

PRESCRIÇÃO MÉDICA: NECESSIDADE DE COOPERAÇÃO DO PACIENTE

* *Edson Amaral Camargo*

RESUMO

Avaliação da interação médico-paciente em relação ao tratamento clínico proposto.

Palavras-chaves: Prescrição, "compliance", medicamentos, diagnóstico.

* Docente do Departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade Estadual de Londrina;
Docente do Departamento de Ciências Biológicas e do CESULON

O ponto focal de contato entre médicos e pacientes é a prescrição (PARISH, 1974), sendo esta um indicador da qualidade do cuidado médico (FEINSTEIN, 1974). PAULO et alii (1989) definem receita médica ou prescrição como sendo o meio pelo qual o médico transmite instruções escritas ao paciente ou a seu responsável para a obtenção do produto, sua administração, cuidados e outras instruções que julgar conveniente, inclusive dietas.

CARVALHO NETO (1989) destaca que o médico ao prescrever um medicamento a qualquer paciente, tem de levar em conta uma série de verdadeiras. Uma delas é que a medicina é imprecisa. Outra é que ele não tem responsabilidade de curar o paciente, mas de ministrar-lhe tratamento. Ele pode escolher o tratamento, para o que tem liberdade, mas isto deve resultar dos conhecimentos acumulados pela ciência.

Ainda segundo CARVALHO NETO (1989), a prescrição de um medicamento comporta problemas práticos ligados basicamente às suas indicações, contra-indicações e garantia de qualidade, pois o mesmo poderá exercer no organismo humano ou animal, além do efeito esperado, outros não necessários ou indesejáveis. Um dado medicamento poderá comportar-se diferentemente em cada indivíduo a cada doença, e cada indivíduo tem uma evolução própria que depende também de sua situação naquele momento, ante o médico e ante o tratamento. Assim sendo, no ato da prescrição, o médico tem que pesar sempre se o efeito desejado justifica os riscos maiores ou menores, conforme o caso.

No entanto, mesmo uma prescrição bem elaborada, pode perder sua utilidade senão for bem compreendido pelo farmacêutico e não instruído adequadamente o paciente a tomar os medicamentos prescritos.

Ao prescrever-se um medicamento, deliberadamente expõe-se o paciente a um risco, seja de desconforto, seja de efeitos maléficos (MARTON, 1970). O risco do tratamento pode ser pequeno ou grande em relação a de deixar-se o paciente sem medicação.

E como se pode afirmar que um tratamento será eficaz? Qual o risco que se corre ao prescrever um tratamento ineficaz? Baseado em que se elego o tratamento a ser prescrito a um doente? Qual a segurança? Em se tratando de fármacos antigos, qual a validade da experiência prévia? E quanto a medicamentos novos? Como avaliar a experiência de outros? Todas estas preocupações, latentes no espírito do médico a prescrever tratamento, para aquele que testa uma nova droga afloram como preocupação real maior patente, concreta, justificável.

Existem vários modos de prescrever e muitos tipos de receituário médico, mas poucas dúvidas quanto ao seu objetivo fundamental: a prescrição é a base do tratamento clínico, sendo esta geralmente a consequência mais importante de todo o trabalho médico de exame e de diagnóstico. Precisa ser bem explicada a paciente, ter redação clara, e ficar em mãos do paciente.

De acordo com PARISH (1973), existem quatro critérios básicos para uma prescrição racional: o tratamento proposto deverá ser o mais apropriado, econômico, efetivo e seguro. Ainda de acordo com PARISH (1974), o ato de prescrever um medicamento é um dos mais antigos e perceptíveis símbolos do conhecimento e experiência da medicina, sendo parte crucial do relacionamento médico-paciente.

A prescrição de um medicamento comporta problemas práticos ligados basicamente as suas indicações, contra-indicações e garantia de qualidade. A evolução da química e o conseqüente desenvolvimento da indústria farmacêutica trouxeram, além do inerente progresso no campo da terapêutica, a necessidade de cuidados e medidas com vista a uma garantia de segurança (CARVALHO NETO, 1989).

Assim sendo, no ato da prescrição, o médico tem que pesar sempre se o efeito desejado justifica os riscos, maiores ou menores, conforme o caso (CARVALHO NETO, 1989).

Assim, quando um regime terapêutico não produz efeito farmacológico ou o aparecimento de efeitos colaterais (GARDNER & WATSON, 1970; MAY et alii, 1974), deve-se perscrutar a ausência ou mesmo adesão precária pelo paciente, como por exemplo, micção frequente com diuréticos, boca seca com anticolinérgicos e outros (SACKETT et alii, 1985).

Se dado efeito esperado do medicamento não tiver ocorrido em um paciente, isso não significa que não possa ocorrer naquele paciente ou em outros. Muitos fatores no paciente individual podem contribuir para a ausência de eficácia de um medicamento. Eles incluem, por exemplo, diagnóstico incorreto; má obediência por parte do paciente para seguir o regime; escolha inadequada da dosagem ou dos intervalos de administração; desenvolvimento coincidente de outra enfermidade não diagnosticada que influencia o resultado; uso de outros medicamentos que interagem com aqueles primários, anulando ou alterando seus efeitos; variáveis genéticas ou ambientais não detectadas que modificam a doença ou as ações farmacológicas dos medicamentos prescritos; ou ainda terapia desconhecida indicada por outro médico que esteja cuidando do mesmo paciente. Esses fatores devem ser considerados quando um regime está falhando. De igual importância, mesmo quando um regime parece ser eficaz ou inócuo, o médico não deve atribuir, sem crítica, toda a melhora ao regime terapêutico escolhido, nem deve o médico admitir que uma condição que se deteriora reflete apenas o curso natural da doença (SPRIET et alii, 1980).

A maioria dos médicos acredita que, após realizado o diagnóstico e fornecida a receita, o paciente irá beneficiar-se da terapêutica adotada. No entanto, tratamentos medicamentosos de qualquer tipo costumam ser prejudicados pela ausência de uma adesão ao regime terapêutico proposto (FINK et alii, 1969; GARDNER & WATSON, 1970; HAYNES et alii, 1977). Os erros comuns na adesão ao regime pelos pacientes podem ser de omissão propositais (tomar medicamentos por motivos errados), de dose, intervalos de administração, acréscimo de medicações não prescritas ou suspensão prematura da terapia quando ainda existiam sintomas e sinais que justificaram a prescrição (BLACKWELL, 1973; LASAGNA, 1973; RUDD, 1979).

Muitos estudos sugerem que um número muito grande de médicos não instrui adequadamente os pacientes sobre a maneira de tomar a medicação prescrita (PORTER, 1969; MAZZULLO, 1972; WILSON, 1973; MAY et alii, 1974; GILLUM & BARSKY, 1974); MAZZULLO et alii, 1974; KOMAROFF, 1976). Outros estudos indicam que 25 a 50% dos pacientes em várias situações clínicas não tomaram sua medicação conforme a prescrição (BLACKWELL, 1973). A maioria dos erros estava relacionada às instruções constantes da prescrição; o paciente havia tomado a medicação na dose errada, por motivos errados ou na hora errada (BAPNA, 1989). Da mesma forma, alguns pacientes deixavam de tomar algumas doses ou não completavam o regime terapêutico (MATTAR & YAFFE, 1974; CRAMER et alii, 1990).

Dados desse tipo enfatizam a necessidade de o médico conhecer os princípios básicos da elaboração de prescrições e saber como instruir os pacientes a respeito da medicação (MARONDE et alii, 1971; STOLLEY et alii, 1972; BECKER et alii, 1972; WORTHEN, 1973; RABIN & BUSH, 1974; CHRISTENSEN & BUSH, 1981; WESTERHOLM et alii, 1984).

A prescrição deve ser redigida de forma clara e em linguagem que se adapte à cultura do paciente.

"Compliance" em medicação pode ser definida como uma adesão ou obediência estrita ao plano de tratamento prescrito (ROTH & CARON, 1978), ou um ajuste entre prescrição e o comportamento de quem está tomando medicamentos (HAYNES, 1979). Logo após um diagnóstico apropriado, a seleção da terapia, dosagem, intervalos de administração e duração do tratamento terem sido determinados, muito pode influenciar na extensão desta adesão. A avaliação do "compliance" de medicamentos pode ser abordada de três diferentes modos, segundo NORELL (1984).

A primeira abordagem é baseada em métodos precisos de utilização, através da mensuração dos teores plasmáticos de medicamentos e seus metabólitos em outros fluidos corporais, considerando variações na absorção, distribuição, biotransformação e excreção de drogas.

Embora eficaz, pois os exames laboratoriais se constituem em prova inequívoca de que os medicamentos foram mesmo administrados, deve-se considerar duas situações distintas. O teste pode determinar uma boa adesão àquele paciente, relapso, que pouco cumpre a prescrição, mas tomou uma dose do medicamento momentos antes da coleta de material. Ou pode ocorrer também de um paciente que cumpre rigorosamente a prescrição ser rotulado como desobediente, pois interrompeu seu tratamento algumas horas antes da coleta de seu material.

A segunda abordagem, mais complexa é baseada nos métodos utilizados para estudar aspectos na conduta de pacientes que estão tomando medicamentos, tais como: a) o número de doses tomadas durante um determinado período de tempo; b) os intervalos entre as doses; c) o modo de administração. Para isso, utiliza-se entrevistas com o paciente, monitorização do medicamento, contagem manual, marcação radiológica.

A terceira abordagem é baseada nos métodos utilizados para estudar o resultado clínico, sendo esta o modo mais prático para se avaliar a adesão do paciente à prescrição. A melhoria clínica ou mesmo o relato de efeitos colaterais já esperados, pode ser um bom indicativo de que o paciente foi obediente às instruções. Todavia, se o tratamento proposto foi mal sucedido, isso não significa necessariamente um mau "compliance" por parte do paciente.

Essas três abordagens, ainda segundo NORELL (1984), têm sido utilizadas para "quantificar a adesão" em vários estudos e na sua avaliação, vários fatores são considerados:

- a) identificação da prescrição;
- b) comportamento do paciente sob tratamento;
- c) comparação entre prescrição e comportamento;
- d) número de doses tomada ou prescritas para um certo período de tempo;
- e) os intervalos entre doses;
- f) o modo de administração;
- g) o responsável pela administração, e;
- h) interações com alimentos e medicamentos.

Estes métodos utilizados para a avaliação do "compliance", são mais facilmente acompanhados em situações de pesquisa, quando se pode acompanhar melhor seus efeitos. Embora todo indivíduo a ela participante deve ter conhecimento das finalidades da pesquisa, o fato de estar participando de um trabalho que se destina a avaliar "compliance", altera o "compliance".

Deve-se salientar que o propósito no aperfeiçoamento na adesão, segundo NORELL (1982) não é alcançar um perfeito ajuste entre o comportamento do paciente e a prescrição, mas tão somente aumentar a adesão para um patamar que permita melhor o tratamento clínico proposto.

O paciente, após ter recebido a receita, deve ter compreendido tanto a natureza quanto o prognóstico de sua doença. O médico deve ainda esclarecer seu paciente quanto aos prováveis efeitos de sua medicação, envolvendo aspectos indesejáveis, como "boca seca", em um tratamento com medicamentos antidepressivos, bem como sintomas de melhora, o que poderia contribuir para a observância do regime.

Pacientes geriátricos merecem cuidados especiais com relação ao "compliance", principalmente naqueles que moram sozinhos. Por serem grandes consumidores de medicamentos - fator que diminui a observância, pois o uso de vários medicamentos, predispõe os pacientes a lapsos de memória, pode dificultar a eficácia dos medicamentos em uso.

A falta de adesão ou obediência ao tratamento prescrito é também relativamente freqüente em hospitais, mesmo quando a enfermagem é responsável pela administração do medicamento. A enfermagem passa a maior parte do tempo com os pacientes do que os médicos (MARSTON, 1970). Apesar desse fator, nem sempre se observa uma melhora na observância ou adesão nestes pacientes. Por exemplo, em hospitais psiquiátricos, a administração de medicação oral pode não ocorrer: em alguns casos, o doente não deglute o comprimido, jogando-o fora após a enfermagem se retirar; em outros, o responsável, encontrando resistência ou agressão por parte do paciente joga fora o medicamento, assinalando na ficha de enfermagem que o mesmo foi administrado.

Também o horário de administração da medicação dificilmente é cumprido. Na maioria das medicações, a diferença de até uma hora não causa grandes diferenças no efeito terapêutico. No entanto, existem situações onde pequenas diferenças de tempo na administração de medicamentos, pode se constituir em fator de risco, desconforto ou ausência de efeito, como no caso da medicação pré-anestésica, que por possuir uma duração de efeito relativamente limitada, torna o fator tempo fundamental.

Assim, após o paciente ter recebido a receita médica, e conhecido de forma clara as instruções das dificuldades que eventualmente encontrará para obter e utilizar os medicamentos, caberá somente a ele a decisão de cumprí-la ou não.

Por isso, a relação entre médico e paciente deve ser vista como um processo de instrução e motivação para ambas as partes.

Se a relação entre o médico e o paciente não for adequada, se este não teve uma perfeita compreensão da importância de seu tratamento e das possíveis consequências em desobedecer às instruções, haverá certamente, reduzidas chances do paciente vir a se beneficiar do tratamento proposto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAPNA, J.S. Education on the concept of essential drugs and rationalized drug use. **Clin Pharmacol Ther**, 45:217-9, 1989.
- BECKER, M.H.; STOLLEY, P.D.; LASAGNA, L.; McEVILLA, J.D.; SOLOANE, L.M. Differential education concernign therapeutics and resultant physician prescribing patterns. **J Med Educ**, 47:118-27, 1972.
- BLACKWELL, B. The drug defaulter. **Clin Pharmacol Ther** 13:841-8, 1972.
- BLACKWELL, B. Patient compliance. **N Engl J Med**, 289:249-52, 1973.
- CARON, H.S. & ROTH, H.P. Patients cooperation with a medical regimen - difficulties in identifying the moncooperator. **J Am Med Assoc** 203:120-4, 1968.
- CARVALHO NETO, E. Farmacologia Clínica, In: **FARMACOLOGIA aplicada**. Eds. A. C. Zanini, S. Oga, 4 ed., São Paulo, Atheneu, 1989, p. 633-51.
- CRAMER, J.A.; SCHEYER, R. D.; MATTSON, R.H. Compliance declines between clinic visits. **Arch Inter Med**, 150:1509-10, 1990.
- CHRISTENSEN, D.B. & BUSH, P.J. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. **Soc Sci Med**, 15:343-55, 1981.
- DAVIS, M. S. Variations in patients compliance with doctors orders: analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations. **J Am Med Assoc**, 203:120-4, 1966.
- FEINSTEIN, A. R. Clinical biostatistics - XXX. Biostatistical problems in compliance bias. **Clin Pharmacol Ther**, 16:846-57, 1974.
- FINK, D.; MARTIN, F.; COHEN, M.; GREYCLOUD, M.A.; MALLOY, M.J. The management specialist in effective pediatric ambulatory care. **Am J Public Health**, 59:527-33, 1969.
- GARDNER, P. & WATSON, L.J. Adverse drug reactions: a pharmacist-based monitoring system. **Clin Pharmacol Ther**, 11:802-7, 1970.
- GILLUM, R.F. & BARSKY, A.J. Diagnosis and management of patient non-compliance. **J Am Med Assoc**, 228:1563-7, 1974.
- HAYNES, R.B.; SACKETT, D.L.; TAYLOR, D.W.; ROBERTS, R.S.; JOHNSON, A.L. Manipulation of the therapeutic regimen to improve compliance: conceptions and misconceptions. **Clin Pharmacol Ther**, 22.125-30, 1977.
- HAYNES, R.B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment, In: **COMPLIANCE in health care**. Eds. R.B. Haynes, D.W. Taylor, D.L. Sackett. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979, p. 49-62.

- KOMAROFF, A.L. The practitioner and the compliant patient. **Am J Public Health**, 66:833-5, 1976.
- LASAGNA, L. Fault and default. **N Engl J. Med**, 289:267-8, 1973.
- MARONDE, R.F.; LEE, P.V.; McCARRON, M.M.; SEIBERT, S. A study of prescribing patterns. **Med Care**, 9:383-95, 1971.
- MARSTON, M.V. Compliance with medical regimens: a review of the literature. **Nurs Res**, 19:312-23, 1970.
- MATTAR, M.E. & YAFFE, S.J. Compliance of pediatric patients with therapeutic regimens. **Postgrad Med J**, 56(6):181-8, 1974.
- MAY, F.E.; STEWART, R.B.; CLUFF, L.E. Drug use in the hospital: evaluation of determinants. **Clin Pharmacol Ther**, 16:834-45, 1974.
- MAZZULLO, J.M. The monopharmacologic basis of therapeutics. **Clin Pharmacol Ther**, 13:157-8, 1972.
- MAZZULLO, J.M.; LASAGNA, L.; GRINER, P.F. Variations in interpretation of prescription instructions - the need for improve prescribing habits. **J Am Med Assoc**. 227:929-31, 1974.
- MUSHLIN, A.I. & APPEL, F.A. Diagnosing potential noncompliance. **Arch Intern Med**, 137:318-21, 1977.
- NORELL, S.E. Malignant compliance. **Lancet**, 1:50, 1982.
- NORELL, S.E. Methods in assessing drug compliance. **Acta Med Scand**, 683 (suppl):35-40, 1984.
- PARISH, P.A. Drug prescribing - the concern of all. **R. Soc Health J**. 93.213-7, 1973.
- PARISH, P.A. Sociology of prescribing. **Br. Med Bull**, 30:214-7, 1974.
- PAULO, L.G.; PEACH, L.T.; ZANINI, A.C. Sistemas de controle de medicamentos. In: **FARMACOLOGIA aplicada**. Eds. A.C. Zanini, S. Oga, 4. ed. São Paulo, Atheneu, 1989, p.655-663.
- PORTER, A.M.W. Drug defaulting in a general practice. **Br Med J**, 1:218-22, 1969.
- RABIN, D.L. & BUSH, P.J. The use of medicines: historical trends and international comparisons. **Int J Health Serv**, 4:61-87, 1974.
- ROTH, H.P.; CARON, H.S.; HSI, B.P. Estimating a patient's cooperation with his regimen. **Am J Med Sci**, 262:269-73, 1971.

- ROTH, H.P. & CARON, H.S. Accuracy of doctors estimates and patients statements on adherence to drung regimen. **Clin Pharmacol Ther**, 23:361-70, 1978.
- RUDD, P. Medication packaging: simple solutions to nonadherence problems? **Clin Pharmacol Ther**, 25:257-65, 1979.
- SACKETT, D.L.; HAYNES, R.B.; TUGWELL, P. Compliance, In: **CLINICAL epidemiology - a basig science for clinical medicine**. Eds: D.L. Sackett; R.B. Haynes & P. Tugwell, Boston, Little, Brown and Company, 1985, p. 199-222.
- SPRIET, A.; BEILER, D.; DECHORGNAT, J.; SIMON, P. Adherence of elderly patients to treatment with pentoxifylline. **Clin Pharmacol Ther**, 27:1-8, 1980.
- STOLLEY, P.D.; BECKER, M.H.; LASAGNA, L.; McEVILLA, J.D.; SLOANE, L.M. The relationship between physician characteristics and prscribing appropriateness. **Med Care**, 10:17-28, 1972.
- WESTERHOLM, B.; AGENAS, I.; DAHLSTROM, M.; NORDENSTAM, I. Relation between drug utilization and morbidity pattern. **Acta Med Scand**, 683 (suppl):95-9, 1984.
- WILSON, J.T. Compliance with instructions in the evaluation of therapeutic efficacy - a common but frequently unrecognized major variable - **Clin Pediatr** (Phila), 12:333-40, 1973.
- WORTHEN, D.B. Prescribing influences: an overview. **Br J Med Educ**, 7:109-17, 1973.