

RECOMENDAÇÕES E PROTOCOLOS DE ACTUAÇÃO TERAPÊUTICA: RELEVÂNCIA PARA A QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO

Vasco A. J. Maria*

A prescrição de um ou mais agentes farmacológicos constitui a forma de terminar a maior parte das consultas médicas. O modo como os medicamentos são utilizados tem consequências óbvias para a saúde dos indivíduos e das populações e para a utilização eficiente dos recursos de saúde disponíveis. Este assunto interessa aos decisores políticos, aos profissionais de saúde, aos doentes e ao público em geral.

O acto de prescrição de um medicamento pode ser influenciado por múltiplos factores inerentes ao médico prescriptor, ao sistema de saúde e ao próprio doente/consumidor. O eventual efeito negativo destes factores pode traduzir-se em medicação redundante e desnecessária ou em medicação inadequada quanto ao medicamento, quanto à dosagem ou quanto ao tempo de medicação.

Uma parte importante das decisões de prescrição na prática clínica não é suportada em evidência científica válida. Deste modo, a prescrição racional de um medicamento deve ser o resultado da ponderação de diversos factores pelo médico: de natureza farmacodinâmica e farmacocinética, mas também considerações pragmáticas e de natureza económica.

A avaliação da qualidade da prescrição insere-se no processo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes. A prescrição é habitualmente considerada uma área de eleição na avaliação da qualidade da prática médica por se considerar que constitui uma importante fatia dos gastos com a saúde, pode influenciar significativamente o estado de saúde e bem-estar das populações e parece ser mais fácil de estudar do que outros aspectos da prestação de cuidados. No entanto, a prescrição é uma área controversa no que se refere à avaliação da qualidade, por razões que se prendem com a complexidade do fenómeno em análise, com a dificuldade na identificação de indicadores válidos e fiáveis para a sua medição e

com a dificuldade na interpretação das variáveis inter-regionais e locais e da sua influência nos resultados.¹

A utilização de normas de orientação clínica e protocolos de actuação terapêutica pode contribuir para melhorar a prestação de cuidados aos doentes e para uma prescrição mais racional. De facto, vários estudos mostram que o cumprimento de recomendações terapêuticas suportadas em evidência científica pode traduzir-se em melhores resultados em saúde e contribuir para uma melhor utilização dos recursos,² traduzindo-se, em alguns casos, em poupanças consideráveis para os sistemas de saúde.³

Contudo, existe evidência que a adesão às recomendações terapêuticas é, em geral, baixa, em diversas partes do mundo. Um estudo em doentes idosos diabéticos⁴ mostrou que apenas metade recebem o tratamento recomendado com IECA ou bloqueador do receptor da angiotensina II, apesar de a adesão às «guidelines» poder representar importantes benefícios clínicos nestes doentes de alto risco. A adesão a recomendações de base científica para prescrição segura de AINE no *Department of Veterans Affairs* é de apenas 27%.⁵ Num estudo realizado no Reino Unido⁶ verificou-se que menos de metade dos médicos seguem as recomendações locais quando escolhem um antibiótico. A adesão a recomendações para a prescrição de estatinas em cuidados primários é da ordem dos 20% na Suécia.⁷ A baixa adesão às recomendações por parte dos médicos pode ser justificada por várias ordens de razões: a ausência de consenso interpares, a falta de divulgação e promoção adequadas, a dificuldade de interpretação, a complexidade na aplicação prática e a desactualização rápida. Alguns tipos de intervenção têm sido usados para melhorar a adesão às recomendações, como sejam: a utilização de formulários específicos de prescrição, o aconselhamento directo ao prescriptor, a identificação prévia das necessidades de aprendizagem, o recurso a actividades interactivas, a intervenção sequencial

*Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina de Lisboa

e multidimensional, a utilização de instrumentos de apoio como fluxogramas e programas informáticos, a realização de auditorias com informação retroactiva ao prescriptor.⁸ Parece, portanto, que a simples existência de recomendações e protocolos terapêuticos não é suficiente para que sejam adoptados pelos médicos. Na verdade, a evidência científica por si só não é suficiente para mudar a prática clínica.⁹ Para que possam ser aceites e adoptadas pelos clínicos, é necessário que as recomendações terapêuticas resultem de consenso inter pares, sejam amplamente divulgadas e promovidas e sejam suportadas por instrumentos que permitam a sua utilização efectiva na prática clínica.

Parece ser precisamente esta a política adoptada pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia, através da produção e divulgação de recomendações que têm vindo a ser publicadas na *Acta Reumatológica Portuguesa*, e de que se destaca no presente número a actualização dos «Consensos para a utilização de terapêutica biológica na artrite reumatóide»,¹⁰ os «Consensos para o início e manutenção de terapêutica biológica na artrite idiopática juvenil»¹¹ e as «Recomendações para o diagnóstico e terapêutica da osteoporose».¹²

Estas recomendações, adequadamente divulgadas e actualizadas, podem constituir instrumentos importantes para melhorar a qualidade dos cuidados médicos prestados aos doentes reumáticos e para uma prescrição racional nesta área terapêutica.

Endereço para correspondência

Vasco A J Maria (MD, PhD)
Instituto de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina de Lisboa
Av Prof. Egas Moniz
1649-028 Lisboa
E-mail: vascomaria@fm.ul.pt

Referências

1. Maria VA. Qualidade da prescrição médica: necessidade de mais e melhor investigação. *Qualidade Saúde* 2005; 13: 10-15.
2. Shorr AF, Bodi M, Rodriguez A, Sole-Violan J, Garnacho-Montero J, Rello J. Impact of antibiotic guideline compliance on duration of mechanical ventilation in critically ill patients with community-acquired pneumonia. *Chest* 2006; 130: 93-100.
3. Thamer M, Zhang Y, Kaufman J, Stefanik K, Cotter DJ. Factors influencing route of administration for epoetin treatment among hemodialysis patients in the United States. *Am J Kidney Dis* 2006; 48: 77-87.
4. Winkelmayer WC, Fischer MA, Schneeweiss S, Wang PS, Levin R, Avorn J. Underuse of ACE inhibitors and angiotensin II receptor blockers in elderly patients with diabetes. *Am J Kidney Dis* 2006; 46: 1080-1087.
5. Abraham NS, El-Serag HB, Johnson MI et al. National adherence to evidence-based guidelines for the prescription of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Gastroenterology* 2005; 129: 1171-1178.
6. Ali MH, Kalima P, Maxwell SR. Failure to implement hospital antimicrobial prescribing guidelines: a comparison of two UK academic centres. *J Antimicrob Chemother* 2006; 57: 959-962.
7. Ohlsson H, Lindblad U, Lithman T et al. Understanding adherence to official guidelines on statin prescribing in primary health care – a multi-level methodological approach. *Eur J Clin Pharmacol* 2005; 61: 657-665.
8. Gay J. Changing physician prescribing behaviour. *Can J Clin Pharmacol* 2006; 13: 81-84.
9. Sekimoto M, Imanaka Y, Kitano M, Ishizaki T, Takahashi O. Why are physicians not persuaded by scientific evidence? A grounded theory interview study. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 92.
10. Grupo de Estudos de Artrite Reumatóide da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Consensos para a utilização de terapêutica biológica na Artrite Reumatóide – actualização de Dezembro de 2006. *Acta Reum Port* 2007; 32: 37-41.
11. Santos MJ, Fonseca JE, Canhão H et al. Consensos para início e manutenção de terapêutica biológica na artrite idiopática juvenil. *Acta Reum Port* 2007; 32: 43-47.
12. Tavares V, Malcata A, Vaz C et al. Recomendações para o diagnóstico e terapêutica da osteoporose. *Acta Reum Port* 2007; 32: 49-59.