

Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS

Maria Candia Nunes da Cunha^{1*}, José Roberto Zorzatto², Lia Lusitana Cardozo de Castro³

¹Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, ²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, ³Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos/MS

Em virtude do arsenal terapêutico disponível às populações, é crescente no âmbito mundial a preocupação com o uso racional dos medicamentos. Estudos de Utilização de Medicamentos, atividade da Farmacoepidemiologia, fornecem importantes informações sobre todas as fases do uso dos fármacos em uma sociedade e suas conseqüências, evidenciando como é feita a gestão saúde/doença. Neste estudo objetivou-se avaliar o uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS, empregando a metodologia preconizada pela OMS, através dos Indicadores Seleccionados de Uso de Medicamentos. Para o cálculo dos indicadores foram coletados dados em 12 unidades sanitárias no período de Julho/98 a Junho/99. Foram analisadas 1480 prescrições, acompanhadas 1456 consultas e 1498 dispensações e foram entrevistados 735 usuários. Os resultados encontrados são compatíveis com os de outros estudos análogos realizados em diversas regiões do país. No entanto, importantes diferenças entre as equipes no uso de antibióticos e injetáveis sugerem a necessidade de pesquisas mais aprofundadas. A qualidade do atendimento aos usuários deve ser melhorada. E a Lista Local de Medicamentos Essenciais necessita estar sempre atualizada e divulgada entre os prescritores.

Unitermos:

- Medicamentos
- Farmacoepidemiologia
- Farmacologia
- Medicamentos essenciais
- Saúde pública

*Correspondência:

M. C. N. Cunha
Rua 57, nº 485 Nova Campo Grande
Campo Grande/MS-CEP 79104-330
E-mail: lacen@ms.gov.br

INTRODUÇÃO

Os acontecimentos ligados aos fármacos nas últimas cinco décadas fizeram com que o uso de medicamento passasse a ser alvo da preocupação de profissionais de saúde do mundo inteiro, fazendo com que organizações e entidades responsáveis por seu uso empreendessem ações e programas no sentido de regulamentar novos agentes farmacológicos, antes de serem oferecidos no mercado consumidor, com vistas à maior segurança da saúde dos usuários.

Países como Austrália, Canadá, Reino Unido, Alemanha e outros adotam novos fármacos em seus sistemas de saúde, fundamentalmente segundo avaliações econômicas feitas por estudos de Farmacoconomia, que buscam medicamentos que apresentam melhor relação custo-efetividade, isto é, menor custo com melhor resultado clínico (Bevilaqua, 1998).

O médico é o principal ator no consumo de medicamentos, conforme mostram os resultados dos seguintes estudos: na Bahia 26% dos medicamentos consumidos eram prescritos por médicos (Haak, 1989); em

Araraquara-SP, 57,90% (Simões, Farache Filho, 1983); em Londrina-PR, 62,29% (Almeida *et al.*, 1988); em Florianópolis-SC., 38,2% (Morato *et al.*, 1984); em Campo Grande-MS 52,40% (Castro *et al.*, 2000).

O padrão de utilização de medicamentos tem como pano de fundo a condição sócio-econômica-cultural de uma sociedade

No Brasil, a conjuntura político-econômica desenha um perfil de consumo de medicamento típico de país em desenvolvimento, onde as pressões da indústria farmacêutica mundial ditam as regras principais – de produção, distribuição e comercialização. É o quarto mercado mundial de consumo de medicamentos, por onde circulam 9,6 bilhões de dólares por ano (Ministério da Saúde, 1999).

Simplificadamente o consumidor brasileiro apresenta um perfil quanto ao medicamento, segundo sua condição sócio-econômica, conforme a Tabela I.

TABELA I - Características do consumidor brasileiro quanto a medicamento segundo condição sócio-econômica

RENDA		CONSUMO	
Salário mínimo	Parcela da população (%)	Média anual US\$	Parcela do mercado (%)
>10	15	193,40	48
4 – 10	34	64,15	36
0 – 4	51	18,95	16

Fonte: (Ministério da Saúde, 1999)

Consumir mais medicamento não significa necessariamente melhores condições de saúde ou qualidade de vida. Ilustra essa afirmação o fato de o Brasil ser o 4º mercado mundial em consumo de medicamento (Darze, 1999) e o 19º colocado em saúde entre 22 países latino-americanos, recentemente estudados através de indicadores de saúde, tais como mortalidade infantil, taxa de imunização, morbidade de doenças crônico-degenerativas, tabagismo, entre outros (Sanches, 1999).

É condição “sine qua non” que os atores do cenário desse segmento do mercado priorizem o medicamento como um bem social, um insumo básico na promoção da saúde da população e não como um bem econômico, um instrumento de lucro da indústria farmacêutica.

O desenvolvimento da farmacologia clínica nas décadas de 60 e 70 possibilitou melhor avaliação dos medicamentos em humanos. Com base em estudos de biodisponibilidade e bioequivalência é possível chegar a

conclusões sobre definição de dose diária, eficácia, efetividade e eficiência dos fármacos.

Porém, os testes feitos com uma substância na fase de pré-comercialização em muito diferem das condições de uso corrente na população geral, na fase pós-comercialização. Os ensaios clínicos obedecem critérios éticos, como poupar crianças, gestantes, idosos, pacientes com diversas patologias e metabolismos, interações com outras substâncias, enfermidades e alimentação.

O acompanhamento pós-comercialização dos fármacos poderá ser monitorado através da farmacovigilância e de Estudos de Utilização de Medicamentos, com auxílio dos métodos da Epidemiologia aplicada ao estudo dos eventos relacionados com o uso de medicamentos nas populações. As atividades que objetivam a avaliação do efeito e do uso de medicamentos nas populações são denominadas Farmacoepidemiologia (Castro, 2000).

A Organização Mundial de Saúde conceitua os Estudos de Utilização de Medicamentos-EUM como aqueles “que compreendem a comercialização, distribuição, prescrição, dispensação e uso de medicamentos em uma sociedade, com especial ênfase em suas conseqüências sanitárias, sociais e econômicas” (Dukes, 1993).

A finalidade principal dos EUM é a promoção do uso racional de medicamentos, que, segundo Dukes (1993), “é o uso do medicamento, na dose correta pelo período necessário para assegurar sua eficácia, implica em conhecimentos específicos e atualizados por parte dos profissionais e compreensão do paciente sobre a importância do tratamento”.

Em uma ampla discussão promovida pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério para elaboração da Política Nacional de Medicamentos, o Uso Racional de Medicamentos ficou assim definido: “É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade” (Ministério da Saúde, 1999).

Num esforço para melhorar as práticas de uso dos medicamentos, a OMS, em conseqüência da conferência sobre Uso Racional de Medicamentos em Nairobi/1985, editou um protocolo com um método objetivo, a fim de ser usado como instrumento de trabalho nos serviços de saúde para descrever padrão de uso e prática de prescrição dos medicamentos.

Nesse protocolo é definido um número de indicadores que permitem descrever a situação do uso de medicamentos em determinado local, avaliando aspectos do com-

portamento dos profissionais de saúde que trabalham numa unidade, no que se refere ao uso de medicamento. Esses indicadores já foram testados e são aplicados de modo padronizado, embora não abranjam todas as dimensões da qualidade da assistência farmacêutica.

A necessidade de se avaliar a qualidade da assistência à saúde é de interesse mundial. Entende-se que uma boa prática terapêutica implica bom atendimento à saúde.

Os indicadores do uso adequado de medicamentos podem ser de quatro categorias, segundo seu objetivo (Programa de acción sobre medicamentos esenciales, 1990):

- 1º Descrever as práticas terapêuticas em vigor – pesquisas transversais nas quais se quantificam especificamente as práticas terapêuticas de grupos de centros de serviços e de pacientes cuidadosamente selecionados;
- 2º Comparar o funcionamento de determinados serviços ou prescritores – comparando práticas de unidades, prescritores ou, ainda, de diversos grupos;
- 3º Vigiar e supervisionar periodicamente as práticas de uso de determinados medicamentos – identificar os serviços ou prescritores que não alcançam um nível de qualidade determinado;
- 4º Avaliar os efeitos de uma intervenção - a eficácia de uma intervenção destinada a modificar as práticas de prescrição.

Antecedentes do desenvolvimento dos indicadores do uso de medicamentos: primeiramente no Yemen, em 1989, e Uganda, em 1990, foram usados para acompanhar a repercussão do programa de medicamentos essenciais. Um programa sistemático foi implementado pela INRUD – Internacional Network on Rational Use of Drug, com auxílio da OMS, para desenvolver e aperfeiçoar os indicadores de uso de medicamentos com base nos primeiros estudos e foi empregada metodologia para reunir dados na Indonésia, Bangladesh e Nepal. Esses indicadores foram revisados e empregados novamente no Sudão, Uganda, Malawi, Nigéria e Tanzânia. Do resultado dessas experiências, decidiu-se limitar esses indicadores a um pequeno núcleo referente especificamente aos serviços, com vistas a padronizá-los de modo a obter maior número de informações com o menor esforço. Em 1992, mais uma série de testes sobre o assunto foram realizados na Nigéria e Tanzânia e finalmente foram estabelecidos grupos de indicadores, que são recomendados pela OMS, em seu Programa de Medicamentos Essenciais.

Existem dois tipos de Indicadores do uso adequado de medicamentos:

- Básicos = instrumentos sensíveis que permitem avaliar com rapidez e segurança número pequeno, compreendendo, porém, aspectos cruciais da prática farmacêutica no campo da atenção primária;

- Complementares = não por serem menos importantes, mas por apresentarem maiores dificuldades em seu emprego porque envolvem variáveis locais que devem ser definidas antes.

Os dados necessários para se construir os indicadores básicos são levantados dos arquivos clínicos ou de observações diretas nos serviços de saúde, através de formulários próprios padronizados.

Os indicadores básicos do uso de medicamentos são de três âmbitos:

Da prescrição

Número médio de medicamentos por consulta.

O consumo de medicamento pode ser um indicador sanitário. Porém como interpretar um alto consumo de medicamento, é positivo ou negativo? (Carvajal, 1993)

A relação médico-paciente é articulada em torno do medicamento, tanto que o resultado da consulta, quase sem exceção, é a prescrição de pelo menos um medicamento. Conforme foi constatado em estudo realizado na Bahia: 44,0% - 1; 37,0% - 2; 15,1% - 3; 3,3% - 4; e 0,6% - 5 medicamentos por prescrição (Pacheco, Aguiar e Queiroz, 1998).

Em estudo realizado em 12 países pela OMS, a média de medicamentos prescritos variou de 1,3 a 3,8 por consulta (Hogerzeil, 1993).

Esse indicador avalia o padrão de consumo de medicamento – quantidade, ou seja, o grau de polimedicação, permitindo-se detectar o sobre uso de medicamento.

Porcentagem de medicamentos prescritos por nome genérico.

O uso do nome genérico oferece dois benefícios fundamentais:

- possibilita a todos os envolvidos, tanto profissionais da saúde como pacientes, informação isenta sobre medicamento, não se limitando a material da propaganda, que na realidade tem sido responsável pela educação continuada dos profissionais;
- possibilita ao consumidor identificar os produtos, fomentando a concorrência, resultando em queda dos preços (Zanini, 1999).

A lei nº 9787/99 publicada no DOU nº 29, de 11 de Fevereiro de 1999, regulamenta o uso do nome genérico dos medicamentos em nosso país e ameaça de tal modo os interesses econômicos das indústrias, que levantou um sem número de questões quanto à similaridade de medicamentos, equivalência terapêutica e farmacêutica, padrão

de prescrição, direito à substituição e outras. Enquanto todos esses assuntos não são normatizados, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária encontra-se impotente para fazer cumpri-la.

Esse indicador avalia a isenção dos prescritores quanto à influência do “marketing”, o que não deixa de ser o conhecimento farmacológico acadêmico. Avalia, ainda, a política do serviço.

O nome comercial ou de fantasia do medicamento faz parte da publicidade do laboratório e publicidade não é um meio, nem técnica de informação. É um veículo de mensagem comercial.

Porcentagem de consultas nas quais se prescreve antibiótico e Porcentagem de consultas nas quais se prescreve medicamento injetável.

São duas modalidades farmacêuticas de uso comum e de abuso. Antibióticos, com frequência, são indicados de modo inadequado: em febres de etiologia desconhecida, em infecções virais que não respondem a antibioticoterapia ou em doenças auto-limitadas (Korolkovas, 1997).

Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na Lista Local de Medicamentos Essenciais

São considerados medicamentos essenciais aqueles que servem para satisfazer as necessidades de atenção à saúde da maior parte da população, portanto devem estar sempre disponíveis nas quantidades e formas farmacêuticas adequadas (OMS, 1989).

A idéia básica do conceito de seleção de medicamentos essenciais é fornecer tratamento farmacológico de boa qualidade, que dê a maior cobertura possível à população, com o menor custo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) há mais de dez anos orienta os países para que elaborem uma lista de medicamentos adequada às necessidades sanitárias e epidemiológicas da população, bem como às suas características: sexo e faixas etárias, por exemplo. A Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, mostra que com pouco mais de 200 medicamentos se pode atender a maioria das enfermidades que ocorrem. É reconhecida e aceita praticamente no mundo todo, embora alguns países elaborem lista própria (Kroeger e Luna, 1992; Laporte *et al.*, 1989). Essas listas devem ser revistas e atualizadas segundo as necessidades. A da OMS está em sua nona revisão.

Seleção de medicamentos essenciais para os sistemas locais, além de atender às necessidades, serve de su-

porte para decisões políticas, devendo ser um processo dinâmico com a participação dos profissionais de saúde. Oferece vantagens como: redução do número de produtos farmacêuticos a serem adquiridos, analisados, armazenados e distribuídos; melhoramento do emprego, gestão, informação e vigilância de medicamentos e estímulo às indústrias locais (Dupim, Righi, 1997).

Este indicador demonstra o grau de adequação dos prescritores à lista ou seja à política de medicamentos do serviço.

Da assistência ao paciente

Tempo médio de consulta

Este indicador avalia o tempo dispensado ao paciente no ato da consulta, correlacionando-o à qualidade do serviço.

Uma consulta implica relação médico-paciente com uma expectativa específica por parte do paciente de solucionar determinado problema de saúde por ele percebido. A consulta consta das seguintes etapas:

- abordagem, na qual o médico deve conquistar a confiança do paciente com diálogo franco e honesto. Confiança que será decisiva na adesão ao tratamento;
- conhecimento de dados básicos do paciente, desde idade, sexo à situação econômica e ocupação;
- identificação do problema;
- decisão de meta terapêutica;
- estabelecimento de alternativas terapêuticas;
- decisão por um plano terapêutico final;
- avaliação do plano terapêutico mediante parâmetros objetivos e subjetivos;
- informação ao paciente sobre a doença, a necessidade do tratamento e orientações para o cumprimento do mesmo (Dupim, Righi, 1997).

A OMS preconiza 15 minutos, como tempo mínimo, para esse atendimento e a INRUD não indica um valor ótimo. Limita-se a comentar que tempo muito baixo para consulta e dispensação reflete existência de algum problema e tempo muito longo não acrescenta informações precisas (Dumoulin, Kaddar, Velasquez, 1995).

Tempo médio de dispensação

Este indicador avalia o tempo dedicado ao usuário no ato da dispensação do medicamento, também correlacionando-o à qualidade dos serviços.

Nessa assistência há um envolvimento social para o qual o profissional habilitado é o farmacêutico, orientando o paciente para um tratamento satisfatório.

A dispensação, conforme a Comissão Intergestores e Conselho Nacional de Saúde: “É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos” (Ministério da Saúde, 1999).

A dispensação implica quatro etapas:

- abordagem do paciente, em que se busca estabelecer uma relação de confiança com o paciente;
- análise da prescrição, quando se verificam parâmetros farmacodinâmicos, farmacocinéticos e legais, com vistas a evitar erros que possam trazer riscos ao usuário;
- controle de qualidade do medicamento quanto à validade, aspecto, embalagem e armazenamento;
- orientação, possibilitando o cumprimento correto da prescrição, assegurando a eficácia terapêutica (Dupim, Righi, 1997).

Não foi encontrada, na literatura, definição de tempo ótimo para a dispensação, somente a proposta da INRUD, citada anteriormente, que faz o mesmo comentário para o caso deste atendimento: altos valores não informam muito, porém, baixos valores indicam problemas que vão refletir em resultados, como compreensão do paciente sobre o regime terapêutico que lhe foi prescrito (Hogerzeil *et al.*, 1993).

Porcentagem de medicamentos corretamente etiquetados

Este indicador avalia o rigor da atenção dedicada ao usuário nos serviços de saúde, onde os medicamentos são adquiridos a granel e acondicionados em embalagens personalizadas no momento da dispensação. Nesse caso, na etiqueta deve constar toda a orientação para que a prescrição seja cumprida corretamente.

Porcentagem de medicamentos realmente dispensados

Este indicador avalia o grau de cobertura farmacoterapêutica assegurada aos usuários pelo sistema de serviços de saúde. Implica disponibilidade do medicamento, adequação da equipe de prescritores à política de medicamentos e qualidade do atendimento farmacêutico.

A política de medicamentos busca aproximar as posturas de produtor e consumidor através de medidas educativas de pacientes e profissionais da saúde. Cabe ao

sistema disponibilizar os medicamentos e aos profissionais viabilizar o acesso destes ao usuário.

A Política Nacional de Medicamentos, aprovada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de Outubro de 1998, tem como diretriz, assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível (Ministério da Saúde, 1999).

Conhecimento da dose correta pelo paciente

As informações retidas pelo paciente ou responsável para a administração dos medicamentos indicados determinam o sucesso do tratamento. Essas informações devem ser elaboradas de maneira a atingir o usuário, levando em consideração sua realidade quanto às condições sócio-econômicas, de trabalho, físicas e culturais, grau de escolaridade e meio ambiente.

Este indicador avalia a eficácia das informações fornecidas aos usuários sobre o uso correto dos medicamentos pela equipe de profissionais de saúde, substancialmente em dois momentos do atendimento: consulta e dispensação.

SOBRE O SERVIÇO

Disponibilidade da lista de medicamentos essenciais

Primeiro deve-se responder à pergunta: “Existe uma lista de medicamentos essenciais no serviço de saúde?”. Existindo, pergunta-se ainda: “Quanto está disponível entre os profissionais que atuam na prescrição/dispensação dos medicamentos?”

Este indicador avalia o grau de divulgação da Lista Local de Medicamentos Essenciais entre os prescritores, facilitando a prescrição dos medicamentos selecionados e a adesão à política de medicamentos do sistema de serviços de saúde.

Disponibilidade dos medicamentos-chave

Este indicador avalia o grau de adequação do elenco de medicamentos disponíveis às principais necessidades farmacoterapêuticas da clientela atendida.

Considerando o conceito de medicamentos essenciais de servir para atender pelo menos 80% das necessidades de medicamentos da população, os medicamentos-chave podem ser entendidos como aqueles mais necessários entre os essenciais, dando enfoque aos problemas sanitários que acometem maior número de pessoas por serem mais frequentes.

Extraíndo-se do boletim nosológico local, os dez problemas mais ocorrentes, os medicamentos indicados para tratá-los seriam os supra necessários.

Essa restrição do elenco de medicamentos disponíveis busca compensar a restrição de meios.

Um sistema de abastecimento de medicamentos eficaz tem como objetivo garantir disponibilidade de medicamentos adequados para tratar o número de casos esperados no serviço de saúde e ainda que incentivar e sustentar o uso racional e econômico de medicamentos. Tem como base os componentes:

- Seleção – quais?
- Quantidade – quanto de cada?
- Aquisição – fornecedor, pedido, revisão de quantidade?
- Distribuição – recepção, armazenamento, controle de estoque, transporte;
- Uso – prescrição, dispensação, uso correto.

Ao se avaliar disponibilidade, faz-se necessário apontar os problemas da má quantificação: escassez crônica e longa, excessos, abastecimento desigual, baixa efetividade em relação a custo, adaptação irracional às limitações anteriores, prescrição irracional e ineficaz e supressão ou distorção da demanda (OMS,1989).

Os Estudos de Utilização de Medicamentos-EUM no Brasil são pontuais: Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos/Ceará, Araraquara-UNESP, Ribeirão Preto-USP, Campo Grande-MS-UFMS e Instituto de Saúde Coletiva-UFB, Salvador-BA, realizaram recentes estudos utilizando esses indicadores selecionados pela Organização Mundial da Saúde.

A proposta deste trabalho é realizar um EUM segundo a metodologia proposta pela OMS através da construção dos indicadores selecionados para esse fim, realizando avaliação do uso de medicamentos na rede pública de serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionadas 12 unidades sanitárias das 39 localizadas na área urbana da cidade. Essa seleção atendeu a dois critérios:

- geográfico – foram incluídos três Centros de Saúde de cada distrito, buscando representar uniformemente a população urbana.
- produtividade – com base no relatório do mês de Maio/98, o último antes do início do estudo, foram selecionadas três unidades de cada distrito, sendo a de maior, uma de médio e outra de menor atendimento, que no mês de Maio/98 atenderam, em média, cerca de 10.000, 4.000 e 1.000 pacientes, respectivamente.

Há unidades que fazem atendimento somente em horário comercial – 7:00 h às 11:00 h e 13:00 h às 17:00 h e outros o fazem ininterruptamente. Constatam do estudo seis de cada. Com finalidade de garantir comparabilidade dos dados, os mesmos foram coletados: em horário comercial e de 2ª a 6ª feira; para o indicador Tempo Médio de Consulta, a cada visita, foram acompanhados 15 atendimentos da Pediatria e 15 da Clínica Médica. As visitas foram feitas por ocasião das estações do ano, no período de Julho/98 a Junho/99.

Caracterização das unidades de saúde

Os consultórios das unidades são dispostos em corredores internos, ou em espaços amplos e arejados adequados à espera. As portas dos consultórios, em todos os casos eram bem visíveis, possibilitando acompanhar o movimento dos pacientes ao serem chamados para o atendimento.

Todas as unidades estudadas contam com espaço físico exclusivo para estocagem e dispensação de medicamentos. Ao final do estudo, duas farmácias não contavam com o profissional farmacêutico para fazer o atendimento. No início do estudo, havia essa falta em quatro delas.

A rede de assistência é informatizada e o prontuário do paciente é localizado através do número. O atendimento ambulatorial é agendado com pelo menos 24 horas de antecedência. O atendimento emergencial é feito em local distinto, no mesmo sistema informatizado.

Os Indicadores

De prescrição

O presente estudo calculou todos os recomendados pela OMS no manual: número *médio de medicamentos* por consulta, porcentagem prescrita por seu *nome genérico*, porcentagem de *antibiótico* prescrito por consulta, porcentagem de *injetável* prescrito por consulta, porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na *Lista Local de Medicamentos Essenciais*.

Os dados foram levantados de modo prospectivo através das prescrições dispensadas na farmácia. Foram computadas 1480 prescrições para esses cálculos, em formulário desenvolvido pela OMS especificamente para esse fim.

Neste estudo considerou-se Antibiótico, apenas as substâncias químicas específicas, produzidas por organismos vivos e seus análogos estruturais obtidos por síntese ou semi-síntese. Foram excluídos, portanto, os outros anti-infecciosos, como sulfas, e outros quimioterápicos.

De assistência ao paciente

Foram elaborados os seguintes: *tempo médio de consulta*, *tempo médio de dispensação*, porcentagem de *medicamentos dispensados* e conhecimento do *uso correto* do medicamento pelo paciente.

Para o *Tempo Médio de Consulta*, foram computados 1.456 atendimentos. Cronometrou-se o intervalo de tempo compreendido entre o momento em que era fechada a porta do consultório e o momento em que era aberta, caracterizando o tempo de atenção dedicada ao paciente, pelo profissional médico. Em casos de interrupção, esse tempo não foi computado.

O *Tempo Médio de Dispensação* e a *Porcentagem de Medicamentos Dispensados* foram calculados com a observação de 1.498 atendimentos, através do formulário da OMS especificamente desenvolvido para esse fim. Cronometrou-se o intervalo de tempo compreendido entre o momento em que o dispensador voltava atenção à prescrição em suas mãos e o momento em que o usuário se voltava para se afastar do guichê. Na mesma observação, eram anotados o número de medicamentos prescritos e os realmente entregues ao paciente.

O *Conhecimento do Uso Correto* dos medicamentos foi levantado com um total de 735 contatos feitos com os usuários ao final da dispensação, quando já se dirigiam para a saída da unidade, por ocasião das visitas do Verão e do Outono, uma vez que o conhecimento não é uma variável sujeita à sazonalidade. Foi feito um inquérito com o usuário que recebeu os medicamentos na farmácia, quanto à dose, ao intervalo e à duração do tratamento. Bastava o desconhecimento de uma dessas orientações sobre a posologia de pelo menos um dos medicamentos indicados para ser codificado como - desconhecimento do uso correto do tratamento (0). As informações foram registradas em formulário especificamente elaborado para essa finalidade (Anexo I).

Quando a pessoa que recebeu os medicamentos não era o paciente, a mesma foi inquirida igualmente, partindo-se do pressuposto que as informações haveriam de ser transmitidas ao paciente corretamente. Exceção foi feita aos medicamentos de uso contínuo e de pacientes cadastrados em programas, como o de hipertensos e diabéticos, pois estes usuários são orientados continuamente pela equipe da unidade sanitária através de consultas periódicas, palestras e ficha de fornecimento de medicamentos.

Sobre o serviço de saúde

Foram trabalhados os seguintes indicadores: *disponibilidade da lista local de medicamentos essenciais* e *disponibilidade dos medicamentos-chave*.

Quanto à *Lista Local de Medicamentos Essenciais*, foi simplesmente investigada sua disponibilidade ou não na unidade sanitária, os locais onde poderia ser encontrada.

Para a *Disponibilidade dos Medicamentos-Chave* foram coletados dados a cada visita às unidades sanitárias, através do formulário especialmente desenvolvido para esse fim. Anotaram-se os medicamentos que estavam faltando dentre os inseridos na lista de medicamentos chaves.

O manual da OMS, segundo o qual este estudo foi elaborado, preconiza que se faça uma lista de 15 medicamentos indicados para o tratamento dos 10 agravos mais ocorrentes na população usuária dos serviços em estudo. Porém, esse número de medicamentos não atende a nossa realidade, que conta com unidades de maior resolutividade do que as unidades africanas que subsidiaram a elaboração do manual. As farmácias contam com um arsenal de 80 a 100 medicamentos. Extraindo daí apenas 15, far-se-iam exclusões essenciais, de medicamentos freqüentemente prescritos pelos profissionais, além de resultar em valores muito baixos para o indicador, apontando disponibilidade de medicamento artificialmente baixa. E se adotada uma lista mais extensa, próximo de 100, seria revelada disponibilidade artificialmente alta.

Foram tomadas, ainda, como referenciais para a eleição dos 40 medicamentos, outras listas padronizadas, tais como:

1. Lista da Coordenadoria de Medicamentos Básicos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo no atendimento ao Programa Dose Certa;
2. Manual dos Prescritores - os 40 medicamentos do Distrito. Instituto Universitário de Estudos do Desenvolvimento;
3. Lista de Medicamentos Chaves disponíveis nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP.

Finalmente, nas Tabelas II e III encontram-se, respectivamente, as 10 doenças que mais ocorreram segundo os registros da rede municipal em Campo Grande/MS, no mês de Maio/98, e a lista dos medicamentos considerados chave, atendendo tanto as instruções do manual como a realidade do serviço em estudo e que serviu de base para o planejamento da coleta dados deste indicador.

Cálculo dos indicadores

Os indicadores estão apresentados de duas formas:

- expressos em média;
- expressos em porcentagem.

Nos indicadores expressos em média, estas foram

TABELA II - Morbidade Ambulatorial na Rede Pública Municipal de Saúde - Campo Grande/MS - Maio/98 (As dez mais frequentes)

Nº ORDEM	Doença
1-	Gripe
2-	Amigdalite
3-	Hipertensão essencial não específica
4-	Nasofaringite aguda
5-	Bronquite não especificada
6-	Parasitose intestinal
7-	Faringite aguda
8-	Diarréia de origem infecciosa
9-	Diabetes mellitus
10-	Otite média não especificada

Fonte: Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde-C. Grande/MS.

calculadas com os dados levantados a cada visita. Dividindo-se a soma dos valores coletados pelo número de levantamentos efetuados. Essas médias foram tabuladas por unidade e por estação do ano e destas foram feitas novas operações obtendo-se uma média final para cada indicador, que é considerado o resultado encontrado.

Os indicadores expressos em porcentagem foram calculados da mesma forma. Numa primeira etapa, as porcentagens de cada visita, posteriormente tabuladas por unidade e estação do ano, de onde se obteve a porcentagem média final para cada um deles.

Os dados foram apresentados através da média, que é a sugestão do manual da OMS, acrescidos da medida de tendência central – desvio padrão.

As amostras tomadas sempre com um mínimo de 30 observações fazem com que a variável em estudo apresente distribuição normal com intervalo de confiança de 95%.

Para apresentação dos resultados utilizaram-se Tabelas (IV a VII).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das 1480 prescrições levantadas mostra comportamento homogêneo para o indicador Número Médio de Medicamentos por Prescrição, com média de 2,3 e desvio padrão de 0,2. As médias encontradas a cada visita variaram entre 1,1 e 3,1. Nota-se, ainda, que a média encontrada no Outono (2,6) excede em 23,8% àquela encontrada no Inverno (2,1).

A Organização Mundial de Saúde preconiza de 1,3 a 2,2 medicamentos por prescrição (WHO, 1994). Outros

TABELA III - Lista de medicamentos-chave distribuídos pela Farmácia Central às Unidades Sanitárias da Rede Pública Municipal de Campo Grande-MS

Nº ORDEM	Medicamentos
01	Ácido acetilsalicílico – de 500 e de 100 mg – comp
02	Aminofilina – comp
03	Ampicilina-susp e comp
04	Benzoato de benzila – susp
05	Captopril – comp
06	Cefalexina – susp e comp
07	Cimetidina – comp
08	Cloranfenicol – susp e comp
09	Cloreto de potássio – solução
10	Clorpropamida – susp
11	Dexametasona – pom e elixir
12	Dexclorfeniramina – solução
13	Diclofenaco sódico – gotas, comp. e inj
14	Digoxina – comp
15	Dipirona – gotas
16	Eritromicina – susp e comp
17	Estrogênios conjugados – comp
18	Furosemida – comp
19	Hidróxido de alumínio – susp
20	Hidroclorotiazida – comp
21	Insulina – inj
22	Mebendazol – susp e comp
23	Metildopa – comp
24	Metoclopramida – comp
25	Metronidazol – susp, creme vaginal e comp
26	Neomicina + bacitracina – pom
27	Nifedipino – comp.
28	Paracetamol – gotas e comp
29	Penicilina G – inj
30	Prednisona – comp
31	Prometazina – comp e inj
32	Propranolol – comp
33	Polimixina + lidocaína – gotas
34	Salbutamol – solução
35	Solução fisiológica nasal
36	Sulfametoxazol + trimetoprima – susp e comp
37	Tiabendazol – susp e comp
38	Vitaminas e sais minerais (A+D, Poli, B) – líquido
39	Sulfato ferroso + ácido fólico – líquido e comp
40	Sal de reidratação oral

TABELA IV - Indicadores de prescrição Rede Pública Municipal de Saúde - Campo Grande/MS-98/99

Indicadores de Prescrição	Inverno n=368	Primavera n=372	Verão n=365	Outono n=375	Geral n=1480
Medicamentos/prescrição	2,1 0,5	2,4 0,2	2,3 0,2	2,6 0,3	2,3 0,2
% medicamentos prescritos/ nome genérico	81,6 9,6	84,5 6,2	87,4 5,8	84 7,9	84,3 4,1
% de antibióticos/prescrição	34,4 20,5	25,1 9,5	22,6 11,9	27,6 11,2	27,4 9,8
% de injetáveis/prescrição	15,8 10,8	11,3 6,3	7,4 5,4	6,6 7,1	10,2 5,2
% medicamentos prescritos da LLME	89,8 10,1	92,1 4,4	95,4 3,4	93,6 4,9	92,7 2,4

m = média; s = desvio padrão; LLME = Lista local de medicamentos essenciais

trabalhos chegaram a resultados semelhantes aos deste, como se observa na Tabela VII. Em Londrina, Dalla Costa, em 1999, também encontrou média de 2,4 trabalhando com nutrízes.

Esse resultado seria mais conclusivo se analisado juntamente com o diagnóstico, porém os prontuários médicos não viabilizam esse dado, sendo sempre preenchidos, pelo menos incompletamente. Outros estudos relatam a mesma dificuldade com os prontuários: Ishikawa, Campo Grande/MS, em 1997, e Dalla Costa, Londrina/PR, 1999.

A Denominação Genérica é bastante usada nas prescrições – 84,3%, comparada a resultados dos outros estudos realizados (Tabela VII). A Secretaria de Saúde exige, através de norma, o uso da mesma.

O Uso de Antibióticos apresentou grande variação, entre as equipes, demonstrando comportamento heterogêneo frente a esse grupo farmacológico. Observa-se, também, acréscimo nas indicações de antibiótico no Inverno em relação ao Verão, de 52,2%. Entre os outros trabalhos realizados, este indicador apresenta valores intermediários (Tabela VII).

Um estudo realizado na Nicarágua sobre a utilização de antibióticos, aplicando a metodologia da Dose Diária Definida por 1.000 habitantes/dia (DHD), mostra variações no uso de tetraciclina numa faixa muito ampla, entre 0,08 e 8,80 DHD. As variações apresentam amplitudes incrivelmente amplas entre as regiões e período (1988 a 1989) estudados. Essas variações só poderiam ser justificadas por registro de epidemias ou problemas de

abastecimento. O mau uso ou sobreuso especificamente não podem ser evidenciados com esse tipo de estudo, embora seja sugestivo (Muñoz *et al.*, 1992).

Investigações promovidas pela Health Action International levantam a questão de que os gastos com antibiótico poderiam ser a metade, sem afetar a efetividade do tratamento, se fossem usados somente nas situações patológicas de real indicação.

Pouco se pode encontrar na literatura sobre valores ideais de uso de antibiótico e injetáveis, nenhuma definição ou mesmo preconização de organização ou instituição. Foi encontrada apenas uma proposta da International Network of Rational Use of Drugs – INRUD após testar estes indicadores em 12 países em desenvolvimento, considerada a realidade nosológica peculiar dos países africanos, onde otimizam de 20 a 30% de prescrições com indicação de antibiótico e 20% para injetáveis (Dumoulin, Kaddar, Velasquez, 1995).

As consequências do sobreuso de antibióticos são de domínio público. Frequentemente são divulgados na imprensa comum o surgimento de cepas de microorganismo resistente, que podem criar graves problemas no controle de infecções posteriores, tanto ao nível individual como coletivo.

O Uso dos Injetáveis apresentou comportamento semelhante ao de Antibióticos, quanto à heterogeneidade. A média de 10,2% é das mais altas, se comparada com as de outros estudos realizados (Tabela VII). Mostra ainda relação com as condições climáticas: no Inverno foi indicado 2,4 vezes mais do que no Outono.

TABELA V - Indicadores de assistência ao paciente da Rede Pública Municipal de Saúde - Campo Grande/MS-98/99

Indicadores de assistência ao paciente	Inverno	Primavera	Verão	Outono	Geral
Tempo médio de consulta (min)	5,6 1,4/360	5,3 5,3/370	5,5 1,9/364	5,7 1,9/362	5,5 1,3/1456
Tempo médio de dispensação (seg)	50 11,1/372	50 13,6/376	60 18,3/380	61 15,3/370	55 10,9/1498
Medicamentos realmente dispensados(%)	76,4 10,4/372	79,7 6,9/376	84,3 8,0/380	82,4 10,8/370	80,7 6,9/1498

m = média; s = desvio padrão; n = tamanho da amostra

Os medicamentos que constam da Lista Local de Medicamentos Essenciais foram indicados em 92,7% do total. É média alta em relação aos estudos realizados, como pode ser constatado na Tabela VII. As oscilações observadas nos diferentes momentos da pesquisa, provavelmente, são devidas a problemas de abastecimento.

Quanto aos indicadores de Assistência ao Paciente, os 1456 atendimentos cronometrados em relação ao Tempo Médio de Consulta apresentaram valores entre 2,9 e 10,4 minutos, com desvio padrão igual a 1,3 e média geral de 5,5 minutos. É média baixa, quando se compara com resultados de outros trabalhos realizados, conforme se constata na Tabela VII. Considerando as etapas a serem cumpridas em uma consulta, convencionou-se que seria de 15 minutos, em média, o tempo suficiente para tal atendimento. Esse é o parâmetro que serve de base aos contratos firmados entre a prefeitura e os profissionais médicos, isto é, atender 16 consultas aos usuários em 4 horas de serviço médico ambulatorial.

Foram observados 1498 atendimentos que apontaram como Tempo Médio de Dispensação, 55 segundos, variando entre 31 e 95 segundos, com desvio padrão de 10,9. É considerado baixo, porém apenas um dos estudos referendados apresenta resultado maior, de 102 segundos, em Fortaleza (Teixeira *et al.*, 1996). A Organização Panamericana da Saúde preconiza que o farmacêutico

disponha de pelo menos um auxiliar e atenda 150 prescrições em 8 horas, correspondendo a 3 minutos por paciente destinados à orientação farmacêutica (OPAS/OMS, 1997).

A Porcentagem de Medicamentos Realmente Dispensados, variou entre 65,6% e 90,1%, com média de 80,7% e desvio padrão de 6,9. É um resultado razoável, apenas dois trabalhos apresentando valores maiores (Tabela VII).

Quanto ao Uso Correto dos Medicamentos, o indicador foi avaliado apenas nas duas últimas estações. Dos 365 entrevistados no Verão, verificou-se que, em média, 63,2%, com desvio padrão de 16,8, usavam corretamente os medicamentos. Para os 370 pacientes entrevistados no Outono, esta média foi de 50,3% com desvio padrão de 10,0. No geral, considerando-se as duas estações, esta média foi de 56,7% com desvio padrão de 9,1.

Observou-se que a Lista Local de Medicamentos Essenciais não é difundida nas unidades sanitárias entre os prescritores.

Dos Medicamentos-Chave, 87,2% estiveram disponíveis aos usuários no período e unidades sanitárias estudadas. Apenas o estudo realizado em Ribeirão Preto, entre os referendados anteriormente, calculou esse indicador, tendo encontrado resultado de 98,4%, bem melhor, portanto, considerando-se a essencialidade do recurso terapêutico e a restrição feita à lista padronizada.

TABELA VI - Indicadores sobre o Serviço - Rede Pública Municipal de Saúde - Campo Grande/MS - 98/99

Indicadores sobre o serviço	Inverno	Primavera	Verão	Outono	Geral
Disponibilidade dos medicamentos-chave (%)	87,5	84,4	91,5	85,9	87,2
Disponibilidade da LLME	- A Lista Local de Medicamentos Essenciais não é divulgada entre os prescritores do sistema de saúde				

TABELA VII - Indicadores do uso de medicamentos.

Indicadores do uso de medicamentos	Campo Grande/MS	Araraquara SP	Tabatinga SP	Fortaleza CE (1)	Salvador BA	Interior BA	Ribeirão Preto/SP	Fortaleza CE (2)
Medicamentos/Prescrição	2,3	1,8	2,5	3,1	1,7	1,8	2,4	2,2
Nome genérico (%)	84,3	36,1	32,7	84,0	44,5	44,7	30,5	74,0
Antibióticos (%)	27,4	15,1	58,2	19,0	38,1	32,5	21,3	37,0
Injetáveis (%)	10,2	7,4	5,7	-	2,2	4,9	8,2	11,0
Inseridos na LLME (%)	92,7	47,2	44,8	96,0	68,0	64,5	80,1	78,0
Tempo consulta (min)	5,5	-	-	8,6	6,4	5,3	9,1	5,8
Tempo dispensação (seg)	55,0	-	-	10,2	44,0	41,0	18,3	17,0
Medicamentos dispensados (%)	80,7	-	-	84,0	39,5	81,4	60,3	66,0
Conhecimento do uso correto (%)	56,7	-	-	43,0	-	-	70,0	54,0
Medicamentos-chave(%)	87,2	-	-	-	-	-	98,4	-

LLME – Lista Local de Medicamentos Essenciais

Campo Grande/MS – este trabalho; Araraquara/SP - Simões, Fegadolli, 1996; Tabatinga/SP – Simões, Soler, 1999; Fortaleza/CE 1 – Teixeira, 1996; Salvador e Interior/BA – Pacheco, Aguiar, Queiroz, 1998; Ribeirão Preto – Santos, 1999; Fortaleza/CE 2 – Lopes, 1996.

CONCLUSÃO

A Média de Medicamentos por Prescrição de 2,3, com comportamento homogêneo entre as equipes, tendo oscilado entre 1,8 e 2,5, revela tendência à polimedicação, considerando as características da atenção básica.

O Nome Genérico é predominantemente usado no sistema de saúde estudado, seja para atender exigências normativas da secretaria de saúde ou as necessidades socioeconômicas da clientela atendida.

Para o Uso de Antibióticos e Injetáveis, embora não sejam encontrados parâmetros que sirvam de base para avaliações, as grandes variações e os altos valores apresentados, sem que existam alterações nos padrões de morbidade que justifiquem, sugerem uso irracional dessas duas formas medicamentosas.

A porcentagem de medicamentos prescritos que constam da Lista Local de Medicamentos Essenciais (LLME) mostra que tanto a equipe de profissionais está adequada ao arsenal terapêutico disponível, como a lista provavelmente atende satisfatoriamente as necessidades terapêuticas da clientela atendida.

O Tempo Médio de Consulta, além de baixo, frente ao recomendado, revela posturas e atitudes muito diferenciadas entre as equipes de profissionais. O tempo não sig-

nifica necessariamente qualidade do atendimento, porém a qualidade implica tempo mínimo necessário para serem cumpridas todas as etapas desse atendimento.

Para o Tempo Médio de Dispensação, foi obtido valor incompatível com a natureza do atendimento, seja para se fazer orientação, seja simplesmente para reforço da orientação recebida na consulta.

A média de Medicamentos Realmente Dispensados de 80,7% não é satisfatória, tendo em vista que 92,7% dos medicamentos prescritos estão elencados na Lista de Local de Medicamentos. Observou-se que as prescrições, algumas vezes, não atendem os padrões preconizados pelas normas vigentes, impedindo o acesso ao medicamento, apesar do mesmo estar disponível.

Quanto ao Uso Correto dos Medicamentos, o fato de mais de 40% dos usuários não adquirirem esse conhecimento no sistema de saúde, provavelmente, é devido à qualidade dos atendimentos da consulta e dispensação, aliada ao baixo grau de escolaridade dessa clientela.

Ao se restringir a LLME a uma lista de Medicamentos-Chave para o tratamento dos dez agravos mais frequentes, objetiva-se a garantia de disponibilidade destes medicamentos. Portanto, qualquer valor diferente do máximo – 100%, pode ser considerado insatisfatório.

ABSTRACT

An evaluation of drug use in the municipal health care service of Campo Grande-MS

The rational use of therapeutic drugs is arising as a consequence of an increase in the search for advanced therapeutic drugs. The therapeutic drugs use, that is a pharmacoepidemiology deal, can give evidence of how a society manage with all steps of therapeutic drugs use and also all consequence of this use. The therapeutic drugs use evaluation can demonstrate how healthiness/illness link is handled in that society. The aim of this study was an evaluation of therapeutic drugs use at the Campo Grande/MS public health. WHO indicators were used in this research. The evaluation was done using the medical prescription indicator. The data were collected in 12 health care units between July 1998 and June 1999. One thousand four hundred eighty prescriptions were analyzed, 1456 medical visits and 1498 dispensations were followed and 735 patients were interviewed. The results were in agreement with other results in other country regions. However, important differences were found in antibiotics and injectable prescriptions among different health care unit staffs evaluated. These differences suggested the necessity of more specific studies. The quality of the users attendance must be improved. The Local Essential Drugs List must be always available and also updated to health care unit staff.

UNITERMS: Medicines. Pharmacoepidemiology. Pharmacology. Essential medicines. Public health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. J., FALCÃO, A. C. M. D. G. F., PAGANELLI, M. S. L. *et al.*. Consumo de medicamentos pela população da zona norte da cidade de Londrina. *Saúde em debate*. p.85-90, 1988.
- BEVILAQUA, L. D. P. Farmacoconomia na avaliação do cuidado médico. *Boletim Sobravime*, Brasília, v.30, p.3-4, 1998.
- CARVAJAL, A. *Farmacoepidemiologia*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1993. 162 p.
- CASTRO, L. L. C., COSTA, A. M., KOZOROSKI, A. M., ROSSINI, A., CYMROT, R. Selected features of self medication behaviour in campo Grande. Mato Grosso do Sul, Brazil. *Rev. Ciênc. Farm.*, São Paulo, v.21 n.1 p81-101.2000.
- CASTRO, L. L. C. *Fundamentos de Farmacoepidemiologia*. GRUPURAM. Campo Grande, Mato Grosso do Sul. 2000. 180 p.
- DALLA COSTA, E. M. O. *Perfil de utilização de medicamentos por lactantes do município de Londrina-PR*. Londrina, 1999. N° de páginas [Dissertação de mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina].
- DARZE, J. Medicamento genérico: só meio passo à frente. *Dicionário de medicamentos genéricos*. Brasília: Instituto de Defesa do Usuário de Medicamentos e C R F, 1999. 230 p.
- DUKES, M.N.G. *Drug utilization studies: methods and uses*. Copenhagen: WHO, 1993. N° de páginas [European series n° 45].
- DUMOULIN, J., KADDAR, M., VELASQUEZ, G. *Guide d'analyse économique du circuit du médicament*. Genève: OMS; 1995. 100 p.
- DUPIM, J.A.A., RIGHI, R.E. Medicamentos essenciais nos Sistemas Locais de Saúde. In: BONFIM, J.R.A., MERCUCCI, V.L., eds. *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Ed. Hucitec SOBRAVIME, 1997. p. 155-63.
- HAAK, H. Padrões de Consumo de Medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v.23, p.143-151, 1989.
- HOGERZEIL, H. V., BIMO, R. D. D., LAING, R. O. *et al.* Field tests for rational drug use in twelve developing countries. *Lancet*, v.342, p.1408-10, 1993.
- ISHIKAWA, A.G. *Condutas suicidas por medicamentos*. Campo Grande, 1997. N° de páginas [Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].
- KOROLKOVAS, A. *Dicionário Terapêutico Guanabara 1997/1998*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 509 p.
- KROEGER, A., LUNA, R. *Atención Primária de Salud principios y metodos*. 2. ed. México: Organización Panamericana de la Salud. Editorial Pax México, 1992. 162 p.

- LOPES, A. E. C. *et al.* Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brazil. *INRUD*, Fortaleza, v.6, p.16, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília, 1999. 39 p.
- MORATO, G. S., TAKAHASI, R. N., NOGUEIRA, T. C. M. L. *et al.* Avaliação da automedicação em amostra da população de Florianópolis. *Arq. Cat. Med.*, v.13, p.107-9, 1984.
- MUÑOZ, A. L. A., CISNEROS, M. X., TREMINIO, R. S. *et al.* Utilización de antibioticos en once áreas de salud de Nicaragua durante los años 1988 y 1989. *Rev. O.F.I.L.*, Málaga, v.2, p.211-8, 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Programa de Ação sobre Medicamentos e Vacinas Essenciais*. Como estimar as necessidades de Medicamentos. Genebra, 1989. 102 p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Programa de acción sobre medicamentos Esenciales Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud-Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Genebra, 1993. 95 p.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Série Medicamentos Essenciais y Tecnología. *Guia para el desarrollo de servicio farmaceutico hospitalario e atención farmaceutica al paciente ambulatorio*. Whashington. D.C. 1997. 61 p.
- PACHECO, F., AGUIAR, M.G.G., QUEIROZ, A.M. *Diagnóstico da assistência farmacêutica do estado da Bahia*. Salvador: Sec. de Estado da Saúde, 1998. 87 p.
- PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA OMS SOBRE MEDICAMENTOS ESENCIALES. *Medicamentos esenciales* – Acción para la equidad. Genebra, 1990. 57 p.
- SANCHES, R. S. Qual é o caminho do farmacêutico? *Pharm. Bras.*, Brasília, v.14, p.15-16, 1999.
- SANTOS, V. *Indicadores selecionados do uso de medicamentos-OMS, nomunicípio de Ribeirão Preto-SP*. Ribeirão Preto: 1999. Nº de páginas [Tese de doutorado. Departamento de Práticas de Saúde Pública. Universidade de São Paulo].
- SIMÕES, M. J. S., FEGADOLLI, C. Consumo de medicamentos por prescrição na assistência básica à Saúde do Município de Araraquara, SP. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE FARMACOEPIDEMIOLOGIA, 1., Fortaleza, 1996. *Livro de resumos*. Fortaleza: EUFC, 1996. p. 33.
- SIMÕES, .M. J. S.; SOLER, E. A. D. Estudo dos indicadores do consumo de medicamentos adotados pela OMS e antibioticoterapia em crianças de zero a 12 anos, no município de Tabatinga-SP. 1998. *Pharm. Bras.*, Brasília, 1999, v.14, suppl Infarma(?), p.3-6.
- TEIXEIRA, A.C.A.; SERRA, G.M.C.; SILVA, J.A. *et al.* Perfil da utilização de medicamentos na unidade de pacientes externos do Hospital Mesejana.-CE. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE FARMACOEPIDEMIOLOGIA, Fortaleza, 1., 1996. *Livro de resumos* Fortaleza: EUFC, 1996. p. 59.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Essential Drugs Model List*: revised in December 1995. WHO Drug Information. Geneva, 1995. 12 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The rational use of drug*. Report of the Conference of experts Nairobi. Geneva, 1987. 329 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Indicators for monitoring National Drug Policies, Action Programme on Essencial Drugs*. Geneva, 1994.
- ZANINI, A. C. *Genéricos* – o médico decide. Dicionário de medicamentos genéricos. Instituto de defesa do usuário de medicamentos e CRF, DF. São Paulo: IPEX, 1999. p. 4,5.
- ZANINI, A. C., OGA, S. *Guia de Medicamentos 97/98*. 2. ed. São Roque: IPEX, 1997. p. 359-395.

Recebido para publicação em 13 de março de 2001.