



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA ODONTOLOGIA:
conhecimentos, percepções e práticas**

Renata Rodrigues de Figueiredo

Salvador - BA

Junho de 2009

**USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA ODONTOLOGIA:
conhecimentos, percepções e práticas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Vigilância Sanitária

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Maria Ligia Rangel Santos

Salvador - BA

Junho de 2009

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

F475u Figueiredo, Renata Rodrigues de.

Uso racional de medicamentos na odontologia: conhecimentos, percepções e práticas / Renata Rodrigues de Figueiredo. - Salvador: R.R. Figueiredo, 2009.

106f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Maria Ligia Rangel Santos.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Uso de Medicamentos. 2. Cirurgião-dentista. 3. Propaganda de Medicamentos. Práticas Odontológicas. I. Título.

CDU 614.3



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Renata Rodrigues de Figueiredo

“Uso racional de medicamentos na odontologia: conhecimentos, percepções e práticas”.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 18 de junho de 2009

Banca Examinadora:

Profª. Maria Lígia Rangel Santos/ ISC - UFBA

Profª. Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat / Faculdade de Farmácia - UFBA

Profª. Gisélia Santana Souza / Faculdade de Farmácia - UFBA

Salvador
2009

Dedicatória

Dedico aos meus queridos familiares, que me apóiam nas minhas atividades e projetos, vibram por mim e completam minha vida.

Ao meu sobrinho Lucas, minha inspiração que nasceu na fase final da realização deste trabalho.

Agradecimentos

A Deus, obrigada por tudo.

À minha mãe e ao Cassio, que me deram apoio e suporte para alcançar este objetivo.

Às amigas Lorilei Wzorek e Fernanda Horne, farmacêuticas, que muito contribuíram durante todas as fases deste trabalho.

Aos colegas do curso, especialmente às amigas Renata e Suzany, pelo apoio recíproco.

À minha orientadora, que soube intervir nas horas certas.

Aos cirurgiões-dentistas que concederam as entrevistas e a todos que de alguma forma colaboraram para a realização deste estudo.

“A tendência moderna, na terapêutica geral e odontológica, consiste no tratamento da moléstia, sôbre bases racionais. O moderno odontologista não se contenta em saber apenas que tal agente cura tal enfermidade, *quer saber por que.*”

Buckley, 1956

RESUMO

O cirurgião-dentista faz uso de medicamentos comumente na prática clínica e devem-se observar critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para seu uso racional. Estudos apontam vários problemas no uso de medicamentos pelo cirurgião-dentista e que em geral está mal preparado para indicação e prescrição de fármacos para seus pacientes. Desta forma, é importante análise de seus conhecimentos, percepções e práticas sobre uso de medicamentos, sendo que o estudo objetivou descrever a percepção de cirurgiões-dentistas sobre medicamentos quanto ao uso racional, as fontes de informação utilizadas e a influência da propaganda na prescrição. A pesquisa foi desenvolvida com abordagem qualitativa, com coleta de dados realizada no Distrito Federal, por meio de entrevista individual, orientada por um roteiro semi-estruturado, com dez informantes-chave selecionados de acordo com fatores que podem estar relacionados a diferentes práticas e percepções. Para a análise de conteúdo dos dados obtidos pela pesquisa de campo foi utilizada a técnica de análise temática. Os resultados mostraram que os entrevistados consideram seus conhecimentos sobre terapêutica medicamentosa insuficientes para uma correta e segura prescrição. Foi observado que o entendimento sobre uso racional de medicamentos é limitado, se confunde com a decisão de utilizar os medicamentos somente quando necessário, sendo que seus preceitos foram parcialmente observados. A prescrição da dose correta foi a mais relacionada ao uso racional; o uso do medicamento apropriado às necessidades clínicas foi resumido à indicação certa e precisa; o tempo adequado de tratamento foi pouco destacado; e apenas um entrevistado relacionou o menor custo ao uso racional de medicamentos. Todos entrevistados desconhecem a proposta da OMS para o uso racional de medicamentos, bem como estratégias, intervenções e instrumentos para a promoção do uso racional de medicamentos, o que restringe a participação na formulação destas políticas e a efetivação do uso racional de medicamentos na odontologia. A fonte de informação sobre medicamentos mais utilizada pelos cirurgiões-dentistas é o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, seguida por pesquisas em sites de busca na Internet e livros didáticos. Está presente a percepção da influência das estratégias promocionais da indústria farmacêutica na prescrição odontológica, principalmente pela divulgação de medicamentos novos por meio dos representantes da indústria farmacêutica, diante da distribuição de amostras grátis, pela distribuição de receituários prontos e no oferecimento de vantagens. A sensibilização, a rápida prescrição e o uso amplamente difundido entre os cirurgiões-dentistas dos antiinflamatórios inibidores seletivos da COX-2 foram atribuídos diretamente à influência da propaganda da indústria farmacêutica na prescrição odontológica. O estudo demonstrou dependência das informações fornecidas pela indústria farmacêutica para conhecimento e atualização profissional sobre medicamentos. É necessário o estabelecimento de uma política de comunicação, bem como ações de informação e educação acerca dos aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos junto aos cirurgiões-dentistas. É preciso intensificar a regulação e fiscalização sobre a propaganda de medicamentos; que disponibilize aos cirurgiões-dentistas fontes de informação independentes sobre medicamentos; desenvolver ações que estimulem atitude crítica sobre as informações fornecidas pela indústria farmacêutica e a conduta baseada em evidências científicas; e estabelecer uma política de inclusão destes profissionais prescritores para o uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: uso racional de medicamentos, cirurgião-dentista, difusão científica, propaganda de medicamentos, práticas odontológicas.

ABSTRACT

The dentist uses medicines commonly in clinical practice and the criteria recommended by the World Health Organization (WHO) should be observed for its rational use. Studies indicate many problems in the use of medication by the dentist and that is because usually they are not prepared to indicate and prescribe medicines for their patients. Thus, the analysis of their knowledge, perceptions and practices on medication use is very important, and the study aimed to describe the perception of dentists on medicines and its rational use, the source of information used and the influence of advertising on prescription. The research was conducted with a qualitative approach, it was held at the Federal District of Brazil, through individual interviews, guided by a semi-structured script, with ten key informers selected according to factors that may be related to different practices and perceptions. For the content analysis of the data obtained by the field research it was used the technique of thematic analysis. The results showed that the interviewees consider their knowledge of drug therapy insufficient for a correct and safe prescription. It was observed that the understanding of rational use of drugs is limited, it is confused with the decision of using the medicines only when necessary, because its precepts were partially observed. The prescription of the correct dose was the most related to rational use; the use of appropriate medications to clinical needs was limited to right and precise indication; the appropriate time of treatment was just posted; and only one interviewee related the lowest cost to the rational use of medicines. All interviewees don't know the proposal of the WHO for the rational use of medicines, as well as the strategies, interventions and tools to promote the rational use of medicines, which restricts the participation in the formulation of policies and effectiveness of the rational use of medicines in dentistry. The source of information on medicines most used by surgeons-dentists is the *Dicionário de Especialidades Farmacêuticas*, followed by the research on the Internet and textbooks. The perception of the influence of promotional strategies of the pharmaceutical industry on prescribing dental is present, especially for the dissemination of new drugs by the representatives of the pharmaceutical industry, given the distribution of free samples, the distribution of ready prescriptions and the offers of advantages. The awareness, fast prescription and widespread use among dentists of anti-inflammatory selective inhibitors of COX-2 were directly attributed to the influence of pharmaceutical industry advertising strategies on dental prescription. The study showed dependence on information provided by the pharmaceutical industry to update professional knowledge on medicines. It is necessary to establish a communication policy and actions of information and education about the issues involved in the rational use of medicines with the dentists. We must strengthen the regulation and control on the advertising of medicines that provides to the dentists independent medicines' information, developing activities to stimulate critical attitude on the information provided by the pharmaceutical industry and conduct based on scientific evidence, and establish policies to include these professionals responsible for prescriptions in the rational use of medicines.

Keywords: rational use of medicines, dentist, diffusion of science, drug advertising, dental practices.

SUMÁRIO

	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	09
1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3	JUSTIFICATIVA.....	19
4	MARCO REFERENCIAL.....	21
4.1	O uso racional de medicamentos.....	21
4.2	Difusão científica, comunicação e o uso racional de medicamentos.....	25
4.3	Os requisitos para o uso racional de medicamentos.....	29
4.4	Fontes de informação sobre medicamentos.....	31
4.5	O uso racional e a propaganda de medicamentos.....	35
5	METODOLOGIA.....	39
5.1	Aspectos éticos.....	41
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
6.1	Conhecimentos sobre terapia medicamentosa.....	43
6.1.1	Conhecimentos sobre os anestésicos locais.....	45
6.2	O uso racional de medicamentos para os cirurgiões-dentistas.....	47
6.2.1	Os critérios e passos utilizados para o uso e prescrição de medicamentos.....	47
6.2.2	A definição de uso racional de medicamentos para os cirurgiões-dentistas.....	53
6.2.3	O conhecimento da proposta da OMS para o uso racional de medicamentos	56
6.3	Fontes de informação sobre medicamentos utilizadas pelos cirurgiões-dentistas.....	60
6.4.	A influência das estratégias promocionais da indústria farmacêutica na prescrição odontológica.....	71
6.4.1	A percepção sobre as informações fornecidas pela indústria farmacêutica.....	82
7	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	87
	REFERÊNCIAS.....	91
	ANEXOS.....	104
	Anexo A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	104
	Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
	Anexo C – Roteiro semi-estruturado para entrevista.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBM	–	Compêndio de Bulas de Medicamentos
CIM	–	Centro de Informação sobre Medicamentos
CFO	–	Conselho Federal de Odontologia
COX	–	Ciclooxigenase
DEF	–	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
FDA	–	<i>Food and Drug Administration</i>
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
RDC	–	Resolução da Diretoria Colegiada
Rename	–	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	–	Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos é uma preocupação mundial, sendo numerosos os estudos sobre medicamentos, que se relacionam à prática médica, ao uso racional, ao padrão de prescrição, que evidenciam as reações adversas, o aumento da resistência bacteriana e avaliam as políticas farmacêuticas, a questão do acesso aos medicamentos, a influência da propaganda na prescrição e consumo de medicamentos, dentre outros.

Em odontologia, pouco se tem analisado a inserção do medicamento na prática clínica (CASTILHO, 1999). Provavelmente porque nas afecções bucais, os procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos sejam imprescindíveis para o sucesso do tratamento odontológico e a prescrição medicamentosa seja complementar. De acordo com Tortamano (2001), a terapêutica clínica ocupa papel de destaque nos tratamentos odontológicos, ficando a terapêutica medicamentosa restrita ao papel de complementação clínica do profissional, mas o que não quer dizer que não seja constantemente utilizada.

O cirurgião-dentista faz uso de medicamentos comumente na prática clínica, como o caso da administração de soluções anestésicas, imprescindível para muitos procedimentos odontológicos, em virtude da dor. Desta forma, deve possuir ótimo conhecimento sobre a farmacologia e toxicidade dos anestésicos locais, selecionando a solução anestésica mais apropriada ao tipo de procedimento e condição de saúde do paciente (ANDRADE, 2006).

Além do uso de medicamentos administrados pelos cirurgiões-dentistas, a prescrição medicamentosa é amplamente utilizada por estes profissionais. A literatura odontológica mundial é unânime em afirmar que os cirurgiões-dentistas prescrevem com grande frequência antiinflamatórios, analgésicos e antibióticos/quimioterápicos (VILAÇA, 2003). Porém, o autor também ressalta que existe concordância geral de que o cirurgião-dentista está mal preparado para a indicação e prescrição de fármacos para seus pacientes.

O cirurgião-dentista deve possuir uma série de conhecimentos sobre farmacologia e terapêutica para uma prescrição adequada e racional. Estudos no Brasil demonstram que os medicamentos mais prescritos pelos cirurgiões-dentistas são analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos (SIXEL, 1995; CASTILHO, 1999; PACHECO, 2000; VILAÇA, 2003), sendo indicados principalmente no manejo da dor (como para prevenir a dor, edema, eritema e hipertermia local, de caráter inflamatório decorrente de uma intervenção ou para controlar a dor já instalada) e para prevenir e tratar processos infecciosos.

Um estudo na Espanha em uma farmácia comunitária observou que uma porcentagem relevante (11,2%) de todos os antibióticos são prescritos devido a infecções odontogênicas e que os odontólogos foram responsáveis por 6,1% das prescrições de antibióticos (MACHUCA, 2000). Na Inglaterra, Palmer (2000) refere-se a um levantamento de que houve prescrição de mais de 3,5 milhões de antibióticos com indicação odontológica em 1997, correspondendo a 7% da prescrição de todos antibióticos na comunidade e a um custo de 5,2 milhões de libras.

Porém, as pesquisas apontam sérios problemas na prescrição odontológica – falta de registro em prontuários, erros na estrutura formal e escolha dos medicamentos, despreparo dos profissionais, prescrições não condizentes com a literatura científica, grande variedade de condutas de prescrição para uma mesma situação clínica, dentre outros – produzindo impacto na qualidade de vida dos pacientes e para a saúde pública (SIXEL, 1995; CASTILHO, 1999; PACHECO, 2000; VILAÇA, 2003).

Dailey (2001) investigou a prescrição de antibióticos realizadas por cirurgiões-dentistas em 1069 consultas de urgência. A maioria dos pacientes atendidos relatou dor e 35% apresentavam pulpíte, sendo que em 75% destes atendimentos, foram prescritos antibióticos sem qualquer intervenção cirúrgica, o que demonstra prescrição inapropriada destes medicamentos.

As conseqüências da má prática de prescrição são tratamentos ineficazes e inseguros, exacerbação ou prolongamento da doença, desconforto e dano ao paciente, custo demasiado alto para o indivíduo e o sistema de saúde (MEHTA, 2004 apud WANNMACHER, 2007).

Como os fármacos são substâncias estranhas ao organismo, diante de sua utilização existe o risco de desenvolvimento de efeitos prejudiciais ou indesejados, ou seja, reações adversas a medicamentos. Tais reações constituem em importante problema para a área de saúde, determinando sofrimento e piora da qualidade de vida, perda da confiança nos prescritores, necessidade de exames e tratamentos adicionais, aumento de custos, de hospitalizações e eventualmente de mortalidade (WANNMACHER, 2007).

Além das reações adversas, existem outras preocupações relacionadas ao uso de medicamentos, como a resistência microbiana, que é um dos problemas de saúde pública mais graves do mundo. Cresce a um ritmo acelerado, devido ao uso inapropriado de antimicrobianos. A utilização indiscriminada de antimicrobianos na prática odontológica, também pode levar ao desenvolvimento de microorganismos resistentes e alteração da microbiota oral, exigindo seu uso criterioso e adequado (MEDEIROS, 2008). Brescó-Salinas (2006) afirma que o uso sistemático por dentistas de antibióticos de amplo espectro para

infecções leves resulta em um sobretratamento, que contribui para o aumento da resistência microbiana da flora bucal, repercutindo para outros ecossistemas.

Os antiinflamatórios não-esteróides são fármacos de uso comum na odontologia, mas só devem ser utilizados em processos inflamatórios clinicamente relevantes, em que dor, edema e disfunção decorrentes trazem desconforto ao paciente. Os efeitos indesejáveis são comuns e correspondem principalmente a alterações gástricas leves ou graves, risco aumentado para acidentes vasculares, toxicidade renal, ação antiplaquetária e efeitos na pressão arterial (POVEDA RODA, 2007).

Além disso, na prática odontológica é comum a prescrição associada de antiinflamatórios não-esteroidais e antibióticos, porém existem muitas interações potenciais entre essas duas categorias de medicamentos, sendo a mais comum a redução da biodisponibilidade dos antibióticos (POVEDA RODA, 2007b). Wannmacher (2007) ressalta que em processos infecciosos, administrar antiinflamatórios em conjunto com antibióticos não é racional, já que a inflamação faz parte do mecanismo de defesa do organismo.

Os cursos de graduação pouco enfatizam a prescrição medicamentosa e a associação da farmacologia básica à prática odontológica, ocasionando cirurgiões-dentistas despreparados para a prescrição correta e segura. A prescrição medicamentosa é uma realidade na prática clínica do cirurgião-dentista. Às vezes, o tratamento mais adequado é não-medicamentoso, mas quando indicado, devem-se utilizar critérios para seu uso racional, sendo necessário: prescrever o medicamento apropriado, que esteja disposto oportunamente e a um preço acessível, que se dispense nas condições devidas e que seja utilizado na dose e intervalos indicados e durante o tempo prescrito (OMS, 1986).

A prática odontológica dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) possui especificidades que podem estar relacionadas a diferentes percepções com relação ao uso racional de medicamentos, já que muitos atuam em hospitais, em equipes com outros profissionais de saúde e podem ter maior aproximação com as políticas públicas de saúde. Por isso, além dos cirurgiões-dentistas que atuam no sistema privado, a pesquisa também abrange profissionais que atuam no SUS. Estudos mostram que existem avanços consideráveis na inserção da odontologia no SUS, com inserção objetiva e orgânica das práticas de saúde bucal na sociedade, com práticas dirigidas aos conceitos básicos do SUS, que podem vir a constituir caminhos possíveis para uma transformação da prática em saúde bucal coletiva, mais de acordo com o projeto de vida e com as necessidades da população (CORDÓN, 1998).

Porém observam-se dificuldades ligadas à abordagem dos problemas de saúde bucal de forma coletiva e integral, falta de consciência de trabalho em equipe multiprofissional e de reorganizar as práticas de saúde coletiva e da ênfase das ações de promoção da saúde. Muitas vezes, se reproduz no espaço público a mesma forma hegemônica do espaço privado (CORDÓN, 1998).

Existe desinteresse dos alunos de graduação pelas questões de saúde coletiva, que reflete uma construção de imagem social do cirurgião-dentista voltado a uma prática individualista, mercadológica e tecnicista (ZILBOVICIUS, 2005). Na gestão da odontologia no SUS, também é apontada falta de capacitação específica dos gestores para área da odontologia de saúde pública, com uma linha que se adeque às necessidades e ética do SUS (KASPER, 2001).

Kasper (2001) investigou a prática odontológica no SUS, no Rio Grande do Sul e mostrou que a prática continua centrada na atenção básica, entendida como realização de restaurações, profilaxia, extração e atendimento de urgência, havendo ênfase em atividades curativas, com prioridade para crianças e em alguns casos agregam-se grupos populacionais como idosos e gestantes. Não existe um método coletivo de intervenção ou ações integrais, mas atividades soltas com conotação preventivo-informativa.

Cordón (1998) avaliou a prática odontológica por meio de observações, entrevistas, questionários e documentos oficiais de treze municípios, de sete estados brasileiros e do DF. A maioria dos municípios se preocupa com a universalidade e equidade nas sociedades onde os profissionais trabalham, mas a atenção das crianças de 7 a 14 anos continuou prioritária. Constatou certa abstração com relação à participação da classe de odontologia nos Conselhos Municipais de Saúde e dificuldades na abordagem da população, cuja ênfase continua sendo corporativa, com o planejamento dominado pelos cirurgiões-dentistas, sem a participação da sociedade, com quase nenhuma autonomia, enraizada no nível central. Destacou dificuldade de se obter eficácia social, pois os resultados político-administrativos são pouco relevantes, apesar de aumento dos aspectos preventivos e clínicos, a ênfase curativa supera a promoção da saúde. Na análise da questão financeira e do planejamento de saúde bucal, ficou clara a posição dos municípios com relação à escassez de recursos e a contínua pressão para racionalizar os custos.

Zilbovicius (2005) analisou o processo de inserção da saúde bucal no SUS, no que diz respeito à universalização da assistência e à busca por uma integralidade em municípios do estado de São Paulo. Observou que a grande maioria (97,3%) das unidades básicas de saúde mantém algum tipo assistência de odontológica. As ações coletivas são praticamente

voltadas para crianças, não universalizando o acesso a estas ações às demais faixas etárias. A presença de ambulatórios de especialidades em saúde bucal foi constatada em apenas 19,6% dos municípios, sendo que somente 52% dos municípios oferecem atendimentos especializados. Dentre as especialidades odontológicas oferecidas, apresentam endodontia (29,7%), cirurgia oral menor (26,8%), prótese total (26,5%), periodontia (15,6%) e cirurgia buco-maxilo-facial (10,1%).

Os processos de construção e inserção da saúde bucal no SUS apresentam sérias dificuldades em sua legitimação social. A relação social entre a categoria odontológica e a população permanece exclusivamente técnica e pouco participativa, apesar de alguns esforços para superação (CORDÓN, 1998). Neste sentido, Zilbovicius (2005) afirma que apesar de importantes iniciativas, como a implantação do programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde, que propicia atenção bucal em vários níveis de complexidade pelo país, é necessário fortalecimento do controle social e participação da sociedade para garantia de implantação dessas medidas, conquista de melhor nível de saúde bucal e melhor vida social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mundialmente, mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados, ou vendidos inadequadamente, bem como a metade dos pacientes não tomam seus medicamentos corretamente. Além disso, cerca de um terço da população mundial não tem acesso aos medicamentos essenciais (OMS, 2002).

Para que o cirurgião-dentista racionalize a prescrição de medicamentos, é necessário que perceba sua importância, entendendo os problemas e a preocupação mundial relacionados às práticas irracionais. Deve conhecer o real papel dos medicamentos no processo prevenção e tratamento, bem como os preceitos sobre a correta seleção, indicação, as interações medicamentosas, os efeitos nocivos, o controle dos fármacos e outros.

De acordo Wannmacher (1999), o dentista deve possuir os devidos conhecimentos sobre os medicamentos, para que constitua seu próprio armamento terapêutico, abrindo caminho na selva mercadológica dos medicamentos e safando-se da ofensiva propagandística, nem sempre concernente com os princípios científicos e éticos.

O profissional deve receber formação e educação continuada adequadas para identificar e resolver os problemas e avaliar a informação recebida de forma mais crítica. Esta deve ser objetiva quanto à eficácia, inocuidade e qualidade do medicamento e ser utilizada corretamente. Existem muitas críticas à propaganda da indústria farmacêutica, devido ao seu caráter invasivo e à falta de objetividade, à apresentação de informações parciais, sem fundamentação científica e muitas vezes não pautada nos princípios bioéticos.

O principal objetivo da propaganda da indústria farmacêutica é manter e ampliar as vendas. As estratégias de marketing são utilizadas muitas vezes com finalidades de multiplicar lucros em detrimento da qualidade da informação veiculada, ocultando ou diminuindo os aspectos negativos e superestimando benefícios dos produtos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Por isso, dentre as principais intervenções para promover o uso mais racional dos medicamentos, incluem-se a regulamentação apropriada das atividades relacionadas e o rigor na aplicação. A regulamentação das atividades de todos os atores envolvidos no uso dos medicamentos é crítica para garantir o seu uso racional. Neste sentido, destacam-se como medidas regulatórias o monitoramento e regulamentação da promoção de medicamentos. (OMS, 2002).

A legislação brasileira, da Constituição às leis ordinárias e complementares, aponta a obrigação do Estado em regulamentar e controlar a propaganda de medicamentos. Desde cedo, foi incorporado ao espírito das leis o entendimento que tal propaganda traz em seu bojo um risco sanitário potencial e que os cidadãos devem ser protegidos na sua vulnerabilidade (JESUS, 2003 apud RUBINSTEIN, 2007).

Sob a ótica da defesa do interesse coletivo, a Constituição Federal de 1988 criou limites à propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e determinou que a propaganda de medicamentos e terapias deve estar sujeita a restrições legais (NASCIMENTO, 2003).

A Assembléia Mundial de Saúde aprovou os Critérios Éticos para a Promoção de Medicamentos (OMS, 1988). Considera promoção quaisquer atividades informativas e de persuasão que realizam os produtores de medicamentos a fim de induzir a prescrição, a provisão, a aquisição ou a utilização de medicamentos.

A Lei 6.360 de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos, correlatos, cosméticos saneantes e outros e o Decreto nº 79.094/77, que a regulamenta, já contemplava a regulação da rotulagem e publicidade de medicamentos. Previu a importância da regulamentação da propaganda, mesmo que estabelecendo regras limitadas.

O Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei nº 8.078/90, trouxe conquistas importantes, aplicáveis à propaganda de medicamentos, dentre elas o direito do consumidor à informação adequada, clara, certa e completa sobre produtos e serviços e a proibição da publicidade enganosa ou abusiva.

Em 15 de julho de 1996, foi promulgada a Lei nº 9.294 (BRASIL, 1996), que delimita restrições à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas (BRASIL, 1996). Considerando os textos legais, Nascimento (2003) ressalta que há muito tempo o Estado brasileiro possuía elementos suficientes para regular e fiscalizar a propaganda de medicamentos no país, porém foram constantemente desrespeitados.

A partir de 2000, a regulamentação das propagandas de medicamentos passou a abranger aspectos fundamentais com a publicação da Resolução - RDC 102, em 30 de novembro (BRASIL, 2000). A promoção não ética é um problema em muitos países e desta forma a regulamentação deste segmento é essencial, considerando os seus reflexos na saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Estado brasileiro vem assumindo cada vez mais a responsabilidade que lhe cabe na proteção e preservação da saúde da população frente às propagandas de medicamentos, restabelecendo assim, uma relação mais equilibrada e permeada pelos princípios da beneficência e respeito à autonomia da população (GARRAFA, 2007).

A atuação intensiva da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na fiscalização da propaganda de medicamentos tem obtido bons resultados. Fagundes (2007) observou que após a publicação da Resolução RDC 102/2000, a inclusão de informações essenciais ao consumidor estão presentes em 79% das peças publicitárias, contra 28% antes da edição da norma. A partir de junho de 2009, a propaganda e publicidade de medicamentos deverá se adequar à Resolução RDC nº 96/2008, que atualizou e revogou a RDC nº 102/2000, ampliando exigências ao setor e apresentando novas regras (BRASIL, 2008b).

Estima-se que a indústria farmacêutica gasta em torno de 35% de sua arrecadação com atividades de mercadização, o dobro do investido em pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos (SOBRAVIME, 2001). Para Nascimento (2003), existe um tripé formado pela indústria farmacêutica, agências de publicidade e empresas de comunicação, com vistas a aumentar o consumo de medicamentos pela população.

É dever do Estado proteger a saúde da população, mediante estímulo à prescrição racional com provimento contínuo de informações adequadas que orientem prescritores e consumidores e mediante o controle sanitário do medicamento em todo o ciclo produtivo, de modo a prevenir riscos, minimizando os riscos inevitáveis e garantindo a segurança no uso desta tecnologia. A atuação do Estado deve difundir e sustentar uma ética da responsabilidade pública no lidar com um direito social e um bem tão precioso que é a saúde da população,

especialmente quando mediada por intervenções tecnológicas como o medicamento (COSTA, 2004).

No contexto atual de promoção do uso racional de medicamentos e frente aos fatores constatados, é importante análise dos conhecimentos, percepções e práticas sobre uso de medicamentos do cirurgião-dentista.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a percepção do cirurgião-dentista sobre medicamentos quanto ao uso racional, as fontes de informação e a influência da propaganda na prescrição.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar os conhecimentos do cirurgião-dentista sobre o uso racional de medicamentos no que se refere aos seus preceitos: uso do medicamento apropriado, em doses adequadas, no tempo adequado e com menor custo;
- Identificar e caracterizar as fontes de informação sobre medicamentos utilizadas pelo cirurgião-dentista;
- Analisar a percepção do cirurgião-dentista sobre a influência das estratégias promocionais da indústria farmacêutica nas práticas de prescrição odontológica.

3 JUSTIFICATIVA

Castilho (1997) estudou a prática da prescrição de antimicrobianos, analgésicos e antiinflamatórios por cirurgiões-dentistas clínicos gerais em Belo Horizonte, a partir de três situações clínicas: abscessos periapicais agudos, alveolites e profilaxia antimicrobiana da endocardite infecciosa. Analisou 163 questionários preenchidos pelos profissionais pesquisados. Observou que a conduta prescritiva destes, muitas vezes, não coaduna com a literatura científica, existe grande variedade de condutas de prescrição para uma mesma situação clínica, com frequência não há registro nas fichas clínicas as prescrições medicamentosas e que nem sempre são feitas por escrito, recaindo a decisão sobre quando e como usar o medicamento sobre o paciente. Pesquisados relataram que os cirurgiões-dentistas prescrevem mal por se encontrarem pouco informados sobre farmacologia e terapêutica e que estão preocupados com a confiabilidade da propaganda farmacêutica em odontologia.

Pacheco (2000), ao avaliar a prescrição de medicamentos feita por 77 cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte/MG, concluiu que existe grande divergência entre os profissionais quanto às doses e indicação corretas para utilização de medicamentos, em especial dos antibióticos.

Após análise do perfil de prescrição de medicamentos por 143 cirurgiões-dentistas de Recife/PE, um estudo observou uso de ampla gama de medicamentos, muitas vezes utilizados desnecessariamente ou não-utilizados quando o uso é indicado pela literatura (HOLANDA, 2001). Ou seja, existem deficiências no conhecimento de patologias e da atuação dos medicamentos para correta indicação.

Um estudo documentou as reações adversas e interações medicamentosas mais comuns observadas por 100 dentistas no Rio de Janeiro e constatou grande dificuldade dos profissionais em caracterizá-las (SIXEL, 1995). Ressalta que a prescrição de medicamentos na clínica odontológica foi bastante significativa, já que 54% dos entrevistados afirmaram prescrever sempre.

Vilaça (2003) avaliou os conhecimentos de um total de 307 alunos da Macro-Disciplina de Clínica Integrada de Atenção Primária, da Faculdade de Odontologia da UFMG, em relação à prescrição de antiinflamatórios, analgésicos e antibióticos, por meio da utilização de questionários. Em relação ao protocolo de antibioticoterapia profilática para prevenção da endocardite bacteriana, observou que os alunos questionados encontram-se totalmente despreparados para realizá-la. Além disso, os alunos não sabem realizar

prescrições, apresentando erros tanto na estrutura formal quanto no conteúdo e escolha do medicamento. Concluiu que os alunos questionados não sabem prescrever antiinflamatórios, analgésicos e antibióticos/quimioterápicos, fato este que implica no tratamento e cura de patologias, produzindo impactos na qualidade de vida de seus clientes.

Segundo Barros (1995), estudos mostram que a propaganda consegue realmente influenciar e alterar o padrão de prescrição dos médicos. Na odontologia, foi relatado que a escolha quanto ao grupo farmacológico pode ser influenciada por campanhas de *marketing* e/ou *merchandising* das indústrias farmacêuticas, que levam o cirurgião-dentista a prescrever marcas comerciais “mais famosas”, gerando maior ônus para o Estado, sistema público de saúde, e/ou para o “bolso” do cliente (ROLA, 1995; CASTILHO, 1997; LISBOA, 2001 apud VILAÇA, 2003).

Os conhecimentos de farmacologia, de terapêutica medicamentosa e as fontes de informação sobre medicamentos na odontologia não são suficientes para a prática da boa prescrição, a qual é também influenciada pela propaganda da indústria farmacêutica.

Diante desta problemática, demanda-se um conjunto de ações do governo para promoção do uso racional de medicamentos na odontologia, sendo que o estudo se propõe a analisar a inserção dos cirurgiões-dentistas no contexto atual de promoção do uso racional de medicamentos, analisando-se seus conhecimentos sobre o tema e a percepção sobre a influência da propaganda na prescrição odontológica.

Partiu-se do pressuposto que os cirurgiões-dentistas, apesar de prescritores, ficam às margens das políticas e estratégias de promoção do uso racional de medicamentos, as quais são praticamente voltadas aos médicos e farmacêuticos. A contribuição do estudo é a de conhecer a realidade sobre o tema para subsidiar ações de informação e educação a serem desenvolvidas junto aos profissionais de odontologia, bem como para o aperfeiçoamento das atividades de regulação sanitária de propaganda de medicamentos.

4 MARCO REFERENCIAL

4.1 O uso racional de medicamentos

O uso racional de medicamentos significa que os pacientes recebam medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e para a comunidade (OMS, 1986). Esta definição foi formulada na Conferência de Expertos para o Uso Racional de Medicamentos, realizada em Nairobi, 1985, servindo de base para a estratégia em matéria de medicamentos aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde e posteriormente para a estratégia farmacêutica da OMS.

Nessa Conferência, reuniram-se representantes de governos, das indústrias farmacêuticas, organizações de pacientes e consumidores, para o levantamento dos problemas e métodos para se assegurar o uso racional de medicamentos em toda sua complexidade. O mais urgente seria garantir o acesso a preço acessível dos 30-40 medicamentos essenciais aos países em desenvolvimento. Ao menos 75% do consumo mundial de medicamentos correspondem aos países desenvolvidos e os 25% restantes aos países em desenvolvimento, nos quais vivem três quartos da população, o que demonstra dois extremos: a falta de medicamentos e o consumo demasiado (OMS, 1986).

Foram discutidos vários temas importantes, como: o estabelecimento pelos governos de políticas farmacêuticas adequadas; a importância e meios para regulamentação farmacêutica; a necessidade de redução de custos; melhorar os sistemas de medicamentos essenciais; as práticas de prescrição, que precisam ser melhoradas por meio de melhor informação, capacitação e educação continuada; a promoção e publicidade de medicamentos com critérios éticos por parte de representantes, na distribuição de amostras grátis e no patrocínio de simpósios; estabelecimento de legislação apropriada; a informação farmacêutica adequada aos profissionais, pacientes e autoridades e a formação teórico e prática adequada a todos profissionais de saúde como requisito essencial para o uso racional de medicamentos (OMS, 1986).

O uso racional de medicamentos acompanha sempre a prescrição racional. Os estudos da época demonstravam problemas extremamente preocupantes sobre as práticas de prescrição, sendo os principais: a prescrição excessiva – pacientes hospitalizados dos Estados

Unidos recebiam o dobro de medicamentos dos pacientes da Escócia, o número de medicamentos por prescrição em hospitais do sul do Brasil era 8,6, enquanto que na Suíça era de dois; a prescrição em quantidades insuficientes – em países em desenvolvimento, devido à falta de disponibilidade e as prescrições incorretas – a maior causa da resistência aos medicamentos, sendo que nos Estados Unidos se administravam indevidamente antibióticos em mais de 60% dos pacientes hospitalizados, em 20 a 40% dos casos o tratamento estava em desacordo com o diagnóstico, na França, 35% das prescrições continham irregularidades e na Índia, mais de 30% das receitas continham antibióticos (OMS, 1986).

Mais recentemente, estatísticas da OMS mostram que mais de um terço da população mundial continua a carecer de medicamentos essenciais, podendo chegar a 50% em regiões pobres da Ásia e África. Estima-se que até 75% dos antibióticos são prescritos inapropriadamente e que cresce constantemente a resistência da maioria dos microorganismos causadores de enfermidades infecciosas prevalentes (WHO, 1999).

Foram estabelecidas políticas, estratégias, intervenções e recomendações para promover o uso mais racional de medicamentos, sendo que foram selecionadas para discussão aquelas relacionadas diretamente com os objetivos do estudo. A difusão científica destas políticas públicas aos profissionais de saúde e toda a comunidade é extremamente importante para que efetuem ações compatíveis com o uso racional de medicamentos.

Segundo a Sobravime (2001), as políticas para promover o uso racional de medicamentos e o acesso aos considerados essenciais devem ser feitas por meio de legislações e regulamentações sobre áreas críticas do campo farmacêutico, destacando-se a seleção e registro de medicamentos, a regulamentação da promoção comercial de produtos farmacêuticos, a regulamentação de preços, adaptações dos acordos internacionais às necessidades do país, melhoria da formação de profissionais de saúde, educação de consumidores e disponibilidade de informação independente e completa.

Uma das principais intervenções proposta pela OMS é a informação independente sobre medicamentos. Com frequência, a única informação sobre medicamentos que os profissionais recebem é a fornecida pela indústria farmacêutica e esta pode ser parcial (OMS, 2002). Costa (2000) afirma que o ponto de partida para uma reflexão acerca do medicamento requer uma abordagem interdisciplinar orientada pela questão da informação para que se possam abarcar suas complexidades.

Por isso, componente de outra intervenção principal para promover o uso mais racional dos medicamentos, destacam-se o monitoramento e a regulamentação da promoção de medicamentos para garantir que seja ética e imparcial. Todas as alegações promocionais

devem ser fidedignas, precisas, verdadeiras, informativas, equilibradas, atualizadas, comprováveis e criteriosas (OMS, 2002).

Após análise dos progressos realizados na aplicação da estratégia farmacêutica da OMS, concluiu-se que muitas das intervenções estão ao alcance de todos os Estados Membros, mas não estão sendo efetivadas. Ressaltam que o uso irracional de medicamentos continuará aumentando se medidas não forem adotadas, primeiro porque o uso de medicamentos em países em desenvolvimento e de economias de transição é significativamente pior no setor privado que no público e a participação do setor privado é cada vez maior em todo o mundo, e segundo porque as iniciativas principais buscam o acesso sem abordar o problema fundamental de uso inadequado (OMS, 2007).

O Brasil possui um dos cinco maiores mercados farmacêuticos do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Em 1998, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos, por meio da Portaria nº 3.916, cujo propósito principal é o de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998).

A promoção do uso racional de medicamentos é uma das diretrizes e uma das prioridades da Política Nacional de Medicamentos. As atividades devem envolver a implementação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população; as campanhas educativas; atividades dirigidas aos profissionais prescritores e dispensadores; enfoque na adoção de medicamentos genéricos e consolidação de seu uso; elaboração e divulgação do Formulário Terapêutico Nacional; ações de farmacovigilância e estudos de farmacoepidemiologia e a propaganda de produtos farmacêuticos deve se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes e padrões éticos. Dentre as prioridades de organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos, ressalta-se a regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os esforços governamentais e privados do Brasil para a promoção do uso racional de medicamentos são reconhecidos atualmente como feitos notáveis a nível internacional, com destaque para ações de educação de profissionais de saúde (OPAS, 2007).

Entre 1999 e 2001, a OPAS/OMS financiou a participação de um grupo de profissionais nos *Cursos Latinoamericanos de Enseñanza de La Farmacoterapia Racional*, organizados pela Universidade nacional de La Plata na Argentina (OPAS, 2007). Estes cursos, dirigidos principalmente a médicos e farmacêuticos, utilizaram textos básicos, que

posteriormente foram traduzidos para o português como Guia para a Boa Prescrição Médica e Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica.

Para multiplicação de cursos no país, em 2000 foi feito um curso-piloto para docentes das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia da Universidade de Passo Fundo no Rio Grande do Sul. Em 2002, realizaram-se dois cursos nacionais, no Rio de Janeiro e no Distrito Federal (OPAS, 2007). A partir daí, foi seguida a multiplicação regional no país, com intuito de aumentar o número de facilitadores, incluindo-se cursos virtuais para o uso racional de medicamentos. Entre 2002 e 2006, com participantes de 21 dos 27 estados brasileiros, foram realizados 16 cursos a nível nacional, regional, estadual e institucional. Participaram 462 profissionais de saúde e, como colaboradores, 309 estudantes universitários (OPAS, 2007). Adicionalmente, foram realizados cursos específicos para prescritores, que foram organizados por instrutores locais comprometidos com a metodologia e disseminação do conhecimento. Para a OPAS (2007), a utilização de instrutores locais representa uma estratégia muito importante no Brasil, pela sua dimensão continental e por contribuir para incrementar a autonomia geográfica e diminuir os custos.

Com grande interesse da população, foram realizados em 2005 e 2007 os Congressos Brasileiros Sobre o Uso Racional de Medicamentos, sendo que o próximo será realizado em outubro de 2009 (OPAS, 2007). Entre 2005 e 2006, profissionais de saúde se reuniram em quatro encontros regionais e um nacional, nos Seminários de Propaganda e Uso Racional de Medicamentos, para discussão do tema (BRASIL, 2006).

Tem sido desenvolvidas e apoiadas várias ações para qualificar os profissionais de saúde. É importante destacar o respaldo político e financeiro para os cursos por parte de instituições comprometidas com o uso racional de medicamentos, como o Ministério da Saúde, a Anvisa, diferentes Universidades, Secretarias de Saúde e Organismos de Cooperação Técnica Internacional, como a OPAS/OMS e o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (OPAS, 2007).

Em junho de 2007, a Portaria nº 1.555 instituiu o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, de caráter multisetorial, multidisciplinar, com representantes governamentais e setoriais afins do tema. Possui a competência de propor estratégias e mecanismos de articulação, de monitoramento e de avaliação de ações destinadas à promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2007). O plano de ação é constituído de quatro eixos principais: regulação, educação, informação e pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) possui representação no Comitê, importante para que a profissão seja incluída de maneira mais profunda na discussão sobre a promoção do uso racional de medicamentos e para que sejam destacadas as peculiaridades no uso de medicamentos na área de Odontologia. Além disso, estão sendo reunidos esforços para o aumento da divulgação e informação sobre o tema à categoria e para o desenvolvimento de ações voltadas ao cirurgião-dentista.

4.2 Difusão científica, comunicação e o uso racional de medicamentos

A difusão científica refere-se a todo e qualquer processo usado para a comunicação da informação científica e tecnológica, podendo ser orientada para o público em geral ou para especialistas, sendo sinônimo de disseminação científica neste caso (BUENO, 1984 apud ALBAGLI, 1996).

O progresso científico-tecnológico e sua crescente inserção na sociedade implicam em sua assimilação pelos indivíduos, os quais ampliam seus interesses em conhecer e controlar a ciência. Desta forma, torna-se crucial o modo pelo qual a sociedade percebe a atividade científica e absorve seus resultados, bem como os tipos e canais de informação científica a que tem acesso (ALBAGLI, 1996).

A difusão científica tem sido apontada como instrumento ou movimento social capaz de intermediar o fortalecimento da cidadania e a melhoria da saúde da população. Envolve vários aspectos, como educação, linguagem e comunicação, bem como a compreensão e domínio público da ciência (BIZZO, 2002). Para a Sobravime (2001), a difusão da informação científica é um dos fatores para que ocorra a humanização da assistência farmacêutica.

A transmissão da informação científica pode ser direcionada aos estudantes, populações letradas ou não, agentes formuladores de políticas públicas e até aos próprios cientistas e tecnólogos. Possui papel importante, que vem evoluindo ao longo do tempo, pois instrumentaliza os atores a melhor intervir no processo decisório, amplia o conhecimento e a compreensão sobre o processo científico, aumenta a consciência do cidadão, permite o acesso dos profissionais da área e do público às políticas públicas e com isso, amplia a participação da sociedade na formulação de políticas públicas e nas escolhas tecnológicas (ALBAGLI, 1996).

As políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas, de forma a tornar públicas e expressas as intenções do Governo, a permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião, a orientar o planejamento de programas, projetos e atividades e a funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo descontinuidade e potencializando recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Partindo-se da proposição de que as políticas públicas só se constituem efetivamente como tal quando saem do papel, quando circulam, adquirindo visibilidade e quando são apropriadas pela população a que se destinam, sendo convertidas em saberes e práticas, temos que considerar que a comunicação é inseparável desse processo (ARAÚJO, 2007).

O modelo de comunicação mais adotado no campo das políticas públicas, especificamente na saúde coletiva, é um modelo bipolar, linear, unidirecional e vertical, não dando conta da complexidade da prática comunicativa e social (ARAÚJO, 2004). Desta forma, diversos autores têm realizado análise crítica dos modos de apropriação e uso da comunicação, abrindo-se a discussão para novos modelos teóricos e práticos de comunicação em saúde (RANGEL-S, 2007).

Neste sentido, Araújo (2004) desenvolveu um modelo teórico de mercado simbólico, que representa os processos sociais de formação dos sentidos e a prática comunicativa nos processos de intervenção social que concretizam as políticas públicas. Neste modelo a comunicação é entendida operando ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são consumidos. As múltiplas pessoas e comunidades discursivas que participam deste mercado disputam o poder simbólico, de fazer constituir determinada visão da realidade. É um mercado de desiguais, onde os interesses não são harmônicos, remetendo-se para a noção de confronto e luta por posições de poder discursivo.

Entender o mercado simbólico contribui para pensar estratégias de comunicação necessárias para produzir e fazer circular discursos sociais competentes para a disputa de sentidos na sociedade em geral e no território em particular (RANGEL-S, 2007).

Diante da complexidade comunicacional da sociedade contemporânea, há estímulo à busca por abordagens mais abertas e plurais, que considerem sua polifonia, na qual várias vozes podem ser ouvidas, manifestando o caráter plural de todo e qualquer discurso, em disputa na sociedade (CARDOSO, 2007). Este processo faz com que a linguagem seja uma arena de embates sociais, na qual são propostas, negociadas e ratificadas ou recusadas as relações de poder. Hoje, polifonia é um conceito que não pode mais ser ignorado (ARAÚJO, 2007).

Araújo (2003) acrescenta que considerar a polifonia reinante supõe uma tolerância à diversidade, algo que não é muito bem visto quando se tem como cenário os contextos institucionais que, via de regra, produzem ações de intervenção. E abrir mão do confortável lugar em que se ditam regras e modelos de comportamento para assumir uma concorrência e uma negociação contínua dos sentidos circulantes, não é tranquilizador.

Nas instituições de saúde, tem-se mantido hipertrofia da produção e do pólo emissor e pouca atenção aos processos e espaços de circulação. Desta forma, a capacidade dos discursos institucionais produzirem efeitos fica seriamente comprometida, além do problema da incapacidade de competir com os discursos que veiculam interesses privatistas (CARDOSO, 2007).

Neste sentido, Lefèvre (2007) ressalta que as relações extremamente complexas entre os quatro atores: o campo sanitário, o mercado, o estado e a população, são dificultadores da comunicação em saúde. Os atores são assimétricos, sendo que o mais importante é o mercado, o qual se torna cada vez mais forte. Por isso, um trabalho muito significativo do campo sanitário é o de se posicionar no conflito entre a lógica do mercado e os interesses dos consumidores de saúde, sendo tarefa política muito importante aumentar a eficácia regulatória do Estado na mídia.

De acordo com Costa (2004), a reflexão sobre as relações sociais produção-consumo, sobre as quais se produz e reproduz a sociedade do modo de produção capitalista, indicam a produção de um sistema de necessidades, o qual cria um estado de permanente carência, característico da sociedade de consumo e determinado por toda a organização social. Na sociedade capitalista, não são poupados os bens e serviços de saúde, tratados como um bem de consumo como outro qualquer, inserido nas estratégias mercadológicas (RANGEL-S, 2007).

Romper com a lógica instrumental impõe a necessidade de investir tanto no campo da produção do conhecimento, quanto na formação dos profissionais, a qual é muitas vezes inadequada e voltada exclusivamente para as necessidades do mercado (CARDOSO, 2007). Um dos mais importantes desafios na relação entre profissionais de saúde, no que se refere à comunicação, no dia a dia dos serviços de saúde, é a possibilidade de realizar uma interação significativa com pessoas e grupos populacionais, de modo a propiciar uma comunicação efetiva (RANGEL-S, 2007).

O cirurgião dentista está em meio a um mercado com informações oriundas de diversas fontes, que apontam para vários sentidos, dentre eles os interesses da indústria e da população. Diante das disputas que existem no interior do campo sanitário, vai atribuir

significados mais importantes a umas informações do que a outras, de acordo com sua formação profissional, ética e humanista. Desta forma, para que o cirurgião-dentista tome decisões fundamentadas e prescreva medicamentos de maneira racional, é preciso receber formação básica e aplicada para o ato da prescrição, estar completamente familiarizado com as propriedades farmacológicas do medicamento, utilizar frequentemente meios de atualização profissional e ter acesso ao conhecimento técnico-científico na área.

Porém, existe uma fragmentação do ensino em farmacologia e distanciamento com a terapêutica medicamentosa (BRITTO, 1996). O ensino é focado nos medicamentos, enquanto que deveria partir do diagnóstico, em direção ao medicamento. Muitas vezes espera-se que os alunos simplesmente reproduzam a prática de prescrição de seus professores ou que reproduzam os padrões vigentes, sem nenhuma explicação sobre o porquê de certos tratamentos (OMS, 1998).

É defendida a necessidade de se desvendarem, na educação e comunicação científicas, os mecanismos pelos quais os eventos de saúde e doença ocorrem. Saber o como e o porquê, exemplificados através de modelos, seria essencial para a alfabetização em ciência (FOUREZ, 1995 apud BIZZO, 2002).

A prescrição racional de medicamentos provém de um processo dedutivo e lógico, baseado em informações abrangentes e objetivas, não sendo uma ação reflexa, uma receita culinária, ou uma resposta a pressões comerciais (OMS, 1998). A prescrição de “receitas” não favorece a comunicação; obstaculiza o diálogo, a reflexão e a negociação que um processo comunicacional genuíno poderia compreender (FOUREZ, 1997 apud BIZZO, 2002). É preciso que as ferramentas sejam repassadas ao profissional, para que ele próprio reflita e siga um processo de prescrição racional.

As tentativas de educação para a saúde baseiam-se em métodos transmissionais, havendo predominantemente entre nós a essência paternalista do modelo de educação em saúde (SAMPAIO, 2000 apud BIZZO, 2002). Manter o foco na transferência do conhecimento em vez de focalizar as habilidades de selecionar e prescrever o tratamento correto contribui para a prescrição não-racional. Os profissionais deveriam ser ensinados a como e não o que prescrever. Desta forma, é preconizado o ensino da farmacoterapia baseado em problemas, objetivando-se o desenvolvimento de habilidades para selecionar e prescrever adequadamente tratamentos apropriados para os problemas clínicos e habilidades para avaliar criticamente os novos fármacos ou tratamento não-medicamentoso, além da literatura médica, das propagandas e dos padrões de prescrição dos colegas (OMS, 2001).

4.3 Os requisitos para o uso racional de medicamentos

O tratamento racional requer enfoques lógicos e bom senso e inclui vários componentes. Em primeiro lugar, o tratamento de escolha para um determinado caso clínico, o chamado tratamento-I (individualizado), não necessariamente inclui o uso de medicamentos. Para as situações clínicas em que o tratamento com medicamentos é necessário, o profissional deve selecionar um conjunto pessoal de medicamentos, após estudos e consultas a fontes de informação, que serão prescritos com regularidade, para os casos clínicos mais comuns. São os medicamentos de primeira escolha, chamados de medicamentos-I (individualizados), com os quais os profissionais devem estar familiarizados e ter conhecimentos sobre substância ativa, forma farmacêutica, posologia-padrão e duração-padrão para o tratamento (OMS, 1998).

Um conjunto apropriado de medicamentos-I cobrirá a terapêutica medicamentosa correta em cerca de 80% dos casos, sem que qualquer ajuste seja feito (OMS, 2001). Seguindo-se o processo de prescrição racional de medicamentos, para o tratamento do paciente individualizado, é necessário seguir seis passos, seqüenciados a seguir (WANNMACHER, 2007; OMS, 1998).

Em primeiro lugar, é preciso definir qual é o problema do paciente. O diagnóstico correto se baseia em integrar várias informações, como a anamnese, queixa e história clínica, exame clínico, de laboratório e complementares e outras investigações. A partir do correto diagnóstico, segue-se ao tratamento.

O próximo passo é identificar se a intervenção medicamentosa é necessária, já que muitos casos clínicos podem ser solucionados com outras formas de terapia, ou até mesmo, sem nenhum tratamento. Se houver indicação de uso de medicamentos, deve-se especificar o objetivo terapêutico, o que se quer com o tratamento. É uma boa maneira de estruturar o pensamento e de se concentrar no problema, além de facilitar a escolha final e evitar muitas vezes o uso desnecessário de medicamentos.

No passo seguinte, deve ser selecionado o tratamento mais adequado individualmente, para cada paciente, partindo-se da aplicabilidade do medicamento-I. A escolha é feita utilizando critérios de eficácia, conveniência, custo e segurança. A verificação da eficácia inclui uma revisão das indicações do medicamento e da conveniência da forma farmacêutica. A conveniência do medicamento é importante por contribuir para a adesão ao tratamento e consequentemente para sua eficácia. A análise do custo e disponibilidade deve ser feita, pois o

medicamento deve ser acessível. A segurança se relaciona com as contra-indicações, as interações medicamentosas e os grupos de alto risco. Além disso, é preciso verificar a posologia-padrão e a duração-padrão de tratamento, sendo a adaptação da posologia a mais comumente realizada. Este é, provavelmente, o passo mais importante no processo de prescrição racional.

Segue-se para a prescrição, a qual pressupõe conhecimento real de farmacologia, quanto a ações, efeitos e esquemas de administração de medicamentos, para uma correta definição da dose, via de administração, método, intervalo, cuidados e duração do tratamento.

O fornecimento de informações, instruções e recomendações ao paciente é a próxima etapa a ser seguida, pois contribui para a adesão ao tratamento. Em média, metade dos pacientes não usa os medicamentos prescritos adequadamente, tomam irregularmente ou nem sequer os tomam. Por isso, para se obter sucesso terapêutico, o paciente deve receber informação mínima sobre o tratamento, em linguagem clara, concisa, apropriada e inclusive, o paciente deve participar da decisão do tratamento.

Por último, o prescritor deve monitorar o tratamento, avaliar benefícios e efeitos colaterais. Se o tratamento foi concluído e eficaz, pode ser suspenso. Se o tratamento não foi eficaz, os fatores causais devem ser reconsiderados para determinar a razão para a falha e proceder à busca por soluções.

Com relação aos anestésicos locais, são fármacos comumente empregados na odontologia para alívio da dor. São substâncias químicas que, por meio de ações farmacológicas, promovem perda de sensibilidade em uma área do corpo, bloqueando os potenciais de ação de forma reversível em todas as membranas excitáveis (MALAMED, 2005).

A seleção dos anestésicos locais está basicamente relacionada a parâmetros farmacológicos, como o início e duração de efeito, e presença de condições clínicas específicas, incluídas as características inerentes ao procedimento cirúrgico, condições do paciente e domínio da técnica pelo profissional, natureza, localização e duração do procedimento determinam a técnica anestésica e a escolha do fármaco, bem como condições especiais do paciente devem ser consideradas (FERREIRA, 2007).

Malamed (2005) afirma que uma conduta racional para seleção de um anestésico local inclui a avaliação da duração necessária do controle da dor, o potencial de dor após o tratamento, a possibilidade de automutilação no período pós-operatório e a condição física do paciente. Nesta, devem ser consideradas as contra-indicações absolutas, que exigem que os medicamentos prejudiciais não sejam administrados de modo algum e as contra-indicações

relativas, casos em que é preferido evitar a administração do medicamento, utilizar agente alternativo, ou o medicamento deve ser empregado de forma muito criteriosa.

A dose dos anestésicos locais varia e depende da região a ser anestesiada e da vascularização do tecido, do procedimento a ser realizado, da tolerância individual e da técnica anestésica (MALAMED, 2005). Para o uso racional, deve ser administrada a menor dose necessária para produzir uma anestesia eficaz. Deve-se considerar também a dose máxima recomendada para cada anestésico local, calculada de acordo com o peso corporal. Malamed (2005) ressalta que não há tendência a se atingir doses máximas na maioria dos procedimentos odontológicos, mas atenção deve ser dedicada para administração em crianças e pacientes idosos ou debilitados.

Como os anestésicos locais injetáveis possuem alguma ação vasodilatadora, são adicionados vasoconstritores para equilibrar esta ação. Ferreira (2007) apresenta evidências que embasam o uso racional de vasoconstritores em associação a anestésicos locais, pois aumentam a profundidade e prolongam a duração da anestesia, por haver esta ao efeito vasolidatador do anestésico, reduzem a quantidade de anestésico necessária e servem como agentes hemostáticos, reduzindo o sangramento transoperatório e facilitando o transcurso do procedimento.

Com relação aos vasoconstritores, para Malamed (2005), na seleção de um vasoconstritor, devem ser considerados a duração do procedimento odontológico, a necessidade de se obter hemostasia durante e após os procedimentos nos quais o sangramento representa um problema e a condição clínica do paciente.

4.4 Fontes de informação sobre medicamentos

Uma dificuldade para o uso racional de medicamentos é a multiplicidade de produtos farmacêuticos existentes, agravada pela introdução agressiva no mercado de novos medicamentos, devido aos avanços da tecnologia. O conhecimento farmacológico sobre os fármacos atualmente utilizados estará obsoleto dentro de cinco anos (OMS, 2001).

Existe grande volume de literatura que os profissionais da área de saúde têm que assimilar e devido à impossibilidade de leitura de tantos artigos publicados anualmente, surgiu nos anos 90 um novo processo de revisão da evidência científica, a medicina baseada em evidências, que utiliza revisão e análise sistemática e publica a evidência relevante para as

situações clínicas específicas. A partir da disseminação desta evidência, os profissionais possuem subsídios para prestar o melhor cuidado aos pacientes (ISMAIL, 2004).

Aplicando estes princípios à odontologia, foi desenvolvida a odontologia baseada em evidências. Opiniões de expertos ou informações baseadas em estudos de caso não são consideradas suficientemente fortes para o processo de tomada de decisão. O conhecimento gerado a partir da revisão dos estudos relevantes deve formar a base das decisões clínicas. Os estudantes de odontologia têm sido treinados a partir da experiência dos mestres (tanto sucessos como falhas). No entanto, muitas vezes os professores são inconsistentes e contraditórios e levam o aluno a pesquisar por opiniões de expertos e aprender com a experiência clínica, resultando em práticas não-rationais. O novo modelo de aprendizado, baseado em problemas, com revisão sistemática e crítica dos estudos científicos pode ser um veículo para a promoção da conduta baseada em evidências (ISMAIL, 2004).

Barros (2004) ressalta que a indústria farmacêutica vem se valendo das teses do movimento da medicina baseada em evidências, com a valorização dos ensaios clínicos para incrementar os argumentos publicitários em favor de seus produtos, sendo mais uma estratégia para aceitação do prescritor.

Existem diversas fontes de informação sobre medicamentos, algumas são superiores a outras, de acordo com a qualidade da evidência. Os ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos, controlados por placebo são superiores a opinião emitida por um único indivíduo (OMS, 2001). Fuchs (2004) qualifica os estudos farmacológico-clínicos em níveis que variam de I – ensaios clínicos randomizados – a VI – série de casos.

De acordo com o nível do estudo, são estabelecidos diferentes graus de recomendação de condutas terapêuticas. Estudos de nível I possuem grau ou força de recomendação A e devem ser obrigatoriamente seguidos se não houver contra-indicação do paciente. No grau de recomendação B, existe moderada evidência para suportar o uso, mas podem ser úteis. As de grau C e D (estudos nível IV e recomendações de especialistas) fundamentam minimamente as condutas, existindo fraca evidência para suportar o uso (FUCHS, 2004).

Wannmacher (2007) afirma que ao se selecionar fontes fidedignas, éticas e isentas, se exclui qualquer informação proveniente do produtor de medicamentos, o qual tem interesses comerciais que muitas vezes suplantam os de informar cientificamente. Mesmo artigos e revistas especializadas, consensos, diretrizes nacionais e internacionais podem estar permeados por interesses que não os científicos (WANNMACHER 2007).

As fontes de informação da indústria farmacêutica são consideradas de origem comercial e incluem os manuais e guias terapêuticos, boletins e impressos com propaganda,

simpósios patrocinados pelos fabricantes, artigos ditos científicos encomendados pelas empresas farmacêuticas (WANNMACHER, 2007). Cuidado especial deve ser dispensado sobre a utilidade da informação obtida, devido a deficiências potenciais ou falta de imparcialidade (ARAÚJO, 2002).

As fontes comerciais de informação estão facilmente disponíveis por meio de todos os canais de comunicação, verbais, escritos e eletrônicos, sendo as informações distribuídas por vários meios. Os representantes são geralmente muito eficazes na promoção de produtos farmacêuticos, sendo gasto, muitas vezes, mais de 50% do orçamento profissional das companhias farmacêuticas em países industrializados com pessoal de representação (OMS, 1998).

Os artigos originais, metanálises e revisões sistemáticas em periódicos científicos nacionais e internacionais, são considerados fontes primárias de informação científica. Muitos estão disponíveis na internet e possuem qualidade variada, sendo que as revistas indexadas e que possuem corpo editorial são mais conceituadas (WANNMACHER, 2007). O profissional precisa de tempo e conhecimento para avaliar e utilizar este tipo de literatura (ARAÚJO, 2002). Algumas revistas não são independentes bem como podem possuir suplementos patrocinados pela indústria (OMS, 1998).

As fontes secundárias de informação sobre medicamentos consistem em serviços de indexação e compilação de sumários (resumos), os quais levam à identificação da literatura primária (ARAÚJO, 2002). Como exemplos, podem ser citados MEDLINE, BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) e Index Medicus (ARAÚJO, 2002).

As fontes terciárias apresentam informação documentada em formato condensado. São livros-textos ou outros tipos de bancos de dados baseados em literatura primária (ARAÚJO, 2002). São numerosas as publicações, que incluem meios eletrônicos, utilizadas como fontes de literatura secundária e terciária sobre medicamentos. No entanto, representam a interpretação feita por um autor ao avaliar os resultados de estudos da literatura primária. Por esta razão, seu valor reside na qualificação de quem as redigiu e interpretou, na existência de conflitos de interesse, no tipo de suporte financeiro recebido para a produção da informação e de seu próprio grau de utilização (ARAÚJO, 2002).

Para Wannmacher (2007), é importante selecionar livros de referência em farmacologia clínica, especialmente os que utilizam o paradigma das condutas baseadas em evidências. Existem também outras fontes, como as listas de medicamentos essenciais, as quais são baseadas em um consenso sobre o tratamento de escolha para as prioridades em saúde pública; os formulários terapêuticos, que são abrangentes, objetivos, apresentam

comparações, avaliações e alguns o custo; os protocolos clínicos; as diretrizes ou consensos (guidelines), que podem auxiliar o cirurgião-dentista, mas muitas vezes estão baseados em opiniões de especialistas e não em evidências consistentes; os boletins sobre medicamentos, que podem ser uma fonte crítica de informação e ajudam os profissionais a se manterem informados; os artigos de revisão ou compilações de outras publicações; os centros de informação sobre medicamentos, informação oral em cursos e congressos (WANNMACHER, 2007).

Informação objetiva, comparativa, independente e com credibilidade é indispensável para decisões terapêuticas apropriadas. Estas podem ser fornecidas mediante o estabelecimento de Centros de Informação sobre Medicamentos (CIM), participação no desenvolvimento de guias ou diretrizes de tratamento e de formulários terapêuticos, a formação de Comissões de Farmácia e Terapêutica, envolvimento com ensino e reuniões clínicas, pesquisas sobre a prática e serviços especializados prestados pela equipe dos Centros de Informação sobre Medicamentos, desenvolvimento de um boletim nacional de informação sobre medicamentos, disseminação de literatura científica independente sobre o uso racional de medicamentos e os avanços terapêuticos, organização de programas de treinamento, simpósios e leituras para os vários grupos do pessoal da saúde, desenvolvimento de guias de tratamento e material educacional quanto ao uso apropriado de medicamentos para os trabalhadores de saúde (VIDOTTI, 2000).

No Brasil, foi elaborado o primeiro Formulário Terapêutico Nacional, um manual que contém informações terapêuticas e farmacológicas sobre os medicamentos da relação de medicamentos essenciais, para promover o uso apropriado, seguro e efetivo dos medicamentos e subsidiar os profissionais de saúde na prescrição e dispensação. Fornece informação imparcial sobre medicamentos, vindo a preencher uma lacuna, já que informações precisas e atualizadas sobre o assunto são limitadas e de difícil acesso. (CEBRIM/CFF, 2008).

Para a tomada de decisão sobre tratamentos e uso racional de medicamentos os profissionais de odontologia necessitam ampliar seus conhecimentos, por meio de busca, coleta, análise de informações nas mais variadas formas de apresentação. Muitas vezes, não contam com fontes independentes de informação sobre medicamentos, sendo que as provenientes da indústria farmacêutica estão facilmente disponíveis, são atraentes e de fácil digestão (OMS, 1998).

4.5 O uso racional e a propaganda de medicamentos

É necessário considerar um fato fundamental para compreender as atividades promocionais da indústria farmacêutica: a indústria é impelida pela busca do lucro (LEXCHIN, 1997a). Apesar de invocar elevados objetivos humanitários, de afirmar prover imediata, detalhada e acurada informação para benefício dos médicos e pacientes, de promover os produtos sob o pretexto de patrocinar ensaios clínicos e educação médica contínua, a única vantagem da publicidade vai para as empresas farmacêuticas (LEXCHIN, 1997a).

A maior parte dos investimentos da indústria farmacêutica é direcionada para a comercialização e marketing e não para a investigação científica. O informe de uma organização dos Estados Unidos citado por Cañas (2008) constatou que nove grandes companhias de medicamentos destinaram em média 32% de seus investimentos em marketing, publicidade e administração, um total de 61.542 milhões de dólares e apenas 14% em pesquisa e desenvolvimento, no ano de 2004.

Para Lomelí (2000), é evidente que a indústria farmacêutica tem explorado muito eficientemente a popular idéia de que “saúde não tem preço” e por isso não é de se estranhar que as indústrias farmacêuticas registrem os mais altos índices de rentabilidade do mundo, com margens de lucro que vão de 27% a 43%.

O posicionamento da indústria farmacêutica em relação às propagandas de medicamentos é basicamente guiado por preceitos econômicos e, por meio destas, aumenta-se a carência de saúde (LEFÈVRE, 1991). Pelos amplos e crescentes espaços que vem de longa data ocupando, constitui um dos mais poderosos e influentes ramos industriais. Pelas práticas que adota ao erigir a lucratividade como móvel maior de sua atividade, tem sido incriminada pela ampliação do uso inadequado e dos efeitos adversos dos fármacos, sobretudo ao institucionalizar estratégias de comercialização e promoção intensificadoras da medicalização (BARROS, 2008).

As estratégias de promoção de vendas utilizadas pela indústria são diversificadas, incluindo meios diretos e indiretos. Entre os meios indiretos estão o financiamento de programas de educação continuada, de associações profissionais ou de revistas médicas, a produção de material dito educativo, o relacionamento com autoridades sanitárias, políticos, professores e especialistas famosos (HEMMINKU & PESONEN, 1977 apud BARROS, 2000). Entre os meios diretos incluem-se os propagandistas, anúncios em revistas médicas, a

distribuição de amostras grátis, revistas e outros materiais impressos e atividades consideradas de relações públicas que incluem brindes, financiamento de recepções e coquetéis em congressos e patrocínios de viagens (BARROS, 2000). Nos últimos tempos, a Internet também tem sido utilizada para promover medicamentos (SOBRAVIME, 2001).

Barros (2004) ressalta que o médico continua sendo o alvo principal das propagandas de medicamentos, em virtude do papel da prescrição, do caráter multiplicador da receita e da peculiaridade da ação do médico como grande agente intermediador entre o setor industrial e os consumidores. Existe diversificação das atividades promocionais e grande dispêndio, com privilégio aos propagandistas, com patrocínio de congressos e distribuição de amostras grátis e brindes.

Moynihan (2008) chama a atenção para o “formador de opinião”, termo usado para descrever os médicos mais experientes que ajudam as empresas farmacêuticas a vender medicamentos. São especialistas influentes pagos pela indústria para “informar” os profissionais e público, os quais chegam a receber US\$2.500 por uma única palestra, em grande parte baseada em slides fornecidos pela empresa, podendo ser chamados também de “formadores de pensamento”. Este é um fenômeno mundial, sendo comum o trabalho em conjunto com os funcionários de marketing, para aumentarem as vendas.

A relação médico-indústria é comum na prática médica. Uma pesquisa nacional, entrevistando médicos nos Estados Unidos, mostrou que 78% dos médicos entrevistados na pesquisa recebem amostras grátis e que 35% recebem reembolso da indústria pelas despesas com encontros profissionais ou educação continuada (CAMPBELL, 2007).

A interação com os representantes da indústria farmacêutica impacta a prescrição de medicamentos em termos de custo, de prescrição não-racional, de sensibilização, preferência e rápida prescrição dos medicamentos novos e diminuição da prescrição dos medicamentos genéricos (WAZANA, 2000).

As amostras grátis de medicamentos são largamente utilizadas. O valor gasto nos Estados Unidos com estas em 1996 totalizou mais de 4.9 bilhões de dólares e cresceu para mais de 16.4 bilhões em 2004. Os estudos têm descrito muitos problemas associados, como profissionais que desviam as amostras grátis para uso próprio ou revenda, a influência dos representantes farmacêuticos na prescrição médica e a contribuição para o incremento de uso do medicamento e os custos dos seguros de saúde (CUTRONA, 2008).

Nos estudos analisados por Wazana (2000), a participação em eventos patrocinados pela indústria, financiamento de cursos e simpósios foi associado aumento de prescrição do

medicamento do patrocinador, bem como o recebimento de representantes da indústria farmacêutica foi associado à prescrição não racional.

Ao analisar anúncios de medicamentos em três revistas médicas brasileiras, Barros (2002) constatou que apenas em cerca de 20% dos anúncios havia referência a reações adversas, contra-indicações e interações medicamentosas, o que demonstra serem tendenciosos e atenderem a propósitos mercadológicos, não sendo um meio que subsidie a prescrição e a utilização correta e segura dos produtos anunciados.

As propagandas de medicamentos dirigidas à classe médica analisadas por Pizzol (1998) apresentam principalmente as vantagens dos produtos, entretanto a ausência de precauções gerais na maioria das peças publicitárias é um fato grave pelas possíveis consequências relacionadas. É preciso alertar o prescritor sobre os riscos relacionados e não apenas as vantagens do produto. Além do que, as propagandas indicam o medicamento como ponto central e indispensável no processo saúde e doença e pelos argumentos visuais e não visuais, tentam convencer os médicos disso.

Entre as peças publicitárias de medicamentos monitoradas pela equipe de Soares (2008), a irregularidade mais importante foi em relação às informações prestadas aos profissionais de saúde, seja por meio de referências bibliográficas inexistentes, inacessíveis ou sem valor científico, seja por informação inadequada acerca das contra-indicações, advertências e cuidados.

Inerentes às regras do jogo, as atividades publicitárias desempenham papel crucial na ampliação da oferta e na indução ao consumo, com todas as suas consequências. Para Barros (2008), a legislação brasileira tem sido pouco eficaz para coibir a violação das regras nas peças publicitárias, sendo que o ônus financeiro a partir da imposição de multas às empresas que descumprem as normas de publicidade farmacêutica não provoca reorientação de comportamentos, entre outros motivos, porque o retorno advindo das vendas ampliadas provavelmente cobre com ganhos adicionais o que foi despendido.

A estrutura quase monopólica da indústria farmacêutica, com grande concentração e caráter internacional, tem se constituído um entrave ao cumprimento das leis que regulamentam a propaganda e a comercialização de medicamentos, especialmente em países pobres e em desenvolvimento. O uso indevido de medicamentos e a proliferação de reações adversas são desdobramentos perversos deste quadro, com a automedicação e a prescrição indevida assumindo índices alarmantes (NASCIMENTO, 2005).

Os estudos realizados em muitos países tem consistentemente demonstrado que os médicos quanto mais confiam na propaganda como sua fonte de informação sobre de

medicamentos, menos se tornam preparados como prescritores (LEXCHIN, 1997b). Desta forma, a propaganda da indústria farmacêutica atua na contra-mão do uso racional de medicamentos, pois afeta a qualidade da prescrição.

A publicidade massiva dos produtores é um dos determinantes da irracionalidade no uso dos medicamentos. Utilizam altos investimentos nas mais diversificadas e sofisticadas estratégias, que terminam sendo custeadas pelos consumidores, sem que, em contrapartida, haja disponibilidade de outras fontes de informação, principalmente para os responsáveis para a prescrição (BARROS, 2004).

Para Wannmacher (2007), o poder da propaganda da indústria farmacêutica é forte condicionante do uso irracional de medicamentos, utilizam argumentos e falácias sobre os medicamentos novos e mais caros, que permeiam boletins informativos, bulas e propagandas pagas. Mais grave ainda são os resultados maquiados de trabalhos financiados pela indústria farmacêutica e publicados em revistas científicas, condicionando a adoção terapêutica de profissionais que não fazem leitura crítica de tais artigos.

A informação objetiva e imparcial da qual necessitam os prescritores para o uso racional de medicamentos está muito distante da disseminada pela indústria farmacêutica. A Sobravime (2001) listou várias consequências para a saúde pública da hipertrofiada e muitas vezes distorcida promoção farmacêutica: fracasso no tratamento por escolha inadequada do medicamento; falta de observância do tratamento por impossibilidade de comprar um medicamento muito caro; exposições indevidas a reações adversas; aumento da resistência bacteriana; péssimos hábitos de prescrição e consumo de medicamentos e desperdício de dinheiro do indivíduo e da instituição com medicamentos inúteis e desnecessários.

5 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com abordagem qualitativa, utilizando-se a entrevista como técnica de coleta de dados na fase de trabalho de campo, por possibilitar compreensão dos mundos da vida do entrevistado e de grupos sociais específicos, suas crenças, atitudes, valores e motivações (GASKELL, 2003).

Para realização das entrevistas, foram seguidas as orientações propostas por Gaskell (2003). Os tópicos guia especificados abordaram:

- a importância da prescrição de medicamentos na prática clínica,
- a existência de dificuldades na prescrição de medicamentos,
- o interesse no estudo da terapêutica medicamentosa,
- o entendimento sobre uso racional de medicamentos,
- o conhecimento sobre a proposta da OMS para uso racional de medicamentos,
- as fontes de informação sobre medicamentos utilizadas,
- as estratégias promocionais da indústria farmacêutica junto ao cirurgião-dentista,
- a percepção sobre a influência da propaganda na prescrição,
- as formas mais adequadas para educação continuada ou atualização profissional em sobre de medicamentos.

A coleta de dados foi realizada no Distrito Federal, por meio de entrevistas com 10 informantes-chave, orientadas por um roteiro semi-estruturado, metodologia indicada para obtenção de experiências individuais detalhadas, decisões e escolhas.

Para que as diferentes representações sobre os assuntos em estudo fossem exploradas e para que abarcassem a heterogeneidade dos sujeitos, foram considerados para seleção dos 10 entrevistados fatores como tempo de graduação (dois entrevistados com até 5 anos de formado, três entrevistados com 5 a 10 anos de formado, três entrevistados com 10 a 20 anos de formado e dois com mais 20 anos); especialidade odontológica e complexidade de procedimentos (um clínico geral com principal atuação em cirurgia, um clínico geral com principal atuação em dentística, um endodontista, um protesista, dois especialistas em saúde coletiva, dois periodontistas, três cirurgiões buco-maxilo-facial, três implantodontistas), sendo que cinco profissionais possuem duas especialidades; atividade de docência (quatro entrevistados); membro de entidade profissional (um entrevistado), membro de conselho de classe (um entrevistado); gestor da secretaria de saúde do DF (um entrevistado) e inserção no mercado de trabalho (cinco entrevistados com exercício profissional em instituição privada e

cinco no sistema público de saúde, sendo que três destes atuam também no sistema privado); pois estes fatores podem estar relacionados com diferentes práticas e percepções. Três dos entrevistados são do sexo feminino e sete do sexo masculino, sendo que esta predominância é devida aos membros das entidades profissionais e de gestão da secretaria de saúde serem do sexo masculino.

O roteiro semi-estruturado de entrevista foi testado por meio de duas entrevistas piloto com dois cirurgiões-dentistas de convívio da pesquisadora. Após análise, foram realizadas algumas adequações.

Todos os cirurgiões-dentistas convidados concordaram em participar da pesquisa, sendo que houve contato telefônico prévio com seis entrevistados, sem que fosse mencionado o tema em estudo, e com os outros quatro entrevistados não foi feito contato anterior à entrevista. O acesso aos cirurgiões-dentistas que atuam na secretaria de saúde do DF foi autorizado informalmente pelo profissional responsável. De acordo com os fatores elencados, os entrevistados serão identificados no decorrer do estudo com os seguintes nomes fictícios:

- Leonardo – até 5 anos de formado, clínico geral com ênfase em cirurgia oral, atua em consultório particular,
- Daniela – até 5 anos de formada, periodontista, exercício profissional apenas no sistema público,
- Rodrigo – de 5 a 10 anos de formado, clínico geral, com ênfase em dentística, atua em consultório particular, pratica atividade de ensino,
- Oscar – de 10 a 20 anos de formado, periodontista e implantodontista, atua no sistema público, pratica atividade de ensino,
- Paulo – de 5 a 10 anos de formado, cirurgião buco-maxilo-facial e implantodontista, atua em consultório particular e no sistema público,
- Maria Ruth – mais de 20 anos de formada, cirurgião buco-maxilo-facial e periodontista, atua em consultório particular e no sistema público,
- Wilson – com 10 a 15 anos de formado, protesista e implantodontista, atua em consultório particular, pratica atividade de ensino,
- Armando – de 10 a 20 anos de formado, cirurgião buco-maxilo-facial atua em consultório particular e sistema privado, pratica atividade de ensino,
- José Carlos – mais de 20 anos de formado, especialista em saúde coletiva, atua em consultório particular,
- Marina – de 5 a 10 anos de formada, endodontista e especialista em saúde coletiva, atua em consultório particular.

As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2008 e março de 2009. Foram gravadas e posteriormente transcritas na integralidade pela pesquisadora. Para análise de conteúdo foi utilizada a técnica de Análise Temática proposta por Minayo (2000), por ser uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde.

A análise temática foi realizada em três etapas: a) pré-análise, incluindo a realização de leitura flutuante, constituição do *corpus* do texto e determinação da unidade de registro e formas de categorização; b) exploração do material, consistindo em recorte do texto em unidades de registro, classificação e agregação dos dados; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2000).

As categorias analíticas estabelecidas, visando à classificação dos dados encontrados no trabalho de campo, foram as seguintes: a) o conhecimento sobre terapêutica medicamentosa, a.1) o conhecimento sobre os anestésicos locais; b) o uso racional de medicamentos para os cirurgiões-dentistas, b.1) critérios e passos utilizados para o uso e prescrição de medicamentos, b.2) a definição de uso racional de medicamentos se refere aos seus preceitos de prescrição do medicamento apropriado, em doses adequadas, no tempo adequado e com menor custo, b.3) o conhecimento da proposta da OMS para o uso racional de medicamentos; c) as fontes de informação sobre medicamentos utilizadas; d) a influência das estratégias promocionais da indústria farmacêutica na prescrição odontológica, d.1) a percepção sobre as informações fornecidas pela indústria farmacêutica.

5.1 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e aprovado, em acordo com a Resolução CNS n° 196/96, que estabelece os requisitos para pesquisa envolvendo seres humanos.

De acordo com as exigências éticas e científicas fundamentais, foi obtido consentimento livre e esclarecido dos indivíduos entrevistados, foram respeitados os princípios da beneficência e não maleficência e a pesquisa apresenta relevância social. Foi desenvolvida com indivíduos que apresentam autonomia plena, respeitando-se seus valores sociais, morais, culturais, religiosos e éticos. Não há conflito de interesses entre a

pesquisadora e sujeitos de pesquisa, bem como o projeto foi desenvolvido com recursos próprios.

Em respeito à dignidade humana, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado e assinado pelos participantes da pesquisa, contemplou os seguintes aspectos: a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa, a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum e a garantia de sigilo e de privacidade dos sujeitos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Conhecimentos sobre terapia medicamentosa

Os entrevistados possuem a percepção de que os conhecimentos adquiridos sobre terapêutica medicamentosa, durante a graduação, na especialização ou em outros cursos, de modo geral, são muito limitados. Reconheceram insuficiência de conhecimento para o uso e prescrição de medicamentos, o qual foi caracterizado como sendo precário, vergonhoso, restrito, pouco profundo e razoável.

“A gente acaba sendo um pouquinho prático, o “dentista prático” nesta questão de terapêutica medicamentosa, não sabemos nem o que, qual efeito desse medicamento em relação ao problema apresentado pelo paciente, e como esse medicamento vai agir naquela infecção.” (Wilson)

O que diferencia o prático do profissional é o conhecimento, a formação para determinada atividade, mas conforme detectado nas falas dos entrevistados e no fragmento de discurso referido, o cirurgião-dentista não detém este conhecimento. Atua muitas vezes sem possuir os devidos fundamentos farmacológico-clínicos para uma terapêutica adequada.

“Os cirurgiões-dentistas realmente não sabem nada.” (Armando)

Foram apontadas algumas questões que motivariam esta falta de conhecimento, como a pouca ênfase nas matérias básicas, o momento muito inicial em que farmacologia básica é abordada na graduação, sem posterior acompanhamento ou revisão ao longo do curso, o enfoque primordialmente teórico, afastado da prática clínica, a pequena abordagem nos cursos e o pouco interesse pelos profissionais, sendo que alguns acham até desnecessário um conhecimento mais aprofundado.

“Até mesmo o uso de medicação e da farmacologia é meio restrito, de acordo com algumas áreas (...) não tem necessidade de medicar e não tem necessidade de conhecimento mais profundo.” (Maria Ruth)

“Parece que você aprende na faculdade e nunca mais estuda. Eu acho que falta um pouco mais de interesse pelo assunto, de aprofundar o estudo.” (Marina)

Apesar do conhecimento insuficiente, alguns profissionais da odontologia atribuem pouca importância ao conhecimento e estudo da terapêutica medicamentosa, conforme exemplificado nos fragmentos de discurso. Justificam que determinadas especialidades prescrevem poucos medicamentos, que o uso é complementar e que não tem percebido problemas com a utilização. Com isso, não possuem a percepção de que existe crescente demanda de conhecimentos sobre fármacos, pois são usados para viabilizar o trabalho, como os anestésicos locais, utilizados em tratamentos de doenças sistêmicas do paciente e como uso complementar em tratamentos de várias patologias bucais.

Carvalho (2007b) observou que, dentre os profissionais estudados, apenas 7,7% buscaram atualização na área de farmacoterapêutica aplicada à odontologia e que 41,3% dos cirurgiões-dentistas apresentaram nível de atualização profissional insuficiente. Para Wannmacher (1999), a terapêutica medicamentosa em odontologia não tem ocupado um lugar de destaque na preocupação dos profissionais que a exercem. Apesar disso, também houve discursos que destacaram a necessidade deste conhecimento.

“Estamos lidando com seres humanos e tudo que a gente prescreve, a gente tem que conhecer, senão é melhor não prescrever.” (Paulo)

Apesar dos cirurgiões-dentistas realizarem atividades técnicas, como profissionais de saúde concernentes com princípios legais e éticos, é necessário que detenham embasamento em áreas diretamente relacionadas, entre elas a farmacologia clínica, para uma prática consciente. Wannmacher (2007) afirma que aspectos relativos a tratamentos medicamentosos são muitas vezes negligenciados durante a formação, face à importância de outros treinamentos necessários à odontologia.

Os profissionais também evidenciaram que na odontologia o ensino é fragmentado por áreas, inclusive na farmacologia, a qual é distanciada da prática terapêutica. Além disso, existe o destaque à especialização, com distanciamento das ações integrais em saúde e falta de ênfase e de articulação com os conteúdos básicos.

“Cada vez mais os cursos de odontologia estão indo para um caminho que não são de profissionais da saúde, são de profissionais estritamente especializados para resolver um segmento da odontologia. Mas com isso, se esquecem de aprimorar a parte básica.” (Armando)

Neste sentido, Amorim (2007) afirma que a formação do cirurgião-dentista não possibilita reflexões críticas de suas práticas e por formas fragmentadas de conhecimento,

com ênfase no tecnicismo, distancia-se da compreensão mais ampliada do processo saúde-doença. O estudo de Lazzarin (2007), sobre o papel do professor no processo ensino-aprendizagem, revela que a formação de cirurgiões-dentistas possivelmente não ocorre com forte embasamento generalista, humanista, crítico e reflexivo.

Um dos motivos pela falta de interesse no estudo de farmacologia e terapêutica, que pode ser identificado a partir da análise dos dados, foi a busca por conhecimentos que possibilitem destaque profissional e retorno financeiro. Para Feuerwerker (2003), existem problemas que devem ser superados, como a produção de conhecimento e a formação profissional que estão marcadas pela especialização, pela fragmentação e pelos interesses econômicos. As estratégias para conseguir vantagens dentro do mercado têm sido baseadas na especialização e na incorporação tecnológica.

“Infelizmente o profissional não tem a visão da importância de fazer cursos. Ele faz cursos pensando em maior retorno financeiro.” (Wilson)

“E os cursos hoje, que dão treinamento a estes profissionais, muito menos querem ensinar isso, querem ensinar aquilo que dá rendimento, que o retorno é imediato e transforma em dinheiro.” (Armando)

No contexto de um sistema capitalista, há o desafio de que por trás da estrutura educacional de um curso de odontologia, existe a indústria de equipamentos, de medicamentos e de materiais odontológicos, influenciando, numa relação direta com as demandas do mercado, a prática profissional (SECCO, 2004).

6.1.1 Conhecimento sobre os anestésicos locais

“Anestésico é extremamente importante, se você não usar, a gente não trabalha.” (Daniela)

Com relação aos anestésicos locais, um dos entrevistados espontaneamente relatou sua imprescindibilidade para a prática odontológica, houve profissional que ficou em dúvida se pertencem à classe dos medicamentos e os outros não se manifestaram sobre estes medicamentos. Nestes casos, foi questionado especificamente sobre os conhecimentos possuídos sobre anestésicos locais, bem como critérios de seleção e uso.

Apesar de utilizarem diariamente anestésicos locais e relatos de que o estudo destes é maior e mais bem explorado, a fala dos entrevistados evidenciou que há deficiência nos conhecimentos de farmacologia dos anestésicos locais, sendo comparada à já relatada falta de conhecimento referente aos medicamentos prescritos. Foram destacadas dúvidas principalmente sobre o mecanismo de ação do medicamento no organismo, interações medicamentosas, reações adversas e presença de condição sistêmica. Porém, é de fundamental importância que o cirurgião-dentista tenha pleno conhecimento sobre estes medicamentos, para minimizar os possíveis riscos de sua utilização.

“O pessoal explora muito mais a questão da técnica anestésica do que propriamente do produto anestésico. Então a preocupação toda é com a região em que você vai administrar a medicação do que com o próprio produto.” (Rodrigo)

Foi destacado que o cirurgião-dentista possui, durante a formação acadêmica, treinamento específico sobre anestesia local, mas existe a percepção de pouca ênfase no estudo das soluções anestésicas e seus componentes e de que o assunto é pouco discutido durante a vida profissional.

Emergiu da fala dos entrevistados que o uso de anestésicos locais é algo mecânico, que o cirurgião-dentista utiliza pela rotina. Com isso, deixa de ser um foco para estudo e atualização. Alguns dos discursos revelam que costumam utilizar o anestésico que está disponível, sem muito critério para sua seleção ou uso.

“No dia a dia você usa o produto, você não estuda o produto.” (José Carlos)

“Se faz implante, quer saber que o anestésico vai causar analgesia para colocar o implante, nada mais que isso.” (Armando)

Malamed (2005) concorda que vários cirurgiões-dentistas simplesmente empregam um anestésico local para todos procedimentos. Antunes (2007), em pesquisa realizada com alunos da graduação, constatou que 2/3 destes não associam o anestésico local a ser utilizado com o tipo de procedimento e sua duração, optando por qualquer anestésico disponível no momento.

Sobre os critérios de seleção e uso dos anestésicos locais, dois dos entrevistados corretamente relataram observar o tempo e a profundidade de anestesia requerida e a necessidade de se obter hemostasia. Existem também os cuidados, relatados por quatro dos entrevistados, sobre a seleção dos vasoconstritores, devido aos seus efeitos sistêmicos e a

necessidade de observar contra-indicações. Porém, pode-se observar um critério que revela preocupação, o custo do produto para o cirurgião-dentista.

“O primeiro fator que a gente verifica para a compra é o preço.” (Leonardo)

Também existe a percepção de falta de informações dirigidas ao cirurgião-dentista sobre as ações regulatórias e de fiscalização, sendo que as decisões sobre escolha do medicamento ou substituição são tomadas sem que possuam informações objetivas.

“A gente segue muito a tendência. Tipo: ouve falar de alguma coisa que deu algum problema, aí troca. (...) A gente não tem noção desse tipo de informação que é feita pelos órgãos.” (Rodrigo)

Com a disponibilidade crescente do número de anestésicos locais no mercado, o cirurgião-dentista pode e deve selecioná-los de acordo com as propriedades específicas necessárias para cada procedimento. Os motivos para seleção dos anestésicos locais deveriam ser a duração da anestesia pulpar e dos tecidos moles, a toxicidade do medicamento, a potência ou intensidade da anestesia, a concentração dos vasoconstritores, a necessidade de obter hemostasia e a presença de contra-indicações ou algum comprometimento clínico do paciente.

6.2 O uso racional de medicamentos para os cirurgiões-dentistas

6.2.1 Os critérios e passos utilizados para o uso e prescrição de medicamentos

Antes de questionar o entendimento sobre uso racional de medicamentos, os entrevistados foram solicitados a comentar quais os passos ou critérios utilizam durante o processo de prescrição, pois a pergunta direta poderia ocasionar a perda de dados para análise, no caso dos participantes realizarem ações compatíveis com uso racional de medicamentos, mas não saberem classificá-las como tal.

Em um modo geral, a prescrição de medicamentos é adequadamente percebida como coadjuvante no tratamento odontológico, pois a maioria dos casos envolve um procedimento clínico, mas todos os entrevistados relataram sua importância, quando necessários. O arsenal terapêutico relatado compreende analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos, sendo que o uso variou de acordo com a especialidade odontológica. Os profissionais que atuam na área hospitalar e na especialidade de cirurgia buco-maxilo-facial afirmam ser rotina o uso de medicamentos e que praticamente todos os atendimentos resultam em prescrição. Nas outras especialidades, diante da realização de atividades cirúrgicas ou determinados casos de inflamação ou infecção, foi evidenciada a prescrição medicamentosa.

A maioria dos entrevistados ressaltou o diagnóstico do quadro clínico como ponto de início para a adequada prescrição, sendo citada a história do paciente e a anamnese. Somente com um diagnóstico preciso é possível instituir um adequado plano de tratamento, inclusive o medicamentoso. Neste aspecto, também foram indicadas deficiências entre os cirurgiões-dentistas.

“As pessoas não conseguem definir a diferença entre inflamação e infecção, entendeu?” (José Carlos)

“Já vi muitas vezes em casos de serem indicados antibióticos, o dentista entra com antiinflamatório e vice-versa.” (Wilson)

Com relação à necessidade de uso ou não de medicamentos, pode-se perceber pela fala dos entrevistados que é um fator importante a ser considerado, ação compatível com o uso racional, já que nem todo tratamento de escolha inclui o uso de medicamentos. Em uma das falas foi claramente identificada a especificação do objetivo terapêutico, importante para a escolha do medicamento e para evitar seu uso desnecessário.

“Se precisa de determinada droga ser usada, se realmente vai fazer diferença, para não acarretar apenas efeitos colaterais e não ter o efeito desejado.” (Paulo)

Porém, um ponto percebido por um entrevistado merece destaque, cirurgiões-dentistas que indicam medicamentos aleatoriamente, sem critérios, sem comprometimento, com base na insegurança e sua comodidade profissional.

“Tem gente que extrai dente e é analgésico, antiinflamatório e antibiótico, na dúvida manda tudo, e isso daí assim, é o mais freqüente, eu ouço muita gente que faz isso mesmo pra ficar tranquilo e você não perde seu final de semana e tal.” (Rodrigo)

Com esta postura, o profissional foge de sua responsabilidade de atenção ao paciente e demonstra a falta de consciência ou de preocupação com as conseqüências do uso irracional de fármacos e indica para necessidade de mudança de comportamento. Pode levar a iatrogenias, aumento de reações adversas, elevação do custo, interações entre os medicamentos prescritos e os utilizados pelos pacientes, aumento da resistência bacteriana, entre outras. No caso dos antibióticos, se os cirurgiões-dentistas persistirem em usá-los de forma indiscriminada, com medicamentos de amplo espectro e de última geração, as bactérias agradecem, os comerciantes também e o futuro será sombrio (ANDRADE, 2006).

Uma ação importante para o uso racional de medicamentos citada por três entrevistados foi a eleição de medicamentos de primeira escolha. Devem os cirurgiões-dentistas selecioná-los com embasamento científico e possuírem conhecimentos mais específicos sobre a substância ativa, forma farmacêutica, posologia e duração-padrão para o tratamento (OMS, 1998). Porém, esses fundamentos de seleção não foram observados, os critérios para a seleção dos medicamentos de eleição estão pouco claros, foi citado, por exemplo, o “medicamento básico” ou o “mais fraco” para iniciar o tratamento, sendo que um maior conhecimento sobre estes não foi destacado.

“Tenho sempre uma primeira escolha, se tem alguma contra-indicação, uso de segunda-escolha e assim por diante.” (Daniela)

“Prefiro dar do mais fraquinho, do que ter que estar dando medicações mais potentes.” (Maria Ruth)

Um cirurgião-dentista relatou prescrever alguns medicamentos com base em sua experiência própria de utilização. Demonstra despreparo para prescrição de fármacos, o profissional se equipara ao leigo, já que nestes casos a indicação é feita com base em uma percepção individual, sem o devido conhecimento científico.

“Há, alguns eu uso também. Medicamentos que são prescritos para mim (...) eu passo para o paciente, porque eu vejo que é eficaz.” (Maria Ruth)

Com relação aos outros requisitos utilizados no processo de prescrição, a análise dos discursos demonstrou basicamente questões referentes às contra-indicações e condições sistêmicas do paciente, como presença de alergias, disfunção renal, cardiopatia, disfunção gástrica e gravidez, as quais se relacionam ao critério de segurança. De acordo com o

processo de prescrição racional, a escolha inclui critérios de eficiência, conveniência, custo e segurança. Somente um deles identificou a conveniência do uso do medicamento e o custo como fatores de seleção.

Uma preocupação destacada por alguns profissionais foi pelo uso de medicamentos tradicionais, que tenham experiência no emprego, que sejam utilizados em vários países. Neste caso, surge a questão da segurança de uso do medicamento, componente do uso racional. O discurso emergiu a partir de discussão sobre a situação atual dos antiinflamatórios não-esteróides seletivos da cicloxigenase 2 (COX-2), pois representantes da classe foram retirados do mercado.

“Os seletivos da COX-2 estão sendo banidos da prescrição, estão sendo proscritos, então opto por um da COX-1, mas que tenha boa aceitação e seja conhecido.” (Armando)

Ainda hoje se preferem os fracos inibidores de COX-1. Apesar das vantagens potenciais da inibição seletiva da COX-2, ensaios clínicos não evidenciaram diferenças de eficácia, houve comprovação de efeitos adversos que determinaram a retirada de alguns dos representantes do mercado, além do custo ser mais elevado (WANNMACHER, 2007).

Apenas dois entrevistados relataram o fornecimento de informações ao paciente. Destacaram explicar ao paciente, da forma que possa compreender, a forma adequada de usar os medicamentos prescritos. Para Wannmacher (2007), o real executor da prescrição é o paciente e para que haja sucesso terapêutico, deve receber informações sobre o tratamento. O seguimento ou monitoração do paciente, não foi citado nas entrevistas.

“Que o paciente está entendendo o que foi passado e que ele use da forma correta como foi prescrito.” (Marina)

Houve quem relatou prescrever analgésicos sob a forma “se necessário”, ou seja, se o paciente apresentar dor deve utilizar o medicamento, ação não compatível com o uso racional, pois a decisão recai para o paciente, que pode sentir dor desnecessária, ou usar medicamentos por doses ou tempos inadequados.

“Geralmente prescrevo, mas falo pro paciente se precisar, não são todos que tomam medicamentos. (...) Analgésico, eu acho que às vezes é até um erro, eu falo se você sentir uma dor, tome um analgésico.” (Marina)

Uma explicação para a falha terapêutica no tratamento da dor é o emprego de analgésicos na base de “se necessário” em situações de trauma cirúrgico, pois é mais fácil prevenir a dor ou tratá-la bem precocemente que reverter a dor instalada, onde já foram desencadeados mecanismos envolvidos na sensibilidade dolorosa, intensificando a dor (WANNMACHER, 2007).

Quando questionados se o paciente influencia na prescrição, como na escolha de medicamentos ou solicitando-os, houve unanimidade em afirmar que o paciente geralmente não possui este tipo de influência na prescrição odontológica. Fato diferente do que ocorre com as consultas médicas. De acordo com o estudo de Barbosa (2007), as representações que emergiram dos discursos de prescritores médicos evidenciaram que o medicamento é o recurso terapêutico prioritário na prática profissional. Existe a expectativa do paciente de sair da consulta com uma prescrição e na maioria das vezes em que o paciente insiste em ter uma receita médica, mesmo sem a necessidade detectada, o profissional prescreve.

Capelhart (2005) ressalta que os cirurgiões-dentistas devem estar atentos a prescrever o que é melhor para seus pacientes e não o que eles solicitam, pois a odontologia não está imune ao fato de que os pacientes irão pedir medicamentos que vêm em revistas, cartazes ou em comerciais de TV e quanto mais os pacientes se informam pela Internet, no futuro haverá aumento de pedidos por prescrição de medicamentos específicos, tanto quanto o aumento do gasto farmacêutico.

Neste âmbito, emergiu da fala de dois dos entrevistados a cultura do brasileiro da automedicação, sendo destacado que ao invés do paciente solicitar medicamentos, é comum que já chegue medicado, em casos de sensibilidade, dor e outras situações.

“O paciente às vezes já chega medicado, quando estão tendo alguma sensibilidade, quando sentem dor antes, eles falam que por conta, já tomaram um remédio antes.” (Rodrigo)

“É cultura do brasileiro a automedicação, o medicamento receitado pelo farmacêutico e mesmo você explicando, em muitos casos ele usa o medicamento que o vizinho disse que é bom, vai na farmácia e o farmacêutico passou, ou já utilizou anteriormente para outra ocasião, outro problema e ele acha que vai funcionar também, é muito comum.” (Oscar)

Silva (2008) entrevistou profissionais de farmácias em Recife, farmacêuticos (8,9%), balconistas (65,9%) e caixas/outros (25,1%), para descrever os fatores associados à automedicação em dor de dente e constatou que 91,6% dos profissionais atenderam pessoas com dores de dente nos últimos seis meses e uma média de 78,5% destes indicaram

medicamentos sem prescrição, sugerindo que a prática da automedicação é comum na população estudada.

Sob a ótica do paciente, Guênes (2003) investigou a automedicação em odontologia e constatou que 93% dos entrevistados admitiram se automedicar devido a dores de dente, por razões como costume, difícil acesso aos postos, utilização prévia e que foi efetiva e fácil aquisição em farmácias. Utilizam principalmente analgésicos e em menor escala antiinflamatórios e antibióticos também, além de substâncias estranhas e tóxicas, como alho, perfume, palha de fumo, álcool e ácido muriático, que podem trazer danos aos dentes e cavidade oral, bem como intoxicações e reações adversas de ordem geral.

Para verificar a percepção sobre a existência de diferenças na prescrição entre o setor público e o privado, os três profissionais que atuam nos dois segmentos foram inquiridos a respeito. A principal diferença destacada foi a limitação de prescrição de acordo com os medicamentos selecionados na rede pública. Surgiu a preocupação com o acesso aos medicamentos, já que a prescrição de medicamentos com um custo mais alto ou que não estejam disponíveis na rede pública, não podem ser adquiridos pelos pacientes do setor público. Um dos entrevistados ressaltou que o desabastecimento das farmácias da rede pública compromete o uso do medicamento de eleição.

Dois dos entrevistados evidenciaram que no serviço público optam pelos genéricos, o que estaria inclusive disposto em regulamento. Porém, os mesmos relatam que no serviço privado ou em clínicas existe a tendência da prescrição pelo nome de marca, sendo que alguns profissionais a utilizam como um diferencial e alguns pacientes continuam a não adquirir medicamentos genéricos. Importante destacar que, dentre os outros entrevistados, apenas dois destacaram a prescrição pelo princípio ativo do medicamento.

“Tem uma certa pressão para você prescrever por marca, em clínica diferenciada.” (Oscar)

“No serviço privado, dependendo do paciente, você pode prescrever uma droga de grife, muitas pessoas não gostam e não aceitam muito bem os genéricos.” (Armando)

A estratégia de genéricos é um componente da política de medicamentos para melhorar o acesso e o uso racional de medicamentos. Para a população de maior renda, o preço pouco influencia no consumo. Usará os medicamentos que forem receitados pelos seus médicos, com preferência pelos de última geração tecnológica, dado que as despesas, geralmente representam uma pequena parcela da renda. Porém, perde-se uma importante

característica atribuída ao genérico. Quando o principal instrumento de difusão deixa de ser a marca receitada pelo médico e o fármaco assume esse papel, o preço passa a ter um papel fundamental no seu processo de difusão (FRANKEL, 2001), contribuindo para o acesso da população a medicamentos eficazes e seguros a preços mais baixos.

Neste âmbito, Rangel-S (2007) explica que informações que são oferecidas de um lado do sistema de saúde podem ser desautorizadas por discursos de agentes em outros lugares de fala, no caso o sistema privado de saúde. Em alguns casos, o genérico pode ser visto como re-significado do medicamento para pobres, enquanto há o medicamento de marca, de grife para aqueles que podem pagar. A autora ressalta que esta disputa de sentido para a saúde na sociedade é um desafio para a comunicação.

6.2.2 A definição de uso racional de medicamentos para os cirurgiões-dentistas

Os entrevistados foram solicitados a definir uso racional de medicamentos e expor seu entendimento sobre o tema. A partir da análise dos dados e confronto com o conceito vigente e proposto pela OMS, apenas um dos entrevistados descreveu adequadamente uso racional de medicamentos, no que refere aos seus preceitos de uso do medicamento apropriado às necessidades clínicas, em doses adequadas, no período de tempo adequado e com menor custo possível para os pacientes e para a comunidade.

“Uso racional é você utilizar quando tem necessidade. Assim, é, na dose certa, para a indicação certa (...), o que vai dar melhor custo-benefício para ele, que vai resolver o caso dele, no tempo certo, com menor custo possível.” (Daniela)

Em geral, pode-se inferir da fala dos entrevistados que o entendimento sobre uso racional de medicamentos é limitado. Existe a forte percepção de que uso racional de medicamentos é principalmente utilizá-los apenas quando necessário. Este foi o componente central da maioria das falas, havendo quem restringisse o conceito unicamente a este fator.

“Uso racional, como qualquer outro, é usar quando necessita. Você usa o medicamento quando você necessita, se você não necessita, você não usa. (...) Assim como você fala uso racional da água, uso racional da energia, é isso, uso racional de medicamento está dentro do paradigma atual de que as pessoas tem que fazer uso racional de tudo.” (José Carlos)

Nem todos os problemas de saúde precisam ser tratados com medicamentos, existem alternativas como aconselhamento e informação, tratamento sem medicamentos, tratamento com medicamentos, encaminhamento para análise e tratamento mais detalhado, ou a combinação destes (OMS, 1998). É necessário questionar se o uso de medicamentos irá intervir significativamente na doença. A OMS (1998) preconiza que nesta decisão, os critérios de eficácia, segurança, aplicabilidade e custo devem estar presentes.

Estabelecer a necessidade ou não do uso do medicamento em primeiro lugar é extremamente importante, principalmente na odontologia, onde muitos dos casos clínicos respondem favoravelmente ao tratamento clínico e cirúrgico. Porém, perceber o uso racional de medicamentos como a identificação da necessidade de intervenção medicamentosa ou como sendo seu componente principal, sem a percepção de seus princípios básicos, demonstra falta de conhecimento sobre o processo de tratamento racional e compromete que seja praticado. Os requisitos para o uso racional de medicamentos são complexos e envolvem uma série de variáveis, em um encadeamento lógico (AQUINO, 2008).

O estudo de Barbosa (2007), que analisou as representações sobre uso racional de medicamentos de prescritores (médicos) e dispensadores (farmacêuticos) que atuam em hospitais públicos, demonstrou que o conhecimento dos entrevistados sobre a proposta da OMS para o uso racional de medicamentos ainda é pequeno. Para muitos, o conceito parece vago, totalmente desconhecido ou não há clareza sobre a proposta. Foi relatado que o uso racional de medicamentos ainda se confunde com o simples uso do medicamento, sendo que no seu estudo, o não uso foi pouco citado como elemento da prática racional.

O requisito de uso dos medicamentos apropriados às necessidades clínicas, que seria a melhor escolha com base nos critérios de eficácia, conveniência, segurança, disponibilidade e custo, pode ser extraído de alguns discursos, mas não nesta forma abrangente. Incluíram principalmente a indicação certa ou precisa e o medicamento específico para o procedimento ou caso clínico.

“O medicamento é uma droga que deve ter uma indicação muito bem precisa, não é usada como qualquer refrigerante, qualquer balinha, qualquer coisa.” (Paulo)

Apesar dos elementos de segurança, como contra-indicações, interações medicamentosas, grupos de alto risco, reações adversas e outros, terem sido bastante lembrados quando questionados sobre os critérios utilizados para o uso de medicamentos, estes fatores foram pouco citados na definição de uso racional de medicamentos.

Dentre os critérios para o uso racional de medicamentos em análise, a dose adequada foi a mais mencionada, sendo citada por sete dos entrevistados, sendo que três destes relataram a posologia, na qual a dose está incluída. Foi demonstrada adequadamente preocupação com o ajuste da posologia-padrão, de acordo com o caso e o paciente individual, por um dos entrevistados.

“Tem que usar as drogas na dose correta para cada caso e nunca fazer a sobredose. (...) Tem que estar dentro da posologia e peso do paciente.”
(Armando)

O tempo adequado do tratamento como componente do uso racional de medicamentos foi mencionado por apenas quatro cirurgiões-dentistas, incluídos os que relataram posologia. Mencionar ou destacar o tempo é extremamente importante, por evitar que o medicamento seja utilizado por tempo insuficiente ou longo demais. Diante da prescrição, é preciso decidir a duração do tratamento, com base nos conhecimentos de fisiopatologia e prognóstico da doença (OMS, 1998). O tempo de tratamento importa também para a monitoração do paciente e a necessidade de acompanhamento.

A duração do tratamento depende da história da doença e deve ser tão curta quanto possível. Na odontologia, a duração de emprego de antiinflamatório não costuma exceder 3 a 5 dias, pois após este período, o processo inflamatório diminui (WANNMACHER, 2007). No caso de antibioticoterapia, abrange 7 a 10 dias em geral, evitando recidivas e a seleção de cepas resistentes (WANNMACHER, 2007).

Apenas um dos entrevistados relacionou medicamentos de menor custo ao uso racional de medicamentos. Da mesma forma, Barbosa (2007) em sua pesquisa com prescritores e dispensadores, observou que o fator custo para o usuário e para a comunidade foi desconsiderado por muitos dos participantes de sua pesquisa. Nenhum dos outros nove entrevistados compreende o menor custo dos medicamentos, dentre os que ofereçam a mesma eficácia e segurança, incluído nos princípios que regem o uso terapêutico racional, nem mesmo aqueles que anteriormente mencionaram avaliar o custo do medicamento durante a prescrição no serviço público.

O cirurgião-dentista deve perceber a importância de racionalizar despesas farmacêuticas e evitar o uso de medicamentos desnecessariamente custosos. O tratamento farmacológico é uma das intervenções mais onerosas para os países em desenvolvimento, correspondendo a 20% a 40% dos gastos em saúde e oscila entre 10% e 20% nos países

desenvolvidos. O uso racional de medicamentos é fundamental para se oferecer acesso universal e atenção sanitária adequada (OMS, 2006).

Para Wannmacher (2007), é necessário treinar o profissional para avaliar o custo-benefício das alternativas terapêuticas. A avaliação econômica das condutas compõe a moderna ciência dos medicamentos, contribuindo para menor gasto individual e da sociedade.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, o uso racional de medicamentos compreende além da prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e os preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Pode-se inferir do estudo que o entendimento dos cirurgiões-dentistas sobre uso racional de medicamentos é restrito basicamente à farmacologia, havendo um distanciamento de sua abrangência maior. Quando existe referência ao uso racional de medicamentos deve-se levar em conta os critérios relativos ao paciente, suas condições para receber o tratamento medicamentoso, a informação adequada sobre os medicamentos prescritos e o monitoramento do tratamento. Os critérios para uso racional envolvem necessariamente a prescrição, a dispensação e o consumo (SOBRAVIME, 2001).

6.2.3 O conhecimento da proposta da OMS para o uso racional de medicamentos

Para verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas entrevistados da proposta da OMS para o uso racional de medicamentos, foi levantada a questão primeiramente de uma forma mais geral, ao solicitar relataram alguma proposta ou política que tenham conhecimento, seja ela nacional ou internacional, para o uso racional de medicamentos e depois foram questionados diretamente se conhecem a proposta da OMS.

A percepção dos entrevistados evidenciou que os cirurgiões-dentistas não conhecem propostas ou políticas para o uso racional de medicamentos. A resposta preponderante foi que desconhecem, nunca ouviram falar ou simplesmente um não seco, sendo que um sentimento de inquietação ou insegurança na resposta foi observado em alguns. Dentre os três que transpareceram ter algum conhecimento, um deles teve contato recente com o tema, no último mês e os outros afirmaram saber da existência, mas nenhum soube descrever a respeito. Inclusive, pode-se perceber da análise dos dados que o próprio termo uso racional de medicamentos não é conhecido e não está integrado ao vocabulário dos entrevistados.

“Realmente não conheço nenhuma política ou proposta para o uso racional de medicamentos.” (Oscar)

“Eu sei que tem, mas não sei o que tem no conteúdo, mas eu sei que existe isso.” (Daniela)

Apesar dos entrevistados desconhecerem propostas ou políticas para o uso racional de medicamentos, algumas iniciativas foram lembradas, como propagandas que alertam sobre a automedicação e a necessidade do uso de medicamentos com prescrição. A existência de uma comissão que trabalha no controle da infecção hospitalar foi mencionada por dois cirurgiões-dentistas que atuam no sistema público. As infecções relacionadas à assistência hospitalar demandam atenção especial das políticas para o uso racional de medicamentos, pois a resistência microbiana é um grave problema. Para Medeiros (2008), o controle da resistência requer a implantação de dois processos fundamentais, as medidas de controle para limitar a disseminação de microorganismos resistentes e uma política para o uso racional de antimicrobianos.

Quando questionados diretamente se conhecem a proposta da OMS para o uso racional de medicamentos, houve unanimidade de respostas negativas, inclusive por parte de gestores do sistema público de saúde e dos profissionais que estão à frente de entidades representativas da odontologia. Estes últimos também não possuem a informação da existência do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos e da participação neste do Conselho Federal de Odontologia. Se os profissionais que estão à frente de instituições representativas de seu segmento desconhecem estas práticas, não há como fazê-las participar ativamente do seu processo de consolidação e evolução (SACCO, 2007).

Mesmo que os profissionais tenham mencionado anteriormente alguns critérios ou requisitos componentes do uso racional de medicamentos, ficou evidente que desconhecem a existência da proposta que é mundialmente difundida e preconizada. A definição de uso racional de medicamentos foi formulada em 1985 e a partir daí serviu de base para estratégias e políticas farmacêuticas. A Política Nacional de Medicamentos, que possui a promoção do uso racional de medicamentos como uma das prioridades, das diretrizes e um dos propósitos, foi publicada em 1998. Foram realizadas intervenções, instituídas estratégias e instrumentos para a promoção do uso racional de medicamentos, mas existe uma deficiência de difusão ao cirurgião-dentista.

A comunicação é um tema estratégico quando se tratam de políticas públicas, em especial a saúde (PITTA, 2002). As políticas públicas, como as de promoção do uso racional de medicamentos, só serão efetivadas se forem publicizadas e ganharem visibilidade, por

meio das práticas comunicativas. Araújo alerta que as políticas e intervenções só se concretizam quando se tornam públicas em estratégias de comunicação (CARDOSO, 2007).

Além da proposta da OMS para o uso racional de medicamentos, a Política Nacional de Medicamentos também não é conhecida pelos profissionais entrevistados, apesar de estar citado em seu prefácio que a política deve ser explicitada de forma a tornar públicas e expressas suas intenções e permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião à discussão de suas propostas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Pode-se identificar que alguns entrevistados possuem a percepção de que a transmissão da informação científica não tem o devido direcionamento ao cirurgião-dentista, já que questões sobre divulgação da informação, acesso à informação e comunicação foram levantadas.

“Não conheço. Nunca tive acesso a essa informação.” (Oscar)

“Em termos de divulgação desse tipo de informação e uma coisa mais clara eu nunca ouvi nada a respeito não”. (Rodrigo)

“Acho que a difusão da informação está muito incipiente, poderia ser mais massificada.” (José Carlos)

A difusão científica é importante por permitir acesso dos profissionais da área às políticas públicas, amplia a possibilidade e a qualidade de sua participação na formulação destas políticas, na escolha de opções tecnológicas e a melhor intervir no processo decisório (ALBAGLI, 1996). Mas a informação parece estar restrita no interior de alguns subgrupos e instituições, de modo que resulta na desinformação do profissional da odontologia, que muitas vezes não percebe sua inserção na sociedade e o seu papel no uso de medicamentos.

“Quando fala uso de medicamentos, nós temos na nossa cabeça que isso está muito ligado ao conselho de farmácia e não difunde.” (José Carlos)

Neste sentido, Rangel-S (2007) destaca que é fundamental a organização e acessibilidade do conhecimento técnico-científico na área de vigilância sanitária para o desenvolvimento de ações de comunicação e educação, seja aquele produzido nos centros de pesquisa e universidades, sejam os produzidos nos serviços e na interação desses com seus respectivos usuários.

Para Pitta (2000), há necessidade de articulação das propostas do campo da Comunicação com as dos campos da Educação e da Informação em Saúde, dada a

impossibilidade de separar estes três campos de atividades que se entrelaçam intimamente, devido a acelerada convergência entre diferentes tecnologias de comunicação/informação e pela própria natureza comunicacional de qualquer dos outros processos.

A informação e a educação sanitárias têm grande importância para a efetividade das ações de vigilância sanitária, quer pela relação intrínseca com a democratização da informação científica, quer pelo caráter pedagógico que possui a administração, esses elementos se conjugam na conformação de uma base de dados constitutiva da informação para a ação (COSTA, 2004). Estes meios instrumentalizam os cidadãos, os profissionais de saúde e as organizações sociais para uma atitude de autodefesa contra o movimento iatrogênico das estratégias de mercado e para o uso racional dos produtos e tecnologias de risco (COSTA, 2000).

Sacco (2007) revelou em seu estudo, sobre a visão da vigilância sanitária de produtos odontológicos por parte de entidades representativas da odontologia e de instituições de ensino, que os entrevistados possuem uma visão limitada e por vezes distorcida das atividades desenvolvidas pela vigilância sanitária na odontologia. Observou que o desconhecimento destas ações parece estar relacionado a não disseminação de informações das práticas junto aos profissionais de odontologia.

Os profissionais informados e integrados a práticas racionais irão desempenhar melhor suas ações, não só na sua prática individualista, mas também para a sociedade. Os atores sociais, informados e integrados em práticas de educação sanitária concorrem para eficiência, eficácia e efetividade destas ações (COSTA, 2004). Um dos entrevistados resumiu a importância de se realizar a difusão científica de uso racional de medicamentos para os cirurgiões-dentistas em uma frase.

“Extremamente oportuno, necessário e inteligente.” (José Carlos)

Outro ponto importante que emergiu das entrevistas foi a necessidade das instituições públicas se comunicarem com a sociedade e ampliar a difusão científica do uso racional de medicamentos, interagindo com o cidadão para que ele assuma seu papel e cobre do cirurgião-dentista a terapêutica racional.

“É questão de comunicação, é falta de vontade da instituição talvez, de comunicar. E é importante que haja comunicação (...) também para a sociedade, porque a sociedade, a partir do momento que começar a consumir essa informação, ela vai cobrar de seus profissionais.” (José Carlos)

O repasse de informações acessíveis e sistematizadas aos cidadãos e consumidores apóia a luta em defesa de seus direitos, da saúde e da qualidade de vida (COSTA, 2004). Conhecendo melhor suas próprias condições de saúde, o indivíduo poderia atuar como agente do próprio desenvolvimento, mas implica em adotar um processo comunicacional bidirecional em lugar do unidirecional, transpondo o direito puro e simples à informação (BIZZO, 2002).

A percepção do entrevistado também sugere que falta interesse na comunicação por parte das instituições públicas. Isso pode ser sentido devido ao modelo de comunicação adotado no campo da saúde coletiva. Para Araújo (2004), este modelo é bipolar, linear, unidirecional e vertical, não contemplando a complexidade da prática comunicativa e social (ARAÚJO, 2004). Em concordância, Pitta (2003 apud RANGEL-S 2007) afirma que a cultura informativo-publicitária, difusionista, onde as informações são o centro produtor e emissor das informações em saúde a serem difundidas a uma periferia ou receptor, não são suficientes para dar o padrão de visibilidade necessário às instituições.

Deste modo, há falta de competências comunicativas necessárias para entrar na disputa de sentidos na sociedade (RANGEL-S, 2007). A comunicação é entendida como processo de construção sempre disputada de sentidos, constituindo vários mercados simbólicos, onde os diferentes discursos concorrem pela hegemonia de sua perspectiva (ARAÚJO, 2004). Devem-se buscar abordagens mais abertas e plurais, que considerem a complexidade comunicacional e a polifonia, reconhecendo os múltiplos discursos na sociedade (CARDOSO, 2007) e a construção de uma prática dialógica (MARQUES, 2007).

Pitta (2002) ressalta que o direito à comunicação vem sendo vocalizado pela população e pelos profissionais de saúde comprometidos com a inclusão de discursos excluídos da mídia numa perspectiva de democratização da informação, devendo-se pensar na comunicação e nas estratégias possíveis de manter movimentos sociais visíveis.

6.3 Fontes de informação sobre medicamentos utilizadas pelos cirurgiões-dentistas

O estudo mostrou que a fonte de informação sobre medicamentos mais utilizada pelos cirurgiões-dentistas entrevistados é o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), sendo citado por oito deles. Pode-se inferir que metade dos entrevistados o utilizam como a

principal fonte de informação. Existe a percepção relacionada ao DEF de disponibilidade, fácil acesso, rapidez na consulta e resolutividade.

“O DEF, que todo mundo tem. (...) Você tem lá tudo direitinho.” (Wilson)

“Em primeiro lugar que eu utilizo é o DEF. Eu acho mais prático, acho simples o modo de, não sei, acho que resolve boa parte das minhas necessidades.” (Leonardo)

No estudo de Britto (1996), o DEF representou a opção preferida como fonte de informação (77%) dos alunos de odontologia participantes da pesquisa. Fez referência à pesquisa de Querubino (1992), realizada com 130 cirurgiões-dentistas sobre fonte de informação para a prescrição medicamentosa, na qual o uso do DEF ocorreu em segundo lugar (17,7%), atrás de conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação (23%) e seguido dos cursos de atualização (10,8%).

Segundo Barros (2004), o “guia terapêutico” mais freqüentemente usado pelos prescritores brasileiros continua sendo o DEF. Este pode ser classificado como fonte de informação de origem comercial, pois é elaborado a partir de informações fornecidas pelas empresas farmacêuticas, sendo com freqüência distribuído gratuitamente por estas. Barros (2000) evidencia que na verdade, se constituem em mais um veículo de propaganda, mesmo que tentem se passar como fonte objetiva e confiável de informação, não passa pelo crivo de especialistas e possui conotação mercadológica.

Britto (1996) observou que os alunos e alguns profissionais da odontologia não vêem os catálogos farmacêuticos, como o DEF, como provenientes da própria indústria, ou mesmo como propaganda, classificando esta fonte de informação em sua maioria como boa ou ótima. Por ser incompleta, deveria ser utilizada apenas como auxiliar, em consultas rápidas.

Quando os entrevistados foram solicitados a emitir opinião sobre o DEF, as opiniões ficaram divididas entre não ser a fonte ideal, mas a que está disponível e ser uma boa fonte, apesar de apresentarem algumas dificuldades de consulta. Nenhum questionou a confiabilidade da fonte de informação ou demonstrou percepção de ser fonte de origem comercial.

Com relação à ausência de informações essenciais, foi citado que o DEF apresenta informações afastadas da prática clínica, principalmente no que se refere aos eventos adversos e interações medicamentosas, sendo que às vezes, nem as apresenta.

“É bom, um pouco confuso, complexo, pois tenho dificuldade de achar o medicamento pelo princípio ativo.” (Oscar)

“Eu às vezes acho ele difícil, não tenho nada contra não, mas acho que poderia ser de uma forma mais simplificada.” (Wilson)

“Assim, é o que tem, mas eu não acho muito bom não, assim, não é muito clínico, ele fala que vai dar náusea e mais um monte de coisa, mas não fala as interações, alguns falam, mas não resolve muito não.” (Daniela)

Barros (2000) analisou as informações contidas no DEF brasileiro e as comparou com as presentes em dois manuais dos Estados Unidos. Verificou que informações indispensáveis ao prescritor estavam ausentes, como efeitos adversos (57%), interações medicamentosas (41%) e mecanismo de ação (55%), o que favorece o uso não-racional de medicamentos. Ao comparar o DEF com manuais usados por médicos dos EUA, encontrou discrepâncias significativas, particularmente com relação às reações adversas, contra-indicações e interações, mostrando um duplo padrão de conduta dos fabricantes. Ressaltou preocupação, principalmente pela deficiência de fontes de informação alternativas, que não tenham vínculos com as indústrias.

Para Wannmacher (2007), os guias terapêuticos, compêndios ou bulários contêm informações selecionadas pelos fabricantes. Estas são descritivas, excluem comparações entre medicamentos análogos e também a descrição de medicamentos em apelo comercial costuma estar ausente nos dicionários de especialidades farmacêuticas.

As principais dúvidas levantadas que motivam a consulta a fontes de informação foram ações dos medicamentos, indicação, dose, posologia, contra-indicação, reações adversas, interações medicamentosas e presença de comprometimento sistêmico. Dentre estas, pode-se perceber maior preocupação dos entrevistados sobre as interações com medicamentos utilizados pelos pacientes.

“Dúvida de interação com outras drogas, tenho que procurar no DEF, assim, às vezes o paciente fala tomo isso, aquilo e eu não sei nem como é que escreve.” (Daniela)

“Na parte de diagnóstico, às vezes a gente fica meio perdido quando o paciente informa que faz uso de determinado medicamento e temos aquela dúvida, isso vai influir em quê no tratamento.” (Wilson)

Na prática odontológica, o profissional atende pacientes com co-morbidades, com uso de um ou mais medicamentos que podem interferir com aqueles prescritos e usados pelo cirurgião-dentista (WANNMACHER, 2007). A preocupação dos cirurgiões-dentistas é de extrema importância e aponta para uma necessidade de fontes de informação a respeito.

Em conformidade com as recomendações da OMS sobre a necessidade de criação de um formulário terapêutico, ação prevista na Política Nacional de Medicamentos, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Formulário Terapêutico Nacional, um instrumento com informações imparciais, embasadas em evidências, sobre os medicamentos contidos na RENAME 2006, visando subsidiar e orientar os profissionais da saúde na prescrição, na dispensação e no uso dos medicamentos essenciais (BRASIL, 2008a). O formulário foi lançado em setembro de 2008, mas os entrevistados relataram ainda não possuir conhecimento sobre esta fonte de informação. Após as entrevistas, foi entregue aos participantes da pesquisa versão eletrônica do formulário, bem como outros documentos sobre o uso racional de medicamentos, para informação e conhecimento.

A RENAME, instrumento básico para racionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde, que deveria ser amplamente divulgada, não é de conhecimento de nenhum dos entrevistados, nem mesmo dos que atuam no sistema público e do gestor. É importante por favorecer a redução de custos com medicamentos e o acesso aos medicamentos que são essenciais para atender as necessidades prioritárias da população (OMS, 2002). Cada estado possui a prerrogativa de selecionar seus medicamentos e estabelecer sua relação de medicamentos essenciais, que deveria ser acompanhada sempre que possível de um formulário terapêutico que oriente os prescritores e dispensadores acerca da utilização e utilização dos medicamentos (BRASIL, 2007).

A segunda fonte de informação sobre medicamentos mais utilizada pelos cirurgiões-dentistas é a Internet, relatada por cinco entrevistados. Diante da facilidade e rapidez de acesso, comumente são realizadas pesquisas sobre medicamentos por meio de sites de busca. Procuram e acessam informações essenciais para o uso de medicamentos em sites diversos, sem que a evidência científica esteja presente ou garantida. Alguns não souberam identificar os sites que acessam, não percebendo de onde provém a informação, podendo ser sites da indústria farmacêutica ou não. Buscam por bulas, por uma informação mais simples, direta e prática.

“Tem um site bom da (site de busca) que eu gosto, não tem nada assim, não é muito científico não, mas quando você não tem o DEF na mão, tem o (site de busca) remédios ou (site de busca) medicamentos e eu gosto, eles dão a mini-bula do remédio, é bom.” (Daniela)

“Às vezes a gente usa o (site de busca) e posso ter colhido a informação lá de dentro (da indústria farmacêutica) e não percebi que era esse tipo de site.” (Wilson)

Para realizar uso racional de medicamentos, é preciso contar com informações pertinentes e fidedignas, embasadas em conhecimentos sólidos, isentos, confiáveis e que contemplem as vantagens e desvantagens dos produtos farmacêuticos (WANNMACHER, 2007; BARROS, 2004). Porém, a busca de informações realizada pelos cirurgiões-dentistas seleciona fontes de informação não-científicas e pouco confiáveis, comprometendo o conhecimento a respeito dos medicamentos e o uso racional.

A disseminação, a cada dia mais massiva, de informações de natureza médica, incluídas as relacionadas aos medicamentos, pelos sites na Internet e seu caráter com frequência questionável, é um tema preocupante devido à dificuldade de conseguir controles eficazes (BARROS, 2004).

Existem fontes de informação sobre medicamentos confiáveis na Internet, como periódicos, revisões sistemáticas, boletins, diretrizes, sítios de busca de bases de dados, endereços de instituições públicas e organizações, recomendados por Wannmacher (2007), pela Sobravime (2001) e pela OMS (1998). Contudo, não são de conhecimento do cirurgião-dentista e a maioria não representa fonte de informação simples de consulta para orientar condutas no dia a dia da prática odontológica, bem como para se atualizarem.

Ao analisar o impacto da Internet na comunicação científica em saúde, Castro (2006) observa que houve uma reestruturação do fluxo da comunicação científica, assim como das relações sociais no mundo. A informação dinamizou o processo de construção do conhecimento coletivo, fazendo convergir num único espaço a comunicação, a decisão, a demanda, a resposta e a ação. O acesso equitativo ao conhecimento científico passou a ser prioritário na definição de políticas de desenvolvimento social, econômico e cultural. O modo de fazer ciência também foi alterado, com a integração da comunidade científica com outros setores da sociedade, atuando em redes transdisciplinares e heterogêneas de colaboração entre instituições de natureza variada.

Devido às mudanças do fluxo da comunicação científica, exige-se dos atores adaptação constante às novas tecnologias, a superação das resistências à transitoriedade e confiabilidade das versões eletrônicas. Ressalta que os desafios consistem na utilização de todas as potencialidades dos meios eletrônicos, aprimorando os aspectos positivos e os padrões de qualidade do fluxo de comunicação científica tradicional e definindo políticas que sustentem a nova estrutura, que garantam a preservação e distribuição da informação como bem público (CASTRO, 2006).

A Internet está repleta de vários tipos de aplicações educacionais, de divulgação, de pesquisa, de apoio ao ensino, as quais contribuem para a construção do conhecimento

autônomo. As mídias digitais permitem que se estabeleçam relações descentralizadas e horizontalizadas entre os produtores e consumidores de conhecimento, pela maior interação entre os agentes. A Internet não pode ser apenas apresentada como uma grande fonte de dados sobre os mais diversos assuntos, sem que se perceba que se transformou também o modo de produzir conhecimento. As novas tecnologias poderão proporcionar um aprendizado contínuo e flexível, com a troca e não somente repasse de informação (CARVALHO, 2007a).

Schleyer *et al* (1998 apud FONTANELLA, 2007) procuraram traçar o perfil de usuários da Internet na área da odontologia, por meio de um questionário postado em meio eletrônico e respondido por 825 indivíduos (profissionais e estudantes da área odontológica) de 52 países. Os resultados obtidos mostraram que o uso da Internet visa principalmente à discussão de casos clínicos, busca de informações diagnósticas e terapêuticas, compra de produtos odontológicos, comunicação com pacientes e ao acompanhamento de cursos de educação continuada.

Uma pesquisa, feita com aplicação de questionários, foi realizada com estudantes de 16 cursos de odontologia de 9 países europeus. Os resultados mostraram que 60% deles utilizam o computador em seus estudos e que 72% têm acesso à internet. Os recursos mais utilizados foram editores de texto (69%), internet (59%), ferramentas de busca como o Medline (45%) e apresentações multimídia (22%) (MATTHEOS *et al*, 2002 apud FONTANELLA, 2007).

Apesar do hábito de pesquisas de informações sobre medicamentos na Internet e por vezes a busca pelas bulas dos medicamentos, os entrevistados informaram não acessar o site da Anvisa, sendo que alguns nunca o acessaram. De qualquer forma, é bem possível que este sítio eletrônico não disponha das informações requeridas sobre medicamentos. Em 2005, foi disponibilizado o Bulário Eletrônico da Anvisa, um banco de dados acessível via Internet aos profissionais de saúde e à população, contendo os textos de bula dos medicamentos registrados e comercializados no Brasil (BRASIL, 2005).

Na mesma época, foi publicada a 1ª edição do Compêndio de Bulas de Medicamentos (CBM), com 572 bulas de medicamentos, com quatro mil páginas. Por ser volumoso e apresentar bulas de apenas alguns medicamentos, não foi distribuído em larga escala, apenas dois mil exemplares, sendo que o conceito de livro impresso deve ser revisto (CALDEIRA, 2008).

Também foi observado no estudo de Caldeira (2008) que o número de bulas publicadas no Bulário Eletrônico da Anvisa era pequeno, desde seu lançamento houve pouco movimento efetivo para implementar a nova estrutura de bula nos medicamentos

comercializados, que as bulas de medicamentos genéricos e similares ainda não tinham sido enviadas eletronicamente, comprometendo a padronização e o impacto da informação sobre medicamentos. A autora ressaltou o alto risco do Projeto Bulas ser desacreditado e não ter continuidade. No momento, o Bulário Eletrônico da Anvisa está indisponível, encontra-se em manutenção, para elaboração de um novo procedimento para atualização e publicação de bulas.

A Anvisa e outras entidades que promovem o uso racional de medicamentos estão pouco aproveitando a Internet para difundir informação independente, imparcial, sobre medicamentos. Na maioria das vezes, a informação aos prescritores não está disponível, ou se disponível, não é suficiente, não é conhecida ou não é divulgada. Além disso, não basta divulgar textos de bulas de medicamentos, que são encaminhadas pela própria indústria farmacêutica, é necessário apresentar dados de comparação, fazer análise de publicações e divulgar por diferentes meios, outras informações científicas úteis para a escolha terapêutica do profissional.

Os livros didáticos sobre farmacologia, terapêutica e cirurgia buco-maxilo-facial também constituem uma fonte de informação relatada por cinco dos cirurgiões-dentistas entrevistados, mas com pouca ênfase. É importante que o profissional selecione alguns livros de referência. Os de farmacologia clínica são úteis para embasamento das ações terapêuticas, discutem, descrevem e comparam as diferentes medidas, principalmente os que utilizam o paradigma das condutas baseadas em evidências (WANNMACHER, 2007). Um dos entrevistados demonstrou percepção sobre a demora de atualização dos livros, sendo este inclusive, o único que utiliza periódicos, em revistas especializadas da área, como fonte de informação sobre medicamentos. Apenas publicações que são revisadas em intervalos de dois a cinco anos conterão informações atualizadas (OMS, 1998).

“Os periódicos trazem a informação mais atualizada, os livros demoram para ter outra edição, serem renovados.” (Oscar)

Os periódicos científicos compreendem fontes primárias da informação científica, que possuem informações atualizadas e relevantes para os profissionais, além de informações mais detalhadas quando constantes de revistas especializadas. Apesar de sua importância para atualização profissional, existe a preocupação com a confiabilidade da informação contida em revistas que não são independentes. De acordo com Astrid (2002), existe uma relação simbiótica, ainda que desigual e sujeita a abusos, entre a indústria e os editores das revistas

médicas, cujo conteúdo deveria estar a serviço da saúde pública e não dos interesses da indústria farmacêutica ou dos proprietários das publicações (ASTRID, 2002 apud BARROS, 2004).

Apesar dos cirurgiões-dentistas realizarem pesquisas em livros e periódicos para atualização sobre novos produtos odontológicos e tratamentos, pode-se inferir das entrevistas que não possuem o interesse da busca de informações científicas sobre uso medicamentos.

“Não tenho o hábito de ler artigos sobre medicamentos não.”
(Rodrigo)

Outro ponto a ser destacado nos discursos é a utilização dos colegas cirurgiões-dentistas como fonte de informação, citados tanto para esclarecer dúvidas da prescrição, como para atualização sobre medicamentos novos. Além da falta de conhecimento dos cirurgiões-dentistas para prescrição de medicamentos comumente utilizados na prática clínica, demonstra desconhecimento sobre onde obter, pesquisar e selecionar adequadamente essas informações. O cirurgião-dentista não sabe e/ou não possui instrumentos para manter-se informado sobre medicamentos e por outro lado, a consulta aos colegas mostra uma rotina de receber informação de forma comodista, sem questionamentos e sem necessidade de pesquisas.

“A gente sempre tem dúvidas e procura consultar os colegas para ajudar nisso.” (Leonardo)

“Recentemente até alguém me ligou, com uma paciente grávida de 8 meses, com muita dor e o colega me ligou perguntando, tava querendo saber qual tipo de analgésico que ele passava, ele tava desesperado porque ele não sabia, eu falei, eu acho que paracetamol é o mais indicado, mas eu não gostaria que você se baseasse na minha resposta, porque isso é uma vaga, assim, eu não posso assinar embaixo, me dê uns minutinhos que te dou esta resposta.” (Wilson)

De acordo com os fragmentos de discurso, pode-se observar que existe troca de experiência entre profissionais para obtenção de informações sobre medicamentos, mas que estes podem possuir as mesmas deficiências de conhecimento para o emprego de medicamentos. Provavelmente, este processo é uma continuidade da graduação, onde a fonte de informação principal sobre medicamentos é o professor. Dentre os alunos pesquisados por Vilaça (2003), 89,9% tem o docente como fonte de conhecimento para realização das prescrições, restando os 10,10% que pesquisam a literatura.

O estudo observou que 41,8% das prescrições para um caso clínico hipotético estavam incorretas. Como as prescrições baseiam-se nas indicações dos docentes, sugeriu que estes também apresentam desconhecimento em relação aos conteúdos de farmacologia e terapêutica (VILAÇA, 2003).

Os estudantes de odontologia têm sido treinados a partir da experiência dos mestres (tanto sucessos como falhas). No entanto, muitas vezes os professores são inconsistentes e contraditórios e levam o aluno a pesquisar por opiniões de expertos e aprender com a experiência clínica, resultando em práticas não-rationais. O novo modelo de aprendizado, baseado em problemas, com revisão sistemática e crítica dos estudos científicos pode ser um veículo para a promoção da conduta baseada em evidências (ISMAIL, 2004).

A experiência pessoal não é rejeitada na odontologia baseada em evidências, sendo que as observações criteriosas, como relatos e séries de casos, tem sua importância, mas devemos reconhecer suas limitações (WANNMACHER, 2007). A qualificação dos estudos de série de casos é VI e o grau de recomendação das opiniões ou experiência clínica de especialistas é D, ou seja, pouco fundamenta as condutas e existe fraca evidência para suportar o uso (FUCHS, 2004).

O trabalho em equipe multidisciplinar foi visto com vantagens pelo entrevistado que trabalha desta forma no sistema público, pois possui fácil acesso a médicos, enfermeiros e farmacêuticos para esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos.

“Tenho sorte de trabalhar em equipe multidisciplinar, então tenho dúvida de alguma coisa, eu pergunto para o farmacêutico, que tem na equipe, se eu tenho dúvida de alguma outra coisa, eu pergunto para o enfermeiro, (...) às vezes eu pergunto para o médico”. (Daniela)

Porém, um entrevistado que atua em hospital público de referência evidenciou um sentimento de desvalorização do cirurgião-dentista em relação à postura dos médicos. Este aspecto é importante, pois pode atrapalhar o desenvolvimento de uma equipe multidisciplinar e integrada. É uma situação que precisa ser mais bem estudada e trabalhada, com o desenvolvimento de ações que diminuam a assimetria de informações entre os profissionais de saúde e promovam sua integração.

“Quem não conhece farmacologia e fisiologia e trabalha no hospital (...) é uma humilhação com as pessoas que não conhecem isso.” (Armando)

“Então acho importante destacar esta parte do não-conhecimento e do desrespeito da classe médica faz com os cirurgiões-dentistas.” (Armando)

Quanto aos Centros de Informação sobre Medicamentos (CIM), uma estratégia de apoio ao uso racional de medicamentos, por prover informação independente sobre medicamentos (imparcial), percebe-se que essa fonte de informação também não foi difundida aos participantes da pesquisa, os quais não possuem conhecimento deste instrumento.

Os centros são independentes de influências externas e devem utilizar a medicina baseada em evidências e deduções transparentes para as recomendações feitas (OMS, 2002). Realiza várias atividades, sendo a mais importante a informação passiva para os profissionais de saúde. Em Brasília, existe o Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (Cebrim), que desempenha suas atividades desde 1992 (VIDOTTI, 2000).

Noblat (2004) analisou o perfil da informação passiva prestada pelo CIM da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia no período de 1997 a 2003 e observou que as informações mais solicitadas foram sobre indicações e uso; identificação, bioequivalência e disponibilidade; reações adversas; posologia e interações medicamentosas e que a maior parte dos solicitantes são farmacêuticos (68%). Neste sentido, Vidotti (2000) analisou informações prestadas por quinze CIM no Brasil e observou que a mediana de solicitações por farmacêuticos foi 59,9%, sendo que os outros solicitantes tiveram mediana de 6%, onde os profissionais de odontologia podem estar inseridos.

Com relação à atualização sobre medicamentos novos, emergiu do estudo a percepção de dependência da indústria farmacêutica para se obter informações a respeito. São utilizadas principalmente fontes de origem comercial, oriunda dos representantes de medicamentos.

“As drogas novas, os representantes sempre trazem as drogas novas e apresentam e no hospital você vai utilizando (...), vai estudando a medida que utiliza. Agora fontes externas não tem. Não tem fontes externas que nos oriente, até mesmo os novos medicamentos que são lançados no mercado, não temos literatura básica sobre ela, isso é uma grande falha.” (Armando)

Existe dificuldade em se obter informação científica principalmente sobre os medicamentos novos e o entrevistado destaca esta falha. Mas, as fontes comerciais não poderiam ser utilizadas como única fonte para manter-se informado. Não é uma prática recomendável e o provável resultado são prescrições irracionais. Principalmente porque a maioria dos medicamentos novos não representa avanços terapêuticos reais, sendo o preço a principal diferença (OMS, 1998). Wannmacher (2007) ressalta que a propaganda da indústria farmacêutica tem o imenso poder de reforçar as idéias mágicas sobre os medicamentos e induz o emprego do que é mais novo e também mais caro.

Praticamente os profissionais de saúde dependem da indústria farmacêutica para informação sobre medicamentos, mas o que mais necessitam é informação objetiva e imparcial, a qual está muito distante da disseminada pela indústria (SOBRAVIME, 2001). Por isso, a OMS preconiza a disponibilidade de informação independente sobre medicamentos como uma das doze principais intervenções para o uso racional de medicamentos (OMS, 2002). Porém, de acordo com representações presentes no estudo, pode-se inferir que as ações instituídas ainda não são suficientes e o problema persiste.

Diante da avaliação dos progressos realizados para o uso racional de medicamentos, a OMS (2007) destaca que a aplicação das políticas para fomentar o uso racional não é o bastante. Se os problemas, dentre eles o seguimento da recomendação de oferecer informação independente sobre medicamentos (incluindo dados comparativos) não forem resolvidos, será impossível cumprir os objetivos da estratégia farmacêutica da OMS. Por exemplo, no período de 1999 a 2003, apenas uns 40% dos Estados Membros apoiavam atividades independentes para proporcionar educação contínua dos prescritores e haviam criado um centro de informação sobre medicamentos (OMS, 2007).

Barros (2004) enquadra a falta de disponibilidade de instrumentos de atualização dos profissionais de saúde que lidam com medicamentos, como um problema persistente apesar das soluções conhecidas, já que quase nada tem sido feito nesse sentido, continuando todos à mercê do fardo material produzido e disseminado pela indústria farmacêutica. Lexchin (1997a) evidencia que há forte correlação entre o comportamento da prescrição irracional e o uso de fontes comerciais de informação.

O conhecimento sobre os medicamentos apresenta constante mudança, devido à experiência com o uso, à introdução de novos medicamentos no mercado e aos avanços tecnológicos. A finalidade de buscar a informação é a de fundamentar condutas, esclarecer dúvidas e atualização sobre terapias com medicamentos, devendo o profissional eleger fontes de informação confiáveis e úteis para embasar suas ações. Wannmacher (2007) ressalta que o tempo de um profissional pode ser escasso, mas não justifica que esteja isento do compromisso de atualizar-se e fundamentar sua prática.

A qualidade da informação a respeito de um medicamento é tão importante quanto a qualidade do princípio ativo. A informação e a promoção de medicamentos podem influenciar em grande medida a forma pela qual os medicamentos são utilizados. O monitoramento e controle destas atividades são partes essenciais de uma política nacional de medicamentos (VIDOTTI, 2000).

6.4 A influência das estratégias promocionais da indústria farmacêutica na prescrição odontológica

A percepção sobre a influência das estratégias promocionais da indústria farmacêutica na prescrição odontológica esteve presente nos discursos de quase todos os entrevistados, ou seja, em nove deles. Tal influência foi confirmada e exemplificada de diversas formas, como na divulgação da indústria farmacêutica dos medicamentos novos, na distribuição de amostras grátis, no oferecimento de vantagens e na distribuição de receituários prontos, tanto sobre a prescrição de medicamentos dos colegas, quanto sobre a própria. Foi destacado por vários entrevistados o uso amplamente difundido entre os cirurgiões-dentistas dos antiinflamatórios inibidores seletivos da COX-2 como repercussão direta da influência da indústria farmacêutica na prescrição odontológica.

Alguns dos entrevistados demonstraram a percepção de que a propaganda de medicamentos direcionada ao cirurgião-dentista é pequena, se comparada aos médicos, mas pelo que foi observado no estudo, é suficiente para influenciar a prescrição odontológica. De um modo geral, os cirurgiões-dentistas que atuam com procedimentos clínicos não percebem a propaganda de medicamentos de forma significativa. Realmente, os especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial percebem a propaganda de medicamentos de forma bastante intensa e massiva.

“Na parte da odontologia é mais restrita, na parte na medicina, o povo ganha muita coisa para passar medicamento.” (Rodrigo)

“A indústria prioriza os médicos, com exceção da equipe buco-maxilo que é bastante assediada pela indústria farmacêutica.” (Oscar)

Diante da divulgação dos medicamentos ao cirurgião-dentista, a influência das estratégias promocionais na prescrição foi confirmada no sentido de que existe a tendência dos profissionais em experimentar os medicamentos divulgados pelos representantes da indústria farmacêutica, para verificar as vantagens e eficácia do medicamento a partir do uso.

“Só pelo folder, ele pode querer experimentar o medicamento.” (Paulo)

“Eu acho que durante a prescrição se eu conseguir identificar alguma vantagem do medicamento, eu costumo prescrever ele.” (Leonardo)

“Quando eles fazem isso, a gente tem que experimentar a medicação para ver se ela realmente é eficaz, mas eu só vou continuar prescrevendo se ela realmente tem algum efeito.” (Maria Ruth)

“Para você conhecer alguma medicação, alguém tem que dizer, olha essa medicação faz isso, isso, isso, promete isso, isso e você só vai saber se ela realmente promete isso se você prescrever e alguém tomar, entendeu?” (Maria Ruth)

Importante destacar que prescrever medicamentos porque é novo ou só para conhecer é uma medida que contraria o uso racional. Antes de prescrever, espera-se que questione e pesquise qual o real benefício deste medicamento, a vantagem terapêutica e os riscos associados, principalmente dos medicamentos novos, dos quais os riscos não são totalmente conhecidos, além de que o profissional não possui subsídios para analisar esses fatores apenas com observação em seu consultório, conforme sugerido pelos fragmentos de discurso destacados.

Quando o medicamento é autorizado para comercialização, a informação obtida é parcial, devido a problemas inerentes ao desenho dos estudos clínicos. Por exemplo, utilizam populações selecionadas, que excluem grupos que futuramente usarão os medicamentos de forma ampliada, como mulheres, idosos e criança e com isso, os conhecimentos sobre segurança são muito pequenos (CAÑÁS, 2008). Wannmacher (2007) ressalta que a velocidade de introdução de novos medicamentos no mercado também condiciona a rápida difusão de uso, comprometendo uma avaliação rigorosa sobre o impacto clínico real dessa adoção terapêutica.

“O profissional que usa o medicamento que está mais novo e mais recente no mercado se sente mais atualizado.” (Oscar)

Neste aspecto, além da curiosidade em experimentar os novos medicamentos divulgados, surge a percepção do entrevistado do culto ao “novo”, conforme explicado por Camargo Jr. (1995), como o culto à tecnologia mais avançada, acriticamente incorporada sem maiores considerações quanto à sua necessidade ou ao seu valor. Os equipamentos e medicamentos de última geração são, com certa frequência, utilizados não em função de suas qualidades técnicas intrínsecas, mas por conta da eficácia da propaganda da indústria farmacêutica.

“Às vezes vemos colegas receitando antibióticos que, para casos, doenças ou quadros em que antibióticos tradicionais serviriam perfeitamente, você vê gente prescrevendo o medicamento de última geração ou uma marca que talvez não tivesse necessidade.” (Oscar)

Um exemplo da eficácia da propaganda da indústria pode ser evidenciado pela escolha inadequada de antibióticos, que muitas vezes recai no “mais moderno”, mesmo que exista uma alternativa convencional e substancialmente mais barata à mão e reflete a presença de representações mais gerais da nossa cultura, onde o “novo” é necessariamente melhor (CAMARGO JR, 1995).

Além disso, importante destacar a alta prevalência no mercado e lançamento de medicamentos denominados “me too”, devido à baixa capacidade inovadora da indústria. Estes medicamentos supostamente novos são na realidade reformulações de alguns medicamentos que estão com patente por vencer, ou moléculas similares a outras em uso, que pouco acrescentam às alternativas existentes e por isso, necessitam de muito mais promoção (CAÑÁS, 2008).

Estes medicamentos novos, sem real inovação, são apresentados com avanços sobre os anteriormente existentes, mas na realidade não oferecem vantagens de eficácia, segurança, conveniência ou custo, podendo gerar confusão e efeitos negativos sobre a saúde (CAÑÁS, 2008).

Os medicamentos “me too” são mais baratos e menos arriscados de se desenvolver e possuem mercado pré-garantido. De 1998 a 2003, dos 487 medicamentos aprovados pela Food and Drug Administration (FDA), 78% foram classificados como possuindo ação terapêutica similar àqueles já introduzidos no mercado e somente 14% dos medicamentos eram realmente compostos novos, que possam trazer melhorias sobre as já existentes (ANGELL, 2004).

Diante das falas dos entrevistados, pode-se observar que os medicamentos mais divulgados pela indústria ao cirurgião-dentista são principalmente antiinflamatórios. Alguns relataram receber propagandas de analgésicos e antibióticos, mas com menor frequência. Neste sentido, no estudo de Trevisol (2006), os professores de medicina entrevistados relacionaram os medicamentos que receberam material promocional nos últimos seis meses. Ao selecionar os dez medicamentos mais comumente citados, observou que a maioria (sete deles) pertence à classe de analgésicos e antiinflamatórios, sendo três inibidores seletivos da COX-2 e um deles da classe dos antimicrobianos.

Da mesma forma, está presente na percepção dos cirurgiões-dentistas importante propaganda dos antiinflamatórios com ação seletiva em COX-2, sendo citados o Vioxx[®] (Rofecoxibe), Arcoxia[®] (Etoricoxibe) e Prexige[®] (Lumiracoxibe). A influência das estratégias promocionais da indústria farmacêutica na prescrição odontológica dos antiinflamatórios inibidores seletivos da COX-2 foi evidenciada por quatro entrevistados. De acordo com os

discursos, estes medicamentos foram apresentados pela indústria farmacêutica com muitas vantagens, como sendo de última geração, bastante eficazes, de posologia única, com reações gástricas menores e com isso, os cirurgiões-dentistas passaram a prescrevê-los.

“A gente sabe que o profissional dentista ele muda muito o uso do antiinflamatório de acordo com o lançamento, com aquele peso que a indústria às vezes, o pouco da participação que a indústria faz para o dentista, que é o Arcoxia[®], o Vioxx[®], foi uma febre.” (Wilson)

“No uso dos coxibes, assim que saíram no mercado, rapidamente todos os profissionais na unidade onde eu trabalhava tavam usando os coxibes, os antiinflamatórios seletivos da COX-2, então acho que isso é um exemplo que realmente influencia.” (Oscar)

O rofecoxib foi intensamente promovido como antiinflamatório mais seguro que os tradicionais, que supostamente teria menos risco de produzir hemorragia gastrointestinal. A aceitação e o êxito nas vendas deste produto se basearam na publicação e difusão de ensaios clínicos comparativos. Porém, irregularidades na realização e análises destes ensaios foram denunciadas, houve omissão da possível toxicidade cardiovascular do rofecoxib, que mais tarde foi confirmada e em 2004, o fabricante o retirou do mercado (CAÑÁS, 2008).

“Ninguém procurou saber se esses medicamentos estavam totalmente aprovados, se eram totalmente seguros, ninguém procurou isso. Todo mundo, inclusive eu, começou a prescrever essas drogas e demos com os burros n'água, porque tive que abandonar o tratamento e voltar para aquilo que era convencional e seguro, então nós fomos influenciados pela propaganda.” (Armando)

O entrevistado evidenciou que muitas vezes são indicados medicamentos sem que se conheçam os efeitos que poderão causar no organismo. Seja por falta de conhecimento ou como no caso, pelo embasamento nas informações incompletas fornecidas pela indústria farmacêutica.

O caso rofecoxib é um exemplo em que o marketing sobrepassou a ciência. Envolveu problemas de segurança de medicamentos, conflitos de interesse na investigação, afetou a prescrição de medicamentos e ocasionou impacto na saúde pública (CAÑÁS, 2008). Perto de 107 milhões de prescrições de rofecoxib foram dispensadas somente nos Estados Unidos, sem que fosse possível considerar seus reais riscos e benefícios, demonstrando necessidade de maior colaboração e definição de princípios entre a indústria, acadêmicos da medicina, revistas científicas e agências governamentais (KRUMHOLZ, 2007).

De acordo com estudos, os antiinflamatórios inibidores seletivos da COX-2 falharam em demonstrar vantagem terapêutica com relação ao ibuprofeno no tratamento da dor dental pós-cirúrgica, são muito mais caros, o risco estimado de desenvolvimento de gastropatia séria é semelhante aos antiinflamatórios não-esteróides convencionais quando usados em curta duração e contribuem para aumentar morbidade cardiovascular e cerebrovascular e mortalidade em pacientes suscetíveis. Com isso, nos raros casos em que inibidores seletivos da COX-2 podem ser apropriados, o paciente deve ser informado sobre potenciais riscos e o medicamento deve ser utilizado pelo menor tempo possível (HUBER, 2006).

Os pacientes com dor aguda necessitam de terapia por curto prazo, usualmente de 2 a 4 dias (HUBER, 2006). Em odontologia, como a duração do tratamento é restrito, é pouco provável que haja incidência de efeitos adversos clinicamente significativos com o emprego tanto dos antiinflamatórios não esteróides convencionais quanto aos inibidores seletivos da COX-2 (ANDRADE, 2006). Porém, o profissional deve considerar que as vantagens no contexto odontológico não são significativas, que esses medicamentos são muito mais caros e que a própria indicação pelo profissional contribui para disseminar o uso destes produtos na comunidade.

Em odontologia, para o controle da dor aguda e crônica, apenas os pacientes que não toleram os analgésicos e antiinflamatórios convencionais, que possuem problemas gastrointestinais sintomáticos ou não e que não possuem severa doença cardiovascular, cerebral ou isquemia renal podem ser considerados o uso dos inibidores seletivos da COX-2 (SPINK, 2005).

Outro fator importante é a experiência acumulada em relação ao medicamento, ou seja, o dentista deve optar pela prescrição de medicamentos mais conhecidos e melhor estudados, evitando os modismos e influências da indústria farmacêutica (LISBOA & COELHO, 2004).

Com relação às visitas dos representantes da indústria farmacêutica, o estudo mostrou que são realizadas nos consultórios particulares, mas principalmente nos hospitais públicos de grande porte e de referência no DF. Desta forma, os representantes de medicamentos abrangem um número elevado de profissionais, em setores com grande número de especialistas. Além disso, conseguem atingir os professores e supervisores de residência odontológica, que seriam os formadores de opinião e os alunos estagiários e da residência.

Mesmo os medicamentos que não estão disponíveis na rede pública do DF, não constando da Relação de Medicamentos do Distrito Federal (Reme-DF), são divulgados nos hospitais públicos. Pode-se supor a idéia de propagação destes medicamentos aos alunos de

odontologia, aos colegas profissionais e aos consultórios particulares. Inclusive, durante a realização de uma entrevista, foi observado um adesivo de propaganda do medicamento Prexige[®] (Lumiracoxibe) no porta-toalhas de um consultório de um hospital público, em local de fácil visão dos pacientes e principalmente dos cirurgiões-dentistas.

“Recebia muito quando trabalhava no Hospital de Base. Lá recebe bastante, constantemente os laboratórios fazem visitas.” (Oscar)

“Aqui no hospital é que recebo muitos representantes, que ficam direto aqui pela manhã e sempre você é forçado a ouvir eles.” (Armando)

Wazana (2000) identificou a extensão e atitudes entre a relação médicos e a indústria farmacêutica e o impacto no conhecimento, atitudes e comportamento dos médicos. As reuniões com representantes da indústria de medicamentos foram associadas a mudanças na prática de prescrição e solicitações médicas para adicionar medicamentos no formulário hospitalar, apesar destas não apresentarem praticamente nenhuma vantagem terapêutica sobre os já existentes no formulário.

O recebimento de amostras grátis foi relatado pela maioria dos entrevistados, principalmente de antiinflamatórios, as quais são geralmente repassadas aos pacientes. Por um lado, alguns não relacionaram o recebimento de amostras grátis e o repasse aos pacientes como tendo influência na sua prescrição e por outro lado, emergiu a consciência de cirurgiões-dentistas sobre as estratégias da indústria farmacêutica e a percepção de que as amostras grátis são utilizadas para influenciar a introdução de novos medicamentos no mercado.

“Eles vem fazer propaganda de antiinflamatório. (...) Intensamente. (...) Arcoxia[®], Prexige[®], nossa, eles vinham, traziam caixas de medicamentos, Vioxx[®] também, todos esses que foram saindo do mercado. Quando eles querem colocar uma medicação no mercado eles fazem isso.” (Maria Ruth)

“Acho que sim, pode influenciar, porque você recebeu (amostras grátis), você já testa aquela droga e se faz sucesso, você começa a prescrever.” (Marina)

De acordo com os estudos analisados por Wazana (2000), o recebimento de amostras grátis foi associado à sensibilização, preferência e rápida prescrição dos medicamentos novos. Quando o produto é novo no mercado, o processo de difusão baseia-se essencialmente na interação entre o médico e os instrumentos de persuasão dos laboratórios, entre os quais o representante é o principal. É por meio destes que o médico recebe as informações básicas para formar o conhecimento que o induzirá a receitar o medicamento. Desta forma, todo o

processo de difusão de um medicamento novo inicia-se no médico através dos representantes do respectivo laboratório inovador (FRANKEL, 2001).

Em um segundo momento, o paciente procura o medicamento novo diretamente na farmácia e realiza a automedicação. Ressalte-se que a pressão do marketing junto ao médico continua, pois é ele que reedita de forma permanente o processo de difusão. Se essa pressão não for exercida de forma permanente, o receituário começa a cair no curto prazo, com efeitos sobre a automedicação no médio e longo prazo. Calcula-se que para um produto com difusão consolidada, a demanda por meio da automedicação represente em torno de 50% da demanda total (FRANKEL, 2001).

Analisando a influência das amostras grátis na prescrição de médicos residentes, Afair (2005) constatou que o acesso à amostra grátis na clínica influencia a decisão de prescrição, o que pode afetar sua educação e o pequeno benefício econômico obtido no começo aos pacientes, resultará no aumento de custos mais tarde, devido à fidelidade à marca. Boltri (2002) avaliou a prescrição de antihipertensivos por médicos em dois períodos, antes e depois da proibição de distribuição de amostras grátis em um programa de residência nos Estados Unidos e constatou que a prescrição de medicamentos de primeira escolha passou de 38% para 61% no período em que as amostras grátis estavam indisponíveis.

Existem iniciativas que proibiram a distribuição de amostras grátis em hospitais. Com isso, espera-se aumentar a prescrição de genéricos, diminuir os custos com medicamentos e evitar que as amostras grátis induzam os médicos a prescrever medicamentos que não seriam a primeira escolha (CHARATAN, 2001).

Outros destinos das amostras grátis citados pelos entrevistados foram para consumo próprio e para a equipe de saúde, o que contribui para a automedicação e também vai de encontro à idéia de valor social da amostra grátis.

“No hospital tudo que entra sai, não dá para todo mundo, aliás, não dá para os funcionários, porque quando chega, o pessoal leva, cada um tem um probleminha que acha que resolve com aquilo.” (Armando)

Foi constatado no estudo de Westfall (1997 apud BOLTRI, 2002), que apenas 54% das amostras grátis de medicamentos vão para os pacientes, o restante é utilizado pelos médicos, familiares e equipe. Todavia, muitos médicos acreditam que as amostras são importantes por permitir fornecimento de medicamentos gratuitos a pacientes carentes. Em estudo nacional nos Estados Unidos, Cutrona et al (2008) observaram que das pessoas que

receberam amostras grátis, uma proporção maior possui seguro de saúde do que os não-segurados e que os mais pobres são menos prováveis de receberem amostras grátis, concluindo que servem como ferramenta de comercialização e não como uma rede de segurança para a população.

Com relação ao recebimento de vantagens, todos os cirurgiões-dentistas relataram receberem brindes dos mais variados, sendo citados blocos de anotação, canetas, chaveiros, calendários, lembrancinhas, inscrições para congressos, amostras grátis, viagens, festas, jantares e presentes. Durante uma das entrevistas, foi presenciado o recebimento de uma agenda de um laboratório, com certa satisfação pelo profissional.

Alguns entrevistados trataram os brindes no diminutivo, com algum desprezo, de forma que não acreditam que esse tipo de propaganda possa ter influência sobre sua prescrição.

“Não acredito que o brinde seja algo que tenha me influenciado a prescrever medicação não.” (Leonardo)

Mas também houve profissional que percebeu e criticou a influência dos brindes sobre a conduta de colegas e com relação ao recebimento de certas vantagens, como viagens e jantares, existe a percepção do componente não-ético embutido e da influência a partir da aceitação destes.

“Já tem colega recomendado só porque ganhou brinde, dentista é muito barato para essas coisas.” (Rodrigo)

“Se eles não fossem influenciáveis, não iriam no jantar e não receberiam os presentes, você entende?” (Armando)

O recebimento de presentes ou o número de brindes recebidos foi correlacionado por médicos como não tendo nenhum impacto no comportamento da prescrição. Já as amostras grátis, educação médica continuada e viagens fornecidas pelas indústrias são sentidas pelos médicos como exercendo mais influência do que os materiais promocionais (WAZANA, 2000). O brinde oferecido pelas indústrias com marcas promocionais do produto representa a “porta de entrada” e um facilitador do contato inicial entre o representante e o profissional prescritor. Uma vez estabelecida a confiança, colaborações mais significativas tendem a aparecer (MOLINARI, 2005).

Pelo recebimento de vantagens relacionadas com a prescrição, financiamentos de cursos, congressos, simpósios e reuniões patrocinados por um laboratório em particular, por tudo isso, não é de se estranhar que muitos médicos pouco a pouco e às vezes sem se darem conta, se encontrem convertidos em propagandistas, fechando-se a todo espírito crítico com respeito a ampliação irracional das indicações. As práticas também são causa de alguns médicos, em lugar de buscar atualização ou informação em publicações médicas independentes, tenham o costume de aterem-se somente em folhetos e publicidades dirigidas a eles (LOMELLI, 2000).

Outro ponto que merece destaque foi a constatação de um entrevistado de que existe direcionamento das estratégias promocionais aos professores. A interação com estes pode ser um importante processo de difusão do produto entre os alunos e colegas de profissão.

“Só agora dando aula o povo começa a dar as coisas. Só ganha alguma coisa quando você vai influenciar o outro a comprar, essa é a idéia que eles tem.”
(Rodrigo)

Campbell (2007) concorda que a indústria foca o marketing nos profissionais que influenciam a prescrição de colegas, como por exemplo, especialistas e líderes de opinião. O autor também ressalta que nos Estados Unidos, os médicos que trabalham sozinhos ou em grupos pequenos também tem maior chance de terem maior relação com a indústria, por serem mais dependentes dos representantes para obterem informação.

Foi também relatado que é freqüente a participação da indústria farmacêutica em cursos e programas de pós-graduação. Geralmente, os professores e responsáveis pelos cursos autorizam essa participação e possuem a visão de que a prática é adequada.

“Congressos, eventos, cursos, programas de pós-graduação, de especialização, sempre há visita e participação da indústria farmacêutica.”
(Oscar)

“E o que é o ideal, é o adequado, o aluno tem que ter conhecimento do que está no mercado e depois, com a orientação do professor, ele vê o que serve para ele, o que é melhor.” (Oscar)

De um lado, as aulas de farmacologia procuram contribuir para a compreensão dos mecanismos de ação e interação das substâncias no organismo e suas possíveis interações terapêuticas, do outro, o propagandista com informações sintéticas, objetivas (nem sempre confiáveis), relacionadas a uma doença, controle ou cura. Este fato, aliado às incertezas e inseguranças do aluno e seu desconhecimento sobre as estratégias e práticas da indústria

farmacêutica na promoção de seus produtos, os deixam extremamente vulneráveis a esta ação (PALÁCIOS, 2008).

No que se refere à intromissão da indústria e suas estratégias de marketing nos espaços acadêmicos, é crescente a preocupação das autoridades quanto aos malefícios que podem causar à tarefa dos docentes e à formação dos prescritores. Barros (2008) e Palácios (2008) esperam que seja implementada a recomendação da Associação Brasileira de Escolas Médicas de proibir a atuação dos propagandistas da indústria farmacêutica nos hospitais universitários ou em qualquer outro espaço relacionado ao ensino da medicina e repudia os docentes que permitem a presença destes representantes. A exemplo da área médica, a odontologia poderia aderir à iniciativa.

Angell (2000) relatou que a indústria influencia as escolas médicas de múltiplas formas. Os estudantes, frente à constante tutela de representantes da indústria farmacêutica, aprendem a prescrever mais do que provavelmente deveriam e que para cada problema existe uma pílula. Eles também se acostumam a receber brindes e favores da indústria que usa estas cortesias para influenciar educação continuada. Além disso, membros da faculdade que fazem trabalhos para a indústria farmacêutica podem desviar de seu compromisso com a missão educacional. Ressalta que estes comentários não diminuem a importância do espetacular avanço de terapias e diagnósticos possíveis com novos medicamentos ou produtos, nem o valor da cooperação entre a academia e a indústria, mas deve-se considerar nas condições de mercado os dois lados mantendo suas normas e a ética.

Além disso, a divulgação de produtos odontológicos em geral é explorada para propaganda de medicamentos. Existe a associação entre a indústria de medicamentos e a de produtos para a saúde, para a divulgação conjunta.

“Estavam vendendo a marca da questão de implantes e eles já tinham o direcionamento tanto da parte da indústria farmacêutica com relação aos medicamentos, quanto da parte da indústria dos implantes para utilização do sistema.” (Rodrigo)

Outra estratégia citada por três entrevistados com potencial influência na prescrição odontológica foi a distribuição de formulários na forma de receituários, que já possuem um esquema terapêutico com medicamentos de determinada indústria. Estes receituários foram criticados pelos entrevistados, mas seu efeito foi destacado, pois são práticos para serem utilizados e a informação constante destes medicamentos fica memorizada.

“Geralmente já vem até o receituário pronto, com a posologia, vem tudo prontinho, carimba e...” (Marina)

“Você recebe no seu consultório formulários que já vem como se fosse um receituário, tem o logo da empresa (...), aquele medicamento vai ficando na sua memória e aumenta talvez a quantidade de vezes que o medicamento é prescrito.” (Leonardo)

“Então o que as pessoas querem é o tal padrão, há me dá uma lista, me dá um receituário pronto, que eu só vou por...” (Wilson)

Neste caso, o profissional prescreve os medicamentos de forma acrítica, nem sequer escolhe o esquema terapêutico, ficando a cargo da indústria farmacêutica. Prefere a praticidade e esquemas prontos, mas o uso racional de medicamentos advém de um processo lógico, baseado em informações objetivas e não uma ação reflexa, uma receita, ou resposta a pressões comerciais (OMS, 1998).

Os entrevistados relataram ter utilizado estes receituários e também evidenciaram que perceberam colegas utilizando, com a ressalva que provavelmente para aqueles casos clínicos, os medicamentos constantes do receituário pronto seriam os mais indicados realmente. O estudo evidenciou que devido a estes receituários prontos, os profissionais abandonaram o medicamento de eleição, mesmo que de forma provisória.

“Vem o receituário prontinho. Tem casos usei, não usei todos do Spidufen[®], acabei voltando, até por questão de valores, mas acho que tudo que facilita você acaba usando.” (Marina)

Diante deste problema, o novo regulamento sobre propaganda de medicamentos veda a propaganda ou publicidade de medicamentos e de empresas em qualquer parte do bloco de receituário médico (BRASIL, 2008b).

Os receituários prontos são entregues pelos representantes de medicamentos em visitas, mas também foi relatado em entrevista que são enviados junto com revistas de odontologia. Dois dos entrevistados relataram perceberem divulgação de medicamentos em revistas da área e jornais de associações de classe.

“Jornal, revistas, divulgam massivamente, as próprias revistas, né, chegam com o receituário de tal medicamento já pronto.” (Henrique)

“A gente percebe também nos jornais das associações que chegam a nossa casa, a gente vê muita propaganda.” (Leonardo)

As revistas de odontologia e jornais das associações geralmente recebem financiamento da indústria para divulgar seus produtos ou pesquisas, sendo uma maneira de influenciar a prescrição, já que a distribuição é abrangente, a todos os profissionais associados e de alguma forma demonstram credibilidade por estarem associados a estes veículos. Com relação às revistas médicas, Smith (2005 apud CAÑÁS 2008) afirma que muitas destas dependem dos anúncios pagos da indústria farmacêutica para manterem-se, sendo que a publicação dos estudos clínicos originais em revistas médicas reconhecidas no mundo é o método mais efetivo de propaganda de medicamentos dirigida aos profissionais de saúde.

Dentre os nove entrevistados que acreditam que a propaganda de medicamentos exerce influência na prescrição odontológica, seis deles reconheceram que a propaganda influencia ou já influenciou a própria prescrição. Diferente do encontrado no estudo de Trevisol (2006), no qual a maioria dos professores entrevistados consideram que são raramente ou nunca influenciados pela indústria farmacêutica, ao mesmo tempo que referem que os colegas são frequentemente ou sempre influenciados. O autor também se refere ao estudo de Noble (1993), que relata que a maioria dos profissionais considera que os colegas podem ser influenciados, mas que eles mesmos não se sentem influenciados pelas pressões da indústria.

6.4.1 A percepção sobre as informações fornecidas pela indústria farmacêutica

Quando solicitados a emitir opinião a respeito das informações fornecidas pela indústria farmacêutica, pode-se constatar a percepção da maioria dos entrevistados de que esta informação apresenta caráter comercial e direcionamento a favor da empresa, são tendenciosas e que muito dos estudos apresentam vieses.

“Eu jamais vou vender um produto e colocar uma pesquisa dando resultado errado, isso não faz sentido.” (Rodrigo)

“Você tem que ler com parcimônia, pois é muito perigoso o laboratório ter financiado este trabalho e este trabalho ser cheio de vieses.” (Armando)

“As informações da indústria farmacêutica são muito direcionadas, para o produto comercial deles, mas de qualquer forma, são sempre válidas.” (Oscar)

Nos últimos anos, tem aumentado de forma notória o número de estudos financiados exclusivamente pela indústria farmacêutica (CAÑÁS, 2008). Os ensaios patrocinados pelas empresas, com maior frequência tendem a salientar resultados positivos e estes contam com maior probabilidade de serem selecionados para apresentação em eventos científicos e serem prontamente publicados, de preferência em revistas que desfrutam de grande número de leitores (COLLIER, 2002 apud BARROS, 2004). No caso de estudos clínicos com resultados negativos, frequentemente aparecem tempos depois do lançamento do produto. A inclusão dos ensaios clínicos em revistas é um instrumento utilizado pela indústria para valorizar seu produto, mas nem sempre representa validade científica ou evidência elevada e não deve ser aceito sem maiores críticas (BARROS, 2004).

Apesar disso, as informações fornecidas pela indústria farmacêutica foram consideradas pela maioria dos entrevistados como válidas e importantes como fonte de conhecimento e atualização profissional, principalmente sobre os medicamentos novos.

“Eu acho que eles trazem informação, eu acho que sempre existe informação no que eles trazem, que é um ponto positivo.” (Leonardo)

“Quando vem um representante que sabe passar, bem informado, eu acho legal. Porque a gente pegar a bula e ler, eu acho que não é todo mundo que faz isso, você vai deixando ali na gaveta e letrinha pequena, aí eu acredito que é mais o que o representante passa.” (Marina)

“O que eles falam é tudo decorado, mas pelo ao menos você conhece uma droga nova, que você tem que aprender sobre ela.” (Armando)

No mesmo sentido, o estudo de Trevisol (2006) constatou que 74,8% dos estudantes de medicina que participaram de sua pesquisa relataram que a indústria farmacêutica poderá contribuir para sua prática profissional e que para 41,7% deles, as informações dadas pelos representantes de medicamentos são boas ou ótimas.

Os entrevistados consideram que as ações dos representantes da indústria de medicamentos importantes, adequadas e boas. Esta é uma prática bastante aceita e não foi questionada. Apenas um entrevistado relatou certa pressão para recebê-los, mas de qualquer forma, ressaltou a importância das informações recebidas.

“São sempre válidas, trazem posologia, mecanismo de ação e tudo mais de cada produto que eles comercializam, pesado o direcionamento do produto do laboratório, mas acho que são válidas também, acho válida, importante, é bom para os profissionais se atualizarem, verem o que tem de novo no mercado.” (Oscar)

“Eu acho que a ação foi correta, eles me apresentaram o produto, as vantagens, as indicações, como eles devem fazer na área médica.” (Wilson)

Ao mesmo tempo em que os cirurgiões-dentistas têm a consciência do direcionamento da indústria farmacêutica, eles confiam e contam com a propaganda para se informar sobre medicamentos. Percebem que as informações são tendenciosas e que existe influência na prescrição, mas mesmo assim as utilizam e as consideram como importante fonte de conhecimento e talvez não percebam que a propaganda da indústria farmacêutica não apresenta os fundamentos para prescrição racional e que os levará a prescrever de forma menos adequada. Lexchin (1997a) ressalta que o uso da informação publicitária significa prescrever menos apropriadamente.

A própria fala de um entrevistado sobre a ação do representante de medicamentos mostra que, o que vem em sua mente, é a apresentação das “vantagens e indicações” do produto, demonstrando como existe ênfase nestas informações. Trabalhos relatam desequilíbrio nas informações contidas nas propagandas, sendo que indicação, apresentação e posologia, que favorecem o uso do medicamento, são mais frequentes e com maior destaque em tamanho e cor do texto. Já as informações que restringem o uso, como contra-indicação, advertências, precauções e reações adversas, quando presentes, são pouco destacadas e de difícil visualização (MASTROIANNI, 2008).

A revista *Prescrire*, que mantém, na França, uma rede de vigilância das atividades dos propagandistas, chegou a conclusão de que continuam oferecendo informações equivocadas a respeito da inocuidade ou eficácia dos medicamentos. Constatou-se que o problema mais grave dizia respeito às indicações, sendo que 68% das informações fornecidas sobre medicamentos não estavam de acordo com as fichas técnicas do produto e, em apenas 10% dos casos, explicitavam as advertências e efeitos adversos, sendo que as interações medicamentosas foram mencionadas em somente 8% das visitas (BARROS 2004).

Alguns participantes da pesquisa, conscientes de que as informações fornecidas pela indústria farmacêutica são comerciais e considerando o ponto de vista ético, ressaltaram buscar literatura e confirmar as informações repassadas pela indústria farmacêutica. Neste ponto, existe uma incoerência, pois quando a categoria fontes de informação sobre medicamentos foi analisada, observou-se que os cirurgiões-dentistas buscam informações praticamente em fontes oriundas da indústria farmacêutica e em sites não-científicos.

Estudantes de medicina realizaram análise crítica das visitas de propagandistas, conforme proposto por Puente (2008) e evidenciaram, entre outras coisas, que a informação trazida pelos representantes de medicamentos é muito limitada e mostram o medicamento como perfeito, com um mínimo de reações adversas, mas é uma responsabilidade do

profissional não se conformar com a informação recebida, e investigar a fundo em fontes acadêmicas seguras, para não ser um fator de iatrogenia ao paciente.

Além dos profissionais não terem o costume de buscar informações científicas sobre medicamentos e de avaliar criteriosamente as informações fornecidas pela indústria farmacêutica, é difícil discernir se o que é apresentado na propaganda possui embasamento científico, se os dados são fidedignos, se estão completos, dentre outros, o que favorece a influência da propaganda.

Em pesquisa que avaliou a comprovação científica de informações divulgadas em apresentações de representantes farmacêuticos, foi detectada uma taxa de 11% de afirmações falsas. No entanto, apenas 26% dos médicos que assistiram as apresentações detectaram pelo menos uma dessas incorreções (ZIEGLER, 1995 apud TREVISOL, 2006).

Mastroianni (2008) analisou a fidedignidade e veracidade das informações contidas nas propagandas de medicamentos psicoativos fornecidas aos médicos. Observou falta de exatidão nas mensagens, que os resultados positivos eram privilegiados e que mensagens de eficácia, segurança e custos nem sempre estavam respaldadas por estudos científicos.

Como os entrevistados consideram a literatura fornecida pela indústria farmacêutica importante fonte de conhecimentos, dentre os profissionais que não percebem a ação da indústria farmacêutica tão intensa, houve inclusive manifestações a favor de aumentar a propaganda de medicamentos junto ao cirurgião-dentista, inclusive provenientes de entidade representante da classe e de gestor.

“Na verdade a indústria, ela ainda não descobriu a odontologia.” (Wilson)

“Eu acho que deveria participar mais, acho que o quanto mais você pudesse interagir profissional indústria melhor.” (Wilson)

O entrevistado reconhece que existe o risco dos cirurgiões-dentistas serem influenciados pela propaganda, se não tiverem conhecimento suficiente. Analisando sob este aspecto, como os cirurgiões-dentistas relataram possuir conhecimentos insuficientes sobre medicamentos e não utilizar fontes de informação independentes de medicamentos, certamente serão influenciados pelas estratégias promocionais da indústria farmacêutica.

“O risco às vezes seria o profissional se deixar levar com uma propaganda por falta de conhecimento.” (Wilson)

“Se a pessoa tem pouco conhecimento, quanto menos conhecimento você tem, mais você é influenciado.” (José Carlos)

Foi citado ainda que uma das causas para o conhecimento limitado sobre medicamentos seria a menor atuação da indústria farmacêutica junto aos cirurgiões-dentistas.

“O cirurgião-dentista eventualmente recebe visita de representantes para divulgação dos produtos e distribuição de literatura sobre medicamentos, também por isso, o conhecimento do cirurgião-dentista não é tão abundante.” (Oscar)

Ao contrário, Wolfe (2002 apud BARROS, 2004) afirma que a educação de médicos e pacientes é demasiada importante para que fique nas mãos da indústria farmacêutica com suas campanhas pseudocientíficas que tem mais que nada propósitos promocionais. Para Angell (2004), a profissão médica tem largamente abdicado sua responsabilidade de educar estudantes e médicos para a prescrição medicamentosa, que está sendo erroneamente sustentada pela indústria farmacêutica. O mesmo deve ser aplicado para a odontologia.

Existem faculdades de medicina britânicas que deixaram de investir em farmacologia clínica para se concentrar em pesquisas, muitas não possuem farmacologistas clínicos no corpo docente. A indústria farmacêutica prontificou-se a preencher o vazio terapêutico, fornecendo módulos gratuitos aos alunos e visitas às empresas, mas de alguma forma, os cursos são promocionais. Profissionais que discordam, ressaltam que é uma denúncia grave algumas escolas de medicina não possuem um departamento de farmacologia e salientam preocupação com as dificuldades em se manter a objetividade no ensino (COOMBES, 2009).

Os cirurgiões-dentistas consideram as informações fornecidas pela indústria farmacêutica como fonte de conhecimento e não percebem que, devido às limitações desta fonte de informação, não são suficientes para escolha terapêutica racional, que a influência da propaganda pode levar à adoção de práticas menos adequadas e consequências aos pacientes. Ao contrário da percepção de alguns entrevistados, a menor atuação da indústria farmacêutica junto aos cirurgiões-dentistas é um ponto positivo.

A indústria elege estratégias cada vez mais pródigas, agressivas e com novidades para promover seus produtos e tudo indica que uma agressiva mercadização continuará a elevar-se. Com isso, as reformas para prevenir abusos relativos à publicidade e promoção de fármacos deve ser parte de um conjunto de estratégias para melhorar a prescrição (LEXCHIN, 1997b).

As alternativas de informação e atualização independentes da indústria farmacêutica devem ser institucionalizadas e destinadas aos profissionais da odontologia, os quais devem ser sensibilizados, ensinados e orientados para a prática do uso racional de medicamentos e para o desenvolvimento de atitude crítica frente à informação sobre medicamentos fornecida pela indústria farmacêutica.

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os conhecimentos adquiridos sobre terapêutica medicamentosa pelos cirurgiões-dentistas foram considerados limitados e insuficientes para uma correta e segura prescrição, sendo também identificadas deficiências de conhecimentos para o uso de anestésicos locais. A graduação e os cursos realizados não fornecem subsídios necessários para terapêutica racional.

Existe falta de interesse por parte de alguns profissionais no estudo da terapêutica medicamentosa, motivados pela complementaridade e menor frequência da prescrição, pela verificação de poucos problemas relacionados ao uso de medicamentos e pelo maior interesse por cursos que possibilitem maior retorno financeiro.

O entendimento sobre uso racional de medicamentos é limitado, se confunde com a decisão de utilizar os medicamentos somente quando necessário. Os preceitos de uso do medicamento apropriado às necessidades clínicas, na dose e tempo adequados e a um menor custo, foram parcialmente observados. A prescrição da dose correta foi a mais relacionada ao uso racional; o uso do medicamento apropriado às necessidades clínicas foi resumido à indicação certa e precisa; o tempo adequado de tratamento foi pouco destacado e apenas um entrevistado relacionou o menor custo ao uso racional de medicamentos.

Nos critérios e passos utilizados para a prescrição de medicamentos, a anamnese, o diagnóstico e fatores de segurança do medicamento foram bastante citados, mas o fornecimento de informações aos pacientes e a confirmação de que entendam foram fracamente lembrados, bem como o monitoramento do tratamento não foi citado.

Todos os entrevistados demonstraram desconhecimento da proposta da OMS para o uso racional de medicamentos e da Política Nacional de Medicamentos. Existe deficiência de difusão ao cirurgião-dentista das políticas de promoção do uso racional de medicamentos, suas estratégias, intervenções e instrumentos, o que restringe sua participação na formulação destas políticas e a efetivação do uso racional de medicamentos na odontologia.

A fonte de informação sobre medicamentos mais utilizada pelos cirurgiões-dentistas é o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, seguida por pesquisas em sites de busca na Internet e os livros didáticos. Foi evidenciada a consulta aos colegas para esclarecer dúvidas sobre medicamentos. Não é comum o acesso ao site da Anvisa e os entrevistados não possuem conhecimento da existência dos Centros de Informação sobre Medicamentos, do

Formulário Terapêutico Nacional e da Rename, estratégias e instrumentos para o uso racional de medicamentos.

A principal fonte de informação para atualização sobre medicamentos novos identificada neste estudo é a proveniente da indústria farmacêutica, por meio dos representantes de medicamentos. Existe dificuldade de obtenção de informação independente sobre medicamentos e falta difusão da informação sobre as existentes.

Está presente a percepção de influência das estratégias promocionais da indústria farmacêutica na prescrição odontológica, principalmente pela divulgação de medicamentos novos por meio dos representantes da indústria farmacêutica, diante da distribuição de amostras grátis e seu posterior repasse e prescrição para experimentar o medicamento, pela distribuição de receituários prontos já com o esquema terapêutico com medicamentos de determinada indústria e no oferecimento de algumas vantagens, como presentes e jantares.

A sensibilização, a rápida prescrição e o uso amplamente difundido entre os cirurgiões-dentistas dos antiinflamatórios inibidores seletivos da COX-2 foram atribuídos diretamente à influência da propaganda da indústria farmacêutica na prescrição odontológica.

Os cirurgiões-dentistas que atuam com procedimentos clínicos não percebem a propaganda de medicamentos de forma significativa, mas todos recebem algum tipo de propaganda, a qual é suficiente para influenciar a prescrição. Percebem que a indústria farmacêutica concentra sua atuação promocional junto aos médicos e cirurgiões-dentistas que atuam com procedimentos cirúrgicos, principalmente junto aos especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial.

A dependência das fontes de origem comercial para informação sobre medicamentos foi demonstrada, na medida em que os cirurgiões-dentistas, apesar de perceberem que as informações fornecidas pela indústria farmacêutica serem tendenciosas e com vieses, as consideram importante fonte para conhecimento e atualização profissional sobre medicamentos.

Dentre os profissionais que consideram pouco intensas as estratégias da indústria farmacêutica junto ao cirurgião-dentista, houve manifestações a favor de seu aumento, para maior informação e desenvolvimento de maior conhecimento sobre o uso de medicamentos.

Os cirurgiões-dentistas não possuem atitude crítica diante das informações fornecidas pela indústria farmacêutica e não percebem que estas informações não são suficientes para escolha terapêutica racional e que a influência da propaganda pode levar à adoção de práticas menos adequadas e consequências aos pacientes.

Os dados apontam para necessidade de aprimoramento dos conteúdos acadêmicos e formas de abordagem, com aproximação da farmacologia e terapêutica e inclusão de temas relativos ao uso racional de medicamentos, como as políticas estratégicas, questões de propagandas de medicamentos, descoberta e lançamento de medicamentos novos, condutas baseadas em evidências, busca e seleção de fontes de informação e leitura crítica de artigos.

Os temas devem ser desenvolvidos na graduação, onde estas mudanças podem ser iniciadas e devem ser contínuos na vida profissional, com estes assuntos inseridos nas pós-graduações, aperfeiçoamentos e outros cursos a que o cirurgião-dentista tem acesso, para sensibilizar e despertar conseqüente interesse e maior preocupação sobre terapêutica medicamentosa por parte dos cirurgiões-dentistas e efetivar a realização de práticas racionais.

Importante promover a interdisciplinaridade, para o desenvolvimento do raciocínio clínico e para melhor prática profissional prescritiva, além do estímulo a realização de trabalhos em equipes multiprofissionais, para integração do cirurgião-dentista com outros profissionais de saúde.

A deficiência de difusão junto aos cirurgiões-dentistas da proposta da OMS e das estratégias e instrumentos existentes para a promoção o uso racional de medicamentos precisa ser suplantada. Os profissionais da odontologia ficam alheios à discussão política e ao envolvimento com o que é mundialmente difundido e preconizado.

Diante da importância do assunto e do pouco que os cirurgiões-dentistas demonstraram conhecer, é necessário que sejam desenvolvidas ações governamentais de informação e educação acerca dos aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos junto a esses profissionais. Importante destacar que o ensino para o uso racional de medicamentos deve contemplar as especificidades da odontologia, com temas e casos clínicos da área, possibilitando o interesse dos profissionais e maior aplicabilidade prática.

Estas ações podem ser complementadas com o estabelecimento de parcerias com os conselhos de classe, associações da odontologia, instituições de ensino e secretarias de saúde. Os representantes destas entidades, apesar de não terem conhecimento das políticas para promoção do uso racional de medicamentos, mostraram-se favoráveis ao desenvolvimento de ações de educação, informação e difusão científica sobre o uso racional de medicamentos. Em um primeiro momento então, seria importante colocar à disposição destas entidades as orientações pertinentes, para que possam participar ativamente do processo.

Diante da disponibilidade de meios para divulgação de informações na atualidade, as mais variadas formas podem ser utilizadas para informar, interagir com o profissional e dar visibilidade às ações, como veiculação em jornais e nos sites das entidades representativas da

classe, encaminhamento aos cirurgiões-dentistas de mensagens eletrônicas e boletins informativos sobre uso de medicamentos, distribuição de literatura pertinente, realização de palestras, cursos gratuitos e mais do que isso, é necessário o estabelecimento de uma política de comunicação, coordenada e permanente, multicêntrica e polifônica, articulada com os campos da educação e informação em saúde.

É necessário prover os cirurgiões-dentistas de informação independente sobre medicamentos, que seja imparcial, com comparação de medicamentos, de fácil acesso e consulta, direcionadas para seu âmbito de atuação, desenvolvendo novas estratégias e difundindo as já existentes para a classe odontológica.

A propaganda direcionada ao cirurgião-dentista não é tão intensa, mas suficiente para influenciar a prescrição. O controle da promoção farmacêutica faz parte do conjunto de estratégias para a prescrição racional. As práticas de regulação e fiscalização sobre a propaganda de medicamentos devem ser intensificadas, impondo restrições à distribuição de amostras grátis, de brindes e vantagens, às visitas dos representantes de medicamentos e garantindo a eliminação da distribuição dos receituários prontos.

Como a maior dificuldade de obtenção de informação é relativa aos medicamentos novos e que é grande a pressão promocional da indústria farmacêutica com relação a estes medicamentos e principalmente nos hospitais públicos, poderiam ser desenvolvidos cursos de atualização nos hospitais em parceria com as secretarias de saúde.

As ações da indústria farmacêutica junto aos médicos são intensas e efetivas, então a busca por outros profissionais era previsível. A influência das estratégias promocionais sobre a prescrição do cirurgião-dentista ressaltadas no estudo demonstra que a questão chegou ao domínio da odontologia. É preciso desenvolver ações que estimulem atitude crítica sobre as informações fornecidas pela indústria farmacêutica e a conduta baseada em evidências científicas. Os cirurgiões-dentistas com informações e educação adequadas sobre uso de medicamentos podem se conscientizar de seus atos e refletir sobre seu papel na sociedade e no uso de medicamentos em uma perspectiva ampliada.

Se a indústria farmacêutica ainda não descobriu a odontologia e os cirurgiões-dentistas estão carentes de informação e educação sobre uso de medicamentos, está na hora que o governo e entidades promotoras do uso racional de medicamentos o façam, com o estabelecimento de uma política de inclusão destes profissionais prescritores.

REFERÊNCIAS

AFAIR, R. F; HOLMGREN, L. R. Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial. *The American Journal of Medicine*, V. 118, 2005, 881-884.

ALBAGLI, S. Divulgação científica: informação científica para a cidadania? *Ciência da Informação*, Brasília, v. 25, n. 3, set/dez, 1996.

AMORIM, A. G.; SOUZA, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a Bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, (periódico da internet) 25/2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=781. Acesso em: 31 mar. 2009.

ANDRADE, E. D. *Terapêutica medicamentosa em odontologia*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas Divisão Odontologia, 2006.

ANGELL, M. Is academic medicine for sale? *The New England Journal of Medicine*. V. 342(20), 18 mai. 2000, 1516-1518.

ANGELL, M. Excess in the pharmaceutical industry. *Can. Med. Assoc. J.* Dec 2004; 171 (12): 1451-1453. Disponível em: <http://cmaj.ca/cgi/content/full/171/12/12451>. Acesso em: 02 mai. 2009.

AQUINO, D. S. Porque o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13 (Sup): 733-736, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2009.

ARAÚJO, I. S. Razão polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social. *Perspect. Ciênc. Inf.* Belo Horizonte, n. especial: 46-57, jul/dez, 2003.

ARAÚJO, I. S. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface – comunicação, saúde, educação/* fundação UNI/UNESP, Botucatu, SP: 2004, 8(14): 165-178.

ARAÚJO, I. S; CARDOSO, J. M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, R. C. Fontes de informações sobre medicamentos. In: SILVA, P. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1293-1297.

BARBOSA, P. F. T. *Uso racional de medicamentos: as representações de prescritores e dispensadores*. 64 p. Dissertação de Mestrado. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, 2007.

BARROS, J.A.C. *Propagandas de medicamentos: atentado à saúde?* São Paulo: Hucitec-SOBRAVIME, 1995.

BARROS, J. A. C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2008.

BARROS, J. A. C. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4): 891-898, 2002.

BARROS, J.A.C. *Políticas Farmacêuticas: A serviços dos interesses da saúde?* Brasília: UNESCO, 2004.

BARROS, J. A. C. Antigas e novas questões: enfrentando uma conjuntura desfavorável. In:

BARROS, J. A. C (Org). *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: Anvisa, 2008. p. 145-200.

BIZZO, M. L. G. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100031&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2008.

BOLTRI, J. M.; GORDON. E. R; VOGEL, R. L. Effect of antihypertensive samples on physician prescribing patterns. *Fam. Med.*, 2002; V. 34(10), 729-731.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 24 set. 1976.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 79.094, de 05 de janeiro de 1977. Regulamenta a Lei 6360, que submete ao Sistema de Vigilância Sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 jan. 1977.

BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica de produtos para saúde utilizando seres humanos. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996.

BRASIL. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 102, de 30 de novembro de 2000. Aprova o Regulamento sobre propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto seja a divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos de produção nacional ou importados, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº126, de 16 de maio de 2005. Dispõe sobre publicação da 1ª Edição do Compêndio de Bulas de Medicamentos (CBM) e a disponibilização do Bulário Eletrônico da Anvisa. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 mai. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Promoção, Publicidade e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. Relatório de Atividades 2004-2006. Brasília: Anvisa/Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/propaganda/relatorio_atividades_gprop_web_031007.pdf. Acesso em 01 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.555, de 27 de junho de 2007. Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jun. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1883, de 9 de setembro de 2008. Aprova o Formulário Terapêutico Nacional da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2006. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 set. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de dez. de 2008b.

BRESCO-SALINAS, M et al. Susceptibilidad antibiótica de las bacterias causantes de infecciones odontogénicas. *Med. oral patol. oral cir.bucal (Internet)*. Madrid, v. 11, n. 1, 2006. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2008.

BRITTO, T. A.; CASTILHO, L. S.; PAIXÃO, H. H. Os estudantes de odontologia e a (in)segurança para prescrever medicamentos. *Arq. Centro Estud. Curso Odontol*; 32(1):51-64, jan.-jun. 1996.

CALDEIRA, T. R.; NEVES, E. R. Z; PERINI, E. Evolução histórica das bulas de medicamentos no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n.4, p. 737-743. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n4/03.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2008.

CAMARGO JR, K. R. Medicina, medicilização e produção simbólica. In: PITTA, A. M. R. (Org). *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1995. p. 13-25.

CAMPBELL, E. G. et al. A national survey of physician-industry relationships. *The New England Journal of Medicine*. V. 356(17), 26 abr. 2007, 1742-1750.

CAÑÁS, M. Medicina baseada em La evidencia, conflictos de interes y ensayos clínicos. In: BARROS, J. A. C (Org). *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: Anvisa, 2008. p. 145-200.

CAPEHART, K. L. Prescription medications: effect on healthcare costs and dentistry. *Dent Today*, 2005: v. 24 (4), p. 12-14.

CARDOSO, J. M. Práticas e modelos de comunicação na saúde: alguns elementos para pensar uma política de comunicação para a vigilância sanitária. In: COSTA, E. A; RANGEL-S, M. L (Orgs). *Comunicação em vigilância sanitária: Princípios e diretrizes para uma política*. Salvador: EDUFBA, 2007. p. 57-78.

CARVALHO, E. M. O. F; LAGE-MARQUES, J. L. Internet – um recurso didático. *Revista da ABENO*, v. 7 (1), p. 63-67, 2007a. Disponível em: http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2007/abeno%207-1.pdf. Acesso em: 31 abr. 2009.

CARVALHO, V. A. P; BORGATTO, A. F; LOPES, L.C. Avaliação do nível de conhecimento e atualização dos cirurgiões-dentistas da rede pública de São José dos campos sobre a indicação terapêutica de antiinflamatórios não-esteróides. *Rev C S Col* [periódico na internet] 2007b; [cerca de 14 p.] . Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2729. Acesso em: 30 abr. 2009.

CASTRO, R. C. F. Impacto da internet no fluxo da comunicação científica em saúde. *Rev. Saúde Pública*. n. 40 (Esp), p.57-63, 2006.

CASTILHO, L.S. *Perfil de prescrição de antimicrobianos, analgésicos e antiinflamatórios sistêmicos do cirurgião-dentista, clínico geral, em consultórios particulares da região metropolitana de Belo Horizonte*. 193f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

CASTILHO, L.S. Prescrição de medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 33 (3): 287-94, 1999.

CEBRIM-CFF. *Boletim Farmacoterapêutica* - Ano XIII – n. 1 a 3 jan-jun, 2008. Disponível em: <http://www.cff.org.br/revistas/65/63a68.pdf>. Acesso em: 06 set. 2008.

CHARATAN, F. Hospital bans free drug samples. *West J. Med.* 2001, v. 174 (4): 236-237.

COOMBES, R. Indústria farmacêutica prontifica-se a preencher o vazio terapêutico. *British Medical Journal*, Porto Alegre, v. 2, nº 10, p.12-15, fev. 2009.

CORDÓN, J. A. *A inserção da odontologia no SUS – avanços e dificuldades*. Tese de Doutorado. 181 p. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da UnB; 1998.

COSTA, E. A. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 357-387.

COSTA, E. A. Medicamento: uma abordagem interdisciplinar. In: *Anais da VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde*. Brasília: Anvisa, 2005. p. 71-75.

COSTA, E. A. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2 ed. São Paulo: SOBRAVIME, 2004.

CUTRONA S. L. et al. Characteristics of recipients of free prescription drug samples: a nationally representative analysis. *American Journal of Public Health*, feb., v. 98, nº 2, 2008.

DAILEY, Y. M.; MARTIN, M.V. Are antibiotics being used appropriately for emergency dental treatment? *British Dental Journal*, 191(7); 391-393, 2001.

FAGUNDES, M. J. D. et al. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (1): 221-229, jan-mar. 2007.

FERREIRA, M. B. C. Anestésicos locais. In: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. *Farmacologia Clínica para Dentistas*. 3 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 154-178.

FEUERWERKER, L. C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*, v. 3 (1), p. 24-27, 2003. Disponível em: http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/feue.pdf. Acesso em: 31 mar. 2009.

FONTANELLA, V; SCHARDOSIM, M; LARA, M. C. Tecnologias de informação e comunicação no ensino da odontologia. *Revista da ABENO*, v. 7 (1), p. 76-81, 2007. Disponível em: http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2007/abeno%207-1.pdf. Acesso em: 31 mar. 2009.

FRANKEL, J. O mercado farmacêutico brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços. In: BARJAS, N; DI GIOVANNI, G (Orgs). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001. p. 157-174.

FUCHS, F. F; WANNMACHER, L; FERREIRA, M. B. C. (Eds). *Farmacologia clínica: Fundamentos da terapêutica racional*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

GARRAFA, V.; MELLO, D.R; PORTO, D. *Bioética e Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2007.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER; GASKELL. G. (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

GUÊNES, G. M. T, *et al.* Investigação da automedicação em Odontologia pelos pacientes que procuram os serviços de saúde odontológicos dos centros de saúde municipais da cidade de Campina Grande. *International Journal of Dentistry*, v. 2, no 1 2003, 211-215. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/view/28/24> . Acesso em: 04/05/09.

HEINECK, I. Análise da publicidade de medicamentos veiculada em emissoras de rádio do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(1):193-198, janeiro, 1998.

HOLANDA, G. Z. Perfil da prescrição de colutórios, analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos por cirurgiões-dentistas na região metropolitana do Recife/PE. *Rev. Cons. Reg. Odontol. Pernamb*, 4 (1) 49-57, 2001.

HUBER, M.A; TEREZHALMY, G. The use of COX-2 inhibitors for acute dental pain: a second look. *J Am. Dent. Assoc* 2006, v. 137, p480-487. Disponível em: <http://jada.ada.org/content/full/137/4/480>. Acesso em: 29 abr. 2009.

ISMAIL, I.A; BADER, J.D. Evidence-based dentistry in clinical practice. *J Am Dent Assoc* 2004; 135; 78-83. Disponível em <http://jada.ada.org/cgi/content/full/135/1/78>. Acesso em: 29 jul. 2008.

KASPER, E. *Gestão pública em odontologia: dificuldades e perspectivas*. Dissertação de Mestrado. 88p. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da UFRGS, 2001.

KRUMHOLZ, H. M; ROSS, J. S; PRESLER, A. H; EGILMAN, D. S. What have we learnt from Vioxx? *British Medical Journal*, 2007; 334:120-123 (20 January). Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7585/120>. Acesso em: 24 abr. 09.

LAZZARIN, H. C.; NAKAMA, L., CORDONI JUNIOR, L. O papel do professor na percepção dos alunos de odontologia. *Saúde soc.* [online]. 2007, vol. 16, no. 1, p. 90-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/09.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2009.

LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LEFÈVRE, F. Comunicação social e mídia: lógica sanitária e lógica popular. In: COSTA, E. A; RANGEL-S, M. L (Orgs). *Comunicação em vigilância sanitária: Princípios e diretrizes para uma política*. Salvador: EDUFBA, 2007. p. 115-124.

LEXCHIN, J. Uma fraude planejada: a publicidade de medicamentos no Terceiro Mundo. In:

BONFIM, J.R.A. e MERCUCCHI, V.L. (orgs). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997a. p. 269-289.

LEXCHIN, J. O controle da promoção farmacêutica. In: BONFIM, J.R.A. e MERCUCCHI, V.L. (orgs). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997b. p. 293-304.

LISBOA, S. M; COELHO, M. M. *Farmacoterapia: temas de interesse em odontologia*. Belo Horizonte: CRO-MG, 2004. 40p.

LOMELÍ, A. La publicidad, la promoción de los medicamentos y la ética médica. *Fármacos*, v. 3, n. 1. Jan. 2000. Disponível em: <http://www.boletinfarmacos.org/download/jan00.pdf>. Acesso em 28 abr. 2009.

MACHUCA, GM; ESPEJO, GJ, GUTIERREZ, AL; HERRERA, CJ. Análisis de la prescripción antibiótica em uma farmácia comunitária. *Pharm Care Esp*, 2000; 2 (6): 411-419.

MALAMED, S. F. Manual de anestesia local. 5 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

MARQUES, T; JESUS, A. M. B. Práticas de comunicação em vigilância sanitária: experiências e desafios. In: COSTA, E. A; RANGEL-S, M. L (Orgs). *Comunicação em vigilância sanitária: Princípios e diretrizes para uma política*. Salvador: EDUFBA, 2007. p. 133-147.

MASTROIANNI, P. C; NOTO, A. R; GALDUROZ, J. C. F. Propagandas de medicamentos psicoativos: análise das informações científicas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, Junho, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6789.pdf>. Acesso em 24 abr. 2009.

MEDEIROS, E.A.S; STEMPLIUK, V.A; SANTI, L.Q; SALLAS, J. (Coordenadores). *Curso uso racional de antimicrobianos para prescritores*. São Paulo: OPAS, ANVISA, CGLAB/SVS/MS e Universidade Federal de São Paulo, 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: *Política Nacional de Medicamentos*, 2001. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 25 ago. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estudo Comparado: Regulamentação da propaganda de medicamentos*. Brasília: Editora MS, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamento. *Plano de Ação*, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_acao_urm_28122007.pdf. Acesso em: 05 jul. 2008.

MOYNIHAN, R. Formadores de opinião: especialistas independentes ou representantes da indústria disfarçados? *British Medical Journal*, Porto Alegre, v. 1, n. 5, p. 276-277, ago. 2008.

MOLINARI, G. J. P; MOREIRA, P. C. S; CONTERNO, L. O. A influência das estratégias promocionais das indústrias farmacêuticas sobre o receituário médico na Faculdade de Medicina de Marília: uma visão ética. *Rev. Bras. Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, mai-ago, p. 110-118, 2005.

NASCIMENTO, A. C. “*A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado*”. *Isto é regulação?* 124p. Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

NASCIMENTO, M. C. Medicamentos, comunicação e cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10 (sup): 179-193, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a20v10s0.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2009.

NOBLAT, L; MARTINS, R; COSTA, L. Perfil de las informaciones pasivas del Centro de Información de Medicamentos de la Facultad de Farmacia de la Universidad Federal de Bahía. *Farm Hosp (Madrid)*, v. 8, nº 5, p. 356-360, 2004.

OMS. – Organização Mundial de Saúde. *Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacêutica de la OMS*. Informe de la Secretaria. EB118/6, de 11 de mayo de 2006. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_6-sp.pdf. Acesso em: 30 jun. 2008.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Uso Racional de los Medicamentos*. Informe de la Conferencia de Expertos. Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1986.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Criterios éticos para la promoción de medicamentos*. Ginebra: OMS, 1988. Disponível em: <http://www.who.in/medicines/espanho/criterioseticos.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2008.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Guia para a Boa Prescrição Médica*. Trad. Cláudia Buchweitz. Porto Alegre: Artmed, 1998.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica*. Trad. NAF/DCB/ENSO/FIOCRUZ. Genebra: Suíça, 2001.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*. Ginebra: WHO, 2002. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.3_spa.pdf. Acesso em: 20 jun. 2008.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacêutica de la OMS*. Informe de la Secretaria. A60/24, de 22 de marzo de 2007. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_24-sp.pdf. Acesso em: 22 jun. 2008.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. *Los medicamentos esenciales en la región de las Américas: Logros, dificultades y retos*. Lima: OPS, 2007. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/ths/ev/DocTecnico-Meds%20Esencs%20en%20laRegi%C3%B3n-2007.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2008.

PACHECO, C. M. F. Avaliação da prescrição de medicamentos realizada por cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte. *Revista do CROMG*, v.6 n.2, maio/ago, 2000.

PALÁCIOS, M; REGO, S; LINO, M. H. Promoção e propaganda de medicamentos em ambientes de ensino: elementos para o debate. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, v. 12, n. 27, p. 893-905, out/dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a18v1227.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2009.

PALMER, N.O. A. et al. An analysis of antibiotic prescriptions from general dental practitioners in England. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* (2000) (46), 1033-1035.

PITTA, A. R. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* v. 4, n. 7, p. 61-70, 2000.

PITTA, A. R. Por uma política de comunicação em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 11 (1), p. 85-93, 2002.

PIZZOL, F. D; SILVA, T; SCHENKEL, E. P. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Públ*, Rio de Janeiro, 1998, v. 14 (1): 85-91.

POVEDA RODA, R. et al . Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs in dental practice: A review. *Med. oral patol. oral cir.bucal (Internet)*. Madrid, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462007000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jun 2008. Pré-publicação.

POVEDA RODA, R. et al. Antibiotic use in dental practice: A review. *Med. oral patol. oral cir.bucal (Internet)*. Madrid, v. 12, n. 3, 2007b. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462007000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jun 2008. Pré-publicação.

PUENTE, J. M. T. La promoción de los medicamentos en el contexto curricular de farmacología en las escuelas de medicina. In: BARROS, J. A. C (Org). *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: Anvisa, 2008. p. 113-133.

RANGEL-S, M. L; MARQUES, T; COSTA, E. A. Risco, vigilância sanitária e comunicação: subsídios para uma política de proteção e promoção da saúde. In: COSTA, E. A; RANGEL-S, M. L (Orgs). *Comunicação em vigilância sanitária: Princípios e diretrizes para uma política*. Salvador: EDUFBA, 2007. p. 13-40.

RUBINSTEIN, F; SIQUEIRA, C.R.J; GARRAFA, V. Relação entre indústria farmacêutica e Estado na propaganda de medicamentos. In: GARRAFA, V; MELLO, D.R; PORTO, D. *Bioética e Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2007.

SACCO, R. C. C. S. *Vigilância sanitária dos produtos odontológicos: informação para ação*. 64 p. Dissertação de Mestrado. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, 2007.

SECCO, L. G; PEREIRA, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 9 (1): 113-120, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19828.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2009.

SILVA, R. A; MARQUES, F. D; GOES, P. S. A. Fatores associados à automedicação em dor de dente: análise a partir dos profissionais dos estabelecimentos farmacêuticos da cidade do Recife, PE. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008, v. 13 (supl), p. 697-701. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s0/a19v13s0.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2009.

SIXEL, P.J. Observações atuais da prescrição de medicamentos em Odontologia. *Rev Bras Odontologia*; 52 (1): 2-6, jan-fev, 1995.

SOARES, J. C. R. S. “Quando o anúncio é bom, todo mundo compra”. O projeto monitorAÇÃO e a propaganda de medicamentos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10 (sup): 179-193, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a13v13s0.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2009.

SOBRAVIME – Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. *O que é uso racional de medicamentos*. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Acción Internacional para la Salud – América Latina y El Caribe – São Paulo: Sobravime, 2001.

SPINK, M; BAHN, S; GLICKMAN, R. Clinical implications of cyclo-oxygenase-2 inhibitors for acute dental pain management: benefits and risks. *J Am. Dent. Assoc* 2005, v. 136, p1439-1448. Disponível em: <http://jada.ada.org/content/full/136/10/1439>. Acesso em: 29 abr. 2009.

TORTAMANO, N; ARMONIA, P. L. *Guia Terapêutico Odontológico*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2001.

TREVISOL, D. J. *Influência da propaganda da indústria farmacêutica na prescrição de medicamentos em escolas de medicina: a experiência em Tubarão, Santa Catarina*. 125p. Dissertação de Mestrado. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2006.

VIDOTTI, C. C. F. et al (Orgs). *Centros de Informação no Brasil: análise diagnóstica no Brasil*. Conselho Federal de Farmácia, Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

VILAÇA, E.L. *Será que os alunos da macro-disciplina de clínica integrada de atenção primária da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais sabem prescrever: antiinflamatórios, analgésicos e antibióticos?* 144f. Tese de Doutorado – Faculdade de São Paulo, São Paulo, 2003.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. *Farmacologia Clínica para Dentistas*. 2 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. *Farmacologia Clínica para Dentistas*. 3 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

WAZANA, A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? *JAMA*. 2000;283:373-380. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/283/3/373>. Acesso em: 24 abr 09.

WHO - World Health Organization. *WHO drug information*, 1999; 13 (2): 61-64. Disponível em <http://82.77.46.154/gsdldata/collect/whodruginfo/index/assoc/s14172e/s14172e.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2008.

ZILBOVICIUS, C. *A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal*. 111p. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2005.

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 028-08 / CEP-ISC

Registro CEP: 025-08/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: “A percepção do uso racional de medicamentos na Odontologia.”

Pesquisador Responsável: Renata Rodrigues de Figueiredo

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 28 de outubro de 2008, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 29 de outubro de 2008.

7/ **Leny Alves Bomfim Trad**
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
 Rua Padre Feijó, 29 – Canela
 CEP 40.110-170 Salvador – BA
 Tel: (71) 3283-7407

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar, como entrevistado, da pesquisa intitulada “Uso racional de medicamentos na odontologia: conhecimentos, percepções e práticas”, realizada por Renata Rodrigues de Figueiredo, mestranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

O objetivo deste trabalho é descrever e compreender a perspectiva dos cirurgiões-dentistas no uso de medicamentos.

Você será entrevistado pela própria pesquisadora, respondendo a perguntas sobre temas relacionados ao uso de medicamentos. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não acarretará penalização ou prejuízo algum.

A pesquisa será devidamente publicada, será garantido o sigilo do participante, com dados divulgados de forma a impossibilitar sua identificação.

Suas contribuições serão extremamente importantes para as ações de promoção do uso racional de medicamentos, especialmente as voltadas para os profissionais de odontologia.

Este documento está em duas vias e você receberá uma cópia deste termo. A qualquer tempo você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, realizando contato com a pesquisadora, cujos telefones são: (61) 3448-1071 / (61) 9232-1199.

Nome e assinatura da pesquisadora

Declaro que li e entendi este termo, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte do estudo.

Brasília, de de 2008.

Assinatura do entrevistado

ANEXO C – Roteiro Semi-estruturado para Entrevista

- 1) Caracterização do entrevistado
 - a. Ano de formação
 - b. Instituição de ensino em que se formou
 - c. Especialidade
 - d. Opinião sobre os conhecimentos adquiridos na graduação, especialização ou outros cursos sobre terapêutica medicamentosa
- 2) Qual a importância você atribui à prescrição de medicamentos na prática clínica?
- 3) Quais os passos e critérios você utiliza durante o processo de prescrição?
- 4) O que você entende sobre uso racional de medicamentos?
- 5) Você conhece alguma proposta, diretriz, política nacional ou internacional sobre uso racional de medicamentos?
 - a. Conhece a proposta da OMS para o uso racional de medicamentos?
- 6) Você sente alguma dificuldade ou possui dúvidas no uso e prescrição de medicamentos?
- 7) Diante dessas dúvidas, quais as fontes de informação sobre medicamentos você utiliza?
- 8) Quais as estratégias de promoção de medicamentos junto ao cirurgião-dentista você percebe?
 - a. Questionar sobre os recursos utilizados na promoção de medicamentos (artigos, folders, brindes, amostras grátis, cupons de descontos, congressos)
 - b. Questionar se recebe visitas de representantes de medicamentos no consultório
- 9) O que você acha sobre as informações fornecidas pela indústria farmacêutica?
- 10) Você percebe que seus colegas são influenciados pela propaganda na prescrição de medicamentos? Exemplifique. E com relação à sua prática?
- 11) Quais seriam as melhores formas para educação continuada ou atualização profissional sobre uso de medicamentos?