

Maria Luciana Gomes Domingues Couto Carvalho

**FACTORES DE INFLUÊNCIA NA PRESCRIÇÃO
EM CLÍNICA GERAL
No Norte de Portugal**

Porto

1998

Índice

	Página
1 Prefácio.....	4
2 Introdução	
2.1 Importância da Prescrição	7
2.2.Influências na Prescrição	10
2.2.1 Factores do Doente	13
2.2.2. Factores do Médico	19
2.2.3. Factores Externos	25
3. Objectivos do Estudo	38
4. Hipóteses de trabalho	40
5. Métodos	
5.1. Tipo de Estudo	42
5.2. Elaboração do Questionário	43
5.3. Elaboração do questionário para a Entrevista	44
5.4. Inquérito Postal	45
5.5. Entrevista Pessoal	46
5.6. Análise Estatística	47
6. Resultados	
6.1. Questionário auto-preenchido	49
6.2 Entrevista Pessoal	58

7. Discussão	
7.1. Métodos	68
7.2. Tipo de Estudo	69
7.3. População em estudo	70
7.4. Elaboração do Questionário.....	71
7.5. Resultados	74
8. Conclusões	89
9. Resumo	91
10. Sumary	95
11. Résumé	99
12. Referências.....	103
13. Tabelas 1 a 57.....	124
14. Anexos I a X	177

PREFÁCIO

Este trabalho de investigação resultou da confluência feliz das minhas actividades em Clínica Geral / Medicina Familiar com as de docente na Faculdade de Medicina do Porto, que iniciei após a licenciatura, no Instituto de Farmacologia e Terapêutica e continuei no Departamento de Clínica Geral, desde que há seis anos a disciplina de Saúde Pública e Medicina Comunitária, adquiriu autonomia, importância curricular e prestígio crescente.

Ao Senhor Professor Alexandre Sousa Pinto devo a preciosa oportunidade de aprofundar e melhorar os métodos e hábitos de trabalho que aprendi na Farmacologia para desenvolver a minha actividade docente no Departamento de Clínica Geral e melhorar a componente assistencial de médica de família.

Agradeço ao Senhor Professor Serafim Guimarães, actualmente Director do Instituto de Farmacologia e Terapêutica o convite para ingressar no corpo docente do então Serviço de Farmacologia, e os ensinamentos que soube transmitir-me, ao longo da minha actividade no serviço. Devo recordar com toda a gratidão os Directores do Instituto que o precederam Senhores Professores Almeida Garrett e Walter Oswald que, pelas suas qualidades científicas e humanas, constituíram uma verdadeira referência na minha vida académica.

Ao Senhor Professor Daniel Moura agradeço também a ajuda, os conselhos, sempre oportunos e preciosos, e particularmente úteis. Espero que os laços de amizade e colaboração criados entre os dois departamentos aumentem e frutifiquem em domínios que lhes são comuns.

Aos Senhores Professores Alexandre Sousa Pinto e Carlos Ramalhão agradeço todo o apoio, confiança, paciência, compreensão e alento que me deram desde os primeiros passos de investigação no Departamento de Clínica Geral. Agradeço os seus ensinamentos e orientações sempre valiosos, e espero continuar o trabalho de equipa com o espírito que transmitiram ao longo destes anos de trabalho frutuoso em comum.

Ao colega Professor Pinto Hespanhol, cujo doutoramento no nosso Departamento constituiu um marco importante para a Clínica Geral, e, em simultâneo, um alento para toda a equipa, agradeço todo o apoio recebido.

Aos nossos colegas assistentes no Departamento de Clínica Geral, Drs. Graça Veiga, Maria da Paz Trigueiros e Frey Ramos, agradeço as sugestões, conselhos, e orientações, sempre feitos num diálogo construtivo e aberto, que se tem mantido desde o início da constituição da equipa de trabalho.

Aos colegas Dr.as. Helena Mourão e Maria João Sena Esteves, que já trabalharam no Departamento de Clínica Geral e com ligação à equipa de investigação, agradeço o contributo para o alargamento da equipa de Clínica Geral e Medicina Familiar no exterior.

Aos colegas e restante pessoal do Centro de Saúde de Soares dos Reis, o meu agradecimento pelo apoio, e às direcções (anterior e actual) do centro de saúde agradeço a compreensão manifestada para a obtenção do estatuto de equiparação a bolseiro, a tempo parcial, ao longo da fase final do trabalho.

Ao Senhor Professor Altamiro da Costa Pereira, Director do Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina do Porto, agradeço a disponibilidade, que sempre manifestou para ajudar na aquisição dos conhecimentos necessários para a análise de dados deste trabalho. Agradeço também a colaboração do colega Dr. Paulo Rui Monteiro, como colaborador do Serviço Bioestatística e Informática Médica, na organização e tratamento estatístico dos resultados.

Mas o presente trabalho não teria sido possível sem o entusiasmo do Senhor Professor Alexandre Sousa Pinto. Desde o momento em que me convidou para a equipa docente, logo soube motivar para a investigação nesta área, aproveitando e desenvolvendo a experiência adquirida como docente de Farmacologia. Ajudou a delinear e planificar todos os passos necessários para a investigação, e conseguiu reunir no Departamento de Clínica Geral todos os recursos necessários para a realização deste trabalho, sem ter contado com qualquer financiamento de outras instâncias oficiais. Com o todo o seu entusiasmo e saber sempre me apoiou e

ajudou nos momentos de dúvida e incerteza. Quando o ânimo enfraquecia o seu apoio, a sua sabedoria e a sua orientação eram decisivas.

Este trabalho não poderia ter sido realizado sem o apoio institucional de diversos Órgãos e de vários Senhores Professores da Faculdade de Medicina do Porto, que aproveitou a oportunidade para agradecer.

Aos colegas de Medicina Geral e Familiar agradeço a colaboração no preenchimento dos questionários e na disponibilidade para a realização das entrevistas. Aos que não tiveram ou não puderam colaborar, estou confiante que o poderão fazer em próximas actividades de investigação.

A todos os meus amigos, aos colegas que me incentivaram a realizar este trabalho, e aos funcionários do Departamento de Clínica Geral, os meus mais sinceros agradecimentos.

Finalmente uma palavra para a família, tão importante na minha vida. Ao meu marido e à minha filha agradeço toda a ajuda, compreensão e o apoio incondicional desde a primeira hora, pois sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais e à minha irmã agradeço todo o apoio e incentivo, que sempre tem sido tão importante ao longo da minha vida.

“A verdadeira Medicina deve curar quando pode,
aliviar quando não pode curar e
consolar quando não pode curar nem aliviar“

Claude Bernard (sec XIX)

INTRODUÇÃO

Importância da Prescrição

A utilização de medicamentos é um costume universal, tão antigo quanto a história das civilizações. Em todas as culturas, o médico confia em substâncias químicas como agentes chave no processo de cicatrização, recuperação ou cura. Hoje, como no passado, a medicina tem nos medicamentos um recurso importante e decisivo, e este meio não se limita aos países mais desenvolvidos. Em muitas sociedades, como por exemplo algumas da África, da Ásia, e da América Latina recorre-se não só ao uso de fármacos prescritos e de venda livre, mas também ao uso de muitos remédios tradicionais ou populares.

Muitas intervenções, tanto preventivas como curativas, a nível de cuidados de saúde, incluem a utilização de um fármaco como veículo mais ou menos activo para alcançar um objectivo concreto de saúde. Tanto a elevada frequência de utilização de recursos terapêuticos, como a sua adopção e aceitação entre a população, justificam a importância que o medicamento tem nos valores culturais e sociais do nosso meio.

Segundo Duhamel ¹¹² o acto de receitar é um momento nobre do “diálogo singular”, entre o médico e o doente. O médico e o doente têm responsabilidades próprias; a pessoa doente tem a obrigação de pedir assistência técnica competente e o médico tem

a obrigação de tudo fazer para a ajudar. Para ambos a prescrição é um “símbolo “poderoso dos seus “papéis sociais”^{70, 194}.

A escolha de um medicamento apoia-se numa elaboração probabilística que tem em conta numerosos factores, e em particular a relação benefício / risco do medicamento (e / ou das associações utilizadas). O doente é o centro das preocupações do prescritor e este, por sua vez está no centro de uma acção de saúde pública que deve ter benefícios comprovados para os doentes e a sociedade¹⁷⁰.

A prescrição de fármacos é na nossa sociedade uma função respeitável confiada, em exclusivo, aos médicos. Este acto tem sido descrito como um dos símbolos mais antigos e visíveis do conhecimento médico e da sua experiência.

O termo receitar pode compreender diferentes opções e etapas terapêuticas, como por exemplo dar um conselho, referenciar a outra especialidade ou outro profissional de cuidados de saúde, ou emitir certificado de incapacidade para o trabalho, além da prescrição de fármacos.

As indicações para terapêutica medicamentosa são cada vez mais conhecidas e crescentes e incluem algumas situações e comportamentos que no passado eram consideradas tribulações e desafios normais próprios da existência humana. Num mundo que tem por paradigma a ausência de sofrimento e a aquisição de bens, a medicina aparece muitas vezes como a salvaguarda desses objectivos que todos acalentam. Os meios de que dispomos para intervir são, no entanto, capazes tanto de lesar como de curar, de provocar sofrimentos acrescidos ou de minorar momentos de dor. A justa medida dos cuidados de saúde está nos valores da ética que deverá ser a bússola permanente da nossa conduta. A nossa intervenção não pode constituir uma ameaça ou uma “ agressão “ iatrogénica, mas antes uma esperança posta no caminho de quem procura alívio e acolhimento nos cuidados médicos¹⁶.

Segundo Beauchamp e Childress (1979) existem 4 princípios éticos subjacentes à prática médica²⁸:

1. Não maleficência (“Primum non Nocere”)
2. Beneficência: o que se faz deve ser em benefício do doente
3. Respeito da autonomia: tratar cada um como agente moral com vontade própria

4. Justiça: preocupação igual pelos interesses de todas as partes envolvidas

Enquanto que o médico deve actuar sempre de acordo com a sua consciência e sempre no melhor interesse do doente, igual esforço deve ser feito para garantir justiça e autonomia para todos os doentes, de acordo com os princípios da declaração de Lisboa, da Associação Médica Mundial, sobre os direitos do doente ²⁵¹.

Mas a sociedade incorporou na sua cultura um binómio, a saúde e os medicamentos, criando um estado de “farmacolatria”. O conhecimento da qualidade da prescrição farmacêutica e os factores que a condicionam é um tema de grande interesse para todos os profissionais de saúde, nos cuidados primários. Estudos publicados ^{64, 70, 77} demonstraram que os centros com estruturas no âmbito dos cuidados primários, prescrevem com menores custos e maior eficiência.

A prescrição eficaz, cuidadosa e racional continua a ser importante, e a selecção do fármaco correcto, na quantidade certa, e no tempo adequado, é só uma parte da “arte de curar” em Medicina Familiar, existindo cada vez mais a necessidade de o médico fazer prescrição racional, tendo em conta todo o contexto social no qual está a actuar ¹⁹⁴. Assim o acto de prescrição é um direito e um privilégio, e uma responsabilidade clínica com implicações económicas e financeiras.

O número de fármacos prescritos tem vindo a aumentar, não só em Portugal como em todos os países do mundo, os seus custos aumentam, sendo este um problema que tem vindo a preocupar as autoridades governamentais, que gerem o pagamento das comparticipações. Ao acto de prescrição tem sido atribuído um significado sócio-económico crescente, por vezes isolado de outras actividades e responsabilidades de prestação de cuidados, escrutinado por economistas, analisado por sociólogos e amplamente debatido politicamente no âmbito dos custos dos serviços nacionais de saúde ¹⁶².

A racionalização do consumo de medicamentos é um objectivo de todos os sistemas de saúde pelas repercussões sócio-económicas que tem sobre a utilização de recursos pelas populações ¹⁶².

No nosso país os custos têm vindo a aumentar significativamente, ocupando uma fatia considerável do orçamento do Estado para a Saúde. Em 1995, os encargos do Serviço Nacional de Saúde com os medicamentos ultrapassaram os 200 milhões de contos e em 1996 atingiu 300 milhões ²⁰⁷. Nos encargos do Serviço Nacional de Saúde os centros de saúde representam 84% do total da prescrição, os hospitais 11% e a medicina privada 5 % ¹³⁷. Nas despesas do Serviço Nacional de Saúde os medicamentos representam 18% do total de encargos globais ¹³⁷. As despesas com medicamentos em Portugal em 1993 foram 1,2 % do PIB e no Reino Unido 1,1 e na Alemanha 1,6 ²⁰⁶.

A importância sócio-cultural do estudo da prescrição está também em relação com o elevado interesse económico que o mundo do medicamento representa. Neste contexto o estudo dos factores que, directa ou indirectamente, condicionam a prescrição, as relações entre os mesmos e o seu grau de influência, podem ser elementos úteis para se obter a tríade da racionalidade terapêutica, ou seja, a eficácia, a segurança e o baixo custo ²⁴¹.

Se bem que a prescrição seja uma decisão fundamentalmente médica, existem outros intervenientes como o doente, a indústria farmacêutica e as autoridades de saúde que influem nos hábitos prescritivos, intervindo assim na forma de resolver os problemas de saúde das populações.

Influências na prescrição

A relação médico / doente tem sido abordada em extensa literatura nas diferentes perspectivas psicodinâmicas, comportamentais e sociológicas. Na medida do possível, esta relação deve ser de confiança, respeito mútuo e empatia.

A medicina clínica deve ser reconhecida não apenas como uma arte ou uma ciência em si mesma, mas como uma forma especial de relacionamento entre duas pessoas, o médico e o doente ¹²⁹. O clínico geral na Europa actual reconhece e valoriza as influências culturais, políticas e económicas da sua actividade ⁶⁹.

O estado de saúde é influenciado por uma variedade de factores, como por exemplo, os comportamentais, os económicos, os ambientais e os sociais. Devido a influências múltiplas, os médicos prescrevem cada vez maior número de fármacos, sem ter sempre adequada evidência de que o tratamento é eficaz (por exemplo, o uso profiláctico de antibióticos) ou, em alguns casos, seja útil. Esta situação pode condicionar o uso excessivo ou inadequado de fármacos ²⁴¹.

A morbilidade é também um factor importante no perfil de prescrição do médico, tal como o pagamento e comparticipação dos fármacos, o ambiente da consulta, as características do doente e do prescriptor.

Desde há anos que a literatura médica faz referência à prescrição e aos factores que a influenciam e vários estudos de análise têm sido desenvolvidos e publicados em países como Grã Bretanha e Estados Unidos. Os primeiros iniciaram-se com Dunlop em Inglaterra em 1949, após a introdução do serviço nacional de saúde, e publicados em 1952. Nos Estados Unidos as primeiras publicações datam de 1971, no *Medical Care* e no *JAMA*. A Organização Mundial de Saúde publicou os primeiros estudos sobre a utilização de fármacos em 1979 ¹¹².

Os médicos sentem alguma pressão por parte dos seus doentes sobre o acto de prescrever, mas também condicionam o doente a aceitar uma prescrição, como uma forma de terminar uma consulta. Para Kafka ²⁸ o acto de receitar é muitas vezes mais simples do que conversar com o doente, sendo muitas vezes uma forma de terminar uma consulta.

Em diversos países, como por exemplo Espanha ^{64, 70, 77}, foram efectuados estudos desde 1987 para analisar os factores de influência na prescrição, procurando correlacionar os custos com o modelo de prestação de cuidados, com o da distribuição etária da população, com a formação médica em diversas regiões. Também no Reino Unido ²⁴³ têm sido estudados os sistemas de saúde e as influências nos custos de prescrição.

Em Portugal não há estudos publicados sobre o assunto, embora existam vários artigos de opinião e textos para ajudar os médicos a reflectirem sobre os diversos aspectos a ter em consideração no momento da prescrição ^{157, 158}.

Existem vários factores, já evidenciados por estudos, que influenciam a decisão de prescrição, como por exemplo, as expectativas dos doentes, a ansiedade de prescrição, que condicionam pressão sobre o prescritor, as suspeitas e/ou receios dos doentes, ou das famílias, de doenças graves, a influência dos meios de comunicação social e das autoridades de saúde, da formação do próprio médico, e de vários outros factores ²⁴³.

No momento da selecção do fármaco o médico tem de ter em conta critérios médicos, farmacológicos, sociais e psicológicos, influenciando não só as suas acções mas também as futuras expectativas dos seus doentes.

Existem variações substanciais nas prescrições entre os clínicos gerais dos diferentes países, tendo estas sido estudadas e analisadas nos clínicos gerais na Inglaterra e Escócia, Canadá e Estados Unidos ^{29, 172, 182, 220} e foram constatadas variações de comportamento do mesmo médico perante os mesmos doentes observados com intervalo de meses e apresentando o mesmo problema de saúde. Estas variações não existem somente em termos de necessidades farmacológicas dos doentes, mas tendo em conta diversas influências no acto da prescrição médica ^{29, 162, 172, 182, 220}.

Poderemos tentar sistematizar os diversos factores que influenciam ou podem modificar a prescrição:

• **Factores do Doente**

1. Idade e Sexo
2. História Pessoal e Familiar e Estilo de Vida
3. Condições Sócio-Económicas
4. Expectativas, Atitudes e Crenças

• **Factores do Médico**

5. Idade e Sexo
6. Prescrição Crónica
7. Organização da Consulta
8. Auto Formação Médica Contínua

• **Factores externos:**

9. Formação pré e pós-graduada
10. Reuniões clínicas, Congressos e Cursos de Formação
11. Interface entre os Cuidados Primários e os Secundários
12. Avanços terapêuticos, Marketing da indústria farmacêutica
13. Formulários de prescrição, Normas de Orientação (*Guidelines*)
14. Normas das Autoridades de Saúde
15. Papel dos outros Profissionais de Saúde
16. Papel da Comunicação Social

Tendo em conta todos os factores que influenciam a prescrição, não podemos esquecer que o progresso científico na área de síntese química e as grandes modificações sociais e culturais verificadas na segunda metade deste século, transformaram, por completo e irreversivelmente quase tudo o que diz respeito ao uso de medicamentos no tratamento de doenças. Os extraordinários avanços da farmacoterapia que penetra cada vez mais nos domínios da farmacotoxicologia, o desenvolvimento dos meios de comunicação social e a sua crescente influência na formação de opinião pública e a intervenção necessária dos governos fomentaram o desenvolvimento de uma mentalidade de exigência que se reflecte, para o bem e para o mal, em tudo o que diz respeito ao medicamento. Os objectivos das entidades que mais intervenção têm no processo (governos, indústria farmacêutica, profissionais de saúde e doentes) estão longe de coincidir e, não raras vezes, são antagónicos ⁷⁶.

Factores do doente

1. Idade, Sexo

O grupo etário do doente e a sua situação clínica, sendo ou não portador de doença crónica, são factores importantes a ter em conta, assim como a morbilidade.

A população idosa tende a aumentar significativamente, necessitam de maiores cuidados de saúde, com maiores factores de morbilidade e de uso de medicamentos. Os idosos têm as maiores taxas de consulta e o uso de fármacos é cerca de três vezes superior, em média, em comparação com doentes mais jovens ¹⁸⁸.

Diversos estudos publicados ^{27, 115, 135, 136, 186, 188} têm chamado a atenção para a medicação nos idosos poder ser inadequada em quase um quarto dessa população, tendo outros ¹⁸⁶ estimado uma probabilidade de medicação inadequada em cerca de 32%. Num estudo efectuado num centro de saúde de Vila Nova de Gaia ⁴⁴, envolvendo os utentes com mais de 65 anos inscritos em dez médicos de família, constatou-se que, aproximadamente, 30% usavam crónicamente três fármacos diariamente, com os riscos potenciais de iatrogenia que isso implica.

As interacções potenciais apresentam alta incidência na população idosa. Diversos estudos referem ^{27, 44, 115, 118, 135, 136, 186}, percentagens de 22 % a 32 % de doentes medicados com mais de dois fármacos em simultâneo, sendo necessário prestar atenção a estes riscos, que aumentam de forma exponencial, quando se usam mais de três fármacos em simultâneo.

Deve ser dada atenção à utilização de medicação de uso crónico e em situações agudas, atendendo sempre aos benefícios esperados e às prioridades, em todo e qualquer tratamento, nas diferentes situações clínicas, não tratando tudo em simultâneo ¹¹⁸.

As mulheres têm maiores taxas de prescrição que os homens e estas taxas são maiores nas classes sociais médias e altas. Existem estudos demonstrando ¹⁰⁷ que as mulheres aderem melhor a tratamentos crónicos, por exemplo, nas que padecem de patologia cardiovascular, em comparação com os homens. Tem sido descrito em vários trabalhos o uso de tranquilizantes, nomeadamente benzodiazepinas em maior número pelas mulheres, o que parece ter um contexto sócio-familiar próprio ¹⁵⁰. Este grupo de fármacos deve ser usado com cuidado especial nos idosos, pelos riscos de iatrogenia que existem neste grupo etário ¹⁸⁶.

2. História Pessoal, Familiar e Estilo de Vida

O apoio familiar e de amigos é importante no cumprimento das prescrições e o horário de tomada de medicamentos deve enquadrar-se, sempre que possível, no modo e estilo de vida do doente, para melhorar a adesão. Os planos de tratamento que impliquem grandes mudanças de estilo de vida têm de ser bem ponderados, antes da sua prescrição, porque podem comprometer a adesão. Importa conhecer e observar, tanto quanto desejável, o comportamento dos doentes e as suas relações familiares, para apoio e ajuda no cumprimento do plano terapêutico instituído ^{13, 14, 61, 143, 196, 253}.

O reconhecimento e diagnóstico correcto de problemas do foro psíquico, quando da elaboração da história sócio-familiar do doente, por exemplo, em situações de ansiedade, depressão ou delírio deve ser feito para evitar medicações desajustadas. Estas situações são frequentes motivos de consulta em cuidados primários, referindo os doentes queixas inespecíficas de tipo somático, que importa reconhecer e enquadrar em todo o contexto da história do doente, para o tratamento mais adequado ¹¹⁰.

Os problemas sociais, a solidão ou problemas interpessoais, podem levar os doentes a procurarem mais vezes o médico, persuadidos de que as suas situações são urgentes e necessitam de medicação, mesmo quando são situações mais ou menos comuns do dia a dia para outras pessoas. A consulta em cuidados de Medicina Geral e Familiar tem de ser organizada de forma a serem dadas possibilidades de responder a estas situações, dar o esclarecimento e orientação necessários, e evitar a pressão para prescrição desnecessária, quando têm a ver com o estilo de vida ou outros problemas do doente, cujo tratamento não passa pelo uso de fármacos ^{110, 238}.

3. Condições Sócio-Económicas

Cada vez mais as condições sociais e económicas condicionam alterações psicológicas

mais ou menos transitórias, afectando a saúde das pessoas. Procurar compreender o sofrimento e os recursos do doente, enquadrando os seus pedidos de tratamento é importante no momento da prescrição ^{150, 248}.

A educação sanitária e as condições sociais são factores importantes a ter-se em conta na prescrição, pois influenciam a adesão a qualquer plano terapêutico ¹⁴. Existe clara associação entre factores sócio-económicos e a doença e a procura de cuidados primários, pois as classes sociais 4 e 5 da classificação de Graffar ¹⁵⁶ são as que mais frequentemente procuram o médico, com problemas de saúde ²⁹. Nas amigdalites, por exemplo, a decisão de prescrição é muitas vezes ou frequentemente influenciada pela informação social que se possui acerca do doente, tendo em conta a necessidade de prevenção da febre reumática e a adesão do doente à terapêutica. Várias campanhas de sensibilização junto dos médicos de família, por exemplo na Alemanha, conduziram a uma prescrição mais adequada de antibióticos nas infecções do tracto respiratório superior ^{88, 199}.

A prescrição nos doentes que habitam em zonas rurais e / ou pequenas cidades, e nas grandes cidades é diferente, pois as diferenças de estilos de vida e os apoios familiares e sociais existentes condicionam as possibilidades de tratamento, que são diferentes, mesmo até do ponto de vista dos próprios utentes ^{20, 87}.

4. Expectativas, Atitudes e Crenças

No tratamento é também importante o conhecimento do contexto cultural do doente e das suas expectativas em relação ao médico. Sendo de importância, em clínica geral, a comunicação médico/doente, parece ser essencial desenvolver uma melhor compreensão da expressão do doente, em razão das diferenças culturais existentes (língua, comunicação verbal e não verbal). Se a aproximação à cultura do doente não é conseguida, há dificuldades de comunicação e da eficácia terapêutica. As diferenças de linguagem e cultura podem contribuir para a dificuldade de comunicação, pode existir necessidade e vantagens em melhorar a técnica de comunicação, ou de

prolongar a consulta, para se ter a certeza da adesão do doente ao plano terapêutico e da sua compreensão ^{12, 19, 63, 87, 179}.

Os doentes esperam que as nossas decisões vão ao encontro das suas necessidades, assumindo nós, intuitivamente, as melhores decisões tendo em conta as características individuais do doente, a situação presente, o curso da doença e a experiência anterior

143

As expectativas dos doentes são aumentadas frequentemente por notícias de insucessos ou êxitos com medicamentos ou pelo surgir de fármacos ditos “mágicos”. O público com maior nível educacional e de informação tem mais altas expectativas. Estudos efectuados nos Estados Unidos e no México ^{65, 240}, revelaram que quanto maior o nível cultural dos doentes, maior número de esclarecimentos são pedidos durante a consulta.

A indústria farmacêutica também ajuda a estimular as necessidades do público, existindo, muitas vezes, uma mistura de ciência, tecnologia e expectativas de saúde, junto da população, mais ou menos importante, como factor de influência no momento de prescrição.

Mas a relação médico / doente pode ser um factor tanto ou mais importante do que a eficácia do fármaco prescrito, por exemplo, como factor de influência na prescrição. Num estudo efectuado na Alemanha através de entrevista ²²¹, verificou-se que a grande maioria dos médicos, mesmo tendo dúvidas sobre a eficácia dos fármacos do grupo dos chamados nootrópicos, pensa que para não comprometer a relação médico / doente, a sua prescrição deve ser mantida. Um estudo efectuado na Islândia, sobre os hábitos de prescrição médica ¹⁹³, revelou que a decisão de prescrição é mais determinada pelo ambiente e pelas expectativas do doente e dos seus familiares ou pelas expectativas e pela formação do próprio médico, do que pela própria patologia, por exemplo, na situação de utilização de antibióticos.

O estudo do serviço prestado às populações e dos hábitos de prescrição, efectuados pelo próprio médico, são especialmente úteis para ajuda na melhoria de cuidados às populações.

A confiança da população depende, muitas vezes das suas expectativas em relação aos que lhe prestam cuidados, dos seus conhecimentos técnicos, desempenho e responsabilidade. As características da comunicação interpessoal, a acessibilidade, a continuidade de cuidados, coordenação e cuidados compreensivos são importantes em cuidados de saúde primários e os estudos efectuados têm demonstrado que são elementos muito valorizados pelos doentes ^{95, 133}. Os doentes esperam também atenção, sensibilidade e estímulo através de comunicação aberta e honesta em que a sua privacidade e confidencialidade sejam respeitadas. O bom médico é muitas vezes o bom amigo, presente nos pequenos eventos de saúde, sendo o “ouvido” atento e fraterno, o profissional dedicado e experiente, e nem sempre, o que tem mais conhecimentos técnicos ou que participa em maior número de congressos, ou outras acções de formação ²⁰⁸.

A confiança do doente depende muito da qualidade da relação médico / doente. Ao preservar a relação com o doente dos conflitos de interesses, o médico ajuda a melhorar a confiança do doente, sendo muito importante para assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados de saúde ^{133, 179}. A capacidade de comunicação, o investimento na relação médico / doente e uma atenção particular às expectativas e necessidades dos doentes, contribui para melhorar a implementação e eficiência de qualquer plano terapêutico ^{78, 248}.

Também é importante a informação correcta sobre riscos e benefícios das terapêuticas, para que o doente participe nas opções mais correctas e use adequadamente os fármacos. Esta informação deve ser clara e veiculada para todos os grupos terapêuticos, nas bulas dos medicamentos e em folhetos próprios, para os de venda livre, para um conhecimento mais esclarecido e adequado sobre os riscos e interacções dos medicamentos utilizados ^{10, 157, 168}.

A satisfação do doente representa uma mistura complexa das necessidades sentidas, das expectativas de cuidados, e de experiências anteriores. Os cuidados que condicionam menor satisfação para o doente são também menos eficazes,

devido à não satisfação, a que se associam problemas de não adesão terapêutica⁶¹.

O recurso a estratégias para tratar com doentes difíceis, e adequar o melhor possível as terapêuticas, são a favor da necessidade de um treino adicional em técnicas de comunicação em Medicina Geral e Familiar. Os critérios de prescrição racional têm de ser ponderados, tendo sempre em consideração o sofrimento do doente e a vantagem de uma boa relação médico/doente, no momento em que se prescreve, envolvendo componentes que não são só de ordem farmacológica²⁴³.

Avaliar implicitamente ou não o ponto de vista do doente, particularmente considerando a causa e o prognóstico da doença em todo o seu contexto, é importante e deve ser feito na consulta, quando o doente apresenta o seu problema^{37, 80, 86, 106, 140, 164, 217, 238}. As expectativas dos doentes, por vezes, encorajam uma prescrição com menor critério de racionalidade farmacológica. O conhecimento das experiências do doente e das suas crenças pode contribuir para um plano de abordagem compreensiva, com maior probabilidade de sucesso¹¹. Os doentes têm as suas próprias ideias acerca da causa da sua doença e isto depende de muitos factores, entre eles a sua educação, os seus antecedentes, familiares e/ou de amigos, e a sua história sócio-familiar¹⁸⁰.

Factores do Médico

5. Idade e Sexo

Os factores, como a idade e sexo do médico, parecem também ter relação significativa com o volume de prescrição, embora isso possa ter a ver, muitas vezes, com outros factores em relação com as variáveis dos doentes. Em vários estudos publicados, verificou-se que os médicos mais velhos observam mais doentes idosos, e as médicas observam mais doentes do sexo feminino, e isso

altera o próprio perfil de prescrição, pois estes grupos recorrem mais vezes às consultas e representam um maior número de prescrições ¹⁶².

6. Prescrição Crónica

A medicação crónica deve ser merecer particular atenção, com o objectivo de minimizar os riscos de interacções e efeitos laterais ^{33, 157}. Alguns estudos publicados em Espanha e no Reino Unido ^{33, 227, 254}, revelaram que uma grande percentagem das consultas em cuidados primários, se destinam a pedidos de renovação de medicação. Não se conhece a sua magnitude em Portugal, mas a renovação de medicação, quando se trata de uma patologia crónica, deve ser sempre ponderada e aproveitada para reavaliação e ponderação de toda a medicação, tendo em conta os riscos potenciais de interacções ¹⁵⁷. Nas situações crónicas deverá ser sempre ponderada a possibilidade de existir alteração ou evolução da situação clínica. As estratégias terapêuticas a adoptar num dado momento, podem não ser as mais adequadas noutro momento. A reavaliação de todo o plano terapêutico em cada consulta é uma boa prática, pois o tratamento ideal iniciado há um ano, pode não ser o mais apropriado no momento da consulta e do pedido de prescrição ¹⁵⁷.

O pedido de medicação crónica, pode favorecer a não revisão de todo o plano terapêutico, e condicionar diminuição da adesão e/ou favorecer a polimedicação, ou prescrições inadequadas, não sendo atendidas ou reavaliadas as prioridades de tratamento em cada momento ^{33, 227, 254}.

7. Organização da Consulta

São muitos os factores que influenciam a decisão do médico ao escrever a prescrição ao querer ajudar o doente, mesmo com limitações de tempo. Em cuidados de saúde primários, os problemas de saúde são particularmente

diversos e complexos e o tempo de atendimento para cada doente é geralmente condicionado ²⁴⁵.

A sobrecarga de trabalho por excesso de consultas, assim como o preenchimento de vários tipos de documentos pode prejudicar a atenção para uma prescrição mais racional ^{121, 245}. Em estudos publicados ^{72, 109, 134}, verificou-se que uma consulta com mais ou menos limitações de tempo corresponde, por exemplo, a menor prescrição de antibióticos e a terapêutica mais adequada, nas patologias do tracto respiratório superior, contribuindo assim para diminuir a emergência de resistências bacterianas. Mas o médico é muitas vezes confrontado com a necessidade de não prescrever e de aguardar o desenrolar da situação clínica, o que pode ser considerado por parte do doente, como um acto de negligência. Por este motivo muitas vezes, o médico é condicionado para prescrever mais do que seria efectivamente necessário ^{72, 89, 90, 116}.

O médico deve avaliar a concordância do doente em relação ao plano de tratamento, para aumentar a adesão e, conseqüentemente, os resultados das terapêuticas ¹⁶¹.

É necessária a existência de informação de retorno, sobre as prescrições passadas e as efectivamente compradas, enviadas ao próprio prescriptor de forma regular, para ajudar a manter o interesse e a atenção aos hábitos de prescrição, encorajando o desejo da sua racionalização e a gestão adequada de recursos ^{161,}

226

8 . Auto-Formação Médica Contínua

A relação entre os avanços técnicos, as necessidades e expectativas dos doentes, e a formação contínua dos médicos de família é clara. A responsabilidade profissional de continuar a aprender é reconhecida pela maioria dos profissionais. A formação contínua é cada vez mais salientada, para possibilitar renovação de conhecimentos e desenvolvimento profissional ^{104, 160, 219, 252}. Vários métodos podem ser utilizados para actualização dos profissionais, um dos mais utilizados

é a leitura de revistas médicas. Segundo trabalhos publicados ^{104, 160}, a leitura de revistas é o meio mais preferido, em segundo surge a consulta regular de livros, só depois as informações obtidas em congressos (mesmo que tenham outros atractivos), e por último os cursos de formação. Um estudo feito nos EUA ²¹⁹, destinado a identificar os hábitos de aquisição de informação e as suas necessidades, verificou também que a literatura médica era o meio mais frequentemente utilizado para actualização, à frente das reuniões interprofissionais, mais frequente entre os médicos mais novos.

Estima-se actualmente, que o conhecimento médico se está a duplicar cada dois anos, e a educação médica contínua tem de reflectir esta realidade num tempo de “explosão “ de informação. A leitura tem sido ao longo dos séculos o método utilizado com mais frequência nas universidades. O estímulo para a auto formação tem de ser cada vez mais implementado ^{44, 169, 229}. Os avanços dos meios de comunicação, armazenamento e transmissão de informação poderão desempenhar um papel cada vez mais importante na formação médica. As novas tecnologias podem ajudar na actualização contínua, possibilitando aos médicos que vivem e trabalham em zonas rurais, com mais dificuldade de contacto com centros de acções de formação, a efectuarem-na via internet, ou através de teleconferência, por exemplo, com a participação interactiva em cursos e conferências ²²⁹. O conhecimento médico adquirido vai perdendo actualidade e cinco anos depois de se completar a fase de formação cerca de 50 % dos conhecimentos médicos adquiridos estão ultrapassados ou inadequados, daí se afirmar a necessidade de formação contínua ²⁰⁸.

A aprendizagem activa em pequenos grupos ou a utilização de programas de informáticos interactivos, ou a leitura, podem modificar mais os comportamentos médicos do que a frequência de congressos, em grandes auditórios ^{150, 252}.

Na Grã Bretanha são recomendados para leitura regular, pelos diferentes livros de Medicina Familiar o *British National Formulary*, o *Drug and Therapeutics Bulletin* (publicado pela Associação de Consumidores), o *Prescriber's Journal*, como formas de actualização da informação terapêutica, mas mais

insistentemente o *British Medical Journal*, o *British Journal of General Practice* e o *New England Journal of Medicine*, publicações que frequentemente publicam artigos de revisão sobre fármacos e tratamento de doenças crónicas ^{161, 219}.

Em Portugal têm sido efectuados trabalhos de avaliação dos diferentes meios de formação contínua utilizados pelos clínicos gerais, sendo a leitura regular de revistas o meio mais frequentemente utilizado. A consulta regular de livros tem sido menos utilizada como meio de auto-formação contínua ^{44, 211, 213}.

Os cursos de pós-graduação são considerados úteis e rentáveis, particularmente, se os médicos saem do seu ambiente de trabalho, para participação activa em reuniões. Mas existem variações interpessoais, no processo de auto-aprendizagem, e no mesmo individuo ao longo do tempo ²¹⁵. O Prof. Stanley, da Universidade de Liverpool, procurou estabelecer um modelo do nosso processo de auto-aprendizagem, que está representado na figura 1. Como se pode ver, a partir da experiência, através da participação em cursos, leituras e outros meios se caminha para a competência profissional ²¹⁵.

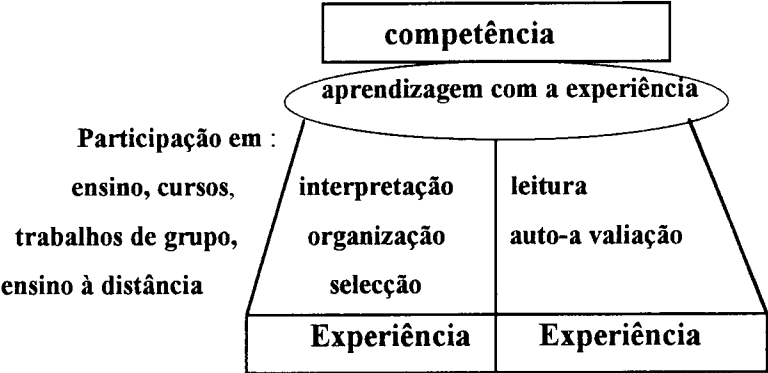


Figura 1: Modelo de auto- aprendizagem

Os colégios de Medicina Familiar do Canadá e da Nova Zelândia ^{84, 97} solicitam actualmente aos seus membros que completem, em cada ano, uma determinada quantidade de cursos no âmbito da sua auto-formação contínua, para se poderem manter como membros activos do colégio. O programa da designada

reacreditação, iniciado na Nova Zelândia (1994), e no Canadá, tem como base a filosofia de que a auto-aprendizagem, baseada nas necessidades individuais dos clínicos gerais, é a chave para mudanças positivas. Este programa estimula os médicos de família a melhorar os serviços que prestam às populações, promovendo a sua educação médica contínua. Actualmente a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral terminou um documento de regulamento para a atribuição de diplomas de reconhecimento de actualização técnico-científica em Medicina Geral e Familiar que entrará em vigor no início deste ano ³.

A conferência EURACT em Cambridge estabeleceu os princípios da reacreditação e recertificação em clínica geral e estes estão a ser introduzidos a nível europeu, para estimular o bom desempenho dos profissionais de cuidados de saúde primários ²³¹. A UEMO (Organização Europeia de Médicos de Clínica Geral) definiu os princípios da educação médica contínua para todos os médicos de Medicina Geral e Familiar ²³¹. Os conhecimentos, experiências e pesquisas, bem como a metodologia educacional, podem e devem ser partilhadas entre os diferentes países. Serão um contributo importante para a melhoria dos cuidados às populações ^{102, 176, 231}.

Foi apresentado no nosso País em Dezembro último pelo Sub-Director Geral de Saúde para a Área da Qualidade, um documento designado *Moniquor*, modelo de auto-avaliação do sistema de saúde, destinado nesta primeira fase aos Centros de Saúde, com um conjunto de critérios de qualidade organizacional para avaliação e melhoria dos serviços nos Centros de Saúde, baseado no modelo da *European Foundation for Quality Management* ¹⁴⁸.

A formação deve continuar a ser uma necessidade ética, tanto individual como colectiva, sujeita à autoridade disciplinar da própria profissão. Os seus objectivos são, por natureza, a promoção de um elevado nível de qualidade no exercício da profissão, por médicos competentes e o reforço da qualidade dos serviços será sempre importante ^{102, 208}.

Factores Externos

9. Formação Pré e Pós-Graduada

As diferentes instituições de ensino médico sentem cada vez mais necessidade de adaptação e actualização para a formação médica contínua, dados os avanços constantes da ciência médica. Os centros de formação médica procuram melhorar a forma de ensino para pré e pós graduados, tendo em conta não só as áreas puramente científicas, mas também aspectos económicos, éticos e sociais, tendo em conta uma actividade profissional racional. Os *curricula* estão a fazer adaptações às mudanças nos sistemas de saúde, tendo sempre em conta a qualidade das experiências educacionais e benefícios do treino e prática para a prestação de cuidados de saúde com qualidade ^{34, 231}.

O contributo para a Medicina Geral e Familiar de ciências como a epidemiologia, a sociologia, são importantes, na compreensão e melhoria das interacções na consulta, e na relação médico / doente. São úteis nos processos de diagnóstico e de tratamento e de investigação. A formação pré-graduada baseada na compreensão dos problemas globalmente, num modelo biopsicosocial, ajudará no treino vocacional e também como estímulo da educação médica contínua. O ensino e a aprendizagem com base na prevalência dos problemas de saúde, nas possibilidades de intervenção e nas repercussões individuais, familiares e sociais de muitos deles é cada vez mais actual ^{34, 66, 71, 82, 122., 165, 171, 177, 200, 212, 230}.

A prestação de cuidados pelo médico de família deve apoiar - se numa abordagem de cuidados globais, personalizados, continuados, prestados a pessoas com diferentes estratos sócio-económicos, integrados em famílias, inseridos em diferentes comunidades, e com diferentes necessidades ^{151, 165, 171, 179}.

Em Portugal tem existido também preocupação com a formação pré e pós graduada, possuindo as cinco Faculdades de Medicina do país no seu *curriculum* pré graduado uma cadeira de Medicina Familiar. Na formação pós graduada os

Institutos de Clínica Geral também cooperam na formação complementar em Clínica Geral através dos programas de formação específica em exercício^{102, 213}.

A primeira faculdade a instituir o ensino da clínica geral em Portugal foi a Faculdade de Medicina do Porto. O Departamento de Clínica Geral foi criado em 1984. Em 1986 o ensino da Clínica Geral foi introduzido na reforma curricular (no 6º ano), através da criação de disciplina de Saúde Pública e Medicina Comunitária, e dois anos depois, já atrás da Faculdade de Medicina de Lisboa, foi iniciada a sua leccionação. Desde 1995, para além do programa obrigatório de Clínica Geral a Faculdade de Medicina do Porto tem oferecido aos seus alunos do 2º ano um programa optativo de contacto precoce com o paciente. Este programa tem por objectivo o estudo dos problemas de saúde de uma família e da sua resolução, e o seu acompanhamento no Centro de Saúde durante os cinco anos de curso, sob a orientação de um clínico geral e de um professor do Departamento de Clínica Geral^{82, 213}.

A Medicina está em evolução, assim como os sistemas de cuidados de saúde, e a experimentar desafios económicos e competitivos. Os programas de treino pré e pós graduados mantêm a mesma missão de educação médica. O cuidado dos doentes, por vezes, é influenciado pelo controle de custos; a avaliação da rentabilidade e do sucesso podem ser efectuados constantemente, sendo necessário dar também noções importantes de economia na saúde nos programas de treino²⁵⁵.

Existem trabalhos realizados noutros países, como por exemplo no Perú³², sobre escolhas terapêuticas e razões das suas opções, tendo-se verificado que a necessidade de aumentar a formação pós-graduada em farmacologia clínica, implementando a auto-formação médica contínua nesta área é necessária e importante.

A educação médica contínua em Clínica Geral necessita de dar atenção ao envolvimento não só dos médicos, mas também aos corpos académicos e representantes profissionais, doentes e seus representantes legais, e em última

instância às autoridades de saúde, como elementos participantes no processo de prestação de cuidados às populações ¹⁵.

As expectativas da sociedade, a opinião pública, a componente educacional e económica, e o desenvolvimento, profissional e tecnológico, são factores que influenciam a educação médica no passado, fazem-no no presente e continuarão a fazê-lo no futuro ¹¹². O médico deve saber o que fazer, ser capaz de recolher e tratar os dados necessários para a tomada adequada de decisões para um desempenho mais adequado, eficiente, ético e vocacionado para o cuidado dos seus doentes ¹⁵.

Todos os esforços para melhorar a qualidade de prescrição são recomendáveis, utilizando metodologias de controle de qualidade e efectuadas no interior das instituições. A motivação que pode gerar nos profissionais envolvidos nos cuidados primários justifica a continuidade destas actividades ¹⁷².

10. Congressos, Cursos de Formação e Reuniões Clínicas

As reuniões, congressos e outros tipos de encontros científicos, contactos mais ou menos informais entre médicos de família, ou entre colegas dos cuidados de saúde primários e secundários, ajudam no debate e análise de diversas situações clínicas e na orientação do tratamento, farmacológico ou não, contribuindo para a resolução de muitos problemas ²⁵⁵. Em estudos publicados na Austrália e na Grã Bretanha ^{160, 250}, foi demonstrado que a formação através de seminários e debates têm influência positiva sobre a prescrição.

A necessidade de actualização é sentida pelos profissionais e a frequência periódica de cursos é referida por todos os médicos como necessária. Num estudo efectuado na Universidade de Liverpool ²⁵⁰, em que foram avaliados os diferentes meios de auto-formação, verificou-se que os congressos eram considerados úteis por cerca de 60% dos participantes no estudo. Estes apresentavam componentes importantes: as pessoas saíndo fora do seu ambiente de trabalho pareciam adquirir melhor atmosfera para a aprendizagem; o encontro

com colegas também era útil no esquecer ou vencer o “isolamento” do dia a dia. No referido estudo ²⁵⁰ os clínicos gerais referiam que os encontros profissionais promovidos pela indústria farmacêutica eram de utilidade educacional escassa. As reuniões de pequenos grupos eram consideradas ainda mais úteis por proporcionarem ambiente para o debate e maior aprofundamento dos temas. O envolvimento em processos de aprendizagem através do pedido de colaboração e participação, era referida preferencialmente por um terço dos respondentes. Assim, também segundo os estudos publicados ^{147, 250}, a presença de formandos e/ou de estudantes parece actuar como estímulo educacional e reforçar o componente de auto-aprendizagem da formação médica contínua. O contributo cada vez mais importante das faculdades de medicina na investigação e na realização de cursos de formação pós-graduadas é indispensável, podendo colaborar e desenvolver intercâmbio com outras instituições de formação específica e contínua dos médicos de família ¹⁰².

11. Interface entre os Cuidados Primários e Secundários

A necessidade de articulação adequada de cuidados de saúde é cada vez mais reconhecida por todos os profissionais de saúde, tal como a vantagem de adoptar procedimentos correctos para procurar alcançar objectivos comuns. É cada vez mais necessário que os cuidados primários e secundários se harmonizem para se obter melhoria da qualidade de cuidados prestados às populações ²³⁵.

No estudo, já mencionado, efectuado em Liverpool ²⁵⁰, as apresentações de casos clínicos e as discussões na interface cuidados primários / cuidados secundários foram consideradas úteis, assim como os encontros de pequenos grupos eram considerados muito mais úteis, que os que envolvem a participação de grande número de profissionais, pois permitem uma discussão e debate mais frutuoso.

As decisões tomadas no âmbito da medicina familiar são determinantes e cruciais para a boa utilização dos recursos dos serviços de saúde. A compreensão dos

padrões de referenciação é vital para a articulação adequada de cuidados entre os hospitais e os centros de saúde e na orientação dos planos terapêuticos mais adequados para cada situação clínica ^{40, 68, 181}.

Os profissionais de saúde que diariamente procuram estudar e melhorar os cuidados, aplicando princípios de aperfeiçoamento contínuo diário, poderão conseguir adquirir adequada utilização de recursos, uma melhor eficiência, uma maior eficácia, e racionalização de custos, para uma prestação de cuidados adequados mais personalizados.

Pode surgir algum tipo de conflito ou indecisões a propósito de alteração da medicação prescrita por outros colegas, nomeadamente hospitalares, por exemplo, no acompanhamento de situações crónicas. A harmonização dos critérios de escolha terapêutica através do estabelecimento de protocolos de actuação, ou de outro tipo de recomendações, que visem a harmonização e racionalização dos recursos terapêuticos tem vantagens indiscutíveis ^{7, 14, 192}.

12. Indústria Farmacêutica e Avanços Terapêuticos

A indústria farmacêutica em Portugal tem quatro empresas que produzem substâncias activas que facturaram em 1995 onze milhões de contos. Na formulação de medicamentos operam quarenta e oito empresas, os medicamentos com patente representam 70% dos produtos farmacêuticos no nosso país, os genéricos são 14% e os de venda livre chamados *over the counter* - OTC 16% ¹⁸⁹.

É importante analisar a influência da indústria farmacêutica. Todos os anos produz, distribui e promove vários novos produtos, alguns são fármacos que constituem inovação, e outros são similares aos já existentes no mercado, não constituindo inovação terapêutica (fármacos chamados *me too*). Existe cada vez mais a necessidade de implementação de informação adequada sobre os avanços terapêuticos, de forma a se integrar, de maneira crítica, as informações veiculadas pela indústria ¹⁴⁷.

Segundo estudos de revisão publicados ^{129, 130}, as actividades promocionais da indústria farmacêutica são a maior fonte de influência na prescrição de fármacos. Mas os hábitos de prescrição são adquiridos ao longo de vários anos. As visitas regulares dos representantes da indústria farmacêutica poderão contribuir para a utilização de medicamentos de descoberta mais recente. A leitura crítica e adequadamente ponderada dos ensaios clínicos, assim como a informação dos custos das terapêuticas e dos seus efeitos laterais, que, por vezes, só se evidenciam ao fim de cinco ou mais anos de utilização, como sucedeu com a talidomida, é importante e cada vez mais necessária ¹³⁹.

A indústria farmacêutica justifica os custos dos novos fármacos dizendo que o mercado é altamente competitivo, e que se torna necessário recuperar os investimentos efectuados com a pesquisa de fármacos inovadores. As diferentes formas de transmissão de informações pela indústria farmacêutica pode, por vezes, criar nos prescritores dificuldades de avaliação ponderada e crítica ¹⁴⁶.

235

Actualmente reconhece-se a existência de mudanças de atitudes terapêuticas, tratando situações que antes eram consideradas como próprias da existência humana (por ex. utilização de estrogénios para controle de sintomas na menopausa). Vários estudos ^{35, 1, 160, 192, 242} têm feito avaliações da influência da indústria farmacêutica e do comportamento na prescrição, quer a nível hospitalar, quer a nível de cuidados primários, salientando a influência das actividades promocionais da indústria farmacêutica.

Das várias formas de informação da indústria farmacêutica, para apresentação de novos produtos, a que é veiculada por folhetos informativos, é classificada em Inglaterra, em segunda posição quanto à utilidade, depois da visita dos delegados de informação médica ¹⁴⁶. A situação é idêntica nos Estados Unidos ³⁵. Num estudo feito no Reino Unido ¹⁴⁶ é referido que 70% dos clínicos gerais olham de relance os folhetos informativos veiculados pela indústria farmacêutica, tendo outros estudos, efectuados entre os anos 60 e 70 ¹⁴⁶, demonstrado que os médicos adoptam os novos fármacos em duas fases: uma de informação,

principalmente de proveniência comercial e a segunda dependente de comunicações divulgadas por outros colegas em encontros profissionais.

A formação médica continuada tem de estabelecer o necessário equilíbrio entre estas diferentes influências. Várias publicações existem que podem ajudar a equacionar as diferentes perspectivas a ter em conta no momento da prescrição.

As revistas como o *Lancet*, o *British Medical Journal*, o *New England Journal of Medicine*, publicam regularmente artigos de revisão sobre os diferentes fármacos e são, na Grã Bretanha, consideradas de muita utilidade, em estudos feitos com clínicos gerais ¹⁶¹. Em Espanha, a Sociedade Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária elaborou um documento com a publicação da bibliografia básica em Medicina Familiar com a indicação de manuais e revistas consideradas de consulta necessária para actualização em Clínica Geral ⁵⁸.

Em Portugal existe, desde 1991, um boletim *Informação Terapêutica*, editado pelo Infarmed, contando com a colaboração de diversos farmacologistas clínicos e outros profissionais de saúde, publicando artigos com diferentes esquemas terapêuticos usados no tratamento de situações clínicas diversas e veiculando também a comparação de custos das diferentes opções.

O Instituto de Farmacologia da Faculdade de Medicina do Porto publicou três edições de um livro em dois volumes, um cuja última edição é de 1995, e o segundo volume de 1996. Dá orientações de terapêutica medicamentosa, contando com a colaboração dos docentes do Instituto, e especialistas de outras faculdades do País. Este livro além de ser uma referência no ensino pré-graduado, desde o início da sua publicação (em 1983), tem contribuído para a ajuda dos profissionais na sua formação contínua, criando a noção do necessário equilíbrio e de utilidade terapêutica dos diferentes avanços farmacológicos.

As companhias farmacêuticas tentam mudar os hábitos de prescrição, e os centros de formação médica pré e pós-graduada, assim como outras instituições de cooperação, devem ajudar os clínicos gerais e outros médicos a manterem-se actualizados, e estimular a sua formação contínua ¹³⁹.

13. Formulário de prescrição e Normas de orientação

Os formulários de fármacos são considerados instrumentos importantes para melhorar opções terapêuticas. O desenvolvimento do formulário introduzido para uso a nível hospitalar nos Estados Unidos em 1965, pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO), foi constituído com uma lista de fármacos, tendo revisões contínuas, de acordo com os avanços farmacológicos, disponibilidade de mercado e a experiência clínica, tendo por objectivos a prescrição racional e o adequado controle de custos ²²⁵.

Em Inglaterra, com a ajuda de farmacologistas clínicos, foi constituído em 1985, um formulário, segundo os autores, com o objectivo de ajudar os clínicos gerais na utilização mais racional de fármacos, e na resolução de situações clínicas mais comuns do ambulatório ¹⁶¹.

Um formulário prático tem por finalidade ajudar a racionalizar a série de fármacos considerados essenciais para tratar as situações mais comuns, podendo também ajudar a controlar os custos de prescrição ^{85, 191, 195, 197, 225}.

Na Grã Bretanha os clínicos gerais, têm debatido localmente e colocado em prática formulários para utilização regional, em articulação com os cuidados hospitalares locais, assim como acontece na Irlanda do Norte ^{161, 241}.

A constituição de formulários locais com a colaboração de grupos de clínicos gerais, no Reino Unido e na Nova Zelândia, por exemplo, teve por objectivo benefícios educacionais e a procura de uma prescrição mais racional, segura e económica ^{161, 195}.

Em Espanha em 1993, dentro das estruturas governamentais de saúde, iniciou-se um programa de utilização racional de medicamentos, tendo sido constituídos indicadores qualitativos e quantitativos. A divulgação destes índices, em várias sessões e debates de formação na área de farmacologia clínica, com a participação de diferentes grupos de clínicos gerais, conduziu à criação de grupos de intervenção para escolha de fármacos por consenso, tendo por base o amplo debate e participação para a constituição de formulários. Em estudos

publicados ^{6, 120, 191} verificou-se que as atitudes e os comportamentos dos profissionais envolvidos no debate e discussão vai mudando, o que tem ajudado na implementação deste tipo de formulários em cuidados primários.

É inevitável que os custos de prescrição subam progressivamente devido à inflação e à introdução de novas formas de tratamento. O objectivo dos chamados formulários é a ajuda do médico na selecção e utilização de fármacos aceitáveis para as diferentes situações clínicas, encorajando o uso de fármacos com melhor relação custo / benefício, passando, por exemplo, pelo uso de genéricos. Para a constituição deste tipo de formulário, destinado à utilização em 85 a 90 % das situações clínicas no ambulatório, deve existir discussão e debate, com o aconselhamento por peritos, sendo isso tão importante, quanto o próprio formulário, segundo a opinião de colegas que já participaram nesta discussão noutros países ⁸⁵.

No Reino Unido existe desde 1990, para além do formulário, um sistema de análise de custos de prescrição (*Prescribing Analysis and Cost - PACT*) ¹⁶¹. Existe também um sistema semelhante na Escócia, podendo estes sistemas ajudar o próprio prescriptor na sua auto-avaliação e poderá ajudar a controlar os custos de prescrição ⁸⁴. Existe também uma rede de informação sobre fármacos, com opiniões especializadas, conselhos e questões ou problemas relacionados com medicamentos. Através do PACT são dadas informações regulares e detalhadas da prescrição individual dos clínicos gerais, sendo o seu objectivo promover uma auto-avaliação crítica e encorajar prescrição racional, com uma boa relação custo/eficácia ^{161, 226}.

Um formulário para uso em ambulatório está em fase de preparação em Portugal, adaptado a partir de um formulário europeu, que foi apresentado em Outubro de 1996 em Lisboa, a todas as Comissões de Farmácia e Terapêutica das diferentes Administrações Regionais de Saúde ²⁰⁴. Este formulário europeu, ainda em fase de discussão nos diferentes países da comunidade europeia, destina-se a aconselhamento de terapêutica para as situações mais comuns encontradas em ambulatório. Está em fase de elaboração nas comissões de

farmácia e terapêutica das diferentes regiões de saúde do país, com a participação de vários assessores, entre eles médicos de família e docentes de farmacologia e de outras áreas. Pretende-se elaborar um documento para discussão e análise em todo o país.

Protocolos de Actuação (*Guidelines*)

Textos orientadores, com protocolos de tratamento e de articulação de cuidados, podem ser importantes e têm sido utilizados em diferentes países, como a Holanda, destinando-se a aconselhamento de tratamentos ou formas de actuação em situações mais comuns do ambulatório⁵⁹. Estes textos, baseados em critérios científicos, destinam-se a aconselhamento de orientações de diagnóstico e terapêutico para diferentes situações clínicas^{123, 131, 246}.

Mas a divulgação através das novas tecnologias, de armazenamento de informação, como o CD-Rom e toda a comunicação electrónica, podem ajudar na divulgação e actualização dos textos de orientação e protocolos usados nos diferentes países, ajudando os médicos clínicos gerais a manterem-se actualizados²³³.

14. Normas das Autoridades de Saúde

As informações veiculadas pelas autoridades de saúde podem também influenciar a prescrição, devendo ser efectuadas em conjunto com as faculdades e outros organismos interessados na formação. Em Portugal, nos centros de saúde têm sido distribuídos aos médicos de clínica geral, desde há anos, textos da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, com orientações para diagnóstico e tratamento de situações comuns em Medicina Geral e Familiar⁴⁷⁻⁵⁵.

Existem pressões, em todos os sistemas de saúde, para o controle de custos, as expectativas dos doentes em relação aos serviços são cada vez mais pertinentes,

e há maior ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doença. Esta filosofia distingue-se dos modelos curativos clássicos.

Em Inglaterra têm sido feitas recomendações específicas pelas entidades governamentais para uma prescrição mais racional (uso de fármacos mais baratos, eficazes, seguros) e o formulário introduzido para uso em ambulatório, tem ajudado, segundo alguns autores, a diminuir os custos. A implementação e divulgação da utilização dos formulários, teve e continua a ter, influência das autoridades governamentais, interessadas na racionalização de custos^{17, 21, 142}.

Foram introduzidos no Reino Unido, por iniciativa das autoridades de saúde, vários programas em relação com a prescrição. É feita a distribuição gratuita pelos médicos do *British National Formulary* (anual), do *Prescribing's Journal* (quatro vezes por ano), e do *Drugs and Therapeutic Bulletin* (quinzenalmente)

161

O envio de informação de retorno da autoridade de controle da prescrição sob a forma de análise breve anual, a análise detalhada, a pedido do interessado, as visitas do médico responsável regional por essa área (para os maiores prescritores), e a análise de prescrição e custos (PACT)¹⁶¹ para permitir análise da própria prescrição, foram as formas escolhidas pelos responsáveis do governo no Reino Unido para conseguirem controlar os custos das prescrições.

Várias iniciativas têm sido desenvolvidas noutros países, como os Estados Unidos e Espanha, para controle de despesas, sobretudo no que respeita ao uso de medicamentos, tendo-se verificado que os clínicos são mais receptivos à mensagem de melhoria da qualidade de cuidados, do que à diminuição de custos^{17, 19, 30, 60, 132}. Segundo trabalhos publicados^{25, 159, 175}, a discussão directa interpares, influencia mais o comportamento de prescrição do que outras formas iniciativas.

Mas as intervenções das entidades governamentais em relação com a possibilidades de substituição de prescrição por genéricos, ou outras limitações à prescrição, têm gerado controvérsia, e a UEMO (Organização Europeia dos

Médicos de Clínica Geral) em 1994 chamou a atenção para a influência negativa que estas intervenções poderiam trazer para o cuidado dos doentes²³⁴.

15. Papel de outros profissionais de saúde

O fornecimento aos doentes da informação mais adequada acerca da prescrição efectuada, pelo médico, poderá também ser devidamente efectuada por outros profissionais de saúde como enfermeiros e também pelo farmacêutico, como acontece noutros países¹⁴. Estima-se que 30 a 50 % dos doentes não seguem o plano terapêutico prescrito por informação deficiente. Estes profissionais poderão ajudar a aumentar a adesão e a diminuir os riscos de efeitos indesejáveis pelo uso inapropriado dos fármacos. Representam muitas vezes para o doente o último elemento do sistema, antes deste iniciar a medicação no seu domicílio¹⁴. É importante analisar a toma inadequada de medicamentos, quer por infra quer por supra dosagem. O sector de enfermagem, como membro da equipa de saúde, assim como outros profissionais, equipas de voluntários ou outros, pode reforçar as instruções dadas pelo médico e ajudar a explicar e lembrar todo o plano terapêutico, melhorando assim a adesão^{68, 73}. A boa articulação entre os diferentes elementos da equipa de saúde em cuidados primários é vital, para a melhoria dos cuidados de saúde às populações, proporcionando mais qualidade e contribuindo para a rentabilização de custos^{14, 157}.

16. Comunicação social

Quase todos os dias a comunicação social anuncia o surgir de novas terapêuticas que podem ser ou não eficazes, ou referem insucessos em tratamentos, já vulgarmente utilizados, com repercussão sobre os utentes e sobre os próprios médicos. A publicidade tem indiscutível influência directa e indirecta sobre os utentes / doentes e sobre os médicos. A influência da comunicação social, sobretudo da televisão e de outros meios utilizados pelo *marketing*, são muito

importantes nos dias de hoje. A imagem da perfeição física e de saúde, a todo o custo, apresentada pelos meios de comunicação social como acessível a todos, tem difundido a ideia de onnipotência do conhecimento médico com remédios para tudo ⁷³.

A educação pública é importante. A maioria da informação da comunicação social vem influenciada pela indústria farmacêutica, dando a ideia da existência de fármacos eficazes para quase todos os sintomas ou doenças conhecidas. A televisão e outros órgãos da comunicação social podem ser usados adequadamente para informar o público acerca de questões de saúde, nomeadamente sobre o uso racional de medicamentos prescritos, ou de venda livre, tendo em consideração que muita informação que chega à opinião pública não é correcta ¹²⁶.

Crescendo a atenção para o impacto da comunicação social na população, o efeito das mensagens por eles veiculada, depende do contexto social no qual são recebidas. A ideia da participação das pessoas, como consumidores, em cuidados primários de saúde, e a discussão de assuntos como o fornecimento de medicamentos apropriados ao preço devido, no local e momento próprios, tem importância. A participação e responsabilização de todos os profissionais de saúde e dos utentes pode ajudar a diminuir os riscos relacionados com o uso de medicamentos. Justifica-se melhorar a informação disponível para uso adequado e correcto dos fármacos prescritos ou usados como auto - medicação ¹²⁶.

Objectivos do Estudo

“Estudar as doenças sem livros é como navegar no mar sem carta de navegação, enquanto estudar nos livros sem observar doentes é nem sequer ir ao mar”

William Osler (1849 - 1919)

O objectivo deste trabalho foi analisar, em estudo analítico transversal, os diferentes factores que influenciam o médico no momento da prescrição. Optou-se pelo estudo dos clínicos gerais da Zona Norte do País, de preferência aos doentes/utentes, por termos um acesso mais fácil. O Anuário da Ordem dos Médicos facilita a elaboração da *mailing list*, o que já tinha sido feito com boa aceitação ⁸³, porque o Anuário Médico apresenta uma listagem de endereços postais facilmente acessível. Com este tipo de estudo pretendeu -se estudar e analisar os diferentes factores que têm influência sobre o médico prescritor, e através da sua avaliação ajudar a compreender as dificuldades e incertezas que tem de superar na sua vida profissional diária através de estratégias mais ou menos adequadas, procurando adaptar melhor a formação pré e pós-graduada nesta área importante da actividade clínica.

Foram seleccionados os colegas de Clínica Geral da Zona Norte, sabendo-se que estão a exercer Clínica Geral na Zona Norte do País cerca de 1906 colegas (segundo dados referentes a Dezembro de 1995 da Administração Regional de Saúde do Norte), mas só 1168 estavam inscritos no colégio de Especialidade da Ordem em 1994 ²⁰¹. Dado que a existência do Anuário Médico facilitaria a constituição o contacto por *mailing* com os colegas, por ser de fácil consulta e acesso, mas sabendo-se que existem colegas com a especialidade de Medicina Geral e Familiar que não estão inscritos no respectivo colégio.

A melhoria dos cuidados que os médicos de família prestam às populações depende também de hábitos de uma prescrição adequada e racional. Os dados existentes relativos aos clínicos gerais do grupo que se pretendeu estudar são escassos ou nulos, limitando-se a estatísticas do consumo geral dos medicamentos, que englobam não só o grupo alvo, mas a prescrição de outros médicos do ambulatório.

Pretende fazer-se, numa fase posterior, a comparação com dados semelhantes de outros grupos de clínicos gerais do País e / ou do estrangeiro.

Têm sido publicados diversos estudos sobre hábitos de prescrição ^{111, 128, 184, 185, 209}, mas os métodos neles utilizados eram difíceis de ser efectuadas na população escolhida para o estudo, razão pela qual se procurou outra forma de analisarmos a de prescrição na nossa realidade portuguesa.

Em 1985, Pritchard, Low e Whalen ¹⁷², fizeram uma revisão sobre os factores que poderão influenciar a prescrição e tentaram resumir os diferentes factores no esquema da Figura 1 :

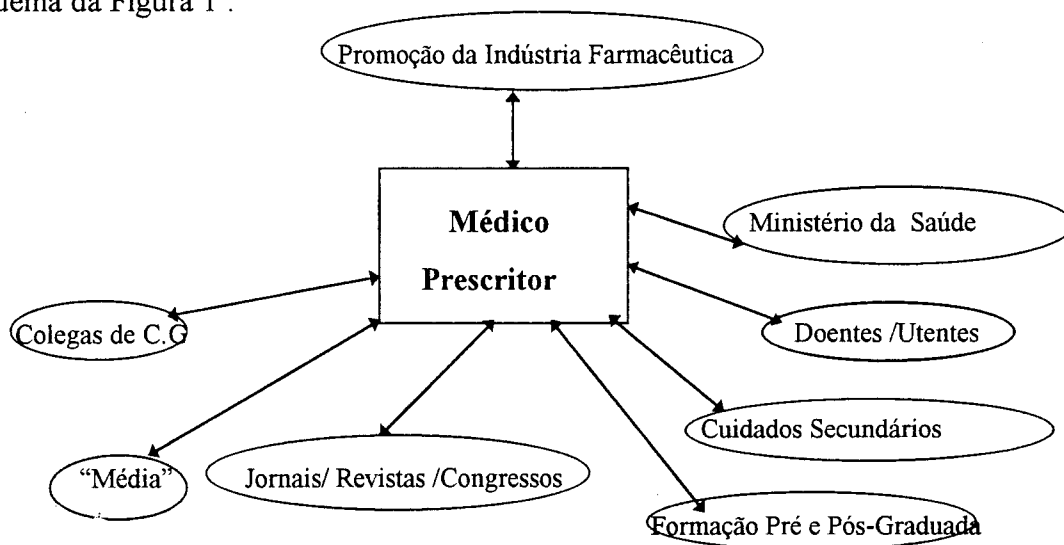


Figura 1: Esquema dos factores que influenciam a prescrição

Do esquema aqui representado, partiu-se para a realização do estudo procurando analisar cada um dos factores de influência e, se possível, verificar se algum(s) deles seria mais predominante. Os objectivos gerais do estudo foram a

identificação das diferentes influências no momento da prescrição, a sua eventual hierarquização, e a identificação da forma como a informação é recebida e integrada pelo clínico geral no contexto da sua actividade.

Hipóteses de Trabalho

Não tem sido fácil estudar as influências sobre a prescrição médica. Parece difícil estabelecer uma relação directa entre qualquer uma das possíveis influências e uma dada prescrição clínica pontual.

Decidimos estabelecer como hipótese de trabalho que as influências que levam à prescrição de um fármaco ou de um medicamento com actividade farmacológica demonstrada e eficácia comprovada são necessariamente diferentes daquelas que originam a prescrição de um fármaco ou medicamento com actividade farmacológica menos reconhecida ou sem eficácia clínica devidamente comprovada.

Esta hipótese permitiria agrupar os fármacos ou medicamentos de um grupo e de outro e, procurando as razões que levam à sua prescrição, identificar, se possível, as diferentes influências sobre a prescrição, e a forma como estas atingem os médicos, e também a forma como estes lhe são sensíveis.

Existem classificações já estabelecidas para a discriminação dos três tipos de fármacos, com actividade farmacológica demonstrada e eficácia clínica comprovada, com actividade farmacológica menos evidente, mas em que a sua eficácia clínica é discutível, e sem actividade farmacológica evidente ou demonstrada e com escassa eficácia clínica. A *European Pharmaceutical Market Research Association* elaborou uma classificação com a avaliação das diferentes apresentações farmacêuticas em função da sua indicação principal e classificou-as em medicamentos de valor intrínseco elevado, relativo e duvidoso ou nulo ¹¹¹. Em Espanha integrado no âmbito do programa Insalud foi elaborada uma classificação dos medicamentos em substâncias com utilidade terapêutica alta (UTA) e utilidade terapêutica baixa (UTB) ⁶.

Por isso, numa primeira fase do nosso trabalho resolvemos elaborar uma lista de medicamentos baseada na listagem de prescrição na Zona Norte de Portugal e compartilhados pelo Serviço Nacional de Saúde, informação fornecida pela Administração Regional de Saúde do Norte (Anexo I). Em colaboração com o Instituto de Farmacologia e Terapêutica (Director Prof. Dr. Serafim Guimarães) elaborou-se uma classificação, em fármacos com actividade farmacológica e eficácia clínica demonstradas, sem essas actividades, ou sendo irrelevantes e com alguma actividade farmacológica mas com eficácia clínica duvidosa.

A análise do comportamento na prescrição pode ser feita com base na prática diária (real) ou com simulação de casos clínicos. Este é usado largamente nas faculdades de medicina para propósitos educacionais, e tem provado ser relativamente acessível e fiável, e medir de forma válida o desempenho na prática clínica ^{2, 183, 184,185}. Optamos por utilizar, no primeiro estudo, um questionário sobre o comportamento de prescrição, apresentando os fármacos para escolha incluindo os três tipos da referida classificação e questionando o tipo de opção (sempre = primeira escolha, talvez ou nunca) para as três situações clínicas.

No segundo estudo, elaboramos uma lista com os três tipos de medicamentos, para questionar a frequência de prescrição estabelecendo uma divisão entre receita frequente, pouco (ou raramente) prescrito e nunca prescrito. Numa folha à parte, foi elaborada uma lista com os mesmos medicamentos para averiguar o que pensavam em relação a cada um deles sobre a sua actividade farmacológica (dividindo em muito activo, pouco ou sem actividade farmacológica).

Métodos

Tipo de Estudo

Inquérito Postal

Efectuaram-se dois estudos do tipo analítico transversal, de acordo com a classificação que tem vindo a ser mais utilizada a nível da investigação em Clínica Geral. Os estudos compreenderam a utilização de vários instrumentos de recolha de dados, elaborados ou adaptados por nós e aplicados tendo em conta, as orientações preconizadas pelos diferentes autores ^{4, 83, 91, 138}.

Realizou-se, no primeiro estudo, um inquérito postal para estudar as diferentes influências na prescrição e nas opções terapêuticas, que decorreu em três fases consecutivas: elaboração do questionário de auto-preenchimento, sua aplicação à população em estudo, e estudo dos não respondentes. O segundo estudo, entrevista pessoal para estudo das diferentes formas de actualização médica contínua e das opções de prescrição mais frequentes, constou da elaboração de um guião com dois tipos de questionário, um estruturado e outro semi-estruturado e sua posterior aplicação.

População em Estudo

Foi definida como população em estudo o conjunto dos médicos com a especialidade de Medicina Geral e Familiar inscritos no respectivo Colégio em 1994, que residiam no Continente, de acordo com as moradas constantes no Anuário Médico-região Norte (n= 1168) ²⁰¹.

Elaboração do Questionário

Foi elaborado um questionário estruturado de autopreenchimento (Anexo II) constituído por variáveis independentes: características demográficas e profissionais, diferentes meios de actualização médica contínua, como leitura de revistas médicas, livros, jornais e outros meios de comunicação social e frequência de congressos e recebimento de informação da indústria farmacêutica. As **características demográficas e profissionais** foram colocadas sob a forma de perguntas de resposta fechada .

As **diferentes formas de actualização médica contínua** compreendiam sete questões com três hipóteses de resposta : regular (pelo menos uma vez por mês), ocasional (menos de uma vez por mês), ou nunca, referentes a leitura de revistas médicas, livros, folhetos da indústria farmacêutica. Em relação às revistas médicas, eram colocadas vinte hipóteses de escolha, sendo pedido que fosse assinalado com uma cruz se a leitura era regular, ocasional ou nunca era efectuada para cada uma delas. Foram ainda colocadas três outras possibilidades não discriminadas, para serem referidas revistas não mencionadas nas hipóteses. No que respeita aos livros as hipóteses de escolha discriminadas foram sete, e cinco opções de resposta não discriminada.

Era também apresentada pergunta sobre a leitura de jornais não médicos, que no momento do envio do questionário incluíam regularmente artigos sobre saúde. Nesta questão eram colocados sete jornais discriminados e uma possibilidade de resposta como opção não assinalada.

Em relação aos meios de comunicação audiovisual foi pedido, para além da resposta em relação à frequência, que fosse discriminado qual ou quais os programas vistos com regularidade.

Em relação à informação da indústria farmacêutica, recebida através dos delegados, foi questionado o número médio de atendimentos por semana, o local e se tinha ou não horário especificado para atendimento.

Foi ainda perguntado o número de congressos ou reuniões clínicas que tinham frequentado no ano anterior ao do envio do questionário. Foram colocadas seis possibilidades de escolha, de zero a mais de sete.

Foram colocadas três situações clínicas para escolherem a opção terapêutica de primeira escolha (sempre), talvez ou a opção nunca, utilizada nos casos de:

1. amigdalite eritemato-pultácea em doente não alérgico à penicilina, tendo vinte e duas opções discriminadas de fármacos, e duas possibilidades de opção não discriminadas para assinalar, se o entendessem justificado,
2. hipertensão arterial essencial com vinte opções de fármacos e uma outra possibilidade a assinalar não discriminada,
3. stress profissional com vinte e cinco opções de fármacos e uma outra possibilidade a assinalar não discriminada.

Em relação a cada uma das situações clínicas foi pedido a justificação das suas opções em função de cinco itens discriminados e para serem classificados em escala de Lickert de 1 = Pouco importante, 2 = Razoavelmente importante, 3 = Mediamente Importante, 4 = Bastante Importante e 5 = Muito Importante.

Submetemos o questionário estruturado a aplicação no grupo dos clínicos gerais que desempenham funções docentes no Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, tendo sido reavaliado, após a aferição necessária.

Elaboração do Questionário para a Entrevista Estruturada e Semi-Estruturada

Elaborou-se um questionário estruturado (Anexo II), a ser aplicado por entrevista, sobre as principais áreas identificadas no questionário postal como tendo influência na prescrição dos clínicos gerais.

O referido guião da entrevista era constituído por oito páginas, apresentadas em oito folhas: duas eram constituídas por questionário de resposta de cruz

destinado, a saber se da primeira listagem apresentada, os fármacos eram prescritos frequentemente, pouco frequentemente ou nunca eram prescritos. Com uma listagem igual questionava-se se para cada um da lista, se considerava que era muito activo farmacologicamente, pouco activo ou sem actividade.

As restantes seis continham três grupos de variáveis :

As perguntas sobre as características demográficas e profissionais, os meios de formação médica contínua, as actividades no centro de saúde, eram de resposta fechada e aberta. A pergunta relativa à ocupação de tempos livres, era constituída por questões de resposta aberta.

Em relação ao conhecimento de informação das Autoridades de Saúde foram colocadas perguntas de resposta fechada e de opção.

Sobre os ensaios clínicos e conhecimento dos genéricos, eram colocadas perguntas de resposta fechada e aberta.

Para procurar quantificar, quanto possível as diferentes influências na prescrição foi pedida a classificação numa escala de Lickert (1 = Pouco importante, 2 = Razoavelmente importante, 3 = Mediamente Importante 4 = Bastante Importante e 5 = Muito Importante).

Inquérito Postal

Em Maio de 1995 foi enviado questionário, de resposta anónima e confidencial (Anexo II), a todos os médicos de Clínica Geral da Zona Norte de Portugal, inscritos no Colégio de especialidade de Medicina Geral e Familiar (n= 1168) ²⁰¹. Juntamente com o questionário seguia uma carta explicativa dos objectivos do estudo e a solicitação de colaboração (Anexo III), assim como um envelope de porte pago, destinado a remeter o questionário preenchido.

Foram enviadas em seguida uma carta, com espaço de quinze dias, lembrando a importância da colaboração de todos e a solicitar resposta (Anexos IV).

Procedeu-se em Outubro do mesmo ano ao estudo dos não respondentes. Seleccionaram -se (aleatoriamente) 100 médicos da lista inicial do Anuário da Ordem dos Médicos (cerca de 10% da amostra total) e a estes foi novamente enviado o referido questionário e carta explicativa da sua finalidade (Anexo V). Em anexo seguia envelope de porte pago para envio do questionário preenchido e um postal também de porte pago, endereçado ao Departamento de Clínica Geral, para através dele assinalarem se já haviam respondido anteriormente, ou se o iriam fazer no momento do recebimento, ou se não o pretendiam fazer. Posteriormente procedeu-se à análise estatística dos dados com o *software* S.P.S.S. (*Statistical Program for Social Sciences*) para o Windows 95.

Entrevista Pessoal

Procedeu-se em seguida à selecção de uma amostra aleatória de 10 % (n=116) dos inscritos no Colégio de Especialidade de Clínica Geral, para estudo por entrevista estruturada e semi-estruturada dos aspectos mais relevantes apurados no questionário enviado anteriormente, de forma semelhante à que foi efectuada para o estudo dos não respondentes.

A entrevista foi testada num grupo controle e depois de avaliação necessária foi iniciada a sua realização aos elementos da amostra .

Em Agosto de 1996 foi enviada uma carta explicativa das razões da entrevista solicitando colaboração aos seleccionados (Anexo VI) *.

Duas semanas depois, foi feito contacto telefónico para a marcação da entrevista, data, hora e local .

As entrevistas foram sempre feitas pelo mesmo entrevistador, com registo da entrevista por transcrição para o seu guião. As entrevistas foram efectuadas entre a segunda quinzena de Setembro e a segunda quinzena de Novembro de 1996. Cada en-

*Alguns dados preliminares foram apresentados em Estocolmo sob a forma de póster no Encontro Europeu da Wonca⁴⁵ .

trevista durava na sua totalidade, aproximadamente, 25 a 30 minutos (Anexo VII).

Análise Estatística

Foram registados os diferentes resultados obtidos e recodificadas as diferentes variáveis. Estas foram “classificadas” em categóricas, qualitativas (nominais) e qualitativas ordinais e cardinais. As variáveis contínuas como a idade, tempo de formação, data de licenciatura, foram agrupadas mais tarde e recodificadas. As variáveis categóricas como o sexo, variáveis demográficas, profissionais e formação, foram expressas, codificadas e analisadas e, sendo necessário, reagrupadas para análise com tabelas de contingência. Foi determinada a frequência absoluta, relativa e acumulada para cada uma e efectuado o respectivo histograma.

Para as variáveis numéricas foram determinados os parâmetros de tendência central (média, mediana), os parâmetros de dispersão (amplitude de variação, desvio padrão).

Depois de analisar cada variável fez-se a análise bivariada das associações entre pares de variações. Foi feita a análise multivariada através do agrupamento de duas ou mais variáveis. Foi feito o estudo das variáveis dependentes e da sua relação com as independentes.

Foram usados o *teste T de student* e avaliação do *qui quadrado de Pearson*, com o nível de *significância* de 0,05

Foi então estabelecido um *índice de prescrição* a partir das variações de respostas encontradas e a classificação de fármacos nas três categorias já descritas no capítulo das hipóteses de trabalho. Foi tentada a atribuição de vários valores para os três tipos de fármacos e tentado estabelecer um índice de prescrição de fármacos, por uma relação estabelecida entre o número total de fármacos prescritos pelo número total de fármacos activos, ou para os fármacos de eficácia clínica duvidosa e ou fármacos com escassa actividade clínica. Para os medicamentos activos foi atribuído um valor +3, para os fármacos de eficácia clínica duvidosa um valor +1 e para os fármacos de escassa eficácia clínica o valor -3. Foram atribuídos valores em relação com o modo

de prescrição, sendo ensaiados diversos valores para cada um dos modos: sempre (1ª escolha) ou talvez ou nunca utilizado. Foram ensaiados outros valores e estabelecidos variados índices com pontuação diferente, mas sem resultados significativos. Foi tentada a ponderação do *peso* dos fármacos na prescrição a partir dos índices, e ponderado paralelamente com o estudo das influências desses fármacos na prescrição. Foram criadas variáveis de recodificação da prática médica (*boaptotr*) e tentadas outras para ver se se individualizavam comportamentos de prescrição diferentes em cada um dos grupos e se existia relação com diferentes variáveis contínuas e categóricas. Como os resultados obtidos com esta análise não conduziu a resultados que permitissem individualizar grupos de diferente prática clínica, com influências diferentes, foi abandonado este índice.

Os procedimentos adoptados foram efectuados de forma semelhante nos resultados do questionário e nos resultados da entrevista.

Resultados

Questionário de auto-preenchimento

Responderam inicialmente 235 médicos. Recebemos 19 cartas devolvidas pelos CTT, com a indicação de alteração de morada dos destinatários. Como se vê na tabela 1 a **taxa de resposta inicial** foi de **22%**.

No estudo dos não respondentes (da amostra populacional de 100), 30 assinalaram que já haviam respondido anteriormente, 15 responderam no momento da recepção e aos restantes 55 foram efectuados dois contactos telefónicos. Constatamos então que 30 (30%) médicos tinham alteração de morada em relação à existente no Anuário da Ordem dos Médicos (1994/5) ²⁰¹, não fazendo parte das cartas devolvidas inicialmente pelos CTT. Não foi possível qualquer contacto com este grupo. Os restantes 25 não responderam, apesar das duas solicitações efectuadas.

Devido ao pequeno tamanho da amostra dos não respondentes, estes foram incluídos na amostra inicial, perfazendo o conjunto total de 250 respondentes.

Assim, como se vê na Tabela 2, temos uma **taxa de resposta ponderada de 31%**.

Dados Sócio-Demográficos

Os dados do tipo variável contínua (média e desvio padrão) declaradas pelos 250 respondentes no que respeita a idade e também da variável categórica sexo, estão descritos na tabela 3. Nesta tabela foi feita a comparação e a aferição necessárias com os dados da Ordem dos Médicos de 1994 ³¹. Existe relação estatisticamente significativa entre os dois tipos de dados (do questionário e os da Ordem dos Médicos), conforme se vê na referida tabela 3 (qui quadrado de Pearson com valores de $<0,01$ a $0,05$)

No que diz respeito às idades, a média é de 42,7 anos e o desvio padrão de 6,70.

Quanto ao sexo existe um ligeiro predomínio do sexo masculino, 50,5 %.

As características demográficas e profissionais do tipo variáveis categóricas (número e percentagem), nos 250 respondentes, estão descritas na tabela 4. Nos respondentes ao questionário de auto-preenchimento predominam os casados, e quanto à profissão dos cônjuges, subdividimos estas nas que correspondem a curso superior: 168 (65%) dos quais, 62 (25%) médico(a)s, e 54 (35 %) profissões sem grau de licenciatura.

Conforme se vê na Tabela 4, verifica-se pelo seu **Tempo de Licenciatura** que a maioria corresponde aos cursos concluídos entre o ano de 1976 e 1979, ou seja 169 (68%) (com licenciatura há mais de 15 e menos de 20 anos).

Quanto ao **Local de Licenciatura**, em 92 % foi a Faculdade de Medicina do Porto, como está representado na Tabela 4. e No que respeita aos outros locais de licenciatura, foi o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para 7 (3%), para 7 (3%) foi a Faculdade de Medicina de Coimbra, para 2 (1%) a Faculdade de Medicina de Lisboa, e para 2 (1%) foram outras instituições de ensino médico superior.

No que diz respeito ao **Tipo de Formação** verificamos que predominam os que fizeram formação específica (74%), como se vê representado na Tabela 4. O local de formação foi em 52% efectuado no Porto e em Braga para 19% dos respondentes. Os anos de formação mais frequentes foram os de 1989 para 16%, para 17% o ano de 1990 e para 15% o de 1991.

Quanto ao **Local de Residência** analisando os dados registados na Tabela 5, constatamos que o maior número residem no distrito do Porto (58%) e de Braga (20%), tendo sido feita a comparação na referida tabela, com dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística de 1995 ⁹⁶. 3 médicos respondentes residiam 1 na Guarda, 1 em Castelo Branco e 1 em Coimbra

Por concelhos, o de maior número é o do Porto (18%), seguido de Vila Nova de Gaia (12%), Braga (10%) e Matosinhos (6%).

No que diz respeito ao **Local de Trabalho**, 56% trabalham no distrito do Porto, 21% no distrito de Braga, como se vê pelos dados registados na Tabela 6, tendo sido feita a comparação com os dados fornecidos pelas diferentes Sub-Regiões de Saúde, no que respeita aos médicos de clínica geral com funções no Serviço Nacional de Saúde nesses distritos.

Fontes de Informação

Informação da Indústria

Analisando a tabela 7 sobre o atendimento de **Delegados de informação médica**, verificamos que 231 (92%) respondentes atendem só no Centro de Saúde, e 10 (4 %) atendem só no seu consultório privado.

Quanto ao **horário de atendimento**, 74% têm horário próprio no Centro de Saúde para atendimento desse tipo de informação.

Quanto ao **número de visitas de delegados** atendidos, 37% atendiam, em média, 8 a 10 por semana, e 29 % dos respondentes atendiam 10 ou mais. Um médico não respondeu, tendo assinalado que estava aposentado do Serviço Nacional de Saúde e atendia delegados raramente.

No que respeita a atendimento de delegados não há diferenças estatisticamente significativas entre os sexos dos respondentes

Quanto ao **Material de Informação da Indústria Farmacêutica**, como está referido na tabela 8, 68% assinalaram que liam ou consultavam ocasionalmente separatas ou outro material fornecido pela indústria farmacêutica e só 28% assinalaram que o faziam regularmente.

Foi feita a relação entre as leituras de separatas e a determinação dos valores de qui quadrado de Pearson com as variáveis: idade ($p= 0,130$), sexo ($p= 0,778$), número de delegados atendidos ($p= 0,762$), os hábitos de leitura de livros($p= 0,534$) e revistas ($p=$

0,851) e a frequência de congressos ($p= 0,541$), não sendo relações com significado estatístico.

Programas da Rádio ou Televisão sobre Saúde

Quanto aos que vêm ou ouvem este tipo de comunicação social, 18% responderam que o faziam regularmente e 67% ocasionalmente (Tabela 9).

Quanto ao pedido de ser feita referência aos programas vistos ou ouvidos (subentendendo-se que com regularidade), o programa mais referido (por 6%) era apresentado na RTP 2.

Participavam ou eram responsáveis por programas regulares em rádios locais sobre temas de Saúde (geralmente uma vez por semana), 4 (2%) dos respondentes, sendo 2 do distrito do Porto e 2 de Bragança.

Meios de Formação Médica

Leitura de Revistas e Livros Médicos

Os hábitos regulares de leitura das revistas médicas estão representados na Tabela 10, tendo sido assinalado o idioma em que a revista é publicada, se estão indexadas no Journal Citation Reports ²²² (publicação internacional que referencia as diferentes revistas publicadas a nível mundial e o seu índice de impacto), se necessitam de assinatura ou não para serem recebidas, e se são enviadas gratuitamente ou não.

Verifica-se que as dez revistas mais lidas pelos respondentes ao questionário de auto-preenchimento, são de envio gratuito, com excepção da Revista da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, que é enviada regularmente, mediante pagamento de quota de associado, e publicadas em língua portuguesa.

Nos referidos respondentes 191 (76%) liam três ou mais revistas médicas regularmente, sendo assinalado que 4 revistas eram lidas em média por mês.

A Tabela 11 tem a descrição da frequência de leitura de (pelo menos uma) revistas em língua inglesa, de revistas indexadas no *Journal Citation Reports* ²²², e de revistas (pelo menos uma) não enviadas gratuitamente. 68% dos respondentes liam só revistas que eram enviadas gratuitamente.

Não existiam diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de leitura de revistas e o sexo dos respondentes ao questionário de auto- preenchimento ($p = 0,168$).

No que respeita à leitura de revistas de envio não gratuito e aos sexos dos respondentes, existia um maior número no sexo feminino a ler essas revistas, em comparação com o sexo masculino, relação esta com significado estatístico ($p = 0,016$). Não existia diferença entre a leitura de revistas indexadas ou não e o sexo dos respondentes ($p = 0,389$) e também não existiam diferenças em relação ao facto de ter efectuado formação específica ou complementar ($p = 0,775$). No que diz respeito à relação da leitura de revistas enviadas gratuitamente e o atendimento de delegados de informação médica a relação não tinha significado estatístico ($p = 0,429$).

Não existia relação entre os hábitos de leitura e os locais de residência ($p = 0,963$) e de trabalho ($p = 0,712$).

Existe relação estatisticamente significativa entre a leitura de revistas e a profissão do cônjuge, pois os casados com médicos(as) ou professores liam mais em comparação com os casados com outros profissionais ($p = 0,028$).

Quanto aos hábitos de **leitura de Livros Médicos** estão descritos na Tabela 12, estando referida a regularidade ou não de leitura (ou consulta), no que diz respeito a diferentes livros assinalados no questionário e aos citados pelos colegas. O Harrison's Principles of Internal Medicine era o mais assinalado, como de leitura regular, por 63% dos médicos respondentes. O Current Medical Diagnosis and Treatment foi assinalado por 38%, e o Manual Merck foi feito foi citado por 10 % dos respondentes. O único livro editado em português (Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas) era lido com regularidade por 12 % dos respondentes .

Liam ou consultavam regularmente dois ou mais livros 132 (53%) dos respondentes ao questionário, e 56 (22%) não liam nem consultavam regularmente livros médicos.

Existe relação estatisticamente significativa entre os hábitos de leitura de livros e os de revistas, pois os médicos respondentes que liam dois ou mais livros regularmente, liam também três ou mais revistas regularmente ($p < 0,01$).

Não existia significado estatístico na relação entre a leitura de livros e as idades dos respondentes ($p = 0,183$), a leitura de livros e a existência ou não de formação complementar ou específica ($p = 0,825$), assim como a leitura de livros e o atendimento de delegados de informação médica ($p = 0,203$).

Congressos ou reuniões médicas

No que se refere à **participação em Congressos ou Reuniões Clínicas** em 1994, mais de 70 % dos respondentes ao questionário de auto-preenchimento, participou em mais de três congressos ao longo do referido período, como está representado na Tabela 13, e não frequentaram qualquer congresso ou reunião clínica 10 (4%).

Na relação entre a frequência de congressos e as variáveis idade, sexo, leitura de revistas e livros, e número de delegados recebidos existe relação estatisticamente significativa entre a frequência de congressos e o atendimento de delegados ($p < 0,01$), isto é, quem vai a mais congressos atende maior número de delegados. e no que diz respeito ao sexo dos respondentes, os médicos frequentaram mais congressos ou reuniões clínicas que as médicas. Quanto às restantes relações não têm significado estatístico.

Outros Meios de Informação

Na Tabela 14 estão representados os resultados das respostas sobre os **Hábitos de Leitura de Jornais** com regularidade ou não, que no momento do envio do questionário publicavam nas suas páginas de forma regular artigos sobre saúde.

Constatou-se que 46% liam, regularmente, o jornal diário Público, seguido do semanário Expresso. Foram citados (presumindo-se que a leitura era feita de forma

regular) o Diário de Notícias e jornais locais, como o Diário do Minho, por menos de 1 % dos respondentes.

Não existiam diferenças, com significado estatístico, nos hábitos de leitura de jornais entre os dois sexos ($p = 0,08$), nem relação estatisticamente significativa com outros tipos de leitura.

Prescrição de Fármacos e suas relações nos três casos clínicos

Para cada uma das situações clínicas colocadas no questionário postal procurou verificar-se se existia relação entre a variável contínua (idade) e as categóricas (sexo, local de trabalho, de residência, estado civil, profissão do cônjuge, local de licenciatura, se fez ou não formação, número de revistas lidas, se estavam indexadas ou não, se eram pagas ou não, se liam pelo menos uma revista publicada em língua inglesa ou não, número de congressos frequentados no ano anterior ao do envio do questionário, número de livros lidos, leitura de separatas da indústria e número de delegados recebidos em média por semana).

Agruparam-se as respostas talvez e nunca numa só, para cada um dos três casos clínicos, para criar uma divisão dicotómica das respostas em sempre (primeira escolha) e talvez ou nunca noutra. Para quase todos os fármacos isso foi possível, com excepção da cefoperazona, indometacina e derivados de enzimas, no caso clínico da amigdalite, para a furosemida, dihidroergocristina e dipiridamol, no caso clínico da hipertensão arterial, porque as respostas assinaladas pelos respondentes eram ou talvez ou nunca, e o sempre nunca foi assinalado. Em cada uma das situações clínicas fez-se a divisão em fármacos com actividade clínica e farmacológica demonstradas, duvidosas e sem essas actividades demonstradas, como já se referiu no capítulo dos métodos.

No que diz respeito à situação clínica de **Amigdalite** os fármacos foram subdivididos em fármacos activos e com escassa eficácia clínica, representando-se as relações entre as variáveis nas Tabelas 15 e 16. Na tabela 15 verificamos que as relações que existem com significado estatístico são dispersas, existindo maior número de vezes relação estatisticamente significativa entre os vários fármacos consideradas com eficácia clínica

e a profissão do cônjuge, nomeadamente nas situações em que o cônjuge é médico, pois os casados com médicos(as) ou outros com grau de licenciatura não prescrevem frequentemente esses fármacos, isto é, esta relação é negativa.

Verificou-se também em alguns casos relação estatisticamente significativa com os locais de trabalho ou de residência, ou de licenciatura, sendo para os que prescrevem como primeira escolha esses fármacos e a situação em que há maior número de respondentes.

Nas Tabelas 17 e 18 estão representadas as relações entre a prescrição dos fármacos com eficácia clínica e os fármacos com escassa eficácia clínica e as relações com leituras de livros e outros meios de formação. Verifica-se que as relações com significado estatístico são esporádicas, umas vezes com a leitura de livros, outras com a frequência de congressos, mas são de forma negativa, isto é, quem lê mais livros ou vai a mais congressos prescreve menos fármacos com escassa actividade clínica.

Na situação clínica de **Hipertensão Arterial** passa-se de forma semelhante ao caso da Amigdalite. Nas Tabelas 19, 20, 21 estão representadas as relações entre a prescrição de fármacos com eficácia clínica demonstradas, com essa eficácia menos reconhecida e com eficácia escassa e a variáveis categóricas (grupo etário, sexo, local de trabalho e residência, estado civil, profissão do cônjuge, local de licenciatura e se fez ou não formação específica ou complementar). As relações com significado estatístico encontradas são-no de forma esporádica com o sexo (as médicas prescrevem como primeira escolha esses medicamentos) ou com o ter efectuado ou não formação (não prescrevem como primeira escolha os fármacos com eficácia clínica ou sem ela ou com actividade farmacológica duvidosa) quem fez ou formação específica ou complementar.

Nas Tabelas 22, 23 e 24 encontram-se representadas as relações entre os fármacos subdivididos nas três categorias já mencionadas e as variáveis categóricas (meios de informação-leitura de revistas, se indexadas ou não, se publicadas em língua inglesa ou não, frequência de congressos, leitura de livros, leitura de separatas da indústria e número de delegados recebidos). Existe relação estatisticamente significativa entre a prescrição de captopril e o número de delegados, isto é, quem receita mais

frequentemente atende maior número de delegados, mas a relação com a leitura de livros é pela negativa, ou seja, quem prescreve mais, lê menos livros. As restantes relações estatisticamente significativas são também de forma negativa semelhante, isto é, quem lê mais separatas, revistas ou livros ou frequentou mais congressos, são os que não prescrevem como primeira escolha esses medicamentos. No caso da flunarizina os que não prescrevem frequentemente são os que maior número de delegados recebem ($p=0,029$)

Quanto à situação clínica de **Stress Profissional** a divisão dos fármacos foi feita em duas categorias, de eficácia clínica estabelecida ou com essa actividade escassa. Nas Tabelas 25 e 26 estão representadas as relações entre as variáveis categóricas (grupo etário, sexo locais de trabalho e de residência, estado civil, profissão do cônjuge, local de licenciatura e se fez ou não formação). Como se verifica as relações estatisticamente significativas são poucas, e se existem é no sentido da não prescrição desse(s) fármaco(s) com eficácia clínica ou com essa eficácia escassa.

Nas Tabelas 27 e 28 estão representadas as relações entre a prescrição dos dois tipos de fármacos e as variáveis categóricas (meios de informação - leitura de revistas, se indexadas ou não, se publicadas em língua inglesa ou não, frequência de congressos, leitura de livros, leitura de separatas da indústria e número de delegados recebidos). Existe relação estatisticamente significativa entre quem lê mais ou frequenta mais congressos ou lê mais separatas não prescreve fármacos com escassa actividade farmacológica.

Razões da Prescrição nas 3 Situações Clínicas Propostas

Foi pedida uma avaliação aos respondentes do questionário de auto-preenchimento, das suas razões de escolha de prescrição e a sua classificação numa Escala de Lickert (1 - Pouco Importante a 5 - Muito Importante) e feita a representação da média encontrada para cada uma das situações clínicas e registada de forma decrescente.

Na Tabela 29 está representada essa média de escala obtida para a situação clínica de **Amigdalite**, sendo a razão predominante os Bons Resultados Terapêuticos Anteriores,

seguida da existência de Menos Efeitos Laterais e Recidivas e em terceiro lugar a Boa Relação Custo / Benefício, seguido da Boa Adesão dos Doentes à Terapêutica.

No que se refere à **Hipertensão Arterial** a Referência Favorável dos Doentes e a Informação das Autoridades de Saúde e a de Outros Colegas foram consideradas como menos importantes (Tabela 30) .

No que se refere à situação de **Stress Profissional** (representado na Tabela 31), existe também preponderância para os Bons Resultados Terapêuticos Anteriores, sendo a Referência Favorável dos Outros Médicos e a Informação das Autoridades de Saúde consideradas muito pouco importantes.

Entrevista Pessoal

Colaboraram na entrevista 114 médicos com especialidade de Medicina Geral e Familiar, tendo dois recusado, quando do contacto telefónico inicial (**taxa de resposta 98%**).

Dos 114 colaboradores, 29 (28%) tinham morada diferente da que constava do Anuário Médico 1994 - região Norte, sendo no entanto possível contactar, através da colaboração de outros médicos que os conheciam e possibilitaram a informação do seu local de trabalho, no momento da realização das entrevistas.

Características demográficas e profissionais

As características de tipo variável contínua (idade) e categórica (sexo) dos 114 entrevistados com comparação com os valores do questionário de auto-preenchimento, e a avaliação dos valores de qui quadrado de Pearson estão representadas na Tabela 32. Não existem diferenças estatísticas entre os diferentes valores.

As variáveis categóricas (estado civil, profissão dos cônjuges, local de licenciatura, tempo de exercício de Medicina Familiar, regime de trabalho, se tinham ou não outra especialidade, o tipo de formação, as funções que desempenhavam no Centro de Saúde e na comunidade e a população que consultavam (de acordo com a classificação da

CIPS 2 definida ⁸⁾, estão descritos na Tabela 33. Cerca de 50% dos entrevistados trabalhavam em regime de dedicação exclusiva, 2% com 35 horas semanais e os restantes com 42 horas de trabalho semanal. Os restantes exerciam actividade privada e pública, e exerciam só actividade privada 2% dos entrevistados.

Quanto à população que atendiam habitualmente, 48% atendia população urbana e 35% população semi-urbana.

Quanto às funções que desempenhavam no Serviço Nacional de Saúde 2 % funções de direcção e 5% funções de coordenação, 2% tinham responsabilidades de orientação de formação e 2% tinham funções de vereação em câmaras municipais.

Quanto aos locais de residência e de trabalho que estão representados na Tabela 34, o distrito predominante é o do Porto, seguido do de Braga, de forma semelhante aos dados obtidos no questionário

Em comparação com os dados obtidos no questionário, não existem diferenças estatisticamente significativas.

Informação da Indústria Farmacêutica

Como se vê na Tabela 35 todos os médicos entrevistados atendiam delegados de informação médica, assim como acontecia nos respondentes ao questionário. Em média atendiam 10 a 12 por semana cerca de 47% dos entrevistados, e 35% atendiam um número igual ou superior a 13. Quanto ao tempo ocupado para os atender, 47% dispendiam 5 a 10 minutos e 18 % entre 15 a 30 minutos. No que se refere ao momento em que atendem os delegados, 58% faziam-no no fim do seu horário expresso e 5% tinham horário variável.

Quanto ao local de visita dos delegados, 96% referiram atenderem no Centro de Saúde e 9% preferiam atender no consultório privado. Destes, dois não trabalhavam para o Serviço Nacional de Saúde.

Quanto ao material de informação fornecido pela indústria farmacêutica, 68% referiam que guardavam algum material, sobretudo livros e 18% raramente o faziam. Quando se questionou se esse material que guardavam era consultado, 90% respondiam

afirmativamente e 10 % disseram que o faziam raramente. Existia relação estatisticamente significativa entre o atendimento de delegados e a idade dos entrevistados ($p=0,021$), atendendo mais os que tinham idades compreendidas entre os 41 e os 45 anos, e o local de trabalho, atendendo mais os que trabalhavam no Porto ($p=0,019$).

Quanto à relação do atendimento de delegados com o regime de trabalho, os que trabalhavam em regime de dedicação exclusiva atendiam maior número de delegados de informação médica em comparação com os outros regimes de trabalho ($p=0,0186$).

Na Tabela 36 foi feita a comparação do atendimento de delegados em média por semana nos respondentes ao questionário de auto-preenchimento e os entrevistados com o cálculo dos valores de qui quadrado de Pearson, com relação estatisticamente significativa ($p<0,01$).

Actividades de formação no Centro de Saúde

Dos 112 entrevistados, excluindo os 2 médicos que trabalhavam fora dos centros de saúde, 92% tinham **Reuniões de Serviço**, como se vê na Tabela 37. Quando questionados sobre a sua utilidade, 92% consideraram úteis, e 91 % justificavam a sua utilidade pelo debate de ideias, revisão de temas e actualização, e 1% com a criação de espírito de equipa.

A periodicidade das reuniões nos locais de trabalho dos entrevistados era para 45% mensal, quinzenal para 29%, e esporádicas para 17% (Tabela 37)

Quanto ao tipo de reunião em 89% era mais ou menos alternadamente de organização de serviço e científica, em 7% só de tipo organizativo e em 2% só abordando temas de carácter científico (Tabela 37).

Na apresentação de temas verifica-se que em 61% dos médicos entrevistados no seu Centro de Saúde, a distribuição dos temas apresentados era feita em proporção semelhante por médicos do serviço e fora dele, e em 24% por médicos do serviço (Tabela 37).

Quanto à apresentação de temas efectuadas pelos entrevistados em reuniões de serviço

(Tabela 37), 82% tinham já efectuado, mas 66% dos entrevistados não tinham feito qualquer apresentação no ano anterior (1995).

Existe relação estatisticamente significativa entre o considerarem as reuniões de serviço úteis e o atendimento de maior número de delegados ($p = 0,012$), não existindo mais nenhuma relação com significado estatístico entre este meio de formação e qualquer outro, como leituras, ou outros.

Dos centros de saúde dos 112 entrevistados (que trabalhavam no Serviço Nacional de Saúde), 84% tinham **Biblioteca**, sendo considerada não útil para 84% dos entrevistados, por falta de espaço ou organização, como se vê descrito na Tabela 38. Quanto ao hábito de consulta regular dos livros da biblioteca do serviço 69% não o tinham, por dificuldade de acesso ou organização do espaço a ela destinado.

Quem consultava mais livros ou revistas na Biblioteca era também quem lia mais revistas por mês, sendo esta relação estatisticamente significativa ($p = 0,027$). Existe relação entre o considerarem-se as reuniões úteis e o atendimento de maior número de delegados de informação médica por semana ($p = 0,012$).

Trabalhos de Ficheiro de Utentes

Dos 112 entrevistados a trabalharem no Serviço Nacional de Saúde, todos referiram que fizeram os trabalhos de avaliação constantes do Plano de Actividades definido para os centros de saúde, ou seja, Vigilância de Diabéticos, Hipertensos, Rastreio Oncológico, e Vigilância Materno-Infantil e Planeamento Familiar. Cerca de 80 entrevistados não efectuaram mais nenhum trabalho de avaliação do seu ficheiro de utentes, como se vê representado na Tabela 39.

Quanto aos registos clínicos (Tabela 40), 82% utilizavam o método de Weed (SOAP) e 11% disseram utilizar uma forma "adaptada" constituída pela avaliação do problema(s) e o plano de actuação para cada consulta. Não efectuavam qualquer outro registo, além das fichas do Serviço Nacional de Saúde 107 (94%) dos entrevistados e 6 faziam outro registo, fazendo 4% um registo computerizado, com um software próprio.

Outros Meios de Formação Médica

Participação em Congressos

13% dos entrevistados referiram ter participado em 3 ou mais congressos no País, (Tabela 41), e 12% dos entrevistados em nenhum, sendo um número mais baixo que no questionário de auto-preenchimento. Cerca de 12% participaram em um congresso no estrangeiro.

No que respeita a apoios a congressos, 27% dizem que não tiveram qualquer tipo de apoio, tendo os restantes referido que o apoio que tiveram para a frequência de alguns foi através da indústria farmacêutica ou do Ministério da Saúde (3%) para cursos específicos.

Não há relação estatisticamente significativa entre o apoio a congressos e o número de delegados atendidos ($p = 0,893$), mesmo para os que foram a congressos fora do País a relação não é significativa ($p = 0,272$), mas com algum predomínio, isto é quem recebe maior número de delegados recebe maior apoio para frequência de congressos.

Quanto à relação entre a frequência de congressos no País e o número de revistas que liam, existe significado estatístico ($p = 0,020$), pois quem ia a mais congressos lia mais revistas. Quanto à relação entre a ida a congressos fora do País e a leitura de revistas, tem alguma dominância ($p=0,084$), mas sem significado estatístico, pois quem lia mais de três a quatro revistas participava em mais congressos, no País ou no estrangeiro.

Os Hábitos de Leitura de Revistas Médicas dos entrevistados estão descritos na Tabela 42, tendo sido definidas as que são de envio gratuito, e o seu idioma de publicação, de forma semelhante ao efectuado para o questionário de auto-preenchimento. Verifica-se não existirem diferenças substanciais para os respondentes ao questionário de auto-preenchimento (Tabela 10). As cinco revistas lidas mais frequentemente são publicadas em língua portuguesa e dessas três são enviadas gratuitamente.

Como se vê na Tabela 43 todos afirmaram que liam revistas regularmente, 53%

disseram que liam em média 3 revistas por mês, 23% disseram que liam 4 revistas por mês, e 4% mais de cinco.

Quanto à utilidade das revistas que liam, 72% consideraram a Update a mais útil, seguida da Postgraduated Medicine para 11%.

Não existe relação estatisticamente significativa entre a leitura de revistas e o ano de licenciatura ($p=0,872$), entre ter ou não formação específica ($p=0,141$), entre ter ou não formação complementar ($p=0,193$). O mesmo se verifica na relação entre os hábitos de leitura de revistas e a leitura de literatura não médica ($p=0,331$).

A avaliação das relações (em valores de qui quadrado de Pearson), entre a leitura de revistas e as variáveis categóricas: grupo etário ($p=0,987$), sexo ($p=0,410$), local de residência ($p=0,063$). Verificaram-se relações com significado estatístico entre a profissão do cônjuge ($p<0,01$), se era médico ou professor, liam mais frequentemente revistas, que os casados com outros profissionais. No que respeita ao local de trabalho, liam mais os que trabalhavam no Porto ($p=0,009$).

Outros Tipos de Leitura

Quanto à **Leitura de Jornais** ao analisarmos a Tabela 44, em comparação com a Tabela 14, referente aos respondentes ao questionário de auto-preenchimento, não existem diferenças substanciais nos hábitos de leitura encontrados nos dois estudos. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os hábitos de leitura de jornais nos dois sexos, tal como aconteceu no questionário de auto-preenchimento.

Literatura não Médica

Referiram as suas preferências por pelo menos um autor da literatura não médica 44 (39%) dos entrevistados, e 62 (54%) citaram pelo menos um título de livro que tivessem lido até ao fim no ano de 1995, como se vê representado na Tabela 45.

Não existe relação estatisticamente significativa entre os hábitos de leitura de literatura não médica e a frequência de congressos ou leitura de revistas médicas ($p>0,80$).

Existe uma distribuição com significado estatístico ($p=0,010$) entre os sexos na leitura de literatura não médica; os homens não se lembravam de títulos de livros e liam menos este tipo de literatura, em comparação com as mulheres.

Não há relação, com significado estatístico, com a idade dos entrevistados ($p=0,321$), nem com o número de delegados recebidos em média por semana, ($p=0,111$), nem com o terem efectuado formação complementar ($p=0,615$) ou específica ($p=0,103$).

Não existe praticamente nenhuma relação entre a leitura de revistas ou jornais não médicos e as revistas médicas, quando se estudou os hábitos de leitura de assuntos não médicos. Quando existe é no sentido negativo, ou seja, quem não lê esse tipo de revistas ou jornais, lê mais frequentemente revistas médicas.

Lugar da leitura nos tempos livres

A razão desta pergunta na entrevista foi equacionar, se possível, os hábitos de leitura nas actividades fora dos períodos de serviço. Como se vê na Tabela 46, nos fins de semana, 38% aproveitavam para ler, em períodos livres. Mas, quando se fazia directamente a pergunta, 82% diziam que a faziam no fim de semana, e só 18% admitiam que não a faziam.

Quanto ao período de férias só 20% diziam aproveitar os tempos livres para fazerem algum tipo de leitura.

Como se vê descrito na Tabela 47, 91% dos entrevistados, referiam que o seu **local de estudo** habitual era a sua casa, consideravam-no adequado à noite 60% dos entrevistados, sendo referidos o consultório em segundo lugar como local de estudo.

Conhecimento de Circulares Normativas do Ministério da Saúde

Estas circulares com protocolos de tratamento para a Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Epilepsia, Planeamento Familiar e Vigilância Materno-Infantil, foram publicadas pela Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários ⁴⁷⁻⁵⁵. 3 dos entrevistados desconhecem-nas (2 dos quais não trabalham no Serviço Nacional de

Saúde), 26% conhecem 2 circulares, 69% têm conhecimento de 3 circulares, e 2% de 4 circulares, desempenhando, estes 2% de entrevistados, cargos de gestão nos centros de saúde.

Existe relação estatisticamente significativa entre o conhecimento destas circulares e a idades dos entrevistados, os que tinham idades entre os 39 e os 45 anos conheciam mais circulares ($p = 0,016$), os que tinham biblioteca no centro de saúde conheciam mais estas circulares ($p < 0,01$), os que consultavam mais regularmente as bibliotecas dos centros de saúde, também conheciam mais ($p < 0,01$), e existe também relação entre o conhecimento das circulares normativas e o atendimento de maior número de delegados de informação médica ($p < 0,01$).

Conhecimento dos Genéricos

Dos entrevistados 108 (95%) tinham conhecimento dos genéricos e 5% disseram ter um conhecimento escasso. Quanto aos genéricos serem solução para contenção de custos, 64% disseram só concordarem se for garantido o controle de qualidade, e 11% concordaram sem qualquer objecção, como se pode ver na Tabela 49. Só 13 dos entrevistados disseram adoptar o uso dos genéricos, sem qualquer reserva, exercendo todos estes lugares de gestão nos centros de saúde, enquanto 73 (70%) disseram que deveria existir maior garantia de controle de qualidade desses genéricos, para uma utilização mais frequente.

Existe uma relação estatisticamente significativa entre a opinião de que para se usar genéricos é necessário saber-se que existe controle de qualidade e o recebimento de delegados de informação médica, ou seja quem pensava dessa forma atendia maior número de delegados ($p = 0,006$).

Ao fazerem a citação dos diferentes genéricos existentes no mercado, a grande maioria dos citados são os pertencentes a uma companhia farmacêutica que só comercializa genéricos, tendo poucos entrevistados citado genéricos não pertencentes a essa companhia (<3%).

Realização de "ensaios clínicos"

Dos entrevistados, 46% já colaboraram na a realização de "ensaios clínicos", 46% diziam que não o fizeram (Tabela 50). Questionados sobre o que pensavam sobre a sua validade, 66% afirmaram tratar-se de uma técnica de marketing, e 27% pensavam que poderão ter alguma validade científica.

Existe relação estatisticamente significativa entre quem realiza estes “ ensaios clínicos” e o número de delegados que recebe, pois quem recebe mais delegados de informação médica é quem realiza este tipo de “ensaios” ($p < 0,05$).

Uso de Amostras de Medicamentos

Dos entrevistados, 72 (70%) disseram que recorriam a amostras de medicamentos para uso pessoal, 56 (54%) para uso em doentes e para uso em amigos 50 (49%). Existe relação estatisticamente significativa entre o uso de amostras em doentes e o atendimento de delegados de informação médica, pois usa mais essas amostras quem recebe mais delegados ($p= 0,016$). No caso de uso de amostras para uso pessoal e o número de delegados recebidos não existe associação significativa ($p= 0,261$) e também não existe no caso de uso de amostras para amigos ($p= 0,345$)

Influências na Prescrição

Foi pedido para caracterizarem as influências sentidas no momento da sua prescrição, classificando-as numa escala de Lickert (1= pouco importante a 5 = Muito importante). As influências na prescrição foram caracterizadas (como se vê na Tabela 51), com a apresentação das médias por ordem decrescente: a experiência pessoal foi considerada como a mais importante, seguindo-se os hábitos de leitura de revistas e/ou livros, sendo a indústria farmacêutica referida como a menos importante.

Questionados directamente sobre se sentiam alguma influência directa no momento da prescrição, 15% referiram que sentiam alguma influência na sua prescrição e 85% não.

Relação entre a frequência de prescrição e a actividade farmacológica

Foi efectuada avaliação da relação entre as duas listas de fármacos, uma destinada a saber quais dos fármacos dessa lista que eram prescritos frequentemente, pouco ou nunca, e a mesma lista de fármacos em que se inquiria se eram considerados muito activos farmacologicamente, pouco activos ou considerados sem actividade farmacológica demonstrada, sendo encontrada relação estatisticamente significativa para a grande maioria, com valores de $p < 0,01$; isto é, se receitavam frequentemente, pensavam que eram bastante activos, se receitavam pouco, era porque consideravam pouco activos, e se não receitavam era porque não os consideravam activos. As excepções a essa situação são os casos da prescrição do *Lorazepam* ($p = 0,208$), referido pelos entrevistados que receitavam muito, porque os doentes lhes pediam frequentemente, e o consideravam bastante activo; a *hidroxizina* que consideravam activo mas receitavam pouco ($p = 0,341$), assim como acontecia com o *clorazepato* ($p = 0,543$) e o *paracetamol* ($p = 0,782$).

Na Tabela 52 estão representadas as relações em valores de qui quadrado de Pearson entre os fármacos com comprovada eficácia clínica da referida lista e a variável contínuas (idade) e as categóricas (sexo, leitura de revistas, livros, recebimento de delegados, frequência de congressos). Existe relação, com significado estatístico, entre a *fluoxetina* e o recebimento de delegados, quem recebe mais prescreve mais frequentemente ($p < 0,01$) e o *ácido acetilssalicílico* ($p = 0,003$)

Existe relação entre a prescrição de fluoxetina e o ter efectuado formação complementar ($p = 0,003$) e com o ter efectuado formação específica ($p = 0,010$), verificando-se que quem fez um ou outro tipo de formação prescreve mais fluoxetina. Existe também relação com significado estatístico entre a prescrição de *alprazolam* e o sexo dos entrevistados ($p = 0,023$), assim como com a prescrição de *clorazepato* ($p = 0,039$), sendo as médicas que prescreviam mais os dois medicamentos, em comparação com os médicos.

As relações (em valores de qui quadrado de Pearson) entre os fármacos com eficácia

clínica duvidosa da referida lista e a variável contínua (idade) e as categóricas (sexo, leitura de revistas, livros, atendimento de delegados de informação médica, frequência de congressos e formação) estão representadas na Tabela 53, verificando-se que as de significado estatístico são escassas, verificando-se só relação com significado estatístico entre a prescrição de *flunarizina* e os que não fizeram formação complementar, isto é, os que fizeram este tipo de formação não prescrevem este fármaco ($p=0,035$).

No que diz respeito aos fármacos sem eficácia clínica demonstrada e às suas relações com as variáveis idade, sexo, leitura de revistas, frequência de congressos, atendimento de informação médica e formação, estão representadas na Tabela 54. Verifica-se que só existe relação com significado estatístico entre a prescrição de aspartato de arginina e a frequência de congressos ($p=0,009$), quem prescreve este fármaco frequenta menor número de congressos.

DISCUSSÃO

Métodos

O objectivo da nossa investigação era o estudo dos diferentes factores que influenciam a prescrição em Medicina Geral e Familiar.

A metodologia utilizada de tipo quantitativa, é importante, mas adapta-se melhor aos problemas exclusivamente biológicos, e este é um estudo do tipo de análise de comportamento, não sendo possível aplicar a metodologia dos ensaios duplamente cegos. Neste tipo de método quantitativo o raciocínio é de tipo indutivo, em que se pretende provar uma hipótese inicialmente preestabelecida com validação estatística. Mas para um estudo em que se pretendeu analisar as influências no acto de prescrição a metodologia qualitativa, que utiliza um raciocínio holístico poderia conduzir, em nossa opinião a resultados mais conclusivos que na metodologia quantitativa ^{5, 39, 81, 92, 101, 125}.

Tipo de Estudo

O questionário feito como *primeiro estudo*, por via postal, de natureza predominantemente quantitativa, pretendia identificar os diferentes meios de formação médica contínua e em que medida influenciavam a prescrição, como foi referido nos objectivos.

A entrevista pessoal pretendia esclarecer melhor os diferentes meios de informação nas actividades no centro de saúde e fora dele, e em que medida tinham influência na prescrição.

Sabemos que a taxa de resposta a um inquérito postal é, em geral, inferior, à obtida numa entrevista pessoal ². Tornou-se necessário o estudo dos não respondentes, pois a taxa de resposta obtida não permitia considerar a amostra como representativa da totalidade da população, não se esperando que o mesmo sucedesse na entrevista pessoal.

Este estudo dos não respondentes ao inquérito postal poderia permitir a generalização dos resultados da amostra para a totalidade da população em estudo, como foi efectuado noutros estudos ⁸³.

A entrevista apresenta mais vantagens pela possibilidade de obtenção de respostas com melhor qualidade e mais completas, como tem sido referido por outros autores ^{2,4}.

A realização de entrevista pessoal no seguimento do inquérito postal dentro do mesmo tema, pode permitir inferir, em determinadas circunstâncias, com alguma prudência e razoabilidade, a qualidade, importância e perfeição, com que as questões do inquérito postal foram respondidas, para além de permitir recolher respostas mais completas, apropriadas e lógicas ¹⁷⁸.

O primeiro estudo do tipo inquérito postal foi realizado, através da aplicação de um questionário auto- preenchido. Este era fornecido aos participantes, para que eles próprios respondessem. Como existiu boa aceitação deste tipo de trabalho de investigação em estudos anteriores ⁸³, resolvemos adoptar este modelo.

Escolhemos este método de aplicação do questionário com auto- preenchimento postal, porque parece ser particularmente útil para recolher informação relativamente fiável de

uma grande amostra, de modo rápido e económico ^{2, 4, 91, 93, 138}.

No nosso estudo foi garantida a confidencialidade, em relação aos participantes, em relação aos resultados obtidos no questionário de auto-preenchimento e na entrevista pessoal. O anonimato foi também garantido para os respondentes e em relação às respostas obtidas no questionário de auto-preenchimento.

Os estudos consultados referiam também ter dado garantias da confidencialidade e anonimato nas respostas aos questionários de auto-preenchimento e às entrevistas pessoais ^{170,194,195}. A nossa opção pelo anonimato absoluto condicionou limitações, a nível da aplicação do questionário de auto-preenchimento, porque as duas cartas destinadas a lembrar a resposta ao questionário, enviadas com a finalidade de aumentar a taxa de resposta ao questionário, foram endereçadas através dos correios, a todos os clínicos gerais da população em estudo. Isto foi efectuado, uma vez que não conhecíamos os não respondentes, o que consequentemente onerou mais o estudo. Estes dois recordatórios da resposta ao questionário não foram feitas por via telefónica, de forma diferente de outros estudos publicados ^{24, 117, 224}, porque o contacto telefónico, se bem que pudesse aumentar a taxa de resposta, tinha custos económicos e de tempo muito significativos.

No estudo dos não respondentes a inclusão de um envelope RSF para os respondentes fazerem o envio anónimo das suas respostas e um postal RSF, em separado, para declararem se pretendiam ou não responder ou se já o haviam feito, tinha também sido utilizado por outros autores ⁸³.

População em estudo

Ao seleccionarmos a amostra da população, decidimos optar pela realização do estudo de todos os clínicos gerais, verificando-se que a literatura tem trabalhos tanto com amostras de selecção aleatória como com a totalidade de uma dada zona escolhida ^{23, 41, 75, 124, 125, 130, 148, 166, 203}.

A escolha da população, pareceu-nos adequada porque:

1. A dispersão geográfica da população permitia a realização do inquérito postal à

totalidade dos seus elementos. Para a entrevista pessoal, a constituição de uma amostra representativa tinha custos económicos, de tempo e pessoal aceitáveis.

2. A população era relativamente homogénea e é aceite pelas principais instituições envolvidas na Medicina Geral e Familiar portuguesa: o Ministério da Saúde, os Institutos de Clínica Geral, a Ordem dos Médicos e outros organismos representativos da classe.

A população era constituída pelos clínicos gerais que tinham realizado até 1994 a formação específica em clínica geral, através do internato complementar ou através da formação específica em exercício, e eram considerados como especialistas de Medicina Geral e Familiar pelo respectivo colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos. Não foram incluídos os clínicos gerais, que trabalhando nos centros de saúde, não pertenciam à carreira de clínica geral do Serviço Nacional de Saúde, assim como aqueles que, embora pertencendo à carreira ainda não tinham feito a formação específica, ou já a tendo realizado ainda não tinham solicitado ao colégio de especialidade da Ordem dos Médicos o seu título de especialista.

3. Esta selecção permitia estudar os clínicos gerais com alguma uniformidade de formação, eliminando à partida as diferenças mais marcadas de formação de base, independentemente da situação em que se encontravam (se com vínculo contratual à função pública, se misto, estatal e privado ou só privado) .

4. A listagem dos nomes e endereços era facilmente acessível a qualquer médico¹⁷¹. Permitiu assim a constituição de uma listagem postal dos clínicos gerais, sem ter de recorrer a outras instituições, o que condicionaria atrasos e, por outro lado, contribuiu para realçar a independência e isenção para a realização de trabalhos de investigação.

Elaboração do questionário

Para o estudo de atitudes, valores ou crenças das pessoas, podemos utilizar vários formatos de questionários^{81, 101}:

Questionário estruturado - forma em que se faz a pré - categorização das respostas, isto é, as respostas são de forma e conteúdo semelhantes.

Questionário semi-estruturado - em que todos os respondentes têm as mesmas questões, mas de resposta aberta, com a possibilidade de resposta diferente na forma e conteúdo.

Questionário não estruturado - as perguntas não apresentam qualquer ordem, e o investigador não procura a informação com a mesma exactidão dos outros tipos de questionário.

Pareceu-nos adequado utilizar um questionário estruturado no inquérito postal, porque era destinado a colheita de informação numa população numerosa e relativamente homogénea, e também porque já existia literatura sobre o assunto ^{23, 41, 42, 83, 124, 148, 224}.

Foram adaptados questionários, no que diz respeito aos aspectos de formação médica e a escolhas de fármacos para prescrição usando o método de questionar a opção a partir da descrição de um quadro clínico simulado, método já utilizado quer no ensino pré-graduado quer para formação pós - graduada ^{183 -185}.

Taxa de resposta

A taxa de resposta a um inquérito postal é geralmente inferior à obtida numa entrevista pessoal, por existirem menos incentivos à resposta ^{83, 91}.

A investigação que tem vindo a ser realizada e de acordo com a maioria dos autores ¹⁷⁸⁻¹⁸², sugere que os factores mais importantes, que podem influenciar a taxa de resposta a um inquérito postal são:

1. Relevância da área de investigação, isto é, se existe uma associação directa e se o respondente se identifica com o conteúdo do questionário, a probabilidade de resposta é maior.
2. Se existe uma ligação directa ao perfil da entidade promotora e executora da investigação, quanto maior prestígio e independência tiver, maior a probabilidade de ter melhor taxa de resposta.
3. Tipo de população a estudar
4. Pagamentos, ou outros tipos de incentivos
5. Carta de introdução ao envio do questionário a informar o respondente da entidade

ou pessoa que realiza o estudo, da selecção das pessoas para a participação, e da razão do inquérito, informação sobre o preenchimento e devolução e a garantia de confidencialidade e / ou anonimato.

6. A forma e o número de realização das chamadas ao preenchimento do inquérito. É, geralmente, enviada uma primeira carta com a finalidade de lembrar o preenchimento do questionário àqueles que o tencionam completar, mas ainda não o fizeram por esquecimento ou falta de tempo. É efectuada depois uma segunda chamada, para tentar persuadir a responder, não só os anteriormente referidos, mas especialmente os mais renitentes a responderem. A generalidade dos autores está de acordo em não realizar mais de duas chamadas a solicitar o preenchimento por não existirem vantagens, do ponto de vista de aumento do número de respostas^{24, 42, 81, 83}.

7. O tamanho do questionário deve ser tão curto, quanto possível, para não ser demorado o seu preenchimento e melhorar a taxa de resposta.

8. Existe uma associação directa entre a facilidade de preenchimento (quanto mais claras as perguntas e quanto mais fácil e rápido o seu preenchimento) e a possibilidade de melhorar a taxa de resposta.

9. Existência de envelope previamente selado para envio posterior do questionário preenchido.

Quanto aos três primeiros aspectos na influência da taxa de resposta, nada podíamos fazer para a melhorar. Quanto ao aspecto de pagamento é sempre discutível por poder modificar o comportamento nas respostas. Daí termos pensado enviar aos respondentes e não respondentes, como incentivo, os resultados e as informações obtidas. Já demos conhecimento de alguns resultados preliminares aos seleccionados para a entrevista (Anexo IX), tal como faremos para todos os outros proximamente.

Quanto aos outros aspectos procuramos fazer tudo para melhorar e aumentar a taxa de resposta.

Todos sabemos que os clínicos gerais têm o seu dia a dia repleto de solicitações várias, e por isso, apesar das explicações dadas na carta introdutória, vários médicos referiram que se esqueceram de efectuarem o envio do questionário devido a múltiplos afazeres.

Consequentemente a taxa de resposta foi inferior à esperada. Na verdade a literatura revela-nos que existem aspectos menos favorecedores, em relação à taxa de resposta dos clínicos gerais a questionários deste género, porque não gostam de responder sobre aspectos pessoais ou profissionais ^{75, 130, 155}.

Em Portugal foram efectuados estudos utilizando questionários aplicados a clínicos gerais sobre stress profissional nos clínicos gerais inscritos no colégio de especialidade da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos ⁸³, na Amadora ¹⁶⁶, num Centro de Saúde do Porto ¹⁴⁸, e na Região Autónoma da Madeira ²⁰⁸. Outro estudo foi efectuado sobre aspectos relacionados com a saúde dos médicos ²³⁷, e têm taxas superiores à nossa. Mas o estudo feito anteriormente no nosso Departamento tem taxa semelhante à que foi por nós obtida ⁸³.

Mas o número reduzido deste tipo de estudos faz-nos pensar que no futuro esta área de investigação do domínio médico e sociológico poderá ser progressivamente analisada com a realização de mais interessantes trabalhos.

RESULTADOS

Validação das respostas

A taxa de resposta considerada aceitável depende da existência de diferenças em relação aos resultados obtidos entre os respondentes e não respondentes ao estudo. Considera-se que uma amostra é representativa da população que se está a estudar quando tem características idênticas às da população total ^{4, 91, 138}. As variáveis demográficas e profissionais do questionário e da entrevista são idênticas entre si, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os seus valores. As diferenças dos valores da idade e do número de anos de exercício de Medicina Geral e Familiar dependem do intervalo decorrido entre a realização do questionário (Maio / Junho de 1995) e a realização da entrevista (Setembro/ Novembro de 1996).

As taxas de resposta da entrevista pessoal (98%), permitem afirmar, com uma certa razoabilidade que é representativa da população em estudo e generalizar os resultados

da amostra para toda a população. Em relação ao questionário de auto-preenchimento embora a sua taxa de resposta fosse de 32%, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes nos dois estudos (inquérito e entrevista) no que se refere a dados sócio-demográficos, daí pensarmos que as populações são semelhantes e que os resultados obtidos são representativos dos médicos inscritos no Colégio de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte de Portugal. As questões do inquérito postal parecem ter sido respondidas com qualidade, riqueza e perfeição razoáveis, visto não existirem diferenças estatisticamente significativas para os dados obtidos na entrevista.

A amostragem aleatória simples escolhida para o estudo dos não respondentes é que está de acordo com os diferentes trabalhos publicados ^{39, 125}.

Quanto a estudos efectuados com clínicos gerais portugueses, a maioria utilizou pequenas amostras, alguns não incluindo todos os clínicos gerais ^{57, 148, 166, 237}. Num dos estudos foi utilizada a mesma amostra, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre esse e o nosso ⁸³. Existe um trabalho que utilizou uma amostra sistemática de médicos do Colégio de especialidade de Medicina Geral e Familiar com taxa de resposta efectiva (com questionários correctamente preenchidos) de 27%, ou seja inferior à que foi por nós obtida ¹¹³.

Analisando os trabalhos efectuados, a técnica de entrevista semi-estruturada tem sido utilizada para estudos sobre formação médica, e com taxas de resposta ligeiramente inferiores à obtida no nosso estudo ²⁴⁴.

Nos contactos telefónicos efectuados para o estudo dos não respondentes e para a entrevista constatamos que cerca de 30 % dos médicos tinham alterada a sua residência em relação à que constata no Anuário da Ordem dos Médicos, o que de acordo com outros trabalhos efectuados ¹⁷⁰, é normal dada a mobilidade natural das pessoas, tendo em conta os condicionalismos pessoais e profissionais.

Características demográficas e profissionais

Ao comparamos as características demográficas e profissionais dos respondentes ao

questionário e à entrevista com as dos médicos inscritos no Colégio de especialidade da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos até 1994 ³¹, com a intenção de procurar eventuais diferenças, e fazendo a necessária aferição, em relação aos respondentes ao questionário auto-preenchido, ou à entrevista pessoal, não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas entre si (Tabela 3)

Não existem diferenças significativas entre os respondentes ao primeiro envio do questionário (n= 235) e os que não responderam ao primeiro envio e o vieram a fazer quando do estudo dos não respondentes (n= 15), tanto a nível de características demográficas e profissionais, como das questões de formação médica e terapêutica das três situações clínicas propostas e razões da opções.

As variáveis demográficas e profissionais do questionário auto-preenchido são idênticas às da entrevista pessoal, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os seus valores, com as diferenças dos valores das idades e do número de anos de exercício profissional, dependente do intervalo entre o questionário auto-preenchido decorrido em Maio/ Junho de 1995 e a entrevista entre Setembro e Novembro de 1996.

Quanto ao local de licenciatura, quer no questionário quer na entrevista, a Faculdade de Medicina do Porto é largamente predominante, dada a população em estudo ser da zona Norte (Tabela 4 e 33). No que diz respeito à formação específica e / ou complementar, a maioria tinha essa formação, e os que a não tinham eram os médicos que exerciam clínica geral há vários anos e foram admitidos por consenso no colégio de especialidade. Como se sabe os anos de formação com maior número de participantes foram os anos de 1988 a 1992, correspondendo no caso dos clínicos que fizeram a formação em exercício, sobretudo aos primeiros anos dessa formação nos Institutos de Clínica Geral.

Quanto ao concelho e distrito de residência existe predominância do Porto, seguido do distrito de Braga, dados semelhantes aos do Instituto Nacional de Estatística ⁹⁶, não existindo diferenças estatisticamente significativas (Tabelas 5 e 34).

No que respeita ao local de trabalho, a comparação dos dados obtidos nos dois estudos efectuados e os dados fornecidos pelas Sub-Regiões de Saúde (e concedida autorização

para a sua divulgação), a distribuição dos clínicos gerais pelos diferentes distritos era semelhante (Tabela 6 e 36) mas nesta lista figuram clínicos gerais que ainda não fizeram formação em exercício e não obtiveram o grau de especialista, e médicos que fizeram formação, mas ainda não se inscreveram no colégio de especialidade. Entre os dados não existiam diferenças estatisticamente significativas.

No que respeita ao local de formação a predominância no Porto (56%) era esperada, dada a distribuição dos médicos pelos diferentes distritos, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre o questionário auto- - preenchido e a entrevista.

Por todas estas razões descitas pensamos que poderemos considerar que a amostra é representativa dos médicos inscritos no Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte de Portugal.

FORMAÇÃO MÉDICA

Hábitos de leitura

Revistas Médicas

Este é um meio frequentemente utilizado pelos médicos, quer no nosso país quer noutros países, como forma de actualização^{66, 97, 103, 213, 215, 250}.

No questionário de auto-preenchimento e na entrevista pessoal todos mencionaram o seu hábito de leitura de revistas médicas (Tabelas 10 e 41). O facto de na frequência de leitura predominarem as revistas de envio gratuito e com tradução para a língua portuguesa (um certo número de revistas internacionais), quer no questionário quer na entrevista, pensamos tem a ver com a comodidade da leitura e com o apoio que a indústria farmacêutica dá à formação médica. Este apoio à formação médica pela indústria farmacêutica, poderá assim ajudar a explicar o menor número de leitores de revistas pagas e também o menor número de leitores para as revistas de língua inglesa, estas habitualmente sendo de assinatura não oferecida. Das revistas indexadas no *Journal Citation Reports* e as de maior impacto algumas estão traduzidas para

português, como por exemplo, a *Update*, o *Postgraduated Medicine*, o *British Medical Journal*, e foram assinaladas como de leitura frequente (a tradução pareceu-nos representar uma vantagem acrescida do ponto de vista de comodidade e estímulo para consulta). Em comparação com clínicos gerais de outros países, os hábitos de leitura têm algumas semelhanças. Num estudo efectuado com clínicos gerais escoceses, 82,2% preferiam a leitura de revistas e 47% os livros, em comparação com o ensino à distância e a aprendizagem prática ¹⁰⁵. Os médicos mais jovens e os que liam mais revistas eram os prescritores que estavam mais atentos aos custos dos fármacos e às vantagens e desvantagens das novas terapêuticas ^{62, 99, 218}. No nosso estudo não se verificaram diferenças nos hábitos de leitura de revistas, no que diz respeito à idade, sexo ou local de residência dos respondentes.

Num estudo feito nos Estados Unidos da América ⁹⁹, sobre os hábitos de formação, através de entrevista a 402 médicos, verificou-se que a leitura de revistas médicas era também o meio mais frequentemente utilizado para actualização, seguido pelas reuniões interprofissionais. Os residentes em zonas urbanas, eram os que mais utilizavam as reuniões como meios de formação, em comparação com os que trabalhavam em zonas semi-urbanas e rurais, que as frequentavam menos e preferiam mais as leituras, (os mais velhos esta fonte de informação do que os mais novos). No nosso estudo essa diferença não foi possível evidenciar, quer no que respeita às idades quer em diferença de sexos, quer em localidade de residência urbana, semi-urbana ou rural, tanto no questionário como na entrevista. Só foi possível evidenciar que as médicas liam mais revistas com assinatura não oferecida, em comparação com os médicos, por questões de preferência de áreas específicas, nomeadamente a pediatria.

Quanto aos hábitos de leitura e aos estímulos para a sua incentivação, a apresentação de temas ou de casos clínicos têm sido razões apontadas para estímulo à leitura, tendo sido referido também pelos entrevistados no nosso trabalho. São apontados em trabalhos efectuados ¹⁰⁰ como elementos de desmotivação a fadiga e as responsabilidades familiares, tendo essa verificação sido efectuada em clínicos gerais em fase de treino de pós-graduação.

Leitura de Livros

Em relação à leitura (ou consulta) de livros médicos existe um número substancialmente mais baixo de leitura (ou consulta) regular de livros. Os que predominam são os livros de língua inglesa e que foram recomendados na fase de pré-graduação (Tabela 11), tal como já havia sido verificado num estudo publicado no nosso país, efectuado por entrevista ²¹³, não existindo diferenças entre os livros lidos (ou consultados) mais frequentemente, com excepção do Manual de Cuidados Primários (ed. M. Zurro) que nesse estudo era referido mais frequentemente que no nosso estudo.

A referência ao livro Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas como de consulta regular por 11% dos respondentes ao questionário, terá a ver com o pouco conhecimento dos clínicos gerais da sua existência, uma vez que na fase de pré-graduação da maioria dos respondentes ele não havia sido publicado, pois a primeira edição só surgiu em 1983, mas o livro conquistou uma posição importante na formação pós-graduada.

Existem também trabalhos efectuados nos Estados Unidos ^{99, 218} que demonstraram a menor frequência de consulta de livros, comparativamente às revistas, sendo referida a sua utilização pelos médicos, mais para a obtenção de informação para um dado caso clínico. Os livros em formato mais pequeno, de tipo livro de bolso, são de mais acessíveis e de mais fácil e rápida consulta, sendo os mais preferidos, o que não se verificou no nosso estudo. Noutros trabalhos ⁹⁵ tem sido referido que os médicos mais velhos preferem mais a leitura de livros em casa, mas essa diferença de hábitos de leitura entre os diferentes grupos etários também não foi encontrada no nosso trabalho.

Livros não Médicos

No que respeita a este tipo de leitura constatamos nos entrevistados, que existem hábitos de leitura para a literatura não médica, muitas vezes referidos pelos entrevistados, como de necessidade de acompanhamento escolar dos filhos ou referida

como necessidade de “repousar “ um pouco da ciência médica. As médicas liam mais este tipo de livros que os médicos, talvez pela necessidade dessas obrigações familiares, pois muitos dos autores e títulos referidos são recomendados na vida escolar.

Leitura de Jornais

No questionário de auto-preenchimento foram perguntados hábitos de leitura de jornais sobre a frequência da sua leitura, porque no momento do envio do inquérito postal existia com regularidade a publicação de temas sobre saúde nos sete jornais, o que actualmente só existe em dois deles e nem sempre com regularidade. Essa informação veiculada pela comunicação social escrita tem várias componentes e influencia o comportamento dos doentes condicionando, por vezes o comportamento médico. Pretendíamos saber se teriam alguma importância na nossa população em estudo, o que não foi possível objectivar. Analisando o quadro dos resultados obtidos no questionário e na entrevista (Tabelas 12 e 43) verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre uma e outra no hábito deste tipo de leitura. Também não existem diferenças entre os hábitos deste tipo de leitura entre os dois sexos.

OUTROS MEIOS DE FORMAÇÃO

Congressos e outras Reuniões Clínicas

Nos respondentes ao questionário verificamos que 4% não haviam frequentado qualquer congresso em 1994 e na entrevista 14% referiram que não frequentaram nenhum congresso no ano de 1995. Quanto à frequência de congressos no estrangeiro, 88% não frequentaram nenhum e os 12 % que frequentaram, são também os que recebem mais informação da indústria. Só foi possível estabelecer relação entre a frequência de congressos e o atendimento de maior ou menor número de delegados e a oferta de inscrições, que está deontologicamente regulamentado, pelo protocolo

assinado entre a Ordem dos Médicos e a Apifarma ¹⁷⁴.

Num estudo efectuado em Liverpool ²⁵² com clínicos gerais na avaliação dos diferentes meios de auto-formação, verificou-se que os congressos eram considerados úteis para 61,6%, e a indústria farmacêutica com as suas reuniões clínicas úteis para 38% dos inquiridos. Em estudos para avaliação do interesse das separatas enviadas pela indústria ²⁵² tem-se verificado que a maioria dos clínicos olham de relance os folhetos enviados pela indústria, mas a informação pessoal do delegado é a fonte mais utilizada para a informação que é veiculada pela indústria.

Os congressos têm sido referidos como populares, porque as pessoas saindo do ambiente de trabalho pareciam adquirir melhor enquadramento para a aprendizagem. O encontro com colegas, ajudava a combater um certo “isolamento” do dia a dia ¹⁰³. A necessidade de actualização é sentida pelos profissionais e a necessidade de frequência periódica de cursos é referida como muito útil, assim como as apresentações de casos clínicos e as discussões interface Cuidados Primários /Cuidados Diferenciados ^{36, 252}.

Não foi possível evidenciar que os congressos ou reuniões clínicas influenciassem a prescrição, isto é, os que foram a mais congressos prescreviam de forma semelhante aos que os não tinham frequentado tanto, mas os entrevistados reconheceram a participação em congressos e reuniões como factor médio de influência (Tabela 51).

Actividades de Formação no Centro de Saúde

Reuniões de Serviço

As reuniões de serviço são consideradas por muitos autores um meio de formação médica contínua, e referidas como meio de actualização importante para a actividade clínica diária ^{174, 252}.

Na entrevista, 92% consideraram úteis as reuniões de serviço. Quando se questionava sobre a razão desta utilidade, 82% referiam que o debate de ideias e troca de opiniões com colegas e actualização eram importantes, e 6 % afirmaram que eram úteis essencialmente para a formação de espírito de equipa (Tabela 37), tal como foi

considerado em outros trabalhos publicados ²⁵². A participação nas reuniões de toda uma equipa multidisciplinar com psicólogos, sociólogos, e outros pode ajudar a orientação de casos clínicos mais difíceis e ajudar a organizar e gerir melhor os recursos para a sua resolução ^{100, 174}.

Quanto à apresentação de temas nas reuniões de serviço era efectuada em partes iguais, quer por médicos de família do centro de saúde, quer por médicos de fora do centro de saúde.

As *reuniões* em que a apresentação é feita por *médicos fora do centro de saúde*, são muitas vezes reuniões com os elementos dos Cuidados Diferenciados. Estas reuniões podem ajudar a melhorar a Interface Cuidados Primários / Cuidados Diferenciados, articulando a prestação de cuidados à população ³⁶.

Algumas das *reuniões de carácter científico* efectuadas com *médicos fora do centro de saúde* têm patrocínio de laboratórios da indústria farmacêutica, situação também frequente noutros países, e desde que os participantes estejam devidamente avisados da entidade que patrocina, não são reconhecidas limitações éticas importantes, fazendo parte do apoio à formação médica contínua ^{174, 229}. O apoio da indústria farmacêutica está regulamentado em Portugal através de um protocolo definido e assinado entre a Ordem dos Médicos e a Apifarma ¹⁷⁴. Também no Reino Unido a *British Medical Association* (divisão Ética, Ciência e Informação) definiu as regras de relacionamento ético entre a indústria farmacêutica e os médicos ²⁶ e o Código Deontológico da Ordem dos Médicos ³⁸ tem no seu artigo 88º definidas regras de apoio da indústria farmacêutica no apoio à formação médica. A Directiva Comunitária 92/98/CEE de Março de 1992 prevê como lícitas, dentro de determinados parâmetros, as situações de apoio pela indústria farmacêutica à formação pós-graduada dos médicos ¹⁴⁵. Apesar disso têm sido verificado em vários trabalhos que são consideradas pouco importantes as reuniões clínicas promovidas pela indústria farmacêutica para a formação médica contínua ²²⁹.

As reuniões nos locais de serviço dos entrevistados em 86% eram sobre organização de de serviços e sobre temas científicos em proporções mais ou menos iguais, o que é frequente nos Centros de Cuidados de Saúde Primários.

Quando perguntamos na entrevista se já haviam efectuado apresentação de tema(s) em reuniões de serviço, 81 % responderam que sim, mas 66% tinham-no feito durante o seu período de formação, que é reconhecido como um estímulo para auto-formação ²¹³. Apesar de terem sido agrupados os médicos que participavam mais nas reuniões de serviço não foi possível individualizar as actividades de formação no serviço, como as reuniões clínicas, como factor de influência na prescrição dos três diferentes tipos de fármacos.

A prática clínica diária é reconhecida em trabalhos publicados ^{79, 153, 228} como um factor de influência do comportamento médico, associada à discussão interpares, e foi reconhecida também na entrevista como factor importante de influência na prescrição.

A presença de formandos e estudantes parece actuar como estímulo educacional e reforçar o componente de auto-aprendizagem ¹⁰⁰. No Reino Unido, tal como no nosso País, existe participação dos clínicos gerais no ensino pré e pós graduado da clínica geral. É reconhecido em trabalhos publicados ^{100, 210} que a investigação integrada no ensino é importante para estímulo da actividade assistencial no centro de saúde assim como para a auto-formação.

Os tipos de *registos clínicos* efectuados na actividade diária no centro de saúde ou fora dele, são um elemento importante para a recolha de informação dos resultados verificados anteriormente na entrevista os médicos referiram que registavam os seus resultados na ficha clínica utilizando o método de Weed (SOAP). Sendo uma forma de registo utilizada frequentemente, poderá ser um bom método para se poder avaliar a experiência de planos de tratamentos instituídos para cada doente ¹⁵⁶. Não foi possível distinguir diferenças de comportamento de prescrição entre os que faziam um registo mais ou menos completo da sua actuação como prescritores.

A existência de *biblioteca* em vários *centros de saúde* para alguns, também actuava como um estímulo para consulta e actualização, mas em vários centros de saúde esse espaço definido como biblioteca, destina-se a arquivo de normas e circulares das direcções de serviços, não possuindo, em muitos casos, revistas ou livros adequados para consulta (Tabela 38) para 69% dos entrevistados.

Não se evidenciou diferença na opção de prescrição entre os que consultam mais ou

menos livros ou revistas da biblioteca do centro de saúde.

Normas das Autoridades de Saúde

Estas normas são publicadas no nosso País pela Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários ⁴⁷⁻⁵⁵ com alguma regularidade. Habitualmente têm protocolos de diagnóstico e /ou de actuação terapêutica. Na entrevista verificou-se que são os médicos com responsabilidades de gestão que mais as conhecem. Para a maioria dos entrevistados esses protocolos tinham escassa influência no seu comportamento de prescrição. Também noutros países as chamadas *guidelines* têm uma influência variável no comportamento médico ^{74, 94, 108, 216}. Foi efectuado recentemente um estudo sobre o impacto na prescrição na hipertensão arterial do JNC V (*Fifth Joint National Committee on The Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, 1993) ²¹⁶, tendo-se verificado que apesar das suas recomendações para implementação do uso de diuréticos e beta bloqueadores a sua utilização diminui, e os bloqueadores dos canais de cálcio e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina aumentaram. Pareceu assim que a influência destas normas de orientação foi diminuta em comparação com as estratégias de *marketing* da indústria farmacêutica.

Em relação à opinião sobre genéricos, a sua utilização tem sido sucessivamente aconselhado pelas autoridades governamentais, no Reino Unido e noutros países, incluindo o nosso ^{10, 134, 144, 154, 163, 167, 187, 190, 205, 247}. Os médicos com funções de gestão não tinham reservas para a sua utilização, a maioria 73 (64%) dos entrevistados colocava reservas quanto ao controle de qualidade. Algumas publicações que consultamos ¹⁴⁴ referiram que estes produtos, geralmente importados, levantavam dúvidas por vezes sobre o eficaz controle de qualidade, embora em Portugal o Instituto da Farmácia e Medicamento (Infarmed) garanta que existe controle de qualidade em todos os medicamentos (genéricos ou não) que se encontram à venda ¹⁶⁷.

O sistema de garantia de qualidade é complexo, envolvendo meios e técnicos especializados. Após a obtenção de autorização de venda no nosso país, um medicamento passa a estar sujeito a vigilância de qualidade pelo *Infarmed* (Instituto da

Farmácia e do Medicamento). A nível europeu está implementado um sistema de alertas rápidos, em relação com vigilância farmacêutica e questões de farmacovigilância ¹⁸⁹.

Informação da Indústria Farmacêutica

No que diz respeito ao atendimento de delegados de informação médica, os inquiridos no questionário responderem que são visitados geralmente no consultório do Centro de Saúde, considerado mais cómodo quer para os delegados, quer para os médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde. De acordo com Circular Normativa de regulação do recebimento de delegados de informação da indústria farmacêutica nos Centros de Saúde ⁵⁶, deve ser estabelecido um horário de atendimento para a informação médica pela direcção do centro de saúde, e este foi referido por 74% dos respondentes ao questionário. Quanto ao número de delegados que recebem em média por semana, não existem diferenças estatisticamente significativas, entre o questionário de auto-preenchimento e a entrevista, recebendo 8 a 10 delegados por semana, em média, 66% dos respondentes, o que está de acordo com a referida Circular Normativa, que estabelece um máximo de três visitas de delegados por dia, em horário determinado pela direcção do centro de saúde.

No nosso estudo, os que trabalhavam em regime de dedicação exclusiva recebiam maior número de delegados de informação médica, talvez devido ao seu horário de permanência no centro de saúde ser mais alargado.

Nos Estados Unidos foram efectuados estudos ³⁵ sobre a influência da indústria a nível hospitalar evidenciando a relação entre o pedido de introdução de novos fármacos para o formulário hospitalar e a participação activa em reuniões clínicas patrocinadas por certos laboratórios da indústria farmacêutica. Outros estudos dizem existirem indícios, mas sem demonstrarem relação inequívoca ^{32, 216}.

A informação da indústria tem de ser avaliada de forma crítica, tendo em conta a necessidade de avaliação dos riscos e benefícios com o uso de medicamentos, equacionando tanto quanto possível em função do doente que observamos é importante ^{163, 190}. Em relação à leitura de separatas da indústria, de forma semelhante ao que se

verificou num estudo no Reino Unido ⁶², os respondentes ao questionário maioritariamente liam as separatas da indústria ocasionalmente, e como influência sentida no momento da prescrição referiram-na com baixa pontuação.

Escolhas e razões de Prescrição

Colocamos como hipótese de trabalho central neste estudo que a promoção da prescrição é diferente, conforme se trata de fármacos com actividade clínica demonstrada ou outros com actividade duvidosa ou com eficácia clínica escassa. Agrupamos os fármacos prescritos nestas três categorias procurando verificar a eventual existência de correlações com decisões de prescrição. Não foi possível individualizar grupos com diferentes comportamento de prescrição, isto é, os que só prescrevem determinado grupo de fármacos activos farmacologicamente e se existiam diferenças de formação ou de outro tipo na prescrição dos três tipos de fármacos da classificação estabelecida. Esse comportamento também se verifica em trabalhos que consultamos ^{30, 111}, pois o que existe por vezes é a tendência para a prescrição de medicamentos ou fármacos de um dado grupo, por exemplo de eficácia clínica escassa, em relação à prescrição global.

Procurou identificar-se no questionário e entrevista grupos de prescritores, isto é, os que prescrevessem muitos fármacos pouco activos, ou só fármacos mais activos ou com eficácia clínica pouco demonstrada. A tentativa de agrupar os que escolhiam sempre ou talvez ou nunca os três tipos de fármacos (ou medicamentos) não foi elucidativa de qualquer diferença. Por isso agrupou-se os que *receitavam sempre* certos fármacos e os que referiam que *talvez* receitassem num grupo, e os que *nunca* receitavam noutro grupo. Procurou verificar-se se existiam diferenças de formação ou características sócio-demográficas diferentes e nada foi possível demonstrar de significado relevante.

Esta situação parece assim ter a ver com a grande variabilidade do comportamento médico e com múltiplas influências no acto da prescrição que são difíceis de individualizar e analisar ^{132, 192}.

Ao analisar-se a(s) razão(ões) de escolha predominante nas três situações clínicas, na escala de Lickert, a predominante era a experiência pessoal ou os bons resultados anteriormente obtidos (Tabelas 29-31). Quando na entrevista se inquiriu sobre as influências sentidas na prescrição de medicamentos, a experiência pessoal era a influência mais sentida e em seguida o diálogo com os colegas (Tabela 51).

Em comparação com outros trabalhos que têm analisado as variações de prescrição entre os diferentes médicos de clínica geral a nível local, regional e internacional, não existem grandes diferenças, sendo aceite a existência de uma grande variabilidade de comportamentos ^{17, 30, 74, 79, 192, 175}. Estudos feitos na Dinamarca ²²⁸ para avaliação da prescrição de medicamentos para tratamento de patologia cardiovascular, demonstraram que existem variações de comportamento no tratamento deste tipo de patologia entre os diferentes clínicos. Outros estudos ⁶² têm demonstrado que o contacto pessoal entre colegas, a informação de retorno e a discussão interpares são factores significativos para influenciar o comportamento de prescrição.

Segundo trabalhos publicados ^{7, 94, 108}, as conferências de consenso parecem ter menos influência no comportamento, tal como acontecia nos entrevistados do nosso estudo.

Quanto à utilização da simulação de casos clínicos para estudo de comportamento na prescrição, é um método frequentemente utilizado como técnica de avaliação nas faculdades. Este método de avaliação do comportamento é útil, se bem que possam existir variações, mesmo quando consultamos o mesmo doente com uma situação clínica semelhante com um certo intervalo de tempo ^{19, 21, 128, 192, 209}.

Em Cuidados de Saúde Primários e desde os tempos do histórico *João Semana* os factores que têm de ser tidos em conta, têm a ver com características especiais de cuidados como a globalidade, a acessibilidade e a continuidade de cuidados em Medicina Geral e Familiar que desempenham influência na prescrição ^{1, 22, 114, 141, 152, 202, 213, 239, 249}.

Na literatura que consultamos verificamos que existem trabalhos em que tem sido possível relacionar a prescrição com a formação na área da Medicina Geral e Familiar, se bem que não de forma estatisticamente significativa ⁷⁷, mas não foi possível pelos métodos que utilizamos estabelecer grupos de prescritores com uma dada formação

que prescrevem de uma dada forma e grupos sem formação que prescrevessem de forma diferente.

Pode inferir-se destes resultados obtidos, que *não há grupos de comportamento de prescrição perfeitamente individualizados*, muito provavelmente porque o comportamento do médico no momento da prescrição não é simples pela rede de factores de influência que estão presentes num dado momento e que poderão ser diferentes noutro momento. Este método de análise quantitativo que utilizamos não permitiu visualizar diferenças entre diferentes grupos de comportamento.

No nosso estudo só foi possível demonstrar relação entre a frequência de *prescrição de fluoxetina e do captopril* e o *recebimento de delegados de informação médica*. No primeiro caso trata-se de um medicamento de introdução recente para tratamento de patologia que é frequente causa de motivo de consulta em cuidados primários de saúde. Comparando com a listagem dos medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde fornecida pela Administração Regional de Saúde do Norte o *captopril* é um dos fármacos mais prescritos.

Na prática clínica diária tem sido demonstrado como factor de influência de comportamento médico importante, a experiência do próprio e os bons resultados obtidos anteriormente, facto que foi assinalado pelos respondentes ao questionário. A discussão interpares também tem sido referida na literatura, se bem que nos respondentes ao questionário não parecesse razão importante para as escolhas de prescrição, mas já aparecia assinalado nos respondentes à entrevista (Tabelas 29-31 e 51)¹⁸⁷. A opinião do doente como factor de influência, embora não tenha sido muito considerada pelos médicos do nosso estudo noutros trabalhos efectuados em Inglaterra com a utilização de antibióticos na amigdalite, os factores psicosociais do doente desempenham um papel importante pelas implicações com a adesão ao plano terapêutico¹¹⁹.

Quando se estudou na entrevista a relação entre a frequência de prescrição e o que pensavam os entrevistados sobre a actividade farmacológica de cada fármaco, para os três tipo existia uma relação estatisticamente significativa, pois quem receitava, mais frequentemente, fazia-o porque pensava ser bastante activo e se receitava pouco era, de

uma forma geral, porque considerava pouco activo. Esta situação verificou-se para a grande maioria dos fármacos da listagem elaborada, com excepções:

No caso da prescrição do *lorazepam*, os médicos entrevistados referiram que prescreviam muito, mas não o faziam por sua iniciativa, mas a pedido do doente. O doente pode ser um factor de influência de prescrição e em comparação com estudos feitos na Alemanha ²²¹ sobre a prescrição de nootrópicos, no qual os médicos prescrevem porque consideram que devem ajudar o doente não acreditando verdadeiramente na eficácia do medicamento. No caso da prescrição do *lorazepam*, este ocupa nas listas de comparticipação de medicamentos ocupa um dos lugares cimeiros e é um medicamento frequentemente solicitado pelos doentes, conforme tem sido referido em Relatórios de Actividades do Infarmed (Anexos VIII e IX).

Poderemos concluir que são múltiplas as influências que existem quando o médico prescreve, mas a variabilidade do comportamento do médico é grande e complexa. Não foi possível individualizar um factor predominante, se bem que a indústria seja referida como um factor importante de influência de comportamento, não foi possível individualizá-lo, com a metodologia utilizada, a não ser em situações pontuais de um medicamento de introdução recente (*fluoxetina*) e no caso de *reintrodução* com novas indicações terapêuticas (*captopril*).

A formação pós- graduada deve ser cada vez mais implementada para reequacionar as vantagens e desvantagens dos novos avanços terapêuticos e representar um factor predominante na prescrição em Cuidados de Saúde Primários.

CONCLUSÕES

i) Apesar da taxa de respostas obtidas ao inquérito postal ser relativamente baixa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no estudo dos não respondentes, no grupo dos entrevistados e nos dados demográficos disponíveis do Colégio da especialidade da Ordem e do Instituto Nacional de Estatística, e tendo em

consideração outros estudos anteriores, autoriza a extensão das conclusões ao universo inquirido dos médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar do Norte de Portugal.

ii) Não foi possível separar claramente grupos de médicos mais ou menos prescritores de medicamentos com actividade e eficácia clínica demonstradas ou com essas características menos claras; todos os médicos inquiridos prescrevem medicamentos de um ou de outro tipo em quantidade razoavelmente equivalente.

iii) Com a metodologia utilizada não foi possível verificar a hipótese inicial de existirem diferenças importantes na forma como os medicamentos são promovidos até à sua prescrição médica, tendo em conta a actividade farmacológica ou clínica demonstrada.

iv) Verificou-se a existência de uma relação entre as actividades ligadas à indústria farmacêutica e a prescrição de medicamentos de introdução recente no mercado (fluoxetina) ou *reintroduzidos* com novas indicações clínicas (captopril).

v) A relação com actividades da indústria farmacêutica não se encontrou, no que diz respeito à manutenção de prescrição de medicamentos de utilização terapêutica menos recente; neste caso a opinião dos colegas e os resultados anteriores são as influências mais importantes.

vi) Não se encontraram relações entre a frequência de prescrição dos medicamentos, com actividade farmacológica mais ou menos bem demonstrada, e os factores de influência analisados, com excepção de correlações pontuais de interpretação muito difícil ou questionável, como seja com a profissão do cônjuge - ser ou não médico - ou com local de residência, ou de trabalho.

vii) A formação tem importância na actividade diária dos profissionais de saúde, mas não apareceu neste estudo como um vector visível de influência no comportamento no momento da prescrição.

viii) Foi possível separar um grupo de médicos com hábitos de leitura mais assídua de revistas e livros médicos, mas não foi possível demonstrar qualquer diferença estatisticamente significativa, entre esses hábitos e o seu comportamento de prescrição.

ix) Foi possível verificar a existência de um grupo de Centros de Saúde onde há actividades de formação, nomeadamente reuniões regulares com objectivos técnico-

profissionais e científicos, mas não foi possível demonstrar influência dessas actividades de formação sobre o padrão de prescrição dos médicos desses Centros.

x) Todo o processo de decisão clínica é complexo, e a prescrição está sujeita a uma constelação de influências numerosas e complexas. Com a metodologia aqui utilizada, não foi possível demonstrar qualquer influência claramente predominante.

xi) A metodologia quantitativa de raiz epidemiológica e estatística, utilizada correctamente neste estudo, revelou-se insuficiente para demonstrar diferenças claras da forma como são promovidos até à prescrição medicamentos contrastantes pela demonstração reconhecida ou não da sua actividade farmacológica e clínica.

xii) A metodologia qualitativa, mais adaptada aos estudos do comportamento de carácter sociológico ou antropológico, poderá revelar-se mais adequada ao esclarecimento de questões, como a das influências na prescrição médica, que leva a decisões de carácter pessoal, pouco susceptíveis de inquirição uniformizada.

RESUMO

Introdução

A relação médico /doente tem sido objecto de extensa literatura procurando proporcionar uma visão interna aprofundada das perspectivas psicodinâmicas, comportamentais e sociológicas.

A escolha de um medicamento apoia-se numa decisão probabilística, tendo em consideração numerosos factores, e em particular a referência benefício /risco do medicamento e / ou das associações terapêuticas utilizadas.

Têm sido evidenciados em diversos estudos vários factores, que influenciam a decisão de prescrição, alguns inerentes ao doente, como por exemplo a idade, o sexo, as condições socio-económicas, outras dependentes do médico, como por exemplo a sua formação contínua, a organização da consulta, bem como factores externos como a formação pré e pós graduada, a indústria farmacêutica, a influência dos meios de comunicação social, entre outros.

Métodos

Foram efectuados dois estudos do tipo analítico transversal. No primeiro estudo foi realizado um inquérito postal em três fases consecutivas: elaboração de questionário de auto-preenchimento, sua aplicação à população em estudo, e estudo dos não respondentes. O questionário era constituído por perguntas sobre dados sócio-demográficos, diferentes meios de actualização médica contínua utilizados e estudo das opções terapêuticas em três situações clínicas - amigdalite eritemato-pultácea, hipertensão arterial ligeira, e stress profissional.

Após a análise de dados no programa SPSS para o Windows 95, classificação e análise das variáveis, elaborou-se um questionário semi-estruturado, a ser aplicado por entrevista, sobre as principais áreas, identificadas no questionário, como podendo ser factores de influência na prescrição.

Procedeu-se à análise global dos dados, com análise por tabelas de frequência e feitos os agrupamentos necessários e analisadas as correlações. Foi utilizado o teste t de student e o valor de qui quadrado de Pearson, com nível de significância de valor $< \text{ou} = 0,05$.

Resultados

Responderam inicialmente 235 médicos (taxa de resposta de 22%). Após o estudo dos não respondentes a taxa ponderada foi de 31%.

As variáveis demográficas e profissionais do questionário e da entrevista não apresentam entre si diferenças estatisticamente significativas, assim como em relação aos dados do Anuário da Ordem dos Médicos (Secção Regional Norte).

Como razões das escolhas de prescrição, a experiência pessoal e os bons resultados anteriores, foram consideradas como razões principais de escolha, quer no questionário quer na entrevista.

Tanto no questionário como na entrevista, todos identificaram as revistas médicas como meio de formação mais frequentemente utilizado. As dez revistas mais lidas, tanto no questionário como na entrevista, são publicadas em língua portuguesa e a maioria recebidas gratuitamente.

Quanto aos livros mais frequentemente consultados foram os utilizados na fase de pré graduação. Os que lêem mais livros lêem mais revistas, com relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Não foi possível evidenciar diferenças no comportamento de prescrição entre os que lêem mais revistas e os que não lêem. Os que lêem mais são casado(a)s com médico(a)s têm local de residência no Porto ($p < 0,01$ e $< 0,009$).

Quanto à frequência de congressos 9% dos respondentes ao questionário não tinham frequentado qualquer congresso no ano anterior e, na entrevista, 12%. Não foi possível identificar diferenças nas escolhas de prescrição entre os médicos que frequentaram mais congressos e os que frequentaram menos.

Quanto à informação recebida da indústria quer os participantes na entrevista quer os respondentes ao questionário atendem delegados de informação médica, sendo em 91% o seu atendimento efectuado no centro de saúde.

Existe relação estatisticamente significativa entre o recebimento de informação da indústria e a frequência de prescrição de fluoxetina e captopril. Não foi possível individualizar influências claras na prescrição de outros fármacos. Existe uma relação estatisticamente significativa entre a frequência de prescrição de medicamentos da lista utilizada na entrevista e o que os entrevistados consideram como actividade farmacológica, isto é, se prescrevem mais, é porque consideram mais activo. Isto não acontece apenas com três medicamentos, o lorazepam, que os entrevistados reconhecem prescrever a pedido dos doentes, o clorazepato e a hidroxizina que não são medicamentos frequentemente prescritos, mas são considerados muito activos farmacologicamente.

Conclusões

- i) Apesar da taxa de resposta obtida no inquérito postal ser considerada relativamente baixa não existem diferenças estatisticamente significativas entre as características dos não respondentes, dos entrevistados e com os dados da Ordem dos Médicos e do Instituto Nacional de Estatística.
- ii) Não foi possível estabelecer grupos claros de prescritores de um só tipo de medicamentos mais eficazes ou menos eficazes. Não foi possível individualizar factores de influência na prescrição a não ser situações pontuais, mas de interpretação difícil, como a profissão do conjuge, ou local de trabalho ou de residência.
- iii) Verificou-se a existência de uma relação entre as actividades ligadas à indústria farmacêutica e a prescrição de formas de introdução recente como a fluoxetina, ou fármacos com indicações clínicas mais recentes, como o captopril. Essa relação não se verificou nos medicamentos já utilizados há mais tempo.
- iv) Não foi possível verificar, com a metodologia utilizada, a hipótese de trabalho inicial da existência de diferenças importantes na forma como são promovidos até à prescrição médica os medicamentos com maior eficácia clínica, os de escassa eficácia ou aqueles em que existem dúvidas sobre a sua eficácia.
- v) A formação é importante na vida diária dos profissionais de saúde, mas não aparece neste estudo como factor de influência importante na prescrição. Foi possível separar um grupo de médicos com hábitos de leitura mais assíduos de revistas e livros médicos, mas não foi possível demonstrar que estes hábitos de leitura tivessem influência na prescrição.
- vi) Foi possível individualizar grupos de centros de saúde onde há actividades de formação, com reuniões regulares de serviço, com objectivos técnico- profissionais e científicos, mas não foi possível demonstrar influência destas actividades no comportamento de prescrição.
- vii) Todo o processo de decisão clínica é complexo, e múltiplas as influências na prescrição. Não foi possível demonstrá-las com o tipo de metodologia quantitativa utilizada. A metodologia quantitativa de raiz epidemiológica e estatística utilizada neste estudo revelou-se insuficiente para demonstrar diferenças claras da forma como são

promovidos até à prescrição os medicamentos activos, os de eficácia clínica duvidosa ou os de eficácia muito escassa.

viii) A metodologia qualitativa, mais adaptada aos estudos de comportamento de carácter sociológico ou antropológico, poderá revelar-se mais adequada ao esclarecimento das questões que envolvem a prescrição, que põem em relevo decisões de carácter pessoal, pouco susceptíveis de uma inquirição uniformizada.

SUMMARY

Introduction

The interaction between patient and doctor has been object of extensive literature trying to provide a deeper vision of the psicodinamics, behavioural and sociological perspectives.

The choice of drug therapy leans on a probabilistic decision, influenced by many factors, and in particular the risk/benefit analysis of the therapy and/or of the used therapeutical associations.

Several factors have been evidenced in many studies as influencing the prescribing decision, some inherent to the patient (age, sex, socio-economical conditions, for example), and other dependent on the doctor (its continuous formation, the organization of the consultation, for example) as well as external factors i.e., under and post graduated formation, pharmaceutical industry, influence of the media, among others.

Methods

Two studies of the analytic transverse type have been done. In the first study a postal inquiry was accomplished in three serial phases: questionnaire elaboration of self - answer, its application to the population in study, and study of the non respondents. The questionnaire was made of questions on sociodemographic data, different means used for continuous education and a study of the therapeutic options in three clinical situations - eritemato-pultaceous tonsillitis, mild arterial hypertension, and job stress.

After the data analysis with the software SPSS for Windows 95, classification and analysis of the variables, a semi-structured questionnaire was elaborated, to be applied by interview, on the main areas identified in the questionnaire as possible influencing factors in the prescribing options.

The global analysis of the data was made, with analysis for frequency tables and the necessary and analyzed groups using multiple correlations. The *t* test student and the value of chi square of Pearson was done, with level of significance in value equal to 0,05 or less.

Results

Initially 235 doctors answered (answer rate of 22%). After the study of the non respondents the pondered rate was of 31%.

The demographic and professional variables of the questionnaire and of the interview didn't show statistically significant differences to each other, as well as the relationship with the data of the Annual of Doctors' Family Medicine College (North of Portugal).

As reasons of prescribing options the personal experience and good previous results, were considered as main reasons of choice, in the questionnaire as well as in the interview.

Both in the questionnaire and in the interview, everybody frequently identified the medical magazines as means of self actualization. The ten most read medical journals in

the questionnaire as well as in the interview, are all published in the Portuguese language and are freely distributed.

We found that the books most frequently consulted were those used in the phase of under graduation. Those who read more books read more medical journals, with a relationship statistically significant ($p < 0,05$).

It was not possible to show differences in the prescribing behavior among those who read more magazines and those who didn't. Those who read were married with doctors that have residence in Oporto ($p < 0,01$ and $< 0,009$).

The frequency of congresses concerned 9% of the respondents to the questionnaire who had not attended any congress in the previous year (in the interview 12%). It was not possible to identify differences in the prescribing options among the doctors who attended more or less congresses.

The participants in the interview as well as the respondents to the questionnaire assist medical information' delegates, in 91% its attendance took place in the health center.

A statistically significant relationship exists between the welcoming of information from the industry and the frequency of fluoxetine and captopril prescription. It was not possible to individualize clear influences in the prescribing of other drugs. A statistically significant relationship exists among the prescribing of medications of the list used in the interview and those that the interviewees considered as pharmacological active, that is, they are more prescribed, being considered more active. This doesn't just happen with three medications, the lorazepam, that the interviewees recognize to be prescribed at the request of the patient, with the clorazepat and the hidroxizine that are not frequently prescribed, but are considered pharmacologically active drugs.

Conclusions

i) In spite of the answer rate obtained in the postal inquiry that can be considered low, no relatively statistically significant differences exist among the characteristics of the non respondents, of the interviewees and of data of the Doctors' College and the National Institute of Statistics.

- ii) It was not possible to establish clear groups of one type prescribers alone (more effective or less effective drugs). It was not possible to individualize influence factors in the prescribing besides some punctual situations, of difficult interpretation, as the spouse's profession, or local of work or of residence.
- iii) A relationship was verified among the activities linked to the pharmaceutical industry and the prescribing of more recent introduction drugs as the fluoxetine, or drugs with more recent clinical indications, as the captopril. This relationship was not found in the medications used for a longer time.
- iv) It was not possible to verify, with the used methodology, the initial hypothesis of the existence of important differences in the marketing of drugs and the medical prescribing of drugs with larger clinical effectiveness, or those considered less effective.
- v) The professional post graduation is important for the health professionals, but it doesn't appear in this study as a factor of important influence in the way of prescribing. Separating a group of doctors with more assiduous reading habits of magazines and medical books, it was not possible to demonstrate that these reading habits had positive influence in their prescribing.
- vi) It was possible to individualize groups of health centers with regular scientific and organization activities, but it was not possible to demonstrate influence of these activities in the prescribing behavior of their doctors.
- vii) The whole process of clinical decision is complex, with multiple influences in the way of prescribing. It was not possible to demonstrate this with the quantitative methodology used here. The epidemiologic and statistical quantitative methods used in this study were unable to demonstrate clear differences in the way drugs are promoted to their prescribing (active drugs, as well the less active drugs or the ones of very scarce effectiveness).
- viii) The qualitative methodology, more adapted to the studies of behavior of sociological or anthropological character, may reveal higher capacity to explain reasons which involve the prescribing.

RÉSUMÉ

La présentation

Le relation Médecin/malade a été objet d'une littérature étendue, en essayant de donner une vision interne approfondie des perspectives psychodynamiques, de comportement et sociologiques.

Le choix d'un médicament s'appuie sur une décision de probabilité, en tenant en considération plusieurs données, et en particulier la référence bénéfice/ risque du médicament et / ou des associations de thérapie utilisées.

Dans des différentes études plusieurs facteurs qui influencent la décision de prescription, ont été mis en évidence quelques-uns inhérents au malade, par exemple l'âge, le sexe, les conditions socio-économiques, quelques autres dépendants du médecin, comme par exemple sa formation continue, l'organisation de la consultation, bien que des facteurs externes comme la formation pré et post gradué, l'industrie pharmaceutique, l'influence des moyens de communication sociale, entre d'autres.

Les méthodes

Deux études du type analytique transversal ont été effectuées. Le premier a été réalisé avec une enquête postale en trois phases différents: mise-en-oeuvre d'un questionnaire personnel, son application à la population en étude et l'étude des non-responders. Le questionnaire a été composé par des questions sur des données socio-démographiques, des moyens différents d'actualisation médicale continue utilisés et l'étude des options thérapeutiques dans trois situations clinique - amigdalite érythémato-pultacée, hypertension artérielle légère et stress professionnel.

Après l'analyse des données dans le programme SPSS pour Windows 95, classification et analyse des variables, un questionnaire demi-structuré a été fait pour être appliqué par interview, sur les domaines principaux, identifiés par le questionnaire, comme étant facteurs possibles d'influence dans la prescription.

Une 'analyse globale des données a été mise en route, avec l'analyse de fréquence, en effectuant les groupements nécessaires et l'analyse des co-relations. On a utilisé le test t de student et la valeur de "qui carré" de Pearson, avec un niveau de signficance de valeur $< \text{ou} = 0,05$.

Les résultats

235 Médecins ont répondu au début (taux de 22% de réponses). Après l'étude de non respondeurs, le taux considéré a été de 31%.

Les variables démographiques et professionnelles du questionnaire et de l'entrevue ne présentent pas entre elles des différences estatístiquement significatives, bien que la relation des données de l'Anuário da Ordem dos Médicos (Secção Regional Norte).

L'expérience personnelle et les bons résultats d'avant ont été considérés comme des raisons principales de choix, sur le questionnaire et sur l'interview. De même tous ont identifié les revues de médecine comme un moyen de formation utilisé fréquemment.

Les dix revues plus répandues sur le questionnaire et sur l'interview sont publiés en langue Portugaise et la plupart est reçu gratuitement.

En ce qui concerne les livres, ceux qui ont été plus consultés sont ceux déjà consultés pendant la pré-graduation. Ceux qui lisent plus de livres réserve lisent aussi plus de revues, avec une relation statistiquement significative ($p < 0,05$).

Il n'a pas été possible de mettre en evidence des différences de comportement de prescription entre ceux ce lisent plus de revues et ceux qui ne le font pas. Ceux qui lisent plus sont marié(e)s avec medecins ils habitent à Porto ($p < 0,01$ et $< 0,009$).

En ce qui concerne la fréquence des Congrès, 9% des respondeurs au questionnaire n'avaient pas participé à aucun Congrès pendant la dernière lannée et, dans l'interviewés 12% ne l'avaient pas fait. Il n'a pas été possible d'identifier des différences dans les choix de prescription entre les medecins qui ont fréquenté plus de Congrès.

Par rapport à l'information reçue de l'industrie les participants de l'interview bien que les répondeurs à le questionnaire reçoivent des délégués soit 91% sur le Centre de Santé.

Il y a une relation statistiquement significative entre la réception d'information de l'industrie et la fréquence de prescription du "fluoxetina" et "captopril". Il n'a pas été possible de mettre en valeur des influences claires dans la prescription d'autres médicaments. Il existe une relation significative importante entre la fréquence de médicaments de la liste utilisée pendant l'interview et ce que les interviewés considèrent comme activité pharmacologique, c'est-à-dire, ils prescrivent plus, car ils considèrent plus actif. Ça n'arrive pas cependant avec trois médicaments, le *lorazepam* que les interviewés ne donnent que sur demande, le "clorazepato" et "l'hydroxyzina" qui ne sont pas très répandus quoiqu'ils soient considérés très actifs.

Les conclusions

i) Malgré le taux de réponses obtenues sur l'enquête postale soi considérée relativement basse, il n'existe pas des différences statistiques significatives entre les caractéristiques des non-réponders et des interviewés par rapport aux données de l'Ordre des Médecins et de l'Institut National de Statistique.

ii) Il n'a pas été possible d'établir des groupes distinctes de prescripteurs d'un seul type de médicaments plus ou moins efficaces. Il n'était pas possible de mettre en valeur des facteurs de l'influence sur la prescription, sauf des cas ponctuels, mais de difficile interprétation, comme la profession du conjoint, ou lieu de travail ou résidence.

iii) On a vérifié une relation entre les activités liées à l'industrie pharmaceutique et la prescription des formules d'introduction récente, comme par exemple la "fluoxetina", ou des produits avec des indications cliniques plus actuelles, comme par exemple le "captopril". On n'a pas vérifié ce rapport dans les médicaments utilisés depuis plus longtemps.

iv) Il n'était pas possible de vérifier, avec la méthode utilisée, la version de travail de l'existence de différences importantes dans la façon comme les médicaments avec une plus grande efficacité clinique sont promus jusqu'à la prescription, ceux dont l'efficacité est plus petite ou bien ceux dont il y a des doutes par rapport existent à son efficacité.

- v) La formation est un facteur important dans la vie des professionnels de la santé, mais n'apparaît pas sur cette étude comme facteur d'influence important dans la prescription. Il a été possible de séparer un groupe de médecins avec des habitudes de lecture de revues et livres de médecine, mais il n'a pas été possible de démontrer que ces habitudes influencent la prescription.
- vi) Il a été possible d'individualiser des groupes de Centres de Santé où il y a des activités de formation, avec des réunions régulières de services, avec des buts professionnels et scientifiques, mais il n'a pas été possible de démontrer l'influence de ces activités sur le comportement des prescriptions.
- vii) Tout le procédé de décision clinique est complexe et les influences dans la prescription sont multiples. Il n'a pas été possible de les démontrer avec la sorte de méthode de quantité utilisée. La méthodologie de quantité de source épidémiologique et statistique dans cette étude s'est révélée insuffisante pour démontrer des différences importantes dans la façon comme ils sont promus jusqu'à la prescription des médicaments actifs, ceux dont l'efficacité clinique est douteuse ou ceux dont l'efficacité est très petite.
- viii) La méthodologie de qualité, plus adaptée aux études de comportement sociologique ou anthropologique, pourra se révéler plus adéquate à l'éclaircissement des questions qui concernent la prescription et qui mettent en valeur les décisions du forum personnel, étant peu susceptibles d'une enquête standardisée.

Referências

1. 3ª Conferência sobre formação em clínica geral. *Perfil profissional do médico de clínica geral - implicações práticas*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1986 ; **3** (18) : 7
2. Abrantes A, Tavares A, Godinho J. *Manual de Métodos de Investigação em Saúde*. 1ª ed. Lisboa : APMCG , 1989
3. *Actualização técnico-científica em Medicina Geral e Familiar* - Diploma de mérito e diploma de actualização. Jornal Médico de Família, 1997; II série, 9º ano; **34**: 8 - 9
4. Armstrong D, Calman M, Gran J. *Research methods for general practitioners*. 1ª ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1990
5. Armstrong D. *Measuring man: some problems of method*. Family Practice, 1996; **13** (sup.1): 6 - 9
6. Arnan JM. *Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos : prescribir menos o prescribir mejor?* Atención Primaria, 1994; **13** (4): 155 - 8
7. Arroyo MP, Cano C, Ausoria R, Celay J, Cortez F, Estrenera V. *Prescription delegada por especialistas en atención primaria*. Atención Primaria, 1995; **16** (9): 538 - 44
8. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. *Classificação internacional de doenças (CIPS 2 definida)*, 2ª ed. APMCG, Lisboa, 1990
9. Baines DL, Whynes DK. *Over-the-counter drugs and prescribing in general practice*. British Journal of General Practice, 1997; **47**: 221 - 4
10. Baines DL, Whynes DK. *Over the counter drugs and prescribing in general practice*. British Journal of General Practice, 1997; **47**: 221 - 4
11. Barker LR, Burton JR, Zieve PD. *Principles of ambulatory medicine*, ed. Williams & Wilkes, 1991, 3ª edição: 3- 80

12. Baylay A. *Overcoming culture and language barriers*. The Practitioner, 1994; **240**: 403 - 6
13. Beardon PH, Mcgil ChrisM, Mckendrick AP, Mcdevitt A, Macdonald P. *Primary non compliance with prescribed medication in primary care*. British Medical Journal, 1993; **307** (6905): 846 - 8
14. Bent LZ. *Principles of prescription , order writing and patient compliance instructions* in Principles of therapeutics in Goodman and Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics, 9 th edition, Pergamon Press, New York, 1994: 1697 - 1706
15. Berwwick DM. *Continuous improvement as an ideal in health care*. New England Journal of Medicine, 1989 ; **320** (1) : 53 - 6
16. Biscaia J. *Bioética e iatrogenia*. Acção Médica, 1997; **1**: 5 - 14
17. Bogle SM, Harris EM. *Measuring prescribing : the short comings of the item*. British Medical Journal, 1994; **308**: 637 - 40
18. Bradley C. *Decision making and prescribing patterns - a literature review*. Family Practice, 1991; **8** : 276 - 87
19. Bradley CP. *Factors which influence the decision wether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners*. British Journal of General Practice, 1992; **42**: 454 - 60
20. Bradley CP. *Uncomfortable prescribing decisions: a critical incident study*. British Medical Journal, 1992; **304**: 294 - 6
21. Bradlow J, Coulter A. *Effect of fundholding and indecative prescribing schemes on general practitioner's prescribing costs*. British Medical Journal, 1993; **307**: 1186 - 9
22. Branco AG, Henriques L, Ramos V. *O que é a Clínica Geral ?*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1984; **1** (3): 7 - 11
23. Branthwaite A, Rose A. *Satisfaction and job stress in general practice*. Family Practice, 1988; **5**: 83 - 93

24. Branthwaite A, Ross A, Henshaw A, Davies C. *A study of continuing education requirements of general practitioners* (Ocasional paper 38). London, RCGP, 1988
25. Braybrook S, Walker R. *Influencing prescribing in primary care: a comparasion of two different prescribing feedback methods*. Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics, 1996; **21**: 247 - 54
26. British Medical Association. *Medical ethics today: its practice and philosophy*. 1993, ed. BMA
27. Burst H. *Explicit criteria for determining innapropriate medication use by the elderly*. Arch. Internal Medicine, 1997; **157**: 1531 - 6
28. Campbel AV. *On a principled medical ethic*. Family Practice, 1989; **6**: 81 - 82
29. Campbell SM, Roland MO. *Why do people consult the consult the doctor?* Family Practice, 1996; **13**: 75 - 83
30. Campos RM, González MCS. *Reflexions sobre la prescripción médica a partir de un curso de farmacoepidemiologia*. Atención Primaria, 1996; **7** (8): 527 - 30
31. *Caracterização dos médicos por idades e sexos nos respectivos colégios de especialidade*. Noticias da Ordem, Julho, 1994; **4** : 3
32. Cardenas EJ, Isenrich LL. *Hábitos de prescripcion de los medicos peruanos y factores que influenciam em ellos*. Boletin Oficina Sanitaria Panamericana, 1995; **118** (6): 479 - 87
33. Carvajal A, Sanchez A, Garrido R. *Demanda de medicamentos en un consultorio de la seguridad social*. Atención Primaria, 1989; **6** : 234 - 7
34. Chessare JB. *The Joint Comission Journal on Quality Improvement*. JAMA, 1996 ; **22** (4) : 289-91
35. Chren MM, Landefeld S. *Physician's behaviour and their interactions with drug companies: a controlled study of physicians who requested addition to a hospital drug*
36. Clayson M. *Practice meetings : time well spent*. The Practitioner, 1994; **228** : 92 - 4

37. Cockburn J, Pit S. *Prescribing behaviour in clinical practice: Patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations - a questionnaire study*. British Medical Journal, 1997; **315**: 520 - 5
38. Código Deontológico da Ordem dos Médicos
39. Colman T, Williams M, Wilson A. *Sampling for qualitative research using quantitative methods. 1. Measuring GPs' attitudes towards discussing smoking with patients*. Family Practice, 1996; **13** (6): 526 - 30
40. Comac HSR. *The European Study of referrals from primary to secondary care*. Royal College of General Practitioners (ocasional paper), London ,1992
41. Cook JD, Hepworth SJ, Wallt D, Warr PB. *The experience of work: a compendium and review of 249 masters and their use*. 1ª ed. London Academical Press, London, 1981
42. Cooper CL, Rout U, Faragher B. *Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners*. British Medical Journal, 1989; **298**: 366 - 70
43. Costa MCG. *Um ano de consulta no centro de saúde de Peso da Régua - 1987*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1989; **6** (12): 373 - 4
44. Couto L, Monteiro P, Veiga G, Hespanhol A, Trigueiros P, Ramos F, Pereira AC, Ramalhão C, Sousa Pinto A. *Hábitos de leitura dos médicos de clínica geral da zona norte de Portugal*. 2º Congresso Nacional de Medicina Familiar, Castelo Branco, 1997 (livro de resumos): 58
45. Couto L, Pereira A, Hespanhol A, Ramos J, Trigueiros P, Veiga G, Ramalhão C, Sousa Pinto A. *Placebos' prescription in primary care*. The 3rd European Congress on Family Practice / General Practice, Wonca, Stockholm, Sweden, June 30 - July 4, 1996 (livro de resumos): 69
46. Couto L, Rio C. *Polimedicação no Idoso*. Geriatria, 1990; ano II , vol III: 10 - 4
47. DGCSP. *Classificação e critérios de diagnóstico da Diabetes mellitus* . Circular normativa nº 29 / DSA, de 13.12.89
48. DGCSP. *Definição e classificação de hipertensão arterial*. Circular normativa nº 10 / DSA, de 16.3.89
49. DGCSP. *Diabetes mellitus - detecção e controle*. Circular normativa nº 28 / DSA, de 13.12.89

50. DGCSP. *Epilepsia - critérios de tratamento* . Circular normativa nº 30 / DSA, de 13.12.89
51. DGCSP. *Exames complementares mínimos no doente hipertenso*. Circular normativa nº 12 / DSA, de 16.3.89
52. DGCSP. *Hipertensão arterial resistente: conceito e orientação*. Circular normativa nº 15 / DSA, de 16.3.89
53. DGCSP. *Normas de seguimento de hipertensos*. Circular normativa nº 13 / DSA, de 16.3.89
54. DGCSP. *Registo de doentes hipertensos*. Circular normativa nº 11 / DSA, de 16.3.89
55. DGCSP. *Tensão arterial e gravidez*. Circular normativa nº 14 / DSA, de 16.3.89
56. DGS. *Regulamentação da actividade de informação médica em serviços e estabelecimentos de saúde do SNS*. Circular Normativa nº 7/GAB/DG de 6 / 10 / 97
57. Direcção do Colégio de Clínica Geral da Ordem dos médicos. *Inquérito aos médicos de clínica geral* . Revista Ordem dos Médicos, 1994; Outubro: 23 - 4
58. Documentos semFYC. *Bibliografia básica em medicina de familia* (Anexo II) in *La medicina de familia como area de conocimiento*, 1997; 10 : 67 - 72
59. Dutch College of General Practitioners. *Guidelines for General Practice* (N H G Standards) ed. Dutch College of General Practitioners, 1993
60. Espigares AM, Monts Salas G, Altamiras RJ, Iglesias JM, Briosó JF. *Predictive factors of drug prescription : profile of the overprescribing physician*. Gac. Sant., 1994 ; 8 (40): 25 - 9
61. Evans CE, Haynes RB. *Patient compliance in* Essentials of Family Practice, ed. Rakel, 1ªed., 1993, editora WBS Sanders Company: 111 - 8
62. Evered D, Williams H. *Postgraduated Education and the doctor*. British Medical Journal, 1980; : 628
63. Ferron M. *La symptomatologie transculturelle - son expression em médecine familiale*. Canadian Family Physician, 1995; 41: 1718 - 25
64. Fiol M, Guillaumet J, Loobera J, López R, Pareja A, Pérez JA, Pou J. *La prescripción farmaceutica: comparación entre el viejo y nuevo modelo de atención primaria de salud*. Atención Primaria, 1990; 7 (1): 32 - 38

65. Flocke SA. *Measuring attributes of primary care: development of a new instrument*. The Journal of Family Practice, 1997; **45**: 64 - 74
66. Foldevi M, Sommansson J, Trell E. *Problem based medical education in general practice: experience from Linköping (Sweden)*. British Journal of General Practice, 1994; **44**: 473 - 6
67. Fraser CR. *Patient Management Prescription* in Clinical Method, 1994, 2ª ed. Cambridge: 65 - 9
68. Fraser CR. *Patient management prescription* in Clinical Method, 1994, 2ª ed., ed Cambridge Press : 65 - 9
69. Fugelli P. *The patient Europe - calling for the general practitioner*. European Journal of General Practice, 1996; **2**: 26 - 9
70. Garcia VRC, Andrés JLP, Moreno SP, Fernandez AV, Pinto MAG. *Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria*. Atención Primaria, 1995; **16** (7): 407 - 11
71. Gonella JS. *Medical education: Past, present and future*. Educação Médica, 1992; **3** (2): 38 - 42
72. Gonzales R et al. *Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis by ambulatory care physicians*. JAMA, 1997; **278**: 901 - 4
73. González LA. *Mejora continua de la calidad: de la teoria a la practica*. Cadernos de Atención Primaria, 1996; **3** (1): 26
74. Grinshow JM, Russell IT. *Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation*. The Lancet, 1993; **342**: 1317 - 22
75. Grol R, Mokkink H, Smits A, Eijk JV, Beek M, Mesker P, Niesta JM. *Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care*. Family Practice, 1985; **2** (3): 128 - 35
76. Guimarães S. Discurso de introdução no painel: "Sistema de autorização de medicamentos na Europa" in 1ª Jornadas do Infarmed. Medicamento - as políticas nacionais face à internacionalização, ed. Instituto da Farmácia e do Medicamento, 1997: 77

77. Guirao TM, Nadal MR, Ares GJA, Castell MR, Garal MIR, Serrasolsas RMD, Vidal MCL, Ribo PC. *Factores condicionantes de la calidad de la prescripción, medida en valor intrínseco y grado potencial de uso*. Atención Primaria, 1994; **14** (9) : 1069 - 1072
78. Gulbrandsen P, Hjortdahl, Fuggeli P. *General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey*. British Medical Journal, 1997; **314**: 1014 - 8
79. Hartley RM, Epsteing HM, Harris CM, McNeil BJ. *Differences in ambulatory test ordering in England and America. Role of doctors' beliefs and attitudes*. American Journal of Medicine, 1987; **82**: 13 - 7
80. Hartzema AG, Christensen DB. *Non medical factors associated with prescribing volume among family practitioners in a HMO*. Medical Care, 1983; **21**: 990 1010
81. Helman C. *The application of anthropological methods in general practice research*. Family Practice, 1996; **13** (sup.1): 13 - 6
82. Hespanhol A.P. *Formação pregraduada em clínica geral em Portugal* in Documentos semFYC La medicina de familia como area de conocimiento, 1997; **10** : 37
83. Hespanhol AP. *Condições de exercício da clínica geral no Norte de Portugal*. (tese de doutoramento), 1996, Porto
84. Heyreman J. *Teaching and learning : a new discipline general practice*. European Journal of General Practice, 1996; **2** : 30- 2
85. Heywood P. *Practice formularies*. The Practitioner, 1991; **235**: 528 - 30
86. Hjortdahl P, Laerum E. *Continuity of care in general practice : effect on patient satisfaction*. British Medical Journal, 1992; **42**: 271 - 5
87. Holen M, Olesen F. *Factors affecting prescription of psychotropic drugs in general practice*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1988; **8**: 169 - 73
88. Howie J, Bigg AR. *Family trends in psychotropic and antibiotic prescribing in general practice*. British Medical Journal, 1980; **280**: 366 - 70

89. Howie JGR, Porter AMD, Forbes JF. *Quality and use of time in general practice: widening the discussion*. British Medical Journal, 1989; **298**: 1008 - 10
90. Howie JGR, Porter AMD, Heaney DJ, Hopton JL. *Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice*. British Medical Journal, 1991; **41**: 48 - 54
91. Howie JGR. *Research in general practice*. 2ª ed. London, 1989 ed. Chapman and Hall
92. Hull SA. *The method of Balint group work and its contribution to research in general practice*. Family Practice, 1996; **13** (sup.1): 10 - 2
93. Hulley SB, Cummings SR. *Diseño de la Investigacion clínica - Un enfoque Epidemiológico*. edição espanhola, Barcelona: Doyma, 1993
94. Hunskaar S, Hamtady S, Backe B, Matheson I. *Direct mailing of consensus recommendations did not alter GPs' knowledge and prescription of oestrogen in the menopause*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1996; **14**: 203 - 8
95. Ibanez PF, Olaskoagga AA. *Prescription of cerebral and peripheral vasodilators in primary health care: a study in the health district of Bilbao*. Atención Primaria, 1994; **14** (3): 665-70
96. Instituto Nacional de Estatística. *Anuário estatístico*. Região Norte. Ed. Direcção Regional do Norte do INE, 1995, Porto
97. James R, Turner N. *Reaccreditation in general practice. How New Zeland approaches the solution*. Canadian Family Phisician, 1995; **41** : 1733 - 8
98. Joefim A, Sindon A, Boufen A, Bordage G, Ferland JJ. *Structured oral interview. One way to identify family physicians educational needs*. Canadian Family Physician, 1995; **45**: 1346
99. Johnson KH, Dyrit M, Bazargan,M. *The reading habits of family practice residents*. Family Medicine, 1997; **29** (7): 488 - 91
100. Jones R. *A liberal education: teaching, learning and research in general practice*. British Journal of General Practice, 1997; **47**: 395 - 9
101. Jones R. *Qualitative research : challenges for integration support and dissemination*. Family Practice, 1996; **13** (sup.1): 22 - 6

- 102.Jordão JG. *Medicina Geral e Familiar - caracterização da prática e sua influência no ensino pré - graduado* (tese de doutoramento), 1996, Lisboa
- 103.Kassirer JP. *Redesigning Graduate Medical Education - location and content*. New England Journal of Medicine, 1996 ; **335**: 507 - 9
- 104.Kelly MH, Murray TS. *General practitioners' views on continuing medical education*. British Journal of General Practice, 1994; **44**: 469 - 71
- 105.Kelly MH, Murray TS. *General practitioners' views on continuing medical education*. British Journal of General Practice, 1994; **44**: 469 - 71
- 106.Kimmersley P, Stott N, Harvey I, Hackett P. *A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care*. Family Practice, 1996; **13** (1); 41 - 51
- 107.Klankka T. *Users of prescription drugs in finnish primay care*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1988; **6**: 43 - 50
- 108.Kosecoft J, Kananse DE, Rogoes WH; McCloskey L, Winslow CM, Brook RH. *Effects of the National Institutes of health consensus development program in physician practice*. JAMA, 1987; **258**: 2708 - 13
- 109.Kuyvenhoven M, Melker R, Van Der Velden. *Prescription of antibiotics and prescribers characteristics: A study into prescription of antibiotics in upper respiratory tract infections in general practice*. Family Practice, 1993 ; **10** (4) : 366 - 70 .
- 110.Lamberg L. *Psychiatry and primary care: new bonds*. JAMA, 1996; **275**: 1865 - 6
- 111.Laporte JR, Porta M, Capella D. *Drug utilization studies: a tool for determining the effectiveness of drug use*. British Journal of Clinical Phamacology, 1983; **16**: 301 - 4
- 112.Lee PR. *Medication and Prescribing in Primary Care*. ed. J. Fry, 1989, London: 230 - 251
- 113.Leese B, Bousanquet N. *High and low incomes in general practice*. British Medical Journal, 1989; **298**: 932 - 4

114. Leuwenhorst European Working Party - *The general practitioner in Europe*. Leuwenhorst Netherlands, 1974
115. Lexchin J. *Pourquoi intoxiquer aussi souvent nos patients agés? Une question d'attitude*. Canadian Family Physician, 1993; **39**: 2304 - 7
116. Liaw ST, Young D, Farish S. *Improving patient - doctor concordance: an intervention study in general practice*. Family Practice, 1996; **13** (5) : 427 - 31
117. Lim LS, Yager J, Cope D, Leake B. *Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty*. JAMA, 1985; **254** (19): 2775 - 82
118. Limarsson R. *Drug interactions in primary health care. A retrospective database study and its implementation for the design of a computerized support system*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1993; **11** (3): 181 - 6
119. Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. *Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat*. British Medical Journal, 1997; **314** (7082): 722 - 7
120. Llamas JS. *Indicadores de la calidad de la prescripción: el índice UTB? Un indicador inadecuado para la atención primaria?* JANO, 1995; **69** (1139): 576
121. Lobo AC. *Duração da consulta e peso da burocracia em clínica geral*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1987; **26**: 5 - 7
122. Longmaid HG, Rider E. *Feedback performance improvement in clinical medical education*. JAMA, 1995; **274**: 1104
123. Makela M. *Do general practitioners need guidelines?* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1996; **14**: 2 - 3
124. Makin PJ, Rout U, Cooper CL. *Job satisfaction and occupational stress among general practitioners: a pilot study*. Journal of Royal College for General Practitioners, 1988; **38**: 303 - 6
125. Marshall MN. *Sampling for qualitative research*. Family Practice, 1996; **13** (6): 522 - 5
126. Marwick C. *Medguide: at last a long sought opportunity for patient education about prescribing drugs*. JAMA, 1997; **277** (12): 949 - 50

- 127.Mawardi BH. *Satisfactions, dissatisfactions and causes of stress in medical practice*. JAMA, 1979; **241** (14): 1483 - 6
- 128.Maxwell M, Heanney D, Howie JGR, Noble S. *General practice fundholding : observations on prescribing patterns and costs using the defined daily dose method*. British Medical Journal, 1993; **307** : 1190 - 4
- 129.McAvoy AP. *The doctor - patient relationship* in Clinical Method - a general practice approach, 1992, 2^a ed. Robin Froser Butterworth Heineman, London: 78 - 88
- 130.McCue JD. *The effects of stress on physicians and their medical practice*. New England Journal of Medicine, 1982; **306** (8): 458 - 63
- 131.Mcken M, Clarke A. *Guidelines enthusiasm: uncertainty and the limit of purchasing*. British Medical Journal, 1995; **301**: 101 - 4
- 132.McPherson K, Stong PM, Epstein A, Jones L. *Regional variation in the use of common surgical procedures: within and between England and Wales, Canada and in the United States of America*. Soc.Sci.Med, 1981; **18**: 273 - 88
- 133.Mechanic D. Schlesinger M. *The impact of managed care on patient's thrust in medical care and their physicians*. JAMA, 1996; **275**: 1693 - 7
- 134.Melker RA, Kuyvenhoven M. *Management of upper respiratory tract infections in Dutch family practice*. Journal of Family Practice, 1994 ; **38** (4) : 353 - 7 .
- 135.Michichi RJ, Lamy PP, Hooper FJ, Richardson JP. *Drug prescribing for the elderly*. Archives of Family Medicine, 1993; **2** (4) : 441 - 4
- 136.Miller AE. *Mismedicating the elderly - says who?*. The Journal of Family Practice, 1995 ; **41**: 331 - 6
- 137.Miranda MA. *A participação do estado nos medicamentos. Evolução do sistema* in 1^a Jornadas do Infarmed. *Medicamento - as políticas nacionais face à internacionalização*, ed. Instituto da Farmácia e do Medicamento, 1997: 59 - 64
- 138.Morrell D. *Epidemiology in General Practice*. 1^a ed: Oxford Medical Publications, Oxford 1988

- 139.Morrell D. *Treatment in The art of general practice*, ed. Oxford University Press, 1ª ed, 1991: 142 - 51
- 140.Morrell DC, Evans ME, Moreis RW, Roland MO. *The "five minute" consultation: effect of twin constraint on clinical content and patient satisfaction*. British Medical Journal, 1986; **292**: 870 - 3
- 141.Moura MS. *Perfil profissional do clínico geral Português*. Revista Portuguesa de Clinica Geral, 1987; **4** (19) : 6 - 11
- 142.Mowat DAE, Grant JA, Mcdevit DG. *Introduction a drug formulary in general practice. Effects on practice prescribing costs*. Journal of Royal College for General Practitioners, 1987; **37**: 305 - 7
- 143.Mullen PD. *Compliance becomes concordance* (editorial). British Medical Journal, 1997; **314**: 691 - 2
- 144.Murfin D. *Generic drugs may be poorer quality* (letter) British Medical Journal, 1996; **308**: 977
- 145.Neves AM. *A publicidade e promoção do medicamento - comparação da legislação espanhola, francesa e portuguesa*. Revista Ordem dos Médicos, 1997; Dezembro:10 - 4
- 146.Noble J. *Influence of physicians' perceptions on putting knowledge into practice*. The Lancet, 1996; **347**: 1571
- 147.Noble RC. *Education or promotion* (letter). New England Journal of Medicine, 1992; **327** (5): 363
- 148.Nogueira JMS. *Stress e exaustão na acvtividade profissional do clínico geral*. Revista Portuguesa de Clinica Geral 1989; **6** (5): 141 - 7
- 149.Nogueira R. *Sistema de Qualidade na saúde - auto-avaliação que pretende identificar não quem mas o quê?* Jornal Médico de Família, 1997; II Série, 9º ano; **35**: 6
- 150.Nunes B. *O corpo e a saúde numa aldeia rural*. (tese de doutoramento), 1996, Porto

151. *O clínico geral do futuro. Aprendizagem e ensino.* Trad. A. Sousa Pinto e S. Sousa Pinto, ed. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, Porto, 1993
152. O M S - Wonca. *Perfil do médico de cuidados de saúde primários.* Revista Portuguesa de Clínica Geral 1987 ; 4 (28): 38
153. Oleson F, Vedsted P, Nielson JN. *Change in ranking order of prescribing patterns by age and sex standardization of the practice population.* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1996; 14: 159 - 64
154. Ordem dos Médicos. *Política do medicamento, posição da Ordem dos Médicos* Revista da Ordem dos Médicos, 1996; Julho / Agosto: 22 - 23
155. Orton P. *Stress and family physicians.* Canadian Family Physician, 1995; 41: 186 - 8
156. *Os problemas de família.* ed Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto
157. Oswald W. *Normas gerais de Prescrição de Medicamentos* in *Terapêutica Medicamentosa e suas bases farmacológicas.* ed. J. Garret e W. Oswald, 1996, 3ª edição (II vol), Porto Editora:
158. Oswald W. *Prescrição de Medicamentos.* Informação Terapêutica, 1992; 1 : 2 - 3
159. Ouion CWR, Dutton CE, Walley T, Turnbull CJ., Dunn WT, Buchon IE. *Local clinical guidelines: description and evaluation of a participative method for their development and implementation.* Family Practice, 1996; 13: 28 - 34
160. Owen PA, Allery LA, Harding KG, Hayes TM. *General practitioners' continuing medical education within and outside their practice.* British Medical Journal, 1989; 299: 238 - 40
161. Palmer K. *Prescribing .* The Practitioner, 1989; 233: 1464 - 5
162. Parish PA, Ponston J. *Creating standards of prescribing practice* in Primary Care. ed. J. Fry, 1989, London: 252 - 65
163. Peleteiro SMCV. *Os consumidores e os medicamentos.* Revista da Ordem dos Médicos, 1996; Junho : 21 - 3

164. Peppiatit R. *Eliciting patient's views of the cause of their problem: a practical strategy for GPs*. Family Practice, 1992; **9**: 295 - 8
165. Pinto AS. *Especificidade da clínica geral*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1989; **6**(6): 184 - 5
166. Pires B, Cerdeira F. *Satisfação profissional dos clínicos gerais num centro de saúde*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1989; **6** (1): 6 - 13
167. *Política do medicamento (editorial)*. Revista da Ordem dos Médicos, 1996; Maio: 7 - 9
168. Polónia J. *Lista de medicamentos actualizada*. Ordem dos Médicos, 1997; Abril / Maio: 19
169. Popper K, McIntyre N. *The critical attitude in medicine: The need for a new ethics*. British Medical Journal, 1983; **287**: 1919
170. Pouchain D, Rosenzweig C, Gay B, Masson C. *De la vigilance de la prescription à la pharmacovigilance*. Exercer, 1997; **41** : 4 - 9
171. Prislin MD, Lenahan P, Shapiro J, Radecki S. *Family practice residency behavioral science training: influence in graduate practice activity*. Family Medicine, 1997; **29** (7): 483 - 7
172. Pritchard A. *The general practitioners' technical role* in Manual of Primary Health Care: its Nature and Organization, 1991, 2ª ed. Oxford, : 85 - 93
173. Pritchard P, Low K, Whalen M. *Management of prescribing and prescriptions* in Management in General Practice, ed. Oxford University Press, 1985: 128 - 38
174. *Protocolo entre a Ordem dos Médicos e a Apifarma*. Revista da Ordem dos Médicos, 1997, Novembro: 11 - 7
175. Rafferty T, Wilson D, McGavock H. *How has fundholding in Northern Ireland affected prescribing patterns? A longitudinal study*. British Medical Journal, 1997; **315**: 166- 70
176. Rakel RE. *The Family Physician* in Essentials of Family Practice, 1993, ed. NB Saunders Company: 1 - 20

- 177.Ramos V. *Assessing the development of european general practice and family medicine* in European Union of General Practice (reference book) 1997 / 98, ed. Thomas E Kennedy: 75 -7
- 178.Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. *Consultations in general practice: a comparasion of patients' and doctors' satisfation*. British Medical Journal, 1989; **209** : 1015 - 6
- 179.Rebelo L. *Doze atributos do especialista de clinica geral / medicina familiar*. Revista Portuguesa e Clínica Geral, 1989; **6** (7): 193 - 4
- 180.Rebelo L. *O doente com artrite reumatóide e o seu contexto familiar*. (tese de doutoramento), 1996, Lisboa
- 181.Rebelo L. *O primado da clinica em Medicina Geral e Familiar*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1997; **14**: 250 - 64
- 182.Rethans J, Saebu J. *Do general practitioners act consistently in real practice when they meet the same patient twice? Examination of intradoctor variation using standardised (simulated) patients*. British Medical Journal, 1997; **314**: 1170 - 3
- 183.Rethans JJ, Boven Van CPA. *Simulated patients in general practice: a different look of consultation*. BMJ, 1987 ; **294** : 809 - 12
- 184.Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, Vlanten C, Hobus P. *Does competence of general practitioners predict their performance? Comparasion between examination setting and actual practice*. British Medical Journal, 1991; **303**: 1377 - 80
- 185.Rethans JJ, Sturmns F, Drop R, Van der Vlentec. *Assessement of the performance of general practitioners by the use of standardized (simulated) patients*. British Journal of General Practice, 1991; **41**: 97 - 9
- 186.Roberg RF, Gunest A, Beauchamin JP, Parent M. *Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les personnes âgées en centre d'accueil*. Canadian Family Physician, 1995 ; **45**: 800 - 6

- 187.Roberts SJ, Bateman DN, Smith JM. *Prescribing behaviour in general practice. The impact of promoting therapeutically equivalent cheaper medicines.* British Journal of General Practice, 1997; **47**: 13 - 7
- 188.Rochon PA, Gurwitz RPA. *Drug therapy.* The Lancet, 1995; **346** (8966): 32 - 6
- 189.Rodrigues GRL. *Política industrial portuguesa aplicável à indústria farmacêutica.* in 1^{as} Jornadas do Infarmed. *Medicamento - as políticas nacionais face à internacionalização*, ed. Instituto da Farmácia e do Medicamento, 1997: 35 - 50
- 190.Rodrigues ML. *O benefício e o risco dos medicamentos.* Revista da Ordem dos Médicos, 1996; Fevereiro: 26 - 8
- 191.Rodrigues PMT, Ramo C, Esquiús P. *Criterios de la elaboración de un formulario de medicamentos en una area basica de salud e impacto sobre la prescripción.* Atencion Primaria, 1994; **14** (10): 1128 - 34
- 192.Roland M, Coulter A. *Hospitals referrals.* Oxford, 1992; ed. Oxford University Press
- 193.Ropursson P. *What determines a family doctor's prescribing habits for antibiotics?* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1996; **14**: 196 - 202
- 194.Royal College of General Practitioners. *What sort of Doctor? Assessing Quality of care in General Practice.* 1985, 1^a ed. Royal College of General Practitioners
- 195.Rucker D, Schiff G. *Drug formularies : Myths in formation.* Medical Care, 1990; **20** (10): 928
- 196.Rudd P,Ahmed S, Zachary V, Barton C, Bonduelle D. *Issues in patient compliance: The searche for therapeutic sufficiency.* Cardiology, 1992; **80** (supl. 1): 2 - 10
- 197.Ryan M, Yula B, Bond C, Taylor RJ. *Scottish general practtionrers' attitudes and knowledge in respect of prescribing costs.* British Medical Journal, 1990; **300**: 1316 - 18

- 198.Sá AB, Ferreira C, Branco AG. *Hábitos e atitudes dos médicos de família portugueses em relação ao tabaco*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1994; **11**: 177 - 87
- 199.Santis G, Harvey KJ, Howard D, Mashford MJ, Moulds RF. *Improving the quality of antibiotic prescription patterns in general practice. The role of educational intervention*. Med. J.Aust., 1994; **160** (8) : 502 - 5
- 200.Santos I, Jordão JG. *Internato complementar de clínica geral: situação actual e evolução*. Educação Médica, 1997; **8**(2): 69 - 83
- 201.Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. *Anuário Médico 1994 - Região Norte*. 2ªedição: Ordem dos Médicos, 1994
- 202.Sequeira MM, Carvalho MJ. *O médico de Família: algumas reflexões*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1985; **2** (10) : 25 - 6
- 203.Sibbald B, Hall JA, Brenneman D, Freeling P. *Telephone versus postal surveys of general practitioners: methodological considerations*. British Journal of General Practice, 1994; **44**: 297 - 300
- 204.Silva A. *Formulário de medicamentos inevitável*. Entrevista ao Jornal Médico de Família, 1997, II série, **8** (25): 8 - 10
- 205.Silva CV. *Medicamentos genéricos*. Revista da Ordem dos Médicos, 1996; Junho : 15 - 6
- 206.Silva EA. *O estado das participações* in 1ª Jornadas do Infarmed. *Medicamento - as políticas nacionais face à internacionalização*, ed. Instituto da Farmácia e do Medicamento, 1997: 65 - 73
- 207.Silva JAA . *Política Nacional do Medicamento*. 1ª Jornadas do Infarmed in *Medicamento - as políticas nacionais face à internacionalização*, ed. Instituto da Farmácia e do Medicamento, 1997: 25 - 33
- 208.Silva JM. *Formação e actuação médicas*. Manchete, 1997; **15** (edição especial sobre saúde): 24 - 8
- 209.Sleator DJ. *Towards accurate prescribing analysis in general practice: accounting for the effects of practice demography*. British Journal of General Practice, 1993; **43**: 102 - 6

210. Smith LFP. *Research general practice: what, who and why*. British Journal of General Practice, 1997; **17**: 83 - 6
211. Sousa JC, Maio R. *Necessidade de formação médica contínua dos médicos de clínica geral da região norte. A perspectiva dos médicos com responsabilidades de formação*. Educação Médica, 1997; **8** (2) : 98 - 111
212. Sousa JC. *Developing general practice in Portugal : new and old solutions for the same old problems* in European Union of General Practice (reference book) 1997 / 98, ed. Thomas E Kennedy: 105 - 6
213. Sousa Pinto A, Hespanhol A. *A moderna clínica geral na licenciatura em medicina*. Educação Médica, 1997; **8** (2): 60 - 8
214. Sousa Pinto A. *A evolução da clinica geral do João Semana aos nossos dias*. Brotéria, 1996; **142**: 543 - 64
215. Stanley J. *Continuing education for general practice. 1. Experience, competence and the media of self direct learning for established general practitioners*. British Journal of General Practice, 1993; **43**: 210 - 4
216. Stegel D, López J. *Trends in antihypertensive drugs use in the United States. Do the JNCV recommendations affect prescribing?* JAMA, 1997; **278**: 1745 - 8
217. Stewart AL, Grumbach K, Osmond DH, VranizanK, Komaromy M, Bindman AB. *Primary care and patient perceptions of access care*. The Journal of Family Practice, 1997; **44** (2): 177-185
218. Stinson R, Dorothy A, Mueller MA. *Survey of health professional formation: Habits and needs*. JAMA, 1980; **243** (2): 140 - 4
219. Stinson R, Dorothy A, Mueller MA. *Survey of health professional formation: habits and needs*. JAMA, 1980; **243** (2): 140 - 4
220. Stong PM, Epstein A, Jones L. *Regional variation in the use of common surgical procedures: within and between England and Wales, Canada and United States of America*. Soc. Sci. Med, 1981; **18**: 273 - 88
221. Stoppe G, Sandholzer H, Staedt J, Kiefer J, Winter S, Kochen M, Ruther E. *Factors influencing the prescribing of nootropic drugs*. Dtch. Med. Wochenschr, 1995; **120** (47): 1614 - 19

222. Subject Category Listing (section 1) S.C.I. Journal Citation Reports, 1995, ed. Institute for Scientific Information, Philadelphia, U.S.A.
223. Suspiro A, Lima MG. *Três meses de experiência de consulta de Clínica Geral num centro de saúde de Barrancos*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1986; **3** (14): 12 - 7
224. Sutherland VJ, Cooper CL. *Job stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract*. British Medical Journal, 1992; **304**: 1545 - 8
225. Sutters CA. *The management of a hospital formulary*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 1990; **5**: 59 - 76
226. Taylor RJ, Band CM. *Change in the established prescribing habits of general practitioners: an analysis of initial prescriptions in general practice*. British Journal of General Practice, 1991; **41**: 244 - 8
227. Taylor RJ. *Repeat prescribing - still our Achilles' heel ?* British Journal of General Practice, 1996; **46**: 640 - 1
228. Tellens G, Sandvick L, Moum T. *Interdoctor variation in sickness certification*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1988; **8**: 45 - 52
229. Toon P. *Educating doctors to improve patient care*. British Medical Journal, 1997; **315** (7104): 353 - 4
230. UEMO. *Consensus document on specific training for general practice in European Union of General Practice* (reference book) 1997 / 98, ed. Thomas E Kennedy: 32 - 6
231. UEMO. *Declaration on continuing medical education* (adopted in Helsinki 1994) European Union of General Practice reference book 1997 / 98, ed. Thomas E Kennedy: 27 - 8
232. UEMO. *Policy statement of the European Union of General Practitioners* (adopted in Berlin, October 1990, Copenhagen, October, 1991). *Definition of General Practice in UEMO*. European Union of General Practitioners (reference book), 1994 / 5. 1ª ed. London : Norman Ellis, 1994

- 233.UEMO. *Statement on computerized medical records - the implications for modern general practice* in European Union of General Practice (reference book) 1997 / 98, ed. Thomas E Kennedy : 20 - 7
- 234.UEMO. *UEMO resolution on therapeutic prescription* in European Union of General Practice (reference book) 1997 /98, ed. Thomas E Kennedy: 19
- 235.Van Zwamberg. *Prescribing in general practice* in Royal College of general practitioners (members reference book), 1986, London: 254 - 6
- 236.Vieira D, Viegas I, Furtado N. *Satisfação profissional em médicos da carreira de clínica geral*. Acta Médica Portuguesa, 1995; **8**: 531 - 5
- 237.Vieira D, Viegas I. *Satisfação profissional do clínico geral*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 1991; **8** (7) : 210 - 15
- 238.Virgi A. *A study of patients attending without appointments in a urban general practice*. British Medical Journal, 1990; **301**: 22 - 6
- 239.Virji A, Britten N. *A study of the relationship between patients' attitudes and doctors' prescribing*. Family Practice, 1991; **8** : 314 - 9
- 240.Waitzkin H, Cabrera A, Cabrera GA, Rad Pow M, Rodriguez F. *Patient doctor communication in cross national perspective*. Medical Care, 1996 ; **34**: 641 - 71
- 241.Walley T. *Rational prescribing in primary care - a new role for clinical pharmacology?* British Journal of Clinical Pharmacology, 1993 ; **36**: 11 - 2
- 242.Wand DR. *Pharmaceutical promotions: a free lunch*. New England Journal of Medicine, 1992 ; **327** (5): 351 - 3
- 243.Webb S, Lloyd H. *Prescribing and referral in General Practice : a study of patients expectations and doctors' actions*. British Journal of General Practice, 1994; **44** (381): 165 - 9
- 244.Weefield HR, Austey TJ. *Job stress in general practice: practitioner age, sex and attitudes as predictors*. Family Practice, 1991; **8** (2): 140 - 4
- 245.Weiss MC, Fizpatrick R, Scott OK, Goldacre MJ. *Pressures on general practitioner and decisions to prescribe*. Family Practice, 1996; **13** (5) : 432 - 8

246. West G, Newton J. *Clinical Guidelines*. British Medical Journal, 1997; **314** (7104): 315- 8
247. Whynes DK, Baines DL, Tolley KH . *GP fundholding and the costs of prescribing: further results*. Journal of Public Health Medicine, 1997; **19**: 18 - 22
248. Wilkin D, Hallan L, Dogget MA. *Measures of need and outcome for primary health care*. ed. Oxford Medical Publications, Oxford, 1994
249. Wonca. *O papel do médico de clínica geral / médico de família nos sistemas de saúde*. Revista Portuguesa de Clinica Geral, 1991; **8** (8): 242 - 7
250. Woodcock AGT, Forrest JM, Mckena M, Stanley IM, Boaden NT. *Continuing education: a survey among general practitioners*. Family Practice, 1989; **6** : 98 - 107
251. Woorld Medical Association. *Declaration of Lisbon on the rights of the patient* (adopted by 34 th World Medical Assembly, Lisbon, Portugal, Sept / Out / 1991 and ammended by the 47 th General Assembly Bali, Indonesia, September, 1995
252. Wright AF. *Modular continuing medical education : our flexible friend ?*. British Journal of General Practice, 1994; **44**: 146 - 7
253. Wright EC. *Non compliance - or how many aunts has Matilda?* The Lancet, 1993; **342** : 909 - 13
254. Zermansky AG. *Who controls repeats ?* British Journal of General Practice, 1996; **46**: 643 - 7
255. Zwar NA, Gordon JJ, Sanson F. *Evaluation of an educational program in rational prescribing for G.P. trainers*. Australian Family Physician, 1995; **24**: 833 - 8

TABELAS

Tabela 1 - Movimento do envio de questionários e taxa de resposta

Nº de questionários enviados	1168
Nº de questionários devolvidos por endereço incorrecto	19
Nº de questionários recebidos	250
Nº de questionários não recebidos	899
Taxa de Resposta	
	$= (250 / 1168 - 19) \times 100 = 22\%$

Tabela 2 - Taxa de resposta ponderada

Nº de questionários enviados	1168
% de médicos com morada alterada (30%)	351
Nº de questionários recebidos	250
Nº de questionários não recebidos	817
Taxa de Resposta	
	$= (250 / 1168 - 351) \times 100 = 31\%$

Tabela 3 - Distribuição por idade e sexo (em número e percentagem) dos respondentes ao questionário e comparação com os dados da Ordem dos Médicos (1994) e valores de Qui Quadrado de Pearson

	Questionário		Ordem dos Médicos		
	Nº	%	Nº	%	p
Grupo Etário:					
< 40 anos	134	54	523	43	0,03
40 a 49 anos	100	40	569	52	
> ou = 50 anos	61	6	64	5	
Sexo					
Masculino	126	50	506	42	0,06
Feminino	124	40	650	58	

Tabela 4 - Distribuição da frequência e percentagem das variáveis categóricas: estado civil, local e tempo de licenciatura e de formação nos respondentes ao questionário (n = 250)

		Nº	%
Estado civil	Casado	222	89
	Solteiro	15	6
	Outro	13	5
Local de Licenciatura	F.M.P.	232	92
	Outros locais	18	8
Tipo de Formação	Específica	184	74
	Complementar	52	21
	Sem Formação	14	5
Tempo de Licenciatura	< ou = 15 anos	20	8
	> 15 e < ou = 20 anos	109	68
	> 20 anos	61	24

Tabela 5 - Local de Residência (por distrito em número e percentagem) nos respondentes ao questionário e compararação com dados do Instituto Nacional de Eestatística (valor de qui quadrado de Pearson)

Questionário (n = 250)			I.N.E. (n = 3965)		p
Local de Residência (distrito)	Nº	%	Nº	%	
Porto	144	59	2419	61	<0,01
Braga	49	20	473	12	
Bragança	15	6	127	3	
Aveiro	13	5	341	9	
Viana do Castelo	12	5	132	3	
Vila Real	8	3	265	7	
Viseu	2	1	208	5	

Tabela 6 - Local de trabalho (por distrito em número e percentagem) nos respondentes ao questionário e compararação com dados das Sub-Regiões de Saúde e valor de qui quadrado de Pearson

Questionário (n = 250)			A.R.S. (n= 2584)		p
Local de Residência (Distrito)	Nº	%	Nº	%	
Porto	140	57	1057	41	<0,01
Braga	51	21	452	17	
Bragança	17	7	93	4	
Aveiro	13	5	418	16	
Viana do Castelo	11	4	153	6	
Vila Real	10	4	151	6	
Viseu	5	2	260	10	

atende

de

Tabela 7 - Atendimento de Delegados (em número e percentagem) nos respondentes ao questionário (n = 250)

	Nº	%
Local de Atendimento:		
No Consultório do Centro de Saúde só	231	96
No Consultório Privado	10	4
Consultório Privado e Centro de Saúde		
Tem Horário de Atendimento de Delegados?		
Sim	186	74
Não	64	26
Quantos Recebe em média por semana?		
2 a 4	39	15
5 a 7	46	18
8 a 10	92	37
> ou = 10	72	29

Tabela 8 : Frequência de Consulta (em número e percentagem) de Separatas da Indústria Farmacêutica nos respondentes ao questionário (n= 250)

	Nº	%
Ocasionalmente	170	68
Regularmente	70	28
Nunca	10	4

Tabela 9 - Frequência de observação (em número e percentagem) de Programas da Rádio e T.V. sobre Saúde nos respondentes ao questionário (n = 250)

	Nº	%
Vêm ou Ouvem Ocasionalmente	167	85
Vêm ou Ouvem Regularmente	45	18
Quais os Programas citados como vistos regularmente ?	12	6
“Viver com Saúde”(RTP2)		
Programa da TV espanhola	4	2
“Sexo Anjos”(RDP)	3	1
Fazem Programas em Rádios	4	2
Locais sobre Saúde		

Tabela 10 - Frequência (em número e percentagem) de leitura regular (pelo menos uma vez por mês) de revistas médicas por tipo, língua, assinatura e gratuidade, nos respondentes ao questionário (n= 250)

	Língua	Assinatura	Gratuidade	Nº	%
<i>Update</i>	Portuguesa	sim	sim	188	75
<i>Rev. Port. Cl. Geral</i>	Portuguesa	sim	sim (p/ sócios)	179	72
<i>Rev. Ordem Médicos</i>	Portuguesa	sim	sim	170	68
<i>Postgrad .Medicine *</i>	Portuguesa	sim	sim	96	38
<i>Acta Médica</i>	Portuguesa	sim	sim	67	27
<i>Brit. Med. Journal *</i>	Portuguesa	sim	sim	59	24
<i>Informação Terapêutica</i>	Portuguesa	não	sim	54	22
<i>Geriatrics</i>	Portuguesa	sim	sim	49	20
<i>Cardiologia Actual</i>	Portuguesa	sim	sim	45	18
<i>Anamnesis</i>	Portuguesa	sim	sim	29	12
<i>La Revue Practicien</i>	Francesa	sim	não	24	10
<i>New Eng J. Medicine *</i>	Inglesa	sim	não	16	6
<i>The J.of Fam. Practice *</i>	Inglesa	sim	não	13	5
<i>Saúde Infantil</i>	Portuguesa	sim	não	10	4
<i>The Lancet *</i>	Inglesa	sim	não	8	3
<i>Reumatologia</i>	Portuguesa	sim	sim	7	3
<i>Pathos</i>	Espanhola	sim	sim	7	3
<i>Tempo Medicina</i>	Portuguesa	sim	sim	6	2
<i>R. Port. Saúde Pública</i>	Portuguesa	sim	não	6	2
<i>Medical Care *</i>	Inglesa	sim	não	5	2
<i>Notícias Médicas</i>	Portuguesa	sim	sim	5	2
<i>The Practitioner*</i>	Inglesa	sim	não	4	2
<i>Am..Jof Epidemiology *</i>	Inglesa	sim	não	4	2
<i>J.A.M.A. *</i>	Inglesa	sim	não	3	1
<i>European Journal</i>	Inglesa	sim	não	2	1
<i>Med.Cl.N.America *</i>	Inglesa	sim	não	2	1
<i>Pediatrics</i>	Inglesa	sim	não	2	1
<i>Psiquatria</i>	Portuguesa	sim	não	2	1
<i>Science & Vie</i>	Francesa	sim	não	1	0
<i>Jorn.Med.Familia</i>	Portuguesa	sim	sim (p/ sócios)	1	0
<i>Rev.Port.Diabetes</i>	Portuguesa	sim	não	1	0
<i>Criança</i>	Portuguesa	sim	não	1	0
<i>Jornal O Médico</i>	Portuguesa	sim	não	1	0

*Rev.Indexadas no Journal Citation Reports ** Public. Infarmed (Min. da Saúde) •Leitura regular (pelo menos 1 vez mês)

Tabela 11 - Hábitos de Leitura de revistas em língua inglesa, indexadas ou de envio não gratuito (em número e percentagem) nos respondentes ao questionário (n= 250)

	Nº	%
Lê pelo menos uma revista em língua inglesa ?		
Sim Lê	48	19
Não Lê	202	81
Lê pelo menos uma revista indexada no J.C.Reports ?		
Sim Lê	215	86
Não Lê	35	14
Lê pelo menos uma revista não enviada gratuitamente ?		
Sim Lê	79	32
Não Lê	171	68

Tabela 12 - Frequência (em número e percentagem) de leitura regular * , ocasional ** ou não, de livros por tipo e língua de publicação nos respondentes ao questionário (n= 250)

Livros	Língua	Regular		Ocasional		Nunca	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Harrison's of Internal Medicine</i>	Inglesa	150	63	70	30	16	7
<i>Current Med.DiagnosisTherapeutics</i>	Inglesa	76	38	45	22	85	41
<i>Manual Medical Therapeutics</i>	Inglesa	59	32	48	25	87	45
<i>Goodman 's The Pharm. Bas</i>	Inglesa	24	12	36	24	100	51
<i>Therap</i>							
<i>Terap. Med.e suas Bases</i>	Portuguesa	22	11	52	27	120	62
<i>Farmacológicas</i>							

* Leitura regular (pelo menos uma vez por mês)

** ocasional (menos de uma vez por mês)

Tabela 13 - Frequência de Congressos (em número e percentagem) no ano de 1994 nos respondentes ao questionário (n = 250)

	Nº	%
Frequência de Congressos em 1994		
0	10	4
1 a 2	52	21
3 a 4	90	36
4 a 5	50	20
5 a 6	22	9
> ou = 7	26	10

Tabela 14 - Frequência de leitura de Jornais (em número e percentagem) nos respondentes ao questionário de forma regular, ocasional ou não, por tipo e periodicidade nos respondentes ao questionário (n = 250)

JORNAIS	Periodicidade	Regular		Ocasional		Nunca	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Público</i>	Diário	114	46	88	35	33	13
<i>Expresso</i>	Semanal	87	35	87	35	50	20
<i>Independente</i>	Semanal	78	31	78	31	65	26
<i>Jornal de Noticias</i>	Diário	72	30	85	34	58	23
<i>Semanário</i>	Semanal	18	8	52	21	126	50
<i>Tal e Qual</i>	Semanal	14	7	32	13	150	60

* Leitura regular (pelo menos uma vez por mês)

** ocasional (menos de uma vez por mês)

Tabela 15 - Relação entre a prescrição no caso clínico da **Amigdalite**, e as variáveis idade, sexo, locais de licenciatura, residência e trabalho, estado civil e profissão do conjugue, e se fez ou não formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

	Idade	Sexo	Loc.Trab (distrito)	Loc.Res (distrito)	Est.Ci- vil	Prof. Conj	Loc. Licen	FC.ou F.E.
A.A.S.	.109	.710	.405	.845	.994	.777	.756	.213
Acetils.Lisina	.922	.497	.011	.042	.845	.932	.805	.518
Amoxicilina	.083	.522	.948	.702	.499	.252	.041	.486
Amox/Ac.Clav	.457	.681	.324	.256	.226	.850	.657	.961
Bacampicilina	.165	.166	.037	.038	.700	.033	.957	.737
Cefaclor	.357	.073	<0,01	<0,01	.804	.027	.979	.761
Cefadroxil	.655	.353	.691	.862	.748	.952	.064	.725
Cefixima	.508	.974	.995	.994	.863	.592	.001	.829
Cefoperazona*	.938	.236	.693	.823	.566	.04578	.926	.682
Eritromicina	.827	.04362	.766	.629	.292	.001	.897	.556
Fenoximetilpen.	.599	.983	.090	.180	.845	<0,01	.001	.829
Ibuprofeno	.928	.625	.924	.885	.404	.999	<0,01	.734
Indometacina	.708	.326	.012	.003	<0,01	.005*	.995	.878
Iodopovidona	.616	.991	.985	.986	.855	.907	.988	.829
Naproxeno	.191	.319	.998	.998	.926	.002	.995	.880
Nimesulide	.533	.797	.268	.395	.312	.579	.284	.415
Paracetamol	.654	.883	.332	.448	.408	.655	.283	.930
Pen.Benzatínica	.999	.202	.741	.032	.421	.501	.776	.084
Pen.Procaínica	.688	.416	.698	.368	.086	.323	.292	.785
Roxitromicina	.422	.045	.562	.370	.624	.676	.123	.178

*não recodificada

Tabela 16 - Relação entre a prescrição com fármacos com eficácia clínica escassa, no caso clínico da **Amigdalite**, as variáveis idade, sexo, locais de licenciatura, residência e trabalho, estado civil e profissão do conjugue, e se fez ou não formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão Conjuge	Local Residência (distrito)	Local Trabalho (distrito)	Local Licen- ciatura	FC. ou F.E.
Benzidamida	.852	.095	.529	.944	.238	.165	.001	.713
Derivados de Enzimas*	.843	.791	.597	.477	.006	.028	.175	.242

*não recodificada

F.C. = Formação Complementar
F.E. = Formação Específica

Tabela 17 - Relação entre a prescrição com fármacos de actividade clínica demonstrada, no caso clínico de **Amigdalite** e os diferentes meios de informação - revistas, congressos e atendimento de delegados (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

	Nº de Revistas	Revistas indexadas	Revistas pagas	Revistas língua Inglesa	Nº de congressos	Leitura de livros	Leitura de Sepa- ratas	Nº dele- gados
A.A.S.	.491	.390	.100	.203	.896	.577	.076	.683
Acetils.Lisina	.668	.670	.754	.366	.521	.477	.495	.495
Amoxicilina	.846	.090	.633	.472	.072	.743	.731	.934
Amox/Ac.Clav	.317	.427	.423	.955	.659	.045	.819	.622
Bacampicilina	.926	.663	.119	.278	.357	.164	.033	.560
Cefaclor	.996	.495	.941	.396	.015	.910	.918	.541
Cefadroxil	.993	.431	.741	.812	.720	.830	.333	.407
Cefixima	.993	.588	.330	.486	.406	.424	.581	.511
Cefoperazona*	.735	.236	.113	.767	.258	.969	.336	.660
Eritromicina	.077	.128	.653	.793	.001	.720	.902	.929
Fenoximetilpen	.907	.587	.530	.233	.784	.833	.588	.436
Ibuprofeno	<0,01	.393	.628	.911	.843	.639	.790	.441
Indometacina	<0,01	.393	.139	.041	.629	<0,01	.766	.592
Iodopovidona	.904	.576	0,543	.248	.344	.570	.581	.269
Naproxeno	.981	.705	.504	.627	.882	.630	.307	.600
Nimesulide	.798	.151	.818	.917	.591	.780	.331	.544
Paracetamol	.590	.300	.182	.530	.881	.515	.123	.671
Pen.Benzatínica	.722	.704	.201	.934	.798	.543	.429	.535
Pen.Procaínica	.511	.032	.322	.457	.075	.017	.275	.145
Roxitromicina	.397	.784	.051	.089	.818	.026	.626	.699

Tabela 18 - Relação entre a prescrição com fármacos de eficácia clínica escassa, no caso clínico de **Amigdalite** e os diferentes meios de informação - revistas, congressos e atendimento de delegados (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

	Nº Revistas	Revistas Indexadas	Revistas Pagas	Revistas Lingua Inglesa	Nº Con- gressos	Leitura Livros	Leitura Separatas	Nº Dele- gados
Benzidamida	.298	.717	.915	.836	.409	.769	.343	.262
Derivados de Enzimas *	.640	.525	.613	.697	.275	.254	.341	.131

Tabela 19 - Relação entre a prescrição com fármacos activos no caso clínico de **Hipertensão Arterial**, as variáveis (idade, sexo, locais de licenciatura, residência e trabalho, estado civil e profissão do conjugue, e se fez ou não formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

	Idade	Sexo	Local Trabalho (dist)	Local Residência (dist)	Estado Civil	Profissão Conjuge	Local Licenci atura	FC. ou F.E.
A.A.S.	.668	.014	.868	.945	.415	.486	.391	0.537
Captopril	.737	.188	.183	.256	.414	.646	.554	<0,01
Captopril/HCZ	.595	.851	.025	.311	.551	.273	.135	.122
Enalapril	.065	.860	.369	.357	.826	.453	.162	.573
Enalapril/HCZ	.073	.485	.637	.584	.717	.851	<0,01	<0,01
Espironolactona	.765	.060	.473	.502	.241	.752	.643	.433
Furosemida*	.94	.007	.861	.855	.528	.807	.832	.471
HCZ/Amilorido	.977	.468	.486	.437	.866	.167	.860	.408
Metildopa/ HCZ/ Amilorido	.417	.958	.703	.561	.026	.999	.954	.804
Nifedipina	.574	.666	.636	.476	.118	.654	.059	.279

*não recodificada

F.C. = Formação Complementar

F.E. = Formação Específica

Tabela 20 - Relação entre a prescrição no caso clínico de **Hipertensão Arterial**, as variáveis idade, sexo, locais de licenciatura, residência e trabalho, estado civil e profissão do conjugue, e se fez ou não formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

Fármacos com eficácia clínica duvidosa	Idade	Sexo	Local Trabalho (dist)	Local Residência (dist)	Estado Civil	Profissão Conjuge	Fez F.C.	Fez F.E.
Cinarizina	.042	.144	.438	.494	.567	.158	.846	.529
Flunarizina	.733	.220	.749	.567	.242	.889	.876	.701
Nimodipina	.389	.350	.359	.726	.769	.008	.977	.004
Trimetazidina	.189	.191	.821	.873	.263	.575	.778	.492

F.C. = Formação Complementar

F.E. = Formação Específica

Tabela 21 - Relação entre a prescrição no caso clínico de **Hipertensão Arterial**, as variáveis idade, sexo, locais de licenciatura, de residência e de trabalho, estado civil e profissão do conjugue, e se fez ou não formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

Fármacos com eficácia clínica escassa	Idade	Sexo	Local Trabalho (dist)	Local Residência (dist)	Estado Civil	Profissão Conjuge	Local Licenciat ura	FC.ou F.E.
Dihidroergocristina *	.588	.861	.743	.708	.052*	.533	.51358	.689
Dihidroergotoxina	.043	.912	.611	.465	.752	<0,01	<0,01	.735
Dipiridamol *	.219	.595	.931	.839	.260	.716	.836	.952
Ginko biloba	.420	.350	.985	.988	.785	.477	.892	.242
Nicergolina	.735	.906	<0,01	<0,01	.821	.999	<0,01	.242
Piracetam	.585	.947	.917	.706	.773	<0,01	.906	.739

*não recodificada

F.C. = Formação Complementar

F.E. = Formação Específica

Tabela 22 - Relação entre a prescrição com fármacos activos no caso clínico de **Hipertensão Arterial** e os diferentes meios de informação - revistas, congressos e atendimento de delegados (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

	Nº revistas	Revistas indexadas	Revists pagas	Revistas lingua inglesa	Nº con- gressos	Leitura livros	Leitura separatas	Nº de- legados
A.A.S.	.913	.512	.803	.401	.285	.321	.331	.949
Captopril	.541	.572	.163	.197	.657	.026	.707	<0,01
Captopril/HCZ	.330	.930	.006	.365	.567	.293	.642	.788
Enalapril	.780	.915	.486	.230	.552	.644	.309	.073
Enalapril/HCZ	.611	.785	.861	.233	.512	.101	.385	.916
Espironolactona	.701	.405	.641	.957	.118	.283	.542	.121
Furosemida *	.246	.471	.774	.627	.881	.316	.752	.867
Hcz/amilorido	.534	.502	.943	.500	.028	.555	.028	.212
Metildopa	.020	.604	.550	.241	.105	.045	.608	.768
/HCZ/Amilorido								
Nifedipina	.949	.740	.073	.427	.860	.936	.841	.217

*não recodificada

Tabela 23 - Relação entre a prescrição no caso clínico de **Hipertensão Arterial** nos repondentes ao questionário (n= 250) e os diferentes meios de informação - revistas, congressos e atendimento de delegados (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

Fármacos com	Nº	Revistas	Revistas	Revistas	Nº Con-	Leitura	Leitura	Nº
Eficácia	Revistas	Indexadas	Pagas	Lingua	gressos	Livros	Separatas	Dele-
Clínica				Inglesa				gados
Duvidosa								
Cinarizina	.612	.075	.692	.531	.247	.981	.890	.971
Flunarizina	.952	.600	.154	.276	.132	.759	.258	.029
Nimodipina	.928	.468	.434	.799	.140	.864	.884	.784
Trimetazidina	.220	.105	.454	.136	.764	.180	.980	.504

Tabela 24 - Relação entre a prescrição no caso clínico de **Hipertensão Arterial** nos respondentes ao questionário (n= 250) e os diferentes meios de informação - revistas, congressos e atendimento de delegados (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

Fármacos Conside-rados com Escassa Eficácia Clínica	Nº Re- vistas	Revistas Indexadas	Revistas Pagas	Rev.Ling.I nglesa	NºCon- gresos	Leit. Livros	Leitura Separatas	NºDele- gados
Dihidroergocristina *	.222	.890	.754	.345	.982	.685	.038	.134
Dihidroergotoxina	.885	.450	.065	.752	.178	.996	.109	.523
Dipiridamol *	.964	.982	.508	.191	.677	.226	.289	.639
Ginko Biloba	.812	.443	.175	.335	.408	.946	.876	.157
Nicergolina	.821	.516	.946	.564	.493	.354	.893	.330
Piracetam	.715	.459	.434	.327	.933	.848	.115	.530

*não recodificada

Tabela 25 - Relação entre a prescrição no caso clínico de **Stress Profissional** nos respondentes ao questionário (n= 250) e as variáveis idade ,sexo, locais de licenciatura, residência e trabalho, estado civil e profissão do conjugue, e se fez ou não formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

*Não Recodificado F.C. = Formação Complementar F.E. = Formação Específica

Fármacos Activos	Idade	Sexo	Local Tra- balho (Dist)	Local Resi- dência (Dist)	Estado Civil	Profissão Conjuge	Local Licenciatura	Fc. ou F.E.
A.A.S. *	.363	.600	.938	.951	.519	.799	.931	.578
Alprazolam	.031	.758	.682	.832	.275	.491	.775	.767
Amineptina	.151	.887	.981	.973	.383	.133	.970	.700
Bromazepam	.936	.601	.067	.145	.248	.966	.575	.439
Brotizolam	.825	.533	.115	.497	.766	.079	.547	.216
Bupirona	.938	.705	.665	.530	.15079	.848	.707	.174
Clobazam	.978	.614	.897	.710	.570	.252	.837	.497
Clorazepato	.662	.889	.456	.663	.334	.004	.877	.483
Diazepam	.408	.913	.202	.317	.441	.258	.085	.221
Dotiepina	.545	.174	.903	.962	.637	<0,01	.972	.618
Estazolam	.042	.445	.744	.927	.253	.065	.103	.250
Flunitrazepam	.580	.634	.999	.999	.804	.970	.980	.740
Fluoxetina	.256	.595	.940	.934	.649	.055	.938	.617
Loprazolam	.543	.869	.810	.842	.969	.126	.028	.012
Lorazepam	.569	.221	.690	.796	.516	.131	.001	.586
Maprotilina	.751	.679	.999	.999	.234	.815	.983	.738
Moclobemide	.753	.652	.999	.999	.230	<0,01	.984	.738
Oxazepam	.739	.914	.996	.996	.852	<0,01	.989	<0,01
Quetazolam	.657	.346	.916	.914	.925	.999	.946	.833
Temazepam	.102	.896	.996	.996	.856	<0,01	.989	.001
Trazodone	.975	.941	.405	.461	.972	.127	.001	.452

Tabela 26 - Relação entre a prescrição no caso clínico de **Stress Profissional** e as variáveis idade, sexo, locais de licenciatura, residência e trabalho, estado civil e profissão do conjuge, e se fez ou não formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

Fármacos com Eficácia Clínica Escassa	Idade	Sexo	Local Trabalho (Dist)	Local Residência (Dist)	Estado Civil	Profissão Conjuge	Local Li-cenciatura	FC.ou F.E.
Aspartato de Arginina	.109	.912	.997	.997	.036	.999	.991	.786
Piracetam	.752	.189	.998	.997	.859	.987	<0,01	.788
Pirisudanol	.661	.349	.999	.999	.002	.792	.996	.833

F.C. = Formação Complementar
 F.E. = Formação Específica

Tabela 27 - Relação entre a prescrição no caso clínico de **Stress Profissional** e os diferentes meios de informação - revistas, congressos e atendimento de delegados (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

Fármacos	Nº	Revistas	Revistas	Rev.Ling	NºCong-	Leitura	Leitura	Nº
Activos	Revistas	Indexadas	Pagas	Inglesa	ressos	Livros	Separatas	Delegados
A.A.S.	.664	.252	.785	.696	.429	.872	.120	.480
Alprazolam	.898	.932	.743	.894	.158	.106	.032	.788
Amineptina	<0,01	.443	.741	.714	.828	.752	.598	.73279
Bromazepam	.715	.833	.871	.606	.759	.846	.581	.31547
Brotizolam	.698	.472	.218	.787	.676	.878	.324	.249
Buspirona	.325	.224	1.00	.422	.029	.295	.818	.957
Clobazam	.954	.866	.956	.372	.931	.846	.746	.46480
Clorazepato	.972	.572	.038	.010	.913	.971	.192	.94124
Diazepam	.952	.846	.240	.126	.655	.944	.452	.41605
Dotiepina	.021	.307	.028	.403	.370	.489	.878	.07289
Estazolam	.849	.187	.759	.484	.050	.647	.798	.82154
Flunitrazepam	.503	.294	.211	.413	.297	.618	.941	.494
Fluoxetina	.004	.216	.283	.839	.351	.805	.881	.674
Loprazolam	.122	.967	.439	.807	.167	.625	.181	.408
Lorazepam	.853	.976	.296	.570	.533	.844	.801	.495
Maprotilina	.993	.304	.225	.429	.149	.744	.457	.628
Moclobemide	.761	.493	.220	.420	.340	.713	.352	.354
Oxazepam	.447	.572	.614	.499	.856	.490	.620	.539
Quetazolam	.937	.015	.158	.636	.880	.853	.769	.508
Temazepam	.088	.554	.041	.512	.024	.906	.945	.787
Trazodone	.588	.109	.224	.150	.700	.604	.320	.889
Triazolam	.539	.711	.109	.170	.687	.015	.784	.136

Tabela 28 - Relação entre a prescrição com fármacos com escassa eficácia clínica no caso clínico de **Stress Profissional** e os diferentes meios de informação - revistas, congressos e atendimento de delegados (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson)

Fármacos considerados com Escassa Eficácia Clínica	Nº Revistas	Revistas Indexadas	Revistas Pagas	Rev. Ling Inglesa	Nº Con- gressos	Leitura Livros	Leitura Separatas	NºDele- gados
Aspartato de								
Arginina	.966	.123	.334	.522	.048	.904	.783	.219
Piracetam	.928	.581	.318	.507	.805	.888	.785	.612
Pirisudanol	.959	.684	.473	.634	.451	.868	.773	.513

Tabela 29 - Tabela de pontuação (em média,por ordem decrescente, numa escala de Lickert) das razões de escolha de prescrição no caso clínico de **Amigdalite** nos respondentes ao questionário (N= 250)

	MÉDIA
Bons Resultados Terapêuticos Anteriormente Obtidos	4,615
Menos Efeitos Laterais e Recidivas	4,387
Boa Relação Custo / Benefício	4,311
Boa Adesão dos Doentes à Terapêutica	3,841
Referência Favorável dos Doentes	3,52
Informação das Autoridades de Saúde	3,107
Referência Favorável de Outros Médicos	2,368

Escala de Lickert : 1 (= Pouco Importante) a 5 (= Muito Importante)

Tabela 30 - Tabela de pontuação (em média, por ordem decrescente, numa escala de Lickert) das razões de escolha de prescrição no caso clínico de **Hipertensão Arterial** nos respondentes ao questionário (N= 250)

	MÉDIA
Bons Resultados Terapêuticos Anteriormente Obtidos	4,336
Boa Adesão dos Doentes à Terapêutica	4,128
Menos Efeitos Laterais e Recidivas	4,013
Boa Relação Custo / Benefício	3,789
Referência Favorável dos Doentes	3,514
Informação das Autoridades de Saúde	3,015
Referência Favorável de Outros Médicos	2,689

Escala de Lickert : 1 (= Pouco Importante) a 5 (= Muito Importante)

Tabela 31 - Tabela de pontuação (em média, por ordem decrescente, numa escala de Lickert) das razões de escolha de prescrição no caso clínico de **Stress Profissional** nos respondentes ao questionário (N= 250)

	MÉDIA
Bons Resultados Terapêuticos Anteriormente Obtidos	4,249
Boa Adesão dos Doentes à Terapêutica	4,150
Menos Efeitos Laterais e Recidivas	4,017
Boa Relação Custo / Benefício	3,795
Referência Favorável dos Doentes	3,596
Informação das Autoridades de Saúde	2,801
Referência Favorável de Outros Médicos	2,712

Escala de Lickert : 1 (= Pouco Importante) a 5 (= Muito Importante)

Tabela 32 - Relação do grupo etário e sexo entre os respondentes ao Questionário e à Entrevista (comparação em valores de qui quadrado de Pearson)

	Questionário		Entrevista		p
	Nº	%	Nº	%	
Grupo Etário					
< 40 anos	134	54	12	11	<0,01
40 a 49 anos	100	40	91	80	
> ou = 50 anos	16	6	11	10	
Sexo	Nº	%	Nº	%	p
Masculino	126	50	51	45	0,32
Feminino	124	50	63	55	

Tabela 33 - Distribuição das variáveis categóricas (por número e percentagem), estado civil, local e tempo de licenciatura, de formação, tempo de exercício de Medicina Familiar, regime trabalho, existência de outra especialidade, população que consultam e tipo de funções nos entrevistados (n= 114)

		Nº	%
Estado civil	Casado	95	83
	Solteiro	9	8
	Outro	10	9
Local de Licenciatura	F.M.P.	108	95
	Outra	6	5
Tipo de Formação	Específica	87	76
	Complementar	25	22
	Sem Formação	2	2
Tempo de Exercício de Medicina Familiar	< 15 anos	71	68
	> ou = a 15 anos	43	38
Regime de Trabalho	Dedicação Exclusiva:		
	42 Horas Semanais	54	48
	35 Horas Semanais	2	2
	Sem Dedicação Exclusiva	56	49
Tem Outra Especialidade além da Clínica Geral /MF ?	Não	109	95
	Sim	5	5
População que Consultam	Urbana	55	48
	Semi-Urbana	40	35
	Rural	19	17
Funções que Desempenha no C.S.	Direcção	3	2
	Coordenação ou C.P.	6	5
	Coordenação de N. Saúde	6	5
	Orientação de Formação	2	2
Funções na Comunidade	Vereação de Câmara	3	2

Tabela 34 - Local de trabalho e de residência (por distrito em número e percentagem) nos entrevistados (n=114)

	Local de Trabalho		Local de Residência	
	(Distrito)		(Distrito)	
	Nº	%	Nº	%
Porto	69	61	73	64
Braga	18	16	15	13
Viana do Castelo	9	8	8	7
Aveiro	8	7	8	7
Bragança	4	4	4	4
Vila Real	4	44	4	4
Viseu	2	2	2	2

Tabela 35: Atendimento de Delegados de Informação Médica (número, ordem de recepção, tempo dispendido para o seu recebimento) pelos entrevistados (n=114)

	%
Não recebem Delegados de informação médica	0
Sim recebem Delegados de informação médica	100
*Se recebe, quantos recebe por semana:	
< ou = a 9	18
10 a 12	47
> ou = 13	35
**Ordem de Recepção	
no início do período de consulta	19
a meio do período de consulta	18
no fim do período de consulta	58
*** Tempo dispendido em média com a sua recepção	
< ou = a 5 minutos	17
5 a 10 minutos	47
10 a 15 minutos	18
15 a 30 minutos	18

Tabela 36 - Atendimento de delegados em média, por semana, nos respondentes ao questionário e entrevista (relação em valores de qui quadrado de Pearson)

	Questionário		Entrevista		p
	Nº	%	Nº	%	
Nº de Delegados Atendidos (em média)					
por Semana					
1 a 3	40	16	3	3	<0,05
4 a 6	48	19	10	9	
8 a 10	90	36	40	35	
> ou = 11	72	29	51	53	

Tabela 37 - Reuniões no Centro de Saúde dos entrevistados (n=112)

		Nº	%
Consideradas úteis	Sim	104	92
	Não	8	8
Periodicidade das Reuniões			
	Mensalmente	51	45
	Quinzenalmente	33	29
	Semanalmente	11	9
Tipo de Reunião			
	Científica / Organização	98	89
	Só Organização	8	7
	Só Científica	3	2
	Variável	3	2
Razões de consideração da utilidade			
	Debate de ideias/Actualização/Revisão	101	91
	Outras Razões	8	7
	Formação de Espírito de Equipa	3	2
Apresentação de Temas nas Reuniões			
	Médicos do C.S./Fora (% semelhante)	69	62
	Médicos de Fora do C.S.(predominantemente)	18	16
	Médicos do C.S. (predominantemente)	25	22
Apresentação de Temas nas Reuniões pelos entrevistados			
	Sim	92	82
	Não	20	18

Tabela 38 - Existência ou não de Biblioteca no Centro de Saúde dos entrevistados, sua utilidade e frequência de consulta (n= 112)

		Nº	%
Existe Biblioteca			
	Sim	93	84
	Não	19	16
Considerada útil			
	Sim	19	16
	Não	93	84
Razões da não utilidade			
	Dificuldade de Organização	75	81
	Dificuldade de Acesso	18	19
Costuma consultar livros da Biblioteca do Centro de Saúde			
	Sim	35	31
	Não	77	69

Tabela 39 - Realização de Trabalhos no Centro de Saúde nos entrevistados (n=112)

	Nº	%
TRABALHOS NO FICHEIRO DE UTENTES		
Segundo Plano de Actividades: (PF, Vig MI, Diab, HTA, Rastreio Oncológico, Etc)		
Sim	112	100
Outros Trabalhos para além dos Habituais		
Sim	32	29
Não	80	71

Tabela 40 - Tipo de Registos Clínicos (em Número e Percentagem) feitos pelos entrevistados (n=114)

	Nº	%
COMO REGISTA OS SEUS RESULTADOS DIÁRIAMENTE?		
Método de Weed (SOAP)	93	82
Método de Weed (SOAP) “resumido”	12	11
Não faz qualquer registo	9	7
Faz outro tipo de registo para além do Serviço Nacional de Saúde?		
Sim	7	6
Não	107	94

Tabela 41 - Frequência de Congressos no País e no Estrangeiro no ano de 1995 nos entrevistados (n=114)

	Nº	%
Congressos no País		%
0	14	12
1 a 2	23	18
3 a 4	59	54
5 a 7	18	16
Congressos no Estrangeiro		
0	100	88
1	14	12
Teve Apoios para a Frequência de Congressos?		
Sim	82	73
Não	32	27

Tabela 42 - Frequência (percentagem) de leitura regular (pelo menos uma vez por mês) de revistas médicas por tipo, língua, assinatura e gratuidade nos entrevistados (n= 114)

	Língua	Assinatura	Gratuidade	Nº	%
<i>Update</i>	Portuguesa	sim	sim	104	91
<i>Postgrad .Medicine *</i>	Portuguesa	sim	sim	69	61
<i>Rev. Port. Cl. Geral</i>	Portuguesa	sim	sim (só p/ sócios)	27	24
<i>Brit. Med. Journal *</i>	Portuguesa	sim	sim	18	16
<i>Jorn.Med.Família</i>	Portuguesa	sim	sim (só p/ sócios)	17	15
<i>New Eng J. Medicine *</i>	Inglesa	sim	não	16	11
<i>Notícias Médicas</i>	Portuguesa	sim	sim	16	11
<i>Cardiologia Actual</i>	Portuguesa	sim	sim	15	11
<i>The J.of Fam. Practice *</i>	Inglesa	sim	não	13	10
<i>Geriatrics</i>	Portuguesa	sim	sim	12	10
<i>Patient Care</i>	Portuguesa	sim	sim	12	10
<i>Tempo Medicina</i>	Portuguesa	sim	sim	10	9
<i>Reumatologia</i>	Portuguesa	sim	sim	5	3
<i>Medical Care *</i>	Inglesa	sim	não	5	3
<i>The Practitioner*</i>	Inglesa	sim	não	4	3
<i>Pathos</i>	Espanhola	sim	sim	3	2
<i>The Lancet *</i>	Inglesa	sim	não	3	2
<i>Pediatrics</i>	Portuguesa	sim	sim	3	2
<i>Anamnesis</i>	Portuguesa	sim	sim	2	2
<i>Segurança</i>	Portuguesa	sim	não	2	2

* Revista Indexadas no Journal Citation Reports ** Publicação do Infarmed (Ministério da Saúde)

• Leitura regular (pelo menos uma vez por mês)

Tabela 43 - Revistas que os entrevistados lêem por número e grau de utilidade (n = 114)

		Nº	%
Nº de Revistas que Lê por mês (em média)	< ou = 2	23	20
	3	60	53
	> ou = a 4	31	27
Qual a Revista que Considera mais Útil?			
<i>Update</i>		82	72
<i>Postgrad. Medicine</i>		13	11
<i>Rev.Port.Cl.Geral</i>		5	4
<i>Outras</i>		7	6
Sem Preferência		7	6

Tabela 44 - Frequência de leitura regular (pelo menos uma vez por mês) de Jornais por tipo e periodicidade (em número e percentagem) nos entrevistados (n= 114)

Jornais	Periodicidade	Regularidade	
		Nº	%
<i>Público</i>	Diário	43	38
<i>Expresso</i>	Semanal	52	46
<i>Independente</i>	Semanal	32	28
<i>Jornal de Notícias</i>	Diário	34	30
<i>Visão</i>	Semanal	15	13
<i>Diário de Notícias</i>	Diário	8	7

Tabela 45 - Hábitos de *Leitura de Literatura Não Médica* nos entrevistados (n= 114)

	Nº	%
Lembra-se de livros lidos até ao fim em 1995 ?		
Sim	62	54
Não	52	46
Tem autores preferidos ?		
Sim	44	39
Não	70	61

Tabela 46 - Leitura nos tempos livres dos entrevistados (n=114)

	Nº	%
Ocupação de tempos livres com leitura nos fins de semana		
Sim	40	38
Não ou Raramente	74	62
Ocupação de tempos livres com leitura nas férias		
Sim	23	20
Não	91	80

Tabela 47 - Locais de Estudo e adequacidade nos entrevistados (n=114)

	Nº	%
Onde Estuda Habitualmente?		
Em Casa	104	91
Noutros Locais	10	9
Considera Adequado o seu Local de Estudo?		
Sim	113	99
Não	1	1

Tabela 48 - Conhecimento dos medicamentos genéricos e opinião sobre a sua utilização como solução para contensão de custos nos entrevistados (n=114)

	Nº	%
Conhece os medicamentos genéricos ?		
Sim	108	95
Pouco Conhecimento	4	4
Não	2	1
Acha os Genéricos uma Boa Solução para Contensão de Custos ?		
Sim Sem Reservas	13	11
Com Reserva de Controle de Qualidade	73	66
Sim mas Pretendem mais Esclarecimentos	21	18
Não Concordam ou Conhecem mal	7	5

Tabela 49 - Realização de “*Ensaaios Clínicos*” e o que pensam os entrevistados da sua validade (n=114)

	Nº	%
Já Realizou <i>Ensaaios Clínicos</i>?		
Sim	52	46
Não	62	54
Se já Participou o que pensa da sua Validade?		
Promoção/Marketing	75	66
Moderada Validade	31	27
Validade Duvidosa	8	7

Tabela 50 - Tabela de pontuação (em média, por ordem decrescente, numa escala de Lickert) das influências na prescrição nos entrevistados (N= 114)

	MÉDIA
Experiência Pessoal	4,035
Hábitos de Leitura	3,281
Conversa com Colegas	3,263
Congressos ou Reuniões Clínicas	2,939
Formação Académica	2,895
Influência da Indústria Farmacêutica	1,894

Escala de Lickert : 1 (= Pouco Importante) a 5 (= Muito Importante)

Tabela 51 - Relação entre a frequência de prescrição de fármacos com actividade clínica e eficácia clínica demonstradas e as variáveis idade, sexo, leitura de revistas, frequência de congressos, atendimento de delegados e formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson) nos entrevistados (n=114)

	Idade	Sexo	Leitura Revistas	Nº Con- gressos	Nº Dele- gados	Formação Complem	Formação Específica
Ac. Acet.Salicil	.968	.662	.259	.220	.003	.861	.705
Acetilsal.Lisina	.372	.913	.881	.718	.126	.047	.956
Alprazolam	.929	.023	.719	.298	.199	.308	.373
Ampicilina/Sulb	.078	.664	.391	.771	.156	.301	.509
Amox./Ac.Clavl	.980	.628	.797	.087	.540	.361	.523
Buspirona	.075	.381	.643	.124	.137	.733	.450
Clobazam	.799	.157	.991	.761	.225	.307	.488
Clorazepato	.890	.039	.672	.498	.129	.970	.961
Diazepam	.965	.933	.611	.448	.778	.612	.494
Fluoxetina	.582	.666	.540	.290	<0,01	.033	.010
Hidroxizina	.421	.876	.972	.874	.990	.589	.672
Iodopovidona	.451	.913	.797	.905	.146	.594	.953
Lorazepam	.773	.671	.939	.957	.707	.809	.769
Moclobemide	.513	.912	.258	.548	.227	.413	.644
Nimesulide	.921	.582	.962	.967	.897	.563	.725
Paracetamol	.999	.366	.642	.691	.998	.603	.575

Tabela 52 - Relação entre a frequência de prescrição de fármacos com actividade clínica e eficácia clínica duvidosas e as variáveis idade, sexo, leitura de revistas, frequência de congressos, atendimento de delegados e formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson) nos entrevistados (n=114)

	Idade	Sexo	Leitura Revistas	Nº Con- gressos	Nº Dele- gados	Formação Complem	Formação Específica
Cinarizina	.612	.075	.692	.531	.247	.981	.890
Flunarizina	.770	.665	.501	.630	.426	.035	.076
Nimodipina	.358	.837	.195	.467	.061	.423	.569
Trimetazidina	.160	.606	.921	.288	.406	.976	.898

Tabela 53 - Relação entre a frequência de prescrição de fármacos sem eficácia clínica demonstrada e as variáveis idade, sexo, leitura de revistas, frequência de congressos, número de delegados atendidos, e formação (relação expressa em valores de qui quadrado de Pearson) nos entrevistados (n=114)

	Idade	Sexo	Nº Re- vistas	Nº Con- gressos	Nº Dele- gados	Formação Complementar	Formação Especif.
Aspart.Arginina	.219	.228	.738	.009	.182	.261	.688
Benzidamida	.677	.713	.583	.097	.311	.072	.167

ANEXOS

ANEXO I



MINISTÉRIO DA SAÚDE

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE

Rua de Sta. Catarina 1298 — 4000 PORTO — Telef. 02 - 5509817 — Fax 02 - 5509815

00490795.08.23

Exm^a Senhora
Dra. M^a. Luciana Couto
Centro de Saúde de Soares dos Reis

Rua Bartolomeu Dias, 316
4400 VILA NOVA DE GAIA

Sua Referência

Data

Nossa Referência

Data

DSP

ASSUNTO:

Conforme solicitado, junto se enviam fotocópias das listagens de prescrição dos meses de Fevereiro e Março/95, relativas aos "50 medicamentos com maior nº de embalagens prescritas".

Tendo sido informado do âmbito e teor do trabalho que está a realizar, o Conselho de Administração desde já manifesta interesse em vir a ter conhecimento das conclusões do mesmo.

De igual modo espera poder contar com a sua colaboração em estudos que esta ARS pretende vir a desenvolver, em áreas similares.

Com os melhores cumprimentos, *[assinatura]*

O Conselho de Administração

Dr. Alfredo Inácio de Abreu Ramalho
(Presidente C.A.)

MLB/ER

Na resposta indicar a nossa referência

30 MEDICAMENTOS COM MAIOR NÚMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

NOME	CLASSIFICAÇÃO TERAPÊUTICA	EMB.	POS.	FAA	NOME	POS.	VALOR	SUMAR.		
LOFENIN	SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, TRANQU.	30	0001	40	->	1 345	-	0,9	558 907,0	292 039,0
PAROTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60	0013	70	->	1 343	-	0,9	5 427 012,0	5 045 069,0
INDICID	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	12	0100	70	->	1 456	-	0,9	1 036 504,0	808 820,0
GLADIL	ANTI-DIABÉTICOS ORAIS	60	0005	100	->	1 375	-	0,9	1 732 803,0	1 732 803,0
MAGNESON	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL. A	30	1500	40	->	1 119	-	0,7	1 034 773,0	610 663,0
LOFENIN	SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, TRANQU.	30	0547	40	->	1 103	-	0,7	601 654,0	327 004,0
DIURETIC	DIURETICOS	60	0000	70	->	1 077	-	0,6	1 903 401,0	1 559 164,0
PILOTEN	BRONCODILATADORES E ANTIASM.	60	0025	70	->	1 022	-	0,6	1 001 132,0	822 147,0
NIMED	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	12	0100	70	->	930	-	0,6	1 041 011,0	1 002 867,0
ACOLIN	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	20	0100	70	->	932	-	0,6	1 041 013,0	1 469 043,0
DIAMIDON	ANTI-DIABÉTICOS ORAIS	60	0030	110	->	900	-	0,6	1 735 518,0	1 735 518,0
PANASORE	ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS	20	0500	40	->	855	-	0,6	300 874,0	97 173,0
LUMINAL	ANTI-EPILEPTICOS	10	0100	100	->	818	-	0,6	59 716,0	59 716,0
ASPEGIC	ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS	20	0000	40	->	812	-	0,6	648 630,0	297 472,0
LEXOTAN 3	SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, TRANQU.	30	0003	40	->	738	-	0,6	554 095,0	177 405,0
CALCIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL. A	20	0000	40	->	741	-	0,4	456 014,0	204 739,0
PROPAMENTE EXPECTORANTE	BRONCODILATADORES E ANTIASM.	200	0000	40	->	719	-	0,4	375 791,0	130 010,0
LANOXIN MD	CARDIOTONICOS	60	0244	70	->	714	-	0,4	354 591,0	211 913,0
ACTIVARGOL	ANTI-ANEMICOS	20	0000	40	->	707	-	0,4	463 559,0	326 105,0
LEXOTAN 1,5	SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, TRANQU.	30	0547	40	->	705	-	0,4	279 611,0	105 939,0
MUCOSOLVAN	ANTI-TUSSICOS E EXPECTORANTE	100	0006	40	->	701	-	0,4	1 267 627,0	598 147,0
VOLTAREN RETARD	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	30	0100	70	->	699	-	0,4	1 601 977,0	1 032 900,0
LASIX	DIURETICOS	60	0040	70	->	697	-	0,4	772 929,0	608 611,0
ADALAT AP	VASODILATADORES	50	0020	70	->	653	-	0,4	2 076 727,0	1 674 435,0
VASTAREL	VASODILATADORES	60	0020	70	->	650	-	0,4	1 150 650,0	930 339,0
LISAPRIN FORTE 100	ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS	20	0000	40	->	623	-	0,4	552 139,0	246 478,0
VOLTAREN EMULSOL	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	100	0010	40	->	615	-	0,4	1 118 733,0	578 187,0
GLUCERMIN	ANTI-ACIDOS E ANTI-ULCEROSOS	60	0100	70	->	611	-	0,4	1 014 039,0	1 077 837,0
REUMON	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	5	0000	70	->	596	-	0,4	694 305,0	308 166,0
FLUIDEX	DIURETICOS	60	0547	70	->	594	-	0,4	1 452 018,0	1 006 001,0
MUCOSTOX	ANTI-TUSSICOS E EXPECTORANTE	150	0009	40	->	590	-	0,3	147 507,0	161 992,0
PLAXAPEN	ANTI-BIOTICOS	15	0500	70	->	589	-	0,3	1 113 607,0	331 040,0
SEDOKIL	SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, TRANQU.	60	0001	40	->	568	-	0,3	1 119 805,0	564 470,0
PAROTEN	SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, TRANQU.	14	0544	40	->	568	-	0,3	248 734,0	104 100,0
KANAX	SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, TRANQU.	60	0547	40	->	562	-	0,3	1 034 506,0	502 749,0
INSULATARD	INSULINAS	1	0100	100	->	555	-	0,3	1 311 455,0	1 011 455,0
SANDOCAL	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL. A	20	0000	40	->	555	-	0,3	341 703,0	169 441,0
MOOSTAN	OUTROS MED. SIST. NERVOSO C	60	0200	40	->	557	-	0,3	1 639 072,0	964 043,0
PERSANTIN	VASODILATADORES	60	0075	70	->	557	-	0,3	648 002,0	540 634,0
LANCAIN	CARDIOTONICOS	60	0544	70	->	559	-	0,3	211 076,0	170 812,0
FORICE	ANTI-DIABÉTICOS E PILOTEN	30	0000	40	->	500	-	0,3	967 473,0	468 401,0
DIURETIC	DIURETICOS	60	0030	70	->	500	-	0,3	149 033,0	141 951,0
REUMON	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	100	0000	40	->	500	-	0,3	1 021 000,0	589 008,0
ADIMENTIN	ANTI-BIOTICOS	16	0000	70	->	503	-	0,3	1 616 115,0	1 001 874,0
VIAPIRIL-S	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	5	0400	70	->	503	-	0,3	631 009,0	458 759,0
LOPIRETIC	ANTI-HIPERTENSORES	60	0000	70	->	501	-	0,3	1 600 914,0	1 001 657,0
MOTILUM	ANTI-EMÉTICOS E ANTI-VERTEJIM	60	0010	40	->	499	-	0,3	1 005 101,0	487 751,0
BEN-U-RON	ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS	20	0500	40	->	495	-	0,3	102 753,0	55 818,0
BEN-U-RON	ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS	10	0250	40	->	491	-	0,3	107 049,0	40 053,0
VOLTAREN	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	5	0075	70	->	489	-	0,3	370 807,0	188 802,0

EL MEDICAMENTO CON MAYOR NUMERO DE EMBALAJES PRESENTADOS

NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMB. CDS.	TAXA	NUMEMB	NUMB	VALOR	VALOR
PAROTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70	1 139	0,3	3 079 629,0	4 076 070,0
LORENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 0001	40	1 052	0,3	448 908,0	310 887,0
DIACIL	ANTIIDIABETICOS GRAIS	60 1005	100	1 002	0,7	1 388 071,0	1 388 070,0
ASPEGIC	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 1000	40	1 075	0,7	853 488,0	373 741,0
INDOCID	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	12 0100	70	1 054	0,7	747 893,0	608 026,0
PANASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 0500	40	918	0,6	226 947,0	104 873,0
NIMED	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	20 0100	70	959	0,6	1 975 414,0	1 475 854,0
MAGNISONA	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL. A	20 1500	40	956	0,6	1 028 709,0	478 480,0
LORENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 15*J	40	887	0,6	503 127,0	261 080,0
MUCOSOLVAN	ANTIITUSSICOS E EXPECTORANTE	200 0006	40	881	0,6	1 593 150,0	707 957,0
MODURETIC	DIURETICOS	60 0000	70	874	0,6	1 545 031,0	1 041 904,0
AULIN	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	20 0100	70	871	0,6	1 313 352,0	1 359 351,0
FILOTENPO	BRONCODILATADORES E ANTIASM	60 0025	70	867	0,6	847 938,0	697 908,0
LISASPIN FORTE 1000	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 1000	40	809	0,5	710 714,0	319 682,0
MUCODOX	ANTIITUSSICOS E EXPECTORANTE	150 0003	40	775	0,5	463 513,0	207 108,0
PROPARENTE EXPECTORANTE	BRONCODILATADORES E ANTIASM	200 0000	40	760	0,5	397 085,0	135 810,0
DIAMICRON	ANTIIDIABETICOS GRAIS	60 0030	100	739	0,5	1 466 034,0	1 466 034,0
LUMINAL	ANTIPILEPTICOS	10 0100	100	719	0,5	52 418,0	52 418,0
LEXOTAN 1.5	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 15*J	40	627	0,4	248 117,0	121 771,0
ACTIVAROL	ANTIANGIOTENS	20 0000	40	620	0,4	581 316,0	286 444,0
LASIX	DIURETICOS	60 0040	70	607	0,4	670 806,0	331 611,0
BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	10 0250	40	599	0,4	131 175,0	53 092,0
LEXOTAN 3	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 1003	40	595	0,4	266 119,0	134 352,0
BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 0500	40	592	0,4	143 830,0	66 866,0
AUGMENTIN	ANTIBIOTICOS	16 0000	70	574	0,4	1 843 227,0	1 393 345,0
LANOXIN MD	CARDIOTONICOS	60 12*Y	70	571	0,4	203 392,0	149 119,0
BENFLUX	ANTIITUSSICOS E EXPECTORANTE	200 0000	40	565	0,4	313 369,0	276 647,0
SOOLAT 40	VASODILATADORES	60 1020	70	560	0,4	1 764 424,0	1 404 801,0
VASITAREL	VASODILATADORES	60 1021	70	557	0,4	1 016 538,0	819 561,0
FLORAPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70	551	0,4	1 078 094,0	789 541,0
VOLTAREN RETARD	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	30 0100	70	546	0,4	1 250 169,0	992 199,0
TONICE	ANTIDEPRESSIVOS E PSICOTROP	20 1000	40	542	0,4	1 001 626,0	484 820,0
FLUDEX	DIURETICOS	60 25*J	70	515	0,3	1 460 060,0	1 165 057,0
SANDOCAL	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL. A	20 0000	40	509	0,3	313 087,0	158 666,0
MAXILASE	PRODUTOS NAO CLASSIFICADOS	200 0200	40	496	0,3	371 091,0	181 264,0
MUCORAL	ANTIITUSSICOS E EXPECTORANTE	200 0050	40	491	0,3	465 074,0	210 127,0
KANAX	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	60 15*J	40	491	0,3	900 111,0	418 105,0
ULCERMIN	ANTIACIDOS E ANTIULCEROSOS	60 1000	70	486	0,3	1 617 202,0	1 052 781,0
SOLOLUM SANDOL FORTE	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL. A	20 1000	40	479	0,3	194 830,0	144 800,0
SEDOKIL	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	60 0001	40	478	0,3	1 026 172,0	468 706,0
VERSANTIN	VASODILATADORES	60 0075	70	475	0,3	592 564,0	481 040,0
STIFED	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	100 1000	40	468	0,3	117 166,0	51 405,0
ULTAREM 500MG	MED. ANTI-REM. E OUT. ANTI-	100 0100	40	465	0,3	920 198,0	498 610,0
ACORPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70	461	0,3	2 483 776,0	1 810 133,0
MUCOSPAS	BRONCODILATADORES E ANTIASM	200 0010	40	460	0,3	508 010,0	408 904,0
PAROTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70	459	0,3	1 408 164,0	1 050 897,0
OTILUM	ANTIEMETICOS E ANTIVERTIGO	60 1010	40	458	0,3	381 046,0	404 603,0
REPULSEM	ANTIACIDOS E ANTIULCEROSOS	60 1010	70	456	0,3	2 153 076,0	1 670 164,0
SHOXIN	CARDIOTONICOS	60 15*J	70	450	0,3	170 683,0	140 456,0
ALUM 5	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 0005	40	433	0,3	123 142,0	60 702,0

50 MEDICAMENTOS COM MAIOR NUMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMB.	DOS.	TAXA	N.EMB	SEMS	P.V.P.	S.N.S.	
VENTILAN RECARGA	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	30	04*J	70	->	1 392<-	0.3	926 218.0	736 178.0
CAPOTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60	0025	70	->	1 378<-	0.7	5 741 503.0	4 658 702.0
MODURETIC	DIURETICOS	60	0000	70	->	1 259<-	0.7	2 228 411.0	1 833 015.0
DAONIL	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60	0005	100	->	1 253<-	0.7	1 579 457.0	1 579 457.0
LORENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	30	0001	40	->	1 180<-	0.6	425 600.0	220 387.0
TRINORDIOL	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21	0000	70	->	1 149<-	0.6	495 219.0	348 470.0
TRENTAL	VASODILATADORES	30	0400	40	->	1 130<-	0.6	1 754 380.0	904 415.0
MAGNESONA	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL ALIMENTAR.	20	1500	40	->	1 129<-	0.6	1 296 935.0	513 800.0
RI-GYNERA	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21	0000	70	->	1 042<-	0.6	895 767.0	629 249.0
SPEGIC	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20	1000	40	->	1 023<-	0.6	816 363.0	366 595.0
ILOTEMPO	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	60	0225	70	->	1 021<-	0.6	1 000 366.0	814 537.0
LORENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	30	25*J	40	->	1 011<-	0.5	576 099.0	294 722.0
ULIN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20	0100	70	->	975<-	0.5	2 031 037.0	1 503 305.0
ERSANTIN	VASODILATADORES	60	0075	70	->	975<-	0.5	1 195 557.0	987 779.0
ECLOTAIDE RECARGA	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	30	02*J	70	->	933<-	0.5	813 767.0	651 567.0
ANOXIN MO	CARDIOTONICOS	60	12*K	70	->	924<-	0.5	329 634.0	272 800.0
DOCEPHIN	ANTIBIOTICOS	1	1000	70	->	919<-	0.5	3 510 926.0	2 711 863.0
IMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20	0100	70	->	898<-	0.5	1 870 315.0	1 392 643.0
ALCIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL ALIMENTAR.	20	0000	40	->	894<-	0.5	550 385.0	275 423.0
ANOXIN	CARDIOTONICOS	60	25*K	70	->	889<-	0.5	355 268.0	292 042.0
AMICRON	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60	0080	100	->	862<-	0.5	1 711 272.0	1 711 272.0
ASIX	DIURETICOS	60	0040	70	->	838<-	0.5	930 081.0	757 213.0
THOPTOL	MIOTICOS	5	0005	100	->	828<-	0.4	956 727.0	956 727.0
RIQUILAR	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21	0000	70	->	779<-	0.4	340 259.0	238 836.0
DALAT AP	VASODILATADORES	50	0020	70	->	775<-	0.4	2 444 349.0	1 968 394.0
ROPAVENTE EXPECTORANTE	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	200	0000	40	->	773<-	0.4	404 045.0	185 145.0
UGERON FORTE	VASODILATADORES	60	0075	40	->	760<-	0.4	992 237.0	511 016.0
MASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20	0500	40	->	752<-	0.4	176 538.0	79 908.0
XOTAN 3	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	30	0003	40	->	751<-	0.4	537 746.0	167 250.0
DERGINE	BLOQUEADORES ADRENERGICOS	30	45*J	40	->	747<-	0.4	1 219 898.0	639 816.0
OXAPEN	ANTIBIOTICOS	16	0500	70	->	745<-	0.4	1 458 163.0	1 075 329.0
XOTAN 1.5	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	30	15*J	40	->	717<-	0.4	284 377.0	142 132.0
MODICAL	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL ALIMENTAR.	20	0000	40	->	695<-	0.4	427 916.0	210 945.0
LTAREN RETARO	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	30	0100	70	->	690<-	0.4	1 580 887.0	1 253 281.0
DOCIO	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	12	0100	70	->	680<-	0.4	479 331.0	387 145.0
NIFEN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	200	0020	70	->	652<-	0.4	279 708.0	176 250.0
TIVAROL	ANTIEMETICOS	20	0000	40	->	638<-	0.3	598 650.0	295 105.0
N-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20	0500	40	->	636<-	0.3	157 642.0	70 479.0
MAX	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	60	05*J	40	->	615<-	0.3	1 131 776.0	544 920.0
RTEC	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	20	0010	40	->	602<-	0.3	919 511.0	409 580.0
STAREL	VASODILATADORES	50	0020	70	->	597<-	0.3	1 070 395.0	560 311.0
OSULVAN	ANTIITUSSICOS E EXPECTORANTES	200	0006	40	->	585<-	0.3	1 054 683.0	436 392.0
VERMAL	ANTI-HELMINTICOS	30	0020	40	->	581<-	0.3	313 075.0	127 300.0
-MINULET	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21	0000	70	->	573<-	0.3	488 536.0	342 896.0
ORAL	ETIOTROPICOS	100	0020	40	->	572<-	0.3	1 128 170.0	501 496.0
MITAL	ANTIEMETICOS	18	0000	40	->	570<-	0.3	343 482.0	170 635.0
IVIO	ANTIBIOTICOS	1	1000	70	->	567<-	0.3	1 530 343.0	1 027 360.0
ADIL	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	60	0002	40	->	565<-	0.3	560 220.0	265 599.0
VASC	ANTI-HIPERTENSORES	30	0005	70	->	560<-	0.3	2 039 594.0	1 615 007.0
EX FORTE	MEDICAMENTOS VENOTROPICOS	60	0450	40	->	559<-	0.3	2 547 983.0	1 239 997.0

30 MEDICAMENTOS COM MAIOR NUMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMB. DOS.	TAXA	N.EMB	QEMB	P.V.P.	S.N.S.
TRINORDIOL	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	1 343<-	0.6	580 953.0	409 208.0
CAPOTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70 ->	1 175<-	0.7	4 891 170.0	3 967 232.0
DAONIL	ANTI-DIABETICOS ORAIS	60 0005	100 ->	1 115<-	0.7	1 402 679.0	1 402 679.0
MODURETIC	DIURETICOS	60 0000	70 ->	1 093<-	0.7	1 929 545.0	1 580 878.0
VENTILAN RECARGA	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	30 04*J	70 ->	1 082<-	0.7	717 563.0	570 370.0
LORENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	30 0001	40 ->	1 073<-	0.6	385 347.0	197 643.0
TRENTAL	VASODILATADORES	30 0400	40 ->	998<-	0.6	1 548 226.0	789 944.0
ASPEGIC	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 1000	40 ->	949<-	0.6	755 941.0	336 491.0
MAGNESONA	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL ALIMENTAR.	20 1500	40 ->	935<-	0.6	1 073 138.0	502 614.0
TRI-GYNERA	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	897<-	0.6	780 414.0	546 524.0
FILOTEMPO	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	60 0225	70 ->	894<-	0.6	875 246.0	717 796.0
PERSANTIN	VASODILATADORES	60 0075	70 ->	878<-	0.6	1 075 823.0	886 018.0
TRIQUILAR	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	875<-	0.6	381 915.0	268 315.0
AULIN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	857<-	0.6	1 784 306.0	1 321 171.0
LANOXIN MD	CARDIOTONICOS	60 12*K	70 ->	804<-	0.6	286 351.0	237 061.0
LANOXIN	CARDIOTONICOS	60 25*K	70 ->	803<-	0.6	320 496.0	263 732.0
BECLOTAIDE RECARGA	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	30 02*J	70 ->	786<-	0.6	682 819.0	548 745.0
ROCEPHIN	ANTIBIOTICOS	1 1000	70 ->	782<-	0.6	2 982 598.0	2 345 618.0
CALCIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL ALIMENTAR.	20 0000	40 ->	778<-	0.6	478 627.0	234 321.0
DIAMICRON	ANTI-DIABETICOS ORAIS	60 0080	100 ->	767<-	0.6	1 521 269.0	1 521 269.0
LORENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	30 25*J	40 ->	763<-	0.6	432 639.0	218 173.0
NIMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	708<-	0.4	1 473 015.0	1 096 983.0
LASIX	DIURETICOS	60 0040	70 ->	705<-	0.4	779 057.0	638 450.0
ADALAT AP	VASODILATADORES	50 0020	70 ->	688<-	0.4	2 170 610.0	1 755 664.0
PANASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	686<-	0.4	160 528.0	72 683.0
PROPAVENTE EXPECTORANTE	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	200 0000	40 ->	684<-	0.4	357 237.0	163 019.0
SANDOCAL	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL ALIMENTAR.	20 0000	40 ->	682<-	0.4	419 524.0	207 921.0
JUNIFEN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	200 0020	70 ->	676<-	0.4	289 998.0	204 226.0
STUGERON FORTE	VASODILATADORES	60 0075	40 ->	650<-	0.4	347 924.0	443 477.0
HYDERGINE	BLOQUEADORES ADRENERGICOS	30 45*J	40 ->	649<-	0.4	1 058 690.0	558 229.0
TIMOPTOL	MIOTICOS	5 0005	100 ->	646<-	0.4	744 865.0	744 865.0
LEXOTAN 3	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	30 0003	40 ->	644<-	0.4	289 364.0	140 894.0
BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	618<-	0.4	153 264.0	67 510.0
LEXOTAN 1,5	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	30 15*J	40 ->	607<-	0.4	240 519.0	120 196.0
FLOXAPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	593<-	0.4	1 159 217.0	867 624.0
TRI-MINULET	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	588<-	0.4	503 832.0	353 131.0
ACTIVAROL	ANTI-ANEMICOS	20 0000	40 ->	580<-	0.4	543 882.0	267 540.0
VOLTAREN RETARD	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	30 0100	70 ->	578<-	0.3	1 323 583.0	1 052 546.0
FLUDEX	DIURETICOS	60 25*J	70 ->	575<-	0.3	1 598 000.0	1 267 388.0
INDOCID	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	12 0100	70 ->	574<-	0.3	403 112.0	326 430.0
VASTAREL	VASODILATADORES	60 0020	70 ->	563<-	0.3	1 026 933.0	825 054.0
MUCOSOLVAN	ANTI-TUSSICOS E EXPECTORANTES	200 0006	40 ->	559<-	0.3	1 010 690.0	461 961.0
ACTIFED	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	100 0000	40 ->	545<-	0.3	148 075.0	59 797.0
MARVELON	ASSOCIACOES DE HORMONAS	63 0000	70 ->	532<-	0.3	983 593.0	691 693.0
PREVEDILINA FORTE	ANTIBIOTICOS	1 0000	70 ->	525<-	0.3	204 520.0	146 377.0
KANAX	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQUILIZANT.	60 05*J	40 ->	506<-	0.3	929 846.0	443 902.0
BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	10 0250	40 ->	505<-	0.3	110 595.0	44 504.0
FLUVERMAL	ANTI-HELMINTICOS	30 0020	40 ->	500<-	0.3	269 437.0	110 394.0
GYNERA	ASSOCIACOES DE HORMONAS	63 0000	70 ->	490<-	0.3	1 181 293.0	929 846.0
VENTILAN	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	200 01*J	70 ->	483<-	0.3	323 636.0	254 330.0

50 MEDICAMENTOS COM MAIOR NUMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

FIGO	NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMB. OOS.	TAXA	N.EMB	±EMB	P.V.P.	S.M.S.
75404	LORENIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	30 0001	40 ->	15 442<-	1.1	5 589 418.0	2 820 275.0
75420	LORENIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	30 25*J	40 ->	14 344<-	1.1	8 191 254.0	4 121 452.0
70173	DAONIL	ANTI-DIABETICOS ORAIS	60 0005	100 ->	12 159<-	0.9	15 327 390.0	15 327 390.0
23723	LEXOTAN 3	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	30 0003	40 ->	11 144<-	0.8	5 012 630.0	2 411 125.0
68617	BEN-U-ROH	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 0500	40 ->	10 306<-	0.8	2 555 805.0	1 144 317.0
23715	LEXOTAN 1,5	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	30 15*J	40 ->	10 036<-	0.7	3 982 097.0	1 903 791.0
36771	CAPOTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70 ->	9 966<-	0.7	41 537 080.0	33 145 566.0
20825	ASPEGIC	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 1000	40 ->	8 754<-	0.6	6 990 120.0	3 093 053.0
43405	MAGNESONA	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL AL	20 1500	40 ->	8 606<-	0.6	9 886 571.0	4 466 181.0
00555	ACTIYAROL	ANTI-ANEMICOS	20 0000	40 ->	7 038<-	0.5	6 607 296.0	3 096 073.0
91670	VENTILAN RECARGA	BRONCODILATADORES E ANTIASH	30 04*J	70 ->	6 855<-	0.5	4 561 580.0	3 601 294.0
16477	PERSANTIN	VASODILATADORES	60 0075	70 ->	6 578<-	0.5	8 068 062.0	6 590 046.0
47047	MOURETIC	DIURETICOS	60 0000	70 ->	6 453<-	0.5	11 422 544.0	9 207 430.0
18373	HALCION	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	14 25*K	40 ->	6 365<-	0.5	2 787 870.0	1 436 745.0
21636	MOOSTAN	OUTROS MED. SIST. NERVOSO C	60 1200	40 ->	6 312<-	0.5	19 281 849.0	9 584 374.0
77349	FILOTEMPO	BRONCODILATADORES E ANTIASH	60 0225	70 ->	5 747<-	0.4	5 630 652.0	4 577 904.0
04702	AUGMENTIN	ANTIBIOTICOS	16 0000	70 ->	5 715<-	0.4	18 359 918.0	13 667 103.0
02420	TRENTAL	VASODILATADORES	30 0400	40 ->	5 423<-	0.4	8 420 173.0	4 217 290.0
17900	ZYTEC	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	20 0010	40 ->	5 251<-	0.4	8 021 777.0	3 467 083.0
91318	DIAMICRON	ANTI-DIABETICOS ORAIS	60 0080	100 ->	5 225<-	0.4	10 374 146.0	10 374 146.0
70051	OLCADIL	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	60 0002	40 ->	5 212<-	0.4	5 169 119.0	2 353 613.0
32205	STUGERON FORTE	VASODILATADORES	60 0075	40 ->	5 209<-	0.4	6 800 515.0	3 453 518.0
16304	CALCIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL AL	20 0000	40 ->	5 207<-	0.4	3 206 363.0	1 540 203.0
13837	LASIX	DIURETICOS	60 0040	70 ->	5 087<-	0.4	5 646 724.0	4 572 654.0
53024	VASTAREL	VASODILATADORES	60 0020	70 ->	5 053<-	0.4	9 229 683.0	7 351 594.0
23902	PROPAVENTE EXPECTORANTE	BRONCODILATADORES E ANTIASH	200 0000	40 ->	5 048<-	0.4	2 639 244.0	1 206 319.0
78703	FLOXAPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	4 957<-	0.4	9 706 963.0	7 112 861.0
612152	BECLATAIDE RECARGA	BRONCODILATADORES E ANTIASH	30 02*J	70 ->	4 870<-	0.4	4 251 667.0	3 351 119.0
92819	TIMOPTOL	MIOTICOS	5 0005	100 ->	4 725<-	0.3	5 460 143.0	5 460 143.0
92137	NIMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	20 0100	70 ->	4 683<-	0.3	9 756 322.0	7 228 689.0
85441	LAMOXIN MO	CARDIOTONICOS	60 12*K	70 ->	4 603<-	0.3	1 642 271.0	1 353 087.0
673360	XANAX	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	60 05*j	40 ->	4 568<-	0.3	8 411 060.0	3 869 447.0
623209	JUNIFEN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	200 0020	70 ->	4 551<-	0.3	1 952 343.0	1 370 863.0
622628	VENTILAN	BRONCODILATADORES E ANTIASH	200 01*J	70 ->	4 521<-	0.3	3 040 098.0	2 381 205.0
915223	LAMOXIN	CARDIOTONICOS	60 25*X	70 ->	4 512<-	0.3	1 803 584.0	1 475 507.0
364315	HYDERGINE	BLOQUEADORES ADRENERGICOS	30 45*J	40 ->	4 506<-	0.3	7 360 537.0	3 784 832.0
472407	PANTELMIN	ANTI-HELMINTICOS	30 0020	40 ->	4 501<-	0.3	2 465 376.0	1 005 336.0
168518	BEN-U-ROH	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	10 0250	40 ->	4 500<-	0.3	986 203.0	397 081.0
359703	PANTELMIN	ANTI-HELMINTICOS	6 0100	40 ->	4 493<-	0.3	1 966 495.0	857 602.0
559104	ACTIFED	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	100 0000	40 ->	4 469<-	0.3	1 215 183.0	490 383.0
101527	VALIUM 5	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	25 0005	40 ->	4 437<-	0.3	1 264 001.0	611 170.0
574913	MUCOSOLVAN	ANTI-TUSSICOS E EXPECTORANTE	200 0006	40 ->	4 398<-	0.3	7 954 294.0	3 673 842.0
295436	PANASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 0500	40 ->	4 364<-	0.3	1 024 431.0	465 524.0
711507	MIZORAL	ETIOTROPICOS	100 0020	40 ->	4 351<-	0.3	8 577 316.0	3 796 887.0
909416	PREVECILINA FORTE	ANTIBIOTICOS	1 0000	70 ->	4 293<-	0.3	1 680 447.0	1 211 606.0
373449	DAFLOX 500	MEDICAMENTOS VEMOTROPICOS	60 0000	40 ->	4 249<-	0.3	19 076 654.0	8 958 283.0
916809	PENAOUR 6-3-3	ANTIBIOTICOS	1 12*5	70 ->	4 199<-	0.3	1 535 634.0	1 097 582.0
626507	BEN-U-ROH	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	100 0040	40 ->	4 185<-	0.3	2 434 910.0	984 925.0
352112	CLAMOXYL	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	4 066<-	0.3	5 550 844.0	4 116 416.0
563304	ADALAT AP	VASODILATADORES	50 0020	70 ->	4 008<-	0.3	12 661 361.0	10 179 010.0

50 MEDICAMENTOS COM MAIOR NUMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

GO	NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMB. DOS.	TAXA	N.EMB	%EMB	P.Y.P.	S.N.S.
404	LORENIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	30 0001	40 ->	12 695<-	1.0	4 559 405.0	2 299 440.0
420	LORENIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	30 25*J	40 ->	12 374<-	1.0	7 019 508.0	3 537 987.0
617	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	11 787<-	1.0	2 923 176.0	1 282 787.0
173	DAONIL	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0005	100 ->	10 126<-	0.8	12 748 263.0	12 748 263.0
825	ASPEGIC	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 1000	40 ->	9 929<-	0.8	7 921 923.0	3 460 480.0
723	LEXOTAN 3	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	30 0003	40 ->	9 754<-	0.8	4 384 075.0	2 102 209.0
715	LEXOTAN 1,5	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	30 15*J	40 ->	8 432<-	0.7	3 341 577.0	1 595 728.0
771	CAPOTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70 ->	8 365<-	0.7	34 847 674.0	27 767 345.0
405	MAGNESONA	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL AL	20 1500	40 ->	7 149<-	0.6	8 209 083.0	3 665 512.0
702	AUGMENTIN	ANTIBIOTICOS	16 0000	70 ->	6 237<-	0.5	20 029 845.0	14 753 044.0
670	VENTILAN RECARGA	BROMCOILATADORES E ANTIASH	30 04*J	70 ->	5 865<-	0.5	3 891 040.0	3 070 218.0
507	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	100 0040	40 ->	5 676<-	0.5	3 301 522.0	1 331 657.0
555	ACTIVAROL	ANTIEMATICOS	20 0000	40 ->	5 582<-	0.5	5 237 808.0	2 435 728.0
477	PERSANTIN	VASODILATADORES	60 0075	70 ->	5 579<-	0.5	6 837 484.0	5 578 017.0
373	HALCION	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	14 25*K	40 ->	5 460<-	0.5	2 391 480.0	1 226 098.0
636	MOOSTAN	OUTROS MED. SIST. NERVOSO C	60 1200	40 ->	5 454<-	0.5	16 649 002.0	8 239 491.0
7104	ACTIFED	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	100 0000	40 ->	5 438<-	0.4	1 478 220.0	596 558.0
6209	JUMIFEN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	200 0020	70 ->	5 402<-	0.4	2 317 455.0	1 625 798.0
7047	MOURETIC	DIURETICOS	60 0000	70 ->	5 378<-	0.4	9 503 978.0	7 632 165.0
518	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	10 0250	40 ->	5 302<-	0.4	1 161 027.0	467 651.0
5902	PROPAPENTE EXPECTORANTE	BROMCOILATADORES E ANTIASH	200 0000	40 ->	5 244<-	0.4	2 740 499.0	1 231 059.0
5913	MUCOSOLYAN	ANTIUSCICOS E EXPECTORANTE	200 0006	40 ->	5 233<-	0.4	9 457 843.0	4 246 434.0
7349	FILOTENPO	BROMCOILATADORES E ANTIASH	60 0225	70 ->	5 008<-	0.4	4 903 632.0	3 983 051.0
5436	PANASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	4 723<-	0.4	1 106 326.0	490 448.0
7137	NIMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	20 0100	70 ->	4 714<-	0.4	9 817 717.0	7 221 935.0
7420	TRENTAL	VASODILATADORES	30 0400	40 ->	4 615<-	0.4	7 159 893.0	3 568 629.0
7051	OLCADIL	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	60 0002	40 ->	4 537<-	0.4	4 497 207.0	2 031 672.0
7205	STUGERON FORTE	VASODILATADORES	60 0075	40 ->	4 513<-	0.4	5 888 051.0	2 994 946.0
7318	DIANICROM	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0080	100 ->	4 419<-	0.4	8 767 394.0	8 767 394.0
7900	ZYRTEC	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	20 0010	40 ->	4 396<-	0.4	6 711 790.0	2 879 953.0
7152	BECLATAIDE RECARGA	BROMCOILATADORES E ANTIASH	30 02*J	70 ->	4 288<-	0.4	3 730 119.0	2 936 172.0
7112	CLAMOXYL	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	4 264<-	0.4	5 816 564.0	4 281 611.0
7024	VASTAREL	VASODILATADORES	60 0020	70 ->	4 248<-	0.4	7 755 578.0	6 134 993.0
7837	LASIX	DIURETICOS	60 0040	70 ->	4 240<-	0.4	4 685 375.0	3 782 628.0
7703	FLOXAPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	4 198<-	0.3	8 213 307.0	5 999 167.0
7304	CALCIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL AL	20 0000	40 ->	4 189<-	0.3	2 577 386.0	1 245 222.0
7416	PREVECILINA FORTE	ANTIBIOTICOS	1 0000	70 ->	4 135<-	0.3	1 613 832.0	1 159 159.0
7360	XANAX	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	60 05*J	40 ->	4 081<-	0.3	7 507 678.0	3 466 554.0
7809	PENACUR 6-3-3	ANTIBIOTICOS	1 12*5	70 ->	4 044<-	0.3	1 477 204.0	1 053 219.0
7923	MUCORAL	ANTIUSCICOS E EXPECTORANTE	200 0050	40 ->	4 026<-	0.3	3 813 720.0	1 645 595.0
7527	VALIUM 5	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQU	25 0005	40 ->	3 939<-	0.3	1 120 992.0	540 472.0
7628	VENTILAN	BROMCOILATADORES E ANTIASH	200 01*J	70 ->	3 907<-	0.3	2 618 230.0	2 045 468.0
7441	LAMOXIN HD	CARDIOTONICOS	60 12*K	70 ->	3 900<-	0.3	1 389 665.0	1 145 674.0
7006	AUGMENTIN	ANTIBIOTICOS	100 0000	70 ->	3 865<-	0.3	9 714 788.0	6 850 320.0
7507	NIZORAL	ETIOTROPICOS	100 0020	40 ->	3 854<-	0.3	7 585 582.0	3 351 533.0
7819	TIMOPIOL	HIOTICOS	5 0005	100 ->	3 852<-	0.3	4 445 487.0	4 445 487.0
7407	PANTELIN	ANTI-HELMINTICOS	30 0020	40 ->	3 793<-	0.3	2 073 561.0	346 144.0
7223	LAMOXIN	CARDIOTONICOS	60 25*K	70 ->	3 794<-	0.3	1 514 894.0	1 234 344.0
7315	HYDERGINE	BLOQUEADORES ADRENERGICOS	30 45*J	40 ->	3 791<-	0.3	6 188 531.0	3 180 530.0
7716	AULIN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	20 0100	70 ->	3 664<-	0.3	7 630 942.0	5 574 025.0

50 MEDICAMENTOS COM MAIOR NUMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

GO	NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMS. DOS.	TAXA	N.EMS	%EMS	P.V.P.	S.N.S.
047	MODURETIC	DIURETICOS	60 0000	70 ->	1 144<-	1.2	2 025 628.0	1 663 141.0
404	LORENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 0001	40 ->	1 096<-	1.2	396 930.0	299 861.0
626	INDOCID	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	12 0100	70 ->	991<-	1.1	698 932.0	574 291.0
173	DAONIL	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0005	100 ->	967<-	1.0	1 219 135.0	1 213 135.0
205	MUCODOX	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTE	150 0008	40 ->	797<-	0.9	477 758.0	222 353.0
405	MAGNESONA	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL AL	20 1500	40 ->	689<-	0.7	791 496.0	320 497.0
400	LUMINAL	ANTIPILEPTICOS	10 0100	100 ->	642<-	0.7	46 864.0	46 864.0
420	LORENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 25*J	40 ->	636<-	0.7	363 030.0	189 837.0
318	DIAMICRON	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0080	100 ->	622<-	0.7	1 254 990.0	1 254 990.0
555	ACTIVAROL	ANTIEMETICOS	20 0000	40 ->	628<-	0.7	591 647.0	299 364.0
771	CAPOTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70 ->	589<-	0.6	2 455 392.0	2 007 459.0
825	ASPEGIC	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 1000	40 ->	574<-	0.6	457 425.0	206 453.0
137	NIMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	20 0100	70 ->	545<-	0.6	1 135 570.0	846 155.0
715	LEXOTAN 1,5	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 15*J	40 ->	539<-	0.6	213 809.0	106 736.0
304	CALCIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL AL	20 0000	40 ->	526<-	0.6	323 961.0	163 205.0
617	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	507<-	0.5	125 736.0	60 706.0
436	PANASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	498<-	0.5	116 953.0	54 896.0
333	FLUDEX	DIURETICOS	60 25*J	70 ->	482<-	0.5	1 341 496.0	1 081 305.0
227	INSULATARD	INSULINAS	1 0100	100 ->	467<-	0.5	1 522 906.0	1 522 906.0
441	LANOXIN MD	CARDIOTONICOS	60 12*K	70 ->	456<-	0.5	166 273.0	139 173.0
477	PERSANTIN	VASODILATADORES	60 0075	70 ->	463<-	0.5	567 957.0	474 694.0
723	LEXOTAN 3	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 0003	40 ->	451<-	0.5	202 851.0	105 185.0
215	ULCERMIN	ANTIACIDOS E ANTIULCEROSOS	60 1000	70 ->	443<-	0.5	1 476 420.0	1 166 435.0
431	KOMPENSAN-S	ANTIACIDOS E ANTIULCEROSOS	60 0340	40 ->	423<-	0.5	274 899.0	137 406.0
837	LASIX	DIURETICOS	60 0040	70 ->	422<-	0.5	468 994.0	386 554.0
141	UNISEDIL	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	60 0005	40 ->	418<-	0.4	240 282.0	121 736.0
636	MOOSTAN	OUTROS MED. SIST. NERVOSO C	60 1200	40 ->	412<-	0.4	1 258 682.0	664 811.0
703	FLOXAPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	409<-	0.4	300 327.0	605 435.0
592	JABA 312	ANTIEMETICOS	6 0020	40 ->	406<-	0.4	1 114 278.0	529 331.0
408	CLARIVISAN	OUT. MEDIC. USADOS EM OFTAL	15 83*K	40 ->	401<-	0.4	357 440.0	193 135.0
823	VOLTAREN RETARD	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	30 0100	70 ->	397<-	0.4	310 204.0	728 936.0
421	LISASPIN FORTE 1000	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 1000	40 ->	395<-	0.4	347 289.0	156 990.0
223	LANOXIN	CARDIOTONICOS	60 25*K	70 ->	394<-	0.4	157 516.0	130 657.0
024	VASTAREL	VASODILATADORES	60 0020	70 ->	391<-	0.4	714 141.0	684 655.0
1217	FLAMERIL EMULGEL	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	100 0010	40 ->	374<-	0.4	741 542.0	358 222.0
349	FILOTEMPO	BRONCODILATADORES E ANTIASM	60 0225	70 ->	359<-	0.4	351 670.0	287 744.0
709	ANEMITAL	ANTIEMETICOS	18 0000	40 ->	357<-	0.4	215 184.0	106 647.0
527	VALIUM 5	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	25 0005	40 ->	355<-	0.4	191 124.0	43 299.0
702	AUGMENTIN	ANTIBIOTICOS	16 0000	70 ->	352<-	0.4	1 131 070.0	355 914.0
304	ADALAT AP	VASODILATADORES	50 0020	70 ->	330<-	0.4	1 040 350.0	854 228.0
324	FELDENE	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	12 0020	70 ->	323<-	0.3	482 307.0	399 883.0
037	VOLTAREN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	12 0100	70 ->	309<-	0.3	394 901.0	321 840.0
936	VIBRAMICINA	ANTIBIOTICOS	16 0100	70 ->	312<-	0.3	555 306.0	497 475.0
518	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	10 0250	40 ->	310<-	0.3	57 899.0	27 244.0
716	AULIN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	10 0100	70 ->	304<-	0.3	339 363.0	281 734.0
222	CLAVAMOX 500	ANTIBIOTICOS	16 0000	70 ->	299<-	0.3	365 219.0	647 809.0
220	SEDUXIL	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	60 0001	40 ->	299<-	0.3	341 371.0	267 015.0
205	STUGERON FORTE	VASODILATADORES	60 0075	40 ->	296<-	0.3	366 446.0	281 861.0
228	VENTILAN	BRONCODILATADORES E ANTIASM	100 01*J	70 ->	292<-	0.3	197 680.0	153 940.0
009	RIFADIN	ANTIBIOTICOS	12 0300	70 ->	288<-	0.3	432 674.0	324 634.0

50 MEDICAMENTOS COM MAIOR NUMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMB. OCS.	TAXA	N.EMB	%EMB	P.V.P.	S.N.S.
COODOX	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTE	150 0008	40 ->	1 144<-	1.3	686 425.0	311 003.0
DIURETIC	DIURETICOS	60 0000	70 ->	1 021<-	1.2	1 807 027.0	1 490 573.0
DOCIDIO	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	12 0100	70 ->	957<-	1.1	673 346.0	556 705.0
RENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 0001	40 ->	912<-	1.1	327 684.0	170 992.0
ONIL	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0005	100 ->	865<-	1.0	1 088 065.0	1 088 065.0
PEGIO	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 1000	40 ->	838<-	1.0	666 708.0	298 643.0
MINAL	ANTIPILEPTICOS	10 0100	100 ->	594<-	0.7	43 362.0	43 362.0
TIVAROL	ANTIANEMICOS	20 0000	40 ->	583<-	0.7	547 122.0	277 232.0
MASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	573<-	0.7	134 351.0	63 196.0
N-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	544<-	0.6	134 900.0	63 478.0
SASPIN FORTE 1000	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 1000	40 ->	540<-	0.5	474 532.0	211 320.0
RENIN	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 25*J	40 ->	527<-	0.5	298 857.0	157 818.0
MED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	20 0100	70 ->	520<-	0.5	1 083 317.0	311 766.0
KOTAN 1.5	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 15*J	40 ->	519<-	0.6	205 719.0	103 835.0
KOTAN 3	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	30 0003	40 ->	512<-	0.6	229 776.0	117 911.0
AMICRON	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0030	100 ->	499<-	0.6	990 014.0	990 014.0
INESONA	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL AL	20 1500	40 ->	493<-	0.6	566 127.0	268 240.0
OTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70 ->	458<-	0.5	1 908 401.0	1 559 462.0
OSOLVAN	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTE	200 0006	40 ->	444<-	0.5	802 883.0	375 591.0
ERMIN	ANTIACIDOS E ANTIULCEROSOS	60 1000	70 ->	427<-	0.5	1 422 597.0	1 109 237.0
FLUX	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTE	200 0003	40 ->	426<-	0.5	450 392.0	206 254.0
N-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	10 0250	40 ->	417<-	0.5	91 323.0	36 952.0
DEX	DIURETICOS	60 25*J	70 ->	410<-	0.5	1 140 528.0	926 456.0
TAREN RETARD	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	30 0100	70 ->	402<-	0.5	921 119.0	743 382.0
PENSAN-S	ANTIACIDOS E ANTIULCEROSOS	60 0340	40 ->	402<-	0.5	291 168.0	127 270.0
KAPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	394<-	0.5	770 402.0	583 808.0
CIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS, SAIS MIN., SUPL AL	20 0000	40 ->	394<-	0.5	242 268.0	121 230.0
ORAL	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTE	200 0050	40 ->	382<-	0.4	361 721.0	165 923.0
OXIN MO	CARDIOTONICOS	60 12*J	70 ->	377<-	0.4	134 382.0	112 270.0
ULATARD	INSULINAS	1 0100	100 ->	372<-	0.4	1 212 541.0	1 212 541.0
ANTIN	VASODILATADORES	60 0075	70 ->	364<-	0.4	445 956.0	371 740.0
ENTIN	ANTIBIOTICOS	16 0000	70 ->	352<-	0.4	1 130 458.0	860 251.0
IAN	OUTROS MED. SIST. NERVOSO C	60 1200	40 ->	350<-	0.4	1 058 610.0	558 443.0
ONHECIDO	DESCONHECIDO	0	0 ->	348<-	0.4	0.0	0.0
UM 5	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	25 0005	40 ->	341<-	0.4	37 071.0	17 524.0
ERIL EMULGEL	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	100 0010	40 ->	337<-	0.4	667 671.0	319 109.0
X	DIURETICOS	60 0040	70 ->	337<-	0.4	372 415.0	307 338.0
AMOX 500	ANTIBIOTICOS	16 0000	70 ->	333<-	0.4	963 412.0	719 130.0
ENE	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	12 0020	70 ->	332<-	0.4	495 151.0	399 547.0
AT AP	VASODILATADORES	50 0020	70 ->	325<-	0.4	1 029 134.0	836 499.0
KIN	CARDIOTONICOS	60 25*J	70 ->	308<-	0.4	122 932.0	102 059.0
TEMPO	BRONCODILATADORES E ANTIASH	60 0225	70 ->	305<-	0.4	299 490.0	244 126.0
ITAL	ANTIANEMICOS	18 0000	40 ->	305<-	0.4	134 167.0	32 816.0
DEL	SEDATIVOS, HIPNOTICOS, TRANQU	60 0005	40 ->	300<-	0.3	171 487.0	37 489.0
VENTE EXPECTORANTE	BRONCODILATADORES E ANTIASH	200 0000	40 ->	299<-	0.3	156 142.0	77 749.0
REW	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI	12 0100	70 ->	294<-	0.3	359 034.0	292 300.0
N-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	10 1000	40 ->	294<-	0.3	92 316.0	43 671.0
REL	VASODILATADORES	60 0020	70 ->	291<-	0.3	531 233.0	430 837.0
312	ANTIANEMICOS	6 0020	40 ->	290<-	0.3	795 564.0	379 970.0
RON FORTE	VASODILATADORES	60 0075	40 ->	286<-	0.3	373 074.0	195 516.0

50 MEDICAMENTOS COM MAIOR NUMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

NO	NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMB. DOS.	TAXA	N.EMB	%EMB	P.V.P.	S.N.S.
04	LORENIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 0001	40 ->	5 550<-	0.9	2 012 464.0	1 035 840.0
20	LORENIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 25*J	40 ->	4 794<-	0.8	2 735 590.0	1 392 933.0
71	CAPOTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70 ->	4 177<-	0.7	17 406 609.0	14 132 906.0
70	VENTILAN RECARGA	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	30 04*J	70 ->	4 031<-	0.7	2 682 592.0	2 112 028.0
25	ASPEGIC	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 1000	40 ->	4 030<-	0.7	3 214 547.0	1 402 426.0
73	DAONIL	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0005	100 ->	3 981<-	0.6	5 017 955.0	5 017 955.0
09	JUNIFEN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	200 0020	70 ->	3 511<-	0.6	1 506 029.0	1 056 157.0
23	LEXOTAN 3	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 0003	40 ->	3 447<-	0.6	1 549 790.0	757 923.0
05	MAGNESONA	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL ALIMENTAR.	20 1500	40 ->	3 166<-	0.5	3 637 063.0	1 671 560.0
17	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 0500	40 ->	3 118<-	0.5	773 190.0	343 379.0
47	MODURETIC	DIURETICOS	60 0000	70 ->	3 067<-	0.5	5 428 134.0	4 429 620.0
77	PERSANTIN	VASODILATADORES	60 0075	70 ->	3 043<-	0.5	3 732 182.0	3 087 370.0
01	TRINORDIOL	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	3 015<-	0.5	1 299 303.0	914 379.0
39	FILOTEMPO	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	60 0225	70 ->	2 982<-	0.5	2 921 922.0	2 382 790.0
17	TRIQUILAR	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	2 921<-	0.5	1 276 048.0	898 055.0
04	CALCIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL ALIMENTAR.	20 0000	40 ->	2 891<-	0.5	1 779 911.0	866 422.0
02	PROPAVENTE EXPECTORANTE	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	200 0000	40 ->	2 886<-	0.5	1 508 772.0	672 559.0
07	TRI-GYNERA	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	2 698<-	0.4	2 312 953.0	1 626 329.0
18	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	10 0250	40 ->	2 670<-	0.4	584 680.0	235 644.0
15	LEXOTAN 1,5	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 15*J	40 ->	2 649<-	0.4	1 050 103.0	510 771.0
36	PANASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	20 0500	40 ->	2 626<-	0.4	616 490.0	271 140.0
07	MIZORAL	ETIOTROPICOS	100 0020	40 ->	2 569<-	0.4	5 067 513.0	2 232 392.0
00	ZYTEC	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	20 0010	40 ->	2 556<-	0.4	3 903 835.0	1 678 479.0
02	AUGMENTIN	ANTIBIOTICOS	16 0000	70 ->	2 445<-	0.4	7 853 988.0	5 814 703.0
83	LASIX	DIURETICOS	60 0040	70 ->	2 399<-	0.4	2 663 003.0	2 185 244.0
10	ACTIFED	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	100 0000	40 ->	2 360<-	0.4	641 655.0	258 904.0
55	ACTIVAROL	ANTIANEMICOS	20 0000	40 ->	2 358<-	0.4	2 213 550.0	1 046 464.0
09	TRI-MINULET	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	2 357<-	0.4	2 009 031.0	1 411 681.0
40	FLUVERMAL	ANTI-HELMINTICOS	30 0020	40 ->	2 357<-	0.4	1 270 324.0	519 390.0
13	MUCOSOLVAN	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTES	200 0006	40 ->	2 350<-	0.4	4 251 621.0	1 894 118.0
10	SANDOCAL	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL ALIMENTAR.	20 0000	40 ->	2 332<-	0.4	1 435 963.0	706 189.0
60	LENDORMIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 25*K	40 ->	2 295<-	0.4	2 560 335.0	1 265 053.0
41	LANOXIN MD	CARDIOTONICOS	60 12*K	70 ->	2 267<-	0.4	808 952.0	672 848.0
60	BENFLUX	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTES	200 0003	40 ->	2 246<-	0.4	2 439 527.0	1 024 350.0
23	LANOXIN	CARDIOTONICOS	60 25*K	70 ->	2 177<-	0.4	870 200.0	718 790.0
45	BRUFEN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0400	70 ->	2 132<-	0.3	1 443 273.0	1 047 677.0
62	INDOCID	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	12 0100	70 ->	2 105<-	0.3	1 484 089.0	1 207 259.0
02	MUCOSPAS	BRONCODILATADORES E ANTIASMATICOS	200 0000	40 ->	2 052<-	0.3	2 108 910.0	847 759.0
36	XANAX	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	60 05*j	40 ->	2 013<-	0.3	3 706 699.0	1 727 819.0
04	ADALAT AP	VASODILATADORES	50 0020	70 ->	1 965<-	0.3	6 207 889.0	5 048 142.0
16	AULIN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	1 961<-	0.3	4 085 836.0	2 999 921.0
13	NIMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	1 934<-	0.3	4 029 065.0	2 967 927.0
16	PREVECILINA FORTE	ANTIBIOTICOS	1 0000	70 ->	1 924<-	0.3	752 890.0	536 979.0
20	TRENTAL	VASODILATADORES	30 0400	40 ->	1 870<-	0.3	2 902 892.0	1 473 910.0
07	PANTELMIN	ANTI-HELMINTICOS	30 0020	40 ->	1 865<-	0.3	1 019 810.0	416 530.0
12	AULIN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	1 860<-	0.3	4 565 409.0	3 327 396.0
24	VASTAREL	VASODILATADORES	60 0020	70 ->	1 832<-	0.3	3 346 113.0	2 709 820.0
03	FLOXAPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	1 822<-	0.3	3 567 604.0	2 621 982.0
07	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETIICOS	100 0040	40 ->	1 820<-	0.3	1 058 794.0	425 843.0
25	NIMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	1 792<-	0.3	4 473 756.0	3 275 009.0

50 MEDICAMENTOS COM MAIOR NUMERO DE EMBALAGENS PRESCRITAS

IGO	NOME	CLASSIFICACAO TERAPEUTICA	EMB. DOS.	TAXA	N.EMB	%EMB	P.V.P.	S.N.S.
5404	LORENIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 0001	40 ->	4 821<-	0.9	1 732 091.0	886 186.0
5420	LORENIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 25*J	40 ->	3 805<-	0.7	2 157 999.0	1 102 508.0
6771	CAPOTEN	ANTI-HIPERTENSORES	60 0025	70 ->	3 511<-	0.7	14 619 713.0	11 853 792.0
1670	VENTILAN RECARGA	BRONCODILADORES E ANTIASMATICOS	30 04*J	70 ->	3 463<-	0.7	2 298 271.0	1 811 490.0
0173	DAONIL	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0005	100 ->	3 339<-	0.7	4 202 439.0	4 202 439.0
0825	ASPEGIC	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 1000	40 ->	3 263<-	0.6	2 602 607.0	1 138 713.0
3209	JUNIFEN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	200 0020	70 ->	2 882<-	0.6	1 236 328.0	866 450.0
3723	LEXOTAN 3	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 0003	40 ->	2 739<-	0.5	1 230 823.0	597 557.0
8617	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	2 624<-	0.5	650 707.0	286 594.0
7047	MOURETIC	DIURETICOS	60 0000	70 ->	2 525<-	0.5	4 457 370.0	3 645 234.0
3405	MAGNESONA	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL ALIMENTAR.	20 1500	40 ->	2 476<-	0.5	2 842 991.0	1 285 084.0
6477	PERSANTIN	VASODILADORES	60 0075	70 ->	2 471<-	0.5	3 028 154.0	2 504 451.0
7349	FILOTEMPO	BRONCODILADORES E ANTIASMATICOS	60 0225	70 ->	2 468<-	0.5	2 416 468.0	1 965 349.0
3902	PROPAVENTE EXPECTORANTE	BRONCODILADORES E ANTIASMATICOS	200 0000	40 ->	2 454<-	0.5	1 282 102.0	572 129.0
5501	TRINORDIOL	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	2 412<-	0.5	1 039 529.0	733 846.0
1507	NIZORAL	ETIOTROPICOS	100 0020	40 ->	2 373<-	0.5	4 674 257.0	2 056 748.0
6304	CALCIUM SANDOZ FORTE	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL ALIMENTAR.	20 0000	40 ->	2 360<-	0.5	1 452 005.0	710 212.0
0107	TRI-GYNERA	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	2 357<-	0.5	2 048 689.0	1 440 452.0
8518	BEN-U-RON	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	10 0250	40 ->	2 226<-	0.4	487 444.0	196 444.0
3715	LEXOTAN 1,5	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 15*J	40 ->	2 137<-	0.4	845 646.0	410 650.0
5436	PANASORBE	ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS	20 0500	40 ->	2 092<-	0.4	489 607.0	216 428.0
7309	TRI-MINULET	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	2 054<-	0.4	1 757 283.0	1 235 410.0
4702	AUGMENTIN	ANTIBIOTICOS	16 0000	70 ->	2 015<-	0.4	6 467 904.0	4 792 552.0
2617	TRIQUILAR	ASSOCIACOES DE HORMONAS	21 0000	70 ->	1 997<-	0.4	871 581.0	612 526.0
4913	MUCOSOLVAN	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTES	200 0006	40 ->	1 984<-	0.4	3 587 369.0	1 612 558.0
3837	LASIX	DIURETICOS	60 0040	70 ->	1 958<-	0.4	2 163 788.0	1 778 813.0
9104	ACTIFED	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	100 0000	40 ->	1 940<-	0.4	527 268.0	212 342.0
5441	LANOXIN MD	CARDIOTONICOS	60 12*K	70 ->	1 935<-	0.4	689 501.0	574 675.0
9605	LENDORMIN	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	30 25*K	40 ->	1 919<-	0.4	2 139 931.0	1 051 294.0
0555	ACTIVAROL	ANTIEMETICOS	20 0000	40 ->	1 916<-	0.4	1 797 279.0	855 576.0
7405	FLUVERMAL	ANTI-HELMINTICOS	30 0020	40 ->	1 915<-	0.4	1 032 133.0	422 824.0
7603	BENFLUX	ANTITUSSICOS E EXPECTORANTES	200 0003	40 ->	1 885<-	0.4	2 038 830.0	864 354.0
0216	MUCOSPAS	BRONCODILADORES E ANTIASMATICOS	200 0000	40 ->	1 825<-	0.4	1 874 824.0	753 724.0
5223	LANOXIN	CARDIOTONICOS	60 25*K	70 ->	1 814<-	0.4	724 126.0	598 974.0
7900	ZYTEC	MEDICACAO ANTI-ALERGICA	20 0010	40 ->	1 791<-	0.4	2 734 061.0	1 171 286.0
3360	XANAX	SEDATIVOS,HIPNOTICOS,TRANQUILIZANT.	60 05*j	40 ->	1 769<-	0.3	3 254 032.0	1 510 144.0
4045	BRUFEN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0400	70 ->	1 752<-	0.3	1 185 881.0	860 367.0
0100	SANDOCAL	VITAMINAS,SAIS MIN.,SUPL ALIMENTAR.	20 0000	40 ->	1 712<-	0.3	1 053 443.0	514 214.0
8626	INDOCID	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	12 0100	70 ->	1 666<-	0.3	1 169 385.0	946 630.0
3304	ADALAT AP	VASODILADORES	50 0020	70 ->	1 655<-	0.3	5 222 770.0	4 240 701.0
2137	NIMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	1 598<-	0.3	3 327 024.0	2 451 062.0
9416	PREVECILINA FORTE	ANTIBIOTICOS	1 0000	70 ->	1 596<-	0.3	622 256.0	446 422.0
26716	AULIN	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	1 592<-	0.3	3 314 965.0	2 416 476.0
8703	FLOXAPEN	ANTIBIOTICOS	16 0500	70 ->	1 592<-	0.3	3 113 131.0	2 294 709.0
3024	VASTAREL	VASODILADORES	60 0020	70 ->	1 563<-	0.3	2 852 998.0	2 316 493.0
21636	MOOSTAN	OUTROS MED. SIST. NERVOSO CER.-ESP.	60 1200	40 ->	1 554<-	0.3	4 740 472.0	2 420 585.0
1318	DIAMICRON	ANTIIDIABETICOS ORAIS	60 0080	100 ->	1 530<-	0.3	3 035 087.0	3 035 087.0
02420	TRENTAL	VASODILADORES	30 0400	40 ->	1 527<-	0.3	2 368 749.0	1 200 434.0
2407	PANTELMIN	ANTI-HELMINTICOS	30 0020	40 ->	1 512<-	0.3	824 801.0	336 398.0
99258	NIMED	MED. ANTI-REUM. E OUT. ANTI-INFLAM.	20 0100	70 ->	1 490<-	0.3	3 717 759.0	2 722 496.0

ANEXO II



DEPARTAMENTO DE CLÍNICA GERAL

28 de Abril de 1995

Exmo/a Colega

Neste Departamento de Clínica Geral gostaríamos de estudar cientificamente os hábitos de Prescrição dos Clínicos Gerais/ Médicos de Família do nosso país.

Com esse fim, venho solicitar a sua colaboração para o preenchimento do Questionário de resposta múltipla, de carácter confidencial, em anexo, enviado a todos os colegas de Clínica Geral da Zona Norte.

Agradecendo desde já o tempo dispendido no seu preenchimento, procurarei compensá-lo dando-lhe conhecimento, em primeira mão, dos resultados que obtivermos, logo que possível.

Agradecendo mais uma vez a sua colaboração

Subcrevo-me atenciosamente

Maria Luciana Couto
(Assistente de Clínica Geral)

QUESTIONÁRIO ANÓNIMO

Por favor responda assinalando com uma X, no local correspondente, a resposta julgada mais adequada em relação a cada pergunta.

1. DADOS PESSOAIS

- 1.1. Idade: _____ anos 1.2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
1.3. Estado Civil _____ 1.4. Profissão do Conjuge _____

2. RESIDÊNCIA

- 2.1. Concelho: _____ 2.2. Distrito: _____

3 LICENCIATURA

- 3.1 Ano de Licenciatura: _____

3.3 Local de Licenciatura:

- | | | |
|--------|---|--------------------------|
| 3.3.1. | Faculdade de Medicina do Porto | ☐ |
| 3.3.2. | Instituto Ciências Biomédicas do Porto | ☐ |
| 3.3.3. | Faculdade de Medicina de Coimbra | ☐ |
| 3.3.5 | Faculdade de Medicina de Lisboa | ☐ |
| 3.3.6. | Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa | ☐ |
| 3.3.7. | Outra | ☐ |

4. LOCAL DE TRABALHO

- 4.1. Concelho _____ 4.2. Distrito _____

5. FORMAÇÃO PÓS -GRADUADA

- 5.1 Fez Formação Específica ou Complementar ? NÃO ☐ SIM ☐

- 5.2 Se SIM, em que ano efectuou a Formação? _____ Local: _____

6. INFORMAÇÃO MÉDICA

6. 1. Recebe Delegados de Informação Médica ?

- | | NÃO | SIM |
|--|---|--------------------------|
| 6.1.1. No seu consultório privado ? | ☐ | ☐ |
| 6.1.2 No seu Centro de Saúde ? | ☐ | ☐ |
| 6.1.3 Com Horário de Atendimento ? | ☐ | ☐ |
| 6.1.4 Quantos recebe, em média, por semana ? | <1 ☐ 2-4 ☐ 5-7 ☐ 8-10 ☐ =>10 ☐ | |

7. LEITURA DE REVISTAS

7.1 Em 1994 leu alguma(s) das seguintes Revistas Médicas?

	NUNCA	OCASIONAL MENTE	REGULAR MENTE *
7.1.1. Acta Médica Portuguesa	☐	☐	☐
7.1.2. American Journal of Epidemiology	☐	☐	☐
7.1.3. Anamnesis	☐	☐	☐
7.1.4. Arquivos de Medicina	☐	☐	☐
7.1.5. British Medical Journal	☐	☐	☐
7.1.6. Cardiologia Actual	☐	☐	☐
7.1.7. Geriatria	☐	☐	☐
7.1.8. La Revue du Practicien	☐	☐	☐
7.1.9. Medical Care	☐	☐	☐
7.1.10. Medicis	☐	☐	☐
7.1.11. New England Journal of Medicine	☐	☐	☐
7.1.12. Postgraduated Medicine	☐	☐	☐
7.1.13. Revista da Ordem dos Médicos	☐	☐	☐
7.1.14. Revista Portuguesa de Clínica Geral	☐	☐	☐
7.1.15. Revista Portuguesa de Saúde Pública	☐	☐	☐
7.1.16. The Lancet	☐	☐	☐
7.1.17. The Journal of Family Practice	☐	☐	☐
7.1.18. The Practitioner	☐	☐	☐
7.1.19. Update	☐	☐	☐
7.1.20. Informação Terapêutica (Infarmed)	☐	☐	☐
7.1.21. Outra _____	☐	☐	☐
7.1.22. Outra _____	☐	☐	☐
7.1.23. Outra _____	☐	☐	☐

* Sempre que sai

8. LEITURA DE INFORMAÇÃO MÉDICA

Lê as Separatas ou Folhetos fornecidos pela Indústria Farmacêutica?

8.1 NUNCA ☐ 8.2 OCASIONALMENTE ☐ 8.3 REGULARMENTE ☐

9. LEITURA DE JORNAIS

No ano corrente leu algum dos seguintes Jornais ou Semanários com suplementos de saúde ?

	NUNCA	OCASIONAL MENTE (<1 vez por mês)	REGULAR MENTE (1 vez por mês)
9.1 Expresso	☐	☐	☐
9.2 Independente	☐	☐	☐
9.3 Jornal de Noticias	☐	☐	☐
9.4 Público	☐	☐	☐
9.5. Semanário	☐	☐	☐
9.6 Tal e Qual	☐	☐	☐
9.7 OUTROS	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐

10 .MEIOS AUDIOVISUAIS

Vê ou ouve Programas da Rádio e / ou de Televisão sobre Saúde ?

- 10.1 NUNCA ☐
- 10 .2 OCASIONALMENTE ☐
(menos de 1 vez por mês)
- 10.3 REGULARMENTE ☐
(pelo menos 1 vez por mês)

QUAIS? (nomeie) _____

11. LIVROS DE ACTUALIZAÇÃO

Nos anos de 1994 - 95 consultou, para sua actualização, alguns dos seguintes livros?

	NUNCA	OCASIONALMENTE (< 1 vez por ano)	REGULARMENTE (1 ou 2 vezes por mês)
11.1 The Pharmacological Basis of Therapeutics (Ed. Goodman & Gilman)	☐	☐	☐
11.2 Terapêutica Medicamentosa Bases Farmacológicas (ed. Gar. e W. Osw.)	☐	☐	☐
11.3 Current Medical Diagnosis and Treatment (Ed. Lawrence, Mc Phee)	☐	☐	☐
11.4 The Principles of Internal Medicine (Ed. Harrison)	☐	☐	☐
11.5 Conn's Current Therapy (ed. Robert Rakel)	☐	☐	☐
11.6 Manual Medical Therapeutics(ed. Boedeker, J. Dauber)	☐	☐	☐
11.7 Clinical Pharmacology (D.R. Laurence)	☐	☐	☐
11.8.. Outro _____	☐	☐	☐
11.9. Outro _____	☐	☐	☐
11.10.. Outro _____	☐	☐	☐
11.11 .Outro _____	☐	☐	☐
11.12 .Outro _____	☐	☐	☐

12. CONGRESSOS / REUNIÕES

EM 1994 EM QUANTOS CONGRESSOS E / OU REUNIÕES MÉDICAS PARTICIPOU?

NENHUM ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 4-5 ☐ 5-6 ☐ > 7 ☐

1 2 2 2 2 1

Nas 3 Páginas seguintes são propostas três Situações Clínicas sobre as quais gostaria de conhecer a Opinião do /a Colega sobre quais os Fármacos que utilizaria e as Razões da sua escolha

13 . Na sua Consulta observou um doente de sexo masculino 28 Anos de idade com Amigdalite Eritemato-Pultácea.Não Alérgico À Penicilina.sendo a sua primeira infecção desde há um ano.Qual ou quais os Fármacos com que o medicaria:

	NUNCA	talvez	SEMPRE *
3.1 Ácido acetilssalicílico (a.a.s .aspirina,aspro,toldex)	☐	☐	☐
3.2 Acetilsalicilato de lisina (aspegic,lisaspin)	☐	☐	☐
3.3 Amoxicilina (amplamox,cipamox,clamoxyl,moxadent)	☐	☐	☐
3.4 Amoxicilina/ ac.clavulânico (augmentin,clavamox,penilan)	☐	☐	☐
3.5 Bacampicilina (bacampicin)	☐	☐	☐
3.6 Benzidamina (flogoral ,tantun verde)	☐	☐	☐
3.7 Cefaclor (ceclor)	☐	☐	☐
3.8 Cefadroxil (biofafil,ceforal,cefacile,cefra-om)	☐	☐	☐
3.9 Cefixima (tricef)	☐	☐	☐
3.10 Cefoperazona (ceftriaxone ,rocephin)	☐	☐	☐
3.11 Deriv. de enzimas (ananase, aniflazime, maxilase, onoprose, varidasa)	☐	☐	☐
3.12 Eritromicina (eritrina,eritrazon,eritocina,e.s.e)	☐	☐	☐
3.13 Fenoximetilpenicilina(ciacil 1,2 mega, fenoxipen)	☐	☐	☐
3.14 Ibuprofeno (brufen,motrim,nuprilan)	☐	☐	☐
3.15 Indometacina (azapol,dolovin,indocid,reumacid)	☐	☐	☐
3.16 Iodopovidona (betadine ,isodine)	☐	☐	☐
3.17 Naproxeno (naprosym,numide,reuxen)	☐	☐	☐
3.18 Nimesulide (aulin,donulide,nimed)	☐	☐	☐
3.19 Paracetamol (algik,anfetol,ben-u-ron,panasorbe,parsei)	☐	☐	☐
3.20 Penicilina benzatinica (penadur,penilenta)	☐	☐	☐
3.21 Penicilina procainica (omnacilina,prevecilina)	☐	☐	☐
3.22 Roxitromicina (rulide)	☐	☐	☐
3.23 Outros _____	☐	☐	☐
3.24 Outros _____	☐	☐	☐

* 1ª escolha

14. Os Motivos da opção pelos Fármacos que assinalou na Pergunta Anterior são :

(Classifique as razões numa escala de 1- pouco importante - a 5 - muito importante -)

	1	2	3	4	5
14.1 Boa Relação Custo / Benefício	☐	☐	☐	☐	☐
14.2 Boa Adesão Dos Doentes	☐	☐	☐	☐	☐
14.3 Menos Efeitos Laterais ou menos Recidivas	☐	☐	☐	☐	☐
14.4 Referência favorável de outros Médicos	☐	☐	☐	☐	☐
14.5 Bons Resultados Terapêuticos Anteriormente Obtidos	☐	☐	☐	☐	☐
14.6 Referência favorável dos utentes / doentes	☐	☐	☐	☐	☐
14.7 Informação difundida pelas Autoridades de Saúde	☐	☐	☐	☐	☐
14.8 Outras _____	☐	☐	☐	☐	☐

15 .Observou na sua Consulta pela terceira vez uma doente de 65 anos que refere tonturas .Tem valores analíticos normais e o Exame Objectivo não mostra alterações para além de valores de Tensão Arterial que lhe permitem o diagnóstico de Hipertensão Ligeira (critérios da O. M. S.). A doente não está a tomar qualquer medicação. Qual ou quais o/s Fármaco /s com que a medicaria ?

	NUNCA	TALVEZ	SEMPRE *
15.1 Acido acetilssalicílico (aspirina, cartia, toldex)	☐	☐	☐
15.2 Captopril (capoten, carencil ,hipertil,mereprine,tensopril)	☐	☐	☐
15.3 Captopril / hidroclorotiazida (lopiretic)	☐	☐	☐
15.4 Cinarizina(cinaron,cinon,stugeron)	☐	☐	☐
15.5 Dihidroergocristina (diertina)	☐	☐	☐
15.6 Dihidroergotoxina (hydergine,optamine,redergot,secamin)	☐	☐	☐
15.7 Dipyridamol (cleridium,persantin,proxicor)	☐	☐	☐
15.8 Enalapril.(ecadil ,renitec ,)	☐	☐	☐
15.9 Enalapril / hidroclorotiazida (renidur)	☐	☐	☐
15.10 Espironolactona (aldactone,aldonar,nefrolactona)	☐	☐	☐
15.11 Flunarizina (sibelium ,zinasen)	☐	☐	☐
15.12 Furosemida (aquadux,lasix)	☐	☐	☐
15.13 Ginko biloba (abolibe,gincoben,vasoactive)	☐	☐	☐
15.14 Hidroclor./amilorido(chibrético, diurene moduretic)	☐	☐	☐
15.15 Metildopa / hidrocl. / amilorido (aldoretic)	☐	☐	☐
15.16 Nicergolina (sermion)	☐	☐	☐
15.17 Nifedipina (adalat,medipina,nifedate)	☐	☐	☐
15.18 Nimodipina (nimotop)	☐	☐	☐
15.19 Piracetam (noostan,piracetam rathipharm)	☐	☐	☐
15.20 Trimetazidina (vastarel)	☐	☐	☐
15.21 Outros _____	☐	☐	☐

* 1ª escolha

16. Os Motivos da opção pelos Fármacos que assinalou na pergunta anterior são :

(Classifique as razões numa escala de 1- pouco importante - a 5 - muito importante-)

	1	2	3	4	5
6.1 Boa Relação Custo / Benefício	☐	☐	☐	☐	☐
6.2 Boa Adesão Dos Doentes	☐	☐	☐	☐	☐
6.3 Menos Efeitos Laterais ou menos Recidivas	☐	☐	☐	☐	☐
6.4 Referência favorável de outros Médicos	☐	☐	☐	☐	☐
6.5 Bons Resultados Terapêuticos Anteriormente Obtidos	☐	☐	☐	☐	☐
6.6 Referência favorável de Utentes / doentes	☐	☐	☐	☐	☐
6.7 Informação difundida pelas Autoridades de Saúde	☐	☐	☐	☐	☐

17. Vê na sua Consulta um homem de 50 anos referindo Insónia de Adormecimento e Pesadelos Frequentes .Tem Conflitos Profissionais sem hábitos tabágicos ou alcoólicos.O seu Exame Objectivo é normal .Qual ou quais o/s Fármaco /s com que o medicaria ?

		NUNCA	TALVEZ	SEMPRE
17.01	Ácido acetilssalicílico(aspirina, cartia,toldex,)	☐	☐	☐
17.02	Alprazolam (pazolam,prazin,unilan,xanax)	☐	☐	☐
17.03	Amineptina (directim,survector)	☐	☐	☐
17.04	Aspartato de arginina (asparten ,sargenor)	☐	☐	☐
17.05	Bromazepam (bromalex,lexotan,ultramidol)	☐	☐	☐
17.06	Brotizolam (lendormin)	☐	☐	☐
17.07	Buspirona (buscalma,buspar,psibeter)	☐	☐	☐
17.08	Clobazam (castilium,urbanil)	☐	☐	☐
17.09	Clorazepato (medipax,tranxene)	☐	☐	☐
17.10	D iazepam (bialzepam,metemidol,unisedil, valium)	☐	☐	☐
17.11	Dotiepina (protiadene)	☐	☐	☐
17.12	Estazolam (kainever)	☐	☐	☐
17.13	Flunitrazepam (digassim rohypnol, sedex, tuneluz)	☐	☐	☐
17.14	Fluoxetina (prozac,psipax)	☐	☐	☐
17.15	Loprazolam (dormonoct)	☐	☐	☐
17.16	Lorazepam (ansilor,lorenin,lorsedal)	☐	☐	☐
17.17	Maprotilina (ludiomil)	☐	☐	☐
17.18	Moclobemide (aurorix)	☐	☐	☐
17.19	Oxazepam (serenal)	☐	☐	☐
17.20	Piracetam (noostan,piracetam)	☐	☐	☐
17.21	Pirisudanol (pridana f)	☐	☐	☐
17.22	Quetazolam (unalam)	☐	☐	☐
17.23	Temazepam (euhypnos,normison)	☐	☐	☐
17.24	Trazodone (trazone,triticum)	☐	☐	☐
17.25	Triazolam (halcion)	☐	☐	☐
17.26	Outros (nomeie) _____	☐	☐	☐

* 1ª escolha

18.OsMotivos da opção pelos Fármacos que assinalou na Pergunta Anterior são :

(Classifique as razões numa escala de 1- pouco importante - a 5 - muito importante -)

	1	2	3	4	5
18.1 Boa Relação Custo / Benefício	☐	☐	☐	☐	☐
18.2 Boa Adesão Dos Doentes	☐	☐	☐	☐	☐
18.3 Menos Efeitos Laterais ou menores Recidivas	☐	☐	☐	☐	☐
18.4 Referência favorável de outros Médicos	☐	☐	☐	☐	☐
18.5 Bons Resultados Terapêuticos Anterior/ Obtidos	☐	☐	☐	☐	☐
18.6 Referência favorável de utentes / doentes	☐	☐	☐	☐	☐
18.7 Informação difundida pelas Autoridades de Saúde	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO III



DEPARTAMENTO DE CLÍNICA GERAL

Porto, 9 de Maio de 1995

Exmo/a. Colega

Enviei-lhe recentemente um questionário , de carácter confidencial, destinado a um estudo sobre Prescrição em Medicina Familiar/Clinica Geral, que decorre neste Departamento, envolvendo Médicos de Clínica Geral da zona Norte.

Se já respondeu, agradeço a colaboração e o tempo dispendido no seu preenchimento. Se ainda não o fez, peço-lhe, mais uma vez a sua colaboração no sentido de o enviar logo que possível.

Agradecendo toda a colaboração

subcrevo-me
atenciosamente

Maria Luciana Couto
(Assistente de Clínica Geral)

Errata: Na página 7 leia p.f. , entre as hipóteses a considerar para resposta:

	NUNCA	TALVEZ	SEMPRE
17.13 Flunitrazepam (sedex, rohypnol)	☐	☐	☐
17.14 Fluoxetina (digassim, prosac, psipax, tuneluz)	☐	☐	☐

ANEXO IV



DEPARTAMENTO DE CLÍNICA GERAL

Porto, 3 de Outubro de 1995

Caro Colega

Estando este Departamento interessado no estudo da realidade e das dificuldades que encontramos na prática diária da clínica geral estou a fazer um estudo científico da **PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM CLÍNICA GERAL**. Enviei já, em Maio passado, a todos os colegas da Carreira de Clínica Geral da Zona Norte, um inquérito de resposta anónima para esse estudo.

Muitos colegas responderam, mas pensamos que a máxima participação seria importante para o estudo em causa.

Se o colega já respondeu em Maio, por favor, assinale o cartão/resposta anexo e envie-o. Se não o fez, devido aos seus múltiplos afazeres, mas está disposto a fazê-lo agora, em anexo segue novo exemplar do inquérito, para o caso de eventualmente não se lembrar onde se encontra o inicialmente enviado, o que é compreensível. Responda por favor ao inquérito sem nele se identificar e envie-me dentro do envelope junto. Assinale depois o envio no postal/resposta identificado e mande-mo por correio separado. Assim saberei que já respondeu - e não voltarei a incomodá-lo com este inquérito - mas não saberei identificar a sua resposta, o que lhe garante toda a liberdade.

Se não se lembra se respondeu ou não, responda agora.

Se não quer responder, no que tem o meu absoluto respeito, embora lamentemos, peço-lhe que assinale no postal/resposta identificado e no-lo envie para não tornarmos a incomodá-lo.

Grata, uma vez mais pela atenção dispensada, com amizade.

Subscrevo-me
Atenciosamente

Maria Luciana Couto
(Assistente de Clínica Geral)

ANEXO V



DEPARTAMENTO DE CLÍNICA GERAL

Porto, 9 de Agosto de 1996

Exmo(a). Colega:

Está a decorrer neste Departamento um estudo sobre *Prescrição em Clínica Geral* enviado a todos os médicos do Colégio da especialidade de Clínica Geral da Zona Norte, no qual muitos colegas participaram respondendo a um questionário de auto-preenchimento que enviamos o ano passado.

Da análise preliminar das respostas enviadas constata-se que “os/ as colegas de Clínica Geral da Zona Norte têm preocupação com a sua formação contínua, seja pela frequência regular de congressos e / ou reuniões clínicas, seja pela leitura regular de livros e revistas médicas”.

Venho solicitar a colaboração do colega para a realização de uma entrevista destinada a analisar melhor alguns aspectos do referido estudo. Essa entrevista demorará cerca de 20 a 30 minutos.

Dentro de quinze dias contactá-lo(a)-ei para a marcação de hora e local dessa referida entrevista.

Agradecendo desde já a atenção dispensada

Subcrevo-me
Atenciosamente

Maria Luciana Couto

(Assistente de Clínica Geral)

ANEXO VI

INTRODUÇÃO

Exma/o Colega :

Na sequência da carta que lhe enviei a 9 de Agosto de 1996, a entrevista que vamos iniciar pretende ajudar a analisar e aprofundar melhor alguns aspectos do estudo que está a decorrer no Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina sobre PRESCRIÇÃO EM CLÍNICA GERAL. Conforme lhe dei conhecimento da análise preliminar dos resultados obtidos a partir das respostas aos questionários auto-preenchidos enviados a todos os colegas do colégio de especialidade de clínica geral da Zona Norte constata-se que :“ os / as colegas de Clínica Geral da Zona Norte têm preocupação com a sua formação contínua , seja pela frequência regular de congressos e / ou reuniões clínicas , seja pela leitura regular de livros e revistas médicas “.

Vamos então iniciar a entrevista(de carácter confidencial). agradecendo , desde já a colaboração prestada

ENTREVISTA

Dados Sócio-Demográficos

1. Idade _____ 2. Sexo : Masculino ____ Feminino ____
3. Ano de Licenciatura _____ 4. Local de Licenciatura _____
5. Estado Civil _____ 6. Profissão do Conjuge _____
7. Local de Trabalho: Concelho _____ Distrito _____
8. Residência : Concelho _____ Distrito _____
9. Trabalha em Dedicção Exclusiva no Centro de Saúde ? Sim ____ Não ____
10. Tem Consultório Privado ? Sim ____ Não ____
- 11 . Há Quantos Anos Exerce Clínica Geral / Medicina Familiar ? _____
12. Fez Formação Específica _____ ou Complementar _____ ? 12 a. Ano _____

Hábitos de Leituras Médicas e Gerais

13. Lê revistas médicas ? Sim ____ Não ____
- 13 . a Quantas lê aproximadamente, em média, por mês _____
13. b . Cite revistas médicas que lê regularmente _____
-

13. e Qual a revista médica que considera para si mais útil? _____

14. Que outras revistas ou jornais lê regularmente? _____

15. Lembra-se de livros que leu até ao fim no último ano de 1995? _____

16. Tem alguns autores preferidos? Sim ____ Não ____ Qual _____

Outras Fontes de Informação

17. Quantos delegados recebe habitualmente por semana? _____

18. Quando recebe os delegados de Informação Médica? No início ____ No fim das consultas? ____

19. Quanto tempo dispense normalmente para os receber? _____

20. Costuma guardar algum material de informação que o delegado lhe fornece? Sim ____ Não ____

20. a Se guarda consulta - o regularmente? Sim ____ Não ____

Mostrar Lista de Medicamentos I (por frequência de receituário)

Registos Clínicos

21. Como regista os resultados da sua terapêutica no seu dia a dia? _____

22. Faz outros registos para além das fichas do S.N.S.? _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

Frequência de Receituário

Nome Comercial	Fármaco	frequente/	pouco	não receita
ANSILOR, LORENIN, LOSEDAI)	LORAZEPAM	☐	☐	☐
ALAZEPAM, UNISFIDIL, VALIUM)	DIAZEPAM	☐	☐	☐
ARTERIOVINCA, VINCANOR, CERVINCA)	VINCAMINA	☐	☐	☐
MOOSTAN, PIRACETAM)	PIRACETAM	☐	☐	☐
BUSCUMAX, BUSPAR, BUSPIRER)	BUSPIRONA	☐	☐	☐
CLASTILUM, LURDANIL)	CLOBAZAM	☐	☐	☐
ALZOLAM, PRAZIN, UNILAN, KANAX)	ALPRAZOLAM	☐	☐	☐
ARTIA, IOTIDEX, ASPIRINA)	ACIDO ACETIL-SALICILICO	☐	☐	☐
IRIDANA F)	PIRISUDANOL	☐	☐	☐
PROZAC, PSIPAX, DIGASSIM, NODEPE)	FLUOXETINA	☐	☐	☐
PARAX)	HIDROXIZINA	☐	☐	☐
ARGENOR, ASPARTEN)	ASPARTATO DE ARGININA	☐	☐	☐
EDIPAX, TRANXENE)	CLORAZEPATO	☐	☐	☐
URORIN)	MOCLOBEMIDE	☐	☐	☐
N-U-RON, PANASORBE, PARSEL	PARACETAMOL	☐	☐	☐
ETADINE, ISODINE)	IODOPOVIDONA	☐	☐	☐
PANASE, ANIFLAZIME, MAXILASE)	DERIV. DE ENZIMAS	☐	☐	☐
CLIN DONULIDE, NIMED.	NIMESULIDE	☐	☐	☐
OGORAL, TANTUM VERDE)	BENZIDAMINA	☐	☐	☐
TEGIC, LISASPIN)	ACETILSALIC. DE LISINA	☐	☐	☐
UGMENTIN, CLAVAMOX, PENILAN).	AMOX./AC. CLAVULÂNICO	☐	☐	☐
RMION)	NICERGOLINA	☐	☐	☐
MOTOP)	NIMODIPINA	☐	☐	☐
STAREL)	TRIMATAZIDINA	☐	☐	☐
ERIDIUM, PERSANTIN, PROXICOR)	DIPYRIDAMOL	☐	☐	☐
VINTON, ULTRAVINCA, VIPOCEND)	VINPOCETINA	☐	☐	☐
DERGINE, OPTAMINE, SECAMIN)	DIIIDROERGOTOXINA	☐	☐	☐
ERTINA)	DIIIDROERGOCRISTINA	☐	☐	☐
CIMEX, UNACID)	AMPICIL/ SULBACTAM	☐	☐	☐
NASEN, SIBELIUM)	FLUNARIZINA	☐	☐	☐
COBEN, VASOACTIVE)	GINKO BILOBA	☐	☐	☐

23. Já efectuou no seu ficheiro algum trabalho de análise ? Sim ____ Não ____

23.a Qual? _____

Centro de Saúde

24. Há reuniões no seu Centro de Saúde ? Sim ____ Não ____

24.a .De que tipo? _____

25. Com que periodicidade ? _____

26 . Quem apresenta os temas ? a . - Colegas fora do centro de saúde ? _____
(em percentagem aproximada)

b .- Colegas do centro de saúde? _____

27.Já apresentou algum tema numa reunião do seu Centro de Saúde? Sim ____ Não ____

Quantas no último ano de 1995 ? _____

28. Considera as reuniões do seu centro de saúde úteis na sua formação? Sim ____ Não ____

28 . a Porquê? _____

29. O seu Centro de Saúde tem biblioteca? Sim ____ Não ____

30. Como a considera ? Útil ____ Pouco útil ? ____ Porquê _____

31. Costuma consultar livros ou revistas da biblioteca do seu Centro de Saúde? Sim ____ Não ____

Auto -Formação

32 . Onde estuda habitualmente ? _____

32.a. Considera -o adequado ? _____

33. Como costuma ocupar o tempo livre no fim de semana? _____

34. Em algum momento aproveita para leitura? Sim ☐ Não ☐ De que tipo? _____

35. E no tempo livre nas suas férias? _____

36. Esteve presente, aproximadamente, em quantos congressos no último ano de 1995? :

a - no país? _____

b. - no estrangeiro? _____

36. a Teve apoios para o fazer? Sim ☐ Não ☐ De que tipo? _____

37. Conhece algumas circulares normativas elaboradas por estruturas do Ministério da Saúde com protocolos de tratamento?

☐ Hipertensão

☐ Diabetes Melitus

☐ Epilepsia

☐ Outras _____

Ensaaios Clinicos

38. Já realizou ensaios clínicos? Sim ☐ De que tipo? _____

Não ☐ Porquê? _____

39. Se já participou o que pensa da sua validade científica e ética? _____

40. Costuma recorrer aos delegados de informação médica para obtenção de amostras clínicas para uso pessoal ou familiar? Sim ☐ Não ☐

De amigos? Sim ☐ Não ☐

De doentes? Sim ☐ Não ☐

41. Na sua prescrição sente-se influenciado por outras considerações que não de carácter científico - técnico - profissional? Sim ☐ Não ☐

Genéricos

2. Conhece os genéricos? Sim ____ Não ____

3. Acha os genéricos uma boa solução para contenção de custos? Sim ____ Não ____

4. Quer citar alguns genéricos? _____

5. Desta lista de genéricos que grupo terapêutico lhe sugerem estes nomes?

AMILORIDO 5 + HIDROCLOROTIAZIDA _____

AMOXICILINA susp.oral _____

ATENOLOL comp. _____

COTRIMOXAZOL comp. _____

NIFEDIPINA cap. _____

PIRACETAM sol.oral e comp. _____

SUCRALFATO cart. _____

6. Quais são para si na sua experiência pessoal o que mais influencia a sua prescrição?
(fale-me sobre cada um deles)

A sua formação académica? _____

Os seus hábitos de leitura? _____

A informação da indústria farmacêutica? _____

Informação obtida na frequência de congressos ou reuniões médicas? _____

Outras _____

7. Mostrar tabela II (Actividade Farmacológica)

LISTA DE MEDICAMENTOS

Actividade Farmacológica

Nome Comercial	Fármaco	Muito activo	Pouco activo	Não sei
(ANSILOR, LORENIN, LORSEDAL)	LORAZEPAM	☐	☐	☐
(DIAZEPAM, UNISEDIL, VALIUM)	DIAZEPAM	☐	☐	☐
(ARTERIOVINCA, VINCANOR, CERVINCA)	VINCAMINA	☐	☐	☐
(NOOSTAN, PHACETAM)	PHACETAM	☐	☐	☐
(BUSCALM, BUSPAR, PSIDETER)	BUSPIRONA	☐	☐	☐
(CASHIUM, URIANIL)	CLOBAZAM	☐	☐	☐
(PAZOLAM, PRAZIN, UNILAN, XANAX)	ALPRAZOLAM	☐	☐	☐
(CARILTA, TOLDEN, ASPIRINA)	ACIDO ACETIL-SALICILICO	☐	☐	☐
(PRIDANA F)	PIRISUDANOL	☐	☐	☐
(PROZAC, PSIPAX, DIGASSIN, NODEFE)	FLUOXETINA	☐	☐	☐
(AFARAX)	HIDROXIZINA	☐	☐	☐
(SARGENOR, ASPARTEN)	ASPARTATO DE ARGININA	☐	☐	☐
(MEDIPAX, TRANXENE)	CLORAZEPATO	☐	☐	☐
(AURORIN)	MOCLOBEMIDE	☐	☐	☐
(BEN-U-RON, PANASORBE, PARSEL)	PARACETAMOL	☐	☐	☐
(BETADINE, ISODINE)	IOIODOVIDONA	☐	☐	☐
(ANANASE, ANIFLAZINE, MAXILASE)	DERIV. DE ENZIMAS	☐	☐	☐
(AULIN, DONULIDE, NIMED)	NIMESULIDE	☐	☐	☐
(FLOGORAL, TANTUM VERDE)	BENZIDAMINA	☐	☐	☐
(ASPEGIC, LISASTIN)	ACETILSALIC. DE LISINA	☐	☐	☐
(AUGMENTIN, CLAVAMOX, PENILAN)	AMOX./AC. CLAVULÂNICO	☐	☐	☐
(SERMION)	NICERGOLINA	☐	☐	☐
(NIMOTOP)	NIMODIPINA	☐	☐	☐
(ASTAREL)	TRIMATAZIDINA	☐	☐	☐
(MERIDIUM, PERSANTIN, PRONICOR)	DIPIRIDAMOL	☐	☐	☐
(AVINTON, ULTRAVINCA, VIPOCEN)	VINPOCETINA	☐	☐	☐
(SYDERGINE, OPTAMINE, SECAMIN)	DIHIDROERGOFOXINA	☐	☐	☐
(MERTINA)	DIHIDROERGOCRISTINA	☐	☐	☐
(ACIMEX, UNACID)	AMPICIL/ SULBACTAM	☐	☐	☐
(INASEN, SIBELIUM)	FLUNARIZINA	☐	☐	☐
(INCODEN, VASOACTIVE)	GINKO BILOBA	☐	☐	☐

ANEXO VII

PESSOAL MÉDICO POR CENTRO DE SAÚDE DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE VILA REAL,
EM 31 DE DEZEMBRO/95, INDEPENDENTEMENTE DO VÍNCULO QUE TENHA

CENTRO DE SAÚDE	CL. GERAL	S. PÚBLICA	OUT. CARREIRAS	TOTAL
Ailó	11	1	-	12
Bonitas	4	-	-	4
Chaves I	14	1	2	17
Chaves II	15	1	-	16
Mesão Frio	4	1	-	5
Mondim de Basto	5	1	-	6
Montalegre	9	-	-	9
Murça	5	1	-	6
Pesca da Régua	15	-	-	15
Ribeira de Pena	4	1	-	5
Sabrosa	7	-	-	7
Santa Marta Penaguião	7	-	-	7
Valpaços	12	1	-	13
Vila Pouca de Aguiar	14	1	-	15
Vila Real	14	1	-	15
Vila Real I	11	1	-	12

PESSOAL MÉDICO POR CENTRO DE SAÚDE DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE VIANA DO CASTELO,
EM 31 DE DEZEMBRO/95, INDEPENDENTEMENTE DO VÍNCULO QUE TENHA

CENTRO DE SAÚDE	CL. GERAL	S. PÚBLICA	OUT. CARREIRAS	TOTAL
Arcos de Valdevez	17	3	-	20
Barcelos	6	-	-	6
Caminha	11	1	-	12
Darque	15	-	-	15
Meigaco	5	-	-	5
Monção	11	1	-	12
Paredes de Coura	7	1	-	8
Ponte da Barca	7	1	-	8
Ponte de Lima	23	1	-	24
Valença	10	-	-	10
Viana do Castelo	28	5	3	36
Vila Nova de Cerveira	5	1	-	6

PESSOAL MÉDICO POR CENTRO DE SAÚDE DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DO PORTO,
EM 31 DE DEZEMBRO/95, INDEPENDENTEMENTE DO VÍNCULO QUE TENHA

CENTRO DE SAÚDE	CL. GERAL	S. PÚBLICA	OUT. CARREIRAS	TOTAL
Águas Santas	8	2	-	10
Alcobaça	54	1	5	61
Amarante	30	2	-	33
Arcozelo	35	2	-	37
Baião	14	1	-	15
Barcelos	33	2	3	38
Barcelos	26	2	5	34
Bentim	27	1	11	39
Cambreses	31	2	3	36
Carvalhães	32	1	-	34
Carvalhosa	36	3	3	42
Castelo da Maia	18	2	-	21
Emesende	25	2	-	31
Felgueiras	28	3	1	32
Foz do Douro	23	1	2	26
Foz de Sousa	16	1	1	18
Gondomar	23	1	3	32
Leça da Palmeira	35	1	2	38
Lousada	22	1	3	26
Madalena	18	1	-	19
Maia	24	2	-	27
Marco de Canaveses	23	1	-	24
Marcosinhos	27	2	5	34
Matosinhos	16	2	-	18
Negreiros	16	1	-	17
Olivera do Douro	20	2	-	22
Póvoa de Ferreira	31	1	3	35
Paranhos	46	2	-	48
Paredes	18	2	1	21
Penafiel	26	1	-	27
Póvoa de Varzim	35	3	1	39
Rebordosa	19	1	-	20
Rio Tinto	31	-	5	36
S. Mamede de Infesta	21	3	4	28
S. Pedro da Cova	12	1	-	13
Santo Tirso	25	4	2	31
Senhora da Hora	17	1	1	19
Soares dos Reis	33	4	1	38
Termas S. Vicente	15	1	-	16
Trofa	16	2	1	19
Valongo	13	2	1	16
Vila do Conde	31	3	2	36

PESSOAL MÉDICO POR CENTRO DE SAÚDE DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGANÇA.
EM 31 DE DEZEMBRO/95, INDEPENDENTEMENTE DO VÍNCULO QUE TENHA

CENTRO DE SAÚDE	CL. GERAL	S. PÚBLICA	OUT. CARREIRAS	TOTAL
Alfândega da Fé	4	1	-	5
Bragança	24	2	-	26
Carrazeda de Ansiães	6	-	-	6
Freixo de Espada à Cinta	3	-	-	3
Macedo de Cavaleiros	11	1	-	12
Miranda do Douro	3	-	-	3
Mirandela	11	2	2	15
Mogadouro	6	-	-	6
Monteiro	8	1	-	9
Vila Flor	6	-	-	6
Vimioso	4	1	-	5
Vimioso	7	1	-	8

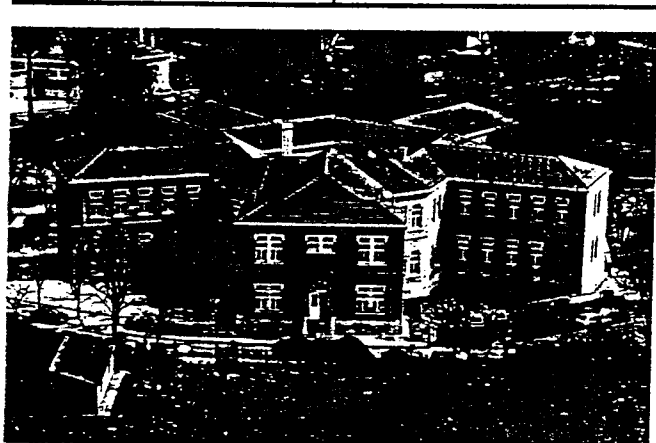
**PESSOAL MÉDICO POR CENTRO DE SAÚDE DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA,
EM 31 DE DEZEMBRO/95, INDEPENDENTEMENTE DO VÍNCULO QUE TENHA**

CENTRO DE SAÚDE	CL. GERAL	S. PÚBLICA	OUT. CARREIRAS	TOTAL
Amares	12	1	-	13
Barcelos	55	3	-	59
Braga	71	3	-	75
Capelas de Basto	10	3	-	13
Cerco de Basto	13	-	-	13
Esposende	19	2	-	22
Fafe	25	1	1	27
Famalicão I	41	3	-	43
Famalicão II	28	-	-	28
Guimarães	53	2	-	56
Infias	22	1	-	23
Póvoa de Lanhoso	15	1	-	16
Trofa	22	1	-	23
Terras do Bouro	9	1	-	10
Vieira do Minho	10	-	-	10
Vila Verde	29	1	-	30
Vizela	15	-	-	16

ANEXO VIII

III

DADOS FINANCEIROS



Os 100 Principais Medicamentos nas Vendas para o SNS

Total R. Norte

Ano 1996

Posição	Nome Comercial	Substância Activa	Subgrupo Farmacoterapêutico	Detentor da AIM	Volume das Vendas	Encargos para o SNS	Quota Mercado SNS
1	CAPOTEN	Captopril	Anti-Hipertensores	Bristol Myers Squibb	1 110 976	895 807	2,19%
2	NIMED	Nimesulide	Med.Anti-Reum.e Outros Anti-Inflam.	Rhone Poulenc Rorer	956 801	720 243	1,76%
3	RENITEC	Enalapril(maleato)	Anti-Hipertensores	MS & D	889 629	708 119	1,73%
4	SANDIMMUN NEORAL	Ciclosporina	Antineoplásicos e Imunomoduladores	Prod. Sandoz	549 505	549 505	1,34%
5	AULIN	Nimesulide	Med.Anti-Reum.e Outros Anti-Inflam.	Helsinn-Prod. Farm.	704 069	524 159	1,28%
6	LOSEC	Omeprazol	Antiácidos e Antiulcerosos	Astra Portuguesa	650 149	500 915	1,23%
7	GASTRIDINA	Ranitidina(cloridrato)	Antiácidos e Antiulcerosos	Medibial-Prod. Med.	639 497	495 930	1,21%
8	AUGMENTIN	Amoxicilina, Ac Clavulânico	Antibióticos	Beecham Portuguesa	649 695	474 365	1,16%
9	MIACALCIC	Calcitonina (salmão)	Hormonas da Tireóide e Antitiroideos	Produt. Sandoz	591 524	469 629	1,15%
10	ZANTAC	Ranitidina (cloridrato)	Antiácidos e Antiulcerosos	Glaxo Wellcome Farm.	600 093	467 539	1,14%
11	ADALAT	Nifedipina	Vasodilatadores	Centrofarma	579 677	465 002	1,14%
12	VOLTAREN	Diclofenac(Na)	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Ciba-Geigy	546 461	379 617	0,93%
13	KLACID	Clantromicina	Antibióticos	Lab. Abbott	517 020	377 504	0,92%
14	LOPIRETIC	Captopril, Hidroclorotiazida	Anti-Hipertensores	Bristol Myers Squibb	461 287	368 884	0,90%
15	NORVASC	Amlodipina	Anti-Hipertensores	Lab. Pfizer	428 267	339 179	0,83%
16	PREPULSID	Cisapride	Antiácidos e Antiulcerosos	Janssen Farm. Port.	437 816	335 396	0,82%
17	RENIDUR	Enalapril, Hidroclorotiazida	Anti-Hipertensores	MS & D	405 890	322 640	0,79%
18	DAONIL	Glibclamida	Antidiabéticos Oraís	Hoeport-Prod. Farm.	305 547	305 547	0,75%
19	CIPROXINA	Ciprofloxacina	Sulfonamidas	Bayer Portugal	394 580	300 983	0,74%
20	SPORANOX	Itraconazol	Antifúngicos	Janssen Farm. Port.	381 298	279 509	0,68%
21	INTRON A	Interferão	Antineoplásicos e Imunomoduladores	Schering Plough Farm.	275 268	275 268	0,67%
22	DIAMICRON	Gliclazida	Antidiabéticos Oraís	Teravix Serv. Farm.	264 645	264 645	0,65%
23	CLAVAMOX	Amoxicil., Ac. Clavulânico	Antibióticos	Lab. Bial	361 643	259 316	0,63%
24	INSULATARD	Insulina Humana	Insulinas	Novo Nordisk Portugal	259 143	259 143	0,63%
25	MACROPEN	Cefatrizina	Antibióticos	Lab. Sanitas	347 296	250 793	0,61%
26	ZESTRIL	Lisinopril	Anti-Hipertensores	Zeneca Prod. Bioc.	316 765	250 369	0,61%
27	INIBACE	Cilazapril	Anti-Hipertensores	Roche Farm. Quimica	308 974	244 030	0,60%
28	TRICEF	Cefixima	Antibióticos	Bialfar Prod. Farm	332 472	240 718	0,59%
29	HIPERTIL	Captopril	Anti-Hipertensores	Lab. Normal	290 507	233 814	0,57%
30	ROCEPHIN	Ceftriaxona	Antibióticos	Roche Farm. Quimica	302 232	233 622	0,57%
31	TEGRETOL	Carbamazepina	Antiepilépticos	Ciba-Geigy	231 249	231 249	0,57%
32	PULMICORT	Budesonido	Broncodilatadores e Antiasmáticos	Astra Portuguesa	358 582	225 534	0,55%
33	GLUCOBAY	Acarbose	Antidiabéticos Oraís	Centrofarma	224 986	224 986	0,55%
34	CLAMOXYL	Amoxicilina	Antibióticos	Beecham Portugal	302 238	221 221	0,54%
35	FLUDEX	Indapamida	Diuréticos	Teravix Serv. Farm.	265 348	211 285	0,52%
36	DAFLON	Diosmina, Hespandina	Med. Venotrópicos	Teravix Serv. Farm.	443 451	209 819	0,51%
37	NOOSTAN	Piracetam	Outr.Med.Sist.Nerv.Cerb.Espinal	U.C.B. - Prod. Farm.	412 048	207 321	0,51%
38	VASTAREL	Trimetazidina (cloridrato)	Vasodilatadores	Teravix Serv. Farm.	258 194	207 254	0,51%
39	VENTILAN	Salbutamol (sulfato)	Broncodilatadores e Antiasmáticos	Glaxo Wellcome	262 889	206 394	0,51%
40	REUMON	Etofenamato	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Lab. Bial	396 841	202 015	0,49%
41	TIKLYD	Ticlopidina	Anticoagulantes e Fibrinolíticos	Sanofi Winthrop	248 075	200 159	0,49%
42	NIMOTOP	Nimodipina	Vasodilatadores	Bayer Portugal	243 582	197 811	0,48%
43	MODURETIC	Amilonda, Hidroclorotiazida	Diuréticos	MS & D	242 850	197 532	0,48%
44	OSSEOCALCINA	Calcitonina (salmão)	Hormonas da Tireóide e Antitiroideos	Sanabo Prod. Farm.	245 793	194 676	0,48%
45	ULCERMIN	Sucralfato	Antiácidos e Antiulcerosos	Jaba Farmacêutica	249 655	191 199	0,47%
46	FLOXAPEN	Flucloxacilina	Antibióticos	Beecham Portuguesa	251 307	184 335	0,45%
47	ZOCOR	Sinvastatina	Antilipémicos	MS & D	383 381	184 139	0,45%
48	DIPLEXIL	Valproato (Na)	Antiepilépticos	Bialfar	182 807	182 807	0,45%
49	TARIVID	Ofloxacina	Sulfonamidas	Hoeport-Prod. Farm.	240 402	181 315	0,44%
50	VENEX	Diosmina	Med. Venotrópicos	Inst. Luso Fármaco	376 087	180 908	0,44%

Unidades: Contos

Os 100 Principais Medicamentos nas Vendas para o SNS

Total R. Norte

Ano 1996

Posição	Nome Comercial	Substância Activa	Subgrupo Farmacoterapêutico	Detentor da AIM	Volume das Vendas	Encargos para o SNS	Quota Mercado SNS
51	XANAX	Alprazolam	Sedativos Hipnóticos e Tranquil.	Upjohn Farmoquímica	387 447	180 162	0,44%
52	BRUFEN	Ibuprofeno	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Knoil Lusitana	237 008	177 110	0,43%
53	GYNERA	Ethinilestradiol, gestodeno	Estrogénios e Progestagénios	Schering Lusitana	251 095	176 618	0,43%
54	SABRIL	Vigabatrim	Antiepilépticos	Marion Merrel	175 406	175 406	0,43%
55	DONULIDE	Nimesulide	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Wyeth Lederle Port.	237 930	175 112	0,43%
56	OMEZOLAN	Omeprazol	Antiácidos e Antiulcerosos	Euro-Labor S.A.	228 311	174 963	0,43%
57	FELDENE	Piroxicam	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Lab. Pfizer	223 731	174 936	0,43%
58	HERBESSER	Diltiazem	Vasodilatadores	Lab. Delta	209 344	168 217	0,41%
59	PRAVACOL	Pravastatina (Na)	Antilipémicos	Bristol Myers Squibb	350 778	167 992	0,41%
60	PROTON	Omeprazol	Antiácidos e Antiulcerosos	Lab. Medifar	213 417	162 555	0,40%
61	CALSYN MONOSPRAY	Calcitonina (salmão)	Hormonas da Tireoide e Antitiroideos	Rhône Poulenc Rorer	203 779	160 361	0,39%
62	PROCLOR	Omeprazol	Antiácidos e Antiulcerosos	Pentafarma	194 242	148 679	0,36%
63	OFLOCET	Ofloxacina	Sulfonamidas	Lab. Roussel	194 416	146 787	0,36%
64	FLEXAR	Piroxicam	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Lab. Sanitas	190 815	145 158	0,36%
65	MEVINACOR	Lovastatina	Antilipémicos	M S & D	293 295	143 535	0,35%
66	DIFLUCAN	Fluconazol	Antifúngicos	Lab. Pfizer	195 738	142 034	0,35%
67	BRONCHO-VAXOM	Lisado Diploc. Estaf. Estrep	Outros Imunoterápicos	OM Portuguesa	321 779	141 407	0,35%
68	PROSCAR	Finasteride	Produtos Não Classificados	M S & D	281 233	141 336	0,35%
69	ZOV 800	Aciclovir	Antivíricos	Lab. Wellcome	183 461	140 780	0,34%
70	FLAMERIL	Diclofenac (Na)	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Lab. Normal	210 774	138 225	0,34%
71	GIROFLOX	Ciprofloxacina (cloridrato)	Sulfonamidas	Tecnimed	182 197	136 742	0,33%
72	ENGERIX B	Antig Hepatite B	Vacinas	Smith Kline & F.	329 338	134 540	0,33%
73	DILFAR	Diltiazem (cloridrato)	Vasodilatadores	Inst. Luso-Farmaco	165 903	133 605	0,33%
74	MINULET	Ethinilestradiol, gestodeno	Estrogénios e Progestagénios	Wyeth Lederle	189 363	133 136	0,33%
75	PEPTAB	Ranitidina (cloridrato)	Antiácidos e Antiulcerosos	Rhône Poulenc Rorer	169 229	132 465	0,32%
76	NIVOFLOX	Ciprofloxacina (cloridrato)	Sulfonamidas	Euro-Labor	172 519	129 310	0,32%
77	LORENIN	Lórazepam	Sedativos Hipnóticos e Tranquil.	Wyeth Lederle	252 498	128 507	0,31%
78	HIBTITER	Olig. Hem. Influen., Prot. D.	Vacinas	Wyeth Lederle	317 070	126 942	0,31%
79	CECLOR	Cefaclor	Antibióticos	Lilly Farma	177 646	126 842	0,31%
80	TECNOSAL	Triflusal	Anticoagulantes e Fibrinolíticos	Tecnifar	156 417	126 582	0,31%
81	SINEMET	Carbidopa, Levodopa	Antiparkinsonícos	M S & D	124 738	124 738	0,31%
82	RULIDE	Roxitromicina	Antibióticos	Lab. Roussel	165 785	122 367	0,30%
83	LASIX	Furosemida	Diuréticos	Hoeport Prod. Farma	147 838	120 731	0,30%
84	BECLOTAIDE	Beclometasona (propion.)	Broncodilatadores e Antiasmáticos	Glaxo Wellcome	151 432	120 309	0,29%
85	TICLODIX	Ticlopidina	Anticoagulantes e Fibrinolíticos	Lab. Vitória	146 276	119 325	0,29%
86	NAPROSYN	Naproxeno	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Janssen - Cilag Farm.	149 720	115 929	0,28%
87	PROZAC	Fluoxetina (cloridrato)	Antidepressivos e Psicotónicos	Lilly Farma	257 697	115 121	0,28%
88	COVERSYL	Perindopril	Anti-Hipertensores	Teravix Serv. Farm.	145 437	114 575	0,28%
89	NIZORAL	Cetoconazol	Fórmulas de Aplicação na Vagina	Janssen Farm. Port.	237 746	114 567	0,28%
90	INFLUVAC	Vírus Gripe Inactivados	Vacinas	Solvay Farma	234 492	114 538	0,28%
91	PERSANTIN	Dipiridamol	Vasodilatadores	Unifarma	138 050	113 550	0,28%
92	TRIATEC	Ramipril	Anti-Hipertensores	Hoeport Prod. Farma	144 183	112 885	0,28%
93	TILCOTIL	Tenoxicam	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Roche Farm.	145 588	111 396	0,27%
94	MUCOSOLVAN	Ambroxol (cloridrato)	Antitussivos e Expectorantes	Unifarma	230 279	107 235	0,26%
95	ULTRA-VINCA	Vinpocetina	Vasodilatadores	Tecnimed	208 236	106 621	0,26%
96	LAMISIL	Terbinafina (cloridrato)	Antifúngicos	Prod. Sandoz	152 472	105 822	0,26%
97	ZITHROMAX	Azitromicina	Antibióticos	Lab. Pfizer	144 083	104 692	0,26%
98	PERMADOZE	Cianocobalamina	Antianémicos	Dumex-Alpha	214 502	102 701	0,25%
99	REUMOXICAN	Piroxicam	Med.Anti-Reum.eOutr.Anti-Inflam.	Lab. Medifar	169 342	101 626	0,25%
100	TIMOPTOL	Timolol (maleato)	Mióticos	Lab. Q. F. Chibret	100 891	100 891	0,25%

Unidades: Contos

ANEXO LX

ARS
NORTE

EVOLUÇÃO DOS 100+
1º SEMESTRE 1994/96

1994			1995			1996			% 95/94			% 96/95			SUB GRUPOS FARMACOTERAP.	SUBSTÂNCIA ATIVA
CÓD	PVP	SNS	EMBAL	PVP	SNS	EMBAL	PVP	SNS	EMBAL	PVP	SNS	EMBAL	PVP	SNS	EMBAL	
84689515	LOSEC	140955294	11387	195511342	150190501	14954	294843838	226802025	22504	30,38%	31,01%	31,33%	50,70%	51,01%	50,48%	Omeprazol
2047496	PROTON			42380189	32060413	3972	98127755	74583321	8690				131,54%	132,63%	118,76%	Omeprazol
2128296	PROCLOR			53214184	40635473	5525	87389248	68848960	9058				64,22%	64,61%	63,91%	Omeprazol
8541615	ZANTAC	112927886	9378	133500181	103859358	11240	136485374	106847396	11450	18,22%	19,58%	19,85%	2,24%	2,68%	1,87%	Ranitidina (Cloridrato)
8541631	ZANTAC	109171334	11789	159679588	127985807	13338	148503301	115053092	12983	11,74%	12,65%	13,14%	-7,00%	-4,45%	-7,31%	Ranitidina (Cloridrato)
8549220	GASTRIDINA 300	128225103	14015	208441211	160381599	17724	208288959	160837948	17888	28,00%	27,04%	26,46%	-0,08%	0,30%	-0,20%	Ranitidina (Cloridrato)
8549261	GASTRIDINA	61630073	5686	90341965	70028441	7688	100777705	76659133	8559	34,31%	35,83%	35,21%	11,55%	12,32%	11,33%	Ranitidina (Cloridrato)
8570438	PEPTAB	32271369	3100													Ranitidina (Cloridrato)
9487111	PREPULSID	34781996	20375	54940601	41793282	24418	63592810	48878519	28378	19,51%	20,16%	19,83%	18,38%	18,95%	18,23%	Cisapride
9487129	PREPULSID	54944517	14544	108384460	81817280	21539	138528681	108518716	28013	47,83%	48,54%	48,10%	30,24%	30,51%	30,06%	Cisapride
9717826	OMEZOLAN			85432824	65310427	7450	104274609	76981343	9077				22,05%	22,43%	21,84%	Omeprazol
9722315	ULCERMIN	32751720	14510	78373554	60609950	23858	94382573	72310202	28319	84,00%	85,06%	84,42%	18,91%	19,30%	18,70%	Sucralfato
9589586	REMITEC	336439027	264607820	365111028	288547935	30004	380842341	302240338	31241	8,82%	9,02%	9,05%	4,31%	4,75%	4,12%	Enalapril(Maleato)
2078285	INIBACE	55917080	9483	102881720	80716029	13038	125437509	98778089	16582	43,38%	44,35%	43,82%	21,81%	22,37%	21,59%	Cisapride
8538771	CAPOTEN	337704192	270452595	410300284	330432684	98522	425373144	343561643	102018	21,50%	22,18%	21,84%	3,87%	3,97%	3,55%	Captopril
8538789	CAPOTEN	104661515	82529809	130781465	103889183	17482	133245000	106423875	17766	24,84%	26,00%	26,01%	1,80%	2,34%	1,82%	Captopril
8481728	LOPHRETIC	188951386	27543	233429535	186103267	32484	232719880	185907559	32340	17,33%	17,71%	17,88%	-0,30%	-0,11%	-0,47%	Enalapril e Hidroclorot
9706230	ZESTRIL	101981812	13158	118973925	93427658	15420	138792542	109453482	17960	16,65%	17,08%	17,21%	18,88%	17,15%	16,47%	Lisinopril
9760421	REMITEC 5			49820935	38833355	10897	71387480	58108206	15358				43,83%	44,48%	43,57%	Perindopril
9589548	REMITEC 5	45387264	13263	63295493	50824668	14852	67000572	54020482	15889	11,58%	12,20%	11,88%	5,85%	6,08%	5,64%	Enalapril(Maleato)
9704321	PRINIVIL	52060369	6242													LISINOPRIL
9713115	RENIDUR	110737845	17439	1088893544	134786191	20160	186643940	150198033	23291	15,00%	15,48%	15,40%	15,75%	15,88%	15,63%	Enalapril e Hidroclorot
9730816	NORVASC	88341539	24244	120528212	95389181	33723	142274072	112764105	39044	36,43%	37,31%	36,82%	18,04%	18,23%	17,88%	Amlospirina (Bastato)
9730826	NORVASC			54346040	42824113	8108	72850968	57520717	10856				34,23%	34,32%	33,88%	Amlospirina(Bastato)
9543460	HIPER TIL	77218237	16086	84798890	68341177	18927	83024567	66918280	18473	9,82%	10,28%	10,18%	-2,09%	-2,08%	-2,28%	Captopril
9583478	HIPERTIL	74300304	9846	72775935	58301068	9544	68341510	54803657	8936	-2,05%	-1,80%	-1,08%	-4,09%	-4,00%	-4,37%	Captopril
9718818	LOMAR	39178993	10849	96433383	45888278	25254	103907960	49763848	27161	11,20%	11,78%	11,55%	7,76%	8,21%	7,55%	ISRADIPINA
9780810	PERMADOZE	88719030	22839													Carbamazepina
9720425	ZOREF	44780077	7522	3263109												CEFUROXIMA(AXETIL)
9737483	KLACID	94778287	18636	30531812	22435565	6022	170319030	125808503	33589	-67,78%	-87,90%	-87,85%	457,84%	480,75%	457,77%	Clarithromicina(Licobion)
9378763	FLOXAPEN	90117481	45947	97883995	72090699	50041	104240030	78948107	53214	8,82%	8,91%	8,91%	6,48%	6,74%	6,34%	Fluorocetina(He)
8438818	CLAMOXYL	87309927	28489	88440022	51434463	29586	70860526	52315756	30047	3,18%	3,54%	3,82%	1,74%	1,71%	1,56%	Amoxicilina
8604762	AUGMENTIN	130822292	42450	164785541	122444411	51346	200521454	148178117	82409	20,44%	21,16%	20,96%	21,68%	21,83%	21,55%	Amoxicilina Ac. Clavu
8605088	AUGMENTIN	58320932	23089	88939565	48411341	27847	78434075	54083587	30381	19,82%	20,06%	20,56%	9,28%	9,42%	9,10%	Amoxicilina Ac. Clavu
8612860	ROCEPHIN	66185840	22448	106403992	62403956	27918	131897205	102523793	34503	23,48%	24,00%	24,37%	23,88%	24,42%	23,59%	Cefazotona (He)
9588822	CLAVAMOX 500	50248200	12873	64932239	47545281	22485	89860811	65895842	31088				38,55%	38,18%	38,38%	Amoxicilina Ac. Clavada
9582799	MACROPEN	77778314	14837	91818389	67214186	17252	114420473	83626380	21438	33,41%	33,77%	34,02%	24,50%	24,47%	24,25%	Cefazotona
9725119	TRICEF	57318331	14837	93370119	68944180	17536	93883663	69387904	17805	20,04%	20,28%	18,18%	0,55%	0,64%	0,39%	Cefazotona
9725218	TRICEF	41271459	14207	74168473	52155472	18023	66508448	46801772	16138	26,34%	26,37%	26,85%	-10,32%	-10,24%	-10,45%	Cefazotona
9486412	PLAQUETAL						58270880	47728248	8004							Ticlopidina(FLORIDATO)
9740814	TECNOSAL						76533533	61912074	9254							TRIFLUSAL
8525232	TIKUD	75659488	9115	97827299	78735118	11860	116420438	93878549	14086	28,30%	28,82%	30,12%	18,01%	19,23%	18,77%	Ticlopidina (Cloridrato)
8633836	IBUSTRIN	79081777	11905	87587905	71408387	13245	32437432	26545000	4894	10,78%	11,48%	11,26%	-82,97%	-82,83%	-83,05%	Indobufeno
9324421	TICLOOX	467500115	6545	739586028	60403388	8495	71508535	58271335	8197	28,85%	29,20%	29,79%	-3,31%	-3,53%	-3,51%	Ticlopidina (Cloridrato)
9718829	PROLOX	43112821	16313	112768841	50082293	18781	124834292	55689282	20755	14,94%	16,17%	15,13%	10,78%	11,20%	10,71%	Fluazepina(Cloridrato)
8381318	DAMICRON	79518209	40071	106504961	106504961	63893	128730584	84815	128730584	33,84%	33,94%	33,95%	20,87%	20,87%	20,71%	Gliclazida
8270173	DAONIL	122531177	87281	138955944	138955944	110862	49036841	49036841	38840	13,98%	13,98%	14,06%	-64,89%	-64,89%	-64,00%	ANTIDIABÉTICOS ORAIS