UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva nº 111

A PRESCRIÇÃO MÉDICA

Vera Lúcia Edais Pepe
Cláudia Maria Travassos Veras

Abril 1995

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

A PRESCRIÇÃO MÉDICA

VERA LÚCIA EDAIS PEPE
CLÁUDIA MARIA TRAVASSOS VERAS

ABRIL/1995

Nº 111

Diretor: José C. Noronha
Conselho Editorial: Cid M. de Mello Vianna (Coordenador)
Michael Reichenheim
Eduardo Levcovitz
Secretária/Diagramação: Regina M. Anguiano Marchese
Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

P 421 PEPE, Vera Lúcia Edais; VERAS, Cláudia Maria Travassos. A prescrição médica. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. 26 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; 111).

Descritores:
MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
MEDICAMENTOS

Impressão e acabamento final: Gráfica da UERJ.

A PRESCRIÇÃO MÉDICA*

*VERA LÚCIA EDAIS PEPE***

*CLÁUDIA MARIA TRAVASSOS VERAS****

Introdução

Os medicamentos e sua utilização ocupam um lugar privilegiado e assumem importantes papéis em relação no sistema de saúde, quais sejam:

"... 1) Os medicamentos são utilizados como ferramenta em quase todas as disciplinas médicas e em diferentes situações sanitárias.

2) Como resultado final de um processo de diagnóstico e decisão, os fármacos são o resumo da atitude e das esperanças de um médico em relação ao curso de uma doença.

3) São o ponto de contato mais direto entre as estruturas sanitárias e seus usuários, uma vez que a prescrição é um compromisso entre duas partes.

4) Simbolizam o desejo e a capacidade de modificar o curso "natural" da maioria das doenças e por isso converteram-se em um traço cultural cujas implicações vão mais além da atividade terapêutica específica. ..."

(Tognoni & Laporte, 1989; p.46).

* Parte da Dissertação de Mestrado "Estudo sobre a prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária" apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) em 04/11/94.

** Pesquisadora assistente do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ (DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

*** Professora adjunta do DAPS/ENSP/FIOCRUZ e orientadora da dissertação.

A prescrição médica é uma das responsáveis pela quantidade e qualidade do consumo dos medicamentos. Ela é para os consumidores, muitas vezes, a iniciação ao uso dos fármacos e, ao mesmo tempo, representa também uma intervenção do sistema de saúde para responder às necessidades de saúde da população. Estima-se que cerca de dois terços das consultas médicas finalize com uma prescrição (Manning et al., 1986) e o exemplo da prescrição médica parece encorajar a automedicação, muitas vezes desnecessária, dispendiosa e, em determinadas ocasiões, perigosa (Cordeiro, 1985; Loyola, 1984; Hardon, 1987).

Buscamos, neste trabalho, enfocar o processo da prescrição de medicamentos descrevendo, brevemente, como se dá esta decisão médica e os principais fatores que exercem influência na escolha de um tratamento farmacológico.

A Prescrição de Medicamentos e os Fatores que a Influenciam

A prescrição médica é um dos últimos atos da decisão médica, antes de o paciente iniciar seu tratamento. O processo de decisão médica é extremamente complexo e sua análise envolve uma variada gama de perspectivas: clínica, econômica, psicológica e sociológica (Eisenberg, 1986).

Antes de ser escrita uma prescrição médica, vários outros acontecimentos são necessários. Em *primeiro lugar*, algo faz com que um indivíduo sinta necessidade de buscar o atendimento profissionalizado e este atendimento encontre-se, por outro lado, acessível a ele. Muitos indivíduos sentem-se doentes e se automedicam, não buscando o sistema de saúde. A decisão de buscar a assistência médica está, geralmente, ligada à gravidade que o paciente percebe em seus sintomas (Hulka & Wheat, 1985). Além disso, alguns indivíduos não conseguem chegar ao atendimento por deficiências inerentes ao próprio sistema de saúde.

Em *segundo lugar*, o paciente traz suas queixas e seus sintomas. Eles são interpretados pelo profissional de saúde, na grande maioria o médico, que busca identificar um diagnóstico. A comunicação existente entre o paciente, que refere suas queixas, e o médico, que procura classificá-las, se dá mediado pelas atitudes de cada um deles.

Uma vez feito o diagnóstico, há que ser tomada a decisão quanto a utilizar-se ou não o medicamento. Novamente esta decisão encontra-se mediada pela comunicação entre o médico e o paciente, pelas atitudes de ambos frente à questão saúde/doença, pelas expectativas de ambos em relação a um possível tratamento e às funções sociais, culturais e psicológicas do uso dos medicamentos. Além disso, encontra-se também ligada ao conhecimento acumulado pelo profissional de saúde e à disponibilidade e à qualidade dos medicamentos.

Os profissionais de saúde, em nosso caso interessa os prescritores, confrontam-se constantemente, em sua prática de trabalho, com incertezas. Incertezas sobre o diagnóstico, sobre os possíveis prognósticos de um quadro diagnosticado bem como sobre os benefícios e os riscos de sua intervenção em cada paciente ou grupo de pacientes.

A prescrição médica, bem como outras decisões médicas (escolha de procedimentos diagnósticos e terapêuticos), pode ser vista como uma decisão probabilística onde o prescritor, ao lidar com incertezas, responde — seja baseado no conjunto de informações que dispõe no momento da decisão (eficácia, efeitos adversos, dose, administração, custos), seja baseado na sua experiência clínica — estimando o sucesso de um tratamento, isto é, o que pode acontecer de benéfico e maléfico para cada um dos pacientes que atende (Doubilet & McNeil, 1985; Dening *et al.*, 1993).

A incerteza e o caráter probabilístico do processo de decisão médica permeiam na escolha do medicamento uma vez que cada um deles cria "expectativas", negativas ou positivas, a respeito do tratamento. Assim, os diferentes cálculos e expectativas de cada prescritor podem levar a variações na escolha final sobre tratar ou não tratar, bem como na escolha sobre o medicamento a ser utilizado no caso de eleito o tratamento farmacológico. Nem sempre todos os prós e contras de cada tratamento são necessariamente avaliados no momento da decisão, podendo a escolha dar-se a partir de regras de decisão simplificadas. Estas regras podem enfocar apenas um pequeno número dentre os possíveis resultados, bem como considerar apenas algumas das possíveis opções. Nestes casos, ao escolher um tratamento, os prescritores podem considerar apenas as opções que lhe são possíveis de lembrar no momento da decisão. Desta forma, é possível que o prescritor nem sempre escolha a melhor alternativa (Dening *et al.*, 1993).

Vários autores têm feito revisões e estudos sobre o tema da prescrição de medicamentos e os fatores que influenciam esta importante decisão médica.

Hemminki (1988) propõe um modelo explicativo sobre a prescrição médica composto de dois grupos de fatores. O *primeiro* deles, os fatores condicionantes, cuja influência se dá no *macrocontexto* e cujos principais representantes são: a) as tradições e a educação da população que molda as expectativas dos pacientes e a visão do médico; b) o ensino médico e o pensamento profissional, que determina o uso dos serviços médicos e que define o conceito de saúde/doença; c) a ideologia e o poder estatal e a distribuição da renda em cada país uma vez que afetam a disponibilidade de profissionais e o acesso aos medicamentos e d) o poder e vitalidade da indústria farmacêutica. O *segundo* grupo de fatores influencia individualmente os profissionais, agindo no *microcontexto*, e tem como maiores representantes: a) as demandas e expectativas da sociedade; b) a influência da indústria

farmacêutica e os resultados de pesquisas na área e c) as medidas regulamentadoras e de controle impostas pelas autoridades de saúde.

Gostaríamos de frisar que a influência sobre a prescrição médica se dá dependendo da forma como estes fatores se combinam e agem sobre cada profissional ou grupo de profissionais. Estudos sobre o processo prescritivo ainda apresentam dificuldades em considerar a importância relativa de cada um deles bem como sua interdependência (Zelnio, 1982; Haaijer-Ruskamp & Hemminki, 1993).

Tentaremos, a seguir, abordar mais detalhadamente alguns dos principais fatores que influenciam a prescrição médica. Começaremos pela indústria farmacêutica, uma vez que ela tem sido implicada como um dos principais, se não o mais importante deles.

A Indústria Farmacêutica

A indústria farmacêutica é dentre quem investiga, desenvolve, produz e comercializa os medicamentos um dos principais atores. A pesquisa de novos medicamentos, o ritmo de inovação e lançamento de produtos em cada mercado interfere na oferta de medicamentos e, portanto, no arsenal disponível à prescrição médica. Esta é uma das formas pelas quais a indústria influencia, ainda que indiretamente, os profissionais de saúde. A decisão médica sobre qual medicamento prescrever tem como um de seus suportes as opções de medicamentos existentes no mercado.

Desde a década de setenta que o grande volume na oferta de medicamentos vem sendo contestado, em nosso meio, com o argumento de que não resulta em benefícios nem corresponde a produtos de qualidade (Pacheco, 1978; Gentille de Mello, 1984). Em 1988, dos 342 medicamentos comercializados por

indústrias alemãs e suíças, no Brasil, somente 15% e 37% deles continham, respectivamente, substâncias essenciais ou adequadas (Rozenfeld & Porto, 1992).

Além desta influência indireta, várias outras formas de influência da indústria farmacêutica se dão diretamente sobre os profissionais de saúde e/ou consumidores, tendo efeitos tanto na prescrição médica como na automedicação (Hemminki, 1975; Rucker, 1976; Laporte e Arnau, 1982; Bapna *et al.*, 1987; Carrin, 1987; Fabricant & Hirschorn, 1987).

Em uma área da periferia do Rio de Janeiro, Loyola (1984) colheu, em farmácias, dois sugestivos depoimentos que dão uma idéia de quanto a indústria influi na prescrição e na automedicação:

> *"Em cada lugar tem que variar. Pra você montar uma farmácia você tem que conhecer profundamente o ramo ... a medicação do local em função dos médicos,* ***em função dos laboratórios, dos propagandistas que visitam os médicos****. Então dentro daquela região, um determinado laboratório sai mais do que outro ..." (p. 35; grifos nossos).*

> *"... Os remédios que são propagados pelo rádio, televisão, a procura é imensa, É um tipo de propaganda dirigida e atua assim:* ***compra o que o médico manda, o que a propaganda manda."*** *(p. 36; grifos nossos)*

As práticas de *marketing* dos medicamentos foram se diversificando no decorrer dos anos. Atualmente, há uma variedade de formas promocionais. As mais simples são a distribuição de brindes, amostras grátis e veiculação de vários tipos de informação como panfletos, guias de produtos (que em nosso país recebe o nome de Dicionário de Especialidades Farmacêuticas- DEF),

propagandas em revistas médicas e em meios de comunicação de massa como televisão, rádios e *outdoors*. Entre as mais complexas estão o financiamento de educação médica continuada, de pesquisas para desenvolvimento ou protocolos de uso para fármacos de interesse e, a promoção de grandes eventos ditos "científicos" (congressos, simpósios, jantares, etc) financiados pela indústria farmacêutica, aonde é, geralmente, introduzido um componente "educativo" e "científico" sobre um determinado fármaco (Orlowski & Wateska, 1992).

A interação entre a indústria farmacêutica e os profissionais de saúde foi sendo aperfeiçoada, de maneira que, em muitos momentos, a influência exercida sobre os médicos prescritores, nem sempre se dá de forma objetiva. Alguns autores argumentam que, apesar dos médicos acharem que sua decisão no ato prescritivo é baseada na literatura científica, as fontes de informações comerciais se mostram, ainda que subjetivamente, de importante influência (Battelino, 1985; Orlowski & Wateska, 1992). O prescritor não reconhece, muitas vezes, o quanto possa estar sendo levado à prescrição de medicamentos propagandeados, cuja eficácia e segurança não se encontram, em alguns casos, bem estabelecidas.

Na cidade de Córdoba, Argentina, um estudo transversal que entrevistou 200 médicos de diferentes especialidades e inserções profissionais obteve algumas respostas contraditórias (Battellino, 1985). Apesar de apenas 7% reconhecer usar a informação proveniente da indústria como sua principal fonte de informação e 82% referir escassa ou nenhuma influência destas em seu hábito prescritivo, 70% deles classificou como avanço terapêutico fármacos recém comercializados e 53,5% reconheceu usar com freqüência alguns destes novos medicamentos.

As estratégias de *marketing* apresentam como efeito final o surgimento do que Temporão (1986) denominou de "preferências irracionais". Nesta estratégia, a denominação dos medicamentos por seu nome de fantasia ou marca[1] torna-se fundamental. A existência das marcas e sua competição para situarem-se no mercado dificulta ao prescritor compará-las de maneira "racional". É comum, especialmente nos países em desenvolvimento, a veiculação de informações sobre os medicamentos, pelas empresas produtoras, com as indicações terapêuticas aumentadas, enquanto os efeitos adversos são omitidos ou minimizados (Melrose, 1982; Silverman & Lee, 1983; Silverman *et al.*, 1986; Brudon, 1987).

O prescritor não consegue, com freqüência, conhecer em profundidade todas as 10.000 marcas comerciais existentes no mercado de nosso país: as substâncias ativas nelas contidas, suas propriedades terapêuticas, seus efeitos adversos, suas precauções e contra-indicações, seu correto manejo em situações comuns e específicas, etc. Ao ser "bombardeado" com informações maciças sobre uma determinada marca, é lógico supormos que, de uma maneira objetiva e/ou subjetiva, esta permaneça na memória mais recente dos profissionais de saúde e encontre-se entre suas possíveis opções quando do raciocínio sobre a decisão terapêutica a ser tomada.

Não somente os profissionais de saúde são alvos da abordagem industrial. Na maior parte dos países, também os consumidores, através da grande mídia, são constantemente submetidos à propaganda medicamentosa. Embora este tipo de propaganda seja, em grande monta, de medicamentos que prescindem da receita médica, recentemente tem crescido a prática de *marketing* de medicamentos cuja venda somente se deveria dar através da prescrição médica. A influência que este tipo de propaganda pode exercer sobre a prescrição não está bem estabelecida. No entanto, se pensarmos que as atitudes e demandas dos pacientes podem influir no ato prescritivo, é possível

supormos que algum tipo de influência esteja se dando. Este fato nos parece significativo e levou o Comitê de Medicamentos da *American Academy of Pediatrics* a pronunciar-se contra esta prática (Committe on Drugs, 1991).

Uma importante estratégia de *marketing* tem sido a já citada promoção de grandes "eventos científicos" dirigidos aos profissionais de saúde. No Rio de Janeiro, de 974 médicos de hospitais universitários, cerca de 70% referiu entre as três primeiras preferências, de promoções da indústria farmacêutica, os eventos científicos e o fornecimento de passagens e estadias em hotel (Duarte, 1988).

Um estudo realizado, em um hospital de Cleveland, avaliou o consumo de dois fármacos, recentemente comercializados, que haviam sido objeto de dois congressos promovidos pela indústria farmacêutica. Um deles era um antibiótico e o outro um medicamento cardiovascular, ambos injetáveis. Os autores (Orlowski & Wateska, 1992) compararam a taxa prescritiva destes fármacos 22 meses antes e 17 meses após os congressos e verificaram que ambos tiveram sua prescrição aumentada. Dois fatos são ainda dignos de nota: o primeiro deles é que cerca de 8% dos dez médicos participantes do congresso foram entrevistados e não acreditavam ser possível qualquer tipo de influência sobre suas prescrições. O segundo é que o incremento do uso destes novos fármacos não alterou o consumo hospitalar dos fármacos que eram anteriormente utilizados nas mesmas indicações terapêuticas, ou seja, eles não substituíram os fármacos correspondentes. Desta forma, parece ter sido criado um novo "mercado" intrahospitalar para seu uso, o que provavelmente resultou em um uso além da real necessidade.

A produção e difusão de informações ocupa um importante lugar no *marketing* de produtos farmacêuticos. A distribuição, pela indústria farmacêutica, de folhetos e a elaboração de compêndios farmacêuticos, constituem-se em fontes

de informação para a prescrição médica (Zelnio, 1982; Barros, 1982; Battellino, 1985; Carrin, 1987).

Uma estratégia utilizada na propaganda dirigida aos médicos é a visita de propagandistas que variam em número, de acordo com o país, podendo chegar, nos países em desenvolvimento, a um número exorbitante. Assim é que enquanto na Suécia a relação propagandista/médicos era, em 1974, de 1/32 no Brasil, em 1977, ela era de 1/4 (Barros, *apud* Temporão, 1986). Os propagandistas são indivíduos não médicos, treinados para distribuir amostras grátis e folhetos informativos em hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. Uma investigação levada a cabo, entre 100 médicos de Recife, obteve que 23,4% deles consideravam o propagandista como uma boa fonte para tomar conhecimento do lançamento de novos produtos (Barros, 1982). Em hospitais universitários do Rio de Janeiro, cerca de 50% dos médicos referiu utilizá-los como fonte de informação sobre os medicamentos (Duarte, 1988).

Embora seja difícil avaliar o quanto as diferentes formas de interação entre a indústria farmacêutica e os profissionais de saúde afetam o hábito prescritivo, o fato é que a indústria farmacêutica usa a propaganda intensamente, gastando com ela praticamente a metade ou o mesmo valor que gasta com seu desenvolvimento industrial. Estima-se, no Brasil, que o gasto com propaganda seja da ordem de 30% do gasto total (Temporão, 1986).

As interações entre a indústria farmacêutica e os médicos têm preocupado as mais diversas instituições. O *Britain's Royal College of Physicians*, a *American Medical Association*, o *American College of Physicians* dentre outros grupos médicos, vêm, desde o final da década de oitenta, buscando estabelecer critérios considerados éticos de relacionamento entre indústria e profissionais de saúde (Rosner, 1992). Em 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1988) estabeleceu uma série de critérios éticos para a promoção dos

medicamentos. Entre eles está contemplada a necessidade de se reduzir a distribuição de amostras grátis e brindes bem como de não relacionar diretamente o financiamento para atividades como congressos à promoção de medicamentos.

O Sistema de Saúde e os Mecanismos de Regulação da Produção ao Consumo dos Medicamentos

O sistema de saúde influencia na acessibilidade não somente à assistência médica mas também à assistência farmacêutica. Ele pode afetar, tanto a prescrição, como também a baixa qualidade do consumo de medicamentos (Laporte *et al.*, 1985; Battellino, 1985).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, além da dificuldade de acesso da população ao sistema sanitário e aos medicamentos, muitas vezes os profissionais de saúde não dispõem do instrumental e dos recursos necessários para o estabelecimento do diagnóstico correto, o que dificulta a definição do tratamento medicamentoso (Fabricant & Hirschorn, 1987).

O sistema de saúde, através de sua agência regulamentadora (Divisão de Produtos da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, no Brasil), é responsável pela normalização e controle de praticamente todas as ações relativas aos medicamentos. Cabe às agências regulamentadoras proporcionar uma oferta de medicamentos seguros e eficazes, já no momento de seu registro. A restrição da oferta de medicamentos no mercado é, para Van der Geest *et al.* (1990), mais do que uma medida de controle, uma medida pedagógica, pois quanto menor o número de medicamentos no mercado, maior é a possibilidade de produção e difusão de informações sobre eles.

Vários países impõem uma série de restrições quanto ao registro, propaganda, comercialização e distribuição dos medicamentos. A regulação pode ser feita em todas as etapas de sua produção ao seu consumo: a importação de matéria prima ou de produtos acabados, qual medicamento pode ser testado, qual pode ser comercializado e quem o pode produzir, que tipo de medicamento é vendido com e sem receita médica, que tipo de informação comercial pode ser veiculada, etc.

Embora o uso de medicamentos não possa ser melhorado apenas através de atos regulamentadores, a existência de agências eficientes parece ser um fator que finda por influenciar a prescrição médica (Haaijer-Ruskamp & Hemminki, 1993).

Um outro tipo de medidas restritivas é a utilização de listas hospitalares e/ou extra-hospitalares de medicamentos. Estas listas restringem a disponibilidade de fármacos que podem ser prescritos em hospitais e, em outros casos, limitam o pagamento feito pelo sistema social sobre os medicamentos receitados e comprados nas farmácias pelo consumidor. Seu efeito tem sido estudado, especialmente sobre o ponto de vista econômico (Hefner, 1979; Soumerai & Avorn, 1986). Há ainda alguma controvérsia, quanto ao tipo de influência exercida por estas medidas, mas a tendência tem sido considerar que embora tenham a capacidade de modificar a conduta prescritiva, o tempo de manutenção de sua influência pode ser escasso se não vier acompanhada de medidas educativas e informativas contínuas (Petrie & Scott, 1987; Feely *et al.*, 1990; Anonimo, 1989; Anonimo, 1990).

Pode-se considerar vários outros fatores quando se pensa na estrutura e organização do sistema sanitário e seu impacto sobre o padrão prescritivo dos médicos. Algumas características como, por exemplo, o tempo disponível para cada consulta médica, o número de pacientes atendidos e a consulta indireta

(i.e., por telefone) tem sido implicados. MacCarthy *et al.* (1992), em estudo realizado na Irlanda do Norte, referem também uma correlação existente entre o número de médicos em cada serviço e a variedade de medicamentos prescritos em cada grupo terapêutico. No entanto, maiores estudos são ainda necessários para uma afirmativa mais taxativa (Hemminki, 1975; Haaijer-Ruskamp, 1987).

Fatores Ligados aos Médicos e Pacientes

Hemminki (1975a) indica algumas demandas da sociedade e dos pacientes como passíveis de influenciar a prescrição médica. Nesse sentido, uma série de expectativas e demandas dos pacientes, sua família, seus empregadores, etc. seriam impostas aos médicos.

Alguns estudos concluem que a população pode "classificar" os medicamentos de uma maneira que lhes é própria: em "quentes" ou "frios"; "fracos" ou "fortes"; "bons" ou "ruins" (Loyola, 1984; Logan *apud* Van der Geest *et al.*, 1990); a partir da coloração e/ou tamanho das cápsulas (Fabricant & Hirschorn, 1987); pelas diferentes formas de apresentação de um medicamento (Loyola, 1984), etc. Lefevre (1991) postula, dentre outras, a hipótese de que o paciente vive o medicamento dentro do contexto da rapidez de resposta frente à doença (eficiência simbólica) e da produção da saúde (eficácia simbólica). Esta "classificação" pode influenciar a prescrição médica uma vez que encontra-se embutida nas expectativas dos pacientes em relação ao seu tratamento.

A atitude do paciente frente à saúde é, para Carrin (1987), um dos fatores ligados aos pacientes que influenciam a prescrição médica. Eisenberg (1986) sugere que os pacientes escolhem os médicos cuja prática vai ao encontro de suas aspirações, e que as amplas variações encontradas entre os profissionais serve para satisfazer às heterogêneas preferências da população.

Outros fatores, relacionados aos pacientes, seriam: a idade, o peso, a sensibilidade aos medicamentos e a inserção econômica dos pacientes. Os médicos adaptam suas prescrições, num mesmo diagnóstico, de acordo com a idade e o peso de cada paciente. Na necessidade de um tratamento medicamentoso, o tipo do medicamento, sua dosagem, a freqüência e o período de tratamento muitas vezes levam em consideração estes dois fatores. Lexchin (1992) relata que os médicos tendem a prescrever mais para os idosos além de fornecer mais prescrições a cada consulta em pacientes maiores de 65 anos.

Dupuy e Karsenty (1980) atribuem aos medicamentos dupla função frente aos pacientes. Ao mesmo tempo que significa para o indivíduo doente que o médico sabe sobre sua doença, significa também que ele está zelando por ela. Loyola (1984) propõe haver uma dupla via na relação remédio/médico. O médico é confiável se o remédio receitado é considerado bom e, também, a avaliação do medicamento se dá de acordo com a relação estabelecida com o médico.

Vários autores têm refletido sobre os fatores ligados às características dos prescritores, que influenciam diretamente a tomada de decisão médica. Granville (1988) refere-se à capacidade técnica, inteligência, habilidades sensoriais e motoras, bom senso e possibilidades de efetuar previsões probabilísticas. Para este autor, o mesmo profissional pode ainda chegar a diferentes conclusões quanto à conduta a ser tomada dependendo de suas condições físicas, ambientais, de sua motivação e de seus padrões de julgamento.

Carrin (1987) indica como importantes fatores na escolha do medicamento, pelo médico, o seu estoque de conhecimento, a experiência clínica, fatores financeiros e o tempo dedicado a atualizações. Um inquérito com médicos de

família, nos EUA, estudou algumas características e atitudes frente à prescrição de medicamentos genéricos. Os médicos que tinham maior hábito de prescrevê-los eram leitores de um periódico de renome, o *New England Journal of Medicine*, e depositavam menos confiança nos representantes da indústria farmacêutica (Bower & Burkett, 1987).

A educação médica tem sido estudada de várias maneiras: tempo e local de formação e tipo de graduação O maior grau de especialização parece levar à uma menor prescrição de fármacos (Hemminki, 1975). Além disso, os médicos formados mais recentemente e com maior especialização, tendem a prescrever melhor (Zelnio, 1982).

Eisenberg (1986) refere haver evidências razoáveis de que os médicos ajustam seus serviços em resposta a interesses econômicos, seja este ajuste voltado à busca de uma maior demanda seja substituindo um serviço pelo outro. Mas o interesse não é apenas econômico. O estilo da prática de cada médico refere-se também aos seus hábitos, atitudes e valores e sua prática é também influenciada por suas preferências seja por problemas clínicos seja por características dos pacientes que desejariam ter em sua clínica. O local de trabalho também pode influenciar seja pelo convívio com seus colegas seja com a chefia imediata.

Hemminki (1975) sugere que os contatos com colegas da profissão encontram-se imbricados com outros fatores como a propaganda e a educação. Em nosso meio, alguns estudos mostraram que o contato e a opinião de colegas e especialistas foram referidos, pelos médicos, como uma das principais fontes de informação para a prescrição médica (Barros, 1982; Duarte, 1988).

Lefèvre (1991), citando Comaroff, refere-se ao medicamento como símbolo da relação terapêutica já que simbolizando saúde ou cura, objetivos da relação

terapêutica, permite mantê-la e, mais do que isso, reproduz o poder do médico sobre o paciente. Fabricant & Hirschorn (1987) refere-se ao fato de que o prestígio e poder de alguns medicamentos podem ser transferidos para quem os prescreve, influenciando assim a decisão médica.

Estudos mais específicos parecem ainda ser necessários para determinar a real influência de cada um destes fatores (OMS, 1985). Hemminki (1975a) propõe uma influência recíproca: tanto as expectativas dos pacientes podem influenciar os médicos como os hábitos prescritivos dos médicos são capazes de influenciar as expectativas dos pacientes.

Educação para Prescrição e Outras Medidas Preconizadas para A Melhoria da Qualidade da Prescrição Médica

A deficiência de informações voltadas ao uso dos medicamentos, durante e após a formação médica, especialmente nos países em desenvolvimento (Fabricant & Hirschorn, 1987), tem sido responsabilizada por parte da irracionalidade da prescrição médica.

O ensino da Farmacologia Clínica vem sendo estimulado na maioria dos países como uma das estratégias para o uso mais adequado dos medicamentos (OMS, 1985; Bapna *et al.*, 1987). Ele atua já no momento da graduação, fornecendo as informações necessárias à escolha do fármaco mais apropriado a cada situação clínica.

A educação para a prescrição tem sido uma das estratégias preconizadas para transformar a prescrição médica num ato menos "reflexo" e mais reflexivo, capaz de propiciar um melhor uso dos medicamentos. Os métodos para alcançar tal objetivo têm sido variados e destacam-se o envio de folhetos informativos ou material educativo aos médicos prescritores acompanhados de

outras medidas como: visitas informativas, entrevista "face a face", por vezes com um especialista (Avorn e Soumerai, 1983; Ray, 1985; Font *et al.*, 1991); medidas de controle (Girotti, 1990) e *feedback* de informações (Manning *et al.*, 1986; Mugford *et al.*, 1991).

Estudos mais recentes têm concluído que estratégias de métodos educacionais "face a face", associados ou não a materiais educativos de alta qualidade, conduzidas por especialistas, são eficazes em reduzir a prescrição de medicamentos contra-indicados e ineficientes. Este tipo de estratégia tem, entretanto, como componentes importantes a visita repetida e o reforço, no tempo, das práticas recomendadas (Soumerai & Avorn, 1987). O uso isolado de folhetos educativos não parece apresentar este efeito, servindo apenas para favorecer a base para posteriores esforços educativos mais personalizados (Soumerai & Avorn, 1990).

Interessa-nos aqui discutir, sucintamente, duas estratégias que tem sido preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. A *primeira estratégia* é o Programa de Seleção de Medicamentos Essenciais (OMS, 1977) que direciona a elaboração de uma Lista de Medicamentos Essenciais, de cunho internacional, elaborada pela OMS e da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que corresponde à lista de medicamentos essenciais brasileira, elaborada pelo Ministério da Saúde. A *segunda estratégia* é a elaboração de guias terapêuticos, ambulatoriais e/ou hospitalares (OPAS/OMS, 1984).

O Programa de Seleção de Medicamentos Essenciais deu-se por uma iniciativa da OMS, em 1975. Este conceito tentava responder aos problemas da oferta de medicamentos existentes nos países em desenvolvimento, onde o acesso aos medicamentos é problemático (Tognoni & Lunde, 1993). Havia, e ainda há, a necessidade de se selecionar uma lista básica de medicamentos que estivesse acessível a toda população. O conceito de seleção de medicamentos, segundo

Lunde (1989), tem aqui duplo objetivo: assegurar o acesso aos fármacos, eficazes e seguros, mais necessários à população, e desenvolver uma estratégia global para promover uma melhor utilização dos medicamentos, através da difusão de fontes independentes de informação orientada aos problemas terapêuticos onde os fármacos existentes são comparados em função de sua relação benefício/risco. Este conceito visa, portanto, expandir e não comprimir o acesso da população aos medicamentos essenciais à saúde. Nasceu, em 1977, a primeira lista modelo de medicamentos essenciais da OMS, onde constavam cerca de 200 fármacos. A sétima e última revisão deu-se em 1992, e traz cerca de 300 fármacos.

A OMS (1977) aponta seis critérios para a seleção de medicamentos essenciais, quais sejam:

1) ter eficácia e segurança bem estabelecidas;

2) ter forma farmacêutica estável e de fácil manejo;

3) ser composto por apenas um fármaco, exceto em casos bem explicitados pelo próprio documento onde a associação de dois fármacos traz claros benefícios aos pacientes (são apenas oito as associações selecionadas);

4) ir ao encontro das necessidades de saúde da população;

5) ter menor preço no caso de dois fármacos comparáveis;

6) ser apropriado para as condições locais;

O perfil de medicamentos selecionados, por serem eles vitais à população, deve privilegiar o quadro de morbidade de cada local e também a forma de melhor prevenir, diagnosticar e tratar as patologias mais prevalentes. Uma

recomendação explícita, frente à diferença existente entre os países, foi sempre a adaptação regional desta lista de medicamentos essenciais da OMS, que serviria tão somente como modelo, de acordo com a realidade sanitária de cada país. O número de fármacos selecionados, na maioria dos países membros, se situa entre 300 a 400.

No Brasil, a Central de Medicamentos (CEME) tinha como atribuições o apoio ao desenvolvimento e independência da produção nacional de fármacos constantes na lista de medicamentos essenciais brasileira, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) bem como a aquisição e distribuição dos mesmos (CEME, 1987; Bermudez, 1992). Algumas contradições e críticas foram levantadas quanto ao cumprimento destas atribuições (Médice *et al.*, 1991; Lucchesi, 1991) e embora a RENAME seja uma lista de medicamentos prioritários, a CEME, durante grande parte de sua existência, manteve o fornecimento dos medicamentos essenciais de forma errática, com freqüentes interrupções e muitas vezes em quantidade e qualidade deficitárias. Ainda assim, a RENAME simboliza um esforço na direção de uma assistência farmacêutica mais eficaz e de melhor qualidade.

A existência de uma lista de medicamentos essenciais não basta para uma melhoria no quadro da atenção à saúde. Este esforço não alcança sozinho uma melhor utilização dos medicamentos. Os problemas iniciam na grande quantidade e pouca qualidade de medicamentos ofertados. Em recente publicação Hartog (1993) analisa a comercialização das vinte maiores companhias européias em alguns países em desenvolvimento. Apenas 16% do total de medicamentos comercializados, nos anos de 1988 e 1989, por estas companhias, era de medicamentos essenciais ou equivalentes a eles.

A *segunda estratégia* se constitui na elaboração e difusão de informações. Traduz-se na elaboração de guias terapêuticos[2] - que sintetizam, de forma

clara e de fácil apreensão, informações fidedignas sobre os fármacos selecionados - capazes de auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisão da conduta terapêutica (OMS, 1985).

Estes guias terapêuticos são elaborados a partir das substâncias disponíveis no mercado e os fármacos por eles recomendados situam-se entre este mercado e a lista de medicamentos essenciais. Tenta-se, portanto, ampliar o arsenal terapêutico do profissional sem, no entanto, coadunar com as distorções existentes na oferta de medicamentos.

Algumas informações, geralmente pouco consideradas em manuais prescritivos adquirem, neste tipo de fonte de informação, uma importância maior e são tidas como fundamentais: enfatizam-se as reações adversas, as contra-indicações e precauções e as interações medicamentosas de cada fármaco.

Com isto, procuram não somente fornecer aos profissionais de saúde uma fonte de informação independente da indústria farmacêutica mas também envolvê-los na mudança de atitude frente à questão dos medicamentos, necessária para que se possa promover uma política de medicamentos voltada para uma maior acessibilidade, a menor custo social e econômico.

Concluindo, podemos dizer que a prescrição de medicamentos, considerada como um dos elementos das práticas de saúde, sofre uma pletora de influências, algumas inatingíveis por qualquer ação individual. Os valores culturais, a rede social e os fatores psicossociais influenciam na forma como os medicamentos são utilizados pela população de um determinado local, provido por um determinado sistema de saúde (Haaijer-Ruskamp & Hemminki, 1993).

Cremos ter abordado alguns dos principais fatores que influenciam esta importante decisão médica. As necessidades de saúde (morbidade) e as

demandas oriundas da população; o *marketing* da indústria farmacêutica; os avanços científico-tecnológicos; o sistema de saúde com as políticas governamentais de assistência e de regulação da relação produção/consumo; a formação profissional; a informação sobre os medicamentos; a estrutura e organização dos serviços de saúde; as características dos fármacos; as características pessoais e os interesses dos pacientes e dos profissionais de saúde, constituem-se em distintas, porém imbricadas, influências sobre a prescrição médica.

A importância e a complexidade do ato de prescrever merece ser levada em consideração quando de qualquer ação que vise à melhoria da qualidade da assistência médica, especialmente na utilização dos fármacos. Da mesma maneira, os profissionais de saúde merecem ser considerados como atores privilegiados neste processo, e cujo auxílio em muito contribui para a qualidade, boa ou má, do consumo de medicamentos.

Notas

1. Denominamos marca ou nome de fantasia aos diferentes nomes que são dados, pelas indústrias produtoras aos seus medicamentos. Por exemplo, o ácido acetilsalicílico é encontrado no mercado com alguns nomes de fantasia: AAS, aspirina, etc.
2. Em nosso país, um Guia Terapêutico Ambulatorial foi recentemente elaborado, pela Escola Nacional de Saude Publica/FIOCRUZ, respeitando as recomendações da OMS (Rozenfeld & Pepe, 1992/93).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANÔNIMO - "Local drug formularies - are they worth the effort?". *Drug and Therapeutics Bulletin, 27(4)*: 13-6, 1989.

_____ - "Formularies revisited". *WHO Drug Information, 4(1):* 19, 1990.

AVORN, J & SOUMERAI, SB - "Improving drug-therapy decisions trough educational outreach: a randomized controlled trial of academically based detailing". *New England Journal of Medicine, 308:* 1457-63, 1983.

BAPNA, JS *et al.* - "Curriculum for interns on essential drugs and cost efective prescribing". *The Indian Journal of Medical Education, XXVI(2):* 17-24, 1987.

BARROS, José Augusto Cabral - *A medicalização da clientela previdenciária.* Tese apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para a obtenção do grau de Mestre. São Paulo, 1982.

BATTELINO, Luis José - "La informacion farmacológica y la actividad médica". *Cuadernos Médico Sociales, 34:* 25-43, 1985.

BERMUDEZ, Jorge - *Remédios: saúde ou indústria?: a produção de medicamentos no Brasil.* Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1992.

BOWER, AD & BURKETT, GL - "Family physicians and generic drugs: a study of recognition, precribing attitudes, and practices". *Journal of Family Practitioner 24(6):* 612-6, 1987.

BRUDON, Pascale - *Medicamentos para todos en el ano 2.000? Las transnacionales farmacêuticas suizas frente al tercer mundo: el caso del México.* 1ª ed. México. Siglo Veintiuno Editores, 1987.

CARRIN, G - "Drug prescribing: a discussion of its viability and (ir) rationality". *Health Policy and Planning, 7:* 73-94, 1987.

CENTRAL DE MEDICAMENTOS (CEME) - *Medicamentos Essenciais - os caminhos da autonomia.* CEME, 1987.

COMMITTEE ON DRUGS - "Prescription drug advertising direct to the consumer". *Pediatrics, 88 (1):* 174-5, 1991.

CORDEIRO, Hésio - *A indústria de saúde no Brasil.* 2 ed. Rio de Janeiro. Graal, 1985.

DENING, P *et al.* - "Drug expectations and drug choices of hospital physicians". *Journal of Internal Medicine, 234:* 155-63, 1993.

DOUBILET, Peter & McNEIL, Barbara - "Clinical decisionmaking" *Medical Care, 23(5):* 648-63, 1985.

DUARTE, Maria Jalma Rodrigues - *Influência da indústria farmacêutica na política de medicamentos, segundo os profissionais de saúde.* Tese de Livre Docência apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1988.

DUPUY, Jean-Pierre & KARSENTY, Serge - *A invasão farmacêutica.* Rio de Janeiro. Graal, 1980.

EISENBERG, John Mayer - *Doctor decisions and the cost of medical care.* Michigan. Health Administration Press, 1986.

FABRICANT, SJ & Hirschorn, N - "Deranged distribution, perverse prescription, unprotected use: the irrationality of farmaceuticals in the developing world". *Health Policy and Planning, 2(3):* 204-13, 1987.

FEELY, John *et al.* - "Hospital formularies: need for continuous intervention". *British Medical Journal, 300:* 28-30, 1990.

FONT, M *et al.* - "Mejorar la prescripción de fármacos en atención primaria: un estudio controlado y aleatorio sobre un método educativo". *Medicina Clínica (Barc), 96:* 201-5, 1991.

GENTILE DE MELLO, Carlos - *A medicina e a realidade brasileira.* Rio de Janeiro. Achiamé, 1984.

GIROTII, MJ *et al.* - "Antibiotic handbook and pre-printed perioperative order forms for surgical antibiotic prophylaxis: do they work?". *Canadian Journal of Surgery, 33(5):* 385-8, 1990.

GRANVILLE, G de Oliveira - "A razão benefício-risco: base do raciocínio terapêutico". parte I e II. *A Folha Médica, 97(4):* 259-63 e *97(5/6):* 354-8, 1988.

HAAIJER-RUSKAMP, Flora M - "Does indirect consultation lead to overprescribing in general practice?" *Social Science and Medicine, 25(1):* 43-6, 1987.

HAAIJER-RUSKAMP, Flora M & HEMMINKI, Elina - "The social aspects of drug use". In: Dukes, MNG (edit) - *Drug utilization studies: methods and uses.* Finland. WHO Regional Publications, European Series, nº 45, 1993.

HARDON, Anita P - "The use of pharmaceuticals in a Filipino village: doctors' prescription and self-medication". *Social Science amd Medicine, 25(3):* 277-92, 1987.

HARTOG, Robert - "Essential and non-essential drugs marketed by the 20 largest european pharmaceutical companies in developing countries". *Social Science and Medicine, 37(7):* 897-904, 1993.

HEFNER, Dennis L *et al.* - "A study to determine the cost-effectiveness of a restrictive formulary: the Lousiana experience, 1979 (mimeo).

HEMMINKI. Elina - "The role of prescriptions in therapy". *Medical Care, 13(2):* 150-9, 1975.

_____ - "Review of literature on the factors affecting drug prescribing". *Social Science and Medicine, 9:* 11-5, 1975a.

_____ - "Factors influencing prescribing". In: Ghodse, H & Khan, I (edit) - *Psychoative drugs: improving prescribing practices.* Geneva.WHO, 1988.

HULKA, Barbara S & WHEAT, John R - "Patterns of utilization: the patient perspective". *Medical Care, 23(5):* 438-58, 1985.

LAPORTE, J & ARNAU, JM - "Guias farmacológicas para la assistencia médica primária". In: Laporte, J & Salvá, JA (org) - *Advances en Terapeutica 12.* Barcelona. Salvat, 1982.

LAPORTE, Juan Ramon *et al.* - "Los medicamentos en el sistema de salud español". *Cuadernos Médico Sociales, 32:* 49, 1985.

LEFÈVRE, Fernando - *O medicamento como mercadoria simbólica.* São Paulo, Cortez, 1991.

LEXCHIN, J - "Prescribing and drug costs in the province of Ontario". *International Journal of Health Services 22(3):* 471-87, 1992.

LOYOLA, Maria Andréa - *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde.* São Paulo, DIFEL, 1984.

LUCCHESI, Geraldo - *Dependência e Autonomia no setor farmacêutico: um estudo da CEME.* Rio de Janeiro. Disssertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1991.

LUNDE, PKM - "Seleção e uso de medicamentos a nível internacional, nacional e local". In: Laporte, JR; Tognoni, G; Rozenfeld, S (org) - *Epidemiologia do medicamento: princípios gerais.* São Paulo/Rio de Janeiro. HUCITEC/ABRASCO, 1989.

MacCARTHY, M; WILSON-DAVIS, K; McGAVOCK, H - "Relationship between the number of partners in a general practice and the number of different drugs prescribed by that practice". *British Journal General Practice, 42(354):* 10-2, 1992.

MANNING, Phil R *et al.* - "Changing prescribing practices through individual education". *Journal of American Medical Association, 256(2):* 230-2, 1986.

MEDICE, AC; OLIVEIRA, F; BELTRÃO, KI - *A política de medicamentos no Brasil.* Relatório Técnico do IBGE, nº 1. Rio de Janeiro, IBGE, 1991.

MELROSE, Dianna - *Bitter pills: medicines and the third world poor.* Oxford. OXFAM, 1982.

MUGFORD, Miranda; BANFIELD, Philip; O'HANLON, Moira - "Effects of feedback of information on clinical practice: a review". *British Medical Journal, 303:* 398-402, 1991.

OMS - *La selección de medicamentos essenciales.* Genebra, Organização Mundial da Saúde. Série de informes técnicos nº 615, 1977.

___ - *Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de expertos.* Genebra. OMS, 1985.

___ - *Critérios éticos para la promócion de medicamentos.* Genebra. OMS, 1988.

OPAS/OMS- *Elaboración y utilización de formulários de medicamentos.* PC 474, Washington, OPAS/OMS, 1984.

ORLOWSKI, James P & WATESKA, Leon - "The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns: there's no such thing as a free lunch". *Chest, 102:* 270-73, 1992.

PACHECO, Mário Vitor Assis - *A máfia dos remédios.* Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1978.

PETRIE, James & SCOTT, Andrew K - "Drug formularies in hospitals". *British Medical Journal, 294:* 919-20, 1987.

RAY, Wayne A. - "Persistence of improvemment in antibiotic prescribing in office practice". *Journal of the American Medical Association, 253:* 1774-6, 1985.

ROSNER, Fred - "Ethical relationships between drug companies and the medical profession". *Chest, 102:* 266-69, 1992.

ROZENFELD, S & PEPE, VLEP (org) - *Guia Terapêutico Ambulatorial 1992/93.* Porto Alegre. Artes Médicas/ABRASCO, 1992/93.

ROZENFELD, Suely & PORTO, Marco Antônio T - "Vigilância Sanitária: uma abordagem ecológica da tecnologia em saúde". In: Leal *et al.* (org) - *Saúde, ambiente e desenvolvimento: processos e conseqüências sobre as condições de vida.* Vol II. São Paulo/Rio de Janeiro. HUCITEC/ABRASCO, 1992.

RUCKER, Donald - "Drug information for prescribers and dispensers: toward a model system". *Medical Care, 14(2):* 156-65, 1976.

SILVERMAN, Milton & LEE, Philip R - *Píldoras, ganancias y política.* México, Siglo Veintiuno Ed., 1983.

SILVERMAN, Milton. *et al.* - "Drug promotion: the third world revisited". *International Journal of Health Services, 16(4):* 660-7, 1986.

SOUMERAI, SB; McLAUGHLIN, TJ; AVORN, J - "Economic and policy analysis of university based detailing". *Medical Care, 24:* 313-31, 1986.

_____ - "Predictors of physician prescribing change in an educational experiment to improve medication use". *Medical Care, 25(3):* 210-21, 1987.

_____ - "Quality assurance for drug prescribing". *Quality Assurance in Health Care, 2(1):* 7-58, 1990.

TEMPORÃO, José Gomes - *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde.* Rio de Janeiro. Graal, 1986.

TOGNONI, G & LAPORTE, JR - "Estudos de utilização de medicamentos e de farmacovigilância". In: Laporte,JR; Tognoni,G; Rozenfeld,S (org) - *Epidemiologia do medicamento: princípios gerais.* Rio de Janeiro/São Paulo. HUCITEC/ABRASCO, 1989.

TOGNONI, G & LUNDE, PKM - "Therapeutic formularies, essencial drugs, drug utilization studies". In: Dukes, MNG (edit) - *Drug utilization studies: methods and uses.* Finland. WHO Regional Publications, European Series, nº 45, 1993.

VAN der GEEST, S; HARDON, A; WHYTE, SR - "Planning for essential drugs: are we missing the cultural dimension?". *Health Police and Planning, 5(2):* 182-5, 1990.

ZELNIO, Robert N - "The interaction among the criteria physicians use when prescribing". *Medical Care, 20(3):* 277-85, 1982.

RESUMO

Os medicamentos são importantes instrumentos na proteção da saúde da população e uma parte de seu consumo se dá a partir de uma prescrição médica. No entanto, este consumo nem sempre leva a reais benefícios ao paciente e, pelo contrário, pode tornar-se iatrogênico em algumas situações. O ato de prescrever sofre influências variadas que vão desde o conhecimento acumulado sobre os diversos fármacos até a propaganda difundida sobre eles. Buscamos explicitar, no decorrer deste texto, os fatores capazes de influenciar a prescrição de medicamentos e estratégias - os medicamentos essenciais e a elaboração de guias terapêuticos - preconizadas para favorecer o acesso à assistência farmacêutica e à prescrição de medicamentos eficazes e de baixo risco.

TEXTOS PUBLICADOS
— 1994 —

092 - Veras, Renato P., Sobral, Benigno, Silva, Sidney Dutra da., Nogueira Jarbas L., *Políticas de Atenção à Saúde na Terceira Idade.* 16 p.
093 - Pierantoni, Célia. *Residência Médica: meio século no Brasil.* 15 p.
094 - Mello Vianna, Cid Manso. *Política de Investimento: objetivos, estratégias e critérios de decisão.* 32 p.
095 - Pereira Neto, André de Faria. *30 anos de um debate: Foucault, Derrida e a história da loucura.* 16 p.
096 - Birman, J., *O sujeito na leitura: comentários psicanalíticos sobre a experiência da recepção.* 20 p.
097 - Fiori, José Luís. *Sobre os Tempos de Collor - Parte I.* 63 p.
098 - Werneck, Guilherme Loureiro e Reichenheim, Michael Eduardo, *Queimaduras Severas na Infância, III: Magnitude do Efeito e Prevalência dos Fatores de Risco.* 40 p.
099 - Camargo Jr, Kenneth Rochel de. *A racionalidade médica - um estudo de caso: o ambulatório de medicina integral.* 31 p.
100 - Coordenação de Publicações. *Teses defendidas no IMS no período 1991-93.* 24 p.
101 - Pereira Neto, André de Faria, *A História da Profissão Médica: o ponto de vista de Paul Starr.* 23 p.
102 - Fiori, José Luís, *Sobre os Tempos de Collor - Parte II.* 36 p.
103 - Teixeira, Luiz Antonio da Silva, *A Rebelião Popular contra a Vacina Obrigatória.* 43 p.
104 - Rocha, Paulo de Medeiros, *Limitações impostas pelo processo de globalização nas políticas sociais nacionais.* 24 p.
105 - Ferraz, Carlos Henrique, *O valor da vida como fato. Uma crítica neo-pragmática à epistemologia da vida de Georges Canguilhem.* 23 p.
106 - Fiori, José Luís. *Sobre os Tempos de Collor - Parte III.* 64 p.
107 - Tavares, Ricardo, Moraes, Claudia Leite, *Comparações de coeficientes gerais de mortalidade: uma solução trivial para o problema da escolha da "população-alvo".* 23 p.

TEXTOS PUBLICADOS
— 1995 —

108 - Fiori, José Luís, *Sobre os Tempos de Collor - Parte IV.* 47 p.
109 - Pinheiro, Roseni, Dal Poz, Mario Roberto. *Democratização e controle na saúde: Análise do Conselho_ Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.* 32 p.
110 - Rivera, Francisco Javier Uribe. *Por um contraponto teórico-metodológico entre o planejamento estratégico-situacional (PES) e o controle de qualidade total (T.Q.C.) na saúde pública.* 47 p.