



QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Necessidade de mais e melhor investigação

A prescrição de um medicamento é a intervenção terapêutica mais frequentemente utilizada em cuidados de saúde, designadamente, em cuidados primários. No Reino Unido, a prescrição pelos clínicos gerais representou em 2000/2001 cerca de 18% dos gastos globais do serviço nacional de saúde inglês (NHS) [Ashworth M. et al. 2003]. Na Dinamarca 80% das prescrições de medicamentos comparticipados são emitidas por clínicos gerais [Bjerrum L. et al, 2002]. Dados coligidos pela IMS Health mostram que em Portugal os médicos de família são também os principais prescritores e são responsáveis por uma percentagem significativa da prescrição mesmo em áreas de outras especialidades.

A tendência de envelhecimento da população nos países ditos desenvolvidos, o aumento da esperança de vida verificado nos últimos anos, bem como a adopção de comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis têm contribuído para um aumento da prevalência de patologias crónicas, como sejam as doenças cardiovasculares e oncológicas. Não é de estranhar, pois, que a polimedicação seja um fenómeno cada vez mais prevalente [Maria V.A. et al. 1988], associado à maior frequência de manifestações iatrogénicas, designadamente interações e reacções adversas medicamentosas [Lazarou et al. 1998].

O modo como os medicamentos são utilizados tem óbvias consequências para a saúde do indivíduo e das populações e para a utilização eficiente dos recursos de saúde disponíveis. Um assunto que interessa aos decisores políticos, aos profissionais de saúde, aos doentes e ao público em geral.

O acto de prescrição de um medicamento pode ser influenciado por múltiplos factores: ineren-

tes ao médico prescritor, inerentes ao sistema de saúde ou inerentes ao doente/consumidor.

No primeiro grupo de factores, uma sólida formação pré-graduada na área da farmacoterapia e a actualização contínua de conhecimentos desempenham um papel fundamental na consolidação das boas práticas de prescrição. Os hábitos de prescrição e a maior ou menor permeabilidade à pressão do *marketing* da indústria farmacêutica, bem como a facilidade de acesso a informação actualizada e credível são também aspectos importantes.

No segundo grupo de factores incluem-se a organização do próprio sistema de saúde, a acessibilidade ao medicamento (disponibilidade no mercado, sistema de distribuição, preço, comparticipação), a existência de formulários terapêuticos e normas de orientação clínica e a existência de programas e incentivos à qualidade da prescrição [Zwar N. et al. 2002].

Finalmente, e no que se refere aos doentes/consumidores, são relevantes as características socio-demográficas dos mesmos (idade, sexo, nível sócio-económico), o tipo e a gravidade da doença e, não menos importante, a relação médico-doente.

O efeito destes factores pode traduzir-se em medicação redundante ou desnecessária, medicação inadequada (quanto ao medicamento, à dosagem ou ao tempo de medicação), medicação subótima ou mesmo ausência de medicação [Nathwani D. et al. 2002; Higashi T. et al. 2004; Pont L.G. et al. 2004].

O significado atribuído habitualmente a expressões como "prescrição inadequada" ou "prescrição não racional" é o de prescrição excessiva ou desnecessária e, neste contexto, valorizam-se sobretudo os custos financeiros directos inerentes a este tipo de práticas. No entanto, uma redução nos gastos com medicamentos ou no volume da prescrição não se acompanha necessariamente, de uma maior qualidade [Castro M.J.G. et al. 2003].

Na verdade, não só a sobre-utilização mas também a subutilização de medicamentos podem ter consequências funestas: iatrogenia (interacções e reacções adversas), incumprimento terapêutico, redução da qualidade de vida, aumento de morbilidade e da mortalidade. Em última análise, a subutilização ou inadequada utilização de medicamentos pode traduzir-se em custos significativos, sem os correspondentes ganhos em saúde.

Em alguns países como o Reino Unido assiste-se actualmente a uma mudança de enfoque da contenção de custos com medicamentos para a melhoria da qualidade da prescrição. As organizações de prestação de cuidados primários (PCO) são estimuladas a implementar esquemas de incentivos na área da prescrição, sendo contudo livres de determinar que aspectos da prescrição devem ser premiados [Ashworth M. et al. 2003].

Medir a qualidade

Avaliação da qualidade da prescrição insere-se no processo mais geral de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos. A prescrição é habitualmente considerada uma área de eleição na avaliação da qualidade por se considerar que constitui uma importante fatia dos gastos com a saúde, que pode influenciar significativamente o estado de saúde e bem-estar das populações, além de parecer ser mais fácil de estudar do que outros aspectos da prestação de cuidados.

No entanto, a prescrição é uma área controversa no que refere à avaliação da qualidade. Em parte, a ausência de consenso nesta área deriva da complexidade do fenómeno em análise, da dificuldade em dispor de instrumentos de medida válidos e fiáveis, da dificuldade em estabelecer *standards* de qualidade nesta área e da dificuldade em interpretar variações regionais ou locais nos perfis de prescrição.

A própria definição de "prescrição de qualidade" está longe de merecer consenso. A OMS [WHO, 1997] define utilização racional como a situação em que "o doente recebe a medicação apropriada para o seu problema clínico, na dose necessária, durante o período de tempo adequado e ao menor custo para ele e para a comunidade". Se do ponto de vista conceptual esta definição é apelativa, a sua operacionalização na prática é difícil de objectivar, na medida em que tem implícitos con-

Quadro 1 – TIPOS DE INDICADORES DE QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO

Indicador	Definição	Exemplos
De estrutura	Indicador que avalia a qualidade de factores organizacionais (recursos, equipamentos, etc.)	Nº de centros de saúde Nº de médicos prescritores Existência de NOC, formulários, etc.
De processo	Indicadores que medem a qualidade do processo de prestação de cuidados	Proporção de doentes que recebem prescrição de antibióticos específicos Proporção de erros de medicação
De resultado	Indicadores que medem resultados obtidos pelos cuidados de saúde prestados	Morbilidade Mortalidade

Adaptado de [Haaifer-Ruskamp F.M. et al. 2004]

ceitos como eficácia, efectividade, segurança, custos e preferências individuais.

Para medir a qualidade de qualquer prestação ou serviço são necessários indicadores. No caso da qualidade da prescrição, o indicador deve ser relevante para a prática clínica e não apenas fácil de medir.

Diversos critérios, como sejam o custo médio da prescrição, a proporção de genéricos prescritos, o uso de medicamentos de utilidade terapêutica baixa, etc., têm sido propostos como indicadores de qualidade da prescrição [Campbell S.M. et al. 1998; Morris C.J. et al. 2002]. No entanto, é discutível se estes critérios representam verdadeiros indicadores de qualidade ou se são apenas instrumentos de contenção de gastos, para além das dúvidas quanto à sua validade, fiabilidade e utilidade prática.

Como qualquer outro indicador de qualidade, os indicadores de qualidade da prescrição podem

ser classificados de acordo com diferentes perspectivas/dimensões (Quadro 1).

Outra classificação possível tem a ver com o objecto do estudo, podendo este ser orientado exclusivamente para o medicamento prescrito ou, pelo contrário, preocupar-se com as indicações da prescrição (diagnósticos) ou ainda com as características do doente individual (Quadro 2).

Os indicadores orientados para o paciente são habitualmente multidimensionais, tendo em consideração a indicação, gravidade da doença, preferências do doente, contra-indicações, co-medicação e têm, portanto, validade interna menor. Além disso, indicadores deste tipo colocam problemas específicos de validação.

Disponibilidade de informação

Inferências sobre a qualidade da prescrição baseiam-se, frequentemente, em estudos ecológicos e avaliação de tendências. Estes tipos de estudos, para além de limitações metodológicas importantes, não têm em conta as caracte-

Quadro 2 – INDICADORES DE QUALIDADE ESPECÍFICOS PARA O MEDICAMENTO, A DOENÇA OU O DOENTE

Indicadores	Definição	Exemplos
Orientados para o medicamento	Inclui apenas informação relativa aos medicamentos	Ratio quinolonas/total de antibióticos
Orientados para a doença	Inclui informação relativa aos medicamentos e aos diagnósticos	Estatinas e hipercolesterolemia
Orientados para o doente	Inclui informação relativa aos medicamentos e a características do doente (e.g. gravidade da doença)	Broncodilatadores na asma grave

Adaptado de [Haaifer-Ruskamp F.M. et al. 2004]

rísticas das populações objecto da prescrição e não valorizam, designadamente, os motivos de consulta e os problemas clínicos dos doentes.

Deste modo, a informação a utilizar para avaliar a qualidade da prescrição não pode limitar-se a dados de prescrição ou dispensa de medicamentos, mas deve incluir informação sobre o doente e o prescritor e deve ser precisa, consistente, reproduzível e de fácil acesso.

As bases de dados sobre utilização de medicamentos, construídas com outros objectivos (comerciais, comparticipação/reembolso, investigação) têm sido a fonte de informação mais frequentemente utilizada devido à facilidade de acesso, rapidez e baixo custo. Mas a informação contida nessas bases de dados apresenta limitações importantes, como sejam, validade interna e fiabilidade reduzidas, bem como ausência de informação relevante.

Para avaliar objectivamente a qualidade da prescrição é fundamental poder ligar a prescrição a um motivo de consulta ou problema de saúde. Nesse sentido, a base de dados dos Clínicos Gerais do Reino Unido (General Practice Research Database – GPRD) constitui um importante instrumento de investigação, na medida em que dispõe de dados de prescrição e diagnóstico. No entanto, não é garantida a validade dos diagnósticos feitos e registados, bem como a actualização da evolução dos problemas de saúde.

A utilização de ficheiros clínicos em papel pode ser uma boa opção no caso de uma unidade de saúde, apresentando contudo limitações importantes relacionadas com a qualidade dos registos, a morosidade do seu manuseamento e os custos inerentes.

Indicadores válidos e fiáveis

Encontram-se referenciados na literatura científica internacional vários estudos que têm sido reali-

zados com o objectivo de identificar indicadores da qualidade da prescrição [Bateman D.N. et al. 1996; Cantrill J.A. et al. 1998; Campbell S.M. et al. 2000; Castro M.J.G. et al. 2003]. Em geral, os indicadores propostos são o resultado de reuniões de consenso envolvendo grupos de médicos ou farmacêuticos, mas não tem havido a preocupação de proceder à validação formal desses indicadores.

Sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde realizou-se no passado ano, na Bélgica, uma reunião de peritos na área da prescrição medicamentosa para discutir tópicos relacionados com indicadores da qualidade da prescrição [Haaifer-Ruskamp F.M. et al. 2004]. Esta iniciativa, pela clarificação de alguns conceitos, pode revelar-se importante para a definição de um novo quadro conceptual da investigação nesta área.

De acordo com o documento de consenso internacional resultante daquela reunião, um bom indicador da qualidade da prescrição deve, necessariamente, respeitar dois critérios essenciais: o indicador traduz com rigor a situação clínica actual ou o problema em estudo; mudanças no valor do indicador traduzem, de facto, mudanças em saúde.

Deste modo, não é suficiente a demonstração da validade do conteúdo (conformidade com recomendações ou normas de orientação clínica) e da validade facial (consenso de peritos, habitualmente com recurso a um painel Delphi) para considerar um determinado indicador como válido. É fundamental a demonstração da validade do critério (comparação com um padrão externo de referência) ou da validade de "construct" (concordância com um modelo teórico ou medida relacionada) [Wilkin D. et al. 1992].

Por outro lado, é também importante a demonstração formal da fiabilidade do indicador, na medida em que a obtenção de consenso entre peritos (validade facial) resulta de um processo artificial, não garantindo a consistência de resultados quando o indicador é usado na prática.

O processo de validação formal de um indicador ou medida da qualidade é um processo complexo e moroso que tem de ser feito com recurso a uma metodologia de investigação específica.

Num projecto desenvolvido no IQS, em colaboração com a Faculdade de Medicina de Lisboa, pretendemos proceder à validação formal de indicadores da qualidade da prescrição

que venham a resultar de um processo de consenso, recorrendo à metodologia já usada noutra contexto [Maria V.A. et al. 1997]. O estudo visa, igualmente, analisar o desempenho dos referidos indicadores em casos reais recorrendo, para tanto, à informação clínica constante dos processos dos doentes. Finalmente, pretende-se avaliar o impacto da utilização dos mesmos indicadores em programas de melhoria contínua da qualidade da prescrição.

Utilidade e utilização

Muitos programas de avaliação da prescrição estão fundamentalmente vocacionados para a contenção de custos através da comparação do desempenho entre profissionais, como é o caso do programa PACT no Reino Unido. Os resultados obtidos com este programa dizem muito pouco sobre a qualidade da prescrição, porque não contemplam informação sobre as indicações para a prescrição.

Quando se definem indicadores da qualidade da prescrição é fundamental que os objectivos pretendidos sejam explícitos, na medida em que a validade dos mesmos depende dos objectivos para que são usados. Por outro lado, para que os indicadores possam ser utilizados para comparação do desempenho entre diferentes unidades de saúde, por exemplo, ou para a monitorização da melhoria da qualidade, é preciso dispor de dados consistentes e válidos que permitam essa comparação [Wilson R.P. et al. 1998; Hansen D.G. et al. 2003].

Os indicadores podem ser usados para avaliar a qualidade da prescrição a nível nacional, a nível de uma ou mais unidades de prestação de cuidados de saúde ou a nível individual (prescritores ou doentes) [Haaifer-Ruskamp F.M. et al. 2004]. Por outro lado, podem ser usados por diferentes agentes (decisores políticos, investigadores, profissionais de saúde, etc.), servindo objectivos distintos: planeamento, gestão de recursos e contenção de gastos; regulação, inspecção e monitorização de conformidade com normas ou orientações; avaliação do resultado de intervenções; identificação e redução de erros; avaliação da qualidade geral dos cuidados e melhoria da prática clínica. Deste modo, podem servir interesses directamente ligados a áreas profissionais ou interesses públicos (Quadro 3).

A validade dos indicadores, bem como a sua utilidade podem estar comprometidas se não forem previamente definidos os objectivos e o contexto da utilização. As principais consequências de uma utilização inadequada, para além da ausência de validade dos resultados, passam pela instalação de um clima de desconfiança, desmotivação dos profissionais, dificuldade ou impossibilidade na implementação de programas de melhoria da qualidade e, conseqüentemente, desperdício de tempo e recursos [Haaifer-Ruskamp F.M. et al. 2004].

Quadro 3 – DIFERENÇAS ENTRE INDICADORES PROFISSIONAIS E INDICADORES PÚBLICOS

Característica	Indicadores profissionais	Indicadores públicos
Relevância	Para os profissionais de saúde	Para decisores, inspectores, seguros, organizações de doentes
Foco	Auto-controlo e melhoria	Qualidade mínima e comparação
Especificidade	Específicos e detalhados	Gerais, não detalhados
Contexto de utilização	Orientado para os profissionais	Orientado para o público
Objectivo	Aprender e melhorar	Comparar e controlar
Necessidade de validação	Validade de critério dispensável	Validade de critério obrigatória
Tipo de qualidade	Boa > Melhor	Qualidade Boa/Má

Adaptado de [Haaifer-Ruskamp F.M. et al. 2004]

Melhor informação e mais investigação

Algumas iniciativas avulsas e não integradas, destinadas essencialmente a conter custos através da mudança de comportamentos na área da prescrição, têm sido votadas ao fracasso por manifesta falta de compreensão por parte dos decisores políticos quanto à complexidade e natureza desta matéria.

Sabe-se que a simples divulgação aos prescritores do seu perfil de prescrição tem efeitos muito limitados na alteração do comportamento de prescrição [O'Connell D.L. et al. 1999]. Comparar a qualidade da prescrição entre médicos ou unidades de saúde é uma matéria complexa que não pode ser feita apenas pela simples comparação dos perfis de utilização de medicamentos, muitas vezes construídos apenas com base em dados de dispensa nas farmácias, como tem acontecido em Portugal. Para poder valorizar esses perfis, há que ter em atenção as características demográficas e os dados de morbilidade das populações, bem como a respectiva realidade socio-económica que, frequentemente, é distinta entre regiões próximas geograficamente, como acontece com as regiões do litoral e do interior ou com os centros urbanos e a periferia das grandes cidades.

Nesse sentido, é fundamental poder dispor de informação credível, completa e actualizada, não apenas sobre a prescrição realizada mas também sobre os problemas e os motivos de consulta que estiveram na origem dessa prescrição.

Por outro lado, o estabelecimento e a implementação de programas de avaliação e melhoria contínua da qualidade da prescrição devem resultar de investigação credível, envolvendo instituições independentes, dotadas dos conhecimentos científicos e recursos necessários, a partir de indicadores válidos e fiáveis, desenvolvidos com objectivos específicos.

A validação formal dos indicadores da qualidade e a demonstração da relevância dos programas de melhoria contínua da qualidade da prescrição em termos de resultados em saúde constituem requisitos fundamentais para a credibilização desses programas e para a mudança de comportamentos que se deseja.

Mais importante ainda, esses programas nunca deverão ser desenvolvidos ignorando ou afrontando os profissionais de saúde, que devem ser os principais actores no processo de mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashworth M, Lea R, Gray Heather, Gravelle H, Majeed A (2003). The development of prescribing incentive schemes in primary care: a longitudinal survey. *B J Gen Pract* 53: 468-70.
- Bateman DN, Eccles M, Campbell M, Soutter J, Roberts SJ, Smith JM (1996). Setting standards of prescribing performance in primary care: use of consensus groups of general practitioners and application of standards to practices in the north of England. *B J Gen Pract* 46: 20.
- Bjerrum L, Larsen J, Sondergaard J (2002). Drug prescription patterns in general practice. Extent, problems and possibilities of improvement. *Ugeskr Laeger* 164: 5273-7.
- Campbell SM, Cantrill JA, Roberts D (2000). Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ* 321: 425-8.
- Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, Buetow SA, Shekelle PG (1998). Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *J Public Health Med* 20:414-21.
- Cantrill JA, Sibbald B, Buetow S (1998). Indicators of the appropriateness of long-term prescribing in general practice in the United Kingdom: consensus development, face and content validity, feasibility, and reliability. *Qual Health Care* 7: 130-5.
- Castro MJG, González PA, López GR, Rígueria AI (2003). Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores. *Aten Primaria* 32: 460-5.
- Hansen DG, Sondergaard J, Vach W, Gram LF, Rosholm JU, Kragstrup J (2003). Antidepressant drug use in general practice: inter-practice variation and association with practice characteristics. *Eur J Clin Pharmacol* 59: 143-9.
- Higashi T, Shekelle PG, Knight EL, et al. (2004). The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 140: 714-20.
- Lazarow J, Pomeranz B, Corey P (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. *JAMA* 279: 1201-5.
- Maria VA, Victorino RM (1997). Development and validation of a clinical scale for the diagnosis of drug induced hepatitis. *Hepatology* 26: 664-9.
- Maria VA, Carvalho ML, Pimpão MV, Azevedo JS, Carreira MA, Victorino RM (1988). Estudo clínico-epidemiológico de reacções adversas a medicamentos em cuidados de saúde primários. *Arquivos Inst Nac Saúde* XIII: 145-72.
- Morris CJ, Cantrill JA, Hepler CD, Noyce PR (2002). Preventing drug-related morbidity – determining valid indicators. *Int J Qual Health Care* 14: 183-98.
- Nathwani D, Gray K, Borland H (2002). Quality indicators for antibiotic control programmes. *J Hosp Infect* 50: 165-9.
- O'Connell DL, Henry D, Tomlins R (1999). Randomised controlled trial of effort of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. *BMJ* 318: 507-11.
- Pont LG, Denig P, van der Molen T, van der Veen WJ, Haaijer-Ruskamp FM (2004). Validity of performance indicators for assessing prescribing quality: the case of asthma. *Eur J Clin Pharmacol* 59: 833-40.
- WHO (1997). Managing drug supply. The selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals. USA, Management Sciences for Health in collaboration with the World Health Organization. 1997.
- Wilkin D, Hallam L, Doggett MA (1992). Methods of measurement. In: Wilkin D (editor) *Measures of need and outcome for primary health care*. New York, Oxford University Press. 1992: 21.
- Wilson RP, Hatcher J, Barton S, Walley T (1998). The influence of practice characteristics on the prescribing of benzodiazepines and appetite suppressant drugs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 7: 243-51.
- Zwar N, Henderson J, Britt H, McGeehan K, Yeo G (2002). Influencing antibiotic prescribing by prescriber feedback and management guidelines: a 5-year follow-up. *Fam Pract* 19: 12-7.
- Haaijer-Ruskamp FM, Hoven JL, Mol PGM (2004). A conceptual framework for constructing prescribing quality indicators: a proposal. Drug utilization research quality indicators meeting, Belgium May 2004. WHO EUR/04/5049450.