

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Farmácia

Renata Cristina Resende Macedo

Perfil de prescrição de anti-hipertensivos em unidades de saúde
do SUS - resultados de intervenções farmacêuticas

Belo Horizonte
2008

Renata Cristina Resende Macedo

Perfil de prescrição de anti-hipertensivos em unidades de saúde do
SUS - resultados de intervenções farmacêuticas

Monografia apresentada ao Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública – área de concentração Medicamentos

Orientadora: Daniela Rezende Garcia Junqueira
Co-orientador: Edson Perini

Belo Horizonte

2008

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, exemplos de vida, pelo amor e apoio incondicionais.

Aos meus familiares e amigos que compartilham meus sonhos e acreditam que sempre posso mais.

Ao professor Edson Perini, que não desistiu desta tarefa e incentivou-me a cada momento, mesmo quando parecia impossível continuar.

À Daniela, que aceitou o desafio de assumir a orientação do trabalho, pela atenção, disponibilidade e empenho nos momentos decisivos.

À Prefeitura Municipal de Contagem que, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, propiciou-me a oportunidade de realizar a especialização em saúde pública e avaliar as intervenções farmacêuticas realizadas no âmbito da Assistência Farmacêutica municipal.

À então equipe da Farmácia Distrital Eldorado, que não mediu esforços para que os dados fossem coletados com o rigor necessário.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

EPÍGRAFE

*"De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estava sempre começando,
a certeza de que havia que seguir
e a certeza de que seria interrompido antes de terminar*

*Fazer da interrupção um caminho novo,
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escada,
Do sonho uma ponte,
Da busca um encontro..."*

Fernando Sabino

RESUMO

Considerando o desafio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e entendendo que a Assistência Farmacêutica de qualidade é fundamental para promover a melhoria da assistência à saúde da população, o município de Contagem vem implantando Farmácias Distritais desde 1999. Dentre os objetivos das Farmácias destacam-se o cadastro e acompanhamento dos usuários crônicos de medicamentos, dispensação e orientações quanto ao uso racional de medicamentos e trabalho integrado com a rede de saúde. A prescrição de medicamentos é uma das principais causas que colaboram para a utilização inadequada dos medicamentos, com destaque para a não prescrição pelo nome genérico e para a inobservância dos medicamentos padronizados. O presente trabalho analisa o impacto de duas intervenções farmacêuticas – a elaboração do “Boletim Terapêutico” e a visita aos prescritores do SUS para divulgação da obrigatoriedade de utilização das denominações genéricas de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) em todas as prescrições de profissionais autorizados – no perfil das prescrições de medicamentos anti-hipertensivos atendidas no âmbito do SUS Contagem. Foram analisadas 1.320 receitas atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado contendo anti-hipertensivos, no período de janeiro a outubro de 2004. A amostra foi selecionada aleatoriamente, considerando-se um intervalo de confiança de 95,0%. Dentre as receitas analisadas, 72,0% foram originadas em atendimentos no SUS, sendo que destas, 66,4% foram geradas em unidades de atenção básica e 24,6% em consultas especializadas. O percentual de receitas contendo apenas medicamentos padronizados prescritos foi maior nas receitas geradas no SUS (93,0%) que nas demais (85,0%). O número médio de medicamentos por receita foi de 3,1, sendo que 72,0% das receitas possuíam apenas medicamentos prescritos pelo nome genérico. Após as intervenções, houve um aumento de 54% das prescrições de hidroclorotiazida em doses baixas, originadas no SUS. Observou-se também um aumento no número de medicamentos padronizados prescritos após as visitas farmacêuticas (68,0% para 83,0%). O Boletim Terapêutico e as visitas farmacêuticas impactaram positivamente o perfil das prescrições originadas tanto no SUS Contagem como nos serviços privados de saúde. A Farmácia Distrital tem cumprido sua missão de orientar quanto ao uso racional de medicamentos, trabalhando de modo integrado aos profissionais prescritores e zelando pela correta utilização dos recursos públicos.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Farmácia Distrital, prescrição de medicamentos, intervenções farmacêuticas.

ABSTRACT

In accordance with the challenge of establish the Brazil's Unified National Health System (SUS) and considering that a high quality Pharmaceutical Assistance is fundamental to improve health care to the population, the city of Contagem is introducing District Pharmacies since 1999. Among the goals of District Pharmacies highlights the register and monitoring of chronic drug users, dispensation and guidelines on the rational use of medicines and integrated work with the network of health. Drug prescription is one of the main causes contributing to the inappropriate use of medicines, remarkably the prescription not by the generic name and the unknowledge of standardized medicines. This study aimed to evaluate the impact of two pharmaceutical interventions - the publication of the "Therapeutic Bulletin" and the visit to prescribers of SUS for dissemination of the compulsory use of generic names in accordance with the Brazilian Common Denomination (DCB) in all the prescriptions of authorised professional workers – in the profile of prescriptions for anti-hypertensive drugs attended in the framework of the SUS of Contagem city. A number of 1320 prescriptions attended by the District Pharmacy Eldorado and containing anti-hypertensive drugs were analyzed in the period from January to October 2004. A random sample was selected, considering a confidence interval of 95.0%. Among the prescriptions analyzed, 72.0% were originated in SUS medical appointments. Throughout this prescriptions, 66.4% were generated in health basic care units and 24.6% in secondary care. The percentage of drugs prescribed in accordance with the essential medicines list was higher in the prescriptions generated in SUS (93.0%) than in others setting (85.0%). The average number of drugs per prescription was 3.1, and 72.0% of the prescriptions had only medicines prescribed by generic name. After the pharmaceuticals interventions, there was an increase of 54.0% in the prescriptions of hydrochlorothiazide in low doses originated in SUS. There was also an increase in the number of medicines prescribed by the standardized name after the pharmaceutical visits (68.0% to 83.0%). The Therapeutic Bulletin and pharmaceutical visits showed a positive impact in the profile of prescriptions arising both in SUS and in private health care service. The District Pharmacy has fulfilled its mission to guide on the rational use of medicines, working in an integrated manner with the professional prescribers and ensuring the correct use of public resources.

Keywords: Pharmaceutical Assistance, District Pharmacy, prescription, pharmaceutical interventions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Medidas não-medicamentosas para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e dos fatores de risco cardiovascular, baseado em Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.....	15
Figura 1 - Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na Hipertensão Arterial Sistêmica, baseado em Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde	17
Quadro 2 - Princípios Gerais do tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, de acordo com Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial	18
Figura 2 – Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, de acordo com o Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde.....	20
Quadro 3 - Classes farmacológicas utilizadas no tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de acordo com Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.....	21
Figura 3 – Ciclo da Assistência Farmacêutica, conforme Manual da Rede Farmácia de Minas – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.....	24
Quadro 4 - Indicadores do uso de medicamentos em estabelecimentos de atenção primária em saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde/Rede Internacional para o Uso Racional de Medicamentos.....	26
Quadro 5 – Medicamentos padronizados pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, de acordo com o Ministério da Saúde.....	29
Figura 4 – Distribuição da rede pública de saúde do município de Contagem, por distrito sanitário, 2006.....	31
Quadro 6 - Distribuição da rede pública de saúde do município de Contagem, conforme Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.....	32

Gráfico 1 - Mortalidade proporcional da população residente no município de Contagem/MG, ano 2005, de acordo com Secretaria Municipal de Saúde de Contagem/SIASUS 2005.....	333
Quadro 7 – Relação de Medicamentos disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Contagem para tratamento de Hipertensão Arterial, de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, 2004.....	35
Gráfico 2 – Porcentagem de receitas atendidas na Farmácia Distrital Eldorado, por número de medicamentos prescritos, conforme utilização de denominação genérica e nome comercial, janeiro a outubro de 2004.....	45
Gráfico 3 – Medicamentos anti-hipertensivos prescritos por classe farmacológica nas receitas atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, janeiro a outubro de 2004.....	46
Gráfico 4 - Receitas atendidas na Farmácia Distrital Eldorado contendo prescrição de Hidroclorotiazida conforme dosagem e origem, janeiro a outubro de 2004.....	47
Gráfico 5 - Porcentagem de receitas contendo medicamentos prescritos exclusivamente pela denominação genérica, atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, antes e após as visitas farmacêuticas realizadas aos prescritores em julho de 2004.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Universo de receitas atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado contendo medicamentos anti-hipertensivos, analisadas por mês selecionado e amostra selecionada para o estudo, 2004.....	40
Tabela 2 - Perfil dos usuários com prescrições contendo medicamentos anti-hipertensivos atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, por sexo e idade, em 2004.....	41
Tabela 3 - Origem das prescrições contendo medicamentos anti-hipertensivos atendidas na Farmácia Distrital Eldorado, janeiro a outubro de 2004.....	42
Tabela 4 - Número de medicamentos prescritos por receita atendida na Farmácia Distrital Eldorado contendo anti-hipertensivos, janeiro e outubro de 2004.....	43
Tabela 5 - Número de medicamentos prescritos pelo nome genérico nas receitas contendo anti-hipertensivos atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, 2004.....	44
Tabela 6 – Número de receitas contendo medicamentos anti-hipertensivos prescritos conforme padronização municipal, janeiro a outubro de 2004.....	46
Tabela 7 – Número de receitas contendo medicamentos anti-hipertensivos, conforme prescrição por denominação genérica e comercial, janeiro a outubro de 2004.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Assistência Farmacêutica
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCE	Centro de Consultas Especializadas
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
DC	Denominação Comercial
DG	Denominação Genérica
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCT	Hidroclorotiazida
HMC	Hospital Municipal de Contagem
MMC	Maternidade Municipal de Contagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PS	Pronto Socorro
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Imediato
UBS	Unidade Básica de Saúde
URSF	Unidade de Referência de Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Hipertensão arterial.....	14
2.1.1 Tratamento não farmacológico.....	15
2.1.2 Tratamento farmacológico.....	18
2.2 Política Nacional de Medicamentos.....	22
2.2.1 Adoção de relação de medicamentos essenciais , com revisão permanente.....	23
2.2.2 Reorientação da Assistência Farmacêutica.....	23
2.2.3 Uso racional de medicamentos.....	25
2.2.4 Organização das Atividades de Vigilância Sanitária.....	26
2.3 Política Nacional de Assistência Farmacêutica.....	27
2.4 Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes mellitus.....	28
2.5 Caracterização do Sistema Único de Saúde de Contagem.....	30
2.6 Assistência Farmacêutica no Município de Contagem.....	33
3 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	36
3.1 Boletim terapêutico.....	36
3.2 Portaria 0982/2004 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Contagem.....	37
4 OBJETIVOS.....	38
5 METODOLOGIA.....	39
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
6.1 Distribuição das receitas selecionadas por sexo e grupo etário.....	41
6.2 Análise da racionalidade das prescrições.....	43
6.3 O impacto do Boletim Terapêutico e das visitas aos prescritores.....	47
7 CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APÊNDICE A - Formulário para coleta dos dados	55
ANEXOS.....	56
ANEXO A - Boletim Terapêutico com o tema Hidroclorotiazida.....	56
ANEXO B - Portaria SMS nº 0982/2004.....	57

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para promover a melhoria da assistência à saúde da população. O seu propósito precípua é o de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Os medicamentos representam o maior gasto em saúde, tanto no plano individual como no familiar. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento o gasto com medicamentos varia entre 24% a 65% dos recursos investidos em saúde (OMS, 1993). Mesmo assim, cerca de dois bilhões de pessoas - um terço da população mundial - ainda não tem acesso a medicamentos essenciais (OPAS, 2006). O medicamento é um dos componentes fundamentais da atenção à saúde e sua utilização racional contribui para a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2001a).

Acarretando maior consumo de medicamentos e gerando um maior custo social, tem-se o processo de envelhecimento populacional interferindo, sobretudo, na demanda de medicamentos destinados para o tratamento de doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos de alto custo (Brasil, 1998). No Brasil, o grupo etário de sessenta anos ou mais é o que apresenta maior crescimento demográfico (BRASIL, 2006a). Estudos epidemiológicos demonstram que a prevalência da hipertensão arterial entre idosos, à semelhança da observada em todo o mundo, é bastante elevada. Cerca de 65,0% dos idosos são hipertensos e, entre as mulheres com mais de 75 anos, a prevalência de hipertensão pode chegar a 80,0%. Estima-se que em 2025 haverá mais de 30 milhões de idosos no país (DIRETRIZES, 2002).

No Sistema Único de Saúde (SUS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 de internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais. (DIRETRIZES, 2006). Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular, o Ministério da Saúde implantou, no ano 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM no Brasil. Dentre seus objetivos destacam-se: cadastramento dos pacientes, armazenamento, gerenciamento e dispensação dos medicamentos e garantia de oferta contínua para a rede básica de saúde dos medicamentos padronizados (BRASIL, 2002).

O consumo de medicamentos é um indicador importante para avaliar a qualidade dos serviços de saúde (LAPORTE, J.R; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. 1989). Seu estudo pode ser utilizado para identificar a necessidade de intervenções específicas como: esclarecimento à população quanto ao seu uso adequado, formação e educação continuada de profissionais de saúde para a prescrição racional e identificação de populações em risco de consumo crônico de medicamentos inadequados.

A questão da prescrição de medicamentos sempre foi uma das principais causas que colaboram para a inadequada utilização dos medicamentos, em especial na rede pública de saúde, quer pela não prescrição dos mesmos pelo nome genérico, quer pela não observância dos medicamentos padronizados (Brasil, 2001a). Considerando-se que, segundo dados da OMS, aproximadamente metade dos medicamentos são prescritos, armazenados ou dispensados de forma inapropriada (OMS, 2002), reduzindo os benefícios para a população e aumentando os gastos em saúde, o presente trabalho analisa a importância da informação, como atividade profissional farmacêutica, no desafio de promover o uso racional de medicamentos no SUS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), condição crônica e multifatorial, é uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (DIRETRIZES, 2002). A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular (DIRETRIZES, 2006).

A hipertensão arterial atinge aproximadamente um bilhão de pessoas no mundo (JOINT VII, 2003). Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de HAS de 22,3% a 43,9% (DIRETRIZES, 2006). Seu alto custo social é responsável por cerca de 40,0% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (DIRETRIZES, 2002).

No Brasil, cerca de 17 milhões de pessoas são portadoras de HAS (BRASIL, 2006a) o que representa 35,0% da população de 40 anos ou mais. A hipertensão é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo já que a morbimortalidade devida à doença é muito elevada.

O diagnóstico e o tratamento da HAS são freqüentemente negligenciados, pois, além da maior parte do seu curso ser assintomática, a adesão do paciente ao tratamento prescrito é geralmente baixa. Estes são os principais fatores que determinam um controle deficiente da HAS, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e da possibilidade de acesso a medicamentos por meio da rede pública de saúde.

O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais, sendo utilizadas tanto medidas não-medicamentosas isoladas como associadas a medicamentos anti-hipertensivos (DIRETRIZES, 2002). A estratégia terapêutica deverá ser individualizada de acordo com a estratificação de risco e a meta do nível de pressão arterial a ser alcançado (DIRETRIZES, 2006).

Pelo fato da hipertensão arterial ser multicausal e multifatorial, por não acarretar, na maioria das vezes, qualquer sintoma aos pacientes e por envolver orientações voltadas a vários objetivos, o sucesso do tratamento é bastante limitado quando decorre da ação de um único profissional (DIRETRIZES, 2002).

Assim, o trabalho da equipe multiprofissional contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotando mudanças de hábitos de vida e aderindo adequadamente ao tratamento proposto, com base no risco cardiovascular global. São funções do farmacêutico na equipe: participação em comitês para seleção de medicamentos, gerenciamento de estoques, dispensação dos medicamentos, orientação quanto ao uso racional de medicamentos e acompanhamento da utilização do seu uso na população (DIRETRIZES, 2006).

2.1.1 Tratamento não farmacológico

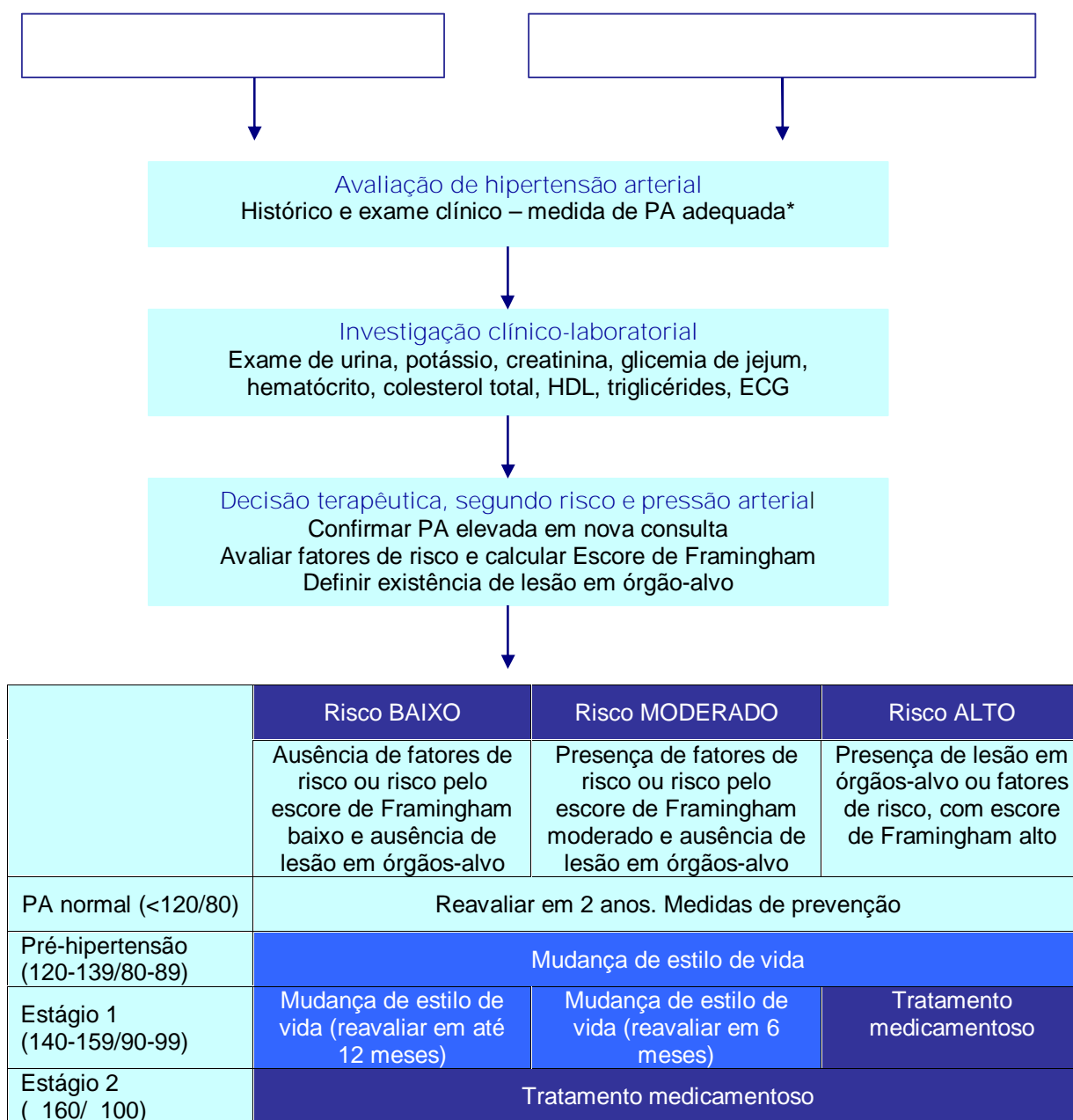
O tratamento não farmacológico deverá ser implementado sempre e para todos os pacientes hipertensos, independente do risco cardiovascular. Os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente a ingestão excessiva de sal e o baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool. As medidas não-medicamentosas mais utilizadas no tratamento da hipertensão arterial e controle dos fatores de risco cardiovascular estão apresentadas no Quadro 1.

<i>Medidas com maior eficácia anti-hipertensiva</i>	<i>Medidas associadas</i>	<i>Medidas sem avaliação definitiva</i>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Redução do peso corporal ◆ Redução da ingestão de sódio ◆ Maior ingestão de alimentos ricos em potássio. ◆ Redução do consumo de bebidas alcoólicas ◆ Exercícios físicos regulares 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Abandono do tabagismo ◆ Controle das dislipidemias ◆ Controle do diabetes mellitus ◆ Evitar drogas que potencialmente elevem a pressão 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Suplementação de cálcio e magnésio ◆ Dietas vegetarianas ricas em fibras ◆ Medidas anti-estresse

Quadro 1 - Medidas não-medicamentosas para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e dos fatores de risco cardiovascular, baseado em Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. (DIRETRIZES, 2002).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado proporcionam menores gastos com internações, invalidez, hemodiálise, assistência às cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais e suas seqüelas, reduzindo também a procura aos serviços de emergências (DIRETRIZES, 2002).

A modalidade de tratamento adequada para um determinado paciente, levando-se em consideração a classificação do risco individual e os níveis pressóricos detectados na consulta inicial está descrita na figura 1.



* Medida adequada de pressão arterial (PA) - A posição recomendada para a medida da PA é a sentada. Entretanto, a medida na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias, alcoólicos e pacientes em uso de anti-hipertensivos. Para ter valor diagnóstico necessário, a PA deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, respeitando-se as recomendações para o procedimento (certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60- 90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas; manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido).

Figura 1 - Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na Hipertensão Arterial Sistêmica, baseada em Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

2.1.2 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico associado ao não-farmacológico visa reduzir os níveis de pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais e presença de comorbidades. Reduções da pressão para níveis inferiores a 130/80 mmHg podem ser úteis em situações específicas, como em pacientes de alto risco cardiovascular, diabéticos – principalmente com microalbuminúria, insuficiência cardíaca, com comprometimento renal e na prevenção de acidente vascular cerebral (DIRETRIZES, 2006).

O tratamento farmacológico deve não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais ou não. Evidências demonstram redução de desfechos clinicamente relevantes, de prazo curto (3 a 4 anos) em maior proporção no tratamento com anti-diuréticos, mas também com betabloqueadores, inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA), bloqueadores do receptor AT1 e com bloqueadores dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilize associação de anti-hipertensivos (DIRETRIZES, 2006).

Os aspectos importantes na escolha do anti-hipertensivo estão descritos no Quadro 2.

- ◆ O medicamento deve ser eficaz por via oral.
- ◆ Deve ser bem tolerado.
- ◆ Deve permitir a administração do menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária.
- ◆ O tratamento deve ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente e/ou associar-se a outro hipotensor de classe farmacológica diferente.
- ◆ Respeitar um período de quatro semanas para se proceder ao aumento da dose e ou a associação de drogas, salvo em situações especiais.
- ◆ Instruir o paciente sobre a doença, sobre as possíveis reações adversas aos medicamentos utilizados e sobre a planificação e os objetivos terapêuticos.
- ◆ Considerar as condições sócio-econômicas.

Quadro 2 - Princípios Gerais do tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, de acordo com Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DIRETRIZES, 2002).

a) Escolha do Medicamento Anti-hipertensivo

Qualquer classe farmacológica, com exceção dos vasodilatadores de ação direta, pode ser apropriada para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial, especialmente para pacientes portadores de hipertensão arterial leve a moderada que não responderam às

medidas não-farmacológicas. Sua escolha deverá ser pautada nos princípios gerais descritos no Quadro 2 (DIRETRIZES, 2006).

Além do controle da pressão arterial, já mencionado, os anti-hipertensivos também devem ser capazes de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares dos hipertensos. Essa capacidade, já demonstrada para diuréticos e beta-bloqueadores, foi também mais recentemente observada com os antagonistas dos canais de cálcio em estudos com pacientes idosos, e com os inibidores da ECA em pacientes idosos ou não e de alto risco para doenças ateroscleróticas (DIRETRIZES, 2002).

b) Esquemas Terapêuticos

Os medicamentos preferenciais para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial são os diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA e os antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II. O tratamento deve ser individualizado e a escolha inicial do medicamento como monoterapia deve basear-se no mecanismo fisiopatológico predominante, nas características individuais, no perfil de segurança do medicamento, nas doenças associadas, nas condições socioeconômicas e na capacidade de o medicamento influir sobre a morbidade e a mortalidade cardiovasculares (DIRETRIZES, 2006).

A dose do medicamento como monoterapia deve ser ajustada até que se consiga redução da pressão arterial a um nível considerado satisfatório para cada paciente (em geral, inferior a 140/90 mmHg). Pressão arterial mais baixa (inferior a 130/80 mmHg) deve ser considerada como meta para pacientes de alto risco cardiovascular, diabéticos, com nefropatia e em prevenção primária e secundária de acidente vascular cerebral. (DIRETRIZES, 2006). O ajuste deve ser feito buscando-se a menor dose eficaz e evitando-se efeitos indesejáveis. Se o objetivo terapêutico não for atingido com a monoterapia inicial, são possíveis três condutas:

b1) Em caso de efeito parcial ou nulo, com ausência de reação adversa, recomenda-se o aumento da dose do medicamento escolhido para monoterapia inicial ou a associação com medicamento de outra classe terapêutica.

b2) Quando não ocorrer efeito na dose máxima preconizada, ou surgirem efeitos indesejáveis, recomenda-se a substituição da droga em monoterapia.

b3) Se, ainda assim, a resposta for inadequada, devem-se associar duas ou mais drogas.

O fluxograma para o tratamento de HAS está apresentado na figura 2.

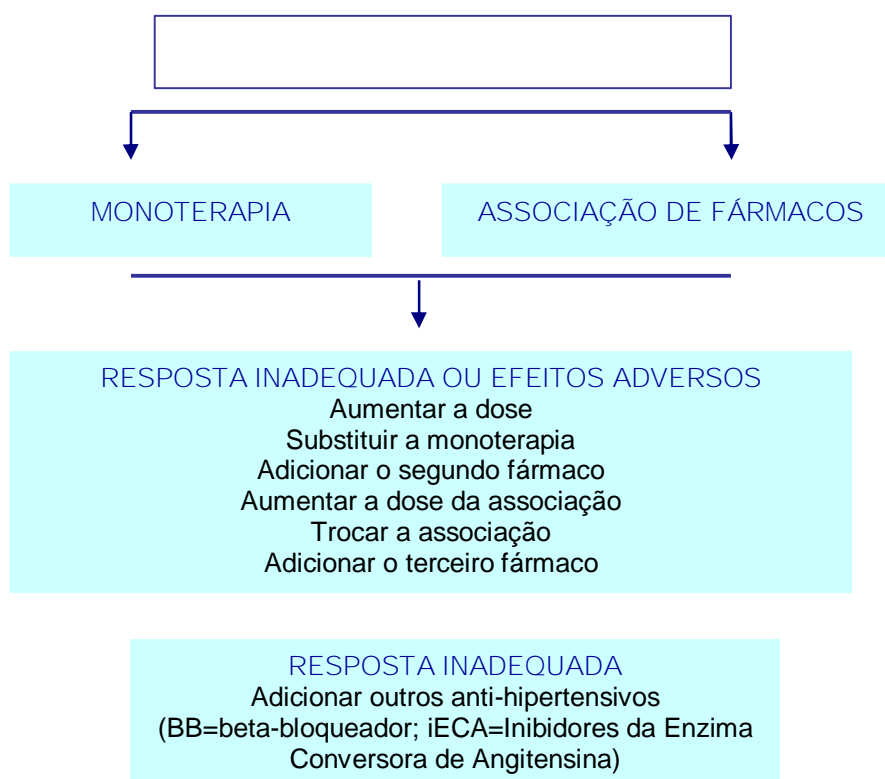


Figura 2 – Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, de acordo com o Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Para que se estabeleçam associações de drogas racionais, deve-se obedecer à premissa de não associar drogas com mecanismos de ação similares, à exceção da associação de diuréticos tiazídicos e de alça com poupadores de potássio.

Os diuréticos em baixas doses são os fármacos mais estudados que demonstraram reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Considerando ainda o baixo custo e extensa experiência de emprego, essa classe de medicamentos é recomendada como primeira opção anti-hipertensiva na maioria dos pacientes. Devem ser prescritos em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com HAS em estágio 1 que não responderam às medidas não-medicamentosas. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam de associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA, beta-bloqueadores, antagonista do cálcio (BRASIL, 2006a).

Atualmente, há uma clara tendência à admissão mais precoce de terapêutica combinada de fármacos anti-hipertensivos como primeira medida farmacológica. Esta tendência pode ser explicada pela necessidade, em determinadas situações, da obtenção de controle mais rigoroso das cifras pressóricas e por evidências oriundas de estudos recentes, que em cerca de dois terços dos pacientes a monoterapia não será suficiente para que se atinja a meta de redução pressórica (BRASIL, 2006a). O esquema farmacológico instituído deve propiciar uma posologia compatível com a realidade de vida do paciente para que haja uma adesão adequada, sem comprometer sua qualidade de vida.

As classes de medicamentos com ação anti-hipertensiva estão listadas no quadro 3.

- ◆ Diuréticos (tiazídicos, de alça e poupadores de potássio)
- ◆ Inibidores adrenérgicos (ação central, alfa-1 bloqueadores e beta-bloqueadores)
- ◆ Vasodilatadores diretos
- ◆ Inibidores da enzima conversora da angiotensina
- ◆ Bloqueadores dos canais de cálcio
- ◆ Antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II

Quadro 3 - Classes farmacológicas utilizadas no tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica, de acordo com Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DIRETRIZES, 2006).

Todas as associações entre as diferentes classes de anti-hipertensivos são eficazes. Entretanto, os diuréticos em doses baixas, como segunda droga, têm sido universalmente utilizados com bons resultados clínicos, sendo eficazes na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares (DIRETRIZES, 2002).

O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos relaciona-se inicialmente aos efeitos diurético e natriurético que determinam, como consequência, a diminuição do volume extracelular. Assim, após cerca de 4 a 6 semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução persistente da resistência vascular periférica (DIRETRIZES, 2006).

Os diuréticos tiazídicos estão entre os medicamentos anti-hipertensivos mais frequentemente prescritos e com eficácia comprovada na redução da morbi-mortalidade cardiovascular. Em baixas doses eles são seguros, bem tolerados, de fácil posologia, baixo custo e são efetivos agentes para diminuir a pressão arterial de pacientes. Os diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada à insuficiência renal com baixa taxa de filtração glomerular. Os diuréticos poupadores de potássio apresentam pequena eficácia diurética, mas, quando associados aos tiazídicos e aos diuréticos de alça,

são úteis na prevenção e tratamento de hipopotassemia. Tais benefícios se mostraram mais presentes nos indivíduos de meia idade e, sobretudo, em idosos (DIRETRIZES, 2006).

A primeira droga realmente eficaz utilizada no tratamento da HAS foi a hidroclorotiazida (HCT), descoberta em 1958. Nos últimos 40 anos tem sido a pedra angular da terapêutica anti-hipertensiva. Se não for usada como primeira droga deve ser sempre o segundo medicamento escolhido. Inicialmente foram empregadas doses muito altas (100mg e 200mg) mas, atualmente, sabe-se que doses tão pequenas quanto 6,25mg são bastante eficazes (LUNA, R.L., 1989).

O aparecimento de efeitos indesejáveis durante o tratamento com diuréticos geralmente relaciona-se à dosagem utilizada. A recomendação de se usar doses baixas de hidroclorotiazida (6,25mg ou 12,5mg) deve-se ao fato de elas exercerem o mesmo efeito anti-hipertensivo em comparação às doses altas (50-100 mg/dia) (PSATY, 1998). Entre outras razões para a mudança na dosagem dos diuréticos tiazídicos, destacam-se a redução do risco relativo para doença arterial coronariana e acidentes vasculares cerebrais (AVC). Além disso, as alterações metabólicas (hiperglicemia, hiperlipemia) e de eletrólitos (hipocalemia, hiperuricemia) são freqüentes com altas doses e desprezíveis com baixas doses. Por fim, o uso de baixas doses, por ser mais tolerável, propicia uma maior adesão dos pacientes ao tratamento (KAPLAN, 1996).

2.2 Política Nacional de Medicamentos

Entendendo a Assistência Farmacêutica (AF) como componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, o Ministério da Saúde, após ampla discussão, aprovou, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM n 3.916/98), instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos no país (Brasil, 2001a).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) constitui um dos elementos fundamentais para a implementação efetiva de ações capazes de melhorar as condições da assistência à saúde. Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, devem concentrar esforços no sentido de que as ações direcionadas para o alcance deste propósito estejam balizadas pelas diretrizes prioritárias descritas a seguir.

2.2.1 Adoção de relação de medicamentos essenciais, com revisão permanente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define medicamentos essenciais como aqueles que “satisfazem às necessidades de saúde pública prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade” (OMS, 2002).

O conceito de medicamento essencial tem sido amplamente aplicado e deve proporcionar racionalidade não só na aquisição pelo SUS, mas também na identificação das necessidades nos diversos níveis de atenção à saúde.

Desde a década de 70, a OMS tem estimulado a elaboração de listas nacionais de medicamentos essenciais como uma diretriz fundamental das políticas de saúde. Integram o elenco de medicamentos essenciais, produtos considerados básicos e indispensáveis para atender à maioria dos problemas de saúde da população. O estabelecimento de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um meio fundamental de orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS (BRASIL, 2001a).

Considerando a multiplicidade de produtos farmacêuticos lançados constantemente no mercado e a escassez de recursos financeiros, torna-se imperativo estabelecer prioridades, selecionando-se medicamentos seguros, eficazes e que atendam às reais necessidades da população, o que resultará em benefícios terapêuticos e econômicos.

2.2.2 Reorientação da Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) no SUS engloba as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle de qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação, o que deve favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (BRASIL, 2001a).

O SUS tem alcançado importantes avanços no desenvolvimento de suas diretrizes básicas: a universalização, a descentralização e a participação popular. Porém, a AF no âmbito do SUS ainda se restringe ao binômio aquisição-distribuição. Entendendo que ela é um

componente fundamental para a efetiva implementação de ações de promoção e melhoria da assistência à saúde, a PNM orienta que a AF deve ser considerada uma das atividades prioritárias da assistência à saúde, em face de sua transversalidade com as demais ações e programas. O medicamento é um insumo estratégico para a melhoria das condições de saúde da população e sua utilização racional contribui para a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2001b).

Para que a reorientação das atividades de AF se consolide, é necessária sua estruturação nos âmbitos federal, estadual e municipal, tendo como princípio norteador o ciclo da Assistência Farmacêutica (figura 3). A reorientação deve estar fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição e em ações que viabilizem o acesso da população aos medicamentos essenciais.



Figura 3 – Ciclo da Assistência Farmacêutica, conforme Manual da Rede Farmácia de Minas – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2008).

A AF fortalece e dinamiza a organização dos serviços de saúde, tornando-os mais eficientes, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações (BRASIL, 2001a).

2.2.3 Uso racional de medicamentos

Uso racional de medicamentos é o fornecimento de medicamentos adequados às necessidades clínicas do paciente nas doses ajustadas às suas características individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para o paciente e para a comunidade (OMS, 1985).

Em todo o mundo, mais de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada (OMS, 2002). Dentre as formas mais frequentes de uso inadequado dos medicamentos, citam-se:

- ◆ Uso de vários medicamentos por um mesmo paciente (polifarmácia ou polimedicação);
- ◆ Uso inadequado de antimicrobianos (doses incorretas, por tempo inferior ao prescrito, para infecções não bacterianas);
- ◆ Uso excessivo de medicamentos injetáveis em casos onde a formulação oral seria mais adequada;
- ◆ Prescrições em desacordo com as diretrizes e protocolos clínicos;
- ◆ Automedicação.

De acordo com a PNM, a prescrição é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente com a respectiva dosagem e duração do tratamento, ato expresso mediante elaboração de receita médica. A questão da prescrição de medicamentos sempre foi uma das principais causas que colaboram para a inadequada utilização dos medicamentos, em especial na rede pública de saúde, quer pela não prescrição dos mesmos pelo nome genérico, quer pela não observância dos medicamentos padronizados no nível local. A prática da medicalização e a inexistência de uma relação integrada médico-paciente colaboram para uma inadequada atenção à saúde (BRASIL, 2001a).

A falta de acesso a medicamentos e o uso de doses inadequadas tem como consequência um alto índice de morbidade e de mortalidade, sobretudo em infecções infantis e enfermidades crônicas, tais como Hipertensão, Diabetes e transtornos mentais (BRASIL, 2006a). O uso inadequado e excessivo de medicamentos gera desperdício de recursos públicos e prejuízos aos pacientes, com destaque para a inefetividade terapêutica e ocorrência de reações adversas (OMS, 2002).

Os indicadores selecionados pela OMS para analisar o uso racional de medicamentos na atenção básica à saúde estão apresentados no Quadro 4.

Indicadores da prescrição:

Número médio de medicamentos receitados por consulta ao paciente
Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico
Porcentagem de consultas que geraram prescrições de antibióticos
Porcentagem de consultas que geraram prescrições de medicamentos injetáveis
Porcentagem de medicamentos receitados da lista de medicamentos essenciais.

Indicadores da atenção ao paciente:

Duração média da consulta
Tempo médio para dispensação de medicamentos
Porcentagem de medicamentos dispensados de fato
Porcentagem de medicamentos com identificação correta
Porcentagem de pacientes que conhecem as doses prescritas

Indicadores do estabelecimento:

Disponibilidade de uma lista ou formulário de medicamentos essenciais
Disponibilidade de diretrizes clínicas
Porcentagem de disponibilização dos medicamentos-chave

Indicadores complementares do uso dos medicamentos:

Custo médio dos medicamentos prescritos por receita
Porcentagem de receitas em conformidade com as diretrizes clínicas.

Quadro 4 - Indicadores do uso de medicamentos em estabelecimentos de atenção primária em saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde/Rede Internacional para o Uso Racional de Medicamentos (OMS, 1993).

2.2.4 Organização das Atividades de Vigilância Sanitária

A OMS recomenda que as listas de medicamentos essenciais e a adoção de programas de medicamentos genéricos sejam os eixos principais das políticas de medicamentos, contribuindo para um mercado racional. Considera-se fundamental para alcançar este objetivo a implantação de uma série de ações governamentais, a articulação de medidas que abranjam segmentos industriais e a participação ativa e consciente dos profissionais responsáveis pela prescrição e dispensação dos medicamentos (BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J.R.A, 1999).

Conforme a PNM, a regulamentação sanitária confere prioridade à promoção do uso de medicamentos genéricos, por intermédio da adequação de instrumento legal específico, englobando a aceitação de denominação genérica e ações dirigidas à prescrição e uso destes produtos. Entende-se por medicamento genérico um produto farmacêutico similar a um produto inovador, que pretende ser intercambiável com este, geralmente produzido após a expiração da proteção patentária ou outros direitos de exclusividade, desde que comprovada sua eficácia, segurança e qualidade (WHO, 1993).

O fortalecimento e aperfeiçoamento do sistema nacional de vigilância sanitária e de um programa efetivo de inspeção à indústria farmacêutica são fundamentais para garantir a qualidade dos produtos no mercado e permitir avanços na política de medicamentos genéricos (BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J.R.A, 1999).

2.3 Política Nacional de Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de AF é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Estas ações envolvem a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como as etapas do ciclo logístico, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A AF deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, dentre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras. Além disto, garante a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país –SUS - e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica engloba vários eixos estratégicos, dentre os quais se destacam:

I - a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo, necessariamente, a Assistência Farmacêutica;

II - manutenção de serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;

III - qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;

IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;

V - desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;

VI - utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;

VII - promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

2.4 Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes mellitus

O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem a HAS e o DM como importantes fatores de risco, trazem um desafio para o SUS: a garantia do acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos e o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. A identificação precoce dos casos e o estabelecimento de vínculo entre os portadores e as unidades básicas são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle dessas patologias (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a mortalidade associada à HAS e DM, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores e Conselhos dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias por meio do Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM.

Como parte integrante deste Plano foi instituído, pela Portaria nº 371/2002, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial. O plano de reorganização da atenção à HAS e ao DM contempla o estabelecimento de diretrizes para a detecção e

tratamento dos portadores de HAS e DM, no âmbito do SUS, com reorientação da AF e definição de três medicamentos anti-hipertensivos a serem distribuídos pela rede pública de saúde, conforme Quadro 5.

Tratamento da Hipertensão Arterial:	Tratamento do Diabetes Mellitus:
Captopril com 25mg Hidroclorotiazida com 25mg Propranolol com 40mg.	Glibenclamida com 5mg Metformina com 850mg Insulina NPH humana - 100UI/mL.

Quadro 5 – Medicamentos padronizados pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Conforme a Portaria GM nº 371/2002, para a execução do Programa, as Secretarias Municipais de Saúde têm as seguintes responsabilidades:

- a) Cadastramento dos pacientes e manutenção do Cadastro Nacional atualizado;
- b) Garantia do acesso ao tratamento clínico dos portadores destas patologias na rede básica de saúde;
- c) Participação nos processos de capacitação dos profissionais da rede básica para o acompanhamento clínico;
- d) Armazenamento, gerenciamento e dispensação dos medicamentos recebidos e vinculados ao programa.

O financiamento dos medicamentos destinados ao Programa de Hipertensão e Diabetes foi alterado pela Portaria GM nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007, que aprovou as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Os valores da Parte Fixa e da Parte Variável dos grupos de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite e Saúde Mental passaram a compor valor único de financiamento, no Componente Básico.

O Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição e distribuição de medicamentos para atender aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica à saúde. Seu financiamento é responsabilidade das três esferas de gestão, nos valores e modalidades de execução definidos na Portaria GM nº 3.237/2007, sendo complementada pelas pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada unidade federativa.

O estado de Minas Gerais pactuou por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 415, de 21 de fevereiro de 2008, o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizada no SUS/MG e atualizou a relação estadual de medicamentos. Conforme esta Deliberação, a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais possui 14 medicamentos cardiovasculares padronizados.

2.5 Caracterização do Sistema Único de Saúde de Contagem

O município de Contagem localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, a cerca de 20 Km do centro da capital. Possui uma extensão territorial de 194m² e limites geográficos com os municípios de Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves, Belo Horizonte e Ibirité. A população, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2007), é de 608.650 habitantes, representando o segundo maior contingente populacional do Estado de Minas Gerais.

Apesar do crescimento do setor de alimentos e bebidas, Contagem continua sendo um pólo industrial sustentado principalmente no complexo metal-mecânico e seus encadeamentos (AMARAL, 2006).

Contagem possui uma população predominantemente jovem: 27,0% da população é menor de 14 anos, 36,0% se encontra na faixa entre 20 e 39 anos e 6,0% tem mais de 60 anos. De acordo com a pesquisa realizada em 2005, 78,0% da população do município é SUS dependente (CONTAGEM, 2006).

O município encontra-se habilitado, desde maio de 1999, conforme Norma Operacional Básica (NOB) SUS-01/96, em gestão plena de sistema municipal. Divido político-administrativamente em sete distritos sanitários, é pólo de microrregião, apresentando uma extensa rede pública de saúde com unidades distribuídas conforme a Figura 3 e o Quadro 6. Cada unidade básica de saúde (Centro de Saúde e Equipe de Saúde da Família) possui uma clientela adscrita, denominada área de abrangência, que corresponde à população residente na respectiva área geográfica a ser atendida pela unidade.

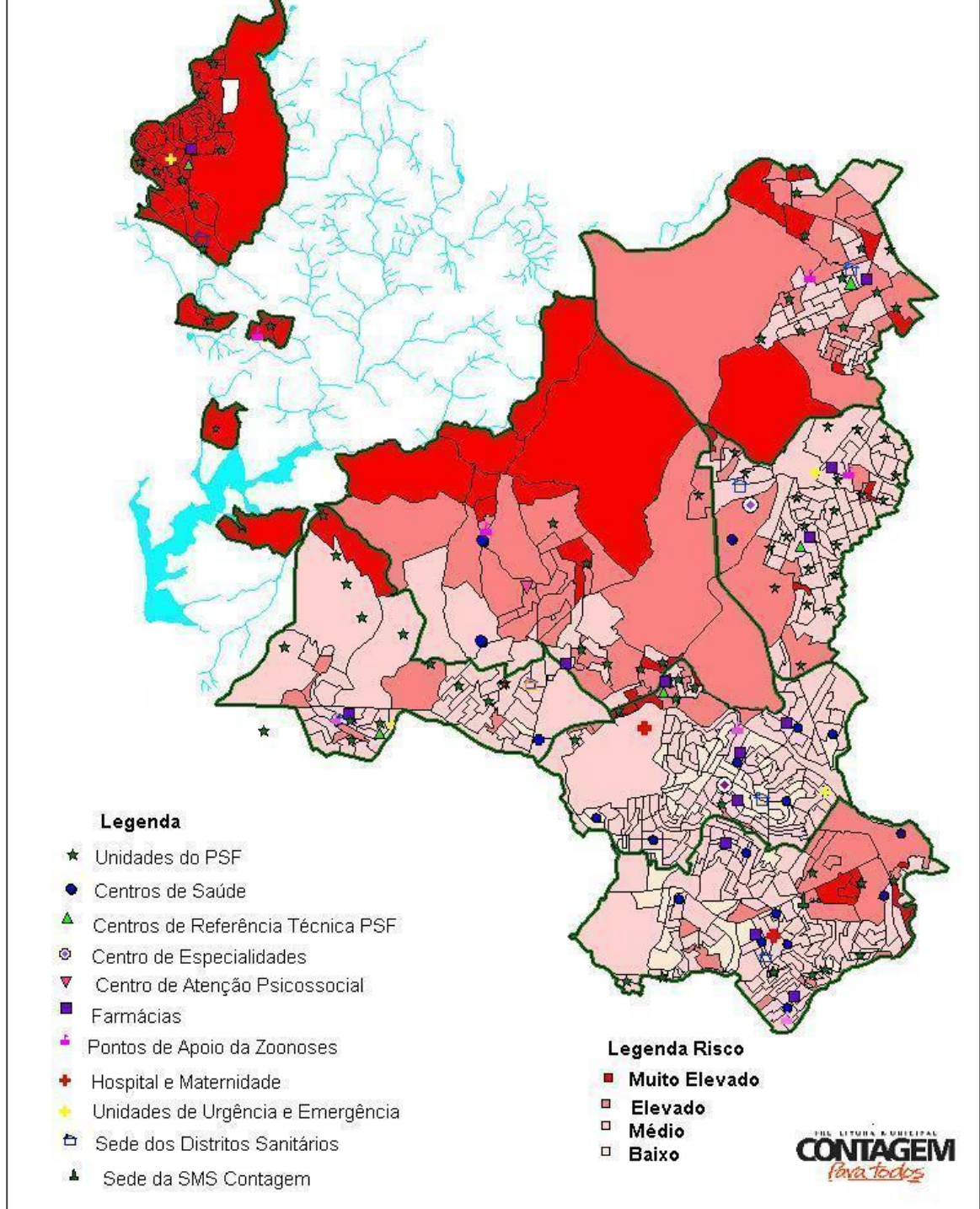


Figura 4 - Distribuição da rede pública de saúde do município de Contagem, por distrito sanitário (CONTAGEM, 2006).

Distritos Sanitários	População IBGE, 2007	% população dependente em relação à população total*	Equipamentos de Saúde
Eldorado	159.222	72,0	3 Farmácias Distritais 1 Farmácia do Programa DST/Aids 7 Unidades de Saúde da Família (USF) 6 Centros de Saúde (CS) Tradicionais 1 Centro de Consultas Especializadas (CCE) 1 Unidade de Referência de Saúde da Família (URSF) 1 Pronto Socorro (PS) 1 Hospital Municipal de Contagem (HMC)
Industrial	135.458	74,0	2 Farmácias Distritais 9 USF 9 CS Tradicionais 1 URSF 1 Maternidade Municipal de Contagem (MMC)
Nacional	58.916	83,0	2 Farmácias Distritais 14 USF 1 URSF
Vargem das Flores	50.293	94,0	1 Farmácia Distrital 15 USF 1 URSF 1 Unidade de Atendimento Imediato (UAI)
Petrolândia	65.414	94,0	1 Farmácia Distrital 15 USF 1 UBS Tradicional 1 URSF 1 UAI
Ressaca	87.758	81,0	2 Farmácias Distritais 22 USF 1 UBS Tradicional 1 URSF 1 CCE 1 UAI
Sede	49.909	73,0	1 Farmácia Distrital 6 USF 2 UBS Tradicionais 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Totais	608.650	78,0	13 Farmácias 88 USF 19 UBS Tradicionais 6 URSF 2 CCE 1 CAPS 1 PS 3 UAI 1 HMC 1 MMC

* Cálculo a partir de pesquisa de opinião realizada pela Prefeitura de Contagem em abril de 2005.

Quadro 6 - Distribuição da rede pública de saúde do município de Contagem, conforme Secretaria Municipal de Saúde de Contagem (CONTAGEM, 2006).

As doenças do aparelho circulatório são a maior causa de mortalidade no município (32,3%), como pode ser observado no gráfico 1 (Contagem, 2006). Considerando-se que entre os fatores de risco para mortalidade no Brasil, a HAS é responsável por 40,0% das mortes por acidente vascular cerebral, o alto índice de óbitos por doenças do aparelho circulatório apontam para a importância do adequado acompanhamento aos portadores de HAS no município de Contagem.

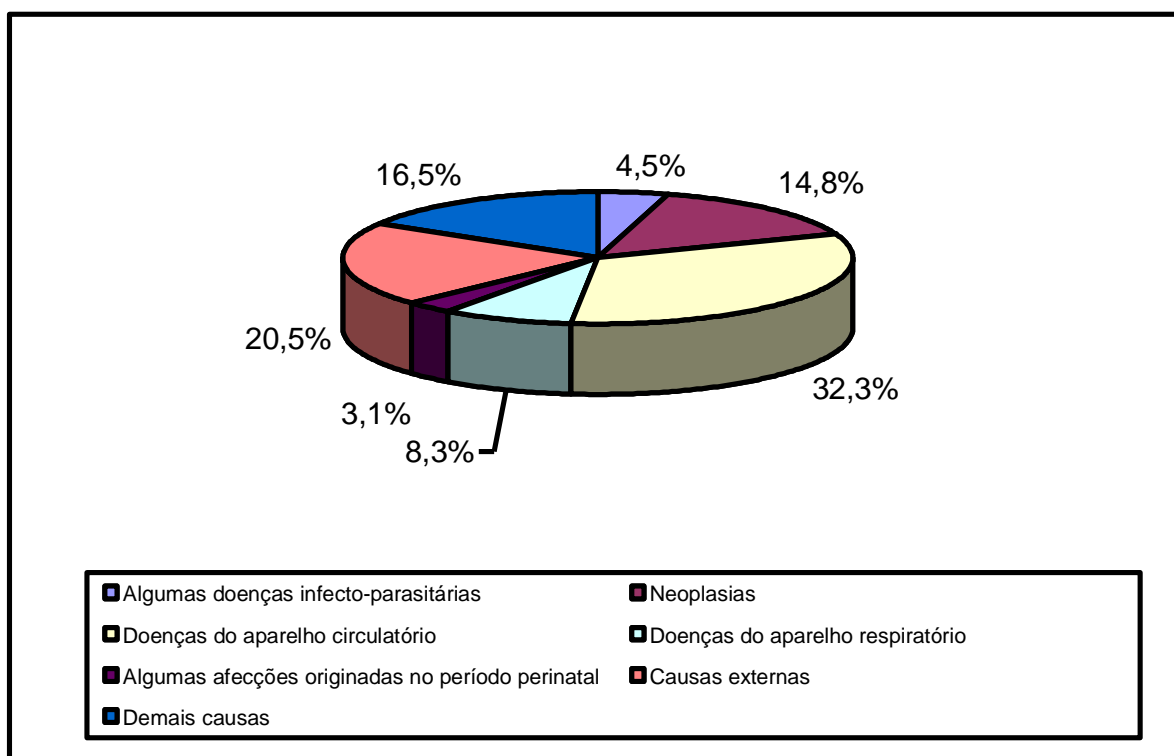


Gráfico 1 - Mortalidade proporcional da população residente no município de Contagem/MG, ano 2005, de acordo com Secretaria Municipal de Saúde de Contagem/SIASUS 2005 (CONTAGEM, 2006).

2.6 Assistência Farmacêutica no Município de Contagem

“Considerando o desafio da implantação do SUS no Brasil e entendendo que a Assistência Farmacêutica de qualidade e universalizada é fundamental na Atenção Básica, o município de Contagem vem implantando Farmácias Distritais de acordo com as recomendações da OMS para as farmácias comunitárias” (COELHO, 2000).

Após um diagnóstico situacional realizado em 1999, por BONTEMPO, V.L.; PEREIRA, L.A.M., várias atividades começaram a ser implementadas objetivando a implantação de uma AF efetiva e de qualidade. Dentre essas atividades, destacam-se: aperfeiçoamento da programação de medicamentos, reestruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), estabelecimento de uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), reestruturação das unidades de dispensação com a criação das Farmácias Distritais e elaboração do Boletim Terapêutico.

As Farmácias Distritais tem como objetivos principais (COELHO, 2000):

- ◆ Proporcionar aos usuários um atendimento personalizado;
- ◆ Orientar quanto ao uso racional de medicamentos;
- ◆ Cadastrar e acompanhar individualmente pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos tais como: hipertensos, diabéticos, asmáticos, etc;
- ◆ Trabalhar de modo integrado com outros profissionais a fim de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população;
- ◆ Zelar pela correta utilização dos recursos públicos evitando clientelismo, desvio e perda dos medicamentos;
- ◆ Fornecer dados epidemiológicos para direcionar futuras ações de saúde, indicando metas e prioridades.

Muitos desses objetivos estão em sintonia com o que preconiza a OMS para as farmácias comunitárias, funcionando como centros de difusão de informação sanitária e influenciando sobre os hábitos do indivíduo, da família e da comunidade com respeito aos medicamentos e outras ações vinculadas à promoção e conservação da saúde (VERNENGO, 1996).

As Farmácias Distritais atendem a todos os moradores de Contagem, independente da origem da prescrição (SUS ou não SUS), mediante a apresentação de receita emitida por profissional autorizado, conforme normas e legislações vigentes. Cada Farmácia possui um território adscrito, de acordo com sua localização, atendendo à população do distrito sanitário onde está inserida.

O município disponibiliza por meio das Farmácias Distritais os medicamentos padronizados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). De acordo com a REMUME vigente em 2004, havia 6 medicamentos padronizados para o tratamento de hipertensão arterial, conforme quadro 7.

Denominação genérica	DDD	ATC	Forma farmacêutica e apresentação - REMUME	Classe farmacológica
Captopril	50mg	C09AA01	Comprimido 25mg	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
Hidroclorotiazida	25 mg	CO3AA03	comprimido 25mg	Diurético
Metildopa	1000mg	C02AB01	Comprimido 500mg	Bloqueador adrenérgico
Nifedipino	30mg	C08CA05	Comprimido liberação prolongada 20mg	Bloqueador de canais de cálcio
Propranolol	160mg	C07AA05	Comprimido 40mg	Bloqueador adrenérgico
Verapamil	240mg	C08DA01	Comprimido 80mg	Bloqueador de canais de cálcio

Quadro 7 – Relação de Medicamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Contagem para tratamento de Hipertensão Arterial, de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, 2004.

3 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

3.1 Boletim Terapêutico

O Boletim da Farmácia surgiu em dezembro de 1999, como veículo de informação a fim de orientar os prescritores do SUS Contagem sobre os medicamentos padronizados no município. Até dezembro de 2003 foram editados sete boletins pela AF de Contagem.

Objetivando atingir maior credibilidade frente aos profissionais de saúde do município, a partir de janeiro de 2004, o Boletim da Farmácia foi substituído pelo Boletim Terapêutico, publicação elaborada pela AF em parceria com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do município de Contagem.

Apesar do Consenso Brasileiro de HAS vigente recomendar a prescrição de doses menores do diurético HCT e deste medicamento estar padronizado na apresentação de comprimidos de 25mg desde a edição da RENAME publicada em 2002, o estudo mensal de prescrições realizado pela equipe das Farmácias Distritais sinalizavam a manutenção de prescrições desse diurético em altas doses.

O alto consumo de HCT no município de Contagem e a manutenção de prescrições deste medicamento na dose de 50mg/dia, contrariando as diretrizes nacionais, determinaram a escolha do tema “Hidroclorotiazida: por que prescrever doses menores?” como a primeira edição do Boletim Terapêutico (ANEXO A).

Este boletim foi publicado no final de janeiro de 2004 e enviado às Unidades de Saúde em fevereiro do mesmo ano. O boletim foi distribuído para toda a rede pública de saúde do município de Contagem. Como não era possível reproduzir uma cópia para cada prescritor do município, foi enviada uma cópia para cada consultório médico das UBS Tradicionais, CCE Iria Diniz, PS Geraldo Pinto Vieira, UAI e HMC José Lucas Filho. As Unidades de Saúde da Família receberam duas cópias: uma para o médico e outra para o enfermeiro.

A divulgação para a rede privada ocorreu de forma pontual. Quando, durante o atendimento às receitas originadas na rede conveniada, contratada ou particular, observava-se a prescrição de altas doses de HCT, era enviado um Boletim para o prescritor.

3.2 Portaria nº 0982/2004 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Contagem

Considerando a necessidade de padronizar procedimentos e uniformizar as atividades desenvolvidas pelas farmácias da rede municipal relativas à dispensação de medicamentos, foi publicada em 21 de dezembro de 1999 a Portaria SMS nº 001/1999. Esta Portaria regulamentava, no âmbito municipal, a obrigatoriedade da utilização das denominações genéricas de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB), atendendo à legislação brasileira, em todas as prescrições de profissionais autorizados. Pela referida Portaria, os medicamentos cardiovasculares, anti-hipertensivos ou anti-diabéticos podiam ser prescritos para até 90 dias de tratamento por receita.

Ao final de março de 2004, foi publicada a Portaria Municipal SMS nº 0982 revogando a Portaria SMS nº 001/1999. Esta Portaria estabelece normas para a operacionalização e controle da prescrição e dispensação de medicamentos pelas Farmácias Distritais e Farmácias das Unidades de Saúde do município de Contagem, sendo um instrumento fundamental para garantir o uso racional de medicamentos no município (ANEXO B).

Por determinação da Secretaria Municipal de Saúde, os farmacêuticos foram responsáveis pela divulgação da nova portaria entre os profissionais da rede pública de saúde. Esta divulgação ocorreu nos meses de junho e julho de 2004. Os farmacêuticos visitaram todos os prescritores (médicos, enfermeiros¹ e odontólogos) das unidades de atendimento primário, secundário e terciário. No Pronto Socorro, devido à grande quantidade e rotatividade dos profissionais que trabalham como plantonistas (12h ou 24h) a divulgação ocorreu por meio de ofício anexado às folhas de ponto de cada profissional. Nas demais unidades de saúde foram realizadas conversas individuais, geralmente nos consultórios. Na oportunidade, foram reiteradas informações divulgadas anteriormente, inclusive, o boletim terapêutico com o tema hidroclorotiazida.

¹ A Portaria nº 001/99 da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem normatiza a prescrição de medicamentos básicos padronizados e de encaminhamento de pacientes, vinculados aos Programas e Ações de Atenção Básica à Saúde, implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, por enfermeiro de unidade básica de saúde e de unidade de Saúde da Família.

4 OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar o impacto de duas intervenções farmacêuticas - o “Boletim Terapêutico” e a visita aos prescritores – no perfil das prescrições contendo medicamentos anti-hipertensivos atendidas no âmbito do SUS Contagem.

Objetivos específicos

- ◆ Analisar o impacto do “Boletim Terapêutico” na redução da dosagem prescrita de Hidroclorotiazida, em receitas atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado.
- ◆ Verificar o impacto da divulgação da Portaria Municipal nº 0982/2004, junto aos prescritores, na porcentagem de receitas prescritas pela denominação genérica.

5 METODOLOGIA

A dispensação de medicamentos nas Farmácias Distritais de Contagem é realizada mediante a apresentação de receita elaborada por profissional autorizado e a retenção de uma cópia ou da receita original, em caso de medicamentos controlados pela Portaria n° 344/1998. Foi realizada análise apenas das receitas contendo prescrições de medicamentos anti-hipertensivos, atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, no período de janeiro a outubro de 2004.

Foi realizada amostragem aleatória, definindo-se um intervalo de confiança de 95,0%. As receitas contendo anti-hipertensivos foram separadas mês a mês e numeradas seqüencialmente, por ordem numérica crescente. O processo de aleatorização foi realizado pelo Programa Epi-info versão 6,04b (Centers for Disease Control and Prevention), por meio do sorteio de números aleatórios, utilizando-se o comando Eitable.

A fim de padronizar a coleta dos dados, foi elaborado um formulário próprio (APÊNDICE A). A escolha dos meses para estudo foi realizada levando-se em consideração os seguintes parâmetros:

- ◆ O Boletim Terapêutico com o tema “Hidroclorotiazida - por que prescrever doses menores?” foi publicado e divulgado em fevereiro de 2004;
- ◆ A Portaria SMS n° 0982/2004 foi homologada em março de 2004 e a sua divulgação realizada nos meses de junho e julho de 2004;
- ◆ O tempo máximo de tratamento anti-hipertensivo estabelecido pela Portaria Municipal, por prescrição, era de 90 dias (três meses) para o período estudado. Portanto, como a dispensação é realizada mensalmente, cada receita contendo anti-hipertensivos prescritos pode conter tratamento para até 90 dias e, então, ser dispensada por três meses consecutivos. Após este período, o paciente deve apresentar uma nova receita para receber os medicamentos.

Desta forma, foram selecionadas amostras de quatro meses de atendimento: janeiro, abril, julho e outubro de 2004. A escolha dos meses, com intervalo trimestral, considerou os meses das intervenções realizadas e o período máximo de três meses de prescrição por receita, a fim de reduzir a possibilidade de análise duplicada das receitas e possibilitar a comparação de períodos antes e após cada intervenção.

O número de receitas contendo medicamentos anti-hipertensivos atendidas por mês e a amostra selecionada para análise estão na tabela 1.

Mês/2004	Número de receitas atendidas	Número de receitas contendo anti-hipertensivos	Amostra analisada (número de receitas)
Janeiro	5.515	2.009	322
Abril	6.892	2.598	335
Julho	7.281	2.543	333
Outubro	7.075	2.350	330
Total	26.763	9.500	1.320

Tabela 1 - Número de receitas atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado contendo medicamentos anti-hipertensivos segundo o mês e amostra selecionada para o estudo, 2004.

Quanto à lista de medicamentos padronizados, foi utilizada a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) vigente em janeiro de 2004, sendo incluídos como prescrição os medicamentos indicados na forma farmacêutica e dosagem definida, independente de se apresentarem como nome genérico ou comercial. Para que o medicamento fosse considerado como prescrição pelo nome genérico, foi utilizada como referência a DCB.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Distribuição das receitas selecionadas por sexo e grupo etário

A distribuição etária e por sexo dos usuários de medicamentos anti-hipertensivos atendidos na Farmácia Distrital Eldorado estão apresentados na Tabela 2.

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
< 29 anos	15	1,7	5	1,1	20	1,6
30 a 39	60	6,9	23	5,1	83	6,3
40 a 49	126	14,5	86	19,1	212	16,1
50 a 59	245	28,2	109	24,2	354	26,8
60 a 69	221	25,4	117	26,0	338	25,6
70 ou +	174	20,0	97	21,5	271	16,1
Não informado	29	3,3	13	2,9	42	3,2
Total	870	100,0	450	100,0	1320	(100%)
	870 (65,9%)		450 (34,1%)			

Tabela 2 - Perfil dos usuários com prescrições contendo medicamentos anti-hipertensivos atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, por sexo e idade, em 2004.

Pode-se observar que aproximadamente 66,0% das prescrições atendidas pertenciam a usuários do sexo feminino. Como em vários estudos, realizados no Brasil por CUNHA, M.C.N.; ZORZATTO, J.R.; CASTRO, L.L.C., 2002 e SANTOS, V.; NITRINI, S.M.O.O, 2004, prevalece uma maioria de pacientes do sexo feminino. Habitualmente, as mulheres comparecem aos ambulatórios com maior frequência, o que não necessariamente reflete uma maior incidência da hipertensão entre as mulheres.

A prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres indica que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década (DIRETRIZES, 2006). Com relação à faixa etária, 50,2% dos homens e 53,6% das mulheres atendidas possuíam de 50 a 69 anos.

A descrição das receitas atendidas na Farmácia Distrital Eldorado, conforme a origem, no período de janeiro a outubro de 2004, está apresentada na Tabela 3.

Segundo estudo realizado na cidade de Bambuí, Minas Gerais, em 1997, a prevalência de HAS aumenta com a idade, tanto para homens quanto para mulheres, no grupo etário de 60-69 anos (PASSOS, V.M.A; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M., 2006). A prevalência foi mais baixa para os mais idosos (acima de 80 anos), o que provavelmente resulta da baixa densidade demográfica dessa faixa etária no município de Contagem (< 6,0%) e não necessariamente de uma real menor prevalência da síndrome nesse grupo populacional.

A descrição das receitas atendidas na Farmácia Distrital Eldorado no período de janeiro a outubro de 2004, conforme a origem está apresentada na tabela 3.

	Origem das receitas	n	%	n (%) estratificado
SUS	Unidades de Saúde da Família	113	8,6	948 (71,8%)
	Centros de Saúde Tradicionais	517	39,2	
	Centro de Consultas Especializadas	234	17,7	
	Pronto Atendimento (PS ¹ e UAI ²)	14	1,1	
	Hospital Municipal	8	0,6	
	SUS outros municípios	38	2,9	
	SUS não identificado	24	1,8	
Particular	Contagem	237	18,0	372 (28,2%)
	Outros municípios	135	10,2	
Total		1320	100,0%	1320 (100,0%)

1- PS-Pronto Socorro

2- UAI – Unidade de Atendimento Imediato

Tabela 3 - Origem das prescrições contendo medicamentos anti-hipertensivos atendidas na Farmácia Distrital Eldorado, janeiro a outubro de 2004.

Nota-se que 71,8% das receitas atendidas foram originadas de atendimentos no âmbito do SUS. O mesmo percentual foi encontrado pela pesquisa realizada junto à população, pela Prefeitura de Contagem, para a população SUS dependente do distrito Eldorado, no qual a Farmácia Distrital está instalada (CONTAGEM, 2006).

Dentre as receitas originadas no SUS, 66,4% foram geradas em unidades de atenção básica e 24,6% das receitas atendidas originaram-se em consultas especializadas. Considerando-se que a atenção básica à saúde deve ser capaz de resolver 80 a 95% dos problemas de saúde da população (SAMPAIO, 2005), o índice de 24,6% de prescrições originadas no Centro de Especialidades pode ser considerado alto e aponta para deficiências na atenção básica do município. Apesar do atendimento nas Farmácias Distritais ser realizado por área de abrangência, a localização da Farmácia Distrital Eldorado junto ao CCE Iria Diniz não justifica este alto índice, uma vez que mesmo sendo o

atendimento médico realizado no CCE, os usuários são encaminhados à Farmácia Distrital mais próxima de sua residência para cadastramento e dispensação.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da HAS, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso, transformando-o em ator principal de seu tratamento. É importante ressaltar que a motivação do paciente em aderir ao tratamento é talvez um dos maiores desafios que os profissionais de saúde enfrentam na relação com o paciente hipertenso (BRASIL, 2006a).

O desafio de acompanhar e tratar adequadamente os portadores de HAS é, sobretudo, da atenção básica, notadamente da Estratégia de Saúde da Família. Este é um espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando-se em conta as diversidades racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006a).

6.2 Análise da racionalidade das prescrições

a) *Número de medicamentos por receita*

As receitas selecionadas para o estudo continham, pelo menos, um medicamento anti-hipertensivo. Porém, outras classes farmacológicas compunham as receitas, dentre as quais citam-se anti-diabéticos, antiagregantes plaquetários, antiinflamatórios e analgésicos. O número de medicamentos prescritos por receita médica analisada está apresentado na tabela 4.

Numero de medicamentos por receita	Quantidade de receitas		
	n	%	% acumulada
1	149	11,3	11,3
2	339	25,7	37,0
3	372	28,2	65,2
4	249	18,9	84,1
5	120	9,1	93,1
6	60	4,5	97,6
7 e/ou mais	31	2,4	100,0
Total	1320		100,0%

Tabela 4 - Número de medicamentos prescritos por receita atendida na Farmácia Distrital Eldorado contendo anti-hipertensivos, janeiro e outubro de 2004.

Dentre as receitas atendidas pela Farmácia Distrital, 65,2% possuíam de um a três medicamentos prescritos e 34,9% continham prescrição de quatro ou mais medicamentos. O número médio de medicamentos por receita observado foi de 3,1, sendo superior ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil por CUNHA, M.C.N; ZORZATTO, J.R. CASTRO; L.L.C, 2002 (n= 2,3); SIMÕES, M.J.S; SOLER, E.A., 1998 (n= 2,5); PASSOS, V.M.A; ASSIS, T.D.; BARRETO, M.B., 2006 (n=2,2). Sabe-se que quanto maior o número de drogas prescritas, maiores as chances de interações medicamentosas e, apesar da HAS ser tratada com associação medicamentosa em determinadas situações, a porcentagem de polimedicação encontrada aponta a necessidade de atuação junto aos prescritores, sensibilizando para a potencial ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas.

b) Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico

Como pode se observar na tabela 5, 72,0% das receitas atendidas possuíam apenas medicamentos prescritos pelo nome genérico. Percentuais semelhantes de prescrições pela denominação genérica foram observados em pesquisas realizadas por SIMÕES, M.J.S; SOLER, E.A. , 1998 (72,0%) e PASSOS, V.M.A; ASSIS, T.D.; BARRETO, M.B., 2006 (74,0%).

Número de medicamentos por prescrição	Prescrições contendo apenas medicamentos genéricos		Prescrições contendo pelo menos 1 medicamento prescrito pelo nome comercial		Total receitas (n)
	n	%	n	%	
1	141	94,6	8	5,4	149
2	280	82,6	59	17,4	339
3	280	75,3	92	24,7	372
4	149	59,8	100	40,2	249
5	68	56,7	52	43,3	120
6	23	38,3	37	61,7	60
7	9	42,9	12	57,1	21
8 ou +	3	30,0	7	70,0	10
Total	953	72,2%	367	27,8%	1320

Tabela 5 - Número de medicamentos prescritos pelo nome genérico nas receitas contendo anti-hipertensivos atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, 2004.

Considerando-se que no âmbito do SUS a prescrição deve obrigatoriamente ser realizada pela DCB, merece destaque a ocorrência de 27,8% de receitas contendo pelo menos um medicamento prescrito pelo nome comercial. Esta elevada porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome comercial pode ser fruto de hábitos antigos de prescrição ou ser

reflexo da pressão da indústria farmacêutica por meio de propagandas e visitas aos prescritores.

Pode-se observar no gráfico 2 que quanto maior o número de medicamentos por receita, menor a porcentagem de receitas contendo medicamentos prescritos exclusivamente pela DCB.

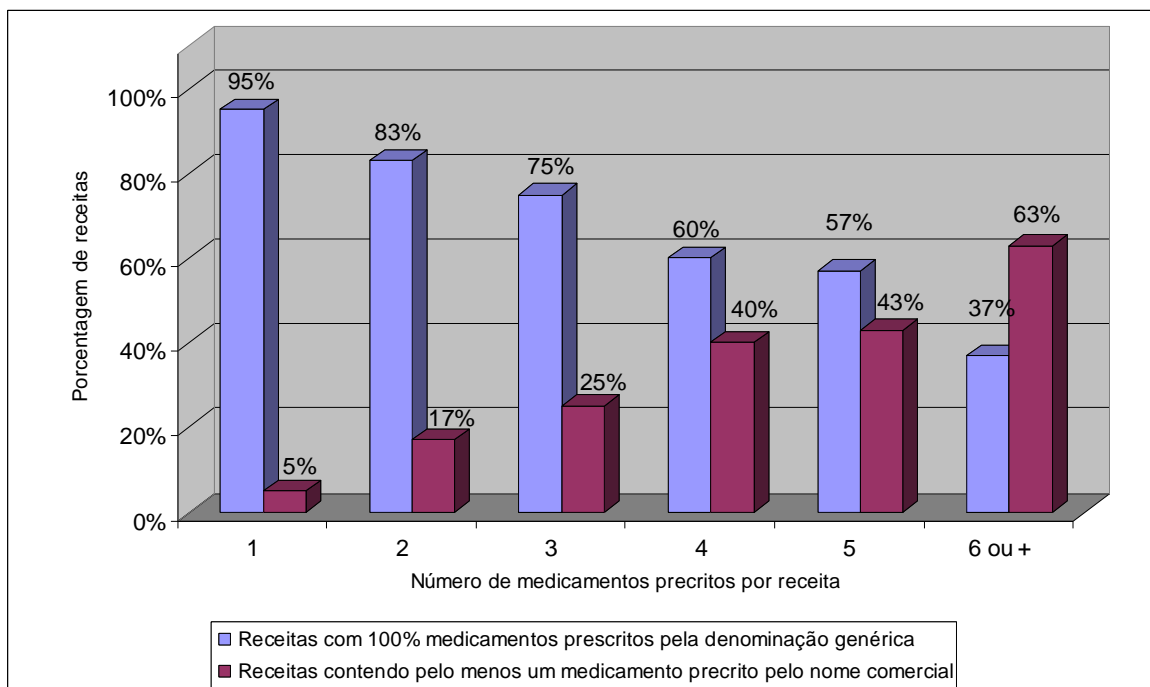


Gráfico 2 – Porcentagem de receitas atendidas na Farmácia Distrital Eldorado, por número de medicamentos prescritos, conforme utilização de denominação genérica e nome comercial, janeiro a outubro de 2004.

c) Porcentagem de medicamentos receitados da lista de medicamentos essenciais

Das 1320 receitas analisadas, 132 receitas (10,0%) continham pelo menos um medicamento não padronizado pela REMUME vigente e 15 receitas (1,1%) continham apenas medicamentos não padronizados prescritos. A elevada porcentagem de prescrições de medicamentos da lista padronizada (90,0%) aponta uma alta aceitação da REMUME, sugerindo que a lista disponível atende às necessidades da população portadora de HAS no município de Contagem.

O número de receitas contendo medicamentos prescritos conforme padronização municipal e de acordo com a emissão (SUS e não SUS) estão apresentados na tabela 6.

	Receitas contendo apenas medicamentos padronizados		Receitas contendo pelo menos um medicamento não padronizado		Total
	n	%	n	%	
SUS Contagem	821	62,0	65	5,0	886
Não SUS	367	28,0	67	5,0	434
Total	1188	90,0%	132	10,0%	1320

Tabela 6 – Número de receitas contendo medicamentos anti-hipertensivos prescritos conforme padronização municipal, janeiro a outubro de 2004.

Pode-se observar na tabela 6 que o percentual de receitas contendo apenas medicamentos padronizados prescritos é maior nas receitas geradas no SUS (62,0%) que nas receitas originadas fora do SUS (28,0%). Estes dados podem ser explicados pela maior facilidade de contato com os prescritores do SUS e pela participação dos profissionais farmacêuticos em reuniões de distrito onde há discussão com os profissionais das equipes de saúde da família e demais unidades básicas de saúde sobre a padronização de medicamentos, além dos critérios e normas de dispensação.

d) Medicamentos anti-hipertensivos prescritos conforme classe terapêutica

Nas 1.320 receitas analisadas foram prescritos 2.590 medicamentos anti-hipertensivos pertencentes a cinco classes farmacológicas diferentes. A porcentagem de medicamentos prescritos por classe farmacológica está apresentada no gráfico 3.

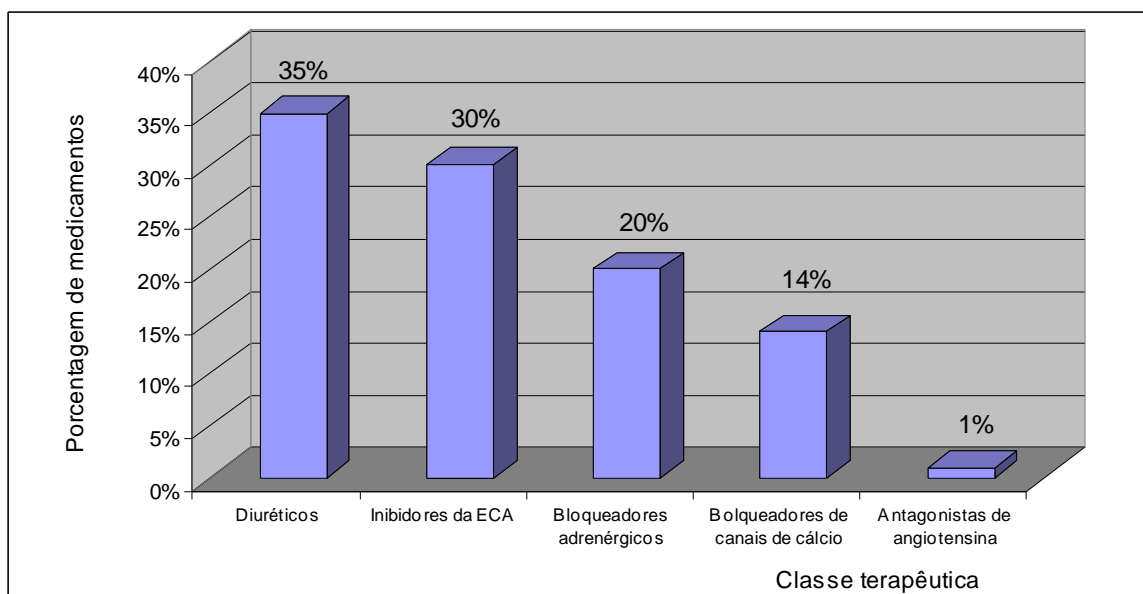


Gráfico 3 – Medicamentos anti-hipertensivos prescritos por classe farmacológica nas receitas atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, janeiro a outubro de 2004.

As prescrições de hidroclorotiazida (HCT) correspondem a 75,0% dos diuréticos prescritos. Vários estudos clínicos publicados apontam os diuréticos tiazídicos entre os medicamentos anti-hipertensivos mais frequentemente prescritos (DIRETRIZES, 2006), à semelhança do observado no gráfico 3.

Dentre as receitas contendo prescrições de HCT, apenas 16,0% (108) continham o medicamento em monoterapia. Nas demais, a HCT aparece associada a outros medicamentos, principalmente aos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e/ou beta-bloqueadores.

6.3 O impacto do Boletim Terapêutico e das visitas aos prescritores

A distribuição das receitas contendo hidroclorotiazida conforme a dosagem diária prescrita e de acordo com a origem estão apresentados no gráfico 4.

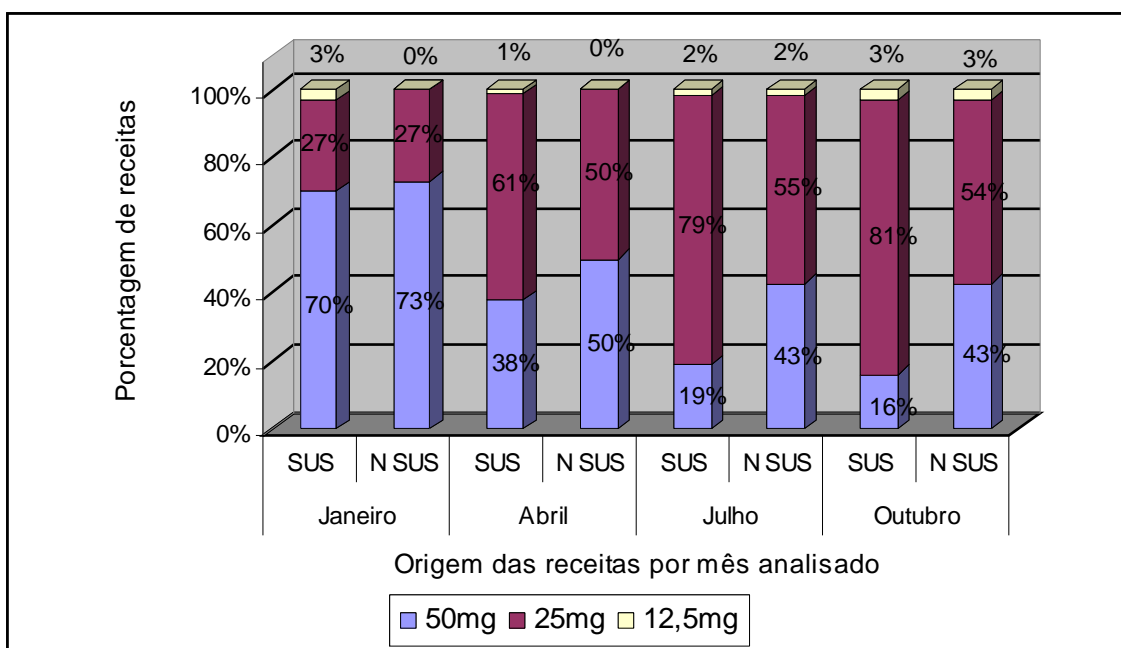


Gráfico 4 - Receitas atendidas na Farmácia Distrital Eldorado contendo prescrição de Hidroclorotiazida conforme dosagem e origem, janeiro a outubro de 2004.

Observa-se um aumento progressivo na porcentagem de prescrições contendo HCT na dosagem de 25mg tanto nas receitas geradas no SUS quanto naquelas oriundas de unidades não SUS. O aumento na porcentagem de prescrições na dose de 25mg originadas no SUS foi de 54,0% (27,0% para 81,0%).

Este fato pode ser explicado pelos retornos médicos de três em três meses, pois, apesar da divulgação do boletim ter ocorrido em fevereiro, os pacientes que consultaram em janeiro e fevereiro só tiveram receita nova a partir de abril. Além disto, as informações do Boletim Terapêutico foram discutidas no mês de julho de 2004, durante as visitas realizadas pelos farmacêuticos para divulgação da nova edição da Portaria Municipal.

É possível observar também que a queda na porcentagem de receitas contendo HCT prescrita em altas doses é maior nas receitas originadas no SUS que nas receitas emitidas por serviços não SUS. Comparando-se os meses de janeiro e outubro, observa-se que nas receitas originadas no SUS, a porcentagem de prescrições de HCT na dose de 50mg reduz de 70,0% para 16,0%, enquanto que nas receitas emitidas em serviços não SUS, a porcentagem de redução foi de 30,0% (73,0% para 43,0%).

Esta importante diminuição nas receitas de HCT de alta dosagem originadas em serviços de saúde privados, mesmo sem a intervenção direta dos farmacêuticos por meio de visitas, apontam para a possibilidade de impacto positivo das ações realizadas no âmbito do SUS no total de receitas atendidas pela farmácia. Isto pode ser explicado pela existência de profissionais com duplo vínculo (público e privado) e pela ação indireta da farmácia. Durante os atendimentos farmacêuticos individualizados são identificadas as receitas em desacordo com a Portaria Municipal vigente e/ou com os protocolos estabelecidos e orientações aos prescritores sobre a normatização vigente e os motivos do não atendimento às prescrições são encaminhadas por meio de formulário próprio.

O aumento de prescrições de HCT em doses baixas é extremamente importante quando se avalia a possibilidade de redução do surgimento de reações adversas. Este é um fator positivo na adesão à terapia, uma vez que a ocorrência de reações adversas e a conseqüente interferência na qualidade de vida são fatores determinantes da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para Hipertensão em vigor (DIRETRIZES, 2006).

Os dados sobre a prescrição pela denominação genérica e comercial, por mês analisado, estão apresentados na Tabela 7.

Origem	Janeiro		Abril		Julho		Outubro		Total
	DG	DC	DG	DC	DG	DC	DG	DC	
SUS Contagem	181	53	196	34	156	71	189	20	900
Não SUS	38	50	66	39	42	64	85	36	420
Total	219	103	262	73	198	135	274	56	1320
	322		335		333		330		

DG – Denominação genérica
DC – Denominação comercial

Tabela 7 – Número de receitas contendo medicamentos anti-hipertensivos, conforme prescrição por denominação genérica e comercial, janeiro a outubro de 2004.

Analisando-se a tabela 7 e o gráfico 5, pode-se observar que a porcentagem de receitas contendo exclusivamente medicamentos prescritos pela denominação genérica aumentou 15,0% após a realização das visitas farmacêuticas aos prescritores, o que representa um incremento de 22% na porcentagem de prescrições pela DCB.

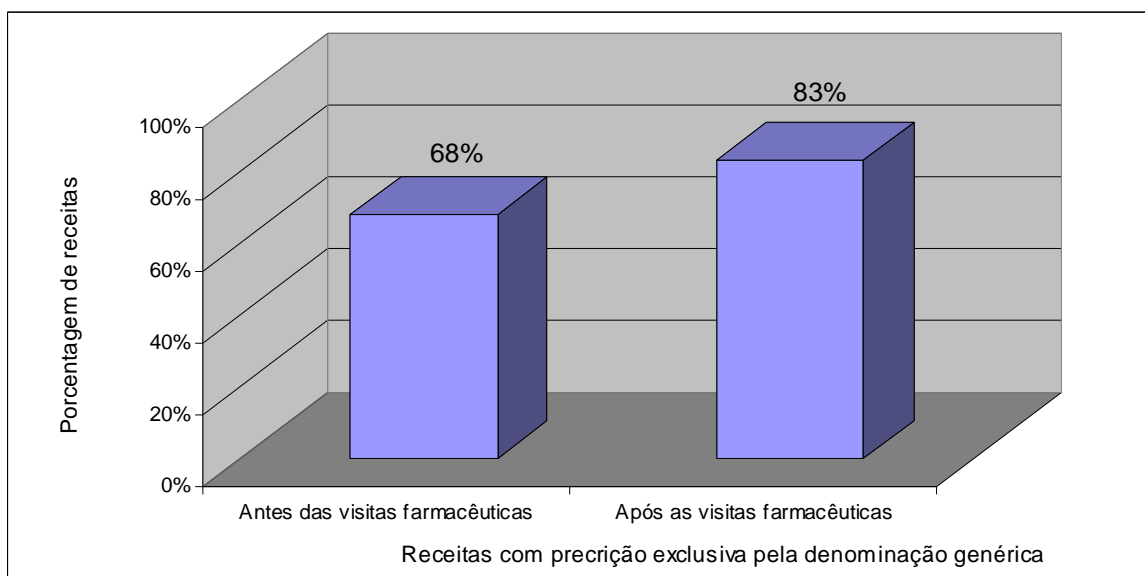


Gráfico 5 - Porcentagem de receitas contendo medicamentos prescritos exclusivamente pela denominação genérica, atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, antes e após as visitas farmacêuticas realizadas aos prescritores em julho de 2004.

À semelhança do observado na análise das prescrições de HCT há também aumento na porcentagem de prescrições pela DCB tanto nas prescrições emitidas pelo SUS Contagem como nas receitas originadas em outros serviços (particulares, conveniados, outros SUS). Este aumento reforça a possibilidade de impacto positivo das ações realizadas no âmbito do SUS no perfil do total de receitas atendidas pela farmácia.

7 CONCLUSÃO

A elaboração e divulgação do Boletim Terapêutico com o tema Hidroclorotiazida impactou positivamente nas prescrições do medicamento atendidas na Farmácia Distrital Eldorado, no município de Contagem, aumentando a porcentagem de prescrições em baixas doses de Hidroclorotiazida no âmbito do SUS.

A ocorrência de impacto positivo do Boletim Terapêutico também nas receitas originadas em serviços privados de saúde indica que as informações divulgadas no âmbito das unidades públicas de saúde podem melhorar a qualidade das prescrições no setor privado. Assim, iniciativas realizadas no âmbito do SUS para melhorar a racionalidade das prescrições podem refletir em melhoria do uso de medicamentos no município.

O percentual encontrado para as receitas originadas de atendimentos no âmbito do SUS foi o mesmo encontrado, em pesquisa realizada, para a população SUS dependente do distrito, indicando que a Farmácia tem propiciado acesso da população à sua clientela adscrita.

As visitas farmacêuticas para divulgação da Portaria SMS nº 0982/2004 resultaram em aumento da porcentagem de receitas contendo exclusivamente prescrições pela denominação genérica, atendidas na Farmácia Distrital Eldorado. Este aumento indica que atividades da Assistência Farmacêutica subsidiadas pelo apoio dos gestores municipais do SUS podem melhorar os perfis de prescrição dos medicamentos.

Desta forma, a Farmácia Distrital tem cumprido sua missão de orientar quanto ao uso racional de medicamentos, trabalhando de modo integrado os profissionais prescritores e zelando pela correta utilização dos recursos públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, P., *et.al.* O setor terciário de Contagem e sua inserção na região metropolitana de Belo Horizonte. Contagem no novo século. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde. 2006. 57p.

BERMUDEZ, J.A.Z., BONFIM, J.R.A. Medicamentos e a reforma do setor saúde. Revista da Sobravime. São Paulo: Hucitec., 1999. 151-178p.

BONTEMPO, V.L.; PEREIRA, L.A.M. Projeto de reformulação da Assistência Farmacêutica em Contagem: distritalização das farmácias na atenção básica. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde. 1999. 32p.

BRASIL. Portaria GM 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 10 nov. 1998. Seção 1, n.215, p.1.

BRASIL. Lei 9787 de 10 de fevereiro de 1999. Estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 11 fev 1999. Seção 1. p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001a. 113p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção básica. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: o que é e como funciona. Ministério da Saúde; elaborado por Geraldo Luchesi.(et al). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001b. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 371, de 04 de março de 2002. Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União nº44, Brasília: 06 de março de 2002, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004, 286p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME. 4.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b, 286p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. 5.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007, 286p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Diário Oficial da União nº 247. Brasília, 26 de dezembro de 2007.

COELHO, M.C. Perfil sócio-econômico e avaliação do grau de satisfação dos usuários das farmácias após a reformulação da assistência farmacêutica do município de Contagem-MG. 2000. 39p. Monografia (Especialização em Saúde Pública)- Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2000.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde Portaria SMS nº 001/99. Aprova a Normatização de Requisição de Exames Básicos Padronizados e de Prescrição de Medicamentos Básicos Padronizados e de Encaminhamento de Pacientes, vinculados a Programas e Ações de Atenção Básica à Saúde implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, por Enfermeiro de Unidade Básica de Saúde e de Unidade de Saúde da Família. Diário Oficial do município de Contagem nº 1414, ano III. Dez.1999.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde da Família: uma estratégia viável. Revista de Saúde da Família de Contagem. Contagem, v.1, n1, p.4-8, 2000.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMS nº 0982/2004. Estabelece normas para a operacionalização e controle da prescrição e dispensação de medicamentos através das Farmácias Distritais e Farmácias das Unidades de Saúde do município de Contagem. Diário Oficial do município de Contagem, 01 de março de 2004.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Perto de Todos. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde. 2006. p.36.

CUNHA, M.C.N; ZORZATTO, J,R, CASTRO, L.L.C. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande, MS. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v.38, p. 217-27. 2002.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiologia. 4 ed. 2002. 31p.. Disponível em: <<http://www.cardiol.br>>. Acesso em: 20 fev. 2007.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiologia. 5 ed. 2006. 78p. Disponível em: <<http://www.cardiol.br>>. Acesso em: 01 mar. 2007.

The Seventh Report of the Joint Nacional Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JOINT VII). JAMA: v.289, n.19: p. 2560-72 May 2003.

KAPLAN, N.M. Drug treatment of hypertension. Cardiovascular Drug Therapy. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1996. p. 66.

LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989. p.43-56.

LUNA, R.L. Hipertensão Arterial. Medsi Editora: Rio de Janeiro. 1989. p.7.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 415, de 21 de fevereiro de 2008. Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizada no SUS/MG e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Rede Farmácia de Minas - Plano Estadual de Estruturação de Assistência Farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2008. p. 87

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). The Rational Use of Drug. Report of the Conference of Experts. Genebra, 1985.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas sobre medicamentos de la OMS. Genebra, v.5.p6, set. 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cómo investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud: indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Genebra, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). OMS lança Estratégia de Medicamentos 2004-2007, 13 agosto de 2004. Disponível em <<http://www.opas.org.br/medicamentos/noticias>> Acesso em: 16 agosto 2006.

PASSOS, V.M.A; ASSIS, T.D; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.15, n., p 35-45. jan./mar. 2006.

PSATY, B.M. *et al.* Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analyses. *JAMA*, 1997; 277:739-45.

SAMPAIO, L.F.R. O papel das secretarias estaduais de saúde no acompanhamento e avaliação da atenção primária à saúde: contribuições para discussão. In *Acompanhamento e avaliação da atenção primária*. Conselho Nacional de Saúde. Documenta 7. Brasília: CONASS, 2004.

SANTOS. V; NITRINI, S.M.O.O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6):819-26.

SIMÕES, M.J.S; MOTTA, M.A. Indicadores do uso de medicamentos em unidade municipal de saúde de Ribeirão Preto, SP. *Rev INFARMA*. São Paulo: v.6. p.12-16. 1997.

SIMÕES, M.J.S; SOLER, E.A. Estudo de alguns indicadores do consumo de medicamentos adotados pela OMS e antibioticoterapia em crianças. Tabatinga, SP, 1998. Monografia (Especialização em Saúde Pública). UNESP, Araraquara: 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA EM MEDICAMENTOS – SOBRAVIME. *O que é uso racional de medicamentos*. Acción Internacional para la Salud – America Latina y El Caribe. São Paulo: Sobravime, 2001. 128p.

VERNENGO, M.J. Controle oficial de medicamentos. Washington DC: Organización Panamericana de la salud. 1996, 226p.

World Health Organization (WHO). Interchangeable multi-source pharmaceutical products. Who draft guidelines on marketing authorization requirements. Genebra, OMS,1993.

World Health Organization (WHO). How to investigate the use of medicines by consumers. Genebra, OMS. 2004. Disponível em <<http://www.who.int/medicines>> Acesso em:16 agosto 2006.

APÊNDICE A – Formulário para coleta dos dados

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE ANTI HIPERTENSIVOS EM RECEITAS ATENDIDAS PELA FARMÁCIA DISTRITAL ELDORADO

Mês atendimento: _____	_ _																																					
Mês emissão: _____	_ _																																					
Número do formulário:	_ _ _ _																																					
1. Sexo usuário: Feminino 1 Masculino 2 Não identificado 3	_																																					
2. Idade:	_ _																																					
3. Origem (codificar*)	_ _ _																																					
4. Número de medicamentos prescritos:	_																																					
5. Número de medicamentos prescritos pelo nome genérico:	_																																					
6. Número de anti-hipertensivos prescritos:	_																																					
7. Medicamentos anti-hipertensivos prescritos:																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Código</th> <th rowspan="2" style="width: 40%;">Anti-hipertensivo</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">Genérico</th> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Dose Diária (mg)</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">Sim</th> <th style="width: 10%;">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Código	Anti-hipertensivo	Genérico		Dose Diária (mg)	Sim	Não																															
Código			Anti-hipertensivo	Genérico		Dose Diária (mg)																																
	Sim	Não																																				

* Códigos utilizados conforme o padrão adotado pelas Farmácias Distritais para o estudo diário de prescrições, 2004.

BOLETIM TERAPÊUTICO

Número 1 ; Fevereiro de 2004

Contagem / MG.

Este boletim traz informações sobre o uso de diuréticos tiazídicos em doses reduzidas para o tratamento de hipertensão arterial, com destaque para a hidroclorotiazida (medicamento padronizado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica).

POR QUE PRESCREVER HIDROCLOROTIAZIDA EM BAIXAS DOSES?

Os diuréticos tiazídicos estão entre os medicamentos antihipertensivos mais frequentemente prescritos e com eficácia comprovada na redução da morbi-mortalidade cardiovascular, segundo vários ensaios clínicos publicados^{1,2,3,4}. Tais benefícios se mostraram mais presentes nos indivíduos de meia idade e, sobretudo, em idosos⁵.

A recomendação de se usar doses baixas de hidroclorotiazida (6,25mg ou 12,5mg) deve-se ao fato de que elas exercem o mesmo efeito antihipertensivo em comparação às doses altas (50-100 mg/dia)^{2,3}. Outra vantagem que justifica o uso em doses baixas de qualquer diurético é o fato de proporcionarem bem menos efeitos colaterais com interferência na qualidade de vida do indivíduo (fraqueza, cãibras, hipocalcemia)^{6,7}. A maioria dos estudos comparando doses baixas (6,25mg e 12,5mg/dia) com doses de 25 e 50mg ao dia mostrou que 12,5mg de hidroclorotiazida reduzem efetivamente a pressão arterial^{2,8}.

Existem várias razões para a mudança na dosagem dos diuréticos tiazídicos, com destaque para a redução do risco relativo para doença arterial coronariana e acidentes vasculares cerebrais (AVC)³. As alterações metabólicas (hiperglicemia, hiperlipemia) e de eletrólitos (hipocalcemia, hiperuricemia) são frequentes com altas doses e desprezíveis com baixas doses⁹. O uso de baixas doses, por ser mais tolerável, propicia uma maior adesão dos pacientes ao tratamento.

O Programa Hiperdia do Ministério da Saúde está enviando aos municípios o medicamento hidroclorotiazida 25mg. Em Contagem, a padronização foi revisada estando disponível, nas Farmácias Distritais, apenas a dosagem de 25mg de hidroclorotiazida.

Bibliografia:

- 1- IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002; Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia.
- 2- Kaplan N.M, Clinical Hypertension, Seventh Edition, 1998; 144-192.
- 3- Psaty B.M, Smith N.L et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analyses. JAMA, 1997; 277:739-45.
- 4- SHEP- Cooperative Research Study Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older person with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program(SHEP).JAMA, 1991; 265:3255-64.
- 5- Crasnton WI, Juel-Jensen BE, Semmence AM et al.Effects of oral diuretics on raised arterial pressure. Lancet, 1963; 2: 966-970
- 6- Carlsen JE, Kober L, Torp-Pedersen C.,Johansen P. Relation between dose of bendrofluazide, antihypertensive effect, and adverse biochemical effects. Br Med J 1990; 300: 974-78
- 7- Harper R et al. Effects of low dose versus conventional dose thiazide diuretic on insulin action in essential hypertension. Br Med J 1994; 309:226-230.
- 8- Flak JM, Cushman WC. Evidence for the efficacy of low-dose diuretic monotherapy. Am J Med 1996; 101:53S-60S.
- 9- Sowers J, Neutel J, Weir M. Diuretics in Hypertension Therapy; Hypertension Medicine, 2001 M.A. Weber Humana Press Inc, 285-288.
- 10- Texto baseado na página inicial do HIPERDIA/DATASUSMS ([HTTP://DTR2003.saude.gov.br/hipertensao](http://DTR2003.saude.gov.br/hipertensao)).

Elaboração:

Assistência Farmacêutica de Contagem
Comissão de Farmácia e Terapêutica

Fevereiro de 2004.

ANEXO B – Portaria SMS nº 0982/2004
(Diário Oficial do município de Contagem, março de 2004)

Estabelece normas para a operacionalização e controle da prescrição e dispensação de medicamentos através das Farmácias Distritais e Farmácias das Unidades de Saúde do município de Contagem.

A Secretária Municipal de Saúde e Presidente da Fundação de Assistência Farmacêutica de Contagem - FAMUC, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas no art. 42 da Lei nº 2.922, de 13 de janeiro de 1997, e o disposto no art. 2º, na lei nº 3.085, de 14 de julho de 1998; suas alterações posteriores e,

Considerando a necessidade de padronizar procedimentos, visando uniformizar as atividades desenvolvidas pelas farmácias da rede municipal relativas à dispensação de medicamentos;

Considerando a necessidade de racionalização do uso de medicamentos na rede municipal de saúde;

Considerando o cumprimento da legislação federal e municipal sobre prescrição e dispensação de medicamentos.

Resolve:

Art. 1º - Adotar as referências legais utilizadas nesta portaria :

BRASIL. Decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932 . Regula e fiscaliza o exercício da Medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil e estabelece penas.

BRASIL. Decreto 793, de 12 de abril de 1993 – Dispõe sobre prescrição médica.

BRASIL. Lei 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre normas para receituário e a obrigatoriedade do farmacêutico em farmácias.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1246/88. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Tablóide – Editora e Publicidade. 1990 – 72 p.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357 de 27 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas em Farmácia.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 308 de 2 de maio de 1997. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia . Resolução nº 290, de 26 de abril de 1996. Aprova o Código de Ética Farmacêutica.

BRASIL. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substância e medicamento sujeito a controle especial.

BRASIL. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem.

CONTAGEM. Portaria SMS nº 001/99 de 21 de dezembro de 1999 – aprova a normatização de requisição de exames básicos e prescrição de medicamentos básicos.

CAMPOS, JUAREZ DE QUEIROZ. Técnicas de Organização Sanitária. São Paulo (SP), 1996, 159 p. E nos termos da Portaria nº 547 de 28 de junho de 2002, que criou e regulamentou a Comissão Farmacoterapêutica.

CAPÍTULO I Da prescrição

Art. 2º - É obrigatória a utilização, exclusiva, das denominações genéricas de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) em todas as prescrições de profissionais autorizados, nos serviços públicos, conveniados e contratados, no âmbito do Sistema Único de Saúde em atendimento à legislação vigente, os medicamentos prescritos são deferidos anualmente na relação Municipal de Medicamentos, através da comissão.

Art. 3º - As prescrições de profissionais autorizados dos serviços de saúde do município e da rede privada (médicos, odontólogos e enfermeiros), deverão ser apresentadas em 02 (duas) vias, original e cópia, em todas as etapas da dispensação nas farmácias da rede municipal;

I – as prescrições por cirurgiões-dentistas só poderão ser feitas para uso odontológico;
II – as prescrições de enfermagem somente poderão ser feitas por enfermeiro integrante da equipe de saúde de Atenção Básica, para medicamentos estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

Art. 4º - as receitas dos profissionais autorizados devem :

I - estar escritas à tinta, por extenso, em português, manuscrita de modo legível, datilografada ou impressa por computador, observada a nomenclatura oficial dos medicamentos, e o sistema de medidas oficiais do Brasil;

II - o nome do medicamento sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem, ou concentração, forma farmacêutica, quantidade em unidade posológica e em algarismos arábicos, posologia e duração total do tratamento;

III - conter o nome e o endereço residencial do paciente;

IV – conter a data e assinatura do profissional, endereço do consultório ou identificação do serviço emissor e o número de inscrição no respectivo Conselho Regional. Deve ser assinada e acompanhada do carimbo,

permitindo identificar claramente o profissional. Na falta de identificação de nome e número de registro através de carimbo, o profissional deverá apor a assinatura por extenso com número de registro e de forma legível.

Parágrafo único – O receituário de medicamentos entorpecentes ou a estes equiparados e os demais sob regime de controle especial pela Portaria 344/98, de acordo com a sua classificação, obedecerá às disposições da legislação federal específica.

Art. 5º - Os médicos deverão justificar nas receitas quando estas estiverem fora dos limites farmacológicos e/ou as quantidades a serem dispensadas estiverem fora dos limites determinados por esta portaria.

Art. 6º - A Rede Hospitalar Municipal, os serviços de Pronto Atendimento e de Atendimento Especializado deverão prescrever atendendo às normas de prescrição aqui estabelecidas e dentro da padronização de medicamentos do município.

Art. 7º - Nutrição Parenteral (NP) deverá ser indicada e prescrita somente pelo médico;

- I. São candidatos à NP os pacientes que não satisfazem suas necessidades nutricionais pela via digestiva, considerando também seu estado clínico e qualidade de vida;
- II. A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) deverá receber cópia das prescrições e notas fiscais para controle de gastos e estimativas.

CAPÍTULO II

Da Dispensação

Art. 8º - Somente serão dispensadas as receitas que estiverem de acordo com o disposto no capítulo I;

Art. 9º - As prescrições terão validade por até 30 (trinta) dias para efeito de dispensação na rede municipal, a partir da data da sua emissão, excetuando-se:

I – antibióticos: terão validade de 5 (cinco) dias a partir da data da sua emissão.

II - analgésicos, antiinflamatórios não esteroidais, antieméticos, antiespasmódicos: terão validade de 05 (cinco) dias a partir da data da emissão.

- a) será dispensado apenas um frasco em caso de multidoses (gotas) ou atendidas 10 (dez) unidades em caso de comprimidos, exceto quando houver justificativa por escrito do prescritor.

Art. 10º - As receitas dos medicamentos dos programas e grupos abaixo serão dispensadas da seguinte forma:

I – medicamentos cardiovasculares, antihipertensivos, anti-diabéticos, dos programas de asma e hormônios:

- a) as prescrições poderão ser atendidas para até 180 dias de tratamento a partir da data de sua emissão, desde que obedeça os protocolos de cada programa e a dispensação se dará de forma gradual sempre obedecendo à quantidade prescrita pelo profissional

autorizado por 30 (trinta) dias de tratamento, dentro da possibilidade existente;

- b) após este período de 180 dias a nova dispensação estará vinculada à apresentação de nova prescrição.

II – os medicamentos dos grupos antifúngicos para uso oral, antiulcerosos e anti-reumáticos com prescrição para mais de 30 (trinta) dias de tratamento serão dispensados mediante justificativa no receituário.

III – Para os outros medicamentos padronizados na Atenção Básica que não constarem dos grupos relacionados nos parágrafos anteriores, só será dispensada quantidade máxima para 30 dias de tratamento.

Art. 11º - As prescrições de enfermeiros das Equipes de Saúde de Atenção Básica serão dispensadas em quantidades de acordo com as especificações abaixo:

I – controle de Hipertensão, Diabetes, Hanseníase e Tuberculose, sem intercorrências, para 30 dias de tratamento;

II – para parasitose cutânea e intestinal; analgésicos e antitérmicos orais; reidratante oral; candidíase vaginal, perigenital e oral em crianças; para uso tópico e/ou oral em vaginites; para uso tópico ou oral para manifestação alérgica cutânea; impetigo, intertrigo; vitaminas orais para tratamento preventivo de carência vitamínica em lactentes e gestantes; para o tratamento específico ou para no máximo 30 dias de tratamento;

III – para tratamento preventivo e curativo de anemia em lactentes e gestantes; e anticoncepcionais orais; para 90 dias de tratamento e de forma gradual.

Art. 12º - Não serão dispensadas as prescrições que:

I – não atenderem ao disposto no capítulo I. Após o vencimento do tempo autorizado para o atendimento da prescrição, o paciente deverá apresentar nova receita para a dispensação. Não será dispensada a receita que for redatada ou que estiver rasurada;

II – que utilizarem expressões que possam gerar dúvida para o usuário ou dificultar a dispensação, tais como: “uso indicado”, “uso conforme a bula”, “uso conforme prescrição anterior”, “uso contínuo”.

III – contiverem dois ou mais medicamentos com a mesma indicação terapêutica acompanhados de opção de escolha;

IV – contiverem dois ou mais medicamentos com efeitos farmacológicos similares na mesma prescrição, exceto nos casos onde os efeitos farmacológicos forem benéficos e estiverem de acordo com a literatura;

Art. 13º - A prescrição só poderá ser dispensada para maiores de 16 (dezesesseis) anos: o próprio paciente, o responsável por este ou pessoa autorizada.

Art. 14º - As Farmácias da rede municipal de saúde de Contagem atenderão em ordem decrescente de prioridades:

I – as prescrições de medicamentos originadas no SUS – Contagem;

II – prescrições originadas em outros municípios e na rede privada de usuários comprovadamente residentes em Contagem.

Art. 15º - As prescrições de UAI e Pronto Socorro terão validade de 5 dias úteis para dispensação e será dispensada quantidade suficiente para 10 dias de tratamento, quando se tratar de medicamentos dos programas de hipertensão e diabetes.

Art. 16º - As penicilinas injetáveis serão distribuídas pela Central de Abastecimento Farmacêutico e pelas Farmácias Distritais apenas para as Unidades de Saúde que tenham as condições necessárias para a administração. Nos distritos onde não houver unidade preparada para a administração, as penicilinas só serão entregues diretamente para o paciente mediante o preenchimento de termo de responsabilidade de administração, que deve ocorrer em local adequado e na presença de um médico.

Art. 17º - Medicamento padronizado (de uso restrito): só será dispensado mediante preenchimento de laudo médico e justificativa em formulário próprio;

Art. 18º - Medicamento não padronizado: só será providenciada aquisição mediante preenchimento de justificativa e laudo médico, de acordo com disponibilidades do município e após apreciação das câmaras técnicas do município;

Art. 19º - O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) deverá comunicar –se com a Farmácia e trabalhar em conjunto com relação a dispensação de antimicrobianos;

CAPÍTULO III

Disposições finais

Art. 20º - É vedado ao farmacêutico fornecer, ou permitir que forneçam, medicamentos ou seus correlatos, contrariando as normas legais e técnicas.

Art. 21º - Os usuários dos Programas de Hipertensão, Diabetes, Saúde Mental, Tuberculose,

Hanseníase, Toxoplasmose, Saúde da Mulher e Asma deverão ser cadastrados pelo médico ou enfermeiro de cada equipe de saúde da família ou da unidade de saúde de referência ou pelas Farmácias. Os cadastros deverão ser encaminhados para as Farmácias do respectivo Distrito Sanitário ou para as Farmácias das Unidades de Saúde de referência para que seja feito o controle da dispensação.

Art. 22º - Os usuários que forem encaminhados a Farmácia do SAE (Serviço de Atendimento Especializado) deverão estar munidos de identidade, comprovante de residência, PIS – PASEP (xerox) e formulário SICLON (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) devidamente preenchidos até o item 07. Os medicamentos Anti Retrovirais são prescritos em formulário próprio obedecendo a Portaria SVS/MS nº. 344/98.

Parágrafo 1 ⇒ A Farmácia SAE possui legislação específica.

Art. 23º - Os casos especiais serão resolvidos pela Coordenação de Assistência Farmacêutica e/ou pela Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Saúde.

Art. 24º - É obrigatória a presença de profissional farmacêutico responsável inscrito no Conselho Regional de Farmácia nas farmácias da rede municipal de saúde.

Art. 25º - É atribuição do farmacêutico prestar aos profissionais e usuários esclarecimentos quanto ao modo de utilização dos medicamentos.

Art. 26º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, podendo ser atualizada a qualquer momento.

Art. 27º - Esta Portaria revoga a Portaria 001/2000 e as disposições em contrário.

Contagem, 01 de Março de 2004.