de seus medicamentos segundo os parâmetros estudados.

Foi observado que, em pacientes que participavam dos grupos disponíveis nas Unidades de PSF, o nível de informação era superior, demonstrando a eficácia destes grupos. Mas como não são todas as pessoas que participam dos grupos, deve haver um programa de assistência continuada personalizada, que atinja toda a população.

Com relação à qualidade de vida, foi observado que os usuários possuem uma boa percepção de seu estado de saúde e qualidade de vida, especialmente àqueles que demonstraram saber da importância do cumprimento adequado da prescrição. Alguns aspectos que mostraram ter relação com a diminuição da qualidade de vida foram: aumento da idade, menor escolaridade, uso de mais de um medicamento da mesma classe farmacológica e uso de medicamentos de controle especial.

Os resultados encontrados neste estudo nos remete a pensar que, além das prescrições inapropriadas, falta, ainda, maior atenção aos aspectos farmacológicos do tratamento, através da educação e monitoramento do paciente, resultados estes que também foram encontrados por HIGASHI e colaboradores (2004) em seu estudo. Cabe ressaltar que maior atenção ao paciente nos serviços públicos requer tempo, assistência, suporte político e mudança cultural para vencer as barreiras (ASADI-LARI *et al.*, 2004).

7 CONCLUSÕES

Através dos indicadores propostos, percebeu-se a necessidade de avaliar a relação custo-benefício e a segurança do paciente na hora de prescrever.

Os indicadores de qualidade da prescrição ainda devem ser aperfeiçoados e validados, pois o objetivo neste estudo foi ampliar e colaborar com os estudos de qualidade da prescrição. Mas, de qualquer maneira, estes indicadores detectaram os problemas das prescrições, além disso, eles possibilitam acompanhar as práticas de prescrição de medicamentos sem que isso demande o exercício de treinamentos complexos e sem que haja a necessidade de aplicação de grandes recursos para a pesquisa de tais indicadores.

Com relação ao uso dos medicamentos, deve-se focar na educação continuada e acompanhamento dos usuários para aumentar a adesão e diminuir o desperdício de recursos, intervindo quando necessário para a redução de problemas na terapia medicamentosa. Para tanto, é necessária colaboração e comunicação, com profissionais com postura pedagógica para formar um construto coletivo que incorpore a atenção e o desejo de compartilhar.

Os resultados de qualidade de vida revelaram a relevância dos indicadores propostos. Também reforçaram a idéia de que pode-se e deve-se aumentar a adesão.

O monitoramento da prescrição e a educação necessitada pelos usuários previnem problemas relacionados aos medicamentos, além de realçarem os resultados terapêuticos, econômicos – para o usuário e para a sociedade - e os relatados pelos pacientes – como a qualidade de vida.

Desta maneira, sugere-se: a) realização de outros estudos, entre regiões com perfis epidemiológicos semelhantes, como forma de validar os indicadores propostos; b) criação de programas de educação continuada que incentivem os prescritores quanto a uma prescrição mais racional, assim como uma melhor qualidade da atenção farmacêutica; c) cumprimento da legislação quanto aos genéricos, sem dispensação de receitas fora da regulamentação; d) desenvolvimento de pesquisas qualitativas junto ao serviço de saúde como forma de

avaliar fatores componentes do uso não racional de medicamentos; e) participação efetiva do farmacêutico no PSF, através da atenção farmacêutica, que tem como objetivos ampliar os benefícios dos medicamentos e reduzir os riscos de seu uso.

A incorporação dos métodos apresentados às práticas avaliativas auxiliará o uso racional de medicamentos.

8 REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F.A.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S.M.S.; TERCEIRO, L.G.V.; VIEIRA FILHO, J.M.; COUTINHO, K.E.O.M.; CALDEIRA, K.V.; CABRAL, L.H.P.; SANTOS, M.C.F.; ABRANTES, P.M.; VALE, S.A.; SOUZA, M.C. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (1): 72-79, 2004.
- AMADO GUIRADO, E.; MADRIDEJOS MORA, R.; PEREZ RODRIGUEZ, M.; PUIG, X. Relationship between quality and cost of the drug prescription in primary care. *Atencion Primaria*, 25 (7): 464 – 468, 2000.
- ANDERSEN, M. Is it possible to measure prescribing quality using only prescription data? *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 98 (3): 314 – 319, 2006.
- ASADI-LARI, M.; TAMBURINI, M.; GRAY, D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2: 32, 2004.
- ATKINSON, M.J.; SINHA, A.; HASS, S.L.; COLMAN, S.S.; KUMAR, R.N.; BROD, M.; ROWLAND, C. Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a National Panel Study of Chronic Disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2: 12, 2004.
- AZEVEDO, N.D.A. Conhecimento do Paciente Hospitalizado sobre o Uso de Digital. *Revista Baiana de Enfermagem*, 3: 95-111, 1987.
- AZNAR, A. S.; CASTAÑON, D. G. Quality of life from the point of view of Latin American families: a participative research study. *Journal of intellectual disability research*, 49 (10): 784 – 788, 2005.
- AZPIAZU GARRIDO, M.; CRUZ JENTOFT, A.; VILLAGRASA FERRER, J. R.; ABANADES HERRANZ, J. C.; GARCÍA MARÍN, N.; ÁLVAREZ DE MON REGO, C. Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Atención Primaria*, 31 (5): 285 – 292, 2003.
- BALKRISHNAN, R. Predictors of medication adherence in the elderly. *Clinical Therapeutics*, 20 (4): 764 – 771, 1998.
- BARBER, N; BRADLEY, C.; BARRY, C.; STEVENSON, F.; BRITTEN, N.; JENKINS, L. Measuring the appropriateness of prescribing in primary care: are current measures complete? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 30 (6): 533 – 539, 2005.
- BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. A. “Qualidade de Vida”: um novo Conceito para a Pesquisa e Prática em Psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4): 249 -252, 2003.
- BONNER, C. J.; CARR, B. Medication compliance problems in general practice: detection and intervention by pharmacists and doctors. *The Australian Journal of Rural Health*, 10 (1): 33 – 38, 2002.
- BRASIL. Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o

medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível em <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16622&word>>. Acesso em 27.07.2006.

BRASIL. Portaria n. 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=21901&word>>. Acesso em 31.10.2006.

BRASIL. Portaria n. 1.179, de 17 de junho de 1996. Aprova as Denominações Comuns Brasileiras, DCB. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>>. Acesso em 07.06.2005.

BRASIL. Portaria n. 1.587, de 03 de setembro de 2002. Aprova a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/essencial.htm>>. Acesso em 06.06.2005.

BRITTEN, N.; JENKINS, L.; BARBER, N.; BRADLEY, C.; STEVENSON, F. Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice. *Quality & Safety in Health Care*, 12 (4): 246 – 250, 2003.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining Quality of Care. *Social Science & Medicine*, 51 (11): 1611-1625, 2000.

CASTRO, C. G. S. O. (Cord). Estudos de Utilização de Medicamentos. Noções Básicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 90 p.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994 – 2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 supl: 191 - 202, 2002.

CONN, V. S.; TAYLOR, S. G.; KELLEY, S. Medication regimen complexity and adherence among older adults. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23 (4): 231 – 235, 1991.

COSTE, J.; VENOT, A. An epidemiologic approach to drug prescribing quality assessment: a study in primary care practice in France. *Medical Care*, 37 (12): 1294 – 1307, 1999.

DATASUS. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. 2006. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em 28.04.2006.

DONABEDIAN, A. Twenty Years of Research on Quality of Medical Care. 1965 – 1984. *Evaluation and the Health Professions*, 8 (3): 243-265, 1985.

DONOVAN, J.; BLAKE, D. R. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision making? *Social Science & Medicine*, 34 (5): 507-513, 1992.

FITTEN, L. J.; COLEMAN, L.; SIEMBIEDA, D. W.; YU, M.; GANZELL, S. Assessment of capacity to comply with medication regimens in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43 (4): 361-367, 1995.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da Versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2): 198-205, 2000.

FLECK, M. P.; LIMA, A. F.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4): 431 - 438, 2002.

FLORES, L. M. *Caracterização dos Medicamentos Utilizados por Idosos em uma Região do Município de Porto Alegre*. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 140 p.

FRANCO, A. L.; BASTOS, A. C.; ALVES V. S. A Relação Médico-Paciente no Programa de Saúde da Família: um Estudo em três Municípios da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1): 246-255, 2005.

FRANIC, D. M.; JIANG, J. Z. Potentially inappropriate drug use and health-related quality of life in the elderly. *Pharmacotherapy*, 26 (6): 768 – 778, 2006.

FU, A. Z.; LIU, G. G. Inappropriate medication use and health outcomes in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (11): 1934 – 1939, 2004.

GARJON PARRA F. J.; ALLER BLANCO, A. I.; BUISAN GIRAL, M. J.; ELFAU MAIRAL, M.; CELAYA LECEA, M. C. Selection of quality indicators for primary care prescription through a consensus group. *Atencion Primaria*, 38 (1): 39-44, 2006.

GEORGE, J.; PHUN, Y. T.; BAILEY, M. J.; KONG, D. C.; STEWART, K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38 (9): 1369 – 1376, 2004.

GOMEZ-CASTRO, M. J.; ARCOS, P.; RUBIERA, G.; RIGUEIRA, A. I. Comparasion of two models of prescription quality indicators in primary care. *Gaceta Sanitaria*, 17 (5): 375-383, 2003.

GORMAN, J. M. Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gender Medicine*, 3 (2): 93 – 109, 2006.

GRANT, R. W.; O'LEARY, K. M.; WEILBURG, J. B.; SINGER, D. E.; MEIGS, J. B. Impact of concurrent medication use on statin adherence and refill persistence. *Archives of Internal Medicine*, 164 (21): 2343 – 2348, 2004.

HEATH, I. A Wolf in sheep's clothing: a critical look at the ethics of drug taking. *British Medical Journal*, 327 (7419): 856-858, 2003.

HENDERSON, A. S.; JORM, A. F.; KORTEN, A. E.; JACOMB, P.; CHRISTENSEN, H.; RODGERS, B. Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence

for a decline in prevalence with age. *Psychological Medicine*, 28 (6): 1321 – 1328, 1998.

HIGASHI, T.; SHEKELLE, P. G.; SOLOMON, D. H.; KNIGHT, E. L.; ROTH, C.; CHANG, J. T.; KAMBERG, C. J.; MACLEAN, C. H.; YOUNG, R. T.; ADAMS, J.; REUBEN, D. B.; AVORN, J.; WENGER, N. S. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Annals of Internal Medicine*, 140 (9): 714 – 720, 2004.

HOGERZEIL, H. V.; BARNES, K.I.; HENNING, R.H.; KOCA BASOGLU, Y.E.; MÖLLER, H.; SMITH, A.J.; SUMMERS, R.S.; VRIES, T.P.G.M. *Guia do Instrutor em Práticas de Boa Prescrição Médica. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Departamento de Medicamentos Essenciais e Políticas de Medicamentos*, 2001.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Estudos sobre el cumplimiento del paciente em países em desarrollo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 116 (6): 518-534, 1994.

HOOPER, R.; RONA, R. J.; FRENCH, C.; JONES, M.; WESSELY, S. Unmet expectations in primary care and the agreement between doctor and patient: a questionnaire study. *Health Expectations*, 8 (1): 26 - 33, 2005.

HOVEN, J. L.; HAAIJER-RUSKAMP, F. M.; VANDER STICHELE, R. H. Indicators of prescribing quality in drug utilisation research: report of a European Meeting (DURQUIM, 13-15 May 2004). *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60 (11): 831-834, 2005.

HUNT, S. M.; MCKENNS, S. P. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*, 22: 307 – 319, 1992.

JENKINS, L.; BRITTEN, N.; STEVENSON, F.; BARBER, N.; BRADLEY, C. Developing and using quantitative instruments for measuring doctor-patient communication about drugs. *Patient Education and Counseling*, 50 (3): 273 – 278, 2003.

JOHNSON, J.; WEISSMAN, M. M.; KLERMAN, G. L. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *The Journal of the American Medical Association*, 267: 1478 – 1483, 1992.

JOHNSON, M.; GRIFFITHS, R.; PIPER, M.; LANGDON, R. Risk factors for an untoward medication event among elders in community-based nursing caseloads in Australia. *Public Health Nursing*, 22 (1):36 – 44, 2005.

KERSSENS, J. J.; GROENEWEGEN, P. P.; SIXMA, H. J.; BOERMA, W. G. W.; VAN DER EIJK, I. Comparison of Patient Evaluations of Health Care Quality in Relation to WHO Measures of Achievement in 12 European Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (2): 106-114, 2004.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (2): s43-s50, 2005.

LAWS, M. B.; WILSON, I. B.; BOWSER, D. M.; KERR, S. E. Taking antiretroviral therapy for HIV infection: learning from patients' stories. *Journal of General Internal Medicine*, 15 (12): 848-858, 2000.

LAY, J. N.; CHEN, H. J.; CHEN, C. M.; CHEN, P. C.; WANG, J. D. Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: assessment using the WHOQOL-Bref questionnaire. *Climacteric: the Journal of the International Menopause Society*, 9 (2): 119 – 128, 2006.

LLOYD-SHERLOCK, P. Population Ageing in Developed and Developing Regions: Implications for Health Policy. *Social Science & Medicine*, 51: 887-895, 2000.

LO, A.; RYDER, K.; SHORR, R. I. Relationship between patient age and duration of physician visit in ambulatory setting: does one size fit all? *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (7):1162 – 1167, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família*. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 23.12.2005.

MOHAN, A.; MOHAN, C.; BHUTANI, M.; PATHAK, A. K.; PAL, H.; DAS, C.; GULERIA, R. Quality of life in newly diagnosed patients with lung cancer in a developing country: is it important? *European Journal of Cancer Care*, 15 (3): 293 - 298, 2006.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24 (1): 67 – 74, 1986.

MOSEGUI, G. B. G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R. P.; VIANNA, C. M. M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 33(5): 437 -444, 1999.

MURPHY, A. L.; FLEMING, M.; MARTIN-MISENER, R.; SKETRIS, I. S.; MACCARA, M.; GASS, D. Drug information resources used by nurse practitioners and collaborating physicians at the point of care in Nova Scotia, Canada: a survey and review of the literature. *BMC Nursing*, 5 (5), 2006.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of Pharmaceutical Assistance in Public Primary Care in Brasília, Brazil. *Revista Saúde Pública*, 39 (2): 223-230, 2005.

NORHOLM, V.; BECH, P. Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60 (1): 32 – 37, 2006.

O'BRIEN, M. K.; PETRIE, K.; RAEBURN, J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Medical Care Review*, 49 (4): 435 – 454, 1992.

ODUBANJO, E.; BENNETT, K.; FEELY, J. Influence of socioeconomic status on the quality of prescribing in the elderly – a population based study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 58 (5): 496 - 502, 2004.

OTOOM, S.; BATIEHA, A.; HADIDI, H.; HASAN, M.; AL-SAUDI, K. Evaluation of drug use in Jordan using WHO prescribing indicators. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 8 (4-5): 544-549, 2002.

PASCOE, G. C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6 (3 – 4): 185-210, 1983.

PATEL, V. L.; BRANCH, T.; AROCHA, J. F. Errors in interpreting quantities as procedures: the case of pharmaceutical labels. *International Journal of Medical Informatics*, 65: 193-211, 2002.

POUND, P.; BRITTEN, N.; MORGAN, M.; YARDLEY, L.; POPE, C.; DAKER-WHITE, G.; CAMPBELL, R. Resisting Medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine*, 61 (1): 133-155, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2006 – 2009 –. Disponível em: <http://www.pmscs.rs.gov.br/index.php?acao=areas&areas_id=17>. Acesso em 15.09.2006.

PRESKORN, S. H.; SILKEY, B.; SHAH, R.; NEFF, M.; JONES, T. L.; CHOI, J.; GOLBECK, A. L. Complexity of medication use in the Veterans Affairs healthcare system: Part I: Outpatient use in relation to age and number of prescribers. *Journal of Psychiatric Practice*, 11 (1): 5 – 15, 2005.

RASMUSSEN, H. M.; SONDERGAAR, J.; KAMPMANN, J. P.; ANDERSEN, M. General practitioners prefer prescribing indicators based on detailed information on individual patients: a Delphi study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 61 (3):237 – 241, 2005.

RENZI, C.; TABOLLI, S.; PICARDI, A.; ABENI, D.; PUDDU, P.; BRAGA, M. Effects of patient satisfaction with care on health-related quality of life: a prospective study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 19 (6): 712 – 718, 2005.

RIBEIRO, A. Q.; ARAÚJO, C. M. C.; ACURCIO, F. A.; MAGALHÃES, S. M. S.; CHAIMOWICZ, F. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4): 1037 – 1045, 2005

RICHTER, A.; ANTON, S. E.; KOCH, P.; DENNETT S. L. The impact of reducing dose frequency on health outcomes. *Clinical Therapies*, 25 (8): 2307 – 2335, 2003.

ROBERTSON, J; FRYER, J. L.; O'CONNELL, D. L.; SMITH, A. J.; HENRY, D. A. Personal formularies. An index of prescribing quality? *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57 (4): 333 – 341, 2001.

ROTH, M. T. *Take 10 pills and call me in the morning: the quality of medication use in older adults*: Program on Health Outcomes, 5th Annual Summer Outcomes Day, UNC-Chapel Hill, 2004.

ROZENFELD, S. Prevalência, Fatores Associados e Mau Uso de Medicamentos entre os Idosos: uma Revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3): 717-724, 2003.

SAMPOGNA, F.; PICARDI, A.; CHREN, M. M.; MELCHI, C. F.; PASQUINI, P.; MASINI, C.; ABENI, D. Association between poorer Quality of Life and Psychiatric Morbidity in Patients with different dermatological conditions. *Psychosomatic Medicine*, 66: 620 – 624, 2004.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. Prescription and patient-care indicators in healthcare services. *Revista Saúde Pública*, 38(6): 819-826, 2004.

SATURNO HERNANDEZ, P.J. Monitoring the use of drugs for improving the quality of prescribing. Problems, methods and indicators. *Atencion Primaria*, 18 (6): 331-338, 1997.

SCHENKEL, E.P (org). *Cuidados com os Medicamentos*. 3 ed. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. 173 p.

SHALANSKY, S. J.; LEVY, A. R. Effect of number of medications on cardiovascular therapy adherence. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36 (10): 1532 – 1539, 2002.

SHIKIAR, R.; RENTZ, A. M. Satisfaction with medication: an overview of conceptual, methodologic, and regulatory issues. *Value in Health*, 7 (2): 204-215, 2004.

SILKEY, B.; PRESKORN, S. H.; GOLBECK, A. L.; SHAH, R.; NEFF, M.; JONES, T. L.; CHOI, J. Complexity of medication use in the veterans affairs healthcare system: part II. Antidepressant use among younger and older outpatients. *Journal of Psychiatric Practice*, 11 (1): 16 – 26, 2005.

SILVA, T. *Caracterização e Análise do Nível de Informação sobre Medicamentos Prescritos a Pacientes Ambulatoriais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: UFRGS, 1999. 162 p.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3): 839 - 847, 2003.

SLEVIN, M. L.; PLANT, H.; LYNCH, D.; DRINKWATER, J.; GREGORY, W. M. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57 (1): 109-112, 1988.

SPIPKER, B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. 11 - 23.

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; LINZER, M.; HAHN, S. R.; WILLIAMS, J. B.; DEGRUY, F. V.; BRODY, D.; DAVIES, M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *The Journal of the American Medical Association*, 274 (19): 1511 – 1517, 1995.

STEINE, S.; FINSET, A.; LAERUM, E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice*, 18 (4): 410 – 418, 2001.

STEVENSON, F. A.; GREENFIELD, S. M.; JONES, M.; NAYAK, A.; BRADLEY, C. P. GPs' Perceptions of Patient Influence on Prescribing. *Family Practice*, 16 (3): 255-261, 1999.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A Prescrição Medicamentosa sob a Ótica do Paciente Idoso. *Revista Saúde Pública*, 35 (2): 207-213, 2001.

THE WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment . *Psychological Medicine*, 28 (3): 551 – 558, 1998a.

THE WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. *Social Science & Medicine*, 46: 1569 – 1585, 1998b.

UFRGS. Psiquiatria. WHOQOL ABREVIADO – Versão em Português. Programa de Saúde Mental. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 1998. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/psiq/breve.PDF>>. Acesso em 14.09.2006.

USHER K. Taking neuroleptic medicines as the treatment for schizophrenia: A phenomenological study. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 19 (3): 145-155, 2001.

VAN CAMPEN, C.; SIXMA, H. J.; KERSSSENS, J. J.; PETERS, L.; RASKER, J. J. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the quote-rheumatic-patients instrument. *British Journal of Rheumatology*, 37: 362-368, 1998.

VERDUGO, M. A.; SCHALOCK, R. L.; KEITH, K. D.; STANCLIFFE, R. J. Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10): 707, 2005.

WAELE, I. D.; LOON, J. V.; HOVE, G. V.; SCHALOCK, R. L. Quality of life versus quality of care: implications for people and programs. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2 (3 – 4): 229, 2005.

WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical classification system with Defined Daily Doses (ATC/DDD Index), 2006. Disponível em: < <http://www.whocc.no/atcddd/>>. Acesso em 04.07.2006.

WHO. How to Investigate Drug Use in Health Facilities. Geneva, 1993. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/library/theme/theme_res.shtml>. Acesso em 30.05.2005.

WHO. Rational use of medicines by prescribers and patients. EB115/40, 2004a. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/Baa5_40-en.pdf>. Acesso em 11.10.2006.

WHO. The Essential Medicines Concept: selecting a limited range of medicines to improve access to health care and quality of health care. WHO/EDM/2004b.3. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/rationale.shtml>>. Acesso em 04.07.2005>.

9 ANEXOS

9.1 AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DO SUL

9.2 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS

9.3 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome do estudo: **Aspectos da Prescrição e da Qualidade do Uso de Medicamentos no Programa de Saúde da Família**

Nº da entrevista: |_|_|_|_|

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – UFRGS.

Pesquisadora responsável: Farmacêutica Samanta Etges Fröhlich Fone: (51)98445368

1 OBJETIVOS DESTE ESTUDO

Estamos realizando um estudo sobre prescrições de medicamentos e qualidade de vida com usuários acima de 18 anos de idade do Programa de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul (RS).

2 EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O(a) Sr(a) terá que responder algumas perguntas sobre a prescrição de medicamentos recebida na consulta e sobre a sua qualidade de vida.

3 POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS

O possível desconforto desse estudo são algumas perguntas pessoais que serão feitas a(o) Sr(a). Outro possível desconforto será o tempo que o(a) Sr(a) irá gastar respondendo as perguntas da entrevista.

4 DIREITO DE DESISTÊNCIA

O(a) Sr(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento: a participação ou não nesta pesquisa não prejudicará a atendimento neste Posto de Saúde.

5 SIGILO

Todos os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa, podendo ser publicados somente com finalidade científica, mas garante-se o anonimato dos participantes.

6 CONSENTIMENTO

Declaro que, de acordo com as informações que me foram dadas, consinto em participar deste estudo.

|_|_|_|_|

Assinatura do Usuário do PSF

Assinatura do Pesquisador

9.4 QUESTIONÁRIO COMPLETO

Entrevista n°: ___|___|___ Pesquisador responsável: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Meu nome é _____ e estamos realizando uma pesquisa sobre a prescrição de medicamentos recebida na consulta médica. Gostaria de saber se é possível realizar uma entrevista com o(a) Sr(a) sobre a sua prescrição médica. Esta entrevista possui duração média de 25 minutos.	
1 – Unidade de Programa de Saúde da Família	1 – <i>P. Gaspar Bartolomay</i> 2 – <i>P. Pedreira</i> 3 – <i>P. Cristal-Harmonia</i> 4 – <i>P. Glória-Imigrante</i> 5 – <i>P. Menino Deus</i> 6 – <i>P. Bom Jesus</i> 7 – <i>P. Faxinal</i> 8 – <i>P. Margarida Aurora</i>
2 – Sexo	1 – <i>Masculino</i> 2 – <i>Feminino</i>
3 – Idade	_ _
4 – Data da entrevista	_ _ _ _ _ _ _
5 – Horário do início da entrevista	_ _ _ _
6 – Por que realizou a consulta médica?	
7 – CID do motivo da consulta:	_ _ _ _ _ _ _ _ _
8 – Você já utilizou este(s) medicamento(s) antes?	1 – <i>Sim, vá para pergunta 9</i> 2 – <i>Não, vá para pergunta 10</i>
9 – Você ficou satisfeito(a) com a prescrição recebida?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
10 – Nesta consulta foram lhe receitado(s) medicamento(s) novo(s) ou continua(m) o(s) mesmo(s) de anteriormente?	1 – <i>Há medicamento(s) novo(s)</i> 2 – <i>É(são) o(s) mesmo(s) de anteriormente</i> 3 – <i>As duas anteriores</i>
11 – Você já teve algum problema com o medicamento?	1 – <i>Sim, qual(is):</i> 2 – <i>Não</i>
12 – Qual o número de medicamentos que você acha ideal um médico prescrever?	_ _
13 – Você gosta quando o médico receita medicamento genérico?	1 – <i>Não gosto</i> 2 – <i>Tanto faz genérico ou não</i> 3 – <i>Gosto</i>

14 – Você gosta quando o médico receita antibiótico para o seu problema de saúde?	1 – Não gosto 2 – Tanto faz se for antibiótico ou não 3 – Gosto		
15 – Você acha interessante o médico receitar um medicamento na forma injetável para seu problema de saúde?	1 – Não 2 – Tanto faz se for injetável ou não 3 – Sim		
16 – Você gosta quando o medicamento que o médico lhe prescreveu está disponível na Farmácia Básica Municipal?	1 – Não 2 – Não faz diferença 3 – Sim		
17 - Classifique a importância dos seguintes itens para realizar seu tratamento medicamentoso.			
	1 - Importante	2 - Indiferente	3 - Não é importante
Medicamentos de baixo preço.			
Medicamentos novos no mercado.			
Medicamento que é preciso tomar somente uma vez ao dia.			
Medicamento onde a duração do tratamento seja a menor possível.			
Medicamento que não causa efeitos colaterais.			
18 – Há outro item que você considera importante que não foi falado anteriormente?			

As seguintes perguntas referem-se aos medicamentos que você irá tomar ou já está tomando, não se preocupe em acertar ou não, pois todas as respostas serão bem-vindas.

No caso de existir mais de um medicamento prescrito, será considerado o primeiro da prescrição médica recebida para responder as questões do número 19 até a 31.

19 – Qual o nome do medicamento prescrito?	1 – Não sabe 2 - _____(resposta)
20 - Para que o médico lhe receitou este medicamento?	1 – Não sabe 2 - _____(resposta)
21 - Qual a dose que você deve tomar do medicamento?	1 – Não sabe 2 - _____(resposta)
22 – Quais os horários que você deve administrar o medicamento?	1 – Não sabe 2 - _____(resposta)
23 - Por quanto tempo deve utilizar o medicamento prescrito?	1 – Não sabe 2 - _____(resposta) 3 – Indefinido
24 – Como você deve utilizar o medicamento prescrito?	1 – Não sabe 2 - _____(resposta)
25 – O que você deve fazer se esquecer de tomar uma ou mais doses?	1 – Não sabe 2 - _____(resposta)

26 – Há algum outro medicamento ou alimento ou bebida que você deve evitar enquanto estiver fazendo uso do medicamento?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i> 3 – <i>Não sabe</i>
27 - Este remédio pode lhe causar reações desagradáveis?	1 – <i>Sim, vá para a pergunta 28</i> 2 – <i>Não, vá para a pergunta 29</i> 3 – <i>Não sabe, vá para a pergunta 29</i>
28 – Você já apresentou alguma(s) desta(s) reação(ões)?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
29 – Você lembra se recebeu alguma recomendação ou cuidado especial em relação ao(s) medicamento(s) prescrito(s)?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i> 3 – <i>Não recorda</i>
30 – Você necessita de maiores informações para tomar o seu medicamento?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
31 – Quais destas informações você necessita: a) Como tomar o medicamento	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
b) Por quanto tempo precisa tomar o medicamento	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
c) Se o medicamento pode causar alguma reação desagradável	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
d) Se há algum outro medicamento que você não pode tomar enquanto estiver tomando este	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
32 – Você alguma vez já esqueceu de tomar o seu medicamento?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
33 – Você é descuidado quanto ao uso de medicamentos?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
34 – Quando você se sente melhor, você geralmente pára de tomar o medicamento?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
35 – Quando você se sente pior tomando o medicamento, você pára de tomar ele?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>

Você deve pensar nas suas duas últimas semanas de vida para responder as perguntas:

36 - Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1 - <i>Muito ruim</i> 2 – <i>Ruim</i> 3 - <i>Nem ruim nem boa</i> 4 – <i>Boa</i> 5 - <i>Muito boa</i>
37 - Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>

38 - Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1 – Nada 2 - <i>Muito pouco</i> 3 - <i>Mais ou menos</i> 4 – <i>Bastante</i> 5 – <i>Extremamente</i>
39 - O quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?	1 – Nada 2 - <i>Muito pouco</i> 3 - <i>Mais ou menos</i> 4 – <i>Bastante</i> 5 – <i>Extremamente</i>
40 - O quanto você aproveita a vida?	1 – Nada 2 - <i>Muito pouco</i> 3 - <i>Mais ou menos</i> 4 – <i>Bastante</i> 5 – <i>Extremamente</i>
41 - Em que medida você acha que sua a vida tem sentido?	1 – Nada 2 - <i>Muito pouco</i> 3 - <i>Mais ou menos</i> 4 – <i>Bastante</i> 5 – <i>Extremamente</i>
42 - O quanto você consegue se concentrar?	1 – Nada 2 - <i>Muito pouco</i> 3 - <i>Mais ou menos</i> 4 – <i>Bastante</i> 5 – <i>Extremamente</i>
43 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1 – Nada 2 - <i>Muito pouco</i> 3 - <i>Mais ou menos</i> 4 – <i>Bastante</i> 5 – <i>Extremamente</i>
44 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1 – Nada 2 - <i>Muito pouco</i> 3 - <i>Mais ou menos</i> 4 – <i>Bastante</i> 5 – <i>Extremamente</i>
45 - Você tem energia o suficiente para seu dia-a-dia?	1 – Nada 2 - <i>Muito pouco</i> 3 - <i>Médio</i> 4 – <i>Muito</i> 5 – <i>Completamente</i>

46 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1 – Nada 2 - Muito pouco 3 - Médio 4 – Muito 5 – Completamente
47 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1 – Nada 2 - Muito pouco 3 - Médio 4 – Muito 5 – Completamente
48 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1 – Nada 2 - Muito pouco 3 - Médio 4 – Muito 5 – Completamente
49 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1 – Nada 2 - Muito pouco 3 - Médio 4 – Muito 5 – Completamente
50 - Quão bem você é capaz de se locomover?	1 - Muito ruim 2 – Ruim 3 - Nem ruim nem bom 4 – Bom 5 - Muito bom
51 - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1 - Muito insatisfeito 2 – Insatisfeito 3 - Nem insatisfeito nem satisfeito 4 – Satisfeito 5 - Muito satisfeito
52 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1 - Muito insatisfeito 2 – Insatisfeito 3 - Nem insatisfeito nem satisfeito 4 – Satisfeito 5 - Muito satisfeito
53 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1 - Muito insatisfeito 2 – Insatisfeito 3 - Nem insatisfeito nem satisfeito 4 – Satisfeito 5 - Muito satisfeito

54 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>
55 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>
56 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>
57 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>
58 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>
59 - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>
60 - Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1 - <i>Muito insatisfeito</i> 2 – <i>Insatisfeito</i> 3 - <i>Nem insatisfeito nem satisfeito</i> 4 – <i>Satisfeito</i> 5 - <i>Muito satisfeito</i>
61 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1 – <i>Nunca</i> 2 - <i>Algumas vezes</i> 3 – <i>Freqüentemente</i> 4 - <i>Muito freqüentemente</i> 5 – <i>Sempre</i>

62 - Vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não, mas viveu</i> 3 – <i>Nunca viveu</i>
63 – A sua cor ou raça é:	1 – <i>Branca</i> 2 – <i>Preta</i> 3 – <i>Amarela</i> 4 – <i>Parda</i> 5 – <i>Indígena</i>
64 – Sabe ler e escrever?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
65 – Nível de Escolaridade:	1 - <i>Nunca freqüentou</i> 2 - <i>1º grau incompleto</i> 3 - <i>1º grau completo</i> 4 - <i>2º grau incompleto</i> 5 - <i>2º grau completo</i> 6 - <i>3º grau incompleto</i> 7 - <i>3º grau completo</i> 8 – <i>Além do 3º grau</i>
66 – Possui alguma renda mensal?	1 – <i>Sim, vá para a 67</i> 2 – <i>Não, vá para a 69</i>
67 – Qual é a renda mensal?	_ _ _ _ _ _ _
68 – Quantas pessoas dependem da sua renda mensal?	_ _
69 – Quantas pessoas vivem na mesma casa que você?	_ _
70 – Quantas pessoas da sua casa possuem alguma renda mensal?	_ _
71 - Qual a renda total da casa?	_ _ _ _ _ _ _
72 – Você por gentileza poderia me emprestar a sua prescrição de medicamentos para eu realizar algumas anotações. (Anotar todos os dados contido na prescrição).	
73 – Apresentou a prescrição	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>

74 – Classificação ATC do medicamento 1	_ _ _ _ _ _ _ _
75 – Classificação ATC do medicamento 2	_ _ _ _ _ _ _ _
76 – Classificação ATC do medicamento 3	_ _ _ _ _ _ _ _
77 – Classificação ATC do medicamento 4	_ _ _ _ _ _ _ _
78 – Classificação ATC do medicamento 5	_ _ _ _ _ _ _ _
79 – Classificação ATC do medicamento 6	_ _ _ _ _ _ _ _
80 – Classificação ATC do medicamento 7	_ _ _ _ _ _ _ _
81 – Classificação ATC do medicamento 8	_ _ _ _ _ _ _ _
82 – Número de medicamentos prescritos:	_ _
83 – Número de medicamentos prescritos pela denominação genérica:	_ _
84 - Existe pelo menos um antibiótico prescrito:	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
85 - Existe pelo menos um medicamento prescrito na forma de injetável:	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
86 – Número de medicamentos prescritos que constam na Lista de Medicamentos Essenciais do município:	_ _
87 – Número de medicamentos de controle especial	_ _
88 – Número de medicamentos para tratar a mesma doença	_ _
89 – Há medicamentos da mesma classe farmacológica	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
90 – A prescrição contém as informações mínimas necessárias para a realização do tratamento (nome, dose, posologia e duração do tratamento)?	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>
91 – Nível do conhecimento do usuário <i>versus</i> prescrição:	1 – <i>O usuário se limita ao conhecimento dos itens que constam na prescrição</i> 2 – <i>O usuário sabe mais do que consta na prescrição</i>
92 – Hora do fim da entrevista:	_ _ _ _
93 – Observações:	
Muito obrigado pela sua atenção e pelo tempo dedicado. Estimo-lhe melhoras	