

# UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO -ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa  
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde

### **A Importância das Tipologias de Hipertensos no Comportamento de Prescrição dos Médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal**

Dissertação de Mestrado apresentada por:  
**Marta Alexandra Dias Almeida**

Orientador :  
Prof. Doutor Reinaldo Aníbal Gomes Proença



165 861

**Évora**  
**Abril 2008**

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

## **MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa  
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde

### **A Importância das Tipologias de Hipertensos no Comportamento de Prescrição dos Médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal**

Dissertação de Mestrado apresentada por:  
**Marta Alexandra Dias Almeida**

Orientador :  
Prof. Doutor Reinaldo Aníbal Gomes Proença

**Évora**  
**Abril 2008**

## Índice

<b>RESUMO</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>" The importance of hypertension patient typologies on the prescription behavior of general and family doctors in Portugal Continental"</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I – VISÃO GERAL DA TESE</b> .....	11
<hr/>	
<b>1) Organização</b> .....	11
<b>1.1) Tema/tópico de investigação</b> .....	11
<b>1.2) Importância do tema</b> .....	13
<b>1.3) Aspecto económico-financeiro da terapêutica da Hipertensão Arterial</b> .....	14
<b>1.4) Importância da entidade reguladora da prescrição- INFARMED</b> .....	19
<b>1.5) Guidelines Internacionais no tratamento da HTA</b> .....	21
<b>1.6) Objectivos da investigação</b> .....	21
<b>1.7) Estrutura da dissertação</b> .....	23
<b>CAPÍTULO II –REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	25
<hr/>	
<b>2) Modelos de comportamento da prescrição médica</b> .....	25
<b>2.1) Avaliação do modelo de expectativas e valores da medição das atitudes para o comportamento da prescrição médica – Bennet e Harrel (1974)</b> .....	25
<b>2.2) Modelo de Fishbein</b> .....	27
<b>2.3) O modelo de Hemminki (1975)</b> .....	31
<b>2.4) Os factores de influência no processo de decisão – Hemminki (1976)</b> .....	34
<b>2.5) Modelo Jonh Lilja - Como os médicos escolhem os seus medicamentos (1976)</b> .....	35
<b>2.6) Modelo cognitivo – Segal e Hepler (1982)</b> .....	39
<b>2.7) Modelo de Segal e Hepler- Crenças e valores dos médicos prescritores como prognóstico da escolha de medicamentos (1982)</b> .....	40
<b>2.8) Modelo de prescrição de medicamentos – Segal e Hepler (1982)</b> .....	41
<b>2.9) Modelo de decisão médica- a escolha do medicamento como um processo de problema-solução - Segal e Hepler (1985)</b> .....	46
<b>2.10) Modelo (1985)</b> .....	46
<b>2.11) Modelo comportamental</b> .....	50
<b>2.12) Modelo de Mancuso, Rose, e outros no processo de decisão terapêutica do médico (1987)</b>	51

2.13) Modelo de Denig e outros - A escolha dos medicamentos (1988).....	55
2.14) Constituição do modelo de Denig.....	56
2.15) Modelo de Chinburapa e Larson - A previsão da intenção de prescrição e avaliação dos atributos dos medicamentos (1988).....	60
2.16) Modelo de comportamento da decisão terapêutica – Denig e Ruskamp (1992).....	64
2.17) As decisões de prescrição médica – Modelo de Chinburapa e outros (1993) .....	68
2.18) Modelo de Chinburapa (1993) - baseado no Modelo de Beach e Mitchell (1978).....	70
2.19) Proença (2000) - Modelo de Tipologia do Paciente (Patient Typology Model) .....	72
2.20) Denig e Witteman e Schouten (2002) - Âmbito e natureza das decisões de prescrição feitas pelos clínicos gerais.....	76
2.21) Modelo organizacional - Rede de Médicos Sentinela (2001) .....	83
2.22) Síntese.....	86
2.23) Matriz de Modelos de Comportamento da Prescrição Médica .....	102
2.24) Estudos exploratórios sobre o comportamento da prescrição médica .....	104
2.25) A existência da tipologia do utente hipertenso no comportamento da prescrição médica .....	105
2.26) Tipologias do paciente psiquiátrico (1988) .....	106
2.27) Estudo da Tipologia do utente hipertenso português-Rede de Médicos Sentinela (2005) .....	109
2.28) Estudos sobre prescrição médica .....	110
2.29) A decisão da prescrição médica – estudos descritivos ou exploratórios do comportamento da prescrição - até Fisbein e Ajzen (1975).....	112
2.30) Contributo da nova teoria organizacional para o problema - decisão no diagnóstico clínico .....	121
2.31) A relação médico-paciente na decisão de prescrição .....	122
2.32) Reflexão final sobre a revisão bibliográfica.....	125
<b>CAPÍTULO III – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>126</b>
<hr/>	
3) Introdução.....	126
3.1) Razões do estudo .....	126
3.2) Objectivo geral do estudo .....	126
3.3) Metodologia .....	126
3.4) Amostra .....	127
3.5) Objectivos de análise fase qualitativa.....	127
3.6) Método e técnica de recolha de dados qualitativa.....	127

<b>3.7) Objectivos de análise fase quantitativa .....</b>	<b>128</b>
<b>3.8) Método e técnica de recolha de dados quantitativa .....</b>	<b>129</b>
<b>3.9) Pré-teste do inquérito.....</b>	<b>129</b>
<b>3.10) Taxa de resposta .....</b>	<b>130</b>
<b>3.11) Classificação dos dados.....</b>	<b>130</b>
<b>3.12) Tratamento de dados .....</b>	<b>131</b>
<b>3.13) Metodologias .....</b>	<b>131</b>
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS .....</b>	<b>133</b>
<hr/>	
<b>4) Análise e resultados.....</b>	<b>133</b>
<b>4.1) Principais tipologias de utentes hipertensos .....</b>	<b>133</b>
<b>4.2) Análise:.....</b>	<b>144</b>
<b>4.3) Outras tipologias de utentes hipertensos.....</b>	<b>145</b>
<b>4.4) Atributos e benefícios de classes terapêuticas .....</b>	<b>145</b>
<b>4.5 ) MEC – Means and Chain Value (Mapa de atributos, benefícios e valores ) .....</b>	<b>146</b>
<b>4.6) Discussão de resultados da fase qualitativa .....</b>	<b>153</b>
<b>4.7) Resultados da fase quantitativa .....</b>	<b>155</b>
<b>4.8) Resultados informáticos da análise estatística.....</b>	<b>155</b>
<b>4.9) Perfil geral da amostra .....</b>	<b>156</b>
<b>4.10) Análise do perfil do médico:.....</b>	<b>162</b>
<b>4.11) Princípio geral de abordagem farmacológica da HTA essencial, sem qualquer patologia associada, para utentes de 3 classes etárias.....</b>	<b>163</b>
<b>4.12) Questão 7- Opção Terapêutica associada ao tipo de HTA.....</b>	<b>168</b>
<b>4.13) Análise Factorial de Correspondências: Terapêuticas e tipo de HTA.....</b>	<b>172</b>
<b>4.14) Resumo: Perfil do Médico quanto à classe de prescrição.....</b>	<b>174</b>
<b>4.15) Análise Factorial de Correspondências entre patologia e terapêutica.....</b>	<b>175</b>
<b>4.16) Questão nº 8- Análise Factorial de Correspondências – Patologia e terapêutica.....</b>	<b>177</b>
<b>4.17) Questão nº9 -Análise factorial entre classes terapêuticas e utentes com HTA com e sem patologia associada .....</b>	<b>179</b>
<b>4.18) Análise do perfil médico em utentes de meia idade com patologia.....</b>	<b>180</b>
<b>4.19) Análise por Centro de Saúde e patologia associada no utente hipertenso de meia-idade (45-65 anos):.....</b>	<b>181</b>
<b>4.20) Análise por idade do médico e patologia associada no utente hipertenso de meia-idade (45-65 anos de idade): .....</b>	<b>182</b>

4.21) Resumo: análise por idade do médico e patologia associada no utente hipertenso de meia-idade (45-65 anos de idade): .....	183
4.22) Análise por sexo do médico e patologia associada no utente hipertenso de meia-idade (45-65 anos):.....	184
4.23) Análise por Administração Regional de Saúde e patologia associada ao utente de meia-idade.....	185
4.24) Análise de terapêutica por (Escola Médica) do Médico de Medicina Geral e Familiar e prescrição no utente hipertenso de meia-idade com patologia associada .....	187
4.25) Questão N° 14- Análise factorial de correspondências entre o utente com HTA e patologias associadas e classes terapêuticas .....	188
4.26) Análise Factorial – entre Patologias e Frequência da HTA nos eixos retidos .....	193
4.27) Questão n°9- Grau de concordância nas opções farmacológicas .....	194
4.28) Questão n° 10- Opção terapêutica na presença de HTA da mulher em período perimenopáusico .....	195
4.29) Questão N°10 - Análise Factorial de Correspondências .....	199
4.30) Percentagem de mulheres com HTA no total de hipertensos existentes no ficheiro do médico.....	202
4.31) Questão N°12 - Opção Terapêutica para hipertenso idoso com patologia associada .....	202
4.32) Questão n° 12 - Análise Factorial de Correspondências.....	203
4.33) Análise Factorial de Correspondências entre patologias e Terapêuticas nos eixos retidos .....	205
4.34) Questão n° 13 - Opção Terapêutica na presença de um hipertenso originário de outros países.....	206
4.35) Questão n°14 - Relação entre patologias do utente hipertenso e frequência da HTA .....	208
4.36) Análise factorial de correspondências entre patologias e frequência da HTA.....	210
4.37) Abordagem terapêutica inicial para doentes com HTA entre 45 -65 anos, sem patologia associada.....	212
4.38) Cruzamento entre o nível de concordância e a terapêutica prescrita pelo médico para a HTA em doentes de meia-idade.....	212
4.39) Níveis de concordância entre as perguntas 14 a) e 14d) .....	214
4.40) Fármacos utilizados com maior frequência no tratamento da HTA.....	214
4.41) Conclusão .....	215
4.42) Análise da prevalência da HTA .....	216
4.43)Variação da prescrição entre o Meio Urbano/Meio Rural.....	217
4.44) Resumo: Análise Factorial de Correspondências.....	217

<b>4.45) Análise Factorial de Correspondências entre patologias do utente idoso e terapêuticas ..</b>	<b>218</b>
<b>4.46) Variação da prescrição em função da raça do utente.....</b>	<b>218</b>
<b>4.47) Nome dos fármacos mais indicados por classe terapêutica.....</b>	<b>219</b>
<b>4.48) Estudo comparativo aos fármacos indicados pelo estudo do IMS de 2005/2006.....</b>	<b>220</b>
<b>CAPÍTULO V – Conclusões finais.....</b>	<b>221</b>
<hr/>	
<b>5) A importância da tipologia do utente na prescrição clínica.....</b>	<b>221</b>
<b>5.1) Novas pistas para a prescrição médica.....</b>	<b>222</b>
<b>5.2) Limitações da investigação.....</b>	<b>224</b>
<b>5.3) Sugestões para o contexto da saúde portuguesa no tratamento da hipertensão.....</b>	<b>224</b>
<b>5.4) Novos caminhos/implicações empresariais.....</b>	<b>224</b>
<b>6) Bibliografia.....</b>	<b>227</b>
<b>7) Anexos.....</b>	<b>237</b>
<hr/>	

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, o meu reconhecimento ao Professor Doutor Reinaldo Proença pela sua disponibilidade em não só orientar esta tese, como ao longo de toda esta investigação me ter incentivado sempre com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e também calor humano. A ele devo, portanto, muito do que aqui tenho e para ele o meu bem-haja.

À Dra Maria de Lurdes, Directora da Biblioteca da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa o meu especial agradecimento pela sua prontidão em colaborar na minha pesquisa bibliográfica, que nem sempre foi fácil.

Não posso também esquecer todos os médicos de Medicina Geral e Familiar que comigo colaboraram e sem os quais o meu trabalho não se podia concretizar.

Os meus amigos: Carlos Antunes pela preciosa ajuda no levantamento bibliográfico quando o meu tempo era escasso e a minha ansiedade aumentava, Pedro Nunes, colega e amigo pela sua colaboração, Rogério Rebelo que enquanto foi profissional da Indústria Farmacêutica, sempre se esforçou para ajudar sempre que era necessário porque acreditava que este trabalho seria possível, à minha colega Patrícia, à Susana Dutra, à Mónica Almeida pela disponibilidade e dedicação que puseram na minha investigação sempre quando era preciso, João Pais, (do Centro de Saúde de Alvalade), à Enfermeira Neusa do Centro de Saúde de Cascais, à Filipa Abreu pelo empenho e colaboração perante a fase difícil do meu trabalho de campo, sem esquecer a Dra. Vanda Cerejeira, o Dr. André do ISEL e à Dr<sup>a</sup>. Neuza pelo interesse, dedicação e disponibilidade na recta final desta investigação.

À Mediações pela forma como conduziram os trabalhos adjudicados.

Finalmente ao meu marido Samuel, aos meus pais, e à minha querida avó que, tal como sempre, estiveram ao meu lado em todos os momentos de alegria e desânimo que tive.



## RESUMO

Este estudo teve como finalidade investigar a importância das tipologias de utentes com Hipertensão Arterial na aproximação terapêutica dos médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal Continental.

Pretendeu-se investigar que:

A prescrição do médico é alterada em função das tipologias do utente hipertenso (tipo de doenças, idade, sexo, raça, rendimento, nível de escolaridade).

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, que na primeira fase é de carácter qualitativo, tendo sido desenvolvidas entrevistas realizadas a médicos de Medicina Geral e Familiar com um ficheiro de utentes hipertensos em vários Centros de Saúde da Região da Grande Lisboa.

Seguiu-se uma fase quantitativa, com base num inquérito por questionário, depois de ser seleccionada uma amostra aleatória de dois mil cento e setenta e oitenta (2180) médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal Continental.

A presente investigação confirma a importância das tipologias no comportamento de prescrição dos médicos de Medicina Geral e Familiar no tratamento da HTA em Portugal Continental.

## ABSTRACT

### **" The importance of hypertension patient typologies on the prescription behavior of general and family doctors in Portugal Continental"**

The main form of this study investigates the importance of typologies of patients with Arterial Hypertension about the therapeutic decision of medical prescription in the General and Familiar Medicine in Portugal Continental.

It was intended to investigate two different hypotheses relationed with the medical prescription:

(1) The regime of medical prescription modifies in function of the typologies of the hypertensive patient (type of illnesses, age, sex),

(2) These patient typologies define the existence of a inter and intra therapeutic medical classes.

One is about a study of qualitative and quantitative nature witch was developed in some Centers of Health of the Region of the Great Lisbon, through interviews carried through doctors of General and Familiar Medicine with a filing-cabinet of hypertensive patients.

This present research confirms the importance of the patient typologies in the prescription behaviour of the General and Familiar doctors in the treatment of the Arterial Hypertension in Continental Portugal.

## CAPÍTULO I – VISÃO GERAL DA TESE

### 1) Organização

Este capítulo inicia com a apresentação do tópico de investigação. Na primeira parte, é apresentada uma revisão geral da tese e são enunciados os passos dados para a concretização deste estudo exploratório. O capítulo termina com uma súmula da estrutura da tese.

#### 1.1) Tema/tópico de investigação

Nesta investigação, propõe-se compreender a aproximação que o médico faz entre cada tipologia e a prescrição do fármaco: porque é que o médico a altera, e em que tipologia há alteração de um fármaco por outro.

A prescrição racional de medicamentos é um elemento fundamental num sistema de saúde de qualidade (Formulário Europeu de Medicamentos, 1998). O aumento do número de novos fármacos, novas indicações terapêuticas, novas apresentações, o aumento disponível da informação que nem sempre é de fácil acesso, doentes cada vez mais informados e exigentes; e a preocupação generalizada com o controlo das despesas em medicamentos são alguns dos factores que podem dificultar o processo de decisão terapêutica (Furtado e Pereira, 2006).

A prescrição é um dos actos mais importantes e simultaneamente mais quotidianos do exercício da actividade médica (Carvalho, 1998).

*“Prescrever é uma das principais funções médicas do clínico geral (Gilleghan, 1991), e que parece ter tido origem em 1542: prescrever tem sido o centro da prática clínica desde o Acto de 1542, o denominado Quack Charter, que permitiu aos farmacêuticos, fornecer legalmente, simples ervas medicinais aos pacientes. Contudo, a pesquisa sobre o comportamento da prescrição da clínica geral data de 1949. Em Portugal não existe investigação académica sobre o comportamento da prescrição médica na clínica geral” (Proença, 2000: pág.1)<sup>1</sup>.*

O receituário médico é portanto uma actividade diária, mas também complexa e até de certo modo, multifacetada da actividade médica, que se desenvolve face à sua formação, aos seus conhecimentos, face ao diagnóstico do paciente, ao próprio paciente e às condições e possibilidades que o médico tem de o administrar.

O seu exercício rege-se por um código deontológico do artº 96 cuja elaboração de uma receita obedece aos seguintes requisitos: ser redigida em língua portuguesa, manuscritas a tinta com letra bem legível, ou dactilografada de forma legível, sem abreviaturas não consagradas e devidamente datadas;

---

<sup>1</sup> “Prescribing is one of the central medical functions of general practitioners (Gilleghan, 1991) and it seems to have begun in 1542: Prescribing has been at very core of general practice since an Act of 1542, the so-called “Quack’s Charter”, permitted our forebears the apothecaries to supply simple herbal medicines to patients legally. However, research into the prescribing behaviour of general practitioners (GP) dates from 1949 (Bradley, 1991). In Portugal there is no academic research on GP’S prescribing behaviour” ( Proença, 2000: pág.1).

devendo as doses consideradas menos normais ser convenientemente assinaladas, designadamente através da simultânea menção por extenso e por algarismos, por sublinhado ou por qualquer outra forma julgada adequada ( Pina, 1994).

Daqui, conclui-se que a prescrição médica é um acto independente cuja posição da Ordem dos Médicos relativa à prescrição de medicamentos sempre se orientou pela salvaguarda do inviolável princípio da liberdade de prescrição e, ao mesmo tempo, pela recusa de qualquer tentativa legislativa que permitisse qualquer modificação na prescrição.

Prescrever é parte da arte de consultar, não deverá acontecer de forma aleatória, e refinar essa arte é na perspectiva do autor, parte essencial da economia da prescrição (Ryde, 1981).

O exercício desta prática está carregado de hábitos enraizados no conhecimento de cada profissional, crenças, verificações e experimentações do produto no doente, influências profissionais, pessoais e as do mercado farmacêutico e ou da indústria farmacêutica em geral.

Por isso, não será de espantar que a prescrição médica seja alvo de olhares curiosos e interessados pela indústria farmacêutica, pelo Governo e pela sociedade em geral.

Face aos resultados e aos factos obtidos, surge a necessidade de planear a estratégia mais adequada para diminuir o risco cardiovascular, nomeadamente através de atitudes individuais e/ou grupo, de educação para a saúde, de prevenção primária, secundária e terciária, de gestão de materiais, humanos e económicos e de necessidades formativas ( Eurotrials, 2005: pág.1).

Ora é neste contexto que importa conhecer o comportamento da prescrição do Médico de Medicina Geral e Familiar em Portugal Continental no tratamento da HTA.

A prescrição continua a ser um acto confinado estritamente à classe médica, cujas opções de prescrição de um fármaco em detrimento de outro são reservadas, não só porque a sociedade de um modo em geral deixa essa tarefa a cargo do seu responsável (o médico), mas também porque o próprio sistema, político, legislativo e social assim tem conduzido o tema.<sup>2</sup>

Embora nesta investigação seja necessário identificar a existência de diferentes tipologias do utente hipertenso, importa conhecer a aproximação terapêutica do médico de Medicina Geral e Familiar na hipertensão. Sabe-se que o comportamento da prescrição na hipertensão arterial em Portugal ainda foi pouco investigado.

No que respeita a informação e estudos relevantes sobre a prescrição médica e as tipologias do utente, a APIFARMA (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica), não possui quaisquer estudos quer sobre modelos de comportamento da prescrição médica em Portugal, quer sobre a definição de tipologias do utente.

Ao questionar a própria instituição, a resposta remeteu para a publicação de estudos realizados pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Infarmed), sobre o comportamento racional da prescrição médica, que reúne algumas directrizes internacionais terapêuticas e um trabalho feito em conjunto por especialistas internacionais incluindo médicos, profissionais de saúde e avaliadores de qualidade, que pouco veio a acrescentar ao existente na bibliografia internacional.

Dada a escassez da investigação quer sobre a aproximação que o médico de Medicina Geral e Familiar faz entre cada tipologia e a prescrição do fármaco assim como a importância que essa mesma

---

<sup>2</sup> Porém, em Portugal a informação disponível e acessível à sociedade em geral sobre o comportamento da prescrição de fármacos éticos e mínima, senão quase nula. O alerta dos autores para os preconceitos que existem no processo de prescrição ainda não foi considerado um factor negativo que tivesse sido referenciado ou observado nos diversos modelos de comportamento da prescrição analisados.

tipologia assume na variação da prescrição, o tópico de investigação da tese versa a dispersão da prescrição de fármacos éticos, com base em tipologias de utentes na abordagem da hipertensão arterial.

Como tal, o título é: *"A Importância das Tipologias de Hipertensos no Comportamento de Prescrição dos Médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal Continental"*.

## **1.2) Importância do tema**

Sabendo-se que a hipertensão é um dos factores de maior risco cardiovascular em Portugal, justifica a necessidade de conhecer a aproximação terapêutica que o médico tem vindo a fazer às diversas tipologias do utente hipertenso.

Face ao exposto, estudar o comportamento da prescrição e a importância das tipologias do utente hipertenso na prescrição da Medicina Geral e Familiar é tentar responder às preocupações do Serviço Nacional de Saúde com a prescrição racional de medicamentos.

Nesta matéria, a Medicina Geral e Familiar é sem dúvida, a especialidade que tem sido alvo de maiores estudos e investigações quer quantitativos quer qualitativos (Formulário Europeu de Medicamentos, 1998).

No quadro da hipertensão, destaca-se a importância da prevalência desta patologia no nosso país. Várias vezes por ano decorrem campanhas de sensibilização para a população portuguesa no sentido de prevenir, detectar e controlar a hipertensão por parte do Serviço Nacional de Saúde.

*"A hipertensão arterial é um factor de risco cardiovascular cuja concomitância com outros factores de risco aumenta consideravelmente o risco cardiovascular global. É fundamental conhecermos este risco por forma a permitir a implementação de medidas preventivas e terapêuticas apropriadas nestes doentes (Coelho, 2006: pág. 41)"*.

Apesar de terem sido feitas alguns estudos sobre as etapas que precedem a tomada de decisão do médico, como Muijers e outros (2004), Denig, Witteman, Schouten (2002), Proença (2000), existem muitas dificuldades em fundamentar sobre o facto de existirem modelos de comportamento da prescrição que sejam adoptados como comportamentos habituais porque em Portugal não existe investigação sobre este tema.

Apenas uma ou duas referências bibliográficas sustentam a necessidade de olhar para o perfil do utente e o comportamento da prescrição na hipertensão em Portugal como forma de conhecer melhor este perfil e repensar o quadro de medidas terapêuticas e preventivas adoptadas até à data, para reduzir o risco de morbilidade nestes doentes (Coelho, 2006).

No entanto, existem duas teses de doutoramento feitas por portugueses nesta área: a primeira, na Faculdade de Ciências Médicas do Porto (Carvalho, 1998), e no Reino Unido com aplicação a Portugal (Proença, 2000).

Esta última investigação reflecte sobre a existência de modelos de comportamento da prescrição em função de tipologias e categorias do utente hipertenso quanto ao comportamento da prescrição médica na Medicina Geral e Familiar.

Para além dos estudos mencionados, existe ainda um estudo recente sobre a prevalência da hipertensão em Portugal (Macedo, 2005), cujo objecto de estudo foi sobre a prevalência, tratamento e controlo da hipertensão.

O estudo mencionado, realizado com base numa amostra representativa da população portuguesa de cinco mil e vinte e três (5023) indivíduos com idades entre os 18 e os 90 anos revelou que a prevalência da Hipertensão Arterial Refractária em Portugal, do total de inquiridos, 43,7% eram hipertensos (Eurotrials, 2005).

Como atrás se refere, os estudos aqui mencionados são insuficientes para percebermos a importância das tipologias do utente na abordagem terapêutica da HTA.

### **1.3) Aspecto económico-financeiro da terapêutica da Hipertensão Arterial**

A indústria farmacêutica já possui algumas ferramentas que, embora pouco exploradas, permitem conhecer a decisão de prescrição, mas apenas com base no número de prescrições e patologias cujos valores são definidos por classe terapêutica, também por marcas em quantidades e valores.

Uma dessas ferramentas são os estudos do IMS Health, uma empresa de estudos de mercado para a indústria farmacêutica. Em Portugal Continental, esta empresa possui uma posição de monopólio quanto à natureza dos estudos de mercado, através da análise, tratamento e fornecimento de dados estatísticos e financeiros.

Grande parte destes dados são medidos através de um painel de farmácias em Portugal que fornece dados quantitativos sobre a comercialização dos fármacos por classe terapêutica, marcas e quantidades e de um painel de médicos, sobre os quais é possível desenvolver estudos de notoriedade e de marca sobre medicamentos, com os objectivos de trabalhar a prescrição e encontrar novas estratégias para :

a) Conhecer a realidade dos fármacos em Portugal,

b) Avaliar o crescimento das necessidades face a novas doenças em função de alteração de quadros clínicos dos doentes que possam demonstrar outras necessidades de fármacos quer na sua eficácia, quer num preço mais acessível ao utente, ou reduzir efeitos secundários.

Os estudos da IMS Health<sup>3</sup> sobre o mercado farmacêutico da hipertensão são dos poucos indicadores quantitativos e qualitativos que existem no país sobre as tendências de prescrição quanto às classes terapêuticas e fármacos de adopção pelo médico no tratamento do utente hipertenso com patologias associadas.

Observemos os últimos resultados evolutivos que o IMS possui relativamente às classes terapêuticas para tratamento da hipertensão primária em Portugal: a área da investigação escolhida é relevante pois apresenta elevados recursos financeiros, parte dos quais estão a ser suportados pelo Estado na sua rubrica *Despesas com Medicamentos*. Por este facto, apresenta-se de seguida os valores em número de unidades físicas e monetárias (€), que têm grande relevância económico-financeira, particularmente na despesa inerente ao tratamento da hipertensão, cuja prevalência como atrás foi referido, é elevada na população portuguesa.

---

<sup>3</sup> A IMS Health é uma empresa de Consultoria Internacional em Marketing Farmaceutico, líder mundial no fornecimento de soluções de informação para a indústria farmacêutica e de saúde, em: Market Research; Sales Management; Technology Enabled Selling e que tem actividade em Portugal Continental.

## QUADRO IMS HEALTH

IMS Health	RX Qtr/9/2005	RX Qtr/12/2005	RX Qtr/3/2006	RX Qtr/6/2006	RX MAT/6/2006
<b>HIPERTENSÃO (PRIMÁRIA) (Nº unid)</b>	<b>3.483.562</b>	<b>3.683.212</b>	<b>3.945.020</b>	<b>4.125.892</b>	<b>15.237.686</b>
<b>C9A INIBIDORES IECA PUROS</b>	<b>564.461</b>	<b>590.902</b>	<b>628.213</b>	<b>666.072</b>	<b>2.449.648</b>
COVERSYL	114.200	125.485	143.159	151.404	534.248
TRIATEC	57.642	56.500	63.845	65.982	243.969
CAPOTEN	26.582	31.674	18.340	30.369	106.967
ZESTRIL	32.209	25.995	24.111	23.873	106.188
INIBACE	18.978	28.171	24.619	28.897	100.665
<b>C9D ANT.ANGIOTEN.II, ASSOC</b>	<b>518.950</b>	<b>562.709</b>	<b>624.124</b>	<b>684.507</b>	<b>2.390.291</b>
CO-DIOVAN	137.622	148.365	170.511	173.354	629.852
COAPROVEL	120.613	122.555	129.828	146.596	519.591
COZAAR PLUS	87.908	84.172	90.612	90.411	353.103
BLOPRESS 16/12.5MG	33.799	40.626	47.030	63.603	185.059
HYTACAND	39.147	39.912	46.644	49.125	174.828
<b>C8A ANTAGONIST.CALCIO PUROS</b>	<b>482.937</b>	<b>533.343</b>	<b>553.752</b>	<b>576.111</b>	<b>2.146.143</b>
NORVASC	128.877	143.200	155.110	144.524	571.711
ADALAT	125.516	144.922	137.291	134.729	542.457
ZANICOR	36.017	42.916	47.843	56.995	183.772
HERBESSER	29.416	30.804	35.093	36.888	132.201
ISOPTIN	21.056	19.554	21.772	26.706	89.089
<b>C9C ANT.PUROS ANGIOTENSI.II</b>	<b>440.271</b>	<b>472.697</b>	<b>496.716</b>	<b>508.025</b>	<b>1.917.709</b>
COZAAR	81.865	86.128	84.097	89.477	341.568
APROVEL	78.644	77.130	76.399	80.234	312.407
DIOVAN	61.327	69.380	70.327	63.520	264.555
OLSAR	44.998	50.436	54.718	55.767	205.919
BLOPRESS	41.957	41.266	50.264	51.700	185.186
<b>C3A DIURETICOS</b>	<b>450.966</b>	<b>449.857</b>	<b>475.960</b>	<b>483.850</b>	<b>1.860.634</b>
FLUDEX	204.740	208.672	213.673	205.952	833.037
LASIX	76.292	57.893	69.442	76.896	280.523
MODURETIC 5	45.480	49.770	47.827	45.943	189.020
TANDIX	40.178	35.538	36.216	37.921	149.853
HYGROTON 50	19.831	27.356	30.782	28.754	106.722

Fonte: Dados IMS Health- Portugal

Legenda: RX Mat – valor da prescrição acumulada em quantidades comercializadas desde o penúltimo quadrimestre de 2005 a 2006, por total - Hipertensão Primária (nº unidades), e por classe terapêutica

RX Qtr – número de unidades comercializadas por classe terapêutica relativos ao penúltimo e último quadrimestre do ano de 2005, do primeiro quadrimestre de 2006 e total do primeiro semestre do ano de 2006.





Para compreender os dados apresentados, uma breve descrição das classes terapêuticas apresentadas de acordo com o Índice Nacional Terapêutico:

A classificação farmacológico-terapêutica das especialidades farmacêuticas é a Classificação ATC (Anatômica, Terapêutica e Química), da Organização Mundial de Saúde, em que é importante referir que tipo de classes terapêuticas os médicos vieram a referenciar nesta investigação.

C02 – Classe dos Anti-Hipertensores (classe em estudo).

C03- Diuréticos

C04- Vasodilatadores Periféricos

C05- Vasoprotectores

C07- Betabloqueantes

C07-AA –Betabloqueantes não-selectivos

C07-AB- Betabloqueantes selectivos- Antagonistas do Cálcio

C07AG- Bloqueadores Alfa e Beta

C07-B Betabloqueantes e Tiazidas

C08-Bloqueadores dos Canais do Cálcio com efeitos principalmente vasculares

C08A- Antagonistas do Cálcio Puros

C09 - Agentes que actuam sobre o sistema Renina-Angiotensina

C09A -Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina, Simples (IECA)

C09B - Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina, Associações

C09C-Antagonistas puros da Angiotensina I

C90D- Antagonistas da Angiotensina II, Associações (ARA II)

C09DA-Antagonistas da Angiotensina II e Diuréticos

C10- Hipolipemiantes

C10-AX- Outros Redutores do Colesterol e Triglicéridos.<sup>4</sup>

As classes terapêuticas de maior referência são: C03-Diuréticos, C07-Betabloqueantes, C08A-Antagonistas do Cálcio, C09A-Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina, Simples, C09C-Antagonistas puros da Angiotensina, para além das associações de classes terapêuticas como: C90D-Antagonistas da Angiotensina II e C09DA- uma associação entre a classe anterior e Diuréticos (C03).

Em análise, os valores apresentados em quantidade reflectem as quantidades por quadrimestres do ano de 2005 e de 2006, sendo o que o RX MAT 2006 significa o valor da prescrição acumulada em quantidades comercializadas desde o penúltimo quadrimestre de 2005 a 2006 quer por total da hipertensão primária, quer por total por classe terapêutica.

O YTD corresponde ao Year to Date, ou seja, o valor acumulado em milhares de € por classe terapêutica até à data indicada relativa ao ano de 2006 comparativamente ao ano homólogo de 2005.

Para cada classe terapêutica é também indicado o nome comercial do fármaco por quantidades.

---

<sup>4</sup> Todas estas classes terapêuticas simples ou em associações são ministradas em função da tipologia do utente no tratamento da hipertensão, sendo que algumas destas são ministradas favoravelmente por um maior número de médicos no tratamento e controle da hipertensão.

**RANKING :**

1º Lugar: Os Inibidores de Enzima de Conversão da Angiotensina simples (IECA), foram a classe terapêutica mais consumida (C09A),

2º Lugar: Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina, Associações (ARAI), (C09B),

3º Lugar: Antagonistas do Cálcio Puros (C08A),

4º Lugar: Antagonistas puros da Angiotensina I, (C09C),

5º Lugar: Diuréticos (C03).

A importância deste ranking diz respeito ao peso que cada classe terapêutica representa no mercado dos fármacos anti-hipertensores e irá permitir no desenvolvimento desta investigação reconhecer através do seu peso expresso quer em quantidades como em valor económico; a importância que cada uma delas e os respectivos fármacos assumem nas tipologias do utente que o médico de Medicina Geral e Familiar identifica.

Isso irá permitir compreender a relação que se poderá estabelecer entre as tipologias do utente hipertenso e as classes terapêuticas que maior importância assumem no panorama do mercado da hipertensão em Portugal.

**Mercado em valores da Hipertensão Arterial (€ milhares)**

EURO	JUNE 2006			JULY 2006			AUGUST 2006			SEPTEMBER 2006		
	Milhares €	+/- %	m/s	Milhares €	+/- %	m/s	Milhares €	+/- %	m/s	Milhares €	+/- %	m/s
HTA	30.399	4,9	100%	30.359	8,2	100%	28.529	7,1	100%	29.967	0,7	100%
C9C + C9D	12.776	16,6	42,0%	12.780	19,3	42,1%	12.276	18,1	43,0%	12.942	10,8	43,2%
C9A + C9B	8.967	-2,4	29,5%	8.959	1,2	29,5%	8.153	-0,7	28,6%	8.646	-6,2	28,9%
C8A	4.143	-4,2	13,6%	4.077	-1,5	13,4%	3.828	-1,2	13,4%	4.047	-4,0	13,5%
C3A	2.477	-2,0	8,1%	2.472	3,5	8,1%	2.319	0,7	8,1%	2.334	-10,1	7,8%
C7A + C7B	2.036	2,8	6,7%	2.071	5,7	6,8%	1.953	5,8	6,8%	1.998	-2,1	6,7%

Fonte: Dados IMS Health fornecidos por um laboratório farmacêutico no 1º trimestre de 2007

EURO	MAT SEPTEMBER 06			YTD SEPTEMBER 06		
	Milhares €	Milhares €	+/- %	m/s	Milhares €	+/- %
HTA	353.204	6,3	100%	269.769	6,9	100 %
C9C +C9D	145.996	18,2	41,3%	112.764	18,4	41,8%
C9A + C9B	105.496	-1,0	29,9%	79.949	-0,1	29,6%
C8A	49.306	-2,1	14,0%	37.320	-1,8	13,8%
C3A	28.508	-0,9	8,1%	21.606	-0,7	8,0%
C7A+C7B	23.898	4,0	6,8%	18.130	3,8	6,7%

Fonte: Dados IMS fornecidos por um laboratório farmacêutico no 1º trimestre de 2007

Legenda : MAT – Valor do mercado acumulado da prescrição da (s) classes terapêutica (s) em milhares de Euros

YTD –Year to Date – Valor total do mercado da prescrição das classes terapêuticas até à data de Setembro de 2006 comparativamente até Setembro de 2005.

Os dados fornecidos pelo IMS Health em milhares de Euros pelas classes terapêuticas dizem respeito aos valores totais de 2006 até ao mês de Setembro.

Os valores totais em MAT September 2006 dizem respeito ao valor em milhares de euros acumulado até Setembro de 2006 sendo que YTD 2006 é o valor em milhares de euros acumulado comparativamente ao mês de Setembro de 2005.

Verifica-se que comparativamente ao mês homólogo de 2005, o mercado dos fármacos anti-hipertensores cresceu 6, 9% com um total de 269.769 milhões de € em Portugal.

No que respeita ao valor que cada classe terapêutica possui no mercado dos anti-hipertensores, os Antagonistas puros da Angiotensina I simples, (C9C), quer Antagonistas da Angiotensina II em Associações (C9D), (ARAI), continuaram a crescer, o que significa que esta nova classe terapêutica ganhou lugar aos IECA simples ou IECA em Associação (C9A+C9B).

Contudo, não houve variação negativa significativa nesta classe comparativamente aos Antagonistas do Cálcio (C8A), que registaram uma quebra de (-1,8%) comparativamente entre Setembro de 2005 e Setembro de 2006 assim como os Diuréticos (C3A) com (- 0,7%).

Em Setembro de 2006, a classe terapêutica dos Antagonistas puros da Angiotensina simples ou ARAII +Associações representavam mais de 40% do mercado dos fármacos anti-hipertensores, sendo que 60% do mercado é então repartido pelas restantes classes.

Esta breve análise irá permitir compreender durante o desenvolvimento desta investigação o peso que as classes terapêuticas assumem perante as tipologias do utente hipertenso e conhecer um pouco mais quanto à prescrição de anti-hipertensores dos médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal Continental.

#### **1.4) Importância da entidade reguladora da prescrição- INFARMED**

Na regulação do mercado farmacêutico com implicações directas na despesa com medicamentos, tem particular relevância o organismo estatal de autorização de entrada e comercialização de novos fármacos, designado por Infarmed (Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento).

O Infarmed trata da prescrição de um modo educacional, com o objectivo de racionalizar a prescrição médica e por conseguinte, existir uma melhor política de uso dos medicamentos.

É o organismo oficial regulador da actividade legal de medicamentos e dispositivos médicos em Portugal que a partir de 1990 passou a integrar o Grupo do Formulário Europeu por diligências da Ordem dos Farmacêuticos (Formulário Europeu de Medicamentos, 1998).

A diminuição das despesas do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente quanto á percentagem de comparticipação dos medicamentos é um tema central da anterior e da actual legislatura.

Embora esse propósito exista nos planos do actual Governo, a racionalização da prescrição, apresentada em livro pelo Infarmed em 1998 não trouxe novos elementos que permitissem aprofundar o processo de prescrição, nomeadamente porque não foi efectuada nenhuma investigação empírica sobre a classe médica, principalmente à clínica geral, visto que é uma das especialidades médicas que maior peso possuem quanto à taxa de prescrição.

Por conseguinte, foi constituída uma comissão para a elaboração de um Formulário Europeu, com o objectivo educacional e apoio à prescrição médica de forma a racionalizar a utilização dos medicamentos.

Esta comissão tomou "*consciência de que muitas das prescrições clínicas eram desnecessárias, dispendiosas e por vezes não racionais (...)*", (Formulário Europeu de Medicamentos, 1998: pág. 7).

A decisão da publicação nesta altura foi considerada inovadora na prática médica portuguesa, visto que possuía características no campo das opções terapêuticas que eram bastante úteis para os médicos prescritores que queriam utilizar o documento como referência na prática clínica, estudando e aprendendo a metodologia de prescrição.

A prescrição racional, isto é, a metodologia da prescrição é um tema que faz parte da actividade profissional dos médicos, e que por isso consta nos dez passos do Formulário Europeu de Medicamentos, em função da importância da compreensão de um modelo de comportamento para a prescrição:

*"Se seguirem todos os passos cuidadosa e conscientemente, é maior a probabilidade de resolver os problemas do doente"* (Formulário Europeu de Medicamentos, 1998: pág. 17).

Esta expressão sobre a prescrição racional aqui expressa remete-nos para a importância do papel que o doente assume perante o médico no processo de decisão dentro do contexto europeu e reforça todas as outras afirmações feitas até aqui sobre o doente e os seus problemas como factor de influência para o processo de decisão médica.

As principais dez etapas da prescrição racional foram apresentadas e discutidas de forma sumária:

**1º- Identificar os problemas do doente**

Este processo exige uma análise cuidada, um exame físico apropriado e a requisição de exames auxiliares necessários.

**2º- Definir o(s) objectivo(s) terapêutico(s):**

Os objectivos terapêuticos podem ser:

Preventivos, sintomáticos e/ou curativos,

**3º- Inventariar as abordagens terapêuticas possíveis:**

Em geral há seis hipóteses a considerar:

- 1) Informar e aconselhar,
- 2) Tratamento sem fármacos,
- 3) Tratamento com fármacos,
- 4) Referenciar o doente a outro terapeuta/especialista,
- 5) Reavaliar o(s) tratamento(s) em curso, incluindo a substituição de tratamento com medicamentos por tratamentos sem medicamentos,
- 6) Combinação das hipóteses anteriores (Formulário Europeu de Medicamentos, 1998).

Considera-se que para o médico fazer a opção terapêutica mais correcta para cada doente (cada caso é um caso), é importante considerar em cada opção seis modalidades de tratamento possíveis. A este método denominou-se de terapêutica diferencial por analogia com diagnóstico diferencial.

**4º - Avaliar se o doente integra um “grupo de risco” ou se “está em risco”:**

Na avaliação da segurança e eficácia terapêutica, alguns doentes estão mais em risco do que outros. Há tratamentos menos eficazes, mas com iguais ou maiores riscos para o doente.

**5º- Opção terapêutica:**

O melhor tratamento é a escolha do medicamento mais eficaz, com menos efeitos colaterais, mais adequado à situação particular desse doente e sempre que possível ao menor preço.

A identificação da opção mais adequada exige que se considerem todas as alternativas terapêuticas, seguindo a metodologia descrita e ponderando cada situação com e de acordo com os condicionalismos de cada doente.

**6º - Prescrição:**

Uma receita deve ser escrita de forma clara, legível, e indicando explicitamente o produto que deve ser fornecido na farmácia.

**7º - Discutir a prescrição com o doente:**

Admite-se que cinquenta por cento (50%) dos doentes não cumprem as prescrições que lhes são feitas. As razões residem particularmente no facto de o doente não saber o que espera da medicação que lhe foi prescrita. A aceitação à medicação pode melhorar se houver o cuidado de esclarecer e informar o doente dos efeitos do tratamento, das precauções, efeitos secundários e instruções de tomar e administrar o medicamento.

**8º- Marcação da consulta seguinte:**

Para garantir que o tratamento é eficaz, seguro e adequado, o doente deve saber como se fará o acompanhamento. Por exemplo:

O doente deve voltar à consulta?

Quando é que o doente deve voltar ? ( mais cedo se surgir algum problema)

O que é que o médico quer saber na próxima consulta?

O que fazer se ocorrerem efeitos secundários?

Veja se o doente compreendeu tudo o que lhe foi dito.

### **9º e 10º - Monitorizar [e interromper] o tratamento**

Na consulta seguinte verifique a eficácia, segurança, adequação e tolerância do tratamento, refazendo a análise, exame físico e exames auxiliares em conformidade com a situação concreta. Se o doente recuperou (está curado), suspende-se o tratamento. Quando é necessário um tratamento de longa duração e se está a ser eficaz, seguro e adequado, há que mantê-lo. No caso da eficácia, a tolerância e a adequação não serem as esperadas, há que considerar a suspensão, modificação ou adaptação do tratamento.

Esta avaliação do Infarmed sobre os passos a tomar para uma prescrição racional apenas podemos considerar como elemento regulador quanto à perspectiva organizacional, e não científica, visto que não existe nenhum modelo nem foi constituída amostra ou estudo científico com o objectivo de estudar a prescrição num determinado campo/diagnóstico, pelo que são apresentadas apenas etapas que regulam de forma meramente indicativa, os passos a dar para a prescrição.

No entanto, no desenvolvimento sobre as tipologias do utente hipertenso e a prescrição do Médico de Medicina Geral e Familiar, as principais seis etapas (até à prescrição), descritas pelo Formulário Europeu de Medicamentos sobre a prescrição racional integram esta investigação.

### **1.5) Guidelines Internacionais no tratamento da HTA**

No tema da hipertensão, as Guidelines da World Health Organization (WHO) sugerem que o médico deverá tomar uma decisão de prescrição à medida de cada paciente (World Health Organization – International Society of Hypertension, 1999).

As Guidelines para a Gestão da Hipertensão em 1999, publicadas pela WHO revelam o quadro de tratamento do utente hipertenso a nível mundial, valorizando o uso da classe terapêutica Diurético.

No caso dos doentes que não possuem indicações em particular para uma determinada classes terapêutica, seguindo uma base de dados experimentais comparativos, a disponibilidade, o custo e uma dose baixo de diurético devem ser considerados para a iniciação da terapia.

Na maioria dos casos, um diurético tiazídico é a opção a mais barata e portanto, com um custo efectivo mais eficaz, mas para os doentes com situações mais particulares, outras classes fornecem benefícios adicionais, porque podem ser mais dispendiosas, mas gerarem resultados mais eficazes.

Nos pacientes de alto risco que alcançam grandes benefícios através do tratamento, os fármacos mais caros podem ter uma boa relação de custo – eficácia, mas no tratamento dos pacientes de baixo-risco, o tratamento pode não ter um custo- eficácia efectivo, a menos que os fármacos sejam mais baratos (Journal of Hypertension, 2003).

Estas conclusões já publicadas pela Organização Mundial de Saúde quanto às linhas orientadoras para o tratamento da hipertensão reflectem para a variância do comportamento da prescrição médica perante o grau de hipertensão do paciente e seus casos particulares ( perfil e patologia associada).

### **1.6) Objectivos da investigação**

Face ao exposto, o objectivo deste projecto de investigação é identificar a existência de diferentes tipologias do utente hipertenso em Portugal Continental, na convicção de que diferentes perfis e diferentes quadros clínicos do paciente constroem tipologias que requerem abordagens terapêuticas e farmacológicas diferentes.

"Como tem sido salientado, torna-se também evidente que as tipologias do paciente têm de ser definidas de tal forma que podem ser mutuamente exclusivas e exaustivas quanto às suas aproximações terapêuticas (Proença, 2000: pág.458) <sup>5</sup>.

A prescrição é considerada uma área de eleição na avaliação da qualidade da prática médica por se considerar que constitui uma importante fatia dos gastos com a saúde, pode influenciar significativamente o estado de saúde e bem-estar das populações e parece ser mais fácil de estudar do que outros aspectos da prestação de cuidados.

No entanto, em Portugal, a exemplo do que acontece noutros países, a prescrição médica é, sem dúvida, um tema controverso e delicado na sua abordagem, porque a decisão além de individual, é ponderada por uma classe restrita com domínio e conhecimento científico na saúde, e prende-se com diversos factores, nomeadamente com a complexidade do fenómeno em análise, com a dificuldade na identificação de indicadores válidos e fiáveis para a sua medição e com a dificuldade na interpretação das variáveis inter-regionais e locais e da sua influência nos resultados (Vasco, 2007). <sup>6</sup>

A sua prática e exercício do acto de prescrição está subjacente a uma série de factores de ordem cultural, económica, física e psíquica, e por isso, qualquer tentativa de investigação é muitas vezes vista pela classe médica como uma espécie de intromissão no exercício da sua actividade.

Contudo, a sua prática cada vez mais é exercida dentro de uma relação de negociação entre o paciente e médico, face à influência e importância do doente no processo de decisão (Britten e outros, 2000).

Este assunto interessa aos decisores políticos, aos profissionais de saúde, aos doentes e ao público em geral (Vasco, 2007).

Consequentemente, o objectivo da actual investigação é:

- Identificar a existência de diferentes tipologias do utente hipertenso e sua abordagem por classe terapêutica utilizada no tratamento da HTA.

Para que o objectivo definido seja concretizado, o corpo da investigação está organizado em duas partes:

- **Primeira Parte**, enquadramento teórico-conceptual do problema, em que o Capítulo I contém uma sumarização e o capítulo II a Revisão Bibliográfica, parte essencial da tese, que por esta razão em particular está relacionada com a fase qualitativa da investigação;
- **Segunda Parte**, trabalho empírico, em que o Capítulo III é a metodologia da investigação sendo que o Capítulo IV contém os resultados da fase qualitativa e quantitativa. O Capítulo V contém as conclusões e implicações resultantes desta investigação.

Foram definidos alguns sub - objectivos para atingir o objectivo central:

1) *Levantamento e análise de modelos de comportamento da prescrição médica;*

---

<sup>5</sup> "As has been noted, there is also evidence that the patient typologies must be defined in such a way that they can be mutually exclusive and exhaustive in terms of therapeutic approaches"( Proença, 2001: 458)

<sup>6</sup>[http://www.spreumatologia.pt/publicacoes/?file\\_main=artigo\\_detalhe&cod=350&id\\_pub=1&id\\_edicao=682&opcao=1](http://www.spreumatologia.pt/publicacoes/?file_main=artigo_detalhe&cod=350&id_pub=1&id_edicao=682&opcao=1)  
(30/10/07)

2) *Identificar as características demográficas e clínicas do utente hipertenso para que fosse viável identificar as tipologias do utente hipertenso nas consultas;*

3) *Analisar a abordagem terapêutica do médico de Medicina Geral e Familiar de Portugal Continental em função destas tipologias.*

## **1.7) Estrutura da dissertação**

### ***CAPÍTULO I***

- A introdução ao tema e à sua importância sendo apresentada uma sumarização da investigação.

### ***CAPÍTULO II***

- Revisão Bibliográfica sobre o tema quanto à existência de tipologias do utente, e os principais modelos de comportamento da prescrição de referência existentes, para que seja possível fazer uma pequena análise de situação de cariz científico na prescrição médica;
- No âmbito dos modelos de prescrição médica e outros estudos relacionados com o tema, pretende-se verificar se é possível desenvolver um raciocínio e uma lógica evidente quanto às linhas de orientação de pensamento e actuação científica sobre este tema.

### ***CAPÍTULO III***

- Metodologia da investigação em que é apresentada a natureza do estudo, objectivos, amostra, método e técnica de recolha de dados.

### ***CAPÍTULO IV***

O quarto capítulo é constituído pelos resultados da fase de estudo qualitativa e quantitativa.

Uma vez que o projecto na sua fase empírica se desdobra numa fase qualitativa e quantitativa:

- É apresentado um estudo qualitativo, através de entrevistas de carácter semi-estruturadas realizadas à Medicina Geral e Familiar Portuguesa.
- É apresentado um quadro de tipologias em função das opções de prescrição dos médicos entrevistados e um quadro de benefícios, atributos e valores associados às classes terapêuticas de adopção no tratamento das tipologias do utente identificadas pelo médico que pretendia assentar na lógica da Cadeia de Meios e Fins, um modelo baseado na categorização do consumidor e no comportamento de compra (Gutman, 1982).
- A abordagem qualitativa foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas de carácter individual com os médicos de Medicina Geral e Familiar a exercerem actividade nos Centros de Saúde e consultórios privados, de forma a investigar e definir a existência das diferentes tipologias do utente hipertenso e conhecer as preferências terapêuticas do médico no tratamento.
- Baseado nas descobertas na fase do estudo exploratório qualitativo, foi desenvolvido um inquérito via postal enviado em Abril de 2007, após a realização do inquérito de pré-teste.
- A abordagem quantitativa foi realizada através de inquérito por questionário via postal enviado a um universo de médicos de Medicina Geral e Familiar residentes em Portugal Continental.
- A apresentação dos respectivos resultados tem por objectivo: verificar a existência e a definição das tipologias do utente hipertenso e a aproximação das respectivas classes terapêuticas feita pelo médico face às dez principais tipologias apresentadas no capítulo.



- Os resultados estatísticos desta pesquisa são depois relacionados com os dados estatísticos mais relevantes do mercado farmacêutico através do IMS Health no ano de 2005/2006.
- Os dados foram tratados com as seguintes técnicas: Análise Factorial de Correspondências e uma Análise Estatística Descritiva.

Para além das conclusões, a discussão destes resultados será depois relevante para as conclusões com que se inicia o capítulo seguinte.

### ***CAPÍTULO V***

O quinto e último capítulo da tese diz respeito às:

- Conclusões e à contribuição da presente investigação para o mundo académico e empresarial público e privado, tecendo algumas considerações que possam motivar para a reflexão da indústria farmacêutica, médicos e todos os outros profissionais envolvidos no quadro da hipertensão para também daqui percorrer linhas de investigação futuras.

*Sumarizando*, identificar a existência de tipologias no utente hipertenso e conhecer a abordagem terapêutica do médico de Medicina Geral e Familiar sobre as mesmas, de forma a que seja possível contribuir para obter conhecimentos científicos mais sólidos quanto à decisão e variação da prescrição médica de médicos de Medicina Geral e Familiar no tratamento de utentes hipertensos em Portugal Continental.

Por esta razão, para começar a conhecer as adopções terapêuticas na hipertensão, é preciso conhecermos alguns modelos que existem sobre a prescrição médica e o processo de tomada de decisão que leva à prescrição.

## CAPÍTULO II – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### **2) Modelos de comportamento da prescrição médica**

A pesquisa sobre o comportamento da prescrição médica na Clínica Geral <sup>7</sup> terá começado em 1949 quando Dunlop e outros autores conduziram uma pesquisa de 17301 prescrições, prescritas por clínicos gerais no Reino Unido.

Esta investigação aconteceu pouco depois da introdução do Serviço Nacional de Saúde no país, quando a responsabilidade pelo pagamento dos medicamentos passou do paciente para o Estado. Foi forma que os hábitos de prescrição médica tornam-se pela primeira vez, assunto de interesse para outras pessoas que não só o médico e os pacientes envolvidos.

Outros estudos similares de padrões de prescrição médica global, acabaram por surgir muito mais tarde nos Estados Unidos, tendo sido estimulados pelo envolvimento federal nos fundos de saúde existentes.

Neste capítulo serão abordados os diversos modelos de comportamento da prescrição, em que se distinguem duas abordagens distintas: a cognitiva, em função da aprendizagem e efeito de memória, e a comportamental, em que o médico actua influenciado por uma série de factores de ordem interna e externa que interferem no seu processo de decisão.

Os seus resultados, a metodologia utilizada e a sua robustez serão alvo de análise para que depois seja possível compreender a conduta quanto à metodologia aplicada nesta investigação quer através de entrevistas semi-estruturadas, quer posteriormente, à aplicação de um inquérito via postal aos médicos de Clínica Geral.

#### **2.1) Avaliação do modelo de expectativas e valores da medição das atitudes para o comportamento da prescrição médica – Bennet e Harrel (1974)**

As pesquisas sobre a utilização dos valores e expectativas bem como as crenças e normas que revelam a preferência da marca de um medicamento prescrita pelo médico e a sua adopção têm vindo a revelar resultados nomeadamente ao nível da aplicação deste modelo em aplicações de marketing.

Bennet e Harrel (1974), através do trabalho científico vieram testar o modelo das intenções de comportamento de Fishbein (1967) – “*Attitude and the Prediction of Behavior*”.

De acordo com a Teoria da Acção Racional- TAR de Fishbein, as relações existentes entre as atitudes e o comportamento são investigadas. Nesta teoria, a intenção de praticar um comportamento é o factor mais determinante para que ele seja praticado. Essas intenções derivam das atitudes (crenças), da própria pessoa relativamente a esse comportamento e das normas sociais. Estas últimas estão relacionadas com a avaliação feita por outras pessoas (como amigos ou outros considerados significativos), sobre esse comportamento e a motivação que o próprio tem para cumprir essas expectativas. Para além destes aspectos, esta teoria pressupõe que o indivíduo possui as aptidões,

---

<sup>7</sup> A maioria dos estudos de comportamento da prescrição internacionais têm como análise de estudo a especialidade médica de clínica geral (Chinburapa e outros (1993), Denig.P (1988), Stevenson e outros (2000), Henriksen e outros (2004), Coscelli, (2000), MD Ferber von Liselotte e outros (2002), Armstrong, David (1996), Butler e outros (1998), Petursson e Peter (2005), Arrol Bruce e outros (2002).

recursos e oportunidades para implementar este comportamento (Bennett e Murphy 1999), Horne e Weinman (1998).

### **Objectivo**

A pesquisa teve por objectivo medir a previsão de escolha de uma marca baseada na opinião através de entrevistas e de clarificar as relações que existem acerca de construções teóricas como as atitudes, crenças, intenções de comportamento e comportamento.

### **Método de recolha de dados**

Para tal, a pesquisa sobre o comportamento da prescrição médica foi ancorada aos factores normativos e interpretativos sobre a teoria da acção racional de Fishbein (1967). A extensão deste modelo <sup>8</sup> foi aplicada nesta parte da pesquisa com base na teoria do controlo proposta por Dulany (1967), "*Awareness, Rules and Propositional Control: A Confrontation with S-R Behaviour Therapy*" - que é considerada pertinente no estudo sobre o comportamento de compra (devemos recordar-nos que a aplicação deste modelo no comportamento da prescrição médica tem como finalidade testar a sua aplicabilidade no campo do marketing no qual o comportamento de compra é de extrema importância).

Quanto à aplicabilidade do modelo de Fishbein, para que seja possível compreender a escolha de medicamentos, introduz-se a noção de atitude sobre as acções, isto é, uma atitude sobre o objecto e a intenção ou comportamento.

A pesquisa de marketing concentrava-se frequentemente na medição das atitudes sobre os produtos, uma prática congruente com a investigação psicológica no segmento das atitudes sobre os objectos.

Na aplicação do modelo, Harrel e Bennet pretendem "*conhecer as atitudes sobre a marca de um medicamento, sobre a qual o investigador tradicional viria na tentativa de prever e compreender as razões fundamentais para a compra daquela marca. Contudo, existe uma tese de forte intuição para medir as atitudes sobre o acto de prescrição do medicamento e consequências resultantes (...)*" (Harrel e Bennet, 1974 : pág 270).<sup>9</sup>

Sabendo que este é um modelo que está focado nas atitudes sobre as acções e seus resultados daí provenientes, Fishbein (1967), introduziu uma medida, a de consequência social, já que investigações anteriores dos anos 50 e 60 revelaram que as influências sociais eram importantes na escolha do medicamento (Coleman e outros, 1957), Menzel, Herbet e outros (1955-56), Winick (1961).

### **Expectativas sobre o modelo**

Os autores esperavam que ao testar o modelo de Fishbein, a previsão da intenção de comportamento da prescrição tivesse melhor performance do que quando uma intenção muito explícita de uma situação específica é investigada, porque os instrumentos de medição de atitudes são muitas vezes influenciados por variáveis de situação que são incontroláveis nos vários campos de estudo.

---

<sup>8</sup> É um modelo também com algumas aplicações directas a decisões de marketing tais como o design de produtos, posicionamento de produtos e desenvolvimento de campanhas promocionais.

<sup>9</sup> " (...) by knowing attitudes toward a drug brand, the traditional researcher would attempt to predict and understand underlying reasons for the purchase of that brand. However, there is strong intuitive support to measure attitudes toward the act of prescribing the brand and resultant consequences (...)" (Harrel e Bennet, 1974: pág. 270)

Contudo, a crítica adverte que para prever a compra ou intenção da compra, não basta apenas medir as atitudes sobre uma acção específica, mas também as crenças e interpretações, que devem estar relacionadas com resultados específicos, que resultem dessas mesmas acções que deles provêm. Por exemplo, na amostra de médicos deste estudo, as prescrições do mesmo medicamento poderiam ser iguais para dois pacientes e diferentes para alguns pacientes em diferentes situações (Harrel e Bennet, 1974).

Tendo consciência de que as variáveis da situação podem enviesar resultados de uma investigação, os autores sugerem que uma das formas de controlo é apresentar a resposta dada a um problema de situação específico para a qual o comportamento foi direccionado.

## 2.2) Modelo de Fishbein

O modelo de Fishbein defende a existência de uma forte correlação entre o comportamento e a intenção do comportamento, porque a intenção é o factor mais determinante para que ele seja praticado, mas apenas quando se conhecem determinadas condições tais como a enfatização (que é dada à forma como a intenção do comportamento e o comportamento são obtidas e esperadas); e quando apenas consideramos a intenção (as intenções derivam das atitudes), de um único indivíduo para realizar um acto específico numa situação específica.

Este estudo acrescenta ao corpo da investigação sobre as atitudes que relaciona as preferências de uma marca com a escolha, uma acção que salienta a preferência e o comportamento actual através da relação da intenção do comportamento e os seus possíveis resultados.

MODELO DE ACÇÃO REFLECTIDA  
(Adaptação de Ajzen a Fishbein, 1988)

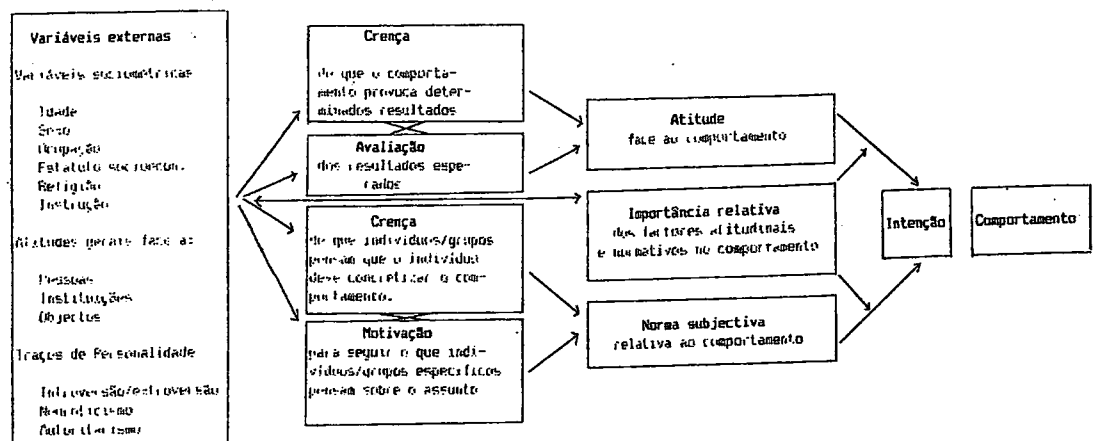


Fig.1 – Modelo de acção reflectida – Ajzen , (1985) , “From intentions to actions: a theory of planned behaviour”.

## **Objectivo**

O objectivo desta primeira fase foi fornecer uma lista de possíveis resultados no caso de uma marca ser alvo de prescrição e fazer um balanço das situações mais típicas de prescrição nos doentes com diabetes.

## **Método de recolha de dados**

A amostra foi constituída por trinta e um (31) médicos internos e de clínica geral seleccionados aleatoriamente da lista telefónica de páginas amarelas das áreas onde os grupos se encontraram: Harrisburg, Hershey, Pittsburgh, e State College, Pennsylvania e nos EUA, cuja actividade incidisse no tratamento da diabetes mellitus, dado que possuía os requisitos essenciais para testar o modelo numa situação de compra profissional. Dado que uma série de marcas possui elevadas percentagens de utilização, tornou-se possível medir a extensão da intenção do comportamento e o comportamento habitual.

Na pesquisa, o modelo foi testado de duas formas diferentes: na primeira, a intenção do comportamento ou o actual comportamento que é igual á soma dos atributos mais os factores normativos.

No segundo modelo, é apresentada uma alternativa que contempla a importância de seis diferentes atributos com a soma dos factores normativos como prognóstico das variáveis dependentes.

O método de recolha de dados foi completado em quatro fases distintas mas inter-relacionadas: uma entrevista de grupo em profundidade, uma pesquisa com entrevista pessoal, pesquisa por correio e painel de dados dos médicos prescritores.

Na primeira fase, em que a metodologia é uma análise de conteúdo, a pesquisa envolveu quatro entrevistas (4) de grupo em profundidade.

A partir das entrevistas em grupo, denominado no termo comum por focus group, composta por seis (6) a dez (10) médicos com duração de uma hora e meia a duas horas, foi desenvolvido um questionário e feito um pré-teste para a entrevista pessoal e a pesquisa via postal.

Neste caso, para teste do modelo foi requerido um perfil de paciente específico, que representava um caso típico de diabetes.

A segunda fase forneceu informação sobre a atitude adoptada para elaborar grande parte do modelo. Foram realizadas um total de noventa e três entrevistas pessoais (91) sendo que cinquenta e um (51) eram clínicos gerais e quarenta e dois (42) médicos internos em (11) onze áreas metropolitanas na metade do leste dos Estados Unidos. A taxa de resposta foi de oitenta e nove ( 89%).

Na terceira fase das entrevistas por correio foi constituída uma amostra de cinquenta e dois (52) médicos, sendo que uma parte pertencia ao painel de médicos já seleccionado anteriormente.

A este grupo foi enviado o mesmo questionário que foi utilizado para as entrevistas pessoais.

A última fase decorreu da constituição de um painel com dados pessoais dos médicos para entrevista nas duas fases anteriores, bem como informação sobre dados de prescrição efectuados nos últimos três meses por cada médico que constituía o painel.

A amostra do painel é nacional, urbana e agrupada por áreas metropolitanas, regiões geográficas e especialidades.

O painel de dados esteve operacional durante vários anos e continha informação sobre a prescrição de cada médico e o total das prescrições, por marca e por mês. Os dados foram recolhidos com a autorização do médico em fotocópias de cada prescrição prescrita.

Grande parte da análise desta pesquisa incluiu duas variáveis dependentes: a intenção do comportamento e o comportamento da prescrição, sendo que a primeira foi adoptada para reflectir a causa subjacente à função (prescrição), numa escala bipolar em sete (7) pontos.

Conceptualmente, o método de pontuação é consistente com o paradigma do comportamento medido numa situação específica.

O comportamento da prescrição partiu da análise do painel de médicos.

A partir da análise das entrevistas de grupo foi possível desenvolver uma descrição do paciente que representasse um caso típico no tratamento da doença da diabetes.

*“Também foi assumido que o medicamento mais utilizado para tratar o caso mais típico também poderia ser o utilizado com maior frequência pelo médico. Embora este método crie alguns problemas de análise é conceptualmente o mais apropriado”* (<sup>10</sup>Harrel e Bennet, 1974: pág.272).

No que respeita às variáveis independentes, a amostra foi questionada sobre a probabilidade de resultados específicos caso viesse prescrever cada marca.

### **Resultados**

Os resultados sobre a primeira fase de recolha de dados, construíram dezasseis (16) possíveis resultados de compra ou crenças. Das entrevistas pessoais, onze (11) crenças foram correlacionadas significativamente com intenção e calculadas para o modelo para Fishbein.

No teste do modelo foram utilizadas cinco (5) marcas de hipoglicemicos orais.

A pesquisa demonstra que o uso do modelo fornece uma visão mais profunda do fenómeno do comportamento de compra e que no modelo de Fishbein existe uma associação entre as atitudes e crenças normativas da pessoa e a intenção do comportamento. Isto demonstra como os factores sociais e a cultura interferem com o nível comportamental do indivíduo no que toca a opções e escolha, seja mesmo esta de ordem profissional, como a prescrição.

*“Também as influências normativas num contexto menos específico que Fishbein afirma foram consideradas determinantes na escolha de um medicamento”* (ibidem, 1974: pág. 274).<sup>11</sup>

### **Robustez/Limitações do modelo**

O principal problema ao nível metodológico neste estudo foi a criação de uma situação específica para que fosse possível manter a premissa teórica de que as atitudes são medidas sobre as acções e não sobre as marcas (objectos), o que proporciona um melhor prognóstico sobre as opções de compra.

Embora se esperasse uma relação mais forte entre o actual comportamento e a intenção do comportamento, os resultados apresentados com base numa série de características da prescrição para diabetes revelaram uma baixa correlação entre a intenção e o comportamento real.

Esta situação deve-se ao facto de existir uma grande quantidade de marcas utilizadas pelos médicos que pode não estar reflectida na medida de comportamento.

Em segundo lugar, porque as condições do doente variam e nestes casos frequentemente é sugerida a utilização de medicamentos específicos.

Em terceiro lugar, porque a mudança de marca acontece a qualquer hora e o período de tempo para os dados do comportamento da prescrição foi necessariamente prolongado antes, durante e depois da fase das entrevistas para recolha de dados.

---

<sup>10</sup> “It was assumed that the drug used to treat the most typical case also would be that most often used by the physician. While this method creates some problems of analysis, it is conceptually the most appropriate” (Harrel e Bennet, 1974: pág. 272).

<sup>11</sup> “Also, normative influences in a less specific context, than stated by Fishbein were found to be important determinants of drug choice” (ibidem 1974: pág. 274).

Depois, uma série de combinações erróneas vindas de limitações impostas pela descrição do paciente, o facto de se utilizarem várias marcas de medicamentos, a fraca correspondência de dados no período destes dados da investigação, a natureza dos instrumentos de medida e as ferramentas estatísticas, todos eles explicam a fraca relação entre o comportamento e a intenção de comportamento.

A aplicação do modelo de Fishbein permitiu constatar que *“uma série de variáveis podem interferir com a intenção do comportamento e o comportamento actual”* (Harrel e Bennet, 1974: pág.276).<sup>12</sup> Concluiu-se que fontes de informação comercial tais como telefonemas pormenorizados, publicidade, informação social vinda de colegas de profissão podem interferir ocasionalmente.<sup>13</sup>

Nesta pesquisa, a intenção do comportamento manteve uma correlação muito mais forte com a interpretação de crenças do que com o actual comportamento (Harrel e Bennet, 1974). Contudo, em ambas as abordagens de modelo testados (sumária e desagregada), a intenção de comportamento produziu o comportamento da prescrição sobre uma determinada marca em elevado número.

Os autores consideram que estes resultados combinados com as dificuldades que existem para medir o comportamento propriamente dito, tornam a pesquisa uma forte razão para utilizar a intenção do comportamento na medição das atitudes no campo do marketing.

Não devemos esquecer de que esta pesquisa sobre o comportamento de compra parte de uma base teórica que utiliza a teoria de Fishbein para desenvolver variáveis intervenientes na atitude.

As características desviantes mais comuns ao modelo são :

- 1) Não medir as atitudes sobre as acções,
- 2) Não apresentar uma situação específica no caso de compra,
- 3) Medição de escala por valor de importância, tanto quanto à “necessidade”
- 4) Não incluir factores normativos,
- 5) Falha ao utilizar a intenção de comportamento como medida dependente,
- 6) Não incluir medidas de comportamento,
- 7) Discordância tanto quanto a concordância (ibidem, 1974).

Estas características desviam-se do modelo de Fishbein.

Por isso, sugere-se que seja feita uma melhor abordagem que distinga claramente as componentes do modelo de Fishbein e as que se desviam deste.

Para além desta abordagem, são indicados uma série de caminhos possíveis para aprumar a previsão do comportamento da prescrição médica. O estudo fornece respostas com base em situações típicas, embora o leque de alternativas não tenha sido investigado. Por outro lado, sabe-se pouco sobre que tipos de variáveis intervêm no comportamento e na intenção do comportamento.

Por estas razões, sugere-se que as variáveis que influenciam o comportamento sejam integradas neste modelo e que as medidas dependentes do comportamento possam ser refinadas utilizando por exemplo um modelo fiel de marcas de medicamentos.

De acordo com os investigadores, a expectativa sobre a intenção do comportamento e a relação entre intenção do comportamento - comportamento real pode ser encarada com duas fontes de erro possíveis: a primeira, sobre os efeitos das situações das variáveis sobre os objectos, e a segunda, os

---

<sup>12</sup> “Several variables might interview between behavioural intention and actual behaviour” (ibidem, 1974: pág. 276).

<sup>13</sup> “Commercial information sources, such as detailment calls or journal ads, or social information from colleague interactions also might intervene occasionally”( ibidem,1974).

efeitos do tempo em premiar antecipadamente diferenças que podiam ocorrer para cada comprador (ibidem, 1974).

### Robustez / Limitações do modelo

A crítica feita à validade e robustez deste modelo considera que é útil em explicar e prever o recurso à marca. Através da desagregação das variáveis, o modelo contribui para esclarecimentos sobre quais são os atributos do produto que contribuem para a preferência de compra e intenção de compra da marca.

### 2.3) O modelo de Hemminki (1975)

A autora Elina Hemminki (1975), veio a elaborar um modelo complexo de comportamento da prescrição, constituído por um conjunto de factores de influência que são operacionais, mas que vieram a ser depois alvo de especulação por parte de outros autores.

Este modelo pretende ser uma simplificação de uma determinada realidade.

O modelo assenta sobre o peso da investigação que está intimamente conectado à indústria farmacêutica: são estes dois motores que fazem mover todos os outros factores de influência apresentados.

Category	Consideration refers to
Core aspects	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effects of the drug</li> <li>• Side effects of the drug</li> <li>• Costs of the drug</li> <li>• Other characteristics of the drug</li> <li>• Co-medication</li> <li>• Co-morbidity</li> </ul>
Contextual aspects	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previous experiences</li> <li>• Patient demand</li> <li>• Circumstance of the patient</li> </ul>
Habitual aspects	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habits</li> <li>• Standard treatment</li> </ul>

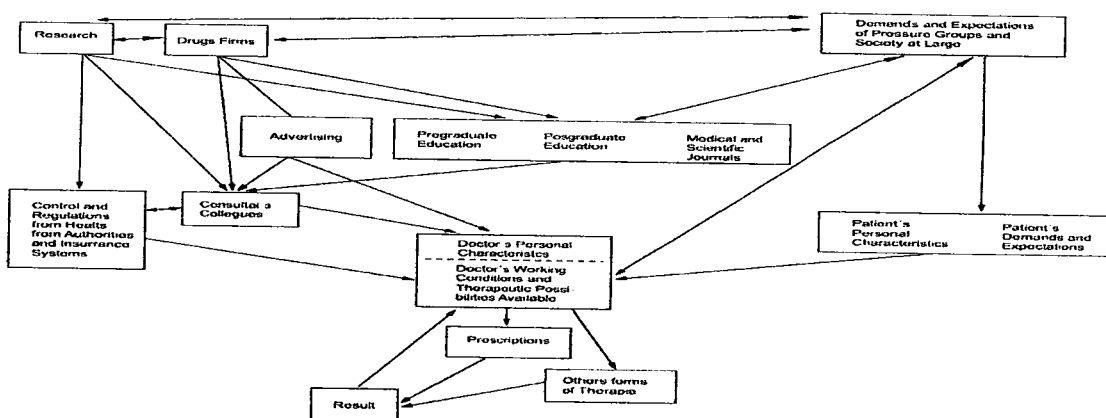


Fig.2 Modelo de Hemminki simplificado acerca dos factores que influenciam a prescrição médica (1975), "The Role of Prescriptions in Therapy".



A proposta deste modelo assentou sobre o peso que a investigação que a indústria farmacêutica representava indirectamente sobre o médico, através da capacidade de mover e criar grupos de pressão com expectativas e necessidades expressas neste campo e com as entidades reguladores de saúde, em conexão com o elevado e estreito nível de relacionamento e condicionamento legal com a classe médica.

Depois, o marketing farmacêutico, as escolas médicas, as revistas científicas e jornais da especialidade bem como a legislação regulada pelas autoridades vinham em segundo lugar, a par da influência dos colegas de profissão.

Segundo explica o modelo, verifica-se que as características do doente quer pessoais como as suas expectativas também condicionavam a prescrição.

Contudo, só os resultados da prescrição vão depois permitir ao médico avaliar outras possibilidades de escolha terapêutica, ou seja, a denominada variação da prescrição, que se pretende estudar com maior detalhe.

Embora estivessemos numa fase principiante quanto à pesquisa sobre este tema, a autora considerava que a investigação e a indústria farmacêutica influenciavam as necessidades e expectativas de grupos de pressão e a sociedade em geral, que por sua vez influenciavam as características pessoais do médico em conjunto com as próprias condições terapêuticas disponíveis (opções de prescrição se assim as podemos considerar).

Também os colegas de profissão, o sistema nacional de saúde e sistemas de seguros de saúde, vão condicionar as decisões médicas havendo ao mesmo tempo o doente, com as suas características pessoais, necessidades e expectativas.

Não é por isso surpreendente que, num século onde as relações sociais são cada vez mais complexas e que a relação médico-doente é alvo maiores atenções, que o médico prescritor possa tomar a decisão em função das necessidades económicas e sócio-culturais do paciente e clinicas que ele exhibe, ou se, pelo contrário apenas e só pelo diagnóstico como veremos retratado um pouco mais adiante nos resultados desta investigação.

### **Método de recolha de dados**

O método adoptado para testar o modelo apresentado foi uma simulação do comportamento composto por factores que afectam a prescrição médica.

A maioria da amostra foi constituída por clínicos gerais e médicos especialistas: uma lista de quatrocentos e cinquenta e três médicos (453) obtida do catálogo de médicos da Sociedade Médica de Helsínquia. Participaram no estudo cinquenta e quatro (54) clínicos gerais e dezoito (18) especialistas, cuja média de idade se situava nos 38 anos, sendo que cinquenta e seis por cento (56%) dos médicos tinham uma prática clínica de menos de cinco anos.

A metodologia utilizada foi de um estudo exploratório quantitativo através de um questionário enviado contendo informação de fundo sobre cada médico: a sua especialidade, o número de anos da profissão, a média de horas de trabalho por dia e média do número de horas de consultas com os pacientes.

Aos inquiridos foi-lhes solicitado que descrevessem como iriam tratar um doente baseando-se num tratamento sem medicamentos (sem prescrição), e que certamente deveriam ter incluído a administração de outras alternativas que não somente os medicamentos.

(Na perspectiva actual da medicina tradicional, os médicos preferem recorrer à prescrição de medicamentos do que tratar com outras terapias alternativas ou sem medicamentos).

As respostas foram classificadas da seguinte forma:

1) O único tratamento sugerido foi a prescrição (apenas medicamentos),

- 2) Foi sugerido medicamentos e outras formas de terapia combinada ( terapia combinada),
  - 3) Sem tratamento, apenas observação, controle ou indicação para consultar outro médico ou outros locais de tratamento ( não houve terapia),
  - 4) Outras formas de terapia excluindo medicamentos (sem ser terapia apenas com medicamentos).
- Os três diagnósticos estudados foram um grupo com quadros clínicos psíquicos, um de dietas (onde se incluem diagnósticos como a hipertensão, a constipação, a gastrite e elevado nível de açúcar no sangue), a obesidade, e outras patologias comuns como a constipação, a mialgia no pescoço e a bronquite crónica.

A variação dos tratamentos prescritos tendo em conta características dos médicos que fizeram parte do estudo revelou que *“a maioria dos médicos com muitos anos de prática tinham preferência em prescrever medicamentos para doentes do grupo psíquico e para pacientes obesos. Mas, para a gastrite eles escolheram outras formas de terapia mais frequentes”* (Hemminki, 1975: pág. 155).<sup>14</sup>

### **Robustez/Limitações do modelo**

O modelo não considera a forma como as influências operam no processo de prescrição médica, quer seja pela via cognitiva ou comportamental.

A prova do modelo é baseada nas respostas do questionário aplicado a cem (100) médicos de clínica geral e especialistas dos quais responderam setenta e dois (72).

Contudo, foi observado que dez (10) médicos não pertenciam mais à população original pelo que foi constituída uma nova amostra de noventa (90) médicos tendo respondido ao questionário oitenta por cento ( 80%) desta amostra.

As limitações do estudo respeitam a desvantagem de utilizar a recolha de dados por questionários dado que a participação pode não ser representativa.

Contudo, a autora considera que para assuntos mais delicados como a prescrição, este método pode ser mais fiável do que entrevistas.

Considera-se que a amostra parece ser representativa, dado que as características dos médicos que não participaram, foram estimadas por comparação com a especialidade e na distribuição da idade dos participantes (ibidem, 1975) .

Contudo, a observação sobre como contribuíram os factores de influência do modelo para a obtenção dos resultados é fraca.

Salienta-se o facto de que todos os médicos inseridos no estudo do diagnóstico dos doentes com elevados níveis de açúcar no sangue incluíram a dieta na terapia proposta. Tal deve-se ao facto de que na Finlândia (onde o estudo foi realizado), nas universidades de medicina, a dieta é considerada o mais importante e relevante método de tratamento no ataque à diabetes.

Embora a autora seja da opinião de que era possível tratar todos os doentes sem medicamentos, a verdade é que todos os médicos que participaram no estudo favoreceram a prescrição de fármacos. *“Medicamentos foram geralmente prescritos para casos sobre os quais não eram necessários”* (ibidem, 1975: pág.157).<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> “Doctors with many years of practice were more likely to prescribe drugs for patients in the physic group, and for obese patients. But, for gastritis they chose other forms of therapy more frequently” (ibidem, 1975: pág. 155).

<sup>15</sup> “Drug were quite commonly prescribed for cases in which they were unnecessary” (ibidem, 1975: pág.157).

### **Robustez /Limitações do Modelo de Hemminki**

Embora em 1975, o modelo seja uma aproximação a uma realidade que hoje não está totalmente distorcida no quadro dos factores de influência para o comportamento da prescrição médica, questiona-se a robustez do modelo quanto ao peso da indústria farmacêutica como motor de todo o processo desencadeante sobre as escolas médicas, revistas científicas e restantes factores de influência no comportamento da prescrição.

### **Conclusões do modelo**

As conclusões apontam para o facto de que os médicos são esmagadoramente a favor do tratamento com medicamentos e que uma prescrição pode provocar a desatenção do doente quanto a ignorar outras formas de tratamento alternativo.

*“Se estas duas hipóteses estão correctas, o estudo em questão sugere que a prescrição de medicamentos desloque tratamentos mais adequados para a causa. Este é um problema sério e novos estudos sobre estas duas hipóteses são desejáveis” ( ibidem, 1975: pág 157).<sup>16</sup>*

### **2.4) Os factores de influência no processo de decisão – Hemminki (1976)**

Para além da apresentação deste modelo, resultado de uma investigação científica, a autora decidiu aprofundar os factores de influência sobre o comportamento da prescrição médica, em 1976 em *“Factors Influencing Drug Prescribing – inquiry into research strategy”*.

### **Método de recolha de dados**

A metodologia incidiu em sessenta e quatro (64) estudos feitos nos últimos quinze anos sobre os hábitos de prescrição médica, nas línguas inglesa, escandinavo e filandês.

Os critérios utilizados na classificação dos estudos foram os seguintes:

- 1) Importância dos diferentes factores que influenciam a prescrição médica,
- 2) Promoção da indústria farmacêutica,
- 3) Educação,
- 4) Medidas de controle e regulamentação do Serviço Nacional de Saúde e sistemas de saúde,
- 5) Colegas,
- 6) Exigências dos pacientes,
- 7) Exigências de grupos de pressão e sociedade em geral,
- 8) Tradição e papel da profissão médica,
- 9) Condições de trabalho,
- 10) Características do médico (incluindo opiniões e atitudes).

### **Robustez/Limitações do estudo**

Contudo, na análise e selecção dos artigos para a elaboração desta revisão não foi considerada qualquer investigação sobre o mecanismo do processo de decisão médica, o que empobrece os critérios de selecção que foram adoptados, visto que na maioria dos estudos sobre modelos de comportamento da prescrição que incluem o processo de decisão, os factores de influência estão

---

<sup>16</sup> *“If these two assumptions are correct, the present study suggests that the prescription of drugs displaces more adequate and causal treatments. This is a serious problem, and further studies into these two assumptions are urgently required” (ibidem , 1975).*

subjacentes e são elementos-chave na avaliação da previsibilidade/escolha dos medicamentos em estudo.

Para além disso, o efeito sobre as necessidades e os pedidos dos doentes também não foram investigados, embora este seja um factor frequentemente enfatizado na forma como afecta o comportamento da prescrição médica.

A dificuldade do estudo sobre os factores de influência no processo de decisão deve-se à falta de cooperação da indústria farmacêutica, porque apesar de ser uma das fontes mais influentes sobre o comportamento da prescrição, não é cooperante em fornecer informação para o exterior. Por outro lado, os médicos não estão muito dispostos em descrever os seus hábitos de prescrição (Miller, 1974). Esta conclusão do autor é relevante, tanto mais que entre 2006 e 2007, tempo de realização deste estudo, as dificuldades sentidas foram as mesmas.

### **2.5) Modelo Jonh Lilja - Como os médicos escolhem os seus medicamentos (1976)**

O modelo de Jonh Lilja assenta no pressuposto de que o médico pode escolher um medicamento em função do que é habitual ou não é habitual.

*“A maioria das escolhas de uma marca são feitas provavelmente por um tipo de escolha habitual” (Lilja, 1976: pág. 363).<sup>17</sup>*

O autor constata que quando a situação terapêutica é nova para o médico, ele provavelmente irá escolher um medicamento que não seja habitual. Também se espera que esta situação aconteça quando o resultado da prescrição não é satisfatório ou tendo em conta o efeito de cura ou possíveis efeitos secundários.

Após um número satisfatório de resultados, o médico prescreve o medicamento habitual quando é confrontado com a mesma doença.

Este estudo realizado na Suécia por John Lilja em 1976 discute com base num modelo em que o processo de comportamento da prescrição médica assenta num processo de escolha habitual e escolha não habitual .

---

<sup>17</sup> “Most of the brand choices are probably done by habitual choice” (Lilja, 1976: pág. 363).

O modelo apresenta-se como o seguinte:

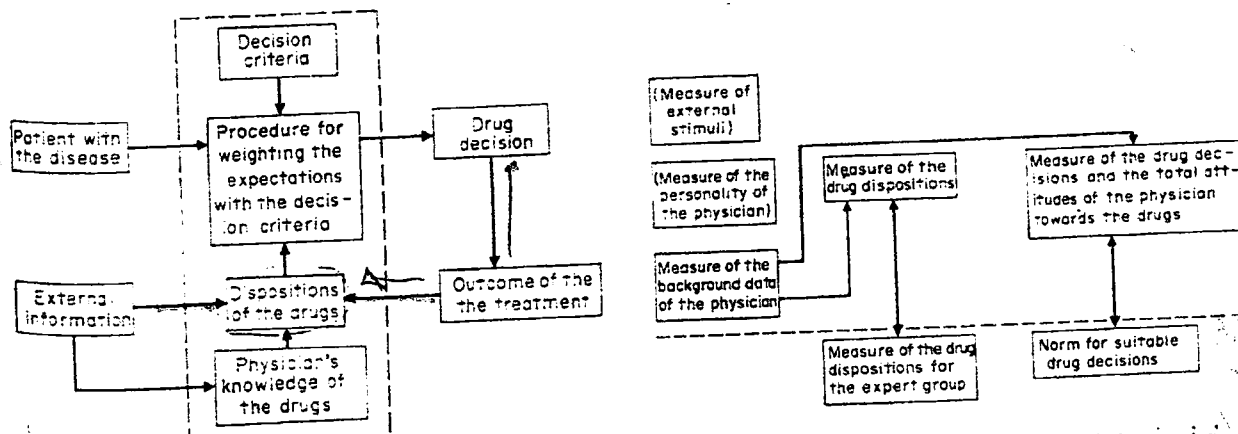


Fig. 3) Modelo de John Lilja (1976) : O processo de prescrição não habitual Fig.4) Modelo de John Lilja (1976): Modelo ideal de prescrição "How physicians choose their drugs".

No modelo da figura três (ver fig.3), o processo não habitual de prescrição é considerado importante visto que fornece uma explicação sobre a adopção de um novo medicamento, porque é composto por factores externos e pelo que está na mente do paciente (Lilja, 1976). Neste modelo, a doença dos pacientes assume um peso em função dos critérios de decisão adoptados pelo médico, que em conjunto com o nível de informação que este possui dos medicamentos e suas disposições, vai condicionar o processo de decisão e escolha do medicamento.

Por isso, os resultados do tratamento e a decisão de prescrição estão inter-relacionados.

O modelo da figura quatro (ver fig.4), retrata um modelo ideal do comportamento da prescrição médica que foi escolhido pelo seu valor explicativo do comportamento do consumidor, em que são medidas as atitudes do médico.

Na análise deste modelo devemos evidenciar que as componentes pessoais e psicológicas como a personalidade do médico e os estímulos externos (meio social, ambiente, educação), não foram considerados por razão de conveniência.

### Método de recolha de dados

A amostra seleccionada para o estudo foram cento e oitenta (180) clínicos gerais que trabalhassem fora de unidades hospitalares.

O interesse sobre esta amostra assentou sobre a medição do típico clínico geral, o médico de família que tem a seu cargo vários doentes no centro de saúde ou no seu consultório.

Os componentes centrais deste sistema, ou como sempre se tem chamado até agora, modelo, foram escolhidos de acordo com o seu valor explicativo no processo de comportamento de compra.

Quanto à técnica de recolha de dados foi utilizado um questionário via postal para uma amostra de clínicos gerais que exercessem a sua actividade fora do hospital, isto é, presumivelmente em centros de saúde.

A taxa de resposta foi alta (81%) com cento e oitenta (180) médicos que responderam ao questionário.

Este questionário abordou alguns tipos de informação como:

- 1) Variáveis de fundo,

- 2) A escolha espontânea do médico em relação à escolha do medicamento após ler um estudo sobre um adulto com diabetes,
- 3) Todas as atitudes do médico perante dez medicamentos para pacientes com diabetes,
- 4) Uma apreciação dos efeitos secundários para os mesmos dez medicamentos numa escala numérica (0-5),
- 5) Apreciação dos efeitos de cura para os mesmos medicamentos,
- 6) Juízo sobre o custo dos medicamentos,
- 7) A escolha espontânea do medicamento depois de ler um estudo sobre pneumonia,
- 8) Todas as atitudes do médico para os dez antibióticos mencionados utilizados na cura da pneumonia,
- 9) Apreciação dos efeitos secundários nos dez antibióticos,
- 10) Apreciação dos efeitos de cura nos dez antibióticos,
- 11) Apreciação do custo individual dos dez antibióticos,
- 12) As atitudes sobre as três diferentes fontes de informação.

Das variáveis seleccionadas em estudos anteriores, Stolley e outros (1972), Coleman, Katz, e outros (1966), Peterson e outros (1956), apenas foram seleccionadas cinco (5) variáveis das quais se tem expectativa para existir uma correlação positiva sobre como os médicos se sentem bem ao escolher estes medicamentos.

Estas variáveis foram: os dados do médico (idade, sexo, nacionalidade), a medida da disposição dos medicamentos, a medida das disposições do medicamento para um grupo de conhecedores do assunto, as decisões sobre o medicamento e todas as atitudes que o médico adoptou sobre os medicamentos que influenciam as normas para as decisões de prescrição mais aconselháveis.

Os dados pessoais do médico são um factor condicionante sobre as atitudes que este toma, que por sua vez condicionam as normas para as decisões de prescrição.

No questionário aplicado foi utilizado um teste estatístico de análise de regressão múltipla, que permitiu concluir que o efeito de cura/tratamento é o mais importante comparativamente aos critérios de custo e efeitos secundários relativamente a doenças como diabetes e à pneumonia.

No entanto na patologia como diabetes, o critério de decisão altera-se: os efeitos secundários são mais importantes do que o custo nos medicamentos.

O autor teve a oportunidade de constatar de que a idade do médico que interfere no seu comportamento de prescrição: *“os médicos mais novos dão maior importância ao custo e efeitos secundários do que o grupo mais velho . Os médicos mais velhos dão maior importância aos efeitos de cura”* (ibidem, 1976: pág. 364).<sup>18</sup>

Esta dicotomização do autor possibilita-nos uma maior compreensão para a variância da prescrição relativamente a alguns fármacos quanto à possibilidade de admitir que existem dois grupos de médicos distintos na actualidade: uns mais conservadores e outros mais inovadores.

## Resultados

Após os resultados, o autor encontrou alguns tipos de comportamento da prescrição inadequados com base na análise de três fontes:

- a) A escolha espontânea de medicamentos de grupos conhecedores sobre o assunto,
- b) A vontade e índole deste grupo,

---

<sup>18</sup> “The younger physicians give more weight to cost and side effects than the older group. Older physicians give more importance to the curing effects” (ibidem, 1976: pág. 364).

c) Os dados clínicos publicados para os medicamentos,

### **Conclusões**

A aplicação deste modelo permitiu concluir que o médico de uma forma geral possui um bom conhecimento acerca do custo dos medicamentos, mas não foi encontrada qualquer ligação entre as escolhas inadequadas dos medicamentos para doenças diferentes ( *ibidem*, 1976).

Os diferentes comportamentos de prescrição entre médicos mais novos e mais velhos permitiram verificar que no caso de pacientes com diabetes, os médicos mais velhos divergiram do grupo.

Lilja (1976), fundamentou este facto, justificando que os médicos que lêem mais do que dois jornais profissionais divergiram mais com o grupo em si, do que os médicos que leram poucos jornais, pelo facto de a triagem clínica dos vários tipos de medicamentos vendidos aparecerem em jornais profissionais suecos.

Uma das principais conclusões retiradas deste estudo foi a relação entre as atitudes do médico sobre a informação da indústria farmacêutica detalhada por profissionais e os panfletos estatais. Encontrou-se também uma relação positiva entre o número de jornais profissionais lidos e a presença de médicos em congressos.

Os resultados desta investigação conduziram os autores à hipótese de que alguns médicos estão interessados em medicamentos, enquanto que outros médicos não têm este interesse (*ibidem*, 1976).

Os passos que foram dados até aqui permitiram constatar que o processo de decisão é influenciado por múltiplos factores e que facilmente é alterado pelo médico nomeadamente em função da patologia do doente.

O modelo permitiu concluir também que para influenciar os médicos é mais importante fornecer dados acerca do efeito da cura do que do preço, visto que a aplicação do modelo aponta para a fraca importância que o custo do medicamento assume na amostra estudada.

### **Robustez/Limitações do modelo**

Visto que o modelo do autor é baseado nas atitudes e comportamentos e que suporta a perspectiva de que os valores e atitudes do médico e as influências culturais e sociais interferem no comportamento da prescrição, existem algumas implicações que devem ser tidas em conta para admitir a fiabilidade e a aplicabilidade deste modelo no contexto português: em primeiro lugar, existe a necessidade de informação mais científica sobre as vantagens dos medicamentos serem comunicadas aos médicos prescritores. Por outro, o médico apenas tem em mente o efeito de cura como principal critério de decisão.

Contudo, também não foi possível encontrar uma ligação entre a forma de medir os interesses pelo medicamento e o grau de conveniência da escolha desses medicamentos, o que abre algumas lacunas quanto à robustez deste modelo.

Para o modelo estabelecer a sua própria fórmula, é importante envolver o médico no processo de decisão.

O modelo não aplicou uma metodologia consistente para verificar a previsão da prescrição nem a intenção da prescrição e apenas concentrou-se na importância dos factores de influência na prescrição. Por outro lado, o papel do paciente é completamente ignorado neste modelo, o que dificulta a sua aplicabilidade em 1976, ano que este estudo estava a ser realizado.

## **2.6) Modelo cognitivo – Segal e Hepler (1982)**

Um dos estudos que se evidenciou pelo facto de se ter distanciado em toda a sua forma de casos formulados com base em hipóteses foi o de Segal e Hepler em 1982. Os autores encaravam as decisões de prescrição médica dentro de um processo cognitivo, mais do que comportamental.

Para o estudo, os autores concentraram-se na actual prescrição médica de antibióticos num cenário controlado pelo médico com o paciente.

O objecto de estudo consistiu em estudar a prescrição de antibióticos que foi dividida em grupos aos quais chamaram profiláticos, terapêuticos e empíricos<sup>19</sup>.

### **Objectivo**

O objectivo do estudo era entrevistar todos os médicos que iniciaram a prescrição de antibióticos em doentes com hipertensão.

### **Método de recolha de dados**

A amostra constituída por cinquenta médicos (50) diferentes foi utilizada com o intuito de ser o mais proporcional possível com resultados de tratamento na hipótese do caso de hipertensão.

A escala foi apresentada em resultados de 0-20 valores.

Por várias razões, os autores conduziram apenas oitenta e duas (82) entrevistas com trinta e três prescritores (33) que puderam ser entrevistados várias vezes sobre diferentes razões em função da tipologia do estudo.

Esta investigação sobre modelos de comportamento da prescrição em 1982, motivou Segal e Helper em 1985 a desenvolver um novo modelo cognitivo, baseado num caso de hipótese clínica de hipertensão. Neste modelo, os autores partiram da hipótese que a escolha do medicamento na hipertensão é influenciada pelas crenças dos médicos, que o efeito do medicamento e que o valor que o médico atribui ao mesmo está ligado aos vários resultados possíveis, pelo que se pensa que a importância de um resultado é respectivo a outro resultado.

Partindo do princípio de que os resultados do tratamento também deviam ser estudados foram entrevistados, doze médicos (12) de diferentes especialidades sobre o leque de possíveis resultados que pudessem estar associados com diferentes escolhas de medicamentos para tratamento.

Este método permitiu comparar os actuais tratamentos escolhidos com os que o modelo prevê através das estimativas dos médicos quanto aos prováveis resultados e os valores ligados a esses mesmos resultados.

### **Resultados**

Em função dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas, estes autores argumentam de que os prescritores agem sobre resultados e crenças sobre a ligação que existe entre as suas acções e os resultados obtidos na escolha dos medicamentos. Isto significa que estes autores encaram que as decisões de prescrição são apropriadas como cognitivas mais do que comportamentais.

Assume-se que uma interpretação comportamental do estudo é possível, ou seja, que a prescrição é puramente habitual e não pode ser explicada por crenças e valores, pelo que a evidência deste estudo é favorável à construção de um modelo baseado em estímulo-resposta (Bradley, 1991).

---

<sup>19</sup> O termo empírico foi a descrição atribuída ao antibiótico cujo prescriptor acreditava que realmente existia uma infecção e procedia à prescrição sem esperar pelos resultados da sensibilidade e culturais.



Os resultados apontaram para que em setenta e dois por cento (72%) dos casos, a escolha do modelo do medicamento previu correctamente o último tratamento prescrito pelo médico comparativamente aos trinta e três por cento (33%) que têm sido esperados por acaso.

Contudo, quando as previsões foram baseadas apenas nas estimativas dos resultados prováveis do tratamento baseados pelos médicos, sem considerar o valor que ele atribui a esses resultados, o nível de previsibilidade caiu para os quarenta e três por cento (43%) um valor que apenas é um pouco melhor do que o acaso.

### **Robustez/ Limitações do modelo**

Bradley (1991), na avaliação que faz dos estudos que são conduzidos acerca dos modelos de prescrição, alerta em particular para as óbvias limitações do mesmo.

Este modelo de decisão de prescrição proposto é baseado num caso hipotético e ao mesmo tempo, o questionário utilizado encoraja os médicos a um processo de decisão cujo caminho não era o seu habitual. Por outro lado, a amostra era constituída por clínicos gerais residentes numa única localização e a variável dependente foi apenas a intenção de prescrição e não o comportamento.

### **2.7) Modelo de Segal e Hepler- Crenças e valores dos médicos prescritores como prognóstico da escolha de medicamentos (1982)**

Em 1982, a problemática da prescrição inapropriada e excessiva era já uma evidência presente na literatura sendo que oitenta por cento (80%) das reacções adversas eram provocadas por medicamentos indicados em doses inapropriadas (Melmon, Sheiner outros, 1975).

Até 1982, uma série de estratégias para mudar as práticas da prescrição têm sido utilizadas, desde o formulário de prescrição para controle da qualidade e custo da terapia farmacológica, até a algumas restrições de carácter administrativo para controlar a forma como os médicos prescrevem medicamentos. Este tipo de estratégias mais coerciva frustrava até certo ponto as intenções de comportamento dos médicos.

Em contraste, surgiram nesse mesmo ano estratégias criadas para melhorar o comportamento da prescrição, para mudar as suas práticas de prescrição com o intuito de obter sucesso através de intervenções no campo da educação.

Contudo, Jones (1977), e Schroeder (1973), alertaram para o facto dessas estratégias educacionais poderem fracassar caso fosse ignorada a importância das crenças cognitivas do médico sobre medicamentos antes da intervenção.

Por esta razão, veio a demonstrar-se a necessidade de formular uma teoria psicológica sobre a prescrição médica que pudesse conduzir a estratégias eficazes tendentes em influenciar o comportamento da prescrição.

*“Os estudos recentes sobre a prescrição médica contribuíram um pouco para compreender porque o prescritor escolhe um medicamento preterindo outros, ou, mais importante, como a escolha de um prescritor pode ser influenciada para direcções diferentes”*<sup>20</sup> (Segal e Hepler, 1982: pág. 1892).

Durante as décadas de 70 a 80, alguns investigadores na área da psicologia investigaram o processo de decisão médica sobre medicamentos.

---

<sup>20</sup> “The early studies on drug prescribing contributed little toward understanding why a prescriber chooses one drug in preference to other drugs or, more importantly, how a prescriber’s choice can be influenced in desired directions” (Segal e Hepler, 1982: pág. 1892).

A pesquisa de Knapp e Oeltjen (1972), foi um desses trabalhos, que indicou a existência de uma correlação entre a prescrição do medicamento e as crenças do prescritor sobre os efeitos dos medicamentos e gravidade da doença.

Outro estudo de Harrel e Bennet (1974), revelou que as crenças e valores dos prescritores relacionados com medicamentos explicam vinte e um por cento (21%) da intenção da prescrição num caso hipotético e dezasseis por cento (16 %) de variância nos padrões de prescrição da clínica geral.

Já através da investigação de Lilja (1976), foi possível verificar que a eficácia terapêutica foi o resultado mais importante na prescrição de antibióticos para a pneumonia e hipoglicémicos orais para a diabetes.

Ora todos estes estudos, sobre os quais vieram a ser formulados e testados modelos de comportamento da prescrição médica, Fishbein (1967), Harrel e Gilbert (1974), Hemminki (1975), Bradley (1991) Segal e Hepler (1982), e outros que vieram a ser desenvolvidos mais tarde como Mancuso e outros (1987), Denig e outros (1988), Chinburapa e Larson (1988), Denig e Ruskamp (1992), Chinburapa e outros (1993), Denig e Witteman (2002), suportam a tese de que *“a prescrição é um processo de encontro de soluções directas para adquirir resultados conscientes previstos pelos médicos”* (ibidem, 1982: pág.1982)<sup>21</sup>.

Ora esta filosofia cognitiva opõe-se à teoria segundo a qual o processo de prescrição é irracional e que o facto de existirem prescrições em função dos hábitos e crenças geram respostas condicionadas às atitudes.

Estes autores consideram que não é viável defender uma única perspectiva teórica em cima de outra, e que é possível de que seja necessário mais de um modelo para representar o processo de prescrição médica.

*“Todavia, as evidências formais favorecem fortemente a perspectiva cognitiva”* (ibidem, 1982: pág. 1892).<sup>22</sup>

## **2.8) Modelo de prescrição de medicamentos – Segal e Hepler (1982)**

O modelo de Segal e Hepler é baseado na teoria cognitiva que se opõe totalmente a um comportamento de prescrição irracional ou baseado em valores, expectativas ou normas ou seja, é um modelo comportamental.

As teorias do comportamento cognitivo baseiam-se no facto das cognições do indivíduo como a consciência, o conhecimento, as crenças e hipóteses que interferem entre os estímulos e o comportamento das pessoas darem resposta a esses estímulos.

Os autores definem comportamento como o resultado de uma solução para um problema activo e consciente (ibidem, 1982).

*“De acordo com a teoria cognitiva, a prescrição de um medicamento resulta da interacção das suas crenças quanto ao reconhecimento dos resultados de vários medicamentos para um doente específico e em segundo lugar os valores que ele agrega a esses resultados”* (ibidem, 1982: pág.1982).<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> “ (...) of prescribing as an active problem-solving process directed at achieving outcomes consciously foreseen by the prescribers” (ibidem, 1982: pág 1982).

<sup>22</sup> “Nevertheless, formal evidence strongly favours’ the cognitive view” (ibidem, 1982: pág.1982).

<sup>23</sup> “According to cognitive theory a prescriber’s drug choice results from the interaction of his beliefs about the recognized outcomes of various drugs choices for a specific patient and the valences (value he attaches to those outcomes)” (ibidem, 1982: pág 1982).

De acordo com a teoria cognitiva, existem dois tipos de crenças: a expectativa, ( que pode ser pensada como um jogo de probabilidades subjectivas que estimam vários níveis de esforços que serão seguidos por sucesso inicial), e a crença instrumental (que é pensada como uma crença subjectiva sobre a correlação entre os resultados iniciais, por exemplo um tratamento médico bem sucedido), e a consequência desses resultados, como o progresso do doente ou os sentimentos pessoais de aquisição por parte do prescritor.

É importante referir que este modelo não provém da pesquisa médica, é antes um modelo retirado de outra área científica testando-se a sua aplicação e viabilidade no campo da prescrição médica.

O modelo proposto nesta pesquisa de Segal e Hepler é baseado no modelo de força de Vroom's (1964), que em algumas pesquisas ao ser testado em 1974 e 1979 revelou ter fortes associações e previsões estatísticas significativas quanto à sua utilização no prognóstico do esforço e desempenho no trabalho, satisfação no emprego, preferências ocupacionais, volume de trabalho e escolhas comportamentais.

O modelo apresenta-se por isso, como um paradigma na escolha do medicamento, em que existem etapas de prescrição que seguem uma determinada orientação do problema como se de um processo se tratasse .

O esforço, as circunstâncias, o método, a habilidade e a técnica vão desencadear a primeira etapa, na qual o prescritor entrevista e examina o paciente, obtém o relatório clínico e analisa os dados para desenvolver uma impressão clínica ou uma tentativa de diagnóstico.

Na segunda etapa, o médico prescritor formula um plano terapêutico que pode ou não incluir prescrição de medicamentos (prognóstico).

Na terceira etapa, o prescritor avalia os resultados do paciente como a cura (por exemplo), bem como outros resultados que tenham significado pessoal para o médico prescritor, como a frustração ou satisfação.

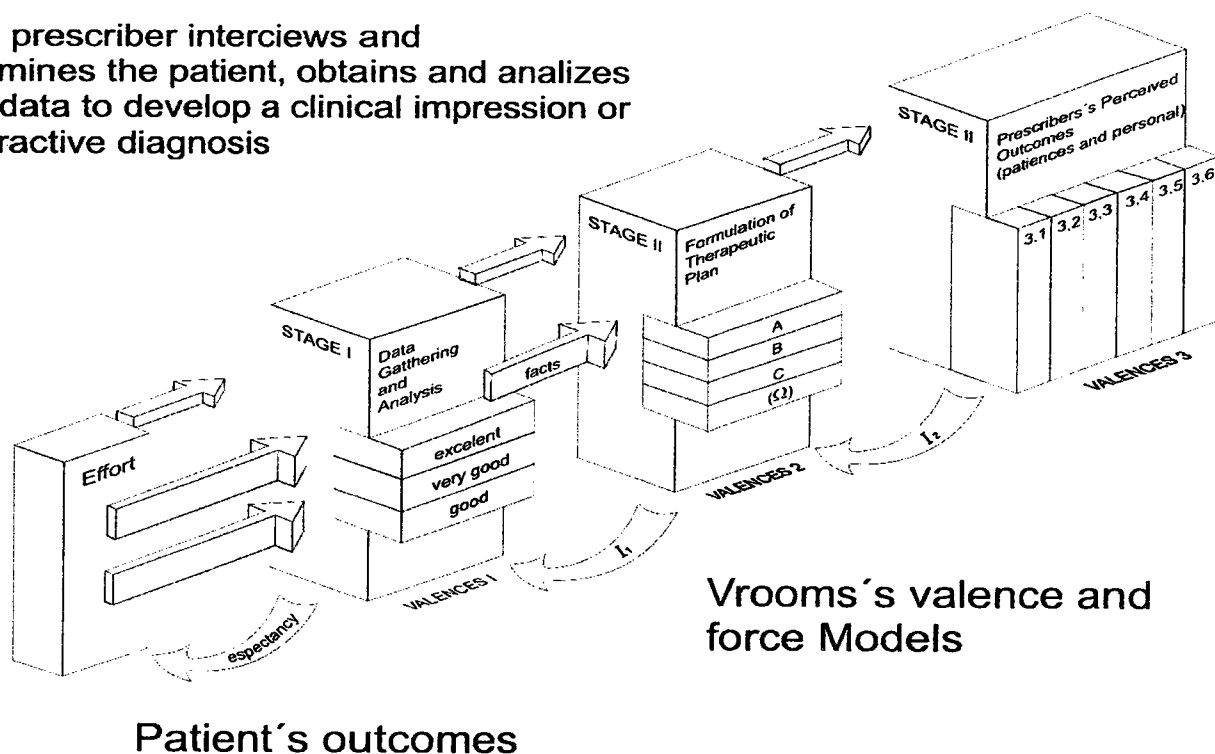
Os resultados do paciente podem gerar novos dados que permitem chegar a uma etapa de análise ou formulação do plano.

Este paradigma suporta dois tipos de modelos cognitivos que explicam e predizem diferentes etapas da prescrição.

De acordo com o modelo de dados formulado, na primeira etapa, as decisões são influenciadas por circunstâncias não psicológicas, pelos métodos de prescrição e pela interacção que existe entre as expectativas do prescritor e as capacidades, de acordo com a proposta de Vroom's.

Stage 1 - Not investigated  
an present story

The prescriber interviews and  
examines the patient, obtains and analyzes  
the data to develop a clinical impression or  
interactive diagnosis



### Patient's outcomes

Fig. 5 - Modelo de Vroom's adoptado por Segal e Hepler (1982) – Comportamento da prescrição  
"Prescriber's Beliefs and Values as Predictors of Drug Choices".

#### Modelo de Vroom's adoptado por Segal e Hepler

De acordo com o modelo de prescrição utilizado no estudo, o plano terapêutico do médico é influenciado pelas características do paciente que vem da primeira etapa, sobre as capacidades do médico prescritor e sobre os resultados percebidos que pudessem acontecer na terceira etapa prevista no modelo (nomeadamente resultados apreendidos pelo prescritor quer sobre os resultados do paciente e pessoais). Na segunda etapa, o médico formula o plano terapêutico alternativo, tendo em conta as características pessoais do médico e do paciente. Estes dados vão influenciar a formulação de um plano terapêutico seguinte.

Este modelo de prescrição formula a seguinte hipótese: "quando o médico prescritor se depara com um número de tratamentos alternativos possíveis, irá expressar a sua intenção de prescrição no tratamento alternativo que possui maior capacidade, no qual essa mesma capacidade do tratamento alternativo é calculada baseada na equação calculada no modelo de capacidade de Vroom's" (ibidem, 1982: pág. 1893).<sup>24</sup>

<sup>24</sup> "When faced with a number of possible alternative treatments, a prescriber will express an intent to prescribe the most highly valent treatment alternative, where the valence of treatment alternative j is calculated according to Vroom's valence model" ( ibidem ,1982: pág: 1893).

### **Método de recolha de dados**

A equação utilizada neste modelo de Vroom's é formulada na capacidade do médico indicar um tratamento alternativo em que  $V_k$  (como é possível ver na Fig.5), é a capacidade mostrada pelo médico sobre os resultados, e  $I_k$  são as crenças do prescritor quanto às ferramentas de tratamento para obter os resultados.)<sup>25</sup>

Para testar a hipótese sobre o facto dos resultados do tratamento com medicamentos serem importantes, os prescritores tiveram que ser identificados.

Cinquenta (50) clínicos gerais residentes (aos quais foi garantido anonimato), foram submetidos através de questionário aos instrumentos, capacidades e escolhas de medicamento, denominado Instrumento de Percepção da Prescrição.

Tendo em conta de que esta sugestão não consta na literatura, os autores consideraram como objectivo da investigação, o desenvolvimento de uma lista de resultados sobre tratamentos com medicamentos.

Na metodologia foram utilizados questionários com uma taxa de resposta de noventa e dois por cento (92%) numa amostra de cinquenta (50) clínicos gerais.

No tratamento de dados foram utilizadas variáveis dependentes e independentes: as primeiras foram os tratamentos seleccionados pelo médico para responder ao caso hipotético escrito e as variáveis independentes foram: a capacidade demonstrada pelos resultados específicos e os instrumentos utilizados para três tratamentos específicos (as escolhas de tratamento basearam-se na dosagem diária de um diurético (hidroclorotiazida)<sup>26</sup>.

Cada médico prescritor leu um caso hipotético sumário dentro do formato da orientação do problema que é utilizado na prática clínica diária. Cada médico indicou as suas capacidades para cada uma dos seis resultados terapêuticos<sup>27</sup> relacionados numa escala ordinal (0-10) sendo que lhes foi dado espaço para adicionar um a dois resultados que não constassem da lista. Para além disso, responderam a uma questão fechada que perguntava como o médico tratava o paciente no caso descrito.

O modelo de Segal e Hepler foi então testado sobre a convenção de que a sua capacidade para prever a intenção de prescrição é uma falha ou um sucesso de ambas as formas ( *ibidem*, 1982).

### **Conclusões**

Os resultados do modelo de prescrição previram correctamente vinte e oito (28) de trinta e nove (39) tratamentos que foram classificados teoricamente como escolhas previstas correspondentes aos três tratamentos sobre os quais os instrumentos foram medidos.

As conclusões sobre os resultados do estudo confirmam que o modelo de prescrição de Segal e Hepler pode prever apenas a intenção de prescrição pelo facto de conhecer os instrumentos e capacidades do médico prescritor, o que podem ajudar na previsão da escolha de medicamentos.

---

<sup>25</sup> A equação do modelo é :  $CJ = 6 \sum_{K=1} V_k I_{jk}$

<sup>26</sup> É um diurético de tecto baixo com agentes poupadores de potássio indicados para o desporto, Simposium Terapêutico, 2002

<sup>27</sup> Os seis resultados terapêuticos com tratamento por medicamentos identificados pelos médicos foram: 1) controle do estado da doença, 2) concordância do paciente com o tratamento, 3) efeitos secundários do tratamento, 4) custos do tratamento para o paciente, 5) satisfação quanto a um pedido de tratamento particular pelo paciente, 6) Críticas dos colegas.

*“Estas descobertas basearam-se em estudos recentes e em outros modelos psicológicos cognitivos” (ibidem, 1982: pág. 1896).<sup>28</sup>*

O modelo considera que os prescritores são influenciados pelo menos por dois tipos de fenómenos mentais quando escolhem medicamentos: as crenças sobre os efeitos de medicamentos, e outros que são resultados da terapia e capacidades, ou seja, os valores pessoais ligados a esses resultados pelo médico.

No entanto, é importante referir que os valores ligados aos resultados do tratamento são importantes para compreender a prescrição, porque ao retirar a variável capacidades do modelo em teste, o poder da previsão da intenção de prescrição baixou de setenta e dois por cento (72%) para quarenta e três (43%) (ibidem, 1982).

Nesse sentido, torna-se premente uma investigação mais profunda para eliminar algumas destas limitações, ou seja, um novo estudo que considere as limitações aqui apresentadas e que poderão certamente, ter comprometido a fiabilidade destes resultados.

O modelo utilizado no estudo de Segal e Hepler considerou que é *“evidente que diferentes prescritores possuem valores diferentes, o que suporta a especulação que a consulta frente a frente pode ser um método de influência da prescrição mais efectivo do que outras formas de comunicação” (ibidem, 1982: pág.1897).<sup>29</sup>*

Quanto a esta evidência, os autores particularizam o farmacêutico como um possível instrumento de influência da prescrição, caso ele descubra que tipo de resultados são mais valorizados pelos médicos prescritores, a nível individual.

#### **Robustez/Limitações do modelo**

Contudo, a principal limitação do modelo é a de que apenas é possível medir a intenção de prescrição (casos hipotéticos), e não a prescrição propriamente dita (casos verídicos), o que questiona a credibilidade dos resultados.

Por outro lado, coloca-se a hipótese de que a aplicação do questionário tornou o médico mais consciente das suas capacidades e instrumentos, e que por isso, os pode ter conduzido a tomarem outras decisões de prescrição diferentes das que fizeram na consulta.

Contudo, este problema pode ter sido parcialmente ultrapassado em função de existir uma pergunta no questionário de carácter aberto-fechado que não limitou o assunto da prescrição médica.

Este modelo não verificou os resultados das etapas dois e três apresentados, o que abre um precedente quanto à sua validade.

O modelo foi testado na clínica geral, mas apenas com a prática de tratamento principalmente de hipertensão, pelo que os resultados não podem ser generalizados para outras prescrições ou doenças.

A terceira limitação, a mais importante, é o facto de que a variável dependente medida foi a intenção de comportamento e não o comportamento propriamente dito.

Os autores alertam para o facto que situações como nova informação ou intervenção não psicológica (como por exemplo um medicamento indisponível), pode alterar a intenção de comportamento do médico.

---

<sup>28</sup> “This findings confirms earlier studies based on other cognitive psychological models”, (ibidem , 1982: pág 1896).

<sup>29</sup> “ (...) the evidence that different prescribers have different values supports the speculation that face-to-face consultation may be a more effective method of influencing prescribing than other types of communication” (ibidem , 1982: pág. 1897).

Neste sentido, os resultados do estudo deste modelo poderão ser úteis para iniciar ou compreender um pouco mais o comportamento da prescrição. Embora este modelo comparativamente aos anteriores, tenha avançado um pouco mais, especialmente na medição da intenção da previsão, o facto é que é pouco explícito quanto à constituição da amostra, fornece pouca informação sobre o modo como a amostra interagiu com a lista de resultados, com os tratamentos e pouco explica as etapas que compõem o processo de decisão.

### **2.9) Modelo de decisão médica- a escolha do medicamento como um processo de problema-solução - Segal e Hepler (1985)**

Contudo, num novo estudo sobre o seu modelo de decisão da prescrição realizado três anos mais tarde, Segal e Helper exploraram o processo de decisão e selecção dos medicamentos.

#### **Método de recolha de dados**

Foram seleccionados quarenta médicos (40) que trataram doentes com diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Igualmente foram utilizados casos hipotéticos e casos que recentemente foram tratados por médicos, mas que se lhes foram apresentados como se fossem meras hipóteses.

#### **Resultados**

Os resultados destes estudos foram muito similares para ambos os casos hipotéticos e os casos reais que lhes foram apresentados como casos hipotéticos, (em que o médico pretendia tratar), sendo que o actual tratamento nos casos verídicos foi exactamente previsto pelo modelo de decisão da prescrição apresentado.

Entre um terço dos duzentos e trinta e seis (236) medicamentos estudados foram encontradas pequenas diferenças entre o comportamento actual e o comportamento pretendido, sendo que o modelo de decisão de prescrição foi considerado ser mais exacto quanto à previsão do comportamento pretendido oitenta e um por cento (81%) de exactidão versus setenta e seis por cento (76%) de pretensão no caso da hipertensão e oitenta e sete (87%) de pretensão versus setenta por cento (70%) de exactidão no caso da diabetes mellitus.

#### **Conclusão**

Comparativamente ao estudo desenvolvido pelos mesmos autores em 1982, o valor atribuído pelos médicos nos vários resultados fez pouca diferença sobre o modelo de valores prognosticado. Desta forma, os médicos entenderam as probabilidades desses resultados como sendo suficientes para prever a sua intenção de comportamento isoladamente (Bradley, 1991).

Os resultados deste estudo não rejeitam o facto de que os médicos atribuem importância ao valor dos resultados do tratamento, mas conjecturam que os resultados que surgem depois, podem ter sido alcançados pelo facto dos médicos envolvidos neste estudo possuírem valores sobre os resultados do tratamento muito similares.

### **2.10) Modelo (1985)**

A decisão de prescrição como um processo que faz parte integrante de um problema – decisão, voltou a ser três anos mais tarde testado pelos mesmo autores, já que em 1982 os autores tinham verificado de que os valores pessoais do médico, as crenças sobre os efeitos e os resultados do tratamento faziam parte dos factores de influência do modelo de Vroom's.

Em 1985, os autores voltaram a trabalhar num modelo mais reflectido para o processo da prescrição, em função da investigação sobre o modelo e estudos anteriores feito em 1982.

A escolha de uma estratégia de intervenção ou de marketing inclusivamente cada vez mais apropriada para a prescrição de medicamentos depende como compreendemos os processos que os médicos utilizam para seleccionar os medicamentos e era essa a estratégia o principal alvo de investigação dos autores.

*"Infelizmente, estes processos ainda não estão compreendidos, e têm sido descritos por vários modelos sociológicos e psicológicos que algumas vezes são complementares e algumas vezes contraditórios"* (ibidem, 1985: pág.969).<sup>30</sup>

Todos os modelos psicológicos descritos em literatura relatam cognições do médico prescriptor, como por exemplo as crenças sobre os efeitos dos medicamentos, ás escolhas de medicamentos actuais ou intencionais, sendo que alguns modelos incluem também as atitudes do prescriptor.

Este modelo de comportamento de prescrição inclui os valores pessoais dos médicos sobre os resultados do tratamento e as suas crenças sobre os efeitos do tratamento.

### **Objectivo**

Os objectivos desta pesquisa foram avaliar a validade do Modelo de Escolha dos Medicamentos<sup>31</sup> quanto á previsibilidade na prescrição de medicamentos sobre as actuais condições clínicas nos cuidados em ambulatório.

### **Método de recolha de dados**

A unidade de amostra foram cinquenta (50) médicos internos aos quais foi enviada uma carta explicando a natureza do estudo a solicitar a sua participação. O convite para integrar o estudo foi aceite por todos eles.

No que respeita aos doentes, foram seleccionadas as visitas de três (3) doentes com diabetes e três (3) visitas de doentes com hipertensão nas consultas médicas. Foram excluídas as consultas de seguimento.

O modelo foi testado em 1985 em quarenta (40) médicos aos quais foram apresentados casos fictícios e seis (6) casos distintos de doentes com hipertensão e diabetes mellitus que haviam tratado recentemente.

Aos médicos foram apresentados questionários baseados nos casos tratados quanto a dois critérios específicos: as crenças do médico quanto à probabilidade de que os resultados de sete (7) tratamentos efectuados tivessem o resultado da prescrição de uma série de tratamentos alternativos e os valores atribuídos a cada um desses resultados.

Os dados foram recolhidos através de entrevistas com prescritores e por dados clínicos de pacientes fornecidos por cada prescriptor.

Em seis (6) de oito (8) entrevistas realizadas, foi pedido aos médicos prescritores que respondessem a um questionário denominado Instrumento de Percepções da Prescrição, o mesmo que em 1982. Este questionário teve como objectivo verificar a percentagem de pacientes graves (de acordo com o parecer de cada médico), nomeadamente quanto aos efeitos da doença sem tratamento, quanto à

---

<sup>30</sup> "Unfortunately, those processes are not understood, and have been described by various sociologic and physiologic models that are sometimes contradictory", (ibidem, 1985: pág.968).

<sup>31</sup> DCM (Drug-Choice Model)



esperança de vida e adaptação, bem como verificar se as crenças sobre as probabilidades dos resultados do tratamento com os medicamentos utilizados teriam a sua origem numa série de tratamentos alternativos.

O outro objectivo da aplicação deste questionário foi verificar se os médicos prescritores descreviam um plano de tratamento para o paciente em resposta aberta-fechada no questionário apresentado (Instrumento de Percepções da Prescrição).

Através deste questionário tornou-se possível medir as crenças gerais do prescritor quanto aos efeitos do tratamento e valores associados aos resultados do tratamento, tais como o controlo, o custo, as críticas dos colegas de profissão, as exigências do doente, os efeitos secundários, cumprimento do tratamento e dados sobre o tratamento.

A percepção sobre a gravidade da doença do caso descrito e a descrição do plano de tratamento para o paciente, também foi apresentada no questionário.

A vinte (20) médicos seleccionados foi-lhes questionada a sua intenção de prescrição e em outra secção foi possível medir as crenças sobre os tratamentos alternativos apresentados em doentes com hipertensão no Instrumento de Percepções de Prescrição.

Para a análise metodológica do modelo, apenas foi considerada uma só visita do paciente ao consultório, uma só medida de intenção de prescrição, uma só medida para a prescrição actual e um jogo de medidas das crenças específicas do paciente quanto aos efeitos do tratamento (nomeadamente se essas crenças estariam ligadas a uma série de prescrições alternativas e resultados do tratamento).

Apenas quarenta (40) médicos completaram todas as entrevistas do estudo.

### **Resultados**

Os resultados do modelo previram correctamente a intenção de prescrição em oitenta e um por cento (81%) dos casos de hipertensão e oitenta e sete por cento (87%) nos casos dos pacientes com diabetes num cenário de cento e setenta e dois (172) tratamentos com medicação propostos.

No que respeita à prescrição real, a previsibilidade foi de setenta e seis por cento (76%) nos casos de hipertensão e setenta por cento (70%) nos casos da diabetes, tendo sido maior do que a média esperada ( $P < 0,01$ ).

### **Conclusões**

As conclusões confirmam a hipótese de que os médicos prescritores têm tendência para prescrever medicamentos que possuem maior utilidade nas alternativas disponíveis.

A intenção de prescrição foi prevista correctamente com maior frequência do que a prescrição actual propriamente dita, dado que nos casos de hipertensão, o modelo apresentou resultados de oitenta e um por cento (81%) de intenção contra setenta e seis por cento (76%) de prescrição actual. No caso da diabetes, essa diferença de poder de previsibilidade foi maior: de oitenta e sete por cento (87%) na intenção para setenta por cento (70%) na prescrição actual.

Não existem evidências estatísticas que demonstrem a exactidão entre o modelo de comportamento da prescrição e a gravidade da doença ou as classificações do médico prescritor (ibidem, 1985).

Os resultados deste estudo confirmam parcialmente a pesquisa sobre a prescrição no campo da psicologia.

*“Os médicos nesta amostra, tal como em estudos recentes, parece que prescrevem medicamentos com o propósito de adquirir um ou mais resultados previstos intencionalmente” ( ibidem, 1985: pág.973).<sup>32</sup>*

Valores como os resultados do medicamento, controle da doença pelo médico prescriptor em conformidade com o doente, e o facto de minimizar efeitos secundários foram os factores mais valorizados no estudo.

Porém, as conclusões do estudo quanto à importância de valor dos resultados na escolha dos medicamentos é dúbia, porque embora não confirmem a sua importância, também não justificam que deva ser posta de lado.

É que em 1982, o estudo destes autores sobre um modelo de comportamento vocacionado para o trabalho e a motivação tinha sugerido que existem outros factores para além da intenção como factor único de influência no comportamento.

### **Robustez/Limitações do modelo**

Embora este modelo tenha permitido a medição correcta da intenção de prescrição, os valores prognosticados sobre as crenças dos prescritores quanto aos resultados do tratamento são relacionados às escolhas terapêuticas específicas, que são importantes para o médico apenas na amostra dos doentes que são tratados com hipertensão e na diabetes mellitus.

*“Alguns grupos de médicos prescritores, tais como a amostra anterior, podem ter valores bastante heterogéneos” ( ibidem, 1985: pág.974).<sup>33</sup>*

O fruto da experiência pessoal do prescriptor e o controle de custos foram outras das fontes de influência consideradas. Contudo, a opinião dos colegas de trabalho é pouco enfatizada neste estudo.

*“Quaisquer que fossem as causas, as diferenças entre intenção e acção não sugeriram que os médicos estivessem seriamente atrapalhados em deixar de aprovar as suas intenções de prescrição, e o modelo de escolha do medicamento correctamente previsto em cerca de 70% da prescrição actual” ( ibidem, 1985: pág.974).<sup>34</sup>*

Agora, as diferenças observadas neste estudo de 1985 podem ter sido influenciadas pela formação médica superior, isto é, pelas linhas de pensamento académicas de cada universidade que ministra medicina, embora os autores afirmem que não foi possível observar-se a influência sobre a decisão de prescrição pela universidade médica ou qualquer outro factor que tenha em linha de conta as diferenças entre intenção e acção.

Contudo, os resultados revelaram que os médicos prescritores modificavam as suas crenças acerca dos resultados do tratamento de paciente para paciente, frequentemente.

A interpretação destes resultados é matéria de alguma limitação, devido ao facto de que foi empregue uma amostra de conveniência sobre um grupo de médicos definido (tal como o estudo anterior).

Os resultados conduziram à seguinte conclusão: todos os estudos publicados que utilizam modelos psicológicos sobre a prescrição médica são importantes no processo de decisão da prescrição.

---

<sup>32</sup> “The physician in this sample, as in earlier studies, seemed to prescribe drugs for the purpose of achieving one or more consciously foreseen outcomes” ( ibidem, 1985: pág.973).

<sup>33</sup> “Some groups of prescribers, like the former sample, may have fairly heterogeneous values” ( ibidem, 1985: pág.974).

<sup>34</sup> “Whatever their causes, differences between intent and action did not suggest that physicians were seriously hindered in carrying out their prescribing intentions, and the DCM correctly predicted about 70% of actual prescribing”( ibidem, 1985: pág.974 ).

As implicações generalistas sobre os resultados da pesquisa estão correctas quanto ao facto de que as crenças sobre os efeitos do tratamento são necessárias, embora por vezes não sejam suficientes para a prescrição mais apropriada ( *ibidem*, 1985).

*“A identificação de crenças comuns ou incorrectas sobre os efeitos dos medicamentos devem ser parte de qualquer tentativa para influenciar ou controlar a prescrição” (ibidem, 1985: pág 975).<sup>35</sup>*

O facto de uma estratégia educacional melhorar a prescrição médica no campo do(s) modelo(s) cognitivo(s) não estar definitivamente comprovada (visto que algumas estratégias de intervenção neste campo têm sucesso e outras falham), os autores sugerem um maior nível de investigação nesta área.

No que respeita aos custos da terapia como factor de influência, os médicos deverão estar não só informados sobre as consequências dos custos de tratamentos alternativos, mas também de outros resultados com valor significativo, nomeadamente quanto à relação da eficácia /custo.

É também sugerido um maior nível de investigação para determinar o impacto da informação sobre a actual prescrição e custos de tratamento quanto às mudanças no comportamento da prescrição (*ibidem*, 1985).

Os resultados deste modelo acrescentaram um novo factor: de que os médicos mais novos que constituíram a amostra viram como útil um medicamento específico para resultados específicos em pacientes diferentes.

Por estas razões, existe a necessidade de investir mais na pesquisa farmacêutica com o intuito de avaliar o impacto que os programas educacionais individualizados têm sobre o comportamento da prescrição, e se nos programas educacionais generalistas tais como seminários sobre a terapia farmacológica, são reconhecidas as diferenças entre os doentes.

*“A escolha de medicamentos é um processo complicado e difícil que não deve ser sujeito a intervenções mal feitas, mesmo se forem bem intencionadas ou motivadas por necessidades financeiras” (ibidem, 1985: pág.976)<sup>36</sup>*

Possuir um modelo teórico válido que explique como o processo de decisão de medicamentos é feito, poderá ajudar profissionais como gestores de programas clínicos a utilizar estratégias apropriadas para influenciar a prescrição médica ( *ibidem*, 1985).

### **2.11) Modelo comportamental**

Os estudos do modelo de comportamento sobre a prescrição médica geraram debates entre a psicologia da teoria cognitiva e a psicologia da teoria comportamental.

De acordo com a teoria cognitiva, o registo da memória de longo prazo do médico é utilizado sempre que o médico necessita de resolver um problema, nomeadamente no tratamento de patologias mais sérias.

Lacey e Rachlin (1978), responderam a uma série de críticas comportamentais vindas de psicólogos cognitivos, apontando para o facto de que a escola cognitiva pode perfeitamente ter que limitar a visão da teoria comportamental, especialmente as variantes não redutoras resumidas por Skinner.

---

<sup>35</sup> “Identification of common, incorrect beliefs about drug effects should be part of any attempt to influence or control prescribing” ( *ibidem*, 1985: pág. 975).

<sup>36</sup> “Drug choice is a complicated and difficult process that should not be subjected to clumsy interventions, even if well intentioned or motivated by financial necessity” ( *ibidem*, 1985: pág 975).

Ambas as escolas de psicologia podem contar com comportamentos humanos complexos em situações de escolha, tais como a prescrição médica, sendo que ambas estão a dar conta de dificuldades ao nível de alguns aspectos do comportamento verbal.

*“A verdade da questão pode ser que o processo de decisão de fármacos pelos médicos é uma mistura de racional ou pensamento fora do comportamento e hábito, dependendo da familiaridade do problema ou de outras variáveis” (Bradley, 1991: pág 283).<sup>37</sup>*

Igualmente, por detrás dos estados racionais podem existir hipóteses não testadas ou hábitos de pensamento (ibidem, 1991).

Na teoria cognitiva assente no campo da prescrição, o médico no processo de decisão atinge o estágio de *“memória evocada”* ou seja, evoca a memória de curto prazo sobre a qual assenta os três (3) últimos nomes de medicamentos que no momento necessário à decisão de prescrição, são os que ele considera mais importantes e aptos para tal.

Tal processo permite o desencadeamento da prescrição médica.

O modelo cognitivo contrapõe-se ao modelo comportamental, este baseado nas atitudes, crenças e valores, em que os factores de influência da prescrição, nomeadamente os de carácter social e pessoal (do médico), é que interferem no processo de prescrição médica.

Este debate não é consensual quanto à defesa de uma decisão de prescrição médica baseada no processo de memória cognitivo ou comportamental, resultado de variáveis externas, hábitos e meio social.

## **2.12) Modelo de Mancuso, Rose, e outros no processo de decisão terapêutica do médico (1987)**

Em retrospectiva dos vários modelos de comportamento da prescrição em análise, já foi possível constatar que a prática clínica é diversa e apresenta problemas complexos.

Até à data, só tinha sido possível nos modelos apresentados medir a intenção da prescrição do que a prescrição real e que os estados clínicos do doente modificavam a decisão de prescrição.

O modelo de Mancuso e Rose quanto à análise do processo de decisão (1987), explora o processo de aprendizagem cognitivo do médico quando este toma decisões terapêuticas em situações complexas nas quais é aceitável e possível optar por mais do que um tratamento para o doente.

### **Objectivo**

O objectivo do estudo foi identificar as estratégias do processo de decisão empregues pelos médicos quando optam por tratamentos alternativos para pacientes com doença coronária arterial.

A proposta dos autores foi investigar o processo cognitivo utilizado no processo de decisão terapêutica.

### **Método de recolha de dados**

A metodologia de carácter exploratório, utilizou uma técnica utilizada por psicólogos cognitivos sobre a qual a estratégia do problema-solução é caracterizada a partir de verbalizações durante cada etapa no processo de decisão médica.

---

<sup>37</sup> “The truth of the matter may be that drug selection by doctors is a mixture of rational or thought out behaviour and habit, depending on familiarity of the problem or other such variables” (Bradley, 1991: pág. 283).

A amostra seleccionada fizeram parte dezoito (18) médicos internos aos quais foram apresentados três casos hipotéticos de doentes com doença coronária arterial com cirurgia de bypass e aos quais foi pedido para explicar as suas decisões de tratamento.

Este estudo foi realizado com base em hipóteses geradas e não um estudo de hipóteses - teste de Mancuso e Rose (1987), que envolveu casos hipotéticos de doentes com angina de peito.

A entrevista foi a técnica utilizada no estudo.

Após a conclusão de todas as entrevistas foi possível caracterizar um padrão geral no seu problema-decisão através de análise.

Apesar da incapacidade dos médicos em explicar o seu processo de decisão, foi possível aos autores caracterizar um padrão de decisão segundo a análise das suas respostas.

Com base neste processo de pistas, foi caracterizado um padrão de comportamento da decisão terapêutica que os médicos adoptaram em função de um processo de três etapas, o qual denominaram de análise composta.

### **Tratamento dos dados**

Segundo esta análise, a primeira etapa é constituída por uma selecção de novos factos e a avaliação de cada facto é feita individualmente com respeito às opções de tratamento.

Na segunda etapa, há uma reavaliação do valor dos novos factos com respeito a cada um deles e unificação do caso.

Na última etapa há uma sumarização dos valores dos pontos focais para tomar a decisão final.

Na primeira etapa, os médicos focaram-se temporariamente apenas em um aspecto do caso que consideravam importante e avaliaram-no tal como se fosse um facto individual autónomo.

No estudo, foi possível verificar que na primeira fase, depois da escolha do ponto focal, o médico passava a considerar a sua importância ou valor. Os autores observaram que o médico avaliava esse foco à luz de vários factores tais como o conhecimento sobre a literatura e lembrança de casos anteriores com doentes.

O valor agregado a cada foco (que significa o ponto principal do diagnóstico do doente), representa a importância que o factor assumia para aquele médico.

Esta foi portanto, uma avaliação subjectiva e que variou de médico para médico.

Não foi possível quantificar o valor que cada médico fixou ao foco (Mancuso e Rose, 1987). Por isso, cada médico avaliou cada opção de tratamento com respeito à importância de cada foco.

*"Nós então inferimos que esta opção era levada a cabo atribuindo um sinal ao valor" (ibidem, 1987: pág 1282).<sup>38</sup>*

Completa a primeira etapa, o médico já deverá ter seleccionado uma série de opções para a gestão cirúrgica e clínica de cada um dos pontos focais (até aqui, o médico coleccionou um grupo de valores identificados para cada opção de tratamento).

A segunda etapa prossegue com uma avaliação e união dos factos num só caso (história), em que o médico rebusca todos os pontos focais atrás identificados num só (caso), clarifica os aspectos do caso considerado mais importante, compara e avalia os valores de todos os pontos com respeito a cada um deles. Os pontos de foco deixam de ser factores significantes num caso, para tornarem-se assuntos individuais onde as apreciações terão sido feitas sobre a forma de valores assinalados com signos como +, - ou 0 (zero) (analisar a figura).

---

<sup>38</sup> "We inferred that this was accomplished by giving a sign to the value" (ibidem, 1987: pág.1282).

O sinal + indica o efeito desejável no ponto principal do diagnóstico do doente.

O sinal - indica o efeito indesejável.

O sinal 0 representa sem efeito no ponto focal.

Desta forma, as opções de tratamento tornam-se num caso apenas visto pelo médico.

Na terceira etapa, a cada ponto principal do diagnóstico do paciente é atribuído um valor numérico que vai de:

1- importância ligeira,

2- importância moderada,

3- importância alta.

É através do signo agregado ao valor para cada opção de tratamento que o médico constata se a terapia médica continua a oferecer algum benefício e se a cirurgia deve ou não ser adiada.

Nesta investigação, os médicos depararam-se com um problema terapêutico de ordem complexa, em que é utilizado um processo de decisão ao qual os autores denominaram de análise de foco composto.

Esta designação de foco composto descreve como é que o médico se movimenta do ponto principal/foco/ de um doente para outro, fazendo decisões e avaliando individualmente essas decisões numa única decisão (composta.)

Quando o médico se foca num determinado elemento per si, o médico avalia-o como um foco individual.

O ponto focal é analisado com base nos seguintes factores específicos que influenciam cada médico individualmente: o conhecimento, a literatura relevante e experiência com casos similares no passado.

*“A teoria actual do problema- decisão clínica proposta pelos investigadores que estudam as decisões com base no diagnóstico é o modelo de análise hipotético-dedutiva” ( ibidem, 1987: pág. 1284).<sup>39</sup>*

Porém, este estudo sugere que os médicos não utilizam este método hipotético-dedutivo na prescrição.

*“ (...) não lhes parece que se gerem hipóteses apenas olhando para os tratamentos com sucesso nem procurem o caso para obter mais dados para justificar escolhas de tratamento” ( ibidem, 1987: pág.1284).<sup>40</sup>*

Os autores colocam a hipótese dos médicos escolherem os pontos focais do diagnóstico do doente baseados em parte pela ferramenta psicológica da heurística.

Nos processos heurísticos há uma simplificação do raciocínio: o médico “pega” nos elementos mais substantivos para firmar a sua decisão, como a patologia ou patologia associada e são esses elementos que passam a valer como forma de decisão.

A heurística descrita por Tversk, Kahneman e outros autores é definida como uma regra ou uma directriz que simplifica a forma como individualmente lidamos com a informação.

Por isso, os médicos guiados pelos seus próprios conjuntos de heurística, escolhem os factores que consideram mais importantes para a decisão de prescrição.

Neste sentido, os autores acreditam que a heurística traz diferentes perspectivas quanto à mesma informação clínica: *“Dois médicos não vêm o mesmo caso de maneira exactamente igual. Mesmo que*

---

<sup>39</sup> “The current theory of clinical problem solving, proposed by researchers studying diagnostic decisions, is the model of hypothetical-deductive analysis” ( ibidem,1987: pág. 1282).

<sup>40</sup> “ (...) were not seen to generate hypotheses regarding optimal treatment nor did they search the case for further data to support treatment choices” ( ibidem,1987: pág. 1284).

*os pontos focais do diagnóstico do paciente escolhidos sejam os mesmos, o valor e o sinal atribuído a cada um deles pode não ser idêntico ( ibidem, 1987: pág. 1284).<sup>41</sup>*

Por exemplo, na maioria dos casos, grande parte dos médicos escolheram o desejo do doente como ponto focal para a cirurgia de bypass. Depois, os médicos atribuíram um sinal positivo ao seu valor e um sinal negativo ao tratamento médico ( ibidem, 1987).

### **Conclusões**

O próprio modelo em análise levanta o problema de que muitas das escolhas terapêuticas são feitas sem conhecimento actual do assunto, em que os médicos incorporam implícita ou explicitamente os seus valores pessoais no formulário de prescrição, visto que há médicos que valorizam as preferências dos seus pacientes e outros não.

A forma como está concebida esta simplificação do comportamento da prescrição, permite que sejam integrados os valores pessoais do médico e avaliação da informação clínica.

De acordo com a visão de Mancuso e Rose, para a arte da decisão terapêutica, os médicos julgam e apreciam em função dos pontos de foco, baseados na ciência médica e nos valores pessoais: idade, sexo, região, classe social e ou número de filhos.

Embora este modelo centre-se em função do diagnóstico e dos elementos clínicos observados pelo médico, que segundo os autores permitem construir diagnósticos diferentes, a verdade é que não existe um modelo/esquema que explique a ligação entre factores, médico e o processo de decisão comparativamente aos modelos anteriores.

Existe uma ferramenta psicológica, o pivot para gerir uma enorme dose de informação clínica, mas que é utilizada de forma diferente de médico para médico ( ibidem, 1987).

O modelo destes autores é constituído por pontos de foco e modelo de multiatributo aditivo útil, partilham uma importância similar que requer um novo passo no uso de informação para chegar a uma solução no processo de decisão médica e está desenvolvido para melhorar as previsões de uma doença ou de um diagnóstico, por exemplo.

O estudo constatou que a educação do paciente e as medidas preventivas são parte da terapia médica e que o tratamento médico deve ser considerado como uma opção desejável ( ibidem, 1987).

### **Robustez/Limitações do modelo**

Enquanto neste estudo estamos a avaliar um modelo descritivo no processo de decisão, o processo de análise-decisão é um modelo formal e construído explicitamente para levar o médico à decisão se estiver sob condições de incerteza.

O modelo de pontos focais torna explícito os factos médicos seleccionados e os valores que lhes foram atribuídos, contrariando com os que o médico inclui num constructo descritivo como o da análise de decisão, mesmo que o problema clínico seja o mesmo.

Existe, portanto, um contraste com o actual processo de decisão com a análise de decisão dos médicos, que estariam capazes de fazer melhor e de tomar decisões terapêuticas melhor justificadas, bem como utilizar esta aproximação para ensinar as terapêuticas de uma maneira mais sistemática e clara.

---

<sup>41</sup> "No two physicians view a case exactly the same way. Even if the same focal points are chosen, the value and sign given each one may not be identical" ( ibidem, 1987: pág. 1284).

Quanto à validade deste modelo, os autores afirmam a necessidade de confirmar o modelo do processo de decisão terapêutica porque em primeiro lugar, o modelo não foi testado com outros problemas terapêuticos e em condições mais aproximadas à vida real e em contacto com o paciente. Depois, a forma como os médicos sumariam os valores aos signos não foi compreendido correctamente, o que hipoteca a aplicabilidade deste modelo no estudo do comportamento da prescrição médica.

A necessidade de estudar um modelo cada vez mais aproximado às condições reais da prática médica e do seu dia-a-dia com o paciente são evidentes para tentar obter resultados mais fiáveis quanto ao comportamento da prescrição.

### **2.13) Modelo de Denig e outros - A escolha dos medicamentos (1988)**

O modelo comportamental veio a ser testado por Denig e outros (1988), questionando o modelo teórico de expectativas e valores estudado por autores como Harrel e Bennet (1975), Hemminki (1976), Hepler (1982-1985), e mais tarde por Bradley (1991).

Na década de 80, o número de estudos focados no comportamento da prescrição médica era cada vez maior: utilizavam-se estratégias educacionais ou directrizes terapêuticas, mas que acabavam por conduzir a resultados conflituosos, especialmente com respeito aos efeitos da informação escrita.<sup>42</sup>

As diferenças e as justificações utilizadas para explicar estes resultados infundados das investigações concentravam-se na maior parte das vezes nos canais, na fonte, no conteúdo da informação e na credibilidade, esta última, nomeadamente da fonte.

Alguns estudos efectuados, como os de Sibley e Sackett (1985), sobre a educação médica contínua e de Evans e outros (1984), quanto à educação médica na hipertensão para os médicos de cuidados primários revelaram que um maior conhecimento não garante uma melhor prescrição médica.

Para além do conhecimento, existem outros factores que influenciam o comportamento da prescrição e que indicam a necessidade de uma teoria comportamental que possa descrever o processo de decisão do medicamento pelo médico, tal como veio a ser salientado em Plumridge (1984), em "*Intervention strategies aimed at modifying prescribing behaviour*" e em Segal e Hepler (1985), em "*Drug choice as problem solving process*".

Harrel e Bennet (1974), Epstein e outros (1984), Segal e Hepler (1985), foram alguns autores que realizaram investigações empíricas do processo de decisão de prescrição médica, salientando-se o de Segal e Hepler em particular por ser mais recente e de ter obtido resultados com base em casos reais, embora apresentados como hipotéticos aos médicos para a realização do estudo.

Todas estas investigações são baseadas no modelo de expectativas e valores incluindo as expectativas sobre os resultados do tratamento e o valor dos resultados do tratamento como explicação para fundamentar o processo de decisão quanto à prescrição médica.

Tais modelos, Segal e Hepler (1982), (1985), mostraram-se correctos no prognóstico da escolha de medicamentos em setenta por cento ( 70% ) a noventa por cento ( 90 % ) dos casos.

---

<sup>42</sup> Fendler e outros (1984), Berbatis e Maher (1982), Avorn e Soumerai (1983), Schaffner e outros (1983), Evans e outros (1986), em Denig (1988).



## 2.14) Constituição do modelo de Denig

Ora Denig (1988), na avaliação que fez sobre a validade e robustez dos modelos de comportamento da prescrição médica alertou para a necessidade de efectuar uma pesquisa mais extensa com o objectivo de avaliar o papel das normas e valores.

Esta pesquisa permitiria sagrar um modelo de comportamento da prescrição generalista, através da constituição de outros grupos de médicos e estudo de outros campos da prescrição.

Neste estudo de Denig e outros (1988), foi testado um modelo de comportamento da prescrição médica que inclui atitudes, normas subjectivas e experiências.

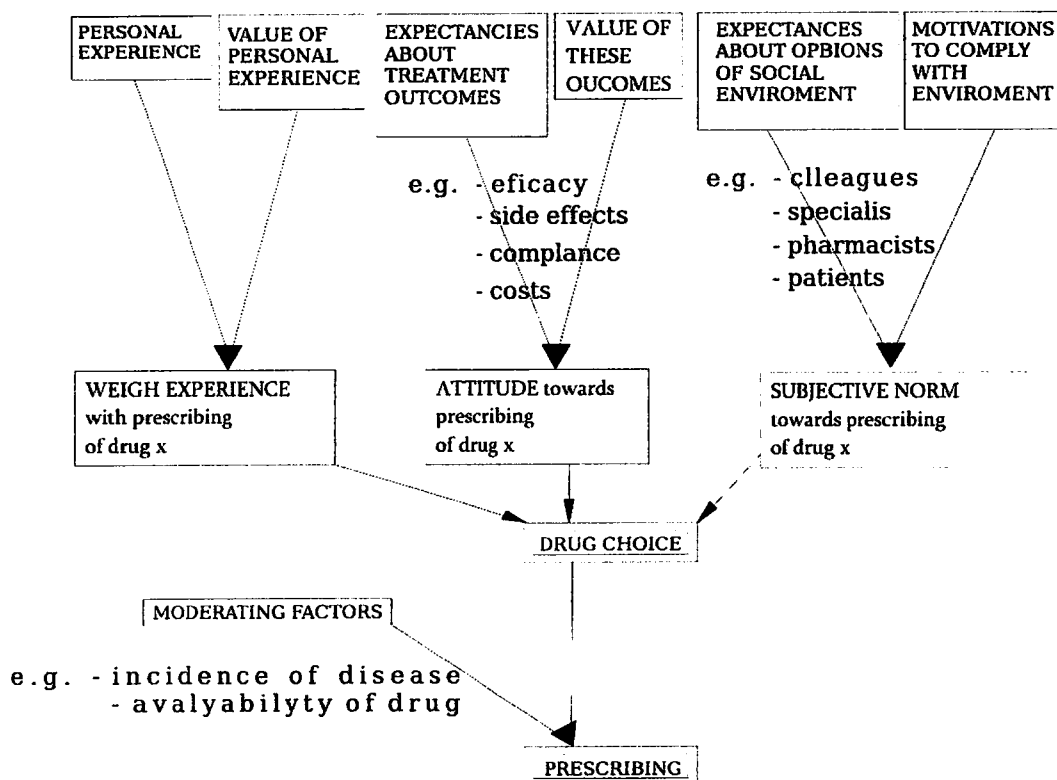


Fig. 6) Modelo de Denig, P. (1988) - Modelo de escolha do medicamento, "How physicians choose their drugs".

*"As atitudes para com os medicamentos são baseadas nas expectativas e valores sobre os resultados do tratamento, normas subjectivas para com a prescrição são baseadas nas expectativas e valores quanto à aceitação profissional e exigências dos doentes, finalmente a experiência que compõe o modelo é baseada nas expectativas e valores sobre as experiências com comportamento passado"<sup>43</sup> (Denig e outros, 1988: pág.1382).*

<sup>43</sup> "Attitudes towards the drugs are based on the expectancies and values about the treatment outcomes; subjective norms towards the drugs are based on expectancies and values about the professional acceptability and the patient demand, and finally the experience component of the model is based on expectancies and values about experiences with past behaviour" (Denig e outros, 1988: pág. 1382)

Os grandes constructos deste modelo assentam na experiência que o médico já possui com o medicamento (que é consequência da prescrição), a atitude (face à prescrição), e acima de tudo as normas subjectivas que derivam, segundo o modelo do autor, de expectativas do próprio médico sobre o meio social e opiniões de colegas de profissão, especialistas – líderes de opinião, dos pacientes e da motivação de que o médico possui para cumprir com o próprio papel social que ele desempenha.

Estas influências, das quais fazem parte não só a experiência científica, mas também factores de ordem social e comportamental, são a base legítima em que o modelo está formulado para conduzir à escolha de um determinado medicamento e portanto, à sua prescrição.

O poder previsível deste modelo e o papel dos seus diferentes elementos foram testados em duas diferentes doenças para as quais foram prescritas medicamentos: síndrome do intestino nervoso e cólica renal.

### **Objectivos**

O modelo foi testado para prever a primeira escolha do médico prescriptor, sendo que para cada tratamento alternativo foram utilizadas fórmulas com quadros de valores.

### **Método de recolha de dados**

O estudo do autor teve lugar em duas regiões da Holanda, um país onde a prescrição é considerada representativa. Foram convidados a participar todos os médicos clínicos gerais com uma prática clínica estimada em tamanho de mais de mil duzentos e cinquenta (1250) pacientes.

A metodologia aplicada ao estudo é de carácter exploratório utilizando uma técnica de recolha de dados de carácter quantitativo e qualitativo.

Foram questionados trezentos e noventa e sete (397) médicos mas apenas participaram cento e sessenta e nove (169) através de entrevista para averiguar as suas crenças sobre o tipo de medicamentos escolhidos para o tratamento do síndrome do intestino nervoso e cólica renal.

Em simultâneo foram utilizadas alguns medicamentos seleccionados de diferentes grupos (Duspatal, Librax, Buscopan, Ibs, Baralgin e Voltaren).

Denig e outros (1988), partiram do mesmo princípio que Segal e Hepler (1982) : os resultados do tratamento, as expectativas sobre a aceitabilidade profissional, ou seja, as opiniões de colegas médicos, especialistas da área, doentes e farmacêuticos são factores de influência (normativas).

### **Tratamento dos dados**

A prescrição foi medida através de questionário fechado cujas perguntas foram sobre como o médico tratava os pacientes com estas doenças e o estado da prescrição dos medicamentos.

As respostas sobre as expectativas quanto aos cinco resultados do tratamento foram colocadas numa escala de pontuação de um (1) a sete (7) na qual existe a qualificação “muito negativo”, ou seja o tratamento não é eficaz, efeitos secundários, conformidade com os problemas que ocorrem frequentemente, sendo que o valor sete é categorizado como “muito positivo”.

As respostas sobre as expectativas quanto à aceitabilidade profissional foram pontuadas na mesma escala, sendo que as expectativas sobre as necessidades dos doentes foram expressas em percentagem (%), em número de doentes que querem medicamentos.

A experiência com medicamentos foi colocada numa escala de zero (0) - (nenhuma experiência), a seis - 6 (muita experiência).

Quanto aos resultados do tratamento, meio profissional e experiência foram colocadas numa escala de zero (factor de nenhuma importância), a seis (factor de extrema importância).

A motivação para cumprir com os pedidos do doente para um determinado medicamento foi categorizada como: positiva ou negativa.

A avaliação global foi medida numa escala de um (1) ( sem valor), a dez (10) (muito bom).

O estado da prescrição foi expresso numa percentagem estimada com base nos doentes que foram tratados com o medicamento em estudo.

Para avaliar o nível de influência quanto às expectativas, valores, atitudes, normas subjectivas e experiências de peso na avaliação dos medicamentos, a relação entre os elementos do modelo e todas as avaliações dos medicamentos foram utilizadas as técnicas estatísticas: coeficiente de pearson e análise de regressão múltipla.

Um coeficiente de agregação para escalas nominais foi calculado como medida de acordo entre o modelo de prognóstico e o modelo de prescrição na primeira escolha do medicamento.

A escolha destes critérios de análise demonstram uma vez mais a importância dos elementos constituintes do modelo apresentado, em que o comportamento e as normas subjectivas compõem o processo de escolha de decisão do médico, como os próprios resultados do estudo vieram a revelar.

### **Conclusões**

Ao contrário das expectativas, a influência do paciente quanto à escolha do medicamento em si foi considerada irrelevante, pelo que foi deixado de fora das análises subsequentes (Denig e outros, 1988).

Importa salientar que os valores do modelo proposto pelo autor, agregados aos resultados do tratamento diferem significativamente face às patologias: *“o aspecto dos efeitos secundários é o factor mais importante quando escolhemos um medicamento para um distúrbio inofensivo (Síndrome do Intestino Nervoso), de acordo com a experiência dos médicos, seguida da eficácia e da experiência. Para um distúrbio mais agudo, a eficácia é considerada como a mais importante, seguida da experiência e efeitos secundários” ( ibidem, 1988: pág.1384 ).<sup>44</sup>*

Uma análise que relaciona a escolha dos medicamentos para estas patologias com os factores do modelo em teste (atitudes, experiência, e normas subjectivas como as de ordem profissional), revela que os medicamentos de primeira escolha são prescritos com base em experiências de peso, enquanto que a escolha dos restantes é feita com base nas normas subjectivas.

As correlações estabelecidas entre os vários factores indicam que o médico avalia melhor um medicamento do qual espera ter maior eficácia, mesmo sem considerar a seriedade da doença, sendo que os custos revelaram não ter grande influência no processo de decisão ( ibidem, 1988).

A hipótese desta investigação aponta para que o comportamento da prescrição possa ser encarado como uma acção fundamentada após a constituição do modelo e sua respectiva aplicação, e que a escolha de um medicamento resulta da interacção de expectativas e valores sobre os resultados do tratamento, experiências pessoais e factores normativos.

*“Independentemente de uma previsão fiável quanto à escolha da primeira prescrição possa ser ou não feita de acordo com o modelo, depende em parte do tipo de distúrbio em questão. Os resultados sugerem que em alguns campos da prescrição, os médicos distinguem consciencemente o peso dos prós e contras antes de escolherem um medicamento enquanto em outros campos a escolha do*

---

<sup>44</sup> “Serious side effects are the most important factor when choosing a drug for a relative harmless disorder (IBS) according to the physicians, followed by efficacy and experience. For the acute disorder “ (ibidem, 1988:pág.1384).

*medicamento é menos sensata. Neste outro caso – sem perceber - os factores podem ser mais relevantes” ( ibidem, 1998: pág.1385 )”<sup>45</sup>*

É possível concluir que as atitudes, as experiências e factores subjectivos coincidem na escolha do medicamento, mas as normas têm um valor acrescido na previsão da escolha desse mesmo medicamento.

Por isso, as conclusões do estudo suportam a tese de que os efeitos da informação sobre medicamentos na prescrição são mediadas pelo meio profissional e social, um facto que já foi sugerido por Miller, (1973-1974), Eaton e Parish (1976), quanto às fontes de informação utilizadas pelos clínicos gerais.

( Por exemplo, na escolha do medicamento para a cólica renal, o meio socioprofissional é ainda mais importante do que a atitude perante os medicamentos.)

Se o meio socioprofissional é um factor de peso quanto à influência no processo de decisão, factor que já tem vindo a ser considerado por vários autores como Hepler (1982), Hemminki (1976), e em Denig (1991), as expectativas voltam-se para que os programas educacionais assumam maior referência do que comparativamente às experiências pessoais, tornando-se mais eficazes do que as abordagens individuais junto da classe médica.

A importância das escolas médicas como influência no processo de decisão será alvo de análise mais em pormenor no desenrolar desta investigação.

### **Robustez/Limitações do modelo**

Os resultados deste estudo foram testados parcialmente e confirmados parcialmente nos Países Baixos, sendo que a medicação foi a única opção de tratamento analisada e portanto, a influência do paciente quanto à decisão médica de dar ou não medicação não foi considerada.

Embora a avaliação dos medicamentos utilizados seja correctamente explicada pela escolha do modelo e este tenha dado uma previsão correcta quanto à escolha dos medicamentos em estudo, a importância do acordo entre o prognóstico do modelo e a escolha do medicamento para o Síndrome do Intestino Nervoso em particular é baixa e os factores do modelo não revelam significância para a escolha de um medicamento quanto a esta patologia.

Isto significa que a previsibilidade não é um bom indicador quando se testa um modelo de comportamento da prescrição médica.

Denig e outros (1988), consideraram que existem uma série de explicações para esta discrepância, seja porque os dados foram retirados de entrevistas e as respostas dadas, o que podem nem sempre ser válidas, porque as expectativas gerais sobre os resultados do tratamento não foram medidas.

*“Embora alguns distúrbios possam ser simples e o tratamento ser o mesmo para a maioria dos doentes, outras doenças podem necessitar de uma avaliação mais específica sobre o doente quanto á escolha do medicamento” ( ibidem, 1988: pág. 1385).<sup>46</sup>*

Por outro lado, o processo de escolha dos medicamentos não é argumentado como o modelo sugere, assim como outros factores que influenciam a escolha dos medicamentos no tratamento do Síndrome

---

<sup>45</sup> “Whether a reliable prediction of a prescriber’s first choice drug can be made following such a theoretical model depends in part on the type of disorder in question. The results suggest that in some fields of prescribing, physicians consciously weigh distinct pros and cons before choosing a drug, while in other fields the drug choice is less reasoned. In the later case other- undiscerned- factors might be more relevant” ( ibidem, 1988: pág. 1385).”

<sup>46</sup> “Although some disorders might be simple and the treatment the same for most patients, other disorders might require a more patient-specific evaluations of the drug choice” ( ibidem, 1988: pág.1384 ).

do Intestino Nervoso que não foram suficientemente identificados no modelo apresentado, mesmo pelos próprios médicos.

## **2.15) Modelo de Chinburapa e Larson - A previsão da intenção de prescrição e avaliação dos atributos dos medicamentos (1988)**

### **Modelo Chinburapa (1988)**

O modelo de Chinburapa e Larson utiliza uma ferramenta de pesquisa analítica geralmente aplicada no marketing para estudar as preferências do consumidor, pelo facto de assentar sobre vários atributos alternativos.

Neste estudo, o processo da análise é revisto num estudo piloto inserido no campo da prescrição médica, no qual é apresentado um leque de medicamentos hipotético e um questionário via e-mail remetido a uma amostra de médicos.

A análise combinada, segundo os autores, é um método de decomposição que consiste em determinar as decisões baseadas no mecanismo psicológico do consumidor quanto ao comportamento de compra (as suas preferências), e que se opõe a uma aproximação através da medição tradicional das atitudes.

O modelo base estudado por estes dois autores teve origem no modelo de Ajzen e Fishbein (1977), sobre a relação entre atitude e comportamento, ou seja crenças, atitudes, intenção e comportamento que são utilizados na medição das atitudes dos consumidores.

Contudo, tornaram-se modelos opostos, porque o modelo de Ajzen e Fishbein (1977), utilizou uma aproximação composta, na qual a totalidade das preferências ou multiatributos dos produtos eram determinados em função de uma soma de crenças subjectivas do consumidor sobre o facto do produto possuir determinados atributos e o valor correspondente atribuído.

No modelo de Chinburapa e Larson, a aproximação é decomposta, ou seja, a pesquisa assenta num conjunto de perfis hipotéticos de um produto, que são construídos a partir de uma combinação de atributos do produto pré-determinada.

A vantagem deste modelo está em reconhecer as trocas e mudanças que os consumidores fazem baseados nos juízos de valor sobre os multiatributos de produtos alternativos. Para além disso, infere sobre a importância que os vários atributos possuem na influência das preferências subjectivas do perfil de produtos.

Enquanto o modelo composto de Ajzen e Fishbein (1967), questiona directamente os sujeitos e quais são os atributos do produto mais importantes, o modelo combinado de Chinburapa (1988), constrói um perfil de um produto baseado nos seus próprios atributos, o que permite ao investigador determinar como é que os consumidores trocam um atributo por outro no juízo das suas alternativas.

Apesar das vantagens do modelo composto, a verdade é foram publicados poucos estudos que utilizassem este modelo em investigações ligadas á indústria farmacêutica.

Apenas os estudos sobre comportamento da prescrição que partiram de um método baseado em parte ao modelo de Ajzen e Fishbein foram os de Knapp e Oeltjen (1972), Lilja (1976), Segal e Hepler (1982), (1985), e Chinburapa e outros (1987).

Autores como Lilja (1976), Segal e Hepler (1982), (1985), Chinburapa e outros (1987), que estudaram modelos de prescrição médica baseados na atitude já foram alvo de análise quanto à sua viabilidade e metodologia.

## **Objectivo**

O objectivo deste estudo para além da revisão de uma análise combinada num estudo piloto na área da prescrição médica, pretende avaliar a sua utilidade em prever as intenções de prescrição médica e em medir a importância dos vários atributos dos medicamentos.

## **Método de recolha de dados**

Foi seleccionada uma amostra de noventa e oito médicos (98) de Medicina Geral e Familiar (clínica geral), e cardiologistas de uma cidade de dimensão média do sudoeste do Arizona.

O procedimento para a análise deste modelo consiste em sete passos: a selecção dos atributos a serem estudados (de um produto):

- 1) Determinar os níveis de atributos,
  - 2) Determinar o método de recolha de dados,
  - 3) Seleccionar a forma do perfil de apresentação,
  - 4) Determinar a natureza do juiz ou escala de medição das variáveis dependentes,
  - 6) Seleccionar os parâmetros do método estimado,
  - 7) Determinar o nível de agregação da resposta,
- (Chinburapa e Larson , 1988).

Os atributos incluídos no estudo conjunto de Chinburapa deverão ser importantes na sua essência para que influenciem as preferências ou escolhas do consumidor.

Tais atributos podem ser identificados através de entrevistas de grupo, análise de protocolo ou entrevistas em profundidade com os consumidores individuais.

A realização da investigação consistiu em identificar atributos em cinco medicamentos seleccionados em pesquisas anteriores consideradas como importantes na influência do comportamento da prescrição que já tinham sido incluídos nos estudos de Segal e Hepler (1982) : a eficácia, efeitos secundários, custo, dosagem e aceitação.

Com base em dois níveis de cada um destes atributos foram desenvolvidos perfis de dois casos hipotéticos com medicamentos hipertensores.

O método de recolha de dados foi de carácter quantitativo através de envio de questionário via postal. Anteriormente, foi aplicado um pré-teste deste mesmo questionário utilizando estudantes de farmácia e cardiologistas fora da área de estudo para determinar a variedade e as respostas apropriadas transversalmente às combinações de perfis.

Este estudo utiliza uma abordagem de perfil completa, que possui a vantagem de ser mais realista, desde que todos os atributos importantes sejam considerados em simultâneo, quando o médico desencadeia o processo de decisão.

O questionário aplicado foi dividido em duas partes distintas: a primeira descreveu um caso hipotético de um paciente com hipertensão. Após a sua leitura, foi pedido aos médicos que indicassem o grau de importância de cada um dos cinco atributos do medicamento hipertensor para o paciente descrito no caso hipotético.

A segunda parte do questionário consistiu numa descrição verbal de doze (12) casos hipotéticos com perfis de medicamentos para hipertensão, em que se pediu que os médicos respondessem numa escala de valores sobre o processo de prescrição.

## **Resultados**

Os resultados analisados revelam que o modelo é útil quer na previsão das intenções de prescrição do médico, quer na avaliação da importância dos vários atributos do medicamento.

Em função dos resultados obtidos, os autores vieram a apresentar dois modelos de preferência/escolha sobre um fármaco, que podem ser classificados em dois géneros principais: o linear compensatório e o modelo não compensatório.

1) *Modelo linear compensatório*: o médico dentro de um número de medicamentos que tem memorizado, procura prescrever em função dos níveis de atributo dos medicamentos. Por exemplo, um determinado medicamento para diabetes que o médico pretenda prescrever que tem um tempo de cura mais longo, mas os efeitos secundários sejam menores, mas que seja o mais barato, pode provavelmente ser a escolha que o médico tem em mente.

Isto significa que o perfil deste tipo de medicamento em particular pode ser preferível, embora tenha fraca performance (tempo de tratamento/cura), relativamente a outros atributos.

A fraca performance, ou seja, o tempo de cura (mais longo), pode ser compensado com os outros dois atributos: os efeitos secundários mínimos e o menor custo.

2) *No modelo não compensatório*, o médico elimina da sua lista de medicamentos aquele que não possua qualquer atributo por outro medicamento que lhe seja importante. Isto significa que chegará ao ponto em que apenas identifica um medicamento passível de preencher todos os atributos necessários à prescrição. Neste modelo, o medicamento com um tempo de cura mais lento por exemplo, não poderia ser prescrito ou compensado pelo facto de ter efeitos secundários mínimos ou de baixo custo. Simplesmente é riscado da lista de medicamentos a prescrever.

Contudo, o modelo não compensatório torna o processo de prescrição simples, pelo facto do médico no seu processo cognitivo procurar um medicamento que preencha todos os atributos que ele pretenda para a prescrição.

Nesta investigação de Chinburapa e Larson (1988), o modelo de preferência é o modelo compensatório (assumido), dado que a maior eficácia do medicamento é preferida à menor eficácia e aos efeitos secundários mínimos são preferidos a maiores efeitos secundários (ibidem, 1988).

Para testar se este modelo era adequado aos dados obtidos através do questionário, foram aplicadas técnicas estatísticas tais como a regressão múltipla com um coeficiente de determinação (como medida de qualidade estatística para medir o enquadramento entre os dados e o modelo combinado), dos atributos dos medicamentos para determinar o comportamento da prescrição médica.

## **Conclusões**

Os resultados indicaram que os efeitos secundários do medicamento foram considerados o atributo mais importante, seguido da eficácia, dosagem, custo e aceitação.

A aplicação deste modelo neste estudo piloto da prescrição médica revelou que a metodologia utilizada e combinada pode ser útil na previsão da intenção de prescrição (ibidem, 1988).

*“O modelo combinado destes efeitos principais foi considerado ter significativamente em conta*

41,2 % da variação da intenção de prescrição ( *ibidem*, 1988: pág. 15)”.<sup>47</sup>

Os efeitos secundários e a eficácia foram considerados os atributos de maior influência na decisão de prescrição sendo que a dosagem foi considerado o terceiro atributo mais importante.

Estas conclusões são similares a algumas investigações anteriores feitas sobre este mesmo tema por Lilja (1976), Segal e Hepler (1982), embora Chinburapa introduza um novo conceito a um processo de decisão de prescrição: o de prescrever um medicamento procurando um atributo mais forte que comparativamente a outros, um medicamento que compense a escolha, ou pura e simplesmente ignorar e prescrever um medicamento tendo em conta o seu processo de memória, o chamado evoked-set, que alguma literatura internacional aborda quanto a este tema.<sup>48</sup>

Os autores acabam por descobrir que quer as normas subjectivas, como os factores sociais são importantes na justificação das intenções da prescrição médica.

*“Neste estudo, as normas subjectivas componentes, como sugerido por Fishbein e Ajzen (1975), foram medidas através de um questionário ao médico para que indicasse a probabilidade dos seus colegas recomendarem um medicamento para um doente em particular e multiplicarem-se pela motivação em acordo com os colegas” ( ibidem, 1988: pág. 16).*<sup>49</sup>

### **Robustez/Limitações do modelo**

Este estudo apresenta duas limitações: a importância relativa dos atributos dos medicamentos pode ser afectada pela escala de valores utilizada nos perfis hipoteticamente apresentados (casos hipotéticos de hipertensão).

Em segundo lugar, o facto de ser utilizada uma amostra pequena, torna difícil extrapolar de forma credível os resultados para um universo.

Por outro lado, foi necessário um nível de atributos de medicamentos mais refinado na construção dos perfis hipotéticos, antes de se formularem quaisquer implicações de marketing importantes.

A análise combinada deste modelo possui a vantagem de fornecer informação adicional olhando para as denominadas trocas psicológicas que o sujeito faz sobre os multiatributos alternativos de um produto e sobre qual seria a sensibilidade dos mesmos na mudança de um nível de um atributo para outro.

Este é um modelo que está formulado com base numa escala de atributos e valores de um produto que um médico pode conhecer, associar e atribuir menor ou maior importância e fazer variar a sua prescrição ao doente, perante a importância que atribui psicologicamente aos atributos de um fármaco.

Apesar de ser um modelo com interesse, o autor não o desenvolveu nem aprofundou, nem aplicando-o a um novo fármaco, pelo que as hipóteses de consagrar este modelo como robusto e credível para estudar a variância da prescrição face a tipologias são remotas.

Contudo, a análise combinada pode ser uma ferramenta útil no desenvolvimento ou no apuramento do marketing-mix de novos produtos ou de produtos já existentes, pelo que é uma ferramenta analítica

---

<sup>47</sup> “The conjoint main effects model was found to have significantly accounted for 41,2% of the variance in prescribing intention” (*ibidem*, 1988: pág. 15).

<sup>48</sup> Barbara and Leigh (1997), two marketing professors, wrote in “Grocery Revolution- The New Focus of Consumer” , Wesley.

<sup>49</sup> “In that study, the subjective norm component, as suggested by Fishbein and Ajzen (1975), was measured by asking the respondent to indicate the likelihood that this colleagues would recommend a drug for a particular patient and multiplying by the physician’s general motivation to comply with colleagues” (*ibidem*, 1988: pág. 16).



útil em estudar as preferências do consumidor e em avaliar alternativas a vários atributos (ibidem, 1987).

## **2.16) Modelo de comportamento da decisão terapêutica – Denig e Ruskamp (1992)**

As políticas para a qualidade do medicamento e a redução de custos com os fármacos são temas que constam na lista de preocupações do actual sistema nacional de saúde.

Por isso, a optimização da prescrição tem sido alvo de programas estratégicos com vista a atingir o objectivo da redução de custos, e alargar o leque de escolha sobretudo nos medicamentos genéricos.

Cada vez mais, apesar da insuficiência de bibliografia nacional e até internacional, o tema da prescrição assume uma importância cada vez maior para compreender as filosofias de decisão de prescrição e como as patologias e o perfil do utente hipertenso alteram ou modificam a prescrição do médico.

Até chegarmos à análise deste modelo, foram desenvolvidas duas abordagens distintas quanto ao comportamento da prescrição:

- 1) Os estudos que avaliam as intervenções desejadas e que contribuem para um melhor comportamento da prescrição,
- 2) Os estudos que explicam este comportamento.

Uma série de estudos anteriormente efectuados incluíram estratégias educacionais e persuasivas e até facilitadoras na compreensão deste processo, mas a verdade é que todos os programas de intervenção realizados nesta área revelaram resultados conflituosos, nomeadamente quanto à intenção de prescrição sobre a prescrição propriamente dita. Por outro lado, a situação torna-se mais complexa quando existem vários diagnósticos no mesmo estudo.

Esta variação dos resultados pode ser explicada pelas diferentes características das fontes de informação, pela clareza da mensagem e pela motivação (Denig e Ruskamp, 1992).

Na análise deste modelo de decisão, os autores afirmam que mesmo quando uma mensagem é ouvida, vista ou compreendida, isso não significa que tenha contribuído para melhorar o comportamento prescritivo ou para a sua uniformização.

Por isso, mensagens que vêm da mesma fonte e que têm o mesmo grupo alvo podem produzir resultados diferentes na audiência.

Este tipo de estudos que têm sido efectuados oferece uma explicação: *“compreender porque determinados comportamentos de prescrição prevalecem pode explicar porque alguns programas de intervenção falham”* (ibidem, 1992: pág.14).<sup>50</sup>

A investigação de Denig e de Ruskamp na prossecução de um processo lógico sobre a variação do comportamento da prescrição que seja aproximado à realidade resulta num modelo que descreve o processo de escolha do medicamento levado a cabo pelos médicos.

Este modelo é então utilizado para fornecer ferramentas, para indicar o uso e as fronteiras de abordagem da pesquisa corrente e as estratégias de intervenção feitas nesta área.

### **Modelo Denig e Ruskamp (1992)**

De acordo com este modelo, defende-se no processo de escolha do medicamento são dados dois passos distintos até alcançar a memória evocada:

---

<sup>50</sup> “Understanding why specific prescribing behaviour prevails may clarify why some intervention programs fail” (ibidem, 1992:pág. 14).

1º: na consulta gera-se um pequeno conjunto de opções de tratamento,  
2º: o médico selecciona a terapia específica para cada doente individualmente.

O denominado conjunto de memória evocado é um conjunto ou uma lista mental de fármacos evocada pelo médico no acto da prescrição na qual contém todas as terapias, incluindo as que não têm medicamentos, mas que o médico as pode considerar para um determinado diagnóstico. Contudo, para um médico, este será um conjunto limitado.

Noutros casos, poderá ser um conjunto de um só tratamento quando um diagnóstico específico assim o obriga.

*“O processo de escolha é então reduzido para um só passo, o qual pode ser dado sem qualquer outra reflexão activa” (ibidem, 1992: pág 14)<sup>51</sup>.*

Estes autores consideram que no domínio da prescrição sobre a clinica geral em concreto, existe uma média de duas a cinco terapias na área dos medicamentos para asma, antibióticos, anti-hipertensores<sup>52</sup>, anti-reumático, narcóticos ou antieméticos<sup>53</sup>, dependendo do diagnóstico. Nestas áreas, o médico utiliza o primeiro passo deste modelo, ou seja, o conjunto de memória evocado que contém apenas um tratamento, em que selecciona e prescreve os fármacos que tem em mente.

Contudo, uma terapia que não é conhecida ou familiar para um médico não pertence a este processo mental.

Caso um medicamento específico se torne parte deste conjunto de memórias evocadas pelo médico, tudo irá depender da educação e da informação recebida (ibidem, 1992).

Esta consideração dos autores não é estranha, tanto mais que o tipo de ensino universitário e a leitura de jornais, informação científica e as directrizes terapêuticas governamentais são algumas das fontes exteriores que interagem com o processo de decisão.

Por isso, compreende-se que quando o médico adopta uma nova terapia, segundo os autores, ocorre uma mudança.

Segundo os autores, qualquer risco que esteja associado a uma nova terapia também influencia a adopção de um fármaco por outro.

A adopção de novos fármacos no processo de prescrição de outra forma foi estudada em 1974 por Miller (1974), quanto aos hábitos de prescrição médica na adopção de novos medicamentos.

Neste modelo de Miller (1974), as fontes de informação comerciais como jornais e artigos são importantes no processo de adopção da marca, enquanto a influência dos colegas, a influência de fontes profissionais e de carácter pessoal tornaram-se mais importantes no estágio de avaliação.

São estes factores que desencadeiam o conjunto evocado de memória que já foram investigados pela indústria farmacêutica e pelo marketing.<sup>54</sup>

### **Método de recolha de dados**

Não foi seleccionada amostra, mas apenas feita uma revisão de carácter qualitativo com base em estudos sobre a descrição do processo de prescrição médica.

---

<sup>51</sup> “The choice process is then reduced to one step, which can be taken without further active thinking” (ibidem, 1992: pág 14).”

<sup>52</sup> Os medicamentos anti- hipertensores estão indicados para a hipertensão arterial.

<sup>53</sup> Os medicamentos anti eméticos estão indicados na prevenção e tratamento de náuseas e vômitos associados à quimioterapia e radioterapia no pós-operatório.

<sup>54</sup> (Ferm e Smith, 1983: 400-17)

As estratégias para a prescrição segundo este modelo são diversas:

1º: Existe o decisor (prescritor), que pode focar-se no critério mais importante e escolher o tratamento que lhe dá maiores garantias quanto aos resultados,

2º: O médico pode pesar todas as suas expectativas de acordo com os critérios mais importantes com base nos valores atribuídos por ele, resultando na expectativa útil que cada tratamento possa ter.

Segundo os autores, os valores atribuídos aos critérios de decisão podem variar de médico para médico e de problema para problema ( *ibidem*, 1992).

Quanto ao hábito, regras ou directrizes, os autores consideram que esse comportamento de indicação de prescrição é passível de surgir em estados de doença frequentes e que não são irreversíveis ou tratáveis.

Uma das doenças mais frequentes em que o comportamento da prescrição acontece, são as infecções urinárias, em que o médico no acto da prescrição fá-lo em função da sua prática habitual de prescrição.

Embora os aspectos médico-farmacêuticos como a eficácia esperada do medicamento, efeitos secundários e sua aceitação por parte do paciente sejam essenciais no processo de decisão, a verdade é que são apenas responsáveis por uma parte do processo de decisão. Tomar uma decisão de prescrição pode passar ao mesmo tempo por um processo de regras simples, pelo que uma nova terapia pode ser adoptada sem absorver argumentos persuasivos.

A segunda etapa é a escolha da terapia específica. É a fase em que é feita a selecção do medicamento prescrito ao paciente.

Segundo este modelo, existem duas formas de proceder a esta escolha:

1) O problema da escolha no processo de problema-decisão,

2) A habituação da prescrição de um determinado fármaco.

O primeiro envolve a avaliação de resultados esperados, como o peso dos prós e dos contras das várias opções de tratamento.

Nesta etapa, o decisor resolve primeiro quais são os critérios relevantes para esta escolha específica e coloca-os numa escala de valores de acordo com a sua importância ( *ibidem*, 1992).

Para cada opção de tratamento na etapa do conjunto evocado mentalmente pelo médico, os resultados estimados possuem importância, o que provoca alterações no processo de comportamento de decisão do médico, nomeadamente quanto às suas expectativas pessoais, quanto à eficácia e efeitos secundários do medicamento prescrito.

*“Estas expectativas podem variar entre médicos mas o médico também pode esperar que o tratamento A seja mais eficaz para o doente X e o tratamento B seja mais eficaz para o doente Y, embora os dois pacientes sofram da mesma doença” ( ibidem, 1992: pág.14).<sup>55</sup>*

Isto significa que nem todos os doentes são iguais. Embora tenham a mesma doença, há sempre variações no doente a nível físico, psíquico e sócio-cultural, o que implica optar em algumas situações por diferentes opções de prescrição.

---

<sup>55</sup> “These expectancies can vary between physicians, but a physician may also expect treatment A to be the most effective for patient X and treatment B to be the most effective for patient Y, although both patients suffer from the same disease” ( *ibidem* , 1992: pág. 14).

## Conclusões

As principais conclusões deste estudo apontam para a dificuldade de introduzir um novo medicamento no processo de memória evocada, desejando que este produza uma série de efeitos, normalmente porque a necessidade de um novo fármaco ou de uma nova classe de medicamentos é quase sempre alvo de stress por parte dos médicos.

Por isso, esta necessidade pode ser encorajada por campanhas que abordem determinadas doenças ou assuntos que chamem a atenção dos médicos prescritores ou dos doentes ( *ibidem*, 1992).

Por outro lado, existe uma barreira de médicos prescritores que já estão familiarizados com uma marca de um medicamento quer através da publicidade ou dos mailings. Neste processo é criada uma atitude positiva sobre a marca, constrói-se uma boa imagem corporativa e é fornecida informação positiva e objectiva sobre o produto.

Usualmente, estes objectivos são alcançados através da colaboração com institutos de investigação, e organização de conferências sem fins comerciais (que por exemplo se concentrem apenas na doença ou na classe terapêutica de medicamentos).

A intenção de prescrição para um novo medicamento é estimulada dando razões para os médicos o introduzirem, ou os próprios médicos darem uma oportunidade a si mesmos, como dizem os autores.

Esta etapa envolve prós e contras em cada terapia e portanto uma nova terapia, implica novos medicamentos em que o médico compara novas alternativas e as suas vantagens.

Embora os aspectos médico-farmacêuticos como a eficácia esperada do medicamento, efeitos secundários e sua aceitação por parte do paciente sejam essenciais no processo de decisão, a verdade é que são apenas responsáveis por uma parte do processo de decisão.

Contudo, não existe bibliografia que fundamente o peso dessa responsabilidade, apenas é sabido como nos modelos que já houve oportunidade de analisar, de que existem atributos mais importantes num processo de decisão, mas que podem ser alterados mediante a doença e o utente. Este facto remete-nos para a importância de tipologias do utente em função das diversas características que cada um apresenta.

*“Mesmo quando os critérios de decisão médico-farmacêuticos e não médicos são tidos em conta, as discrepâncias podem continuar entre a escolha do actual medicamento previsto e as suas expectativas e valores” (ibidem, 1992: pág.11).<sup>56</sup>*

A afirmação destes autores categoriza a ideia de que o processo de prescrição é de facto condicionado por factores sociais, valores e critérios pessoais, e por outros factores médico-farmacêuticos que estão conectados à experiência e confiança que têm no medicamento, em função da relação que mantêm com o paciente no tratamento da doença.

Por outro lado, entre os estudos existentes, foi possível constatar que os critérios não médicos, ou seja, factores extrínsecos de carácter subjectivo como as experiências pessoais e as necessidades do pacientes, são também consideradas no modelo de comportamento da prescrição.

Por isso, estudar o processo de decisão médica é importante para identificar as tipologias do utente e a abordagem terapêutica que o médico toma face a cada uma delas no quadro da hipertensão.

---

<sup>56</sup> “But even when all medical-pharmaceutical and non-medical decision criteria are taken into account, discrepancies remain between the actual drug choice and the drug choice predicted by the physicians own values and expectancies” (*ibidem* , 1992: pág.11).

### **Robustez/Limitações do modelo**

Pelo facto de apenas ter sido feita uma revisão qualitativa sobre a descrição do processo de prescrição médica, havendo ausência de investigação empírica, o modelo levanta dúvidas sobre a aplicabilidade desta teoria dos autores. Contudo, o processo de decisão para incluir uma nova terapia no conjunto de memória evocado não está definido.

Os médicos seguem algumas directrizes terapêuticas, mas não é clara a dimensão que essas regras acabam por ter no processo de problema-decisão ( *ibidem*, 1992).

Os autores questionam sobre a possibilidade de algumas dessas directrizes terapêuticas poderem ter sido desenvolvidas durante o processo de decisão em curso, mas as regras de indicação que foram denominadas como pouco razoáveis ou desajustadas, podem ter sido desenvolvidas na prática sem pensar no fundamental.

O facto desta tese assentar sobre um conjunto de recordações memorizadas e a sua evocação não ter sido testada junto de uma amostra de médicos, deixou o estudo muito aquém do que poderia ter sido, porque na verdade, empiricamente não foi possível verificar se na prática clínica, o médico recorre a este sistema para prescrever.

### **2.17) As decisões de prescrição médica – Modelo de Chinburapa e outros (1993)**

Até agora, os modelos em que tem sido discutido o comportamento da prescrição médica envolvem distintas metodologias e variáveis, pelo que não está evidente a existência de um só modelo robusto quanto ao comportamento da prescrição e à evidência de como as tipologias do doente alteram ou interferem no comportamento da prescrição médica.

Alguns dos modelos propostos até aqui baseavam-se na teoria de expectativas e valores, constatando-se que a escolha de um medicamento por um médico é feita em função das suas crenças subjectivas e que os resultados das várias escolhas de medicamentos são considerados puras trocas sobre os valores dados aos atributos.

Por isso, é efectuada uma avaliação global sobre o processo de decisão independentemente de cada alternativa, que é escolhida em função desta mesma avaliação.

O modelo de Chinburapa (1987), veio a utilizar uma análise diferente em que a informação é adquirida para examinar os efeitos do envolvimento situacional e a complexidade das tarefas no processo de decisão do médico.

#### **Objectivo**

Determinar se a previsão da exactidão do modelo compensatório difere quanto a vários níveis de envolvimento situacional e sobre a complexidade de tarefas. Dado que um modelo compensatório é mais complexo e requer mais esforço cognitivo, espera-se que o tempo gasto na aquisição de informação seja maior quando um assunto utiliza um processo compensatório e não o não compensatório (Chinburapa e outros, 1993).

O estudo reuniu dados sobre o comportamento da decisão anterior para identificar que tipo de informação tratada é processada antes do médico tomar a decisão.

#### **Método de recolha de dados**

As técnicas empregues nesta pesquisa foram a análise sobre o comportamento na aquisição de informação.

Para testar a credibilidade deste modelo, foi seleccionada uma amostra de quarenta e oito médicos (48) cuja especialidade não está identificada.

Neste estudo foi pedido aos médicos que indicassem as suas preferências e escolhas em medicamentos anti-infecciosos hipotéticos.

O acesso à informação para proceder à escolha do medicamento foi feito informaticamente por um software denominado Mouselab, que permite traçar o processo de escolha e gravar a média de tempo dispendido pela aquisição, proporção da informação pesquisada, variabilidade da pesquisa das alternativas sobre os atributos, concentração e direcção da pesquisa e proporção do tempo dispendido em cada atributo e resultados.

O estudo utilizou o LINMAP (Programa Linear para Análises de Preferência Multidimensionais), para computador para estimar a utilidade de cada atributo do medicamento ( *ibidem*, 1993).<sup>57</sup>

Para testar o modelo foi utilizada a doença infecção urinária aguda sem complicações e o seu tratamento, medicamentos anti-inflamatórios - classe terapêutica, para desenvolver o estudo experimental.

A concentração desta pesquisa é uma medida de elaboração de estratégia que foi colocada em equação para estudar as preferências individuais:

$$P = (CA \times NA/TA) - 1$$

Sendo que :

P = processo,

CA = o nº de informações adquiridas da alternativa escolhida,

NA = nº de alternativas escolhidas de um conjunto,

TA = nº total de aquisições sobre alternativas.

Os resultados da equação revelam que no caso de existir um valor positivo elevado, o comportamento de prescrição oriunda de um processo de decisão não compensatório (em que são eliminadas alternativas para fazer uma só escolha), enquanto um valor positivo diminuto indica o uso relativo de processos compensatórios para examinar cada alternativa de um medicamento sobre outras alternativas apresentadas que conduzam à decisão final.

No estudo foram constituídos três grupos de medicamentos distintos e foram identificados cinco (5) atributos com base na pesquisa anterior considerados como relevantes e importantes no que respeita à influência sobre a prescrição médica.

Os atributos foram:

1) eficácia, 2) efeitos secundários, 3) custo, 4) dosagem, 5) duração do tratamento.

Em cada atributo foram atribuídos três níveis distintos seleccionados através de uma revisão de estudos clínicos e literatura médica para reflectir o alcance das características dos medicamentos anti-inflamatórios utilizadas no tratamento da doença.

Os assuntos foram apresentados por escrito a ambos os grupos de médicos que constituíram a amostra sobre um caso de um paciente com uma infecção urinária aguda sem complicações, com o objectivo de medir o nível de pré-envolvimento na tarefa de decisão (através de uma escala denominada de PII-Zaichkowsky's Personal Involvement Inventory com quinze (15) itens com uma escala de adjectivos bipolar como por exemplo: importante/não importante.

A utilização do programa Mouselab como sessão prática, a ordenação crescente entre dezoito (18) hipotéticos perfis de medicamentos como prescrição provável para o paciente hipotético foram outras

---

<sup>57</sup> Outros autores como Srinivasan e Shocker em 1973 abordaram o mesmo programa para análise de preferências e para estimar o peso dos atributos num critério composto.

das tarefas usadas para testar o modelo, inclusivamente comparações da amostra seleccionada entre os dois grupos relativas quanto ao sexo, idade e tipo de especialidade.

Os médicos foram agregados em dois grupos distintos, tendo sido possível concluir que diferem nas escolhas dos resultados dos medicamentos e diferem na atenção dada aos atributos de informação que um medicamento específico possui.

Os resultados obtidos permitiram validar o Modelo linear compensatório na previsão da escolha de medicamentos sobre diferentes níveis de envolvimento situacional e complexidade de tarefas.

### **Conclusões**

Até à data, na leitura e interpretação que tem sido feita dos vários modelos de comportamento da prescrição é possível verificar que o processo de decisão para a prescrição inclui-se em contextos diferentes.

Do plano individual para o processo de prescrição, o médico utiliza modelos compensatórios e não compensatórios que dependem do desenvolvimento da decisão e outros factores subjacentes.

O modelo não compensatório caracteriza-se pelo facto de que os medicamentos são eliminados por vários aspectos, e em que não há trocas sobre os valores dos atributos, e apenas é considerada uma parte da informação matemática disponível na mente no momento de decisão.

Contudo, até à data, ainda não foram publicados estudos que expliquem como é que os factores de influência afectam a utilização e aplicação destes modelos de comportamento da prescrição médica, embora tenham sido encontrados através deste modelo dois factores que afectam o processo de decisão: o envolvimento situacional e a complexidade das tarefas (Chinburapa e outros, 1993).

O envolvimento situacional é definido como a "*capacidade de uma situação para arrancar as preocupações individuais sobre o seu comportamento naquela situação*" ( *ibidem*, 1993: pág.1).<sup>58</sup>

Os autores consideram que quando o médico tem um menor envolvimento com um determinado assunto, é utilizado um processo de decisão mais simples e menos analítico, ao contrário de um maior envolvimento com o tema (segundo as evidências empíricas).

Existem estudos que suportam a hipótese de que o médico escolhe e prescreve um medicamento entre poucas alternativas apresentadas. Ora, nesta possibilidade são utilizados processos de decisão compensatórios face ao facto de que quando existem uma série de alternativas múltiplas para a prescrição, são utilizados processos de decisão não-compensatórios .

Estas descobertas sobre a prescrição com base num processo compensatório ou não compensatório, são explicadas através de um outro modelo de contingência que foi desenvolvido por Beach e Mitchell (1978), sobre custo/benefício do sistema.

### **2.18) Modelo de Chinburapa (1993) - baseado no Modelo de Beach e Mitchell (1978)**

Segundo este modelo, o uso de uma decisão estratégica mais analítica está associada ao aumento do tempo e esforço gasto na tomada de uma decisão.

Outros estudos que utilizaram o modelo de Beach e Mitchell apoiando a explicação do modelo contingente do comportamento da decisão foram Christensen e Szalanski (1978), McAllister e outros (1979), Smith, Mitchell e outros ( 1982), Waller e Mitchell (1984).

---

<sup>58</sup> " (...) the ability of a situation to elicit from individuals concern for their behaviour in that situation"( *ibidem*, 1993: pág.1)

A maioria dos estudos de prescrição até à data sempre se concentraram no estudo do processo de decisão e não na recolha de informação, tendo em conta o actual processo utilizado pelos médicos quanto à forma como era feita a escolha do medicamento. Um dos autores que focou esta perspectiva foi Mancuso e Rose em "*A model for physicians therapeutic decision making (1987)*", que já foi alvo de análise.

A proposta de Chinburapa neste modelo foi a de examinar como surge o efeito da decisão perante uma combinação entre o processo de decisão e análise das técnicas utilizadas, perante as diversas situações apresentadas e perante tarefas complexas que interagissem quanto à aquisição da informação no processo de decisão médica.

Segundo este modelo, o efeito da complexidade das tarefas no processo de decisão depende do envolvimento situacional sobre o assunto.

No modelo em teste foi colocada a hipótese de que quanto maior é o nível situacional na prescrição, maior é a motivação dos médicos a utilizarem mais estratégias ao nível compensatório no processo de decisão, devido aos benefícios percebidos em tomar uma decisão correcta sem pesar os custos percebidos ou o esforço.

No caso do envolvimento situacional ser menor, espera-se que o médico use um processo de decisão mais simples – ao nível do processo não compensatório.

### **Conclusões**

Os resultados do modelo revelaram que os médicos mudam os seus processos de decisão compensatórios para não compensatórios quando a complexidade das tarefas aumenta ( *ibidem*, 1993). Ambos os grupos estudados apresentavam-se homogéneos quando á média de anos de prática da profissão, experiência no tratamento da doença e níveis de envolvimento pré-existent.

As conclusões revelaram que existe orientação para adquirir informação de uma maneira consistente com o processo cognitivo utilizado na tomada de decisão, pelo que a aquisição de informação está relacionada com o processo de decisão ( *ibidem*, 1993).

As conclusões e os resultados do modelo revelaram que não existe interacção entre o nível de envolvimento e a complexidade das tarefas no processo de decisão do médico, nem na aquisição de informação.

As questões colocadas ao grupo médico experimental não foram consideradas significativamente diferentes das colocadas ao grupo de controle observado quanto ao tempo dispendido na aquisição de informação, proporção da informação pesquisada, variabilidade da pesquisa sobre as alternativas e atributos e direcção da pesquisa ( *ibidem*, 1993).

Uma das explicações para a falta de interacção do envolvimento situacional no processo de decisão médica neste modelo poderá ter estado no grupo experimental, dado que as suas decisões seriam posteriormente revistas e avaliadas por outros médicos iguais, e que estes poderiam requerer que justificassem a sua escolha sabendo ou interferindo sobre os critérios usados em igual revisão ou avaliação dos medicamentos e focar a sua pesquisa em tais critérios, enquanto fariam a prescrição médica.

Os efeitos no processo de decisão quando requeridos para justificar uma determinada opinião a outros médicos, depende do facto de se ele ou ela (neste caso o médico, como colega de profissão), conhecia ou podia inferir sobre as crenças ou sobre as preferências, quando uma justificação é apresentada.



*“Quando tais crenças e preferências são conhecidas, o médico pode chegar mais facilmente a uma decisão, adoptando simplesmente essas opiniões não necessitando de considerar toda a informação disponível para tomar uma decisão ( ibidem, 1993: pág. 1479).<sup>59</sup>*

Embora conhecendo as crenças e preferências do médico seja mais fácil compreender o seu comportamento da prescrição, a verdade é que quando um médico desconhece as crenças e preferências de colegas de profissão, haverá maior motivação para processar a informação de forma mais cuidadosa para chegar a uma decisão de prescrição provada (a nível individual).

### **Robustez/Limitações do modelo**

É de salientar que durante a investigação do modelo, existiram algumas manipulações na metodologia empregue, concretamente quanto ao envolvimento em situações de grupos experimentais. Por isso, a decisão médica foi igualmente revista e avaliada, para além de ter sido solicitado aos médicos para justificarem a escolha dos medicamentos, dado que o número de medicamentos foi alterado no conjunto de escolha ( ibidem, 1993).

Contudo, este modelo não se apresenta como robusto face aos resultados aplicados quanto à sua metodologia na aplicação a perfis hipotéticos, acrescentando ao facto de aos médicos ter sido solicitada a justificação da escolha do medicamento, o que os pode ter inibido no processo de decisão.

### **2.19) Proença (2000) - Modelo de Tipologia do Paciente (Patient Typology Model)**

Este modelo vem romper com alguns modelos analisados anteriormente que estavam focados apenas no médico e no seu processo de decisão, com fundamento em modelos cognitivos ou comportamentais.

O autor apresenta um novo modelo de comportamento da prescrição centrado no paciente e nas tipologias que o constituem.

Segundo este modelo, a definição de um perfil demográfico do utente e o seu estado clínico gera padrões que acabam por ser identificáveis dentro de um determinado contexto médico.

---

<sup>59</sup> “When these beliefs and preferences are known, an individual can reach a decision that is easily defensible by simply adopting those opinions and need not consider all available information in reaching a decision” ( ibidem, 1993: pág. 1479).

O modelo apresenta-se como o seguinte:

### The Patient Typology Model (PTM)

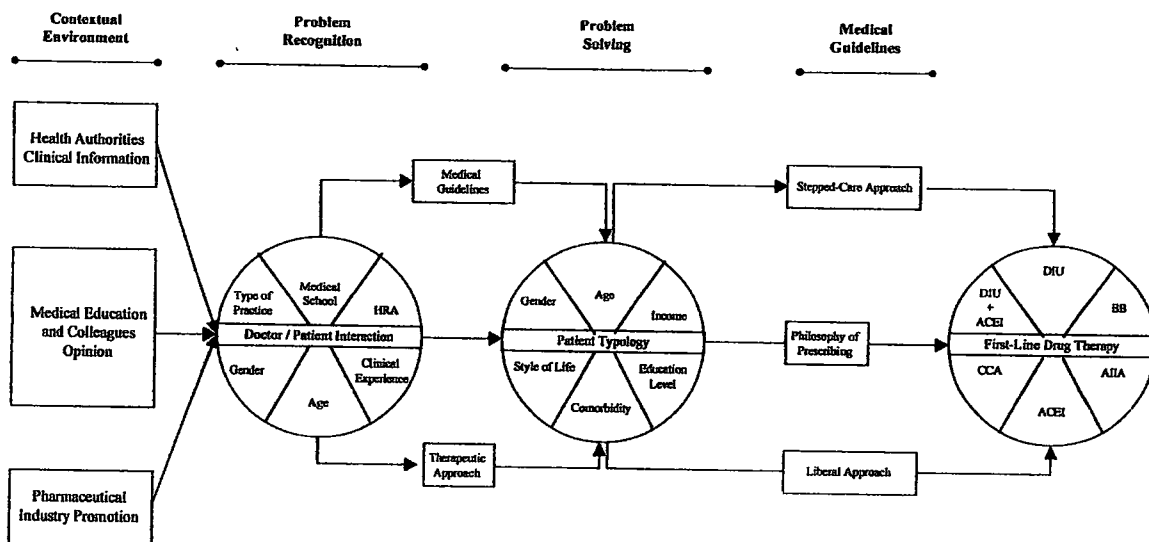


Fig.7 Modelo de Proença - (2000), “Modelling and Categorisation of Portuguese GP’s Prescribing Behaviour: The Case of Patients with Hypertension”.

#### Objectivo

Investigar um conjunto de características do paciente e respectivas classes terapêuticas utilizadas no tratamento da hipertensão pelos médicos de Medicina Geral e Familiar, com o objectivo de definir a existência de tipologias do paciente sob factor condicionante ao estudo do comportamento do utente hipertenso na prescrição médica da Medicina Geral e Familiar em Portugal.

#### Método de recolha de dados

Através de um estudo exploratório quantitativo por inquérito via postal enviado a uma amostra de seis mil quatrocentos e dois (6402) médicos de Medicina Geral e Familiar portugueses, cuja base de dados oriunda oficialmente da Ordem dos Médicos portuguesa, foi possível obter uma taxa de resposta na ordem dos vinte e cinco por cento (25%) (375 questionários). O seu tratamento estatístico permitiu definir que a existência de tipologias do paciente é definida com base em associações de variáveis exploratórias como a idade, sexo, raça e morbilidade.

Segundo o autor, o médico de Medicina Geral e Familiar faz um input cognitivo sobre a informação que define uma tipologia do paciente que está maioritariamente relacionada com a idade, sexo, raça, patologias ou factores de risco associados.

A natureza da doença ou a condição do paciente são um dos factores sobre os quais o médico se baseia para a selecção e prescrição de fármacos.

*"Isto é, médicos agrupam os doentes hipertensos em diferentes categorias de acordo com as características que mais enfatizam (Proença, 2000: 759)".<sup>60</sup>*

Este processo de categorização acontece diariamente no exercício da actividade clínica, quanto a um processo de adaptação à tipologia, ao perfil de um paciente.

Este tipo de organização clínica que o médico faz na sua memória simplifica e por outro lado, facilita a escolha do fármaco ( *ibidem*, 2000).

A relação que se estabelece entre as tipologias do paciente, a sua dimensão e importância, isoladas ou em associação, constituem valores clínicos que guiam o comportamento da prescrição e que irão ajudar o médico como factor de primeira linha para seleccionar as classes terapêuticas a adoptar para cada doente.

### **Tratamento dos dados**

Através do estudo exploratório quantitativo foi possível definir um conjunto de treze (13) tipologias que foram consideradas as mais relevantes no exercício da actividade do médico de Medicina Geral e Familiar no tratamento do utente hipertenso.

Estas tipologias, em conjunto com as classes terapêuticas utilizadas no tratamento da hipertensão permitiram a constituição do Modelo de Tipologia do Paciente (PTM- Patient Typology Model).

Quatro (4) destas tipologias, segundo o autor, foram relevantes na categorização de dois tipos de médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal como médicos seguidores liberais e médicos conservadores.

A importância de um Modelo de Tipologia do Paciente confirma que o médico possui valores e atributos, dado que cada tipologia do paciente está agregada a uma determinada classe terapêutica), que guia o seu comportamento da prescrição ( *ibidem*, 2000).

Por outro lado, o facto de serem definidas as classes terapêuticas que são prescritas e associadas a cada tipologia do utente permitem um posicionamento intra-terapêutico que define, segundo o autor, as vantagens de novas classes terapêuticas tais como os Antagonistas da Angiotensina II sobre outras classes terapêuticas, alvo deste estudo.

Segundo o modelo apresentado, os médicos de Medicina Geral e Familiar aplicam de forma rotineira as tipologias do paciente para simplificar e tornar mais comum o comportamento da prescrição de fármacos anti-hipertensores.

*" Eles aprendem esquemas cognitivos e sugestões para colocar os pacientes nessas tipologias, bem como as estratégias farmacêuticas para lidar com as diferentes tipologias do paciente. Em termos de implicações teóricas, estas estratégias terapêuticas reforçam a necessidade de deslocar o paradigma sobre a identificação de uma relação que existe entre as tipologias do paciente e as classes terapêuticas (as sugeridas pelas Guidelines Internacionais), do que pelas características da marca" (ibidem, 2000: pág. 772).<sup>61</sup>*

---

<sup>60</sup> "That is, doctors group hypertensive patients into different categories according to the features they emphasise most" (Proença, 2000: pág. 759).

<sup>61</sup> "Portuguese GP's routinely employ patient typologies to simplify and routinize their antihypertensive prescribing behavior. They learn the cognitive schemas and the cues for placing patients into those categories, as well pharmaceutical strategies for dealing with the different patient typologies. In terms of theoretical implications, these pharmaceutical strategies reinforce the need for a shift in paradigm toward the identification of the relationship between patient typologies

## Conclusões

O próprio autor considera que o Modelo de Tipologia do Paciente (resultado de uma categorização e combinação de factores que definiram a existência de treze (13) tipologias no tratamento da hipertensão do paciente pelos médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal), pode representar um novo caminho para a investigação que está aberto á educação médica quanto aos termos do comportamento da prescrição, sobretudo nos cuidados primários de saúde.

*"O modelo de tipologia do paciente pode ser uma ferramenta útil para desenvolver novas estratégias dentro do mercado da hipertensão, o qual pode ajudar a assegurar rentabilidade num ambiente de incrível competição bem como ajudar em mercados em expansão" (Proença, 2000: pág. 761).<sup>62</sup>*

## Robustez /Limitações do modelo

Através deste modelo, torna-se possível fornecer informação aos médicos de Medicina Geral e Familiar portugueses sobre todas tipologias e classes terapêuticas associadas no tratamento da hipertensão, sendo possível estabelecer uma comparação sobre o seu actual comportamento da prescrição com esta nova abordagem de tipologias do paciente.

As maiores contribuições que este modelo poderá trazer serão para a indústria farmacêutica de éticos no desenvolvimento de novas estratégias no mercado dos anti-hipertensores, apresentando-se como um desafio ás empresas farmacêuticas de nichos de mercado que podem, como pioneiras, utilizar este modelo do autor para desenhar a segmentação, posicionamento e estratégias promocionais de forma a obter vantagens diferenciadas sustentáveis para um fármaco com sucesso.

O autor deste modelo acredita mesmo que seguindo esta linha de modelo, é possível á indústria farmacêutica atingir o objectivo de desenvolver relações de parceria com os médicos de Medicina Geral e Familiar ( ibidem, 2000).

De acordo com investigações anteriores sobre a prescrição de anti-hipertensores, o cenário apresentava-se ambíguo quanto á relação entre os factores clínicos e a escolha do fármaco. Isto é possível constatar através da análise e robustez dos modelos anteriores que vimos até aqui.

*"Ao utilizar o Modelo de Tipologia do Utente, os resultados de uma análise de regressão logística podem fornecer uma compreensão mais precisa desta relação" ( ibidem, 2000: pág. 773).<sup>63</sup>*

Este novo modelo rompe com todos os outros modelos anteriores sobre o comportamento da prescrição médica, porque invoca não só a tipologia do utente mas também novos e diferentes conceitos na prática médica tais como as fontes de informação, o perfil demográfico do médico de Medicina Geral e Familiar e a filosofia de prescrição para explicar como é que o médico de Medicina Geral e Familiar português selecciona um fármaco de primeira linha para terapia do utente.

Como resultado, o Modelo de Tipologia do Utente contém em si mesmo, os indicadores mais fiáveis para efectivamente mudar /reforçar a escolha dos medicamentos anti-hipertensores (ibidem, 2000).

---

and therapeutic categories (as suggested by medical guidelines) rather than brand characteristics" (Proença, 2000: pág.772).

<sup>62</sup> "The patient typology model may be an useful tool to develop these new strategies within the hypertension market, which may help to assure profitability in an increasingly competitive environment as well as assist them in moving into expanding markets (ibidem, 2000: pág.761).

<sup>63</sup> "Using the PTM, the results from the logistic regression analysis provide a beginning to a more precise understanding of this relationship" (ibidem, 2000: pág. 773).

As potencialidades deste modelo podem traduzir-se numa ferramenta útil para a indústria farmacêutica no desenvolvimento de marcas inovadoras, mas também para melhorar as que já existem. Desta forma, o risco, a extensa investigação e o desenvolvimento de novos fármacos para a indústria farmacêutica podem vir a ser reduzidos.

## **2.20) Denig e Witteman e Schouten (2002) - Âmbito e natureza das decisões de prescrição feitas pelos clínicos gerais**

A investigação académica sobre o comportamento da prescrição e as tipologias do doente esteve congelada durante alguns anos. Presume-se, embora não existam factos relevantes comprovados, de que o tema foi esquecido em virtude dos condicionalismos legais, da investigação da indústria farmacêutica e da própria classe médica, que sendo restrita quanto às suas práticas profissionais, não se terão reunido todas as condições ideais para continuar a investigar.

Só em 2002, Denig e outros autores estudaram um novo modelo no campo da prescrição médica, tendo em conta todos os outros modelos desenvolvidos em Denig (1988), Denig e Ruskamp (1992), sobre as decisões de prescrição.

### **Modelo Denig e Witteman e Schouten**

O modelo de Denig e outros (2002), descreve o processo cognitivo médico no tratamento de doentes e a sua principal importância está no facto de descobrir como as decisões da prescrição beneficiam da utilização de software informático.

A bibliografia internacional e os estudos da indústria indicam que a maioria dos médicos de clínica geral trabalham com um portfolio de medicamentos diferentes que usualmente prescrevem. Por isso, a decisão sobre qual é o medicamento (entre os cem e duzentos), prescrito para cada paciente é feita várias e múltiplas vezes ao dia (Denig e outros, 2002).

A qualidade das decisões de prescrição tem sido alvo de repetidas críticas em vários modelos que estudaram o processo de prescrição médica.

A dúvida robustez de alguns destes modelos tem sido possível verificar através da fraca fiabilidade da metodologia aplicada aos vários modelos quer ao nível da amostra, quer ao nível de algumas técnicas utilizadas, como a observação por exemplo, mas também quanto ao facto de serem apresentados casos hipotéticos para testar modelos e verificar apenas a previsibilidade quanto à intenção da prescrição e não a prescrição propriamente dita.

É sabido que existem diferenças nomeadamente temporais entre a intenção de prescrição e a prescrição real, atribuída ao paciente. Durante esse tempo, a probabilidade de ocorrerem mudanças é sempre elevada, não só nos aspectos da patologia em si, mas também do próprio paciente (predisposição para aderir ao tratamento), e do médico (experiência, influências de colegas e referentes sociais).

De acordo com os autores, uma prescrição racional (também analisada por Denig e Ruskamp, 1992), requer que sejam fixados objectivos terapêuticos e que se escolha o melhor tratamento para atingir esse objectivo, tendo em conta alguns factores importantes como a eficácia, a segurança e a conveniência para o doente.

Escolher o melhor tratamento pressupõe pesar alternativas, equacionar a existência de aspectos divergentes no que toca a patologias, doentes e custo de fármacos por exemplo, tentando otimizar a escolha feita pelo médico.

No processo da decisão médica quanto à terapêutica distinguem-se uma série de preconceitos observados, o que pode conduzir a uma qualidade de cuidados abaixo do óptimo ( Denig e outros, 2002).

## **Objectivo**

A meta deste estudo foi descrever o comportamento da prescrição do médico de clínica geral que opte por um tratamento e relacione esse comportamento no âmbito e natureza do processo de prescrição, justificando os resultados face à qualidade de decisão tomada.

Para isso, a principal questão que se colocou quanto à natureza deste estudo foi saber se o médico considera diferentes tratamentos de acordo com aspectos relevantes, ou apenas se prescreve por hábito.

Se a prescrição for por hábito, pode dizer-se que as suas decisões de prescrição são de foro simplista? Que dimensão tomam as diferenças num processo de decisão quando estão relacionadas com uma prescrição fraca?

Para que fosse possível encontrar resposta as algumas destas questões, os autores concentraram o estudo especificamente sobre a influência do paciente num caso médico propriamente dito e na sua experiência prática.

## **Método de recolha de dados**

O método utilizado neste modelo para a recolha de dados foram casos escritos sobre pacientes na consulta médica. Foram seleccionados cento e um (101) médicos de clínica geral que trabalhavam na zona norte da Holanda, mas apenas sessenta e um (61) médicos se dispuseram a participar em grupos de foco (técnica qualitativa -focus group), para aprofundar mais o estudo sobre a prescrição. Foi solicitado aos médicos que pensassem em voz alta quando se tratasse de revelar o processo de decisão durante a consulta, dado que a verbalização dos pensamentos é quase impossível na presença do doente.

No entanto, "*Os casos escritos sobre os pacientes não reflectem na sua totalidade a prática diária onde o médico está com o doente, mas são considerados válidos para medir os processos de decisão sobre os quais a actual interacção entre médico e paciente não é estritamente necessária (Denig e outros, 2002: pág. 137)*".<sup>64</sup>

Estes casos escritos foram elaborados com base em casos verídicos de doentes em que os médicos se basearam para prescrever tratamentos.

Os dados originais para elaborar os casos escritos que permitissem testar este modelo foram recolhidos entre 1992 e 1993.

Contudo, a constituição deste grupo de foco foi desequilibrado no que respeita à sua representatividade em sexo, já que estiveram representados mais homens (54) que mulheres (4).

A média de anos de experiência na clínica geral no grupo foi de 8,5 anos.

Por isso, foi constituído um estudo piloto com trinta (30) clínicos gerais e trinta e cinco casos escritos (35) para cada médico de um outro conjunto de doze (12) casos cujos critérios de selecção se basearam em:

---

<sup>64</sup> "Written patient cases do not fully reflect daily practice where a doctor actually sees the patient, but are considered valid for measuring decision processes for which actual interaction between doctor and patient is not strictly needed (Denig e outros, 2002: pág.137).

a) Casos clínicos que incluíssem informação suficiente ao nível do diagnóstico que permitisse uma decisão de tratamento,

b) Um painel composto por dois médicos e um farmacêutico envolvidos no ensino da farmacoterapia que concordassem entre si que o tratamento recomendado estaria de acordo com as directrizes terapêuticas.

As decisões de prescrição dos médicos participantes foram estudadas em doenças como as infecções urinárias e queixas de foro intestinal, cujos casos foram apresentados por escrito.

O método de “pensar alto” foi o processo adoptado para traçar o processo de decisão que revela o processo cognitivo comprometido com a decisão, sem afectar os resultados dessas mesmas decisões.

Aos médicos foi pedido que verbalizassem todos os pensamentos sobre os assuntos em estudo, que entrassem nas suas mentes enquanto delineavam uma decisão sobre a tarefa. O resultado de trezentas e cinco (305) transcrições com base nos casos escritos de cada cinco pacientes para cada médico permitiu determinar a natureza do processo de prescrição.

Para que a amostra se habituasse a esta técnica (sabendo desde logo a importância que o hábito assume no processo de decisão), cada médico da amostra constituída iniciou o teste com um caso extra de um paciente que não foi incluído nesta análise.

As verbalizações foram gravadas, o que permitiu fazer uma transcrição por escrito do processo de decisão.

Dois autores independentes (CLMW e HWS), codificaram tais verbalizações em segmentos para que fosse possível identificar o tipo de pensamento que cada um continha.

Foram utilizados as seguintes categorias de código:

Zero (0), para a verbalização do texto quanto ao caso escrito sobre o paciente,

Um (1), para comentários que não estivessem relacionados com a escolha do tratamento,

Dois (2), para quando fosse mencionada uma opção de tratamento,

Três (3), para quando fosse considerado um aspecto relevante para a escolha do tratamento,

Quatro (4) para a escolha do tratamento.

Evidencia-se o facto de que a classe dos medicamentos neste estudo foi contada e assumida como opção de tratamento em separado, se nenhum médico mencionasse nomes de marcas ou medicamentos genéricos.

Caso o médico indicasse a marca do medicamento ou o nome do genérico, estes eram contados como opções de tratamento.

As trezentas e cinco (305) transcrições foram divididas em segmentos de frases independentes ou grupos de frases fechadas e associadas entre si.

As vantagens deste método para testar o modelo segundo os autores, está em fornecer informações exactas sobre os processos de decisão, mais do que quando os médicos são encorajados a descrever ou explicar as suas decisões.

### **Conclusões**

O estudo revela aquilo que precisamente os autores evidenciam: as decisões baseadas em regras simples podem resultar em escolher o primeiro tratamento.

Verificou-se que não existiram mudanças significativas nas primeiras recomendações de tratamentos para os diagnósticos descritos em casos recentes ( *ibidem*, 2002).

A análise do estudo permitiu averiguar que o comportamento da prescrição dos clínicos gerais para as infecções urinárias sem complicações na maioria dos casos foi considerado habitual, em função da verificação de cerca de 40% das transcrições.

Nos casos de gastroenterologia, sobretudo queixas de dores de foro intestinal, existem algumas deliberações médicas, dado que foi feita uma escolha de dois terços de um segundo grupo de medicamentos, após a deliberação de outras alternativas.

Porém, essa escolha raramente envolveu uma comparação entre diferentes tratamentos em todos os aspectos relevantes.

*“Quando os médicos avaliaram diferentes tratamentos em mais do que um aspecto, eles deram passos diagonais partindo de um aspecto de um tratamento para um outro aspecto diferente” (ibidem, 2002: pág. 142).<sup>65</sup>*

Se a avaliação para a escolha de um medicamento partiu sempre de aspectos diferentes dos tratamentos analisados, isto significa que os médicos saltaram de um tratamento para outro e não compararam explicitamente uns tratamentos com outros. Isto está em acordo com algumas descobertas nas especialidades médicas como o modelo de Mancuso (1987), que acabou por demonstrar que mesmo quando o problema clínico é o mesmo, o ponto focal (principal), do diagnóstico difere sempre de paciente para paciente.

Esta conclusão permite-nos conduzir a pesquisa para as tipologias do doente, isto é, em função de um quadro patológico, e de um contexto físico, psíquico e sócio-económico que de doente para doente pode ser diferente.

As maiores considerações neste estudo foram identificar os aspectos mais relevantes para a decisão: a eficácia do medicamento, e outros aspectos importantes que foram alvo de particular importância no estudo de outros modelos, tais como o custo e os efeitos secundários do tratamento prescrito.

Por estas razões, os autores advertem:

*“Embora muitos médicos afirmem que estes aspectos menores sejam importantes para as suas decisões de prescrição, parece que apenas uma minoria os considera quando escolhem um tratamento para o doente. Quando olhamos para as directrizes de tratamento disponíveis, torna-se claro que os efeitos secundários e os custos são critérios relevantes para a diferenciação entre a primeira escolha e a segunda escolha de tratamentos” (ibidem, 2002: pág.142).<sup>66</sup>*

O comportamento da prescrição apreciado neste modelo filtra as opções de tratamento e pesa os aspectos mais relevantes para a decisão, como a eficácia, os efeitos secundários e a conveniência para o doente sobre o fármaco a prescrever.

Este estudo considera a existência de uma adopção de comportamento controverso que existe entre critérios ou factores a considerar no tratamento indicados pelas directrizes terapêuticas (que o médico, no âmbito em geral tem conhecimento, podendo a partir dessa altura, seguir ou não essas recomendações), e o comportamento de prescrição adoptado pela grande maioria da clínica geral.

Os efeitos secundários e o custo do medicamento são considerados factores de influência em outros modelos testados, e que veio a verificar-se a sua importância quanto ao nível da decisão de prescrição médica.

---

<sup>65</sup> “ When doctors evaluated different treatments on more than one aspect, they often made diagonal steps going from one aspect of one treatment to a different aspect of another” ( ibidem, 2002: pág.142).

<sup>66</sup> “Although many doctors say that these latter aspects are important for their prescribing decisions, it seems that only a minority consider these aspects when choosing a treatment for their prescribing decisions, it seems that only a minority consider these aspects when choosing a treatment for an individual patient. When looking at the available treatment guidelines, it becomes clear that side effects and costs are relevant criteria for differentiating between first choice and second choice treatments” (ibidem, 2002: pág. 143).



Neste sentido, sugere-se que exista uma oferta de informação correcta sobre os benefícios e custos, embora com algumas precauções, para que a clínica geral não se sinta sobrecarregada de informação, ou transtornada quando o sistema de apoio os pressiona a dar atenção a outros aspectos. Por esta razão, este tipo de informação deverá ser integrada ou tomada em procedimentos normais, por pedido ou excepcionalmente, em formato de proposta específica.

### **Robustez/Limitações do modelo**

A maior limitação neste modelo diz respeito à verbalização dos pensamentos do médico no processo de prescrição: “(...) a maioria das pessoas não estão completamente conscientes de todos os seus pensamentos que atravessam as suas mentes antes da decisão final ser feita e tendem a fazer racionalizações retrospectivas” ( *ibidem*, 2002: pág.138). ”<sup>67</sup>

Este alerta quanto à consciência e à retrospectão são apontados como limitações desta técnica, não só pelo facto de nunca termos em conta todos os pensamentos que criamos acerca do assunto, mas também pelo facto de que nem todos os pensamentos são verbalizados (sendo esta considerada a principal limitação), e as reacções não verbais como os estímulos são de difícil e extrema verbalização.

A segunda limitação identificada neste estudo é o facto dos médicos que fizeram parte da amostra não terem considerado toda a informação apresentada e em cada caso apresentado, fizeram a sua própria selecção.

Para que fosse possível utilizar a verbalização foram apresentados aos médicos casos escritos sobre os pacientes pedindo-lhes que verbalizassem todos os pensamentos e considerações feitas enquanto liam o caso e se decidiam pelo tratamento.

Contudo, não foi lhes foi pedido que explicassem ou defendessem as suas decisões de tratamento, mas apenas que verbalizassem todos os pensamentos quanto tomassem a decisão de prescrever. Isto é considerada uma limitação quanto à defesa deste ser um modelo que seja credível e fiável quanto à veracidade dos resultados.

A vantagem deste modelo foi o facto de relacionar as diferenças observadas no processo de decisão com cada caso e as características do médico (através da técnica de grupo de foco), bem como verificar as diferenças na qualidade do comportamento da prescrição.

Os autores consideraram que o nível de participação da amostra foi comparável com o total da população de clínicos gerais na Holanda, em função da data de recolha dos dados (entre 1992 e 1993), considerando a média de idade, dimensão da prática clínica e tempo de experiência na instituição.

---

<sup>67</sup> “ (...) most people are not fully aware of all the thoughts that crossed their mind before the final decision was made and tend to make hindsight rationalisations ( *ibidem*, 2002: pág.138).

## Modelo - padrões do processo de decisão

Com base nas transcrições, foram classificados sete tipos de processos de decisão que estão dependentes do número de tratamentos e aspectos considerados no seguinte modelo:

**Table 3** The seven types of decision process

Type	No of treatments	No of aspects considered	Example
A	1	0	... this is clearly a urinary tract infection. I will write a prescription for co-trimoxazole ... and that she brings some urine to check if it is clean (case 1)
B	1	1	... the relief is doing so much already that I wonder whether you should give something, so I would give something simple like Antagel (case 4)
C	1	2 or more	... I think that I will give her those tablets, two reasons. I don't think she has anything serious ... I don't think I can do wrong with it. I also think I can help her by giving them. And then I have a satisfied person because she wants those tablets, but that is not the most important reason. She goes on holiday next week, so I think I give her Zantac for 2 weeks (case 3)
D	2 or more	0	... she gets furadantine from me, and not trimethoprim, 4 times daily 100 mg for a week ... and then come back the last day for a urine check (case 1)
E	2 or more	1	... I would talk with her ... that precisely when she is very busy those complaints may get worse ... so that's the talk-side of the story ... and then I would give something like Ulcogant or Gaviscon ... well, I will give Ulcogant, it attaches to the spots themselves, Gaviscon works more superficially (case 5)
F	2 or more	2 or more	Yes, I could do two things. Should I give her a blocker again ... few months without complaints, that is rather short ... I would rather give her a kinetic. Prepulsid, together with an H <sub>2</sub> -blocker, or maybe something stronger like Losec, because the complaints came back so soon. But this final step may be premature, she could do well on a maintenance treatment, that her complaints disappear completely. Yes, I would give her twice daily the H <sub>2</sub> -blocker and for a short period also Prepulsid, to reduce her complaints at a faster rate. Prepulsid alone might be enough, but I don't think she will be motivated for that, she will also want the H <sub>2</sub> -blocker ... she has had good experience with it (case 5)
N	0	0 or more	I wouldn't prescribe any medication, I would put it clearly to her that I do understand that she comes to me with those complaints, also giving the relation, but that her complaints do not point at an ulcer, they are too variable, left and right ... (case 3)

Fig.8- Modelo de Denig e outros (2002) - Os sete tipos de processos de decisão, "Scope and nature of prescribing decisions made by general practitioners".

Estas categorias referem-se às diferenças no âmbito e natureza do processo de decisão.

*"Quando apenas é mencionado um tratamento, este indica um processo de decisão sobre o qual não é feita nenhuma comparação sobre as diferentes alternativas"* (ibidem, 2002: pág. 139).<sup>68</sup>

O autor compara os diferentes tipos de decisão (A, B, C D, E, F, N), em função do número de tratamentos e dos aspectos que são mencionados neste modelo.

Enquanto a decisão de prescrição A é classificada como habitual pelo facto de apenas ter um tratamento e não ser mencionado nenhum aspecto, as decisões B e C foram interpretadas como estratégias satisfatórias, isto é, ajustáveis para o primeiro tratamento que entra no pensamento e que satisfaz os critérios básicos tais como a eficácia e a não existência de contra-indicações. Estas

<sup>68</sup> "When only one treatment is mentioned, this indicates a decision process in which no comparison is made between different alternatives (ibidem, 2002: pág. 139).

estratégias, de acordo com a análise dos autores, contrastam com as decisões de otimização tipo D, E e F, nas quais tenta-se avaliar e comparar uma série de opções para pesquisa sobre a melhor escolha. Esta deliberação profunda sobre os diferentes tratamentos em diferentes aspectos é vista como um modelo normativo na teoria da decisão (ibidem, 2002).

Os vários tipos de processo de decisão observados foram relacionados com os cinco (5) casos apresentados de acordo com as trezentas e cinco (305) transcrições elaboradas anteriormente. Nas transcrições em análise, o critério de eficácia foi o aspecto mais mencionado nos cinco casos utilizados.

### **Método de recolha de dados**

Foram utilizados outros testes estatísticos não-paramétricos para verificar a influência dos casos do paciente no número de tratamentos e o tipo de aspectos considerados pelo médico no processo de decisão (foram aplicados testes estatísticos de Friedman para dados ordinais e o teste de Cochran's Q). A relação entre os anos de experiência do médico e o número de tratamentos considerado foi testado separadamente através de testes de correlação não paramétricos (teste de Spearman).

Contudo, não se verificou qualquer correlação entre a experiência dos médicos (em anos), com o número de tratamentos ou aspectos considerados no estudo. Portanto, não se verificou qualquer nível de influência entre a experiência do médico e o processo de decisão.

### **Conclusões**

Os resultados do processo de decisão não foram considerados válidos, nomeadamente em doentes com infecções urinárias. Os resultados do modelo foram contrários à norma: demonstraram que no tratamento desta patologia foram prescritos medicamentos de segunda escolha depois de considerados outros tratamentos de acordo com as circunstâncias específicas. É que normalmente, na prática clínica é comum o facto do médico ter alguns medicamentos de eleição ou predilectos com os quais trabalha, ou seja, fármacos de primeira linha, de primeira escolha na prescrição.

Porém, embora esta escolha seja habitual, pode ser avaliada em um ou dois aspectos:

- a) O nível do hábito na prática médica é difícil de ser modificado,
- b) É improvável que os médicos consultem um sistema de suporte de decisão para decisões habitualmente tomadas. Esta evidência no comportamento da prescrição vem sendo demonstrada por este autor em alguns dos seus outros modelos (Denig, 1992).

Um suporte de informação é aquilo que pode ajudar a lembrar os médicos na sua primeira escolha de tratamentos. Para aqueles que estão dispostos a modificar os seus hábitos, tais reforços podem ser úteis (Denig e outros, 2002).

Um melhor suporte da decisão pode conduzir a melhorias na qualidade da prescrição quando por exemplo contém informação importante quanto a efeitos secundários, custos, interacções ou contra-indicações, que obriguem a parar o processo de decisão.

Desta forma, um suporte de informação consistente e correcto poderá ajudar estes médicos a recordarem ao que é considerado um tratamento de primeira escolha para um paciente. Os autores clarificam que para os utilizadores que estudam estes sistemas de suporte, o responsável pela decisão final do tratamento continua a ser sempre o médico.

### **Robustez/Limitações do modelo**

De acordo com os dados do modelo do comportamento da prescrição médica do clínico geral mais recente (2002), o processo de decisão médica desvia-se das normas teóricas da decisão, avaliando todas as opções possíveis. Contudo, o mais positivo é que essa opção de comportamento não significa

que todas as escolhas de tratamento sejam medíocres na sua qualidade de boa ou má prescrição. O facto do médico de clínica geral não seguir à risca todas as normas teóricas da decisão para a prescrição não o classifica como um mau prescritor. Pelo contrário, avaliar todas as opções possíveis pode significar que o médico valoriza não apenas os factores de ordem médica, mas também os de carácter social ou até inerentes ao doente como o seu meio social, condições económicas e adesão ao tratamento no processo de decisão. E este modelo pode ser aquele que retrata o triângulo entre médico-prescrição-paciente na consulta, e que nem sempre o médico prescreve o mesmo medicamento em determinadas patologias.

A variação da prescrição médica pelo tipo de utente é algo que ainda não existe em nenhum modelo em análise, mas a verdade é que cada vez mais a prescrição médica pauta-se por factores de ordem diversa : médico, local, sexo, idade, profissão, condição sócio-económica e raça.

### **2.21) Modelo organizacional - Rede de Médicos Sentinela (2001)**

Os modelos organizacionais vieram a ser efectuados por organizações médicas com o intuito de avaliar algumas mudanças de comportamento no perfil de determinados doentes.

Este modelo é analisado após o modelo anterior de Denig e outros (2002), pelo facto do seu enquadramento enquanto estudo desenvolvido por uma organização governamental associada que estuda práticas e patologias médicas, cujo desenvolvimento ou alteração são importantes para o contexto português.

Deste modo, tornou-se necessário distinguir os modelos internacionais académicos que propõem alguns modelos de comportamento da prescrição, mas que alguns apresentam maior robustez do que outros devido à amostra e metodologia aplicada, dos modelos organizacionais que esta instituição portuguesa decidiu estudar, e o modelo de Proença (2000).

Um outro modelo que assume importância para a realização desta investigação como referência nas tipologias do utente hipertenso foi realizado em 1998 e publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral de 2001 nº 17: 359-72 denominado: "*Perfil Terapêutico da Hipertensão na Rede de Médicos Sentinela*".

O estudo teve como objectivos:

- 1) Desenhar o perfil do utente hipertenso,
- 2) Melhorar o padrão de prescrição dos anti-hipertensores nos médicos de clínica geral que fizeram parte deste painel em estudo.

#### **Objectivo**

Analisar o padrão de prescrição dos anti-hipertensores de acordo com a forma de hipertensão e comorbilidades.

#### **Método de recolha de dados**

Este estudo de carácter transversal, foi realizado em utentes hipertensos que se deslocaram á consulta de um painel de noventa e sete clínicos gerais (97) que recolheram informação de mil cento e vinte e cinco (1125) doentes hipertensos dos quais sessenta e quatro vírgula quatro por cento ( 64,4%) eram do sexo feminino. Este painel constituiu a denominada Rede de Médicos Sentinela<sup>69</sup>, através da

---

<sup>69</sup> A Rede de Médicos Sentinela é uma rede de vigilância epidemiológica constituída por cerca de duas centenas de Clínicos Gerais distribuídos pelos dezoito (18) distritos de Portugal Continental e Regiões Autónomas, que notificam de

aplicação de um questionário (com base nos dados referentes ao Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1995 relativo à distribuição dos indivíduos hipertensos com mais de 18 anos), que permitiu a recolha sobre a caracterização demográfica dos doentes, a caracterização da hipertensão e a terapêutica instruída, entre 15 de Setembro a 30 de Outubro de 1998.

O questionário elaborado foi composto por dezassete (17) variáveis como: sexo, data de nascimento, raça, forma e duração da hipertensão, danos em órgãos alvo, morbidade, associação e terapêutica prescrita: fármacos, posologia e número de fármacos prescrito.

### **Conclusões**

A natureza desta investigação veio demonstrar que patologias como diabetes, dislipidemia, obesidade, cardiopatia isquémica, obesidade e menopausa associados à hipertensão, constroem tipologias que são distintas de utente para utente e que geram diferentes opções terapêuticas pelo médico. Isto significa que o perfil demográfico e sócio-económico associado a valores clínicos, pesa na decisão de prescrição médica.

Este estudo da Rede de Médicos Sentinela conclui que:“(…) o número de fármacos mais frequentemente prescritos para o tratamento da hipertensão e a sua selecção não parece estar relacionada com a forma da hipertensão e com a existência e outros de morbidade associada” (Martins e outros, 2001: pág. 359).

Contudo, os resultados desta investigação não permitiram verificar que a mudança de comportamento da prescrição nos doentes hipertensos é diversificada e alterada em função de variáveis demográficas, socio-económicas e culturais relacionáveis com patologias frequentemente associadas à hipertensão.

Os doentes de raça negra foram considerados pelos médicos entrevistados neste estudo uma tipologia relevante na variação de comportamento da prescrição face à caucasiana, porque a prevalência da hipertensão como patologia é maior na raça negra do que na caucasiana, sendo que foram identificadas tipologias de utentes jovens de raça negra hipertensos nesta investigação que não foram na Rede de Médicos Sentinela.

Comparativamente, enquanto as principais patologias associadas à hipertensão no estudo da Rede de Médicos Sentinela foram:

- 1º : Dislipidemia,
- 2º: Hiperucemia,
- 3º: Diabetes;

Na investigação em curso, (como será possível aprofundar no capítulo IV, as patologias associadas à hipertensão mais relevantes e identificadas pelos médicos de clínica geral foram as seguintes:

- 1º:Mulheres em fase de menopausa e hipertensão associada,
- 2º:Homens e mulheres com diabetes mellitus e histórico de hipertensão associada,
- 3º:Mulheres e homens com mais de 45 anos com cardiopatia isquémica e histórico de hipertensão associada.

Na investigação, a hipertensão em doentes idosos sem patologia de risco associada, também foi identificada.

---

forma voluntária, semanalmente, para a Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral de Saúde e desde Fevereiro de 2000 para o Observatório Nacional de Saúde, todos os novos casos de doenças em vigilância ou de situações relacionadas com saúde, em utentes inscritos nas suas listas.

Quanto às classes terapêuticas identificadas no estudo da Rede de Médicos Sentinela foram identificadas, por ordem de preferência quanto à prescrição no utente hipertenso com ou sem patologia associada:

1º: IECAS – Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina,

2º: Bloqueadores dos Canais de Cálcio,

3º: Associação de dois fármacos: IECA e Diuréticos.

Das principais três classes terapêuticas, as duas primeiras foram administradas em dose fixa, enquanto a associação entre IECA e Diurético, são entre uma a várias associações de classes terapêuticas que são cada vez mais prescritas com o intuito de minimizar o número de fármacos para medicar o doente.

Isto acontece sobretudo quando se tratam de utentes idosos polimedicados, ou por substituição de um determinado fármaco, ou nos casos em que há rejeição ou efeitos secundários pelo utente a um determinado fármaco (monoterapia).

O estudo da Rede Sentinela conclui também que os Antagonistas da Angiotensina II puros (ARAI), Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) e os Diuréticos são as classes terapêuticas de referência para tratamento de utentes hipertensos, considerando não só o número de médicos que as indica.

Contudo, é a classe terapêutica ARAII que evidencia os maiores benefícios para o doente, pelo facto de serem uma nova classe terapêutica, mais inovadora quanto ao avanço científico e com capacidades de maior controle da hipertensão comparativamente aos Inibidores da Enzima da Conversão da Angiotensina (IECA).

Contudo, os IECA foram os fármacos mais frequentemente prescritos no tratamento da hipertensão entre a população estudada.

A classe terapêutica Antagonistas da Angiotensina II (ARAI), para além da destacada eficácia e de possuírem menos efeitos secundários, a segurança e protecção dos órgãos sobretudo a nível renal e as suas potencialidades de associação com outros fármacos; e o facto das suas moléculas terem capacidades anti-inflamatórias, tornam esta classe uma opção principal quanto à terapêutica da hipertensão, caso o perfil do utente hipertenso não possua grandes restrições económicas ou baixos rendimentos/reformas, visto que ainda não existem medicamentos genéricos.

Nesta situação, nomeadamente no utente hipertenso idoso (mais de 65 anos), com baixos rendimentos, os Diuréticos são a classe terapêutica mais adoptada pelo clínico geral e considerados como um bom início de terapêutica, sendo os IECA prescritos para utentes hipertensos adultos ainda em fase de vida activa. O facto desta classe gerar maiores benefícios em associação com outras classes como ARAII, contribui para o facto de uma parte dos clínicos gerais ainda considerarem uma classe terapêutica de 1ª a 2ª linha de escolha, embora os ARAII tenham ganho reconhecimento pela clínica geral quanto ao controle da hipertensão, sendo admitida como uma ajuda na decisão terapêutica.

As restantes classes terapêuticas são recomendadas para utentes hipertensos mas com patologias associadas mais específicas, por exemplo: os Bloqueadores dos Canais de Cálcio recomendados em patologias como a Taquicardia, e os Antagonistas do Cálcio e Hipolemiantes, indicados para utentes hipertensos com elevado nível de colesterol.

### **Robustez/Limitações do estudo**

Não foi possível considerar a relação que os médicos constituíram sobre os atributos e os benefícios associados às restantes classes terapêuticas neste estudo porque não foi obtida informação destas prestada pelos médicos entrevistados.

Por outro lado, o grau de hipertensão não foi associado como critério integrante no diagnóstico para a decisão de prescrição no estudo da Rede de Médicos Sentinela, contrariamente ao objectivo em que se pretende nesta investigação, que é analisar a associação e a existência de tipologias do utente hipertenso quanto à abordagem por classe terapêutica/fármaco adoptado no processo de prescrição.

Este estudo não permite concluir se de facto existe ou não variação da prescrição em função dos perfis/tipologias dos utentes apenas porque “*se considerou como perfil terapêutico da hipertensão os fármacos mais prescritos em cada uma das situações em estudo*” ( *ibidem*, 2001: pág. 360).”

Acresce ainda o facto desta Rede de Médicos ser constituída por um conjunto de médicos que se disponibilizam voluntariamente para recolher a informação sobre diversos problemas de saúde, o que segundo o próprio estudo, apresenta algumas limitações à generalização dos resultados do perfil de prescrição dos médicos, que podem ter características diferentes dos restantes médicos de clínica geral ( *ibidem*, 2001).

Todavia, é sempre relevante considerar a prescrição na perspectiva organizacional e institucional portuguesa, para compreender sobre o que já foi feito até aqui e o que ainda pode ser feito.

## **2.22) Síntese**

Os modelos em análise reflectem essencialmente dois aspectos:

- 1) Disparidade na natureza dos diversos modelos,
- 2) Aleatoriedade nas amostras seleccionadas nos modelos em estudo,
- 3) Diferentes metodologias utilizadas entre si, porque quer seja o método de recolha de dados de natureza qualitativa (com a técnica de entrevistas e focus-group), como quantitativa (através de questionários, sobretudo inquéritos via postal), existem limitações na sua aplicabilidade por diversas razões: ou porque a lacuna se encontra na amostra, na metodologia insuficiente ou porque são estudadas várias patologias no mesmo estudo dos autores.

Embora as patologias alvo de análise quanto ao comportamento da prescrição também sejam distintas, o quadro da hipertensão e fármacos associados ao seu tratamento são preponderantes na maior parte dos estudos apresentados: Hemminki (1975), Segal e Hepler (1982), (1985), Chinburapa e Larson, (1988), Denig e Ruskamp (1992), Proença (2000), Rede de Médicos Sentinela (2001).

Universidade de Évora  
em Parceria com Escola Superior de Tecnologia da Saúde de  
Lisboa

## Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde

Área de Especialização em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde

Lisboa, 18 de Abril de 2008

1

## A Importância das Tipologias de Hipertensos no Comportamento de Prescrição dos Médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal Continental

Marta Alexandra Dias Almeida

Orientador: Prof. Doutor Reinaldo Proença

1





## O tema surge no intuito de investigar:

- Porque se verifica uma grande variação da prescrição na abordagem farmacológica da HTA, razão pela qual o tópico de investigação é:

3



## Tópico de investigação:

- Analisar a dispersão de prescrição de fármacos éticos com base em tipologias de utentes na abordagem da hipertensão arterial.

4



## Objectivo Geral:

- Identificar a existência de diferentes tipologias do utente hipertenso e sua abordagem por classe terapêutica utilizada no tratamento da HTA, tendo em conta o tipo de doenças associadas, idade, sexo, raça, rendimento e nível de escolaridade do utente.

5



## Objectivos Específicos:

- Identificar as características sócio-demográficas e clínicas do utente hipertenso para que fosse viável identificar as tipologias do utente hipertenso nas consultas;
- Analisar a prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar de Portugal Continental em função destas tipologias com base nos resultados dos pontos anteriores, para estudo e elaboração de estratégias mais eficazes pelas instituições com interesse nos resultados da investigação.

6



## Revisão Bibliográfica

- Objectivo:
- Conhecer o estado da arte no domínio do comportamento da prescrição.

7

## Modelo de intervenção Social na saúde



## Acções de intervenção

Nível	Acções de Intervenção
Na Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parcerias entre indústria farmacêutica e Serviço Nacional de Saúde para gestão, adopção e comercialização de novos fármacos que beneficiem as tipologias do utente hipertenso com maior importância e peso social e económico.</li> <li>- Elaborar linhas de orientação através do SNS para melhor qualidade da prescrição quanto à medicação para o utente hipertenso por parte do médico de Medicina Geral e Familiar,</li> <li>- Criar consulta específica de hipertensão arterial para utentes com valores de Hipertensão Arterial Grave,</li> <li>- Inquirir o utente hipertenso sobre a satisfação do seu tratamento na prevenção/controlado da doença;</li> <li>- Proporcionar maiores actividades de rastreio na detecção de novos hipertensos em Portugal.</li> </ul>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campanhas para o utente hipertenso idoso sobre a polimedicação,</li> <li>- Medidas de sensibilização social para controle da tensão arterial face à prevalência da HTA.</li> </ul>

33

## Conclusão geral

- É perante as tipologias do utente hipertenso que se alteram os padrões de prescrição médica e os fármacos que o médico de Medicina Geral e Familiar prescreve.

34

### 2.23) Matriz de Modelos de Comportamento da Prescrição Médica

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Área Terapêutica</b>	<b>Amostra</b>	<b>Técnica Recolha de dados</b>
Bennet e outros	1974	(Modelo de acção reflectida de Fishbein (1967))	aleatória de médicos	Entrevistas e focus group
Hemminky	1975	Hipertensão, constipação, obesidade, gastrite, mialgia do pescoço, bronquite crónica	453 clínicos gerais	Questionário
John Lilja	1976	Diabetes Mellitus, Pneumonia	180 clínicos gerais	Questionário via postal
Segal e Hepler	1982	Hipertensão e Diabetes Mellitus	50 médicos	Entrevistas
Mancuso	1987	Doença Coronária arterial e Angina de peito	18 médicos internos	Observação e heurística
Denig	1988	Síndrome do Intestino Nervoso e Cólica Renal	397 clínicos gerais	Entrevistas e questionário via postal (Análise de regressão Múltipla)
Chinburapa e Larson	1988	Hipertensão (caso hipotético)	1ª fase: clínica geral 2ª fase: cardiologistas	Questionário via e-mail
Denig e Ruskamp	1992	Asma, Antibióticos, Anti-Hipertensores e Anti-Eméticos	Não foi seleccionada	Qualitativa: revisão de estudos sobre prescrição
Chinburapa e outros	1993	Infecções Urinárias	48 médicos (especialidade não definida)	Quantitativa: Software: Programa Linear para Análises de Preferência Multidimensionais
Reinaldo Proença	2000	Hipertensão	6402 médicos de Medicina Geral e Familiar Portugueses	Questionários via postal
Rede de Médicos Sentinela	2001	Hipertensão	Painel de 97 médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal	Questionário
Denig, Witteman e outros	2002	Infecção Urinária e Gastroenterologia	101 médicos de Clínica Geral	Focus Group e casos descritos pelos médicos durante a consulta

# Enquadramento teórico de referência

- Modelos de comportamento da prescrição mais representativos nesta investigação:

8

## Modelos de comportamento da prescrição médica

Modelo de Denig (1998) – Modelo atitudinal de escolha do medicamento

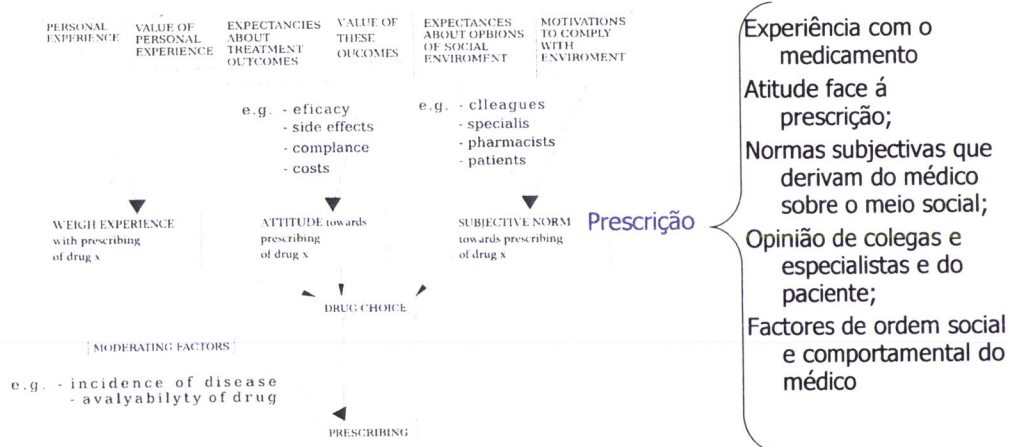
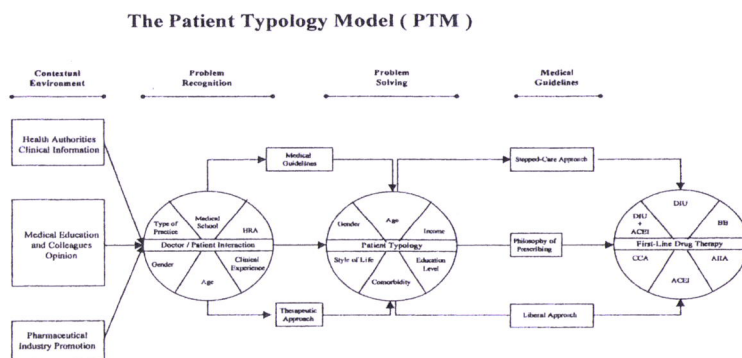


Fig. 6) Modelo de Denig, P. (1988) - Modelo de escolha do medicamento, "How physicians choose their drugs".

9

## Modelos de comportamento da prescrição médica

Modelo de Proença (2000) – Modelo de Tipologia do Paciente



O modelo é resultado de uma categorização e combinação de factores e novos conceitos na prática médica que definem a existência de tipologias no tratamento da hipertensão do paciente pelos médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal.

Fig.7 Modelo de Proença - (2000), "Modelling and Categorisation of Portuguese GP's Prescribing Behaviour: The Case of Patients with Hypertension".

10

## Estudo exploratório

### ■ Fase Qualitativa

### ■ Método e técnica de recolha de dados

- Entrevista semi-estruturada a médicos de Medicina Geral da região da Grande Lisboa
- Critério principal: terem utentes hipertensos nas suas consultas
- Análise de conteúdo para tratamento da informação médica obtida quanto às classes terapêuticas/fármacos prescritos para cada um dos perfis de utentes hipertensos
- Centros de Saúde para recolha de dados: Oeiras, Pontinha, Famões, Queluz, Montijo, Bairro Armador e Consultórios Privados da Grande Lisboa.

12



## Resultados

Identificadas 47 tipologias de utentes hipertensos  
10 tipologias constituem o quadro dominante do utente hipertenso em Portugal Continental

### ■ Principais dez **10** tipologias:

#### ■ **1º LUGAR :**

- TP3 – MULHER HIPERTENSA EM FASE DE MENOPAUSA

#### ■ **1º LUGAR EXEQUO:**

- TP9 – DIABÉTICO COM HIPERTENSÃO

#### ■ **2º LUGAR:**

- TP6 – HOMEM MADURO COM HIPERTENSÃO (45-65 anos)

#### ■ **3º LUGAR:**

- TP1 – IDOSOS HIPERTENSOS COM MAIS DE 65 ANOS DE IDADE

#### ■ **4º LUGAR:**

- TP7- MULHER MADURA COM HIPERTENSÃO (45-65 anos)

13

## Principais tipologias identificadas:

#### ■ **5º LUGAR:**

- TP22- HIPERTENSO COM CARDIOPATIA ISQUÉMICA ASSOCIADA

#### ■ **6º LUGAR:**

- TP11 – HIPERTENSO OBESO

#### ■ **7º LUGAR:**

- TP14- HIPERTENSO COM DISLIPIDEMIA

#### ■ **8º LUGAR:**

- TP15- HIPERTENSO NÃO CONTROLADO

#### ■ **9º LUGAR(ES):**

- TP2 – IDOSOS HIPERTENSOS COM MAIS DE 65 ANOS DE IDADE
- TP5 – JOVENS ADULTOS HIPERTENSOS

14

## Principais tipologias identificadas:

- **9º LUGAR(ES):**
- TP16- HIPERTENSO COM ANSIEDADE
- TP23- HIPERTENSO COM MEDICAÇÃO PARA PREVENÇÃO DO ACIDENTE CARDIOVASCULAR CEREBRAL
- TP27- HIPERTENSO CARDÍACO
- TP33- HIPERTENSO: Diastólica (mín.) 8,0 mmHg/12,5 mmHg – Sistólica (máx.)
- TP35- HIPERTENSO COM TAQUICÁRDIA
- TP43-JOVEM HIPERTENSO DE RAÇA NEGRA
- TP45- HIPERTENSO DE RAÇA NEGRA

15

## Estudo exploratório

- **Fase Quantitativa**
- Método e técnica de recolha de dados
- Inquérito via postal enviado a uma amostra de 2200 médicos de Medicina Geral e Familiar residentes em Portugal Continental.
- Realização do pré-teste do questionário entre Dezembro 2006 e Janeiro de 2007.
- Envio do inquérito via postal na última semana de Abril 2007 após autorização da CNPD.

17

## Fase Quantitativa

### Metodologias para análise e tratamento dos dados

- Estatística descritiva para analisar a amostra escolhida:
- Diagramas de Barras, Diagramas Circulares,
- Estatísticas de dispersão utilizados nos resultados estatísticos;
- Teste do Chi-Quadrado para analisar a relação entre classes terapêuticas/idade/sexo/patologia/grau da hipertensão/frequência da HTA;
- Técnica de Análise Exploratória de dados - Análise Factorial de Correspondências – a análise demonstra como as variáveis dispostas em linhas e colunas se relacionam, procurando que houvesse representação simultânea das modalidades linha e coluna no mesmo espaço dimensional para identificar relações que não são identificáveis pelo Teste de Independência do Chi-Quadrado.

18

## Perfil Geral da Amostra

**Idade:** 51 a 60 anos de idade (72,41%),  
41 a 50 anos de idade (20,69%)  
+ de 60 anos de idade (3,45%)

**Sexo:** Masculino (53,45%)  
Feminino (44,83%)

**ARS:** Vale do Tejo (36,21%)  
Região Norte (32,76%)  
Centro (24,14%)  
Algarve e Alentejo (1,72%)

**Centro de Saúde:**  
Urbano em Meio Industrial (31,03%)  
Rural (22,41%)  
Grande Cidade (15,52%)

**Faculdade:**

Faculdade de Medicina do Porto (41,38%)  
Faculdade de Medicina de Lisboa (20,69%)  
Faculdade de Medicina de Coimbra (17,24%)  
Ciências Médicas de Lisboa (15,52%)

**Anos de prática clínica:**

91,38% têm mais de 20 anos de prática clínica

**Nº de utentes do ficheiro médico com HTA:**

201-300 utentes (31,03%)  
301-400 (29,31%)  
100 (4,48%)

19

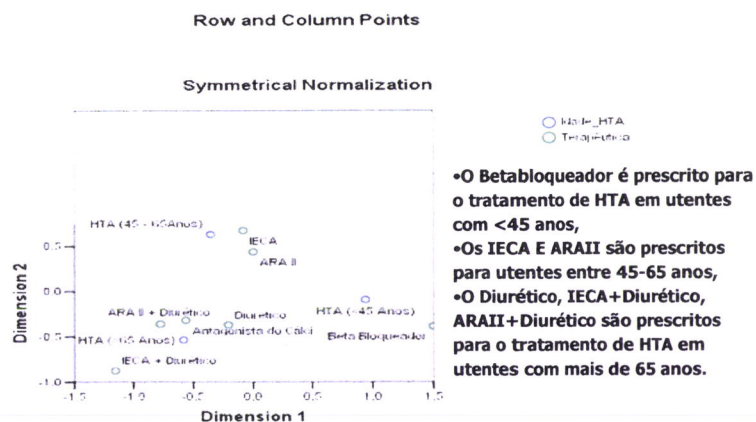
## Variáveis

- Através da Análise Factorial de Correspondências descrevem-se duas variáveis :
- Variável 1) Patologia/Idade/Grau da Hipertensão/Sexo/Frequência da HTA
- Variável 2) Terapêutica descrita pelo médico

**Através da relação entre as variáveis procurou-se evidenciar as relações existentes entre as variáveis 1 e a variável 2, para confirmar o tipo de relação existente.**

20

## Idade do utente com HTA e terapêutica associada



■ Fig.24- Gráfico de Análise Factorial de Correspondências: Projecção de Faixas Etárias e Terapêuticas nos eixos retidos

21

## Grau da HTA no utente e terapêutica associada

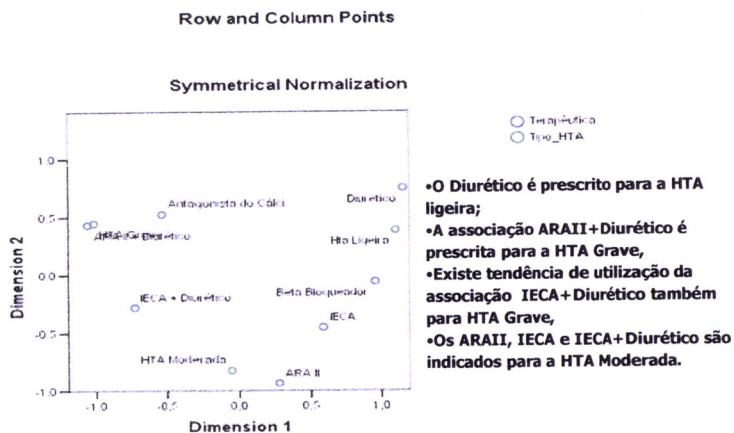


Fig.30-Gráfico de Análise Factorial de Correspondências: Projecção de Terapêuticas e Tipo de HTA nos eixos retidos

22

## Frequência da HTA e Patologias

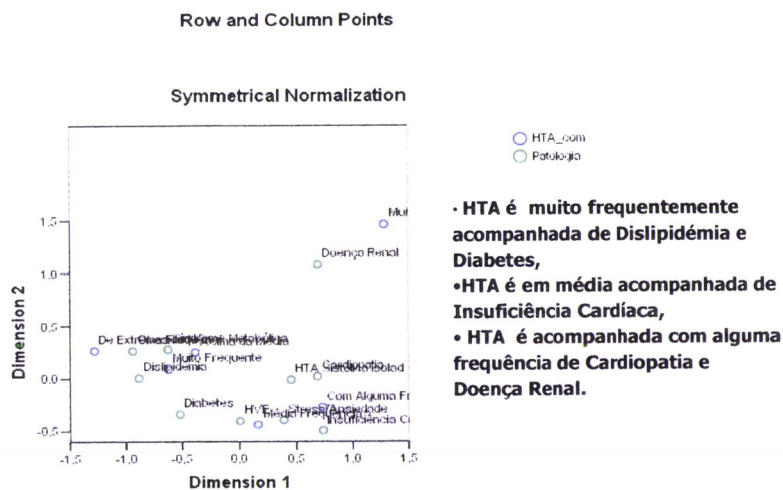


Fig. 41) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre frequência da HTA e patologias

23

## Mulher hipertensa em fase de menopausa e terapêutica associada

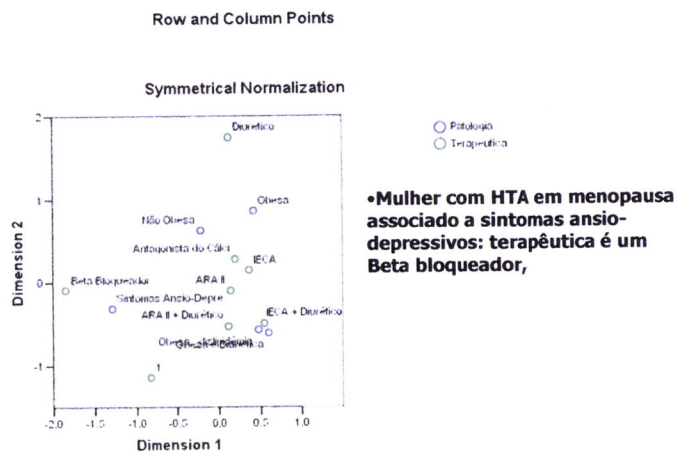


Fig. 51) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre mulher em fase de menopausa e patologias e terapêuticas (questão nº 10)

24

## Mulher hipertensa em fase de menopausa e terapêutica associada

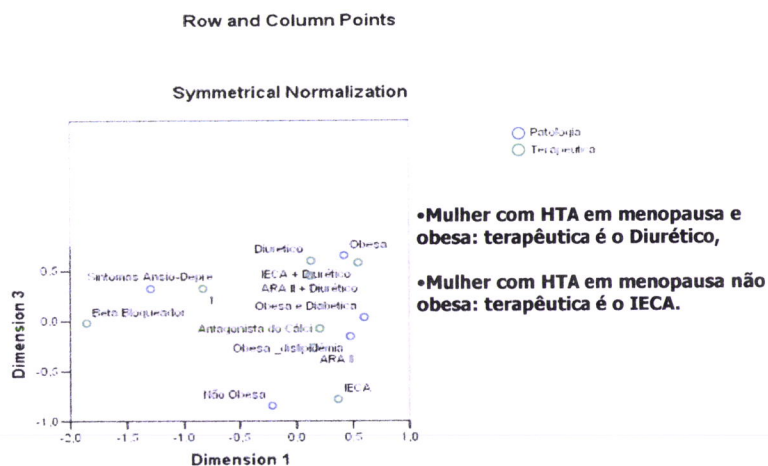
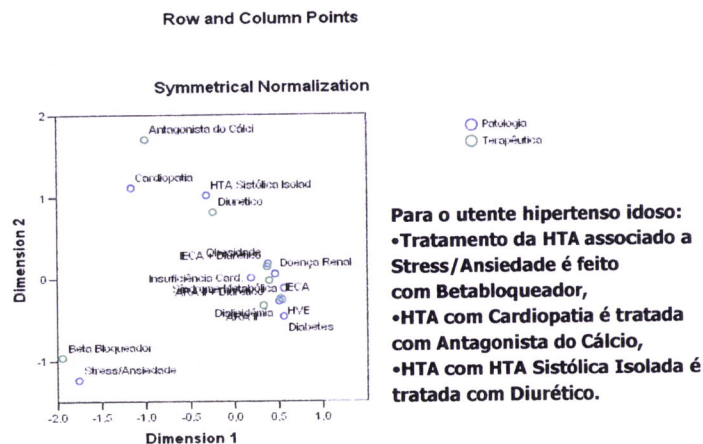


Fig. 52) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre mulher em fase de menopausa e patologias e terapêuticas (questão nº 10)

25

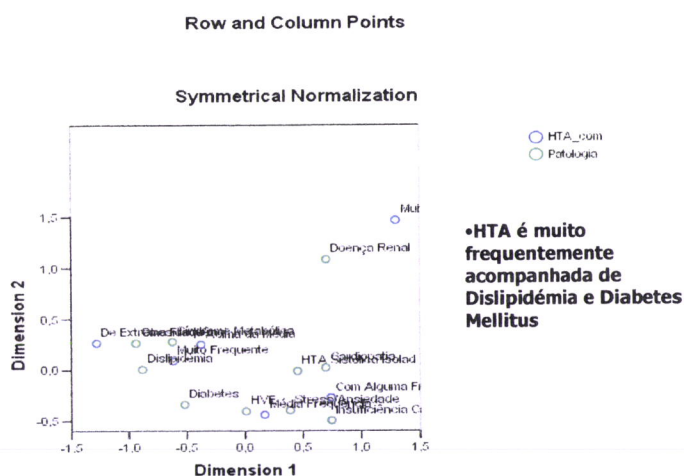
## Patologias do utente Idoso hipertenso e terapêutica associada



• Fig. 55) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre patologias do utente hipertenso idoso (+ 65 anos) e terapêuticas (questão nº 12)

26

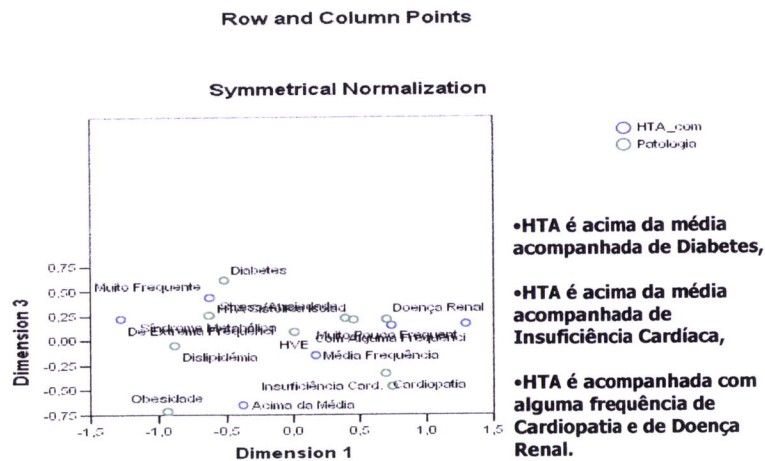
## Patologias e a frequência da HTA



• Fig. 61) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre patologias e frequência da HTA (questão nº 14)

27

## Patologias e a frequência da HTA



• Fig. 62) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre patologias e frequência da HTA (questão nº 14)

28

## Conclusão

- Estas tipologias do utente representam valores clínicos que estruturam a abordagem farmacológica do médico de Medicina Geral e Familiar.

29



Através desta matriz comparativa dos vários modelos de prescrição médica verifica-se que só no ano 2000 surgiu um modelo assente na tipologia do utente cujo autor é português: Proença (2000). O modelo revelou sustentabilidade quanto à teoria de que as tipologias do utente hipertenso alteram e interferem no comportamento da prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar português. Este modelo veio romper com os restantes estudos internacionais que se focavam apenas na actividade e no perfil do médico como pilares fundamentais na decisão de prescrição, para centrar-se na importância das patologias e perfis do utente, pelo facto de condicionarem as decisões de prescrição médica.

Um ano mais tarde, surgiu um outro estudo em Portugal relacionado com esta temática, mas de âmbito organizacional- Rede de Médicos Sentinela- sobre o perfil do utente hipertenso em Portugal. A patologia em estudo foi a hipertensão, através de uma amostra constituída por um painel de noventa e sete (97) clínicos gerais aos quais foi enviado um questionário cuja base de dados pertencia ao Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1995 relativo à distribuição dos doentes hipertensos com mais de 18 anos.

O estudo permitiu identificar as classes terapêuticas de maior prescrição nos utentes com hipertensão quer em monodose como em associação com mais de um fármaco, bem como identificar também quais as principais patologias associadas ao utente hipertenso.

Este estudo permitiu compreender a importância da hipertensão e as patologias associadas e a abordagem terapêutica dos médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal, mas ficou limitado ao facto de não ter introduzido a definição de tipologia do utente e da aproximação terapêutica que o médico fazia em função de cada uma das tipologias do utente hipertenso.

Em 2002, um novo estudo internacional de Denig e outros (2002), voltou a retomar o comportamento da prescrição com enfoque no paciente. Contudo, as patologias do estudo foram infecções urinárias e queixas de foro intestinal.

Sobre uma amostra de cento e um (101) clínicos gerais foi efectuado um estudo exploratório através da técnica de focus group e casos escritos por cada um dos médicos em função dos seus pensamentos durante a consulta com o doente. Posteriormente, foram categorizados os vários tipos de decisão do médico aplicando testes não paramétricos.

Contudo, o estudo também não reflectiu a importância maior ou menor da patologia sobre a decisão de prescrição.

Uma vez analisados os modelos de comportamento da prescrição torna-se também importante reflectir sobre alguns outros estudos de diversos autores sobre o comportamento da prescrição médica.

## **2.24) Estudos exploratórios sobre o comportamento da prescrição médica**

### **Abordagem teórica**

Como é possível verificar, não existe um modelo para a decisão de prescrição que seja consensual entre a comunidade científica, pelo que não é possível definir uma norma ou regulamentação sobre uma prescrição racional, nem sobre a inter-relação com as tipologias do utente.

A investigação de Proença (2000), verificou que a educação médica é importante para reduzir a incerteza na prescrição: “ *No seu estudo de factores associados ao costume e variação da prescrição*

sobre os clínicos gerais, Carthy e outros, (2000) sugeriram que a formação médica é também importante para reduzir a incerteza da prescrição médica” (ibidem, 2000: pág 151).<sup>70</sup>

Sabe-se também que os médicos utilizam muita literatura como fonte de informação, tais como as newsletters, os artigos de jornais, textos médicos e outras fontes de informação escrita sobre o produto farmacêutico e colegas para informação sobre novos medicamentos.

É indubitável que estas forças no contexto da saúde têm implicações no domínio do bem-estar social dos indivíduos e qualidade de vida de um modo em geral.

Sabendo a importância desse bem-estar social, que o processo de decisão e os factores que influenciam a prescrição médica em Portugal são desconhecidos, torna-se premente aprofundar o tema das tipologias do utente hipertenso na prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar:

“Contudo, até à presente data, desconhecem-se os factores que influenciam as decisões de prescrição dos médicos de clínica geral. Até ao momento, não foram publicados nenhuns estudos sobre prescrição na área do medicamento que explicassem factores examinados que afectem o uso dos médicos portugueses de clínica geral no seu processo de acção-decisão (ibidem, 2000: pág. 22).<sup>71</sup>

Para além das directrizes, no campo da prescrição médica, as características do medicamento tais como a conveniência, eficácia, segurança, e preço são considerados critérios importantes pelo médico na gestão da prescrição.

Esses critérios também têm sido utilizados em vários estudos internacionais e para determinar se a escolha do medicamento está em consonância com as linhas de orientação do Sistema Nacional de Saúde.

Atendendo ao actual estado de carência sobre o conhecimento que existe sobre as tipologias e sua contextualização em modelos de comportamento da prescrição, seus componentes e factores de influência na sua adopção, existem razões que motivam uma investigação com o objectivo de conhecer melhor o processo de adopção da prescrição médica e a sua variação em função do perfil do utente hipertenso, de forma a contribuir para que possam ser definidas estratégias de actuação mais apropriadas na qualidade da prestação de cuidados de saúde e no campo sócio-comportamental, sobretudo quanto a esta patologia.

## **2.25) A existência da tipologia do utente hipertenso no comportamento da prescrição médica**

A tipologia é um perfil que tem por base determinados critérios que podem não ser apenas os de ordem clínica, mas também de raça, idade, sexo, rendimento do utente, e outros, um pouco mais complexos, mas que estão relacionados com os factores de influência internos e externos do médico.

---

<sup>70</sup> “ In their study of factors associated with cost and variation in prescribing among GP’S, Carthy et al. suggested that medical education is also important to reduce prescribing uncertainty”( Proença, 2000: pág 151).

<sup>71</sup> “However, at the present time, the factors that influence Portuguese GP’S prescribing decisions are unknown. To date, no published studies in the area of drug prescribing have explicitly examined factors that affect the use of Portuguese GP’S decision-making processes” (Proença, 2000: pág.22).

*" É mais do que assumido que estas mudanças resultam unicamente do avanço científico, e que, objectivamente a compreensão científica sobre o humano e sobre a doença determinam a forma e o conteúdo da prática médica" (Hall, 2003: pág. 1969).<sup>72</sup>*

Isto significa que o avanço científico advém da mudança do homem e as mudanças que o próprio homem provoca no planeta e consequentemente, na saúde.

Cada vez mais o médico tem de adequar as suas práticas a cada doente, porque cada caso é um caso.

As próprias orientações da Organização Mundial de Saúde surgem no sentido de proporcionar aos clínicos informação equilibrada e não regras rígidas que possam limitar o critério de tratamento dos doentes a nível individual, porque estes diferem nas suas características.

Tais orientações permitem estimar o efeito combinado de diversos factores e condições no risco absoluto de patologia cardiovascular grave (Coelho, 2006).

O estudo da autora Ana Margarida Coelho em *" Estratificação do risco cardiovascular em doentes hipertensos de uma lista de utentes"*, é um dos poucos estudos de carácter observacional que conclui a necessidade de planear uma estratégia cada vez mais adequada em Portugal para reduzir os riscos de morte cardiovasculares, e que tal poderá passar, segundo as próprias conclusões da autora, *" através de atitudes individuais e/ou grupo, de educação para a saúde, de prevenção primária, secundária e terciária, de gestão de recursos materiais, humanos e económicos e de necessidades formativas. As prioridades de intervenção devem ser direccionadas para factores de risco potencialmente identificáveis, alguns dos quais apresentaram prevalências superiores a outros estudos realizados me populações de hipertensos" ( ibidem, 2006: pág. 47).*

É importante aprofundar uma investigação que utilize as novas orientações científicas sobre a hipertensão.

Devido à carência de informação sobre a variação da prescrição médica na Medicina Geral e Familiar sobre o tratamento de utentes hipertensos, torna-se ainda mais importante esta investigação para identificar e entender como é que o médico recebe, assimila e digere a informação de um medicamento, quais são os passos que se seguem até à prescrição, como e em que se baseiam as suas decisões terapêuticas, e verificar a importância que se atribui a determinados factores sobre a sua adopção da perante as suas decisões de prescrição.

*"Embora se saiba que o conhecimento científico sobre o homem influencie a prática médica, esperava-se que as necessidades dos médicos também fossem moldar-se à forma como a ciência médica descreve a pessoa humana" (Salmon e Hall, 2003: pág. 1969 ).<sup>73</sup>*

A verdade é que a categorização de grupos é um tema universal que permeia a ciência e fornece uma estrutura conceptual para facilitar a compreensão.

## **2.26) Tipologias do paciente psiquiátrico (1988)**

Um estudo hospitalar sobre o impacto do sistema e a metodologia no desenvolvimento bi-anual foi desenvolvido em 1988 num hospital psiquiátrico de Nova Iorque nos EUA. Através do Centro de Investigação dos Cuidados Saúde do Estado de Nova Iorque foi utilizada uma base de dados de

---

<sup>72</sup> "It is often assumed that the changes result purely from advance in its scientific base, that is, objective scientific understanding of the person and illness determines the shape and content of medical practice" (Salmon e Hall, 2003: pág.1969).

<sup>73</sup> "Although scientific understanding of the person influences medical practice, the needs of the doctors should also be expected to shape the way that medical science describes the person" (ibidem, 2003: pág.1969).

utentes contendo uma série de variáveis físicas, psicológicas e comportamentais que resumiam o potencial dos pacientes do estado de Nova Iorque do centro do sistema psiquiátrico forense.

### **Abordagem teórica**

O motivo desta investigação reside no facto de que num hospital público de foro psiquiátrico não existe uma população de utentes homogéna e que essa heterogeneidade é muito mais complexa do que os períodos de internamentos mais longos ou mais curtos, assim como outras distinções.

Esta complexidade é evidente na ampla variação do serviço dentro das várias categorias diagnósticas e na fraca performance do Relato dos Grupos de Diagnóstico Psiquiátricos (DGRs), para prever a utilização do sistema.

Até à data, as muitas tentativas que foram feitas para definir as tipologias têm sido de carácter indutivo, em que as suposições, de carácter geral, inferem para o particular. Por isso, através desta pesquisa foi possível definir uma estrutura de tipologias de utentes residentes nos hospitais psiquiátricos, com o objectivo de facilitar a compreensão do sistema.

### **Objectivo**

A intenção neste estudo foi fazer uma aproximação ao problema, identificando e inferindo conclusões sobre os grupos baseados em uma ou duas características invariáveis, deixando de lado uma representação multidimensional do universo em análise para verificar as manifestações mais relevantes destes grupos que guiassem a construção de categorias específicas acima das generalizações feitas (Edward, Holohean e outros, 1995).

### **Método de recolha e tratamento de dados**

O exame foi efectuado por um período de duas semanas durante 2005 num hospital psiquiátrico de Nova Iorque dos EUA através da recolha de dados de uma base de utentes constituída por uma série de variáveis físicas, psicológicas e comportamentais do Centro de Investigação dos Cuidados de Saúde do Estado de Nova Iorque. Esta base de dados de utentes representava o potencial da comunidade e dos pacientes psiquiátricos de Nova Iorque.

A pesquisa foi conduzida duas vezes por semana durante todo o período da investigação.

Para o desenvolvimento e melhoria quanto ao desempenho do estudo, foram introduzidas dez (10) subsescalas para medir disfunções observadas por uma escala observacional das enfermeiras para a avaliação do doente, sendo que dezanove (19) já tinham sido seleccionadas para caracterizar a população do estudo com vista à construção de um perfil que abrangesse uma série de componentes sintomáticas, comportamentais e funcionais.

Foi aplicada uma metodologia de carácter quantitativo, cuja técnica estatística por análise de clusters permitiu caracterizar a população em cinco grupos diferentes:

*"Grupo 1 - Perigoso para si próprio e para os outros; patologia depressiva,*

*Grupo 2- Perigoso para os outros; patologia depressiva,*

*Grupo 3- Muito disfuncional,*

*Grupo 4- Funcionamento elevado,*

setenta e cinco (375) foram enviados para pacientes de cada uma destas cidades. Foram também enviados cartões de recordação com o objectivo de recordar e encorajar a taxa de resposta.

Do número total de questionários recebidos trezentos e sessenta e sete (367) foi constituída uma sub amostra de cento e cinquenta (150) para a validação e o cruzamento de dados. Foi aplicada uma análise de clusters para derivar tais tipologias.

*" Significativamente, a informação vinda de múltiplas tipologias pode ser integrada para fazer uma introspecção mais rica sobre o assunto e obter um quadro mais completo das avaliações do paciente sobre a prestação dos cuidados de saúde" ( Singh, 1990: pág.19).<sup>76</sup>*

### **Resultados/Conclusões**

As conclusões deste estudo apontam para uma necessidade em investigar este assunto, com vista a desenvolver uma tipologia de pacientes com base nas suas intenções sobre o carácter da sua estadia em hospitais e consultas, na prestação de cuidados do médico, no hospital tendo ou não um seguro de saúde, que forneça uma prestação de cuidados de saúde ao nível privado.

### **2.27) Estudo da Tipologia do utente hipertenso português-Rede de Médicos Sentinela (2005)**

#### **Abordagem teórica**

Num pequeno estudo científico sobre a abordagem da hipertensão arterial refractária (Paiva, 2005), verificou-se que *"Numa revisão sobre casos de HTA refractária numa unidade especializada em HTA observou-se que uma das causas mais frequentes de resistência era a utilização de um esquema terapêutico inadequado"* (Paiva, 2005: pág. 463).

Alguns dos outros factores identificados neste estudo resultantes de uma pesquisa bibliográfica internacional entre 1996 e 2004, revelam que as interacções farmacológicas, sobretudo nos idosos com mais de 65 anos que apresentam co-morbilidades requerem medicações específicas que podem interagir com os anti-hipertensores, e alguns anti-inflamatórios, a pseudo-resistência (a chamada hipertensão da bata branca), são, segundo a autora, alguns dos factores contribuem para uma HTA refractária.

São ainda indicadas algumas sugestões para maior adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

*"Educar o paciente acerca da HTA e da importância do esquema terapêutico prescrito*

*Marcar consultas de follow-up,*

*Prescrever o esquema que tem menos possibilidades, de causar efeitos secundários,*

*Prescrever o esquema eficaz mais barato,*

*Prescrever fármacos de toma única diária, se possível,*

*Prescrever um esquema simplificado usando fármacos combinados de dose fixa,*

*Monitorizar a obtenção da TA alvo,*

*Estimular os progressos,*

*Inquirir sobre os obstáculos à adesão,*

*Colaborar com o paciente na tentativa de encontrar novas estratégias terapêuticas*

*(ibidem, 2005: pág. 472 )".*

---

<sup>76</sup> "More significantly, information could be integrated to provide richer insights and a more complete picture of patient's evaluations of their care delivery" ( ibidem, 1990: pág.19).

Os profissionais de saúde, as autoridades sociais e de saúde que regulam e controlam o sistema de prestação de cuidados, bem como os respectivos organismos oficiais que observam e controlam a saúde em Portugal, devem considerar esta informação útil para equacionar pacientes alvo nos seus esforços, com vista a maximizar a satisfação do paciente e a melhorar os resultados no controle e prevenção da hipertensão.

#### **Método de recolha de dados**

Este estudo de carácter transversal, foi realizado em utentes hipertensos que se deslocaram á consulta de um painel de noventa e sete (97) clínicos gerais que constituíam a denominada Rede de Médicos Sentinela<sup>77</sup>, através da aplicação de um questionário, (com base nos dados referentes ao Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1995 relativo à distribuição dos indivíduos hipertensos com mais de 18 anos), que permitiu a recolha sobre a caracterização demográfica dos doentes, a caracterização da hipertensão e a terapêutica instruída, entre 15 de Setembro a 30 de Outubro de 1998.

O questionário elaborado foi composto por dezassete variáveis que incluíram características como: sexo, data de nascimento, raça, grau da hipertensão, número de anos do utente hipertenso, danos em órgãos alvo, morbidade, associação e terapêutica prescrita: fármacos, posologia e número de fármacos prescrito.

#### **Conclusões**

Este estudo da Rede de Médicos Sentinela conclui que “(...) o número de fármacos mais frequentemente prescrito para o tratamento da hipertensão e a sua selecção não parece estar relacionada com a forma da hipertensão e com a existência e outros de morbidade associada (Martins e outros, 2001: pág. 359)”.

Na natureza deste estudo em curso, patologias como diabetes, dislipidemia, obesidade, cardiopatia isquémica e menopausa associados à hipertensão constroem tipologias que são distintas de utente para utente e nomeadamente nas opções terapêuticas pelo médico: classes terapêuticas em dose fixa, associações para minimizar o número de fármacos, sobretudo quando se tratam de utentes polimedicados ou substituição de um determinado fármaco por outro quando há rejeição ou efeitos secundários pelo utente.

#### **Robustez /Limitações do estudo**

Contudo, os resultados desta investigação não permitiram verificar que a mudança de comportamento da prescrição nos doentes hipertensos altera-se em função de variáveis demográficas, socio-económicas e culturais relacionáveis com patologias frequentemente associadas à hipertensão.

### **2.28) Estudos sobre prescrição médica**

Estes estudos, embora não tenham vindo a ser encarados como modelos devido à fraca natureza científica dos mesmos, vieram a merecer algumas referências que não deixam de ser importantes para compreender os caminhos que o tema da prescrição médica percorreu até à data.

---

<sup>77</sup> A Rede de Médicos Sentinela é uma rede de vigilância epidemiológica constituída por cerca de duas centenas de Clínicos Gerais distribuídos pelos dezoito (18) distritos de Portugal Continental e Regiões Autónomas, que notificam de forma voluntária, semanalmente, para a Divisão de Epidemiologia da Direcção Geral de Saúde e desde Fevereiro de 2000 para o Observatório Nacional de Saúde, todos os novos casos de doenças em vigilância ou de situações relacionadas com saúde, em utentes inscritos nas suas listas.

### **Estudo de Cabana quanto à actualidade da prescrição (1999)**

O estudo de Cabana e outros (1999), contesta o facto das directrizes terapêuticas possuírem efeitos limitados quanto a modificar o comportamento da prescrição médica.

#### **Objectivo**

Investigar as razões e barreiras que motivam a não adesão dos médicos sobre o processo de prescrição médica e os factores que envolvem a mudança das práticas clínicas.

#### **Abordagem teórica**

Na verdade, a adesão dos médicos às directrizes terapêuticas como factor de influência e mecanismo auto regulador da prescrição está pouco desenvolvida: os boletins vindos das autoridades oficiais de saúde considerados em primeiro lugar, em Portugal só foram usados pela primeira vez em 1998.

Esses boletins continham informação terapêutica de novas fontes farmacológicas desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde e cuja maioria da informação foi organizada de acordo com linhas de orientação fundamentais de carácter médico na maioria das doenças mais comuns.

No entanto, as Guidelines Terapêuticas são consideradas a mais recente influência no comportamento da prescrição médica e foram desenvolvidas por três razões:

- 1) Para definir a melhor terapêutica,
- 2) Para avaliar a prática clínica em termos de gestão da prescrição contra o standard,
- 3) Para melhorar a eficiência (Proença, 2000).

#### **Método de recolha de dados**

A selecção da metodologia deste estudo foi de carácter qualitativo e envolveu cinco mil seiscentos e cinquenta e oito (5658) artigos de língua inglesa entre Janeiro de 1996 a Janeiro de 1998, nos quais foram identificados setenta e seis (76) que pelo menos descreveram uma barreira quanto à adesão do clínico às directrizes terapêuticas.

A sua classificação permitiu incluir sete (7) categorias que afectavam o conhecimento do médico: carência de conhecimento, carência de familiaridade (com o tema), carência de acordo, carência de eficácia própria, carência de expectativas sobre os resultados ou inércia sobre práticas anteriores ou comportamento (barreiras externas).

#### **Conclusões**

Da amostra seleccionada, cinquenta por cento (50 %) concluíram após o estudo, de que não estavam a ser influenciados por fontes comerciais, mas também acreditaram que os dois (2) medicamentos publicitados num relatório farmacêutico eram eficazes.

Estas descobertas indicaram que os médicos foram influenciados pela publicidade sem consciência de tal.

Contudo, a atitude dos médicos face aos dois grupos de medicamentos foram incongruentes com o tipo de informação publicada nas fontes científicas.

Ora, se existe desconhecimento sobre estes factores de influência, não é possível desenhar qualquer modelo de comportamento da prescrição médica.

#### **Robustez / Limitações do estudo**

Embora o estudo apresentasse limitações pelo facto de apenas ter revisto apenas artigos publicados, este sistema pode ser útil para documentar os estudos generalizados que são utilizados para melhorar a adesão às directrizes terapêuticas.

### **Estudo sobre o paciente hipertenso - Knapp e Oeltrjen (1972)**

No caso do paciente hipertenso, Knapp e Oeltrjen (1972), conduziram um estudo similar com base em quatro (4) casos em que se colocou a hipótese de pacientes hipertensos.

#### **Método de recolha de dados**

A amostra seleccionada foi de mil quatrocentos e setenta e nove (1479) clínicos gerais ou especialistas em que se pensava que estes médicos gostariam de estar envolvidos no tratamento da hipertensão.

#### **Conclusão**

Através da análise de variância dos quadros médicos em quatro (4) variáveis, os autores concluíram que a gravidade da doença e o tipo de médico eram os dois (2) factores mais importantes que afectavam o comportamento de prescrição médica acerca do tipo de medicamento a prescrever.

#### **Robustez /Limitações do modelo**

Quanto à veracidade destes estudos são questionados: *“Embora estes estudos descritos de uma forma resumida sugerissem que os médicos escolhiam os medicamentos de uma forma racional, colocando na balança as probabilidades de diferentes resultados com diferentes tratamentos, a verdade é que a forma como são apresentados os estudos, as decisões médicas e a sugestão dos resultados podem ter sido artificialmente limitados, e no caso de Knapp e Oeltjen também sugerem apenas probabilidades. Eles são também assunto sobre as actuais dúvidas sobre o alcance que possuem em casos similares que possam reflectir o real comportamento (Bradley, 1991: pág. 281)”*.<sup>78</sup>

### **2.29) A decisão da prescrição médica – estudos descritivos ou exploratórios do comportamento da prescrição - até Fisbein e Ajzen (1975)**

#### **Abordagem teórica**

A decisão do comportamento da prescrição médica tem sido desenvolvida através de estudos descritivos recentes sobre padrões da prescrição, para tentar identificar a qualidade da prescrição através de estudos que olhem para o processo de decisão médica, observando a variância e o porquê da escolha de um determinado medicamento.

A pesquisa sobre o comportamento da prescrição estuda algo tangível e que pode ser medida: a prescrição, ou seja, o fármaco escolhido pelo médico para o tratamento do paciente.

Se por um lado, através da pesquisa e estudo bibliográfico emergem modelos, por outro, o exercício tradicional da medicina, o denominado modelo médico encara a prescrição médica como uma componente integral do processo na resolução dos problemas do doente.

A maioria da literatura médica que existe sobre a prescrição médica provém de hospitais onde estão os médicos e farmacêuticos ou de artigos de revistas periódicas internacionais de qualidade científica na área da saúde.

---

<sup>78</sup> “However, the design of these studies may have artificially narrowed the choices of doctors and suggested outcomes, and in the case of Knapp and Oeltjen, suggested probabilities too. They are also subject to the usual reservations about the extent to which simulated cases can reflect real behaviour”(Bradley e Colin, 1991: pág. 281).



Contudo, a sociologia foi uma das áreas que considerou esta matéria com interesse e que várias vezes tem vindo a apresentar explicações sobre este paradigma para aclarar a observação de que três quartos dos doentes que vão a uma consulta obtêm prescrição médica ( *ibidem*, 1991).

### **Modelo de Parsons (1952)**

Parsons (1952), em "*Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice*", foi um dos autores que sublinhou o simbolismo expressivo da prescrição no acto médico.

### **Abordagem teórica**

O autor defendia que a doença na sociedade é um acordo fixo de papéis quer para o doente quer para o médico que tem a seu cargo a tarefa de cuidar, mas que ambos os papéis acarretam algumas responsabilidades: o doente tem a obrigação de solicitar assistência especializada e o médico tem o dever de fazer todo o possível para ajudar.

*"Para ambos a prescrição é um símbolo poderoso com o qual eles preenchem os seus papéis sociais" (ibidem, 1991: pág.284).<sup>79</sup>*

Este modelo, centrado na posição que o doente e o médico assumem socialmente foi alvo de diversas críticas em especial por Bloor e Horobin (1975), sobre o facto de o modelo não desenvolver o potencial que existe entre o conflito da relação intrínseca entre o médico e doente.

Já nesta altura, a relação médico-doente assumia um papel importante, mas não estava realmente provado de que o doente pudesse influenciar a prescrição do médico.

Na visão destes autores, a prescrição pode não representar o significado de satisfação dos papéis, mas pode agir ao focar o conflito desta relação, o que poderá trazer resultados, especialmente para o médico na sua resolução.

### **Modelos de outros autores**

Entretanto, vários autores como Melville (1980), O'Haggan (1984), Ryde (1981), Drury (1984), Harris e outros (1984), apresentaram uma lista de razões para a questão da prescrição, apesar de obviamente relacionada com razões aparentemente clínicas.

Na lista dessas razões inclui-se o seu papel quanto ao preenchimento das expectativas do doente, as que carecem de tempo, equacionar com o grau de incerteza, a legitimidade do paciente no seu papel na consulta, estar em acordo com os desejos de outro médico, impressionar e conhecer os doentes mais difíceis, manter o contacto, os hábitos, evitar tomar outra acção e satisfazer os desejos. Contudo, existe pouca ou nenhuma evidência que suporte estes motivos, embora sejam tão razoáveis quanto pareçam.

Na verdade, quando perguntamos directamente ao médico as suas razões, ele tende a apresentar puramente razões farmacológicas.

### **Estudo de Comaroff (1976)**

O estudo de Comaroff (1976), focou particularmente a prescrição de placebo na clínica geral, demonstrou que os médicos prescreviam em função das exigências do paciente ( *ibidem*, 1991).

---

<sup>79</sup> "For both, the prescription is a powerful symbol that they are fulfilling their social roles" (*ibidem*, 1991: pág. 284).

Não existe um método definido para utilizar sobre a decisão de prescrição, mas existem alguns modelos que colocaram na mesa, a existência de um processo de decisão ao nível cognitivo dos médicos.

### **Modelo de Kuipers (1988)**

Kuipers (1988), foi também um dos autores que veio a aplicar o método de decisão ao processo de prescrição médica.

### **Abordagem teórica**

Segundo o autor, o processo de decisão da prescrição não é desencadeado apenas com base em patologias, ou na relação que existe entre médico e o doente: a decisão nos cuidados primários é influenciada por factores sociais, uma razão de ordem que deve ser considerada em quaisquer estudos sobre o processo de decisão terapêutica na clínica geral ( *ibidem*, 1991).

A primeira decisão é a de tratar ou não tratar.

### **O processo da prescrição por Bradley (1991)**

Segundo Bradley (1991), existem três tipos de decisões que um clínico geral faz sobre a prescrição de medicamentos tendo uma influência crucial no modelo da sua prescrição:

Em primeiro lugar, existe o primeiro tipo de decisão: o médico deve ou não lidar com o problema ou com os problemas apresentados pela prescrição médica,

Segundo: existem decisões sobre as quais a medicina usualmente prescreve.

Em terceiro, existem decisões que não necessitam de ser tomadas apenas e numa só simples consulta, mas que envolvem tempo suplementar, pelo que o médico tem de iniciar à prescrição.

### **Estudo exploratório qualitativo de Coleman (1966)**

Coleman e outros (1966), num seminário sobre inovação de medicamentos, acabou por descobrir que a introdução de um novo medicamento na comunidade médica passa por uma série de estágios na sua difusão e que os contactos são os mais importantes em influenciar o médico para começar a prescrever um novo medicamento. Porém, mais tarde essa rede de amizades acaba.

### **Método de recolha de dados**

Embora a amostra não tenha sido definida na abordagem do artigo deste autor, sabe-se que nas entrevistas realizadas durante este estudo tornou-se possível construir um retrato inovador e recolher informação sobre o processo de decisão médica quanto à prescrição ou não de novos medicamentos.

Este retrato de inovação sugere um médico utilizador de medicamentos fortes em determinados géneros: um habitual frequentador de reuniões e congressos fora dos centros urbanos, leitor de jornais médicos e que para além de estar integrado na comunidade médica está atento á evolução científica e médica que o rodeia.

### **Conclusão**

Na apreensão destes dados sobre o processo de decisão, Coleman e outros (1966), verificaram que a adopção da prescrição envolve pelo menos dois estádios: o estádio de aumento da notoriedade de marca, sobre a qual a empresa farmacêutica tinha um importante papel e o estádio de legitimação, no qual os colegas de profissão desempenhavam um forte papel ( *ibidem*, 1966).

### **Estudo descritivo de Marshall (1973)**

Marshall (1973), conduziu também um estudo similar no Reino Unido, mas utilizando uma amostra de médicos muito menor e olhando para um maior leque de medicamentos.

### **Abordagem teórica**

Nessa altura, o autor descobriu que os médicos prescritores de um modo em geral eram identificados por terem prescrito um medicamento, mas o comportamento individual do médico não era consistente de acordo com as diferentes categorias terapêuticas existentes.

### **Resultados/Conclusão**

Os resultados da pesquisa de Marshall contrariaram os de Coleman e outros (1966): os médicos que eram caracterizados como inovadores no seu estudo, tendiam a ser inovadores com outros medicamentos alternativos, mas não para outras formas de inovação médica.

### **Estudo observacional de Williamson (1975)**

Em 1975, Williamson compreendeu que as influências sobre o processo de decisão do médico quanto a um medicamento que nunca foi utilizado poderiam variar em função do risco percebido.

### **Abordagem teórica**

O investigador descobriu que para situações em que os médicos entendiam que o risco era mínimo e os sintomas de tratamento eram primários, estavam dispostos a adoptar um medicamento com base em informação comercial patrocinada. Quanto maior fosse o grau de risco, os médicos utilizavam um maior número proporcional de fontes profissionais, sendo que estas também as utilizavam em função do risco percebido.

Para situações de baixo ou médio risco, os colegas de clínica geral eram fontes de influência predominantes, mas em situações de maior risco, colegas especialistas eram considerados normalmente de maior confiança.

### **Conclusões**

Porém, esta hipótese de estudo de Williamson foi baseada em respostas a questões hipotéticas que podem não reflectir o actual comportamento da prescrição (Bradley, 1991), e acabou por ser ultrapassada por outros estudos sobre modelos de comportamento da prescrição que vieram a ser realizados.

Alguns destes estudos foram efectuados para aprofundar o conhecimento sobre os padrões globais da prescrição através de um estudo mais detalhado sobre como os médicos escolhem medicamentos em casos individuais.

### **Estudo exploratório quantitativo de Strickland, Jepson (1982)**

Strickland e Jepson (1982), vieram a reunir todas as prescrições da substância cimetidina<sup>80</sup> na área urbana do Reino Unido ao longo de quinze (15) meses durante 1982 e 1983.

---

<sup>80</sup> A Cimetidina pertence ao grupo dos medicamentos antiácidos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência.

### **Método de recolha de dados**

Os autores vieram a constituir uma amostra de cem (100) médicos prescritores precoces e cem (100) médicos prescritores tardios.

A estes foi enviado um questionário sobre o tamanho da sua lista e a utilização que faziam das várias fontes de informação sobre medicamentos, bem como as características e outras práticas pessoais.

### **Resultados/Conclusões**

Os autores concluíram que os médicos prescritores mais precoces tendiam a criar listas maiores e a confiar mais em fontes de informação industriais sobre medicamentos do que os médicos prescritores tardios.

### **Estudo de Zelnio (1982)**

Zelnio (1982), tentou descobrir não só quais eram as influências na prescrição médica mas também como é que as mesmas se relacionavam entre si.

### **Objectivo**

O objectivo era saber a importância dos principais oito (8) critérios no processo de comportamento da prescrição através de um método de comparação duplo.

### **Método de recolha e tratamento de dados**

O autor realizou uma pesquisa por envio de inquérito via postal a duzentos e cinquenta médicos (250) alemães de várias especialidades. Este método apresenta todos os pares de critérios possíveis por ordem de grandeza e os inquiridos seleccionavam o mais importante de cada par.

O questionário também incluiu questões como o tipo de práticas médicas, tamanho das práticas, tamanho da idade, anos de profissão, idade e média estimada do grupo de pacientes com que o médico trabalhava.

A escolha dos oito (8) critérios, com base em literatura existente foram: eficácia, efeitos secundários, contra indicações, formas de dosagem disponível, custos, fontes de informação sobre medicamentos e reputação dos fabricantes (indústria farmacêutica).

Apenas os critérios de eficácia, segurança e escolha adequada foram considerados proporcionalmente os mais importantes, enquanto os restantes tiveram substancialmente menor importância.

Foi utilizado o tratamento estatístico de análise de clusters utilizados pelos médicos no processo de selecção dos medicamentos.

Outros testes estatísticos sugeriram a existência de dois grupos utilizados na selecção dos medicamentos: os médicos cujo carácter de prescrição está relacionado com as classes terapêuticas e os médicos que relacionam a prescrição com a escolha da marca do medicamento. Efectivamente, o primeiro critério foi considerado para os médicos o mais importante. E foi este o critério utilizado na metodologia desta investigação com o intuito de aprofundar a selecção e a escolha em função das tipologias do doente perante o médico.

### **Conclusão**

A principal descoberta nesta investigação de Zelnio (1982), foi a identificação de dois tipos de médico.

A um grupo agregou-se a maior importância dos critérios eficácia, segurança, custo e frequência de dosagem do medicamento, enquanto no outro grupo estava mais concentrado sobre a fonte de informação do medicamento e a reputação do fabricante (indústria farmacêutica).

### **Robustez /Limitações do estudo**

O estudo apresenta dados contrários a outros estudos realizados, chegando á conclusão de que os médicos, quando questionados, atribuem maior importância à eficácia e segurança dos medicamentos do que ás características da marca e custo.

Contudo, como esta informação se relaciona com o actual comportamento da prescrição médica, não está totalmente clarificado.

### **Modelo Hipotético-Dedutivo - Arthur e Alan (2002)**

#### **Abordagem teórica**

No campo clínico, a perícia para a resolução do problema (seja doença ou patologia por exemplo), varia muito de médico para médico e está dependente do conhecimento que o médico possui sobre um tema específico ou técnico.

A possibilidade de testar uma hipótese desafiou o modelo hipotético-dedutivo do raciocínio clínico, dado que os médicos ao diagnosticarem com sucesso ou insucesso, têm vindo a utilizar a hipótese como prova (Arthur e Alan, 2002).

Contudo, parece que um diagnóstico exacto não depende muito de uma estratégia ou do domínio do conteúdo, já que o raciocínio clínico de especialistas em situações familiares não envolve explicitamente, segundo os autores, a verificação de hipóteses.

A experiência neste tema demonstra que os médicos com mais anos de profissão utilizam uma estratégia hipotético-dedutiva apenas em casos clínicos difíceis, e que o raciocínio clínico é mais um modelo de reconhecimento ou de recuperação automática directa.

Ora sobre os modelos de raciocínio clínico para a prescrição levantam-se as seguintes questões:

*“ Quais são esses modelos? O que é recuperado? Estas questões são o sinal de uma mudança do estudo da decisão para o estudo da organização e recuperação de mudança do estudo da decisão para o estudo da organização e recuperação de lembranças” ( ibidem, 2002: pág.730)<sup>81</sup>.*

Estas questões dos autores abrem caminho para um novo estudo do processo de decisão.

O processo de decisão sobre um caso ou uma categoria, segundo os autores, pressupõe uma melhor compreensão sobre como é que o médico categoriza um novo caso de um paciente.

A evidência das pesquisas sobre um novo modelo do processo de decisão médica suporta duas formas:

- 1) Uma categoria de tarefas que pode ser baseada num caso combinado a um exemplo básico ou reconhecimento básico,
- 2) Um protótipo mais abstracto.

Desta forma, um novo caso é categorizado pela sua semelhança com memórias de casos previamente vistos ( ibidem, 2002).

O reconhecimento de um novo caso com casos anteriores semelhantes é uma das formas em que pode assentar o desenvolvimento do processo de decisão.

A teoria da resolução de problemas ou teoria da escolha foi inicialmente estudada por psicólogos, tendo origem principalmente na economia, estatística e operações de pesquisa, mas curiosamente só muito recentemente recebeu maior atenção por parte da psicologia.

---

<sup>81</sup> “What are these patterns? What is retrieved? These questions signal a shift from the study of judgment to the study of the organisation and retrieval of memories” ( ibidem, 2002: pág 730).

### **Teorema de Bayes – Categorização do problema (1987)**

A identificação do grau de dificuldade e categorização do problema na medicina diz respeito apenas ao médico atendendo-se à sua experiência profissional, à sua formação e conhecimentos quer estes sejam de foro científico, cultural ou pessoal.

Neste processo, apenas o médico assume um papel único, e quanto melhor estiver preparado para ele, mais fácil será desempenhá-lo.

Segundo a teoria da decisão, chegar ao diagnóstico significa actualizar opiniões com informações (a chamada evidência clínica), ( *ibidem* 2002).

A regra para chegar à decisão de prescrição com base na teoria de categorização do problema em função do diagnóstico denomina-se o Teorema de Bayes.

### **Abordagem teórica**

Segundo este Teorema, para que uma avaliação clínica seja excelente, quando na rotina clínica surgem problemas, nem sempre há soluções imediatas e finalizadas.

Face a este facto Pauker e outros (1987), introduziram na análise da decisão, uma combinação matemática segundo a qual as probabilidades anteriores e condicionais produzem probabilidades posteriores.

A esta combinação foi denominado Teorema de Bayes.

*“Para lidar com estes problemas do pensamento, um médico pode procurar por um conceito bem concebido, um estudo experimental com placebo em um ou mais grupos que examinasse doentes com a mesma idade, sexo, raça e com as mesmas condições na mesma fase, usando um algoritmo desenvolvido para tais pacientes, utilizando uma abordagem de orientação do problema para a recolha de dados, e esperando que a solução para o problema emergisse, ou pedindo ajuda a um ou mais médicos especialistas” (Pauker e outros, 1987: pág. 250).<sup>82</sup>*

O Teorema de Bayes baseia-se na probabilidade: o médico identifica através da sua impressão subjectiva cada grau de prevalência da doença antes de ser adquirida nova informação. *“Este modelo é suportado pelo facto de que o diagnóstico clínico é fortemente afectado pelo contexto” (ibidem, 1987: pág. 730).*

Na revisão do problema-solução clínico, a estratégia assenta em testar hipóteses, reconhecer padrões (categorizá-los), através de exemplos específicos e protótipos.

### **Objectivo**

É proposto um novo modelo protótipo quanto ao processo de decisão médica, que sustenta que a experiência clínica facilita a construção de modelos mentais, abstracções ou protótipos.

---

<sup>82</sup> “To deal with these, the tough problems, a physician can search for a properly designed, double-blind controlled study that examined patients of the same age, sex and race and with the same conditions in the same stage, use an algorithm developed for such patients, use the problem-oriented approach to data gathering and hope that the solution to the problem will emerge, or ask for help of one or more consultants” ( *ibidem*, 1987: pág. 250)

### **Método de recolha/tratamento de dados**

Os diferentes tipos de metodologia utilizados para argumentar o diagnóstico podem ser resolvidos se os médicos abordarem o problema de forma mais flexível, e o método que estes seleccionem dependa sobretudo das características percebidas no problema.

*“Casos fáceis podem ser resolvidos pelo reconhecimento de modelos, casos difíceis necessitam sistematicamente de geração e verificação de hipóteses. Se um problema no diagnóstico é fácil ou difícil, esta é uma função do conhecimento e experiência do médico” ( ibidem, 2002: pág. 324).<sup>83</sup>*

Na maioria das circunstâncias, a informação clínica não estabelece um diagnóstico com certeza. Ao invés, cada descoberta permite ao médico rever a probabilidade das várias alternativas de diagnóstico. Neste processo interactivo, foram definidos três conjuntos de probabilidades:

- a) as probabilidades do diagnóstico antes da presença de uma nova descoberta ( probabilidade anterior),
- b) as probabilidades que uma determinada descoberta pode ser observada em cada desordem diagnosticada (probabilidade condicional),
- c) as probabilidades do diagnóstico após a presença de uma nova descoberta ( probabilidade posterior).

Os termos anterior e posterior são definidos de acordo com o diagnóstico determinado.

Esta relação sobre os três conjuntos de probabilidades tem vindo a ser estudada há mais de duzentos (200) anos, mas esta formulação tem sido aplicada apenas ao raciocínio clínico apenas nas últimas décadas (Pauker e outros, 1987).

### **Tratamento dos dados segundo o Teorema**

As aplicações iniciais do teorema <sup>84</sup> foram apresentadas aos médicos sobre a forma de uma equação ou em programa informático com as características de uma “caixa negra”. Embora fossem introduzidas outras alternativas como equações oficiais em representações gráficas numéricas e quadros, estas abordagens apenas são colocadas em prática quando uma única doença é considerada presente ou ausente e quando os resultados de teste podem ser considerados binários, quer positivos ou negativos.

Segundo esta perspectiva deste teorema e de acordo com a experiência em que se baseiam os autores, a probabilidade dos médicos que fundamentam o exercício da medicina no treino de métodos e provas utilizarem o Teorema de Bayes para interpretar as descobertas é maior do que os médicos que não têm treino para tal. Porém, apenas uma minoria dos médicos utiliza este teorema na sua prática clínica diária e os métodos informais e as opiniões são os que mais predominam (Arthur e Alan, 2002).

### **Conclusão**

A informação apresentada mais tardiamente poderá fornecer dados mais importantes e mais aproximados da real condição do paciente e daí, assumirem maior valor clínico e científico.

---

<sup>83</sup> “Easy cases can be solved by pattern recognition; difficult cases need systematic generation and testing of hypotheses. Whether a diagnostic problem is easy or difficult is a function of the knowledge and experience of the clinician (ibidem, 2002: pág. 324)”.

<sup>84</sup> O Teorema de Bayes explica como estudantes de medicina e médicos internos aprendem rapidamente a interpretar estudos de diagnóstico e como usam representações gráficas e numéricas em computador para programar testes de pré - probabilidades e compreender a sua rentabilidade.

Mas ao mesmo tempo que a prescrição médica é estudada, não é possível ignorar os factores que integram a sua envolvência contextual.

Um desses factores que trazem implicações para o exercício da profissão médica, é a educação superior: um problema de fundo que pode ser compreendido com esforço no que respeita à introdução da formulação e teste de hipóteses clínicas no curriculum pré-clínico, ou seja *a escola que o médico terá frequentado e as suas linhas de orientação para a prática terapêutica*.

A teoria cognitiva e de instrução sublinham que esta inovação na educação, no campo da formulação e teste de hipóteses existe desde que os médicos obtiveram uma experiência positiva com estas estratégias perante alguns problemas difíceis, e desde que praticamente qualquer situação clínica seleccionada para propostas instruídas foram difíceis para estudantes. Por estas razões, *faz sentido criar oportunidades para os estudantes de medicina praticarem o problema-decisão com casos com um grau de dificuldade antes de chegarem à prática da prescrição quotidiana*.

É sabido que a maioria das decisões que os médicos fazem na prática envolvem sempre alguma incerteza e risco. As escolhas de rotina quanto à prescrição, não necessitam de uma contemplação em especial pelo médico, porque normalmente são práticas verdadeiras e que já foram experimentadas.

A medicina baseada na evidência é o esforço mais recente e o padrão com maior sucesso quanto à aplicação de dados em decisões teórico-estatísticas na prática clínica.

Neste sentido, o processo de decisão aproxima-se cada vez mais de uma visão que encara o diagnóstico como revisão da opinião.

### **Robustez/ Limitações do Teorema**

O Teorema de Bayes ou teorema da decisão adverte para dois erros principais que podem acontecer no raciocínio clínico: no momento da avaliação de cada probabilidade pré-testada ou no momento em que as evidências da doença ganhem força.

Por isso, é difícil para o médico manter diariamente no processo de decisão, relatórios divididos sobre a probabilidade de existir uma doença e os benefícios que daí advêm quando é detectada a tempo.

*“Existe a tendência de sobrestimar a probabilidade das doenças mais sérias mas tratáveis, porque um médico detestaria perdê-la” ( ibidem, 2002 : pág. 324).<sup>85</sup>*

O Teorema de Bayes implica que os médicos que fornecem informação idêntica deveriam partilhar a mesma opinião de diagnóstico entre si, olhando para a ordem sobre a qual a informação é apresentada. Contudo, as opiniões finais também ficam afectadas pela ordem de apresentação da informação.

Constata-se neste teorema de que a informação apresentada num caso clínico mais tardio é atribuída maior importância do que a informação apresentada mais cedo ( ibidem, 2002).

Ambos os paradigmas de pesquisa entendem os erros de decisão médica como consequência natural das nossas capacidades cognitivas e da tendência humana em adoptar alternativas ou encontrar atalhos para raciocinar.

Do ponto de vista educacional, a instrução clínica e o treino médico deverão focar-se mais nas necessidades que devem ser melhoradas ao nível da prestação de cuidados de saúde ao doente, do que os estudantes de medicina que aprendem ou fazem correctamente, porque para melhorar a performance, é necessário identificar erros.

Contudo, a prevalência destes erros ainda não está estabelecida.

---

<sup>85</sup> “ There is a tendency to overestimate the probability of more serious but treatable diseases, because a clinician would hate to miss one” ( ibidem, 2002: pág.324).



Apesar do suporte da decisão se ter estendido ao campo da estatística, continuará a ser preciso uma decisão de médicos especialistas para aplicar princípios gerais na maioria dos casos clínicos, sobretudo quando o problema é difícil.

### **2.30) Contributo da nova teoria organizacional para o problema - decisão no diagnóstico clínico**

O processo de decisão está definido como o trabalho de escolher assuntos que requeiram atenção, fixar objectivos, descobrir ou desenhar os caminhos mais adequados, avaliar e escolher acções alternativas.

Estabelecer metas e delinear acções concretas são actividades normalmente denominadas de resolução de problemas, enquanto avaliar e ou escolher é usualmente definido como processo ou tomada de decisão.

A solução de um problema que se coloca e a tomada de decisão são dois tópicos fundamentais para a investigação psicológica no raciocínio clínico: a escolha da estratégia para o diagnóstico do problema-solução depende da dificuldade percebida do caso, no conhecimento que existe sobre o conteúdo e sobre a estratégia.

Na psicologia, na economia, na estatística, na ciência política e na ciência cognitiva, as mais valias da compreensão da resolução de problemas e o processo de decisão nestas áreas só foram conseguidas durante metade do século XX.

É difícil descobrir as bases principais em que assenta o comportamento de escolha, porque as pessoas quase sempre não conseguem nem podem fornecer um relato sobre como se decide, especialmente quando existe incerteza. Por isso, a maioria dos modelos de comportamento da decisão da prescrição médica que existem, analisam a intenção da prescrição e não a prescrição propriamente dita, porque nesse campo estaremos a falar de uma decisão real, que por si só, é difícil de avaliar.

#### **O processo de decisão nas organizações**

No processo de decisão, Herbert e outros (1986), ligados à ciência política e investigadores nas áreas da ciência e psicologia abordaram o processo de decisão e a resolução de problemas no campo das organizações em "*Report of the research briefing panel on decision making and problem solving*".

#### **Abordagem teórica**

Segundo a perspectiva destes autores, em grande parte dos casos, pode ser possível prever como o homem irá comportar-se, mas as razões que as pessoas dão para as suas escolhas podem ser frequentemente demonstradas como sendo racionalizações e não estarem relacionadas com os seus motivos reais.

Na verdade, os estudos sobre o comportamento de escolha têm constantemente melhorado os seus métodos de pesquisa sendo que o marketing e a psicologia são aliados nessa pesquisa.

Por isso, os investigadores estão conscientes de que o comportamento numa situação experimental pode ser diferente do comportamento na vida real tentando prever cenários experimentais e motivações que sejam os mais realistas sempre que possível (ibidem, 1986).

#### **Métodos de recolha de dados no comportamento da prescrição**

O comportamento experimental e não real é um facto que se revela ao longo do processo de análise dos vários modelos sobre o comportamento da prescrição médica apresentados. Quase sempre está

medida a intenção da prescrição e são apresentados casos hipotéticos a um grupo de médicos sobre os quais se decide sobre um tratamento hipotético e não a prescrição propriamente dita.

Por isso, normalmente o método empírico mais comum utilizado para a temática da prescrição são os questionários ou entrevistas, o que não difere muito da metodologia aplicada aos grupos de médicos que integram as amostras dos vários modelos usados para inferir sobre o comportamento da prescrição.

A resolução de problemas é normalmente estudada em cenários de laboratório, utilizando problemas que possam ser resolvidos em curtos períodos de tempo e frequentemente observando-se a maior densidade de dados possível sobre o processo de solução, pedindo-se às pessoas (o objecto de estudo), a pensarem de forma audível enquanto trabalham sobre os assuntos ( *ibidem*, 1986).

Esta técnica de pensar em alta voz foi encarada nas primeiras vezes pelos comportamentais como subjectiva e introspectiva. Contudo, recentemente a metodologia tem recebido mais atenção e agora pode ser utilizada de uma forma segura para obter dados mais fidedignos sobre o comportamento numa vasta série de cenários.

### **A medição de uma escala de valores – Gutman ( 1988)**

Contudo, devido ao facto das situações ou das possibilidades em problemas reais serem geralmente numerosas, a pesquisa tem de ser altamente selectiva (*ibidem*, 1986).

Por isso, alguns dos procedimentos mais comuns para conduzir a pesquisa são o modelo da cadeia de meios e fins baseado na categorização do consumidor (Gutman, 1982), em que o solucionador do problema compara a situação presente com o objectivo, detecta a diferença entre um e outro e então procura memorizar as acções que são prováveis à diminuição da diferença.

A cadeia de meios e fins de Gutman (1988), a denominada teoria de escala de valores, pode explicar conceptualmente aliada ao marketing melhor essas acções de memória (do médico).

A fiabilidade desta teoria é a enorme quantidade de informação que está armazenada em memória e que é recuperada sempre que o solucionador reconhece indícios pertinentes ( Herbert e outros, 1986).

Ora, no campo médico, segundo estes autores, o conhecimento especialista de quem diagnostica é evocado pelos sintomas apresentados pelo paciente, pelo que este conhecimento assume vantagem para recordar quais as informações adicionais necessárias para distinguir sobre a existência de doenças alternativas e o diagnóstico a atribuir em termos de prescrição.

### **2.31) A relação médico-paciente na decisão de prescrição**

O envolvimento dos doentes nos cuidados de saúde só começou a ganhar importância e a ser reconhecida pelos médicos a partir deste século.

Até à data, a maioria das investigações sobre as preferências dos doentes e as suas expectativas têm sido desenvolvidas ao nível da população utilizando técnicas como a pesquisa por questionários e por entrevistas em grupos de foco.

Porque as expectativas do paciente acontecem frequentemente num contexto específico (por razões pessoais, numa consulta de seguimento em que o doente tem reacções adversas ao tratamento prescrito ou até expectativas relacionadas com a doença), torna-se necessário investigar se as preferências dos doentes têm sido ouvidas e articuladas pelo médico em consultas.

Em Portugal, a clínica geral é a especialidade pela qual a indústria farmacêutica possui maior interesse face ao elevado número de doentes que cada médico de família possui, e às elevadas taxas de pedidos de consulta feitos pelo doente nos centros de saúde.

Dado que a maior taxa de prescrição de medicamentos é feita nas consultas de clínica geral, a indústria concentra aqui as suas actividades para promover os seus fármacos e lançar novos produtos

através de equipas de delegados de informação médica articulando com campanhas de marketing, congressos da especialidade, informação comercial e outra de carácter científico.

Quando a comunicação entre médico e doente sobre a prescrição causa alguns mal-entendidos ou existem razões para o doente não voltar ao médico, ou não cumprir com o tratamento de forma contínua, quase sempre existe uma sensação de desconforto por ambas as partes. Por isso, as prioridades do doente para a prescrição médica tornaram-se um assunto importante e hoje muitos estudos científicos que envolvem a prescrição concentram-se nesta relação ambígua.

### **Estudo de Britten e outros (2000)**

#### **Abordagem teórica**

Por estas razões, Britten e outros (2000), desenvolveram um estudo exploratório de carácter qualitativo com o objectivo de estudar as decisões de prescrição e as expectativas do doente nos cuidados primários quanto às dificuldades de comunicação entre o médico e o paciente no processo de prescrição.

#### **Objectivo**

O principal objectivo do estudo prendeu-se com as más interpretações no processo de comunicação e as dificuldades entre o médico e o paciente que provocassem consequências adversas reais ou potenciais para a toma de medicamentos.

Analisando este problema na perspectiva da comunicação, a razão de tais más interpretações entre o processo de comunicação médico e o doente assentam num problema de código utilizado pela fonte (emissor) com o destinatário (doente), cuja importância remete para a necessidade de contextualizar o modelo semiótico-informacional de Jakobson em 1961.

#### **Método de recolha de dados**

O estudo de Britten e outros (2000), realizado entre médicos e pacientes foi efectuado sobre uma amostra de cento e um clínicos gerais (101) aos quais foi enviada uma carta postal relatando a pesquisa.

Do universo de seiscentos e quarenta e cinco clínicos gerais (645) pertencentes a onze (11) autoridades de saúde sobre a região central e sudoeste da Inglaterra foi seleccionada uma amostra que obteve uma taxa de resposta de dezasseis por cento (16%) (101 clínicos gerais).

Deste número foram seleccionados propositadamente vinte (20) médicos que representassem uma diversidade de critérios como sexo, anos de experiência clínica, localização (urbana, rural, suburbana) e estado a que pertence.

Foram estudados quarenta e quatro (44) pacientes através de recepcionistas que marcavam as consultas e que posteriormente foram contactados pelo investigador.

O principal critério para esta selecção foi o doente que tinha de ser consultado com um novo problema patológico sobre o qual nunca tinham sido consultados nos últimos seis meses e em que a prescrição era preferencial ou possível.

A recolha de dados foi feita através de consulta médica gravada, notas do entrevistador e foi efectuada uma entrevista semi-estruturada com os doentes antes e depois da consulta.

Quer o médico como o doente foram questionados se ficaram satisfeitos com a consulta.

### **Resultados/Conclusões**

No resultados da investigação, foram identificados casos de interpretações erradas no processo da comunicação em trinta e cinco (35) doentes que ofereciam condições adversas quanto à toma de medicamentos, pelo que existe uma associação entre a comunicação entre médico e o doente com a adesão ao tratamento por este.

Estas consequências basearam-se em declarações de doentes que afirmaram que não lhes foram dispensadas as prescrições ou que não tomaram os medicamentos.

Os casos em que houvesse intenção do doente actual para não tomar o medicamento ou não concordar com a prescrição também foram incluídos.

O estudo conclui que os modelos de processo de prescrição partilhados enfatizam a necessidade de troca de informação e as consequências dessa falha de troca de informação entre médico e o doente revelam claramente essas consequências.

*“O facto dos clínicos gerais por vezes escreverem prescrições inadequadas para preservar e manter as boas relações com os seus doentes, esses resultados depois confirmam as consequências adversas do mesmo” (Britten e outros, 2000: pág.488).<sup>86</sup>*

### **Robustez /Limitações do estudo**

Os principais resultados identificados sobre estas interpretações erradas relativamente à prescrição foram a falta de informação relevante que existiu entre o médico e o doente. O doente não mencionou factos relevantes, pelo que o médico ficou no desconhecimento sobre as suas ansiedades e visão sobre os seus sintomas ou tratamento. Contudo, os casos identificados também permitiram verificar o contrário: o médico não forneceu informação ao paciente (como por exemplo, sobre a actuação ou modo de toma do medicamento).

A utilização de outras fontes de informação, discordância sobre as causas dos efeitos secundários entre ambos e as falhas de comunicação sobre a decisão do médico, são outras razões que originaram conflitos de informação entre o paciente e o médico.

Contudo, a consequência mais grave é que o doente acaba por não compreender a decisão do tratamento prescrito.

Os factores de relacionamento é outra das razões que conduziram à dificuldade de descodificação da mensagem: o facto do médico e do doente terem que manter uma relação e assumirem o papel que o médico prescreve e o doente toma a medicação (ou seja, tem de aderir ao tratamento), é feito quase sempre para salvaguardar e manter são esse relacionamento. Se isso acontece, significa que o doente muitas vezes toma medicação desnecessária indicada pelo médico, e neste caso, os tratamentos deveriam ser suspensos.

Os dados deste estudo alertaram ainda para o facto de que as suposições feitas pelos médicos em algumas circunstâncias não estavam correctas e que por isso, os médicos devem verificar as suas suposições em cada consulta.

Cada vez mais, a preocupação do médico com o paciente influencia claramente o seu comportamento de prescrição, visto que se trata de um processo com interacção:

Está estabelecido que as percepções dos médicos sobre as expectativas dos doentes são uma influência principal na decisão da prescrição ( Britten e outros, 2000).

---

<sup>86</sup> “The fact that general practitioners sometimes write inappropriate prescriptions to preserve relationships with their patients is well established, and these results confirm the adverse consequences of this” (Britten e outros, 2000: pág. 488).

Apesar do estudo revelar que existem falhas ao nível do código e na sua interpretação devido um modelo de comportamento da prescrição partilhado (médico e doente), remanescem algumas questões que esta investigação não consegue responder: de quem é a maior responsabilidade de melhorar este nível de comunicação: o médico ou o doente?

Podem ser utilizados argumentos que favoreçam o comportamento dos médicos ou dos doentes, mas as sugestões apontam para que ambos façam algumas mudanças.

Se ambos não mudarem, será sempre mais difícil eliminar o problema das interpretações erradas entre um processo de decisão que cada vez mais deixa de estar nas mãos do plano científico e farmacológico para depender do sujeito, das suas ansiedades, dos seus medos e da forma como cada um se relaciona com o seu meio social e profissional.

Contudo, o médico parece ser o melhor ónus da prova para eleger ideias e expectativas dos pacientes mostrando-lhes que a sua informação é valiosa e o seu contributo necessário para a consulta.

### **2.32) Reflexão final sobre a revisão bibliográfica**

Através da análise da matriz dos modelos de comportamento da prescrição verificamos que em doze (12) modelos apresentados a patologia da hipertensão é alvo de investigação sobre as opções de prescrição em seis (6) modelos analisados (Hemminky (1975), Segal e Hepler (1982), Chinburapa e Larson (1988), Denig e Ruskamp (1992), Proença (2000), Rede de Médicos Sentinela (2001).

Em alguns destes autores, como é o caso de Hemminky (1975), Denig e Ruskamp (1992), são testadas também outras patologias que normalmente estão associadas à hipertensão ou que podem alterar o grau de hipertensão, como é o caso da diabetes mellitus e a obesidade.

Até à data, os modelos que estudam o comportamento da prescrição médica são essencialmente de autores internacionais que se preocuparam em estudar factores de influência sobre o comportamento da prescrição médica, e em testar a aplicabilidade de outros modelos de outras áreas no campo da prescrição.

Na revisão bibliográfica final houve a preocupação de fazer um levantamento exaustivo não só dos modelos como também dos estudos referentes à problemática da prescrição. Em ambos se descortinam algumas deficiências que devem ser salientadas:

1) Os diversos modelos analisados não focam o tema do comportamento da prescrição médica numa só patologia, mas sim em várias e diferentes patologias como em : Hemminky (1975), Lilja (1976), Denig (1988), Denig e Ruskamp (1992);

2) Nos diversos modelos são utilizadas diversas metodologias para a investigação, como é possível observar na Matriz dos modelos de comportamento da prescrição médica. Por isso, não se torna possível estabelecer um termo de comparação quanto a uma metodologia que seja considerada aplicável em algum destes modelos.

Se em modelos de autores como Bennet e outros, (1974), Segal e Hepler (1982), Mancuso e Rose (1982), Denig (1988), Denig e Ruskamp (1992), Denig e Witteman e Schouten (2002), a recolha de dados foi feita através de entrevista ou observação, outros autores utilizaram o inquérito por questionário como técnica de recolha de dados: Hemminky (1975), Lilja, (1976) Denig (1998), Chinburapa e Larson (1988), Proença (2000), Rede de Médicos Sentibela (2001).

3) A duração dos estudos é diversa e aleatória: existe uma disparidade temporal quanto á natureza destas investigações, sendo que o tema do comportamento da prescrição ganhou maior interesse na década de 80 comparativamente à década de 90, e até aos dias de hoje.

Constata-se portanto que as tipologias do utente não têm sido convenientemente analisadas quanto à sua influência sobre a prescrição. São muito escassos os estudos que abordam este tema pelo que há necessidade de um levantamento exaustivo não só dos modelos, como também nos estudos referentes à problemática da prescrição.

## **CAPÍTULO III – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

### **3) Introdução**

Este capítulo resume a metodologia desta investigação dirigida a médicos portugueses de Medicina Geral e Familiar sobre a abordagem terapêutica dos utentes com Hipertensão Arterial (HTA).

#### **3.1) Razões do estudo**

A necessidade de promover um estudo sobre o perfil dos utentes hipertensos, a sua caracterização e terapêuticas instituídas deve-se ao facto de que o problema da hipertensão é frequente na Medicina Geral e Familiar e a sua terapêutica tem impacto, quer a nível clínico, como social e económico.

#### **3.2) Objectivo geral do estudo**

Este estudo tem como finalidade conhecer as tipologias do utente hipertenso e identificar a prescrição das diversas classes terapêuticas adoptadas pelos médicos de Medicina Geral e Familiar, com vista a:

1. Fornecer algumas directrizes para uma melhor informação quanto ao tipo e qualidade de prescrição para a clínica geral no tratamento da hipertensão,
2. Caracterizar o quadro do utente hipertenso na clínica geral,
3. Discriminar a informação relevante quanto à prescrição na hipertensão para estudo e elaboração de estratégias mais eficazes pelas instituições com interesse nos resultados desta investigação.

#### **3.3) Metodologia**

Para conhecer a relação entre a tipologia do utente e a classe de prescrição adoptada pelo médico no tratamento do utente hipertenso, a investigação foi conduzida em duas fases distintas:

**Fase Quantitativa:** tendo em vista os objectivos traçados, optou-se por um estudo exploratório com recurso à técnica de entrevista semi-estruturada, seguida de análise de conteúdo para tratamento da informação médica relevante obtida quanto às classes terapêuticas/fármacos que cada médico prescreve para cada um dos perfis dos seus utentes hipertensos, bem como os atributos e benefícios associados a cada respectiva classe terapêutica.

Pretende-se que no final da análise de conteúdo seja possível concluir se existe ou não variação do comportamento da prescrição médica e como se constrói o processo de prescrição em função das tipologias do utente identificadas.

**Fase Quantitativa:** optou-se por um estudo exploratório quantitativo através da técnica de inquérito via postal a uma amostra de médicos de Medicina Geral e Familiar com o objectivo de conhecer a variação da prescrição e a importância das tipologias na prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar no utente hipertenso.

Após a recolha da informação, os dados foram inseridos no software SPSS versão 13, onde a informação do questionário foi tratada, através das seguintes técnicas de tratamento de dados: utilização de técnicas de estatística descritiva, com recurso a diagramas de barras e circulares e Análise Factorial de Correspondências.

### **3.4) Amostra**

A amostra trabalhada é proveniente do universo de Médicos de Medicina Geral e Familiar a exercerem actividade nos Centros de Saúde em Portugal Continental.

### **3.5) Objectivos de análise fase qualitativa**

O objectivo com a realização das entrevistas foi conhecer o perfil de utentes hipertensos na Medicina Geral e Familiar no distrito de Lisboa.

Através da realização destas entrevistas, tornou-se viável conhecer os critérios de maior importância que são considerados por estes médicos para a decisão de prescrição médica e quais são as fontes de informação que médica utiliza (este foi um objectivo suplementar nas entrevistas realizadas, com o intuito de compreender o que o médico mais valoriza para a prescrição no tratamento do seu utente hipertenso mas que consta em Anexos, dado que não se encontra nos objectivos da investigação).

### **3.6) Método e técnica de recolha de dados qualitativa**

Foram realizadas entrevistas de carácter semi-estruturado a vinte e um (21) médicos de Medicina Geral e Familiar no activo com desempenho de funções em Centros de Saúde e em consultórios de carácter privado na região Grande Lisboa com o seguinte critério: terem na sua lista de utentes doentes hipertensos que frequentassem as suas consultas.

A escolha recaiu para a especialidade da Clínica Geral em exercício de actividade em Centros de Saúde na Região da Grande Lisboa, incluindo também consultórios privados pelo facto de possibilitar uma melhor gestão da calendarização das entrevistas, tendo em conta a escassa disponibilidade de tempo dos médicos para obter a sua permissão, de forma a participarem neste estudo.

As entrevistas foram realizadas em Centros de Saúde de: Oeiras, Pontinha, Famões, Queluz, Montijo, Bairro do Armador, e em consultórios privados da região da Grande Lisboa.

O período de recolha de dados qualitativos situou-se entre o mês de Maio e a primeira semana de Julho de 2006.

#### *Técnica de recolha de dados - entrevista*

No decorrer da primeira entrevista em profundidade, foi feita a tentativa de entrevistar cada médico seguindo um guião de perguntas que constituíam a entrevista, o que quase sempre foi possível, apesar de nem todos os médicos terem respondido a todas as questões que lhes foram colocadas.

Por isso, optou-se por uma entrevista de carácter semi-estruturada. Para que tal fosse possível, tornou-se necessário utilizar o *efeito bola de neve*, ou seja, após cada entrevista realizada ao médico de Clínica Geral, foi pedido que, caso cada médico soubesse da disponibilidade e interesse de outros colegas em participar no estudo, que indicassem o respectivo contacto, com o fim desses médicos serem incluídos neste estudo.

O motivo de optar por esta *técnica de recolha de dados* prendeu-se com o facto de a amostra caracterizar-se por possuir fortes restrições quanto a disponibilizar informação sobre o exercício da sua actividade, tendo sempre em conta que a prescrição é um acto confinado estritamente à classe médica e individual. Por outro lado, o tempo útil para concluir o trabalho de campo foi limitado atendendo que nem todos os médicos indicaram outros colegas disponíveis para participar. Foram

sobretudo os médicos mais jovens, com prática clínica mais recente que mostraram maior abertura em participar neste estudo.

Para que estas entrevistas conseguissem ter o seu propósito, foi necessária persistência e acima de tudo, transmitir a confiança necessária ao clínico geral de que este estudo é uma investigação integrada no âmbito de um Mestrado e que os resultados e informações obtidas como nomes dos médicos, anos de exercício da profissão, formação académica ou referências aos Centros de Saúde e Consultórios onde foram realizadas as entrevistas, são estritamente confidenciais ( Fody, 1993).<sup>87</sup>

Tais factos, se existissem, levariam automaticamente o médico a rejeitar a entrevista, falsear os dados ou até mesmo limitar a informação a que foi possível ter acesso.

Nas circunstâncias em que decorreu este estudo, não deixa de ser importante referir que a Medicina Geral e Familiar é uma das especialidades considerada pela indústria farmacêutica com maior potencial para a realização e inclusão em estudos para laboratórios com fins comerciais e de marketing, face ao elevado número de utentes que têm a seu cargo, para além de exercerem a actividade no domínio privado.

Por opção, apenas foram tomadas notas por escrito durante todas as entrevistas realizadas, com o objectivo de o médico poder sentir-se menos pressionado em responder às questões colocadas.

Isto porque a prescrição médica, as opções terapêuticas do médico e os seus factores de influência são um tema pouco abordado por instituições públicas de saúde e até mesmo pelo IMS Health<sup>88</sup> é realizado com condicionantes.

Durante as entrevistas sempre existiu resistência dos médicos quanto ao fornecimento de informação relevante para este estudo, nomeadamente quanto às classes terapêuticas e respectivas marcas de fármacos com que trabalham no quadro da hipertensão.

Após a realização das entrevistas e análise de conteúdo recorreu-se a um estudo exploratório de carácter quantitativo através do envio de um inquérito via postal a uma base de dados de médicos com o objectivo de aprofundar a correlação entre as tipologias do utente hipertenso e o comportamento da prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar em Portugal.

Contudo, é feita uma enunciação das respectivas classes terapêuticas utilizadas no tratamento da hipertensão alvo deste estudo.

### **3.7) Objectivos de análise fase quantitativa**

Com esta análise pretende-se:

- Traçar o perfil da amostra,
- Analisar a percentagem de utentes com hipertensão arterial no ficheiro do médico e relacionar com o escalão etário a que pertencem,
- Compreender qual a classe terapêutica prescrita na HTA tendo em conta a faixa etária/escalão etário do utente com HTA,
- Compreender a relação entre a prescrição terapêutica para o tratamento da HTA e as patologias associadas ao utente,

---

<sup>87</sup> "A maioria dos conselhos fornecidos ao investigador consiste em tentar reduzir o efeito perturbador através de uma qualquer técnica Barton (1958), Skelton (1963). Um dos procedimentos mais recorrentemente utilizados traduz-se muito simplesmente em comunicar aos inquiridos que a informação prestada é rigorosamente confidencial (Fody, 1993).

<sup>88</sup> O IMS Health é o único organismo privado que estuda a prescrição médica em Portugal através de estudos trimestrais e semestrais que revelam, de forma diferenciada, a notoriedade de laboratórios e fármacos, bem como as vendas de fármacos em farmácias, mas não a variação do comportamento da prescrição.



- Compreender a relação que se estabelece entre o perfil do médico de Medicina Geral e Familiar (Idade, Sexo, ARS, Centro de Saúde, Escola Médica), e a adopção terapêutica face ao utente com HTA com e sem patologia associada.

### **3.8) Método e técnica de recolha de dados quantitativa**

Através da técnica de inquérito via postal, o questionário foi enviado para uma amostra de dois mil e duzentos (2200) médicos de Medicina Geral e Familiar residentes em Portugal Continental.

Uma amostra é representativa do universo.

A amostra estudada é composta pelos sessenta e sete (67) médicos que responderam ao inquérito de um universo de 3600 médicos de Medicina Geral e Familiar.

O universo de dados foi fornecido por uma empresa de estudos de mercado para a indústria farmacêutica.

A triagem obedeceu à exclusão dos médicos das Ilhas dos Açores e Madeira, bem como outros médicos que constavam na base de dados, mas cuja morada estava incompleta para a realização do estudo.

### **3.9) Pré-teste do inquérito**

De acordo com os objectivos propostos, o questionário foi sujeito a um pré-teste durante os meses de Dezembro de 2006 e Janeiro de 2007 nos Centros de Saúde de Alvalade, Oeiras e Cascais. Foram entregues vinte e cinco (25) questionários nos quais participaram dezasseis (16) médicos de Medicina Geral e Familiar.

Durante esta fase de campo, verificou-se que existe uma resistência por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar em responder a questionários.

As razões apontadas para os questionários não terem sido respondidos pelo número total de inquiridos foram em primeiro lugar, a falta de tempo para responder a questionários, e em segundo, pelo facto de ter sido solicitada informação quanto à natureza dos fármacos prescritos.

Nesta fase, o objectivo foi verificar se as tipologias do utente definidas através do estudo exploratório em entrevista semi-estruturada são as fundamentais ou se porventura, possa existir outra tipologia relevante que não tivesse sido incluída no estudo e que em função dos resultados estatísticos deste pré-teste, pudesse vir a ser integrada na realização do inquérito via postal - fase quantitativa.

Apenas o elevado número de questões inicial que constituíram o questionário, trinta e duas (32) levantou algumas objecções para favorecer a sua realização por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar.

Não foram colocadas dúvidas quanto á natureza ou fundamento das questões apresentadas.

Pelas razões acima enunciadas, no envio do questionário final, o número de questões foi reduzido para *maximizar o objecto de estudo desta investigação: a importância das tipologias do utente e a aproximação das classes terapêuticas que são feitas para o tratamento do utente hipertenso.*

O inquérito via postal foi enviado na última semana do mês de Abril de 2007, após autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados, solicitando a devida autorização para a realização do estudo.

A autorização da CNPD foi concedida a 23 de Janeiro de 2007, conforme ofício em anexo (ver Anexo B – Ofício CNPD).

Em Portugal, até à data da realização deste estudo, apenas existe um outro sobre o perfil do utente hipertenso com alguma importância, mas apenas com carácter mais transversal e não objecto de uma investigação académica realizado em 1998.

Publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral de 2001, nº 17: 359-72 denominado “Perfil Terapêutico da Hipertensão na Rede de Médicos Sentinela”, teve como objectivo obter o perfil do utente hipertenso associado às principais patologias associadas no tratamento da hipertensão e melhorar o padrão de prescrição dos anti-hipertensores, através do estudo das preferências das respectivas classes terapêuticas indicadas pelo painel de médicos que constituiu a amostra.

### **3.10) Taxa de resposta**

O envio do inquérito via postal aos médicos de Medicina Geral e Familiar denominado *“Inquérito aos médicos portugueses de Medicina Geral e Familiar sobre a abordagem terapêutica da HTA”* obteve os seguintes resultados:

- 1) 15 Inquéritos via postal foram devolvidos por morada desconhecida ou endereço insuficiente,
- 2) 1 Inquérito via postal foi devolvido sem ser respondido pelo médico inquirido,
- 3) 67 Inquéritos foram recebidos durante o mês de Maio, após o envio via postal na última semana de Abril de 2007.

Com base na amostra constituída para a realização da investigação foi elaborado um questionário via postal contendo um envelope RSF para envio do questionário devidamente preenchido.

Deste envio resultaram sessenta e sete (67), questionários.

O final do questionário contém um pseudónimo e morada para o médico preencher com o fim de receber um resumo do estudo, no objectivo de aumentar a taxa de resposta do questionário. Porém a taxa de resposta foi de três por cento (3%), o que dentro da percentagem estimada para esta natureza de estudos via postal, apesar de medidas suplementares para a maximizar, revelou-se baixa.

*As principais razões para uma baixa taxa de resposta devem-se a:*

1. *Os Médicos de Medicina Geral e Familiar recebem numerosa informação contida em questionário, sendo grande parte oriunda da indústria farmacêutica. Embora tenha sido dado conhecimento da natureza totalmente académica desta investigação, existiram algumas resistências,*
2. *Apenas foi feita uma vaga de envio de questionários para a amostra seleccionada dado o período de tempo necessário para a recepção dos questionários e tratamento dos mesmos em tempo de concluir esta investigação no prazo previsto,*
3. *Não foi efectuada uma segunda vaga em função das razões acima enunciadas e dos elevados custos de envio numa segunda vaga.*

### **3.11) Classificação dos dados**

Os dados estão expressos em escala nominal e ordinal, sendo por isso de carácter qualitativo.

Os dados dizem-se expressos numa escala nominal quando cada um deles for identificado apenas pela atribuição de um nome que designa uma classe, como é o caso por exemplo dos dados relativos à caracterização do médico inquirido, às prescrições, entre outros.

Os dados estão expressos numa escala ordinal quando se estabelece uma ordenação das classes nas quais os dados são classificados, segundo algum critério relevante, como é o caso dos dados relativos ao grau de concordância e ao nível de frequência.

Utilizou-se a escala de Likert que apresenta uma série de proposições, das quais o inquirido deve seleccionar uma, podendo estas ser: concorda totalmente, concorda, sem opinião, discorda, discorda totalmente. É efectuada uma cotação das respostas que varia de modo consecutivo: +2, +1, 0, -1, -2 ou

utilizando pontuações de 1 a 5. É necessário ter em atenção quando a proposição é negativa. Nestes casos a pontuação atribuída deverá ser invertida.

Foi também utilizada a escala VAS (Visual Analogue Scales), que é um tipo de escala que advém da escala de Likert apresentando os mesmos objectivos mas um formato diferente. Este tipo de escala baseia-se numa linha horizontal com 10 cm de comprimento apresentando nas extremidades duas proposições contrárias:

Útil \_\_\_\_\_ Inútil \_\_\_\_\_

O inquirido deve responder à questão assinalando na linha a posição que corresponde à sua opinião.

### 3.12) Tratamento de dados

A forma mais comum de descrever amostras envolve o recurso a tabelas de frequências, diagramas de barras ou a diagramas circulares, estatísticas de localização e dispersão. Neste trabalho recorre-se a estas técnicas para caracterizar a amostra em estudo.

1) Nas tabelas de frequências, apresentam-se a frequência absoluta (Frequency), a frequência relativa (Percent ou Valid Percent), e a frequência relativa acumulada (Cumulative Percent).

2) A frequência absoluta (Frequency), consiste no número de dados contidos numa dada categoria k: (O número de dados que pertencem a uma categoria qualquer k, quando expresso como uma proporção do número total de dados, designa-se por frequência relativa - Percent ou Valid Percent).

3) Além do recurso à tabela de frequências, apresenta-se a representação gráfica dos dados, em alguns casos através de diagramas de barras e noutros através de gráficos circulares. De um modo geral, optou-se em ambos os casos por utilizar a frequência relativa de forma a poder tirar conclusões de carácter percentual, o que permite comparar os resultados.

4) A única medida de localização utilizada foi a moda, dado a natureza qualitativa dos dados. A moda é o valor que detém o maior número de observações, ou seja, o valor ou valores mais frequentes.

5) Em muitos casos aplicou-se o teste do Chi-Quadrado, mas muitas vezes não é possível aplicá-lo devido à inobservância dos pressupostos do teste.

Os pressupostos do teste do Chi-Quadrado são:

- Todas as células da tabela de contingência deverão ter frequência positiva;
- O valor esperado das células não deve ser menor ou igual a 5, pois isso torna vulnerável a estatística.

Optou-se por efectuar uma inspecção visual dos dados, procurando identificar tendências na prescrição de terapêuticas tendo em conta o nível de concordância assinalado.

### 3.13) Metodologias

Tendo em conta o objectivo proposto para análise, foram utilizadas vários tipos de análise:

#### 1) *A estatística descritiva para analisar a amostra escolhida.*

A estatística descritiva consiste numa forma compreensível de representar a informação contida nos dados. A forma mais comum de descrever amostras envolve o recurso a tabelas de frequências,

diagramas de barras ou a diagramas circulares, estatísticas de localização e dispersão. Nos resultados estatísticos são utilizados a maioria destes diagramas.

2) *O teste do Chi-Quadrado para analisar a relação entre classes terapêuticas /idade/sexo/patologia/grau da hipertensão/frquência da HTA.*

O teste do Chi-Quadrado é um teste paramétrico que permite averiguar o estudo das diferenças entre variáveis nominais porque testa o ajustamento de uma distribuição de uma população sobre a qual foi retirada uma amostra.

3) *Técnica de análise exploratória de dados Análise Factorial de Correspondências.*

Esta é uma técnica adequada para analisar tabelas de duas entradas (ou tabelas de múltiplas entradas), tendo em conta medidas de correspondência entre linhas e colunas.

A Análise Factorial de Correspondências converte uma matriz de dados não negativos em um tipo particular de representação gráfica, em que as linhas e as colunas são simultaneamente representadas num espaço de dimensão reduzida. Deste modo é possível a identificação de relações não detectáveis pelo Teste de Independência do Chi-Quadrado.

Portanto, a Análise Factorial de Correspondências demonstra como as variáveis dispostas em linhas e colunas se relacionam. A identificação dos eixos serviu para associar terapêuticas a patologias.

Para cada pergunta em que foi aplicada, as respostas enviadas pelos inquiridos foram organizadas em duas variáveis:

1) Uma descreve a patologia/idade/grau da hipertensão/sexo/frequência da HTA,

2) A segunda descreve a terapêutica prescrita pelo médico.

A aplicação da Análise Factorial de Correspondências foi efectuada tendo em conta as seguintes opções escolhidas para a execução do algoritmo do modelo:

*Normalização simétrica dos dados:* procurou-se assim assegurar a representação simultânea das modalidades representadas em linha e em coluna, no mesmo espaço dimensional;

*Utilização da Medida de Distância do Chi-Quadrado para medir a distância entre os perfis de linha e entre os perfis de coluna.*

## **CAPÍTULO IV – RESULTADOS**

Neste capítulo está indicado os resultados da fase qualitativa e quantitativa da investigação.

### **4) Análise e resultados**

#### **4.1) Principais tipologias de utentes hipertensos**

Do total de vinte e uma (21) entrevistas realizadas (ver em anexos), foram identificadas quarenta e seis tipologias (46) construídas com base no perfil etário, sócio-demográfico e patologias associadas dos utentes hipertensos que faziam parte da lista de utentes de médicos de Medicina Geral e Familiar dos vários centros de saúde e consultórios privados da região da Grande Lisboa.

O objectivo na construção destas tipologias é verificar se existe variação no comportamento da prescrição médica de tipologia para tipologia e as respectivas classes terapêuticas e fármacos que são prescritos em função de cada uma delas.

Entre as quarenta e sete (47) tipologias identificadas foi possível identificar e seleccionar as dez (10) principais tipologias que constituem o quadro dominante do utente hipertenso em Portugal Continental.

Das principais tipologias identificadas destacam-se dez (10): a raça caucasiana com patologias associadas à hipertensão, embora os utentes jovens de raça negra hipertensos e com diabetes associada à hipertensão também tenham sido identificados no quadro dos utentes hipertensos.

O nome dos fármacos alvo de prescrição para cada tipologia em análise não consta em todas as tipologias porque o médico nem sempre se disponibilizou a fornecer tal informação. Houve um médico entrevistado que não forneceu elementos para identificar tipologias do seu ficheiro de utentes, pelo que não foi possível incluí-lo.

Contudo, está referenciado em algarismo o número de médicos que indicou o nome do fármaco correspondente à classe terapêutica e que identificou a classe terapêutica de opção para a prescrição em função da tipologia definida.

**Principais tipologias do utente hipertenso**

**As dez tipologias caracterizadas são:**

**1º LUGAR**

**Tipologia identificada por vinte (20) médicos entrevistados:**

**TP3 – UTENTE MULHER HIPERTENSA EM FASE DE MENOPAUSA**

Idade entre os 45-55 anos, em fase de vida activa com histórico clínico de hipertensão.

Não está polimedicada.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS :	FÁRMACOS:
IECA (7)	(não respondeu)
ARAII (5)	(não respondeu)
DIURÉTICO (3)	(não respondeu)

Os Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina, os Antagonistas da Angiotensina II e os Diuréticos são as principais classes terapêuticas de referência prescritas por sete (7) cinco (5) e três médicos (3) de clínica geral, respectivamente.

Para mulheres hipertensas em fase de menopausa, embora existam outras classes prescritas como os Betabloqueantes como monoterapia ou como a Fluoxetina (Alter 20mg), com anti depressivo associado Norvasc existe uma terapêutica hormonal de substituição quando se justifique. Apesar desta tipologia ter relevância no contexto dos utentes com hipertensão pela grande maioria dos médicos entrevistados, existe discrepância quanto à variância da prescrição médica, já que os médicos entrevistados reflectem as suas opções em classes terapêuticas distintas.

**1º LUGAR EXEQUO**

**Tipologia identificada por vinte (20) médicos entrevistados**

**TP9 – UTENTE DIABÉTICO COM HIPERTENSÃO**

Homem ou mulher de todas as faixas etárias com Diabetes Mellitus com histórico clínico de hipertensão associada.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ARA II (11)	COZAAR (1), VALSARTAN (2)
IECA (9)	RAMIPRIL, TRIATEC, PERINDOPRIL, COVERSYL

Os Antagonistas da Angiotensina II com referências para o Cozaar e Valsartan e os Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina como o Triatec e o Coversyl são os fármacos mais prescritos por vinte médicos da clínica geral para os utentes hipertensos com Diabetes Mellitus. A associação de Antagonistas do Cálcio e Inibidores de Enzima de Conversão da Angiotensina foi outra das classes indicadas para terapêutica, embora com muito pouca expressão pela clínica geral.

## 2º LUGAR:

**Tipologia identificada por quinze (15) médicos entrevistados:**

### **TP6 – UTENTE HOMEM MADURO COM HIPERTENSÃO**

Homem entre os 45-65 anos, hipertenso em fase de vida activa sem factores de risco associados à hipertensão.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS :	FÁRMACOS:
IECA (5)	RAMIPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA TRIA TEC E TRIATEC COMPOSTO
ARAI (4)	(não respondeu)

Os Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina como o Triatec e o Triatec Composto assim como os Antagonistas da Angiotensina II, são as classes terapêuticas mais prescritas por nove (9) dos quinze (15) médicos que identificaram esta tipologia nas suas consultas.

Contudo, o Atenolol – Betabloqueante, os Diuréticos, os Antagonistas do Cálcio e a associação de Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina e Bloqueadores dos Canais de Cálcio através dos fármacos Lisinopril e Privilin da Merck Sharp and Dhome, foram os fármacos referenciados por seis (6) médicos entrevistados.

## 3º LUGAR:

**Tipologia identificada por catorze (14) médicos entrevistados**

### **TP1 – UTENTES IDOSOS HIPERTENSOS COM MAIS DE 65 ANOS DE IDADE**

Sexo masculino e feminino

Baixo rendimento/Reforma baixa

Habilitações literárias baixas

Utente polimedicado devido a outras doenças associadas.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
DIURÉTICOS (4)	INDAPAMIDA, FUROSEMIDA, FLUDEX
IECA (3)	LISINOPRIL, PRINZIDE, ZESTORETIC

Os Diuréticos como Fludex-Indapamida e Furosemida Irex [Mg] e fármacos como Prinzide (Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina), ou em associação com a classe Diuréticos-Zestoretic, são as duas classes mais prescritas para esta tipologia, face ao principal facto de existirem duas barreiras no perfil sócio-económico: baixos rendimentos/reformas, habilitações literárias baixas e outras doenças associadas, que no seu conjunto limitam e condicionam a prescrição médica. Por esta razão, apenas sete (7) médicos indicaram a prescrição destes fármacos sendo que nos restantes, as opções de prescrição são multivariadas e dispersas:

Antagonistas da Angiotensina II, Cardioprotectores (em baixa dosagem), fármacos como Furosemida Irex (Diuréticos em associação com Tiazidas), Coversyl ou Enalapryl, Ciclum Farma (IECA em associação com Diuréticos), Diuréticos em dose fixa, o Betabloqueante-Atenolol, e fármacos

Betabloqueadores alfa e beta como Dilbloc- Carvedilol. Todas estas opções de fármacos, segundo os médicos de uma forma geral, variam muito consoante o perfil do doente idoso.

A dificuldade em prescrever o quê nesta tipologia é sobretudo quando existe uma factura de fármacos alta que o idoso com reformas ou rendimentos mais baixos tem de suportar, ou seja, quando existem outras patologias para além da hipertensão e em segundo lugar, a dificuldade que o idoso tem em saber administrar toda a medicação que lhe foi indicada.

#### 4º LUGAR:

**Tipologia identificada por treze (13) médicos entrevistados**

#### **TP7- UTENTE MULHER MADURA COM HIPERTENSÃO**

Mulher entre os 45-65 anos em fase de vida activa sem outros factores de risco associados à hipertensão.

<b>PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:</b> IECA (4)  ARAII (3)	<b>FÁRMACOS:</b> RAMIPRIL-TRIA TEC, HIDROCLOROTIAZIDA (não respondeu)
--	--

Fármacos como Triatec- Ramipril e Hidroclorotiazida da classe Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina e Antagonistas da Angiotensina II, são as classes terapêuticas referenciadas por sete (7) clínicos gerais nesta tipologia.

Os Diuréticos simples ou Enalapril e Hidroclorotiazida , Ciclum 20 com Fludex LP, em associação com IECA, o Atenolol- Betabloqueante simples ou adicionando um anti-depressivo, Lisinopril ou Prizil- Bloqueadores dos Canais de Cálcio, são as restantes preferências de prescrição pelos restantes médicos.

#### 5º LUGAR:

**Tipologia identificada por sete (7) médicos entrevistados**

#### **TP22-UTENTE HIPERTENSO COM CARDIOPATIA ISQUÉMICA ASSOCIADA**

Sexo: Mulheres mas sobretudo homens em idade avançada (> 45 anos de idade), com ou sem histórico de Cardiopatia Isquémica familiar.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ESTATINA (1)	SIMVASTATINA
ANTAGONISTAS DO CÁLCIO (1)	GENÉRICO
IECA+VASODILATADORES (1)	(não respondeu)
IECA+BLOQUEADORES CANAIS DE CÁLCIO (1)	(não respondeu)
IECA+ BETABLOQUEANTE (1º MEDICAÇÃO) (1)	(não respondeu)
ARAII EM DOSES BAIXAS (2º MEDICAÇÃO) (1)	(não respondeu)
DIURÉTICO EM DOSES BAIXAS (1) (2º MEDICAÇÃO) (1)	(não respondeu)



As opções de prescrição face a esta tipologia são dispersas, porque todos os médicos referenciaram diferentes classes terapêuticas no tratamento da hipertensão em utentes com Cardiopatia Isquémica associada: Simvastatina, Antagonistas do Cálcio, Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina em associação com Vasodilatadores, Bloqueadores de Canais de Cálcio, Betabloqueantes, Antagonistas da Angiotensina II e Diuréticos (em doses baixas).

Esta tipologia permite-nos verificar que há variação no comportamento da prescrição médica entre médico e o utente, não havendo uma classe terapêutica predominante e de referência para terapêutica como as restantes tipologias acima analisadas.

#### 6º LUGAR:

**Tipologia identificada por seis (6) médicos entrevistados**

#### TP11 – UTENTE HIPERTENSO OBESO

Homem ou mulher (> 45 anos de idade), hipertenso e obeso, devido na maior parte dos casos a maus hábitos alimentares. Dificuldade em cumprir com correção de hábitos alimentares, nomeadamente redução do consumo de sal.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ARAII EM ASSOCIAÇÃO FIXA (2)	(não respondeu)

Os Antagonistas da Angiotensina II em associação fixa ou em associação com Diurético – Losartan ou com fármacos como o Xenical ou o Orlistat para combater a obesidade são as principais opções de prescrição pelos médicos quatro (4) entrevistados que possuem utentes hipertensos obesos nas suas consultas.

A obesidade associada à hipertensão surge normalmente num perfil de utente com mais de 45 anos, com comportamentos e hábitos alimentares enraizados, difíceis de alterar.

Os Antagonistas da Angiotensina puros foram a única opção indicada, pelo que se conclui que os ARAII são uma preferência da clínica geral quanto a esta tipologia.

#### 7º LUGAR:

**Tipologia identificada por cinco (5) médicos entrevistados**

#### TP14- UTENTE HIPERTENSO COM DISLIPIDEMIA

Homens e mulheres de todas as faixas etárias hipertensos e com dislipidemia.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ANTAGONISTA DO CÁLCIO (1)	(não respondeu)
HIPOLIPEMIANTES (1)	ATORVASTATINA, ZARATOR
HIPOLIPEMIANTES (1)	ESTATINAS OU FIBRATOS
ESTATINA (1)	SIMVASTATINA
ESTATINAS+ ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO (1)	PLAVIX 75 MG

Nesta tipologia é possível verificar discrepâncias quanto às opções de classes terapêuticas adoptadas pela Clínica Geral, visto que todos os médicos entrevistados indicaram classes terapêuticas diferentes para tratamento de utentes hipertensos com dislipidemia.

Os fármacos e respectivas classes terapêuticas indicadas foram: Atorvastatina, Zarator, Estatinas ou Fibratos- Hipolipemiantes, Simvastatina, Plavix 75 Mg – Estatinas com um antiagregante plaquetário em associação e Antagonista do Cálcio.

Esta dispersão de fármacos permite concluir que existe uma clara variância do comportamento da prescrição na clínica geral quanto a esta tipologia.

### 8º LUGAR:

**Tipologia identificada por quatro (4) médicos entrevistados.**

#### TP15-UTENTE HIPERTENSO NÃO CONTROLADO

Homens e ou mulheres de todas as faixas etárias, hipertensos com habilitação literária de nível médio/superior.

A maioria destes utentes não estão controlados devido a:

1º Não tomam a medicação prescrita pelo médico para controle da hipertensão,

2º Quando o doente se sente bem, deixam de tomar a medicação.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
DIURÉTICO + IECA- DOSE MÁXIMA-1º SEMANA (1)	(não respondeu)
IECA+DIURÉTICO (1)	(não respondeu)
ARAI (1)	COOZAR (1ª semana), (2ª), LOSARTAN
ARAI+ DIURÉTICO (1)	HIDROCLOROTIAZIDA

Nesta tipologia, verifica-se igualmente uma discrepância quanto aos fármacos e respectivas classes terapêuticas adoptadas pelos médicos entrevistados, embora o Coozar, o Losartan e Hidroclorotiazida-Antagonistas da Angiotensina II simples ou em associação com Diuréticos - sejam as maiores opções de prescrição, bem como os Inibidores de Enzima de Conversão da Angiotensina em associação com Diuréticos.

As restantes preferências para tratamento da hipertensão não controlada dividem-se depois em Betabloqueantes ou Antagonistas do Cálcio mas apenas como segunda escolha após a primeira escolha como opção de tratamento ser uma associação: o Diurético com um IECA.

### 9º LUGAR(ES):

**Tipologias identificadas por igual número de médicos entrevistados (3):**

#### TP2 – UTENTES IDOSOS HIPERTENSOS COM MAIS DE 65 ANOS DE IDADE

Sexo masculino e femenino

Bom nível de rendimento/Reforma Alta

Nível de habilitações médico/Superior

Utente polimedicado face a outras doenças associadas.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ARAI (1)	(não respondeu)
ARAI+ DIURÉTICO (1)	LOSARTAN - COZAAR OU LORTAAN

Numa tipologia em que a faixa etária de idosos é a mesma, e em que existem diferenças identificadas pelos médicos entrevistados quanto ao perfil socio-económico, constata-se que os Antagonistas da

Angiotensina II simples ou em associação – Losartan- Cozaar ou Lortaan são fármacos prescritos para a terapêutica de idosos hipertensos que possuem um nível de rendimento/reforma superior.

Apesar de quer a tipologia um (TP1), como a tipologia dois (TP2), serem utentes polimedicados, verifica-se que o perfil socio-económico destes utentes condiciona o comportamento da prescrição.

Esta tipologia foi referenciada por um menor número de médicos (dado que as entrevistas foram realizadas maioritariamente em centros de saúde), e os Antagonistas da Angiotensina II não foram uma classe terapêutica referenciada na tipologia um (TP1), em que os idosos possuem menores rendimentos e nível de habilitações mais baixo.

Os Vasodilatadores foram outra opção indicada para a terapêutica.

### **Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (3):**

#### **TP5 – UTENTES JOVENS ADULTOS HIPERTENSOS**

Homens e mulheres até 45 anos de idade hipertensos

<b>PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:</b>	<b>FÁRMACOS:</b>
BETABLOQUEANTE+ ANSIOLÍTICO (1)	(não respondeu)
BETABLOQUEANTE (1)	(não respondeu)

A classe terapêutica de preferência indicada pelos médicos entrevistados são os Betabloqueantes em dose fixa ou em associação com ansiolíticos.

O Diurético foi outra opção terapêutica considerada por um médico entrevistado.

### **Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (3):**

#### **TP16- UTENTE HIPERTENSO COM ANSIEDADE**

Homens e ou mulheres jovens adultos até aos 65 anos, hipertensos que sofrem de ansiedade, patologia frequentemente associada à hipertensão.

<b>PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:</b>	<b>FÁRMACOS:</b>
BETABLOQUEANTE (1) BLOQUEADORES CANAIS DE CÁLCIO (1) ANSIOLÍTICOS (1)	(não respondeu) (não respondeu)  XANAX 1GR, UNILAN, VICTAN, OLCADIL, BROMALEX

Esta tipologia pelo facto de o utente ser jovem, hipertenso, mas com ansiedade, não reflecte uma adopção de uma só classe terapêutica para tratamento da hipertensão em jovens.

Alguns médicos entrevistados admitem que a ansiedade é um factor desencadeante da hipertensão seja em qual for a faixa etária, pelo que existe um exemplo em que a adopção de fármacos como Xanax, Unilan, Victan, Olcadil e Bromalex- ansiolíticos, são prescritos para tratamento da hipertensão associada à ansiedade.

O Betabloqueante e os Bloqueadores dos Canais de Cálcio foram outras das classes indicadas para a terapêutica de utentes que pertencem a esta tipologia.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (3):**

**TP23- UTENTE HIPERTENSO COM MEDICAÇÃO PARA PREVENÇÃO DO ACIDENTE CARDIOVASCULAR CEREBRAL**

Homens ou mulheres adultos maduros (> 45 anos), e ou idosos hipertensos (> 65 anos), com factores de risco de AVC (Acidente Cardiovascular Cerebral) como prevenção do AVC.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
VASODILATADORES (1)	(não respondeu)
ARAII (1)	(não respondeu)
IECA+DIURÉTICOS (1)	RAMIPRIL

As opções terapêuticas indicadas pelos Clínicos Gerais entrevistados revelam total discrepância quanto às classes terapêuticas indicadas para o utente hipertenso na prevenção do acidente vascular cerebral: Vasodilatadores, Antagonistas da Angiotensina II e Ramipril - Inibidores de Enzima da Conversão da Angiotensina em associação com Diuréticos.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (3):**

**TP27-UTENTE HIPERTENSO CARDÍACO**

Homem e ou mulher adulto (> 45 anos), ou idosos (> 65 anos), hipertensos com problemas cardíacos ou histórico de complicações cardíacas.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
BETABLOQUEANTE (1)	ANCOREN
IECA+ BETABLOQUEANTE (1)	(não respondeu)

O fármaco Ancoren - classe terapêutica, Betabloqueante, em dose fixa ou em associação com Inibidores de Enzima de Conversão da Angiotensina são as opções mencionadas para a terapêutica do utente hipertenso cardíaco.

Contudo, o médico que referencia esta preferência de associação de classes terapêuticas afirma que os Antagonistas da Angiotensina II trazem mais vantagens, embora não seja aquilo que prescreve no quotidiano da sua consulta.

Os Antagonistas do Cálcio foram outra opção indicada por outro dos médicos entrevistados.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (3):**

**TP33- UTENTE HIPERTENSO: Diastólica (mín.) 8,0 mmHg/12,5 mmHg – Sistólica (máx.)**

Homens e ou mulheres com mais de 25 anos com variação da tensão arterial igual ou acima de 8,00 mmHG/12,5mmHG, mínima e máxima respectivamente.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ARAII (1)	(não respondeu)
ANTAGONISTAS DO CÁLCIO (1)	(não respondeu)
IECA (1)	(não respondeu)

A variação do comportamento da prescrição nesta tipologia persiste através da disparidade das classes terapêuticas indicadas para tratamento da hipertensão com variação da tensão arterial diastólica de

8mmHg e sistólica a partir de 12,5 mmHg: Inibidores de Enzima de Conversão da Angiotensina, Antagonistas da Angiotensina II e Antagonistas do Cálcio foram as classes terapêuticas referenciadas pelos clínicos gerais.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (3):**

**TP35- UTENTE HIPERTENSO COM TAQUICÁRDIA**

Homens e ou mulheres de todas as faixas etárias hipertensos com taquicárdia associada.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
BETABLOQUEANTE (3)	NORVASC/NIFEDIPINA (ALTER)

Para a terapêutica desta tipologia existe unanimidade quanto aos fármacos e respectivas classes terapêuticas: os Betabloqueantes, cujos fármacos indicados pelos médicos entrevistados são: Norvasc e ou o genérico Nifedipina (da Alter 20 Mg).

O Betabloqueante é uma classe terapêutica indicada para Taquicardias juncional aurículo-ventricular ou supraventricular, sendo que a posologia indicada pelos médicos é de um comprimido de manhã e um à noite.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (3):**

**TP43-JOVEM HIPERTENSO DE RAÇA NEGRA**

Homens ou mulheres jovens em idade adulta (< 45 anos) hipertensos.

(A hipertensão na raça negra em idade jovem adulta tem uma taxa de prevalência da doença muito superior à caucasiana).

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ANTAGONISTA DO CÁLCIO (1)	(não respondeu)
IECA (1)	(não respondeu)
ARAII + DIURÉTICO (1)	BLOPRESS 16MG+12,5 MG

A preferência de prescrição médica para esta tipologia é dispar quanto às classes terapêuticas indicadas pelos médicos entrevistados: fármacos como Blopess 16Mg +12,5 Mg, uma associação de Antagonistas da Angiotensina II com Diurético, Antagonistas do Cálcio e Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina, foram indicados como terapia de prescrição para jovens hipertensos de raça negra.

De acordo com os médicos que referiram ter utentes de raça negra nas suas consultas, a hipertensão tem maior prevalência do que na raça caucasiana e surge numa faixa etária mais jovem.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (3):**

**TP45- UTENTE HIPERTENSO DE RAÇA NEGRA**

Homens e ou mulheres de raça negra hipertensos de todas as faixas etárias.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
BLOQUEADORES DE CANAIS DE CÁLCIO (1)	(não respondeu)
DIURÉTICO (1)	(não respondeu)
ARAII (1)	COOZAR

As classes terapêuticas e fármacos mencionados pelos médicos para os utentes hipertensos de raça negra não permitem concluir que exista uma política terapêutica unânime para tratamento desta tipologia. Embora o número de médicos que referiram esta tipologia seja baixa, a verdade é que todos os entrevistados indicaram fármacos diferentes: Coozar- Antagonista da Angiotensina II, a classe terapêutica Diurético e Bloqueadores dos Canais de Cálcio são as outras classes terapêuticas.

#### 10 ° LUGAR:

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (2):**

#### TP8- UTENTE MULHER GRÁVIDA COM HIPERTENSÃO

Mulher jovem até aos 40 anos de idade, hipertensa e grávida

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
BETABLOQUEANTES (2)	Atenolol- Alter

Para esta tipologia, foram indicados fármacos como o Atenolol - Genérico da Alter – Classe terapêutica Betabloqueantes.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (2):**

#### TP13- UTENTE ADULTO HIPERTENSO OBESO

Homens e ou mulheres hipertensos entre os 45 e os 65 anos obesos.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ARAII (1)	(não respondeu)
ARAII+ FÁRMACOS OBESIDADE (1)	COZAAR+XENICAL

Para a terapêutica de utentes adultos hipertensos e obesos, as opções de prescrição indicadas pelos médicos entrevistados são Antagonistas da Angiotensina II para tratamento da hipertensão e fármacos para a obesidade como o Xenical.

A maioria dos médicos questionados sobre a terapêutica da hipertensão associada à obesidade, afirmou que prefere tratar a hipertensão com fármacos, dado que a obesidade, em grande parte das vezes, é possível ser tratada com medidas não farmacológicas como a dieta e redução do consumo de sal.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (2):**

#### TP 30- UTENTE HIPERTENSO ASMÁTICO

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ARAII (1)	(não respondeu)
DIURÉTICO (1)	(não respondeu)

Homens e mulheres hipertensos de todas as faixas etárias hipertensos e asmáticos.

Nesta tipologia, os médicos indicaram diferentes classes terapêuticas para o utente hipertenso asmático: Antagonista da Angiotensina II e Diurético.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (2):**

**TP17- UTENTE COM HIPERTENSÃO NÃO LIGEIRA**

Homens e ou mulheres a partir da idade jovem adulta (< 45 anos), com grau de hipertensão grave.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO (1)	(não respondeu)
BETABLOQUEANTES + ANTAGONISTA DE CÁLCIO (1)	( não respondeu)

As classes terapêuticas indicadas para a terapêutica de utentes com hipertensão grave são os Bloqueadores dos Canais de Cálcio e uma associação de Betabloqueantes com Antagonistas de Cálcio.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (2):**

**TP31- UTENTE HIPERTENSO COM ASMA E OU DOENÇA PULMONAR CRÓNICA OBSTRUTIVA**

Homens e ou mulheres de todas as faixas etárias com hipertensão e asma ou doença pulmonar crónica obstrutiva.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
DIURÉTICO (1)	(não respondeu)
DIURÉTICO+CORTICOSTERÓIDES E BRONCODILATADORES (1)	LASIX – FUROSEMIDA

O perfil dos utentes com esta tipologia é semelhante à anterior, embora existam utentes com doença pulmonar crónica obstrutiva, com maior gravidade em utentes hipertensos.

A principal classe terapêutica indicada são os Diuréticos cujo fármaco - Lasix, em caso de doença pulmonar crónica obstrutiva é ministrado em associação com outros fármacos como os corticosteróides e ou broncodilatadores.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (2):**

**TP37- UTENTE HIPERTENSO COM HIPERCOLESTEROLEMIA**

Mulheres e homens adultos maduros ( 45-65 anos), e idosos (> 65 anos), hipertensos, com nível de colesterol elevado.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ETOFIBRATO (1)	LIPO-MERZ RETARD
SIMVASTATINA (1)	GENÉRICO

Os hipolepémiantes, redutores do colesterol e triglicéridos é a classe terapêutica indicada para tratamento de utentes hipertensos com hipercolesterolemia.

O Lipo-Merz Retard foi um dos fármacos indicados, a simvastatina apenas foi indicada como preferência para tratamento, mas o médico apenas indicou que prescreve medicamentos genéricos desta substância activa: Jabastatina, Simvacol.

**Tipologia identificada por igual número de médicos entrevistados (2):**

**TP44- JOVEM DE RAÇA NEGRA HIPERTENSO DIABÉTICO**

Homens ou Mulheres Jovens em Idade Adulta (< 45 anos), hipertensos com Diabetes Mellitus.

A hipertensão na raça negra em idade jovem adulta tem uma taxa de prevalência da doença muito superior à caucasiana.

PRINCIPAIS CLASSES TERAPÊUTICAS:	FÁRMACOS:
ARAII (1)	(não respondeu)
IECA (1)	(não respondeu)

Para a terapêutica da hipertensão em jovens de raça negra com Diabetes Mellitus, os Antagonistas da Angiotensina II e os Inibidores de Enzima da Conversão da Angiotensina foram as classes terapêuticas referenciadas para prescrição desta tipologia.

Estas duas classes terapêuticas também são opção médica para terapêutica na tipologia em hipertensos Diabéticos (TP9), e em Jovens Hipertensos de Raça Negra (TP43).

**4.2) Análise:**

Na análise efectuada a dez (10) tipologias recorrentes verificou-se que existe variação da prescrição médica em quase todas.

Contudo existe disparidade quanto à adopção de classes terapêuticas para as que estão classificadas, com excepção em: 6º Lugar- Utente Hipertenso Obeso, 9º Lugar- Utente Hipertenso com Taquicardia, 10º Lugar- Utente Mulher Hipertensa Grávida.

Nas restantes tipologias também existem as mesmas disparidades no que respeita à adopção de uma política terapêutica unânime no tratamento da hipertensão quer isolada, quer em associação com outras patologias.

O facto da adopção de classes e fármacos adoptados para utentes hipertensos não ser consensual, pode dever-se ao facto de a hipertensão ser uma patologia que atinge um número cada vez maior de utentes, nomeadamente adultos de meia-idade ainda em fase de vida activa e idosos, porque a existência de outras patologias associadas dificultam a terapêutica para o tratamento da hipertensão.

Por outro lado, existe uma adopção de comportamento sobre classes terapêuticas que caracteriza o médico como mais inovador ou conservador, em função da experiência, segurança, benefícios que possui com a utilização destes fármacos no tratamento da hipertensão. Esta dicotomização de um médico conservador/inovador é possível verificar na relação que foi estabelecida entre os valores e benefícios relacionados com as classes terapêuticas indicadas.

Estas tipologias são os perfis do utente hipertenso mais frequentes nas consultas de Medicina Geral e Familiar e por isso, devem ser alvo de maior estudo e troca de impressões entre colegas quanto ao seu tratamento para obter melhores resultados no controle da hipertensão.

Os médicos entrevistados afirmaram também que as linhas orientadoras internacionais são uma importante fonte auxiliar de informação quanto a referências para adopção de uma determinada classe terapêutica em função das tipologias mais presentes no quadro dos utentes hipertensos em Portugal Continental.

A Revista Portuguesa de Clínica Geral e Patient Care ou artigos internacionais são outras fontes de informação referenciadas.



É importante ainda referir o facto de que existe pouca utilização da Internet para consulta ou obter informação por parte dos médicos entrevistados.

### **4.3) Outras tipologias de utentes hipertensos**

Neste estudo foram ainda construídas mais vinte (20) tipologias que não foram consideradas quanto à prescrição e terapêutica porque o número de referências não é significativo e que constam nos Anexos desta investigação – Anexo ab).

Contudo, estas tipologias são perfis de utentes que existem no quotidiano das consultas de Medicina Geral e Familiar e que foram referenciadas neste estudo, considerando a sua importância no contexto global da formulação de tipologias de utentes hipertensos.

### **4.4) Atributos e benefícios de classes terapêuticas**

As tipologias alteram o comportamento da prescrição médica quanto à opção das classes terapêuticas a adoptar. Contudo, esta escolha das classes terapêuticas/fármacos feita pelo médico em função das diversas tipologias identificadas pelos médicos entrevistados pode ser compreendida com base nos atributos e os benefícios das classes terapêuticas/fármacos referenciados pelos médicos entrevistados em função das tipologias identificadas as quais podemos considerar como valores clínicos.

Através das entrevistas aos médicos de Medicina Geral e Familiar, foi possível construir um *mapa de valores hierárquico* que permite compreender a relação estabelecida entre estes valores clínicos, os benefícios e os atributos das respectivas classes terapêuticas.

Este mapa, permite verificar a variância quanto à escolha de classe terapêutica em função das tipologias:

- 1) Quais são os atributos e os benefícios distintos de cada uma das classes terapêuticas com maior relevância no domínio da prescrição do utente hipertenso,
- 2) Que tipo de relação existe entre os atributos e benefícios da classe terapêutica/fármaco (produto), com os valores clínicos identificados pelo médico,
- 3) Os atributos e benefícios considerados dizem respeito às classes terapêuticas com maior peso quanto à prescrição em função dos valores clínicos desenhados pelo médico quanto ao perfil do utente hipertenso na Medicina Geral e Familiar em Portugal.

Os algarismos indicados entre parêntesis no quadro de atributos e de benefícios indicam o número de referências de cada atributo e benefício referenciado por cada médico entrevistado relativamente a cada uma das classes terapêuticas.

Os Antagonistas da Angiotensina II e os Inibidores de Enzima de Conversão da Angiotensina são algumas das classes nas quais existe uma maior relação quanto aos atributos e benefícios devido ao facto de serem as classes terapêuticas mais utilizadas pelo médico de Medicina Geral e Familiar no tratamento de várias tipologias do utente hipertenso.

**4.5 ) MEC – Means and Chain Value (Mapa de atributos, benefícios e valores )**

<p><b>ATRIBUTOS</b> 15</p>	<p><b>CLASSE TERAPÊUTICA: ANTAGONISTAS DA ANGIOTENSINAI</b></p> <p>Resolve a hipertensão (1) Preço alto (1) Protecção renal (4) Protege contra malformação da artéria renal (1) Medicamento com o qual tem experiência: (Losartan) (2) Coozar 100- a associação que faltava (1) Molécula com capacidades anti-inflamatórias (1) Ajuda à decisão terapêutica (1) Não tem contra-indicações (1) É uma classe terapêutica importante para o médico (1) Indicada para quando não há patologias associadas (1)</p>	<p><b>VALORES CLÍNICOS</b></p> <p>TP2-Utente Idoso Hipertenso com mais de 65 anos e rendimentos/reforma altas</p> <p>TP3 – Utente Mulher Hipertensa em Fase de Menopausa</p> <p>TP6- Utente Homem Maduro com Hipertensão</p> <p>TP7- Utente Mulher Madura com Hipertensão</p> <p>TP9-Utente Diabético com Hipertensão</p> <p>TP11-Utente Hipertenso Obeso</p> <p>TP13- Utente Adulto Hipertenso Obeso</p> <p>TP15- Utente Hipertenso não controlado</p> <p>TP22- Utente hipertenso com Cardiopatia Isquémica</p> <p>TP23- Utente Hipertenso com medicação para prevenção do Acidente Vascular Cerebral</p> <p>TP30-Utente Hipertenso Asmático</p> <p>TP33-Utente Hipertenso: variação da tensão arterial igual ou acima de :mínima de 8mmHg/ máxima :12,5mmHg</p> <p>TP44- Jovem de Raça Negra Hipertenso Diabético</p>
<p><b>BENEFÍCIOS</b> 17</p>	<p>Verifica causas efectivas da hipertensão (1) Betoconstritores (1) Muita segurança (4) Maior controlo da hipertensão relativamente aos IECA (2) Estudos ganham avanços (1) Menos efeitos secundários (2) Boa eficácia (1) Grande protecção na nefropatia (1) Protege órgão renal ( 4)</p>	

#### 4.5 ) MEC – Means and Chain Value (Mapa de atributos, benefícios e valores )

<p><b>ATRIBUTOS</b> 15</p>	<p><b>CLASSE TERAPÊUTICA: ANTAGONISTAS DA ANGIOTENSINAI</b></p> <p>Resolve a hipertensão (1) Preço alto (1) Protecção renal (4) Protege contra malformação da artéria renal (1) Medicamento com o qual tem experiência: (Losartan) (2) Coozar 100- a associação que faltava (1) Molécula com capacidades anti-inflamatórias (1) Ajuda à decisão terapêutica (1) Não tem contra-indicações (1) É uma classe terapêutica importante para o médico (1) Indicada para quando não há patologias associadas (1)</p>	<p><b>VALORES CLÍNICOS</b></p> <p>TP2-Utente Idoso Hipertenso com mais de 65 anos e rendimentos/reforma altas</p> <p>TP3 – Utente Mulher Hipertensa em Fase de Menopausa</p> <p>TP6- Utente Homem Maduro com Hipertensão</p> <p>TP7- Utente Mulher Madura com Hipertensão</p> <p>TP9-Utente Diabético com Hipertensão</p> <p>TP11-Utente Hipertenso Obeso</p> <p>TP13- Utente Adulto Hipertenso Obeso</p> <p>TP15- Utente Hipertenso não controlado</p> <p>TP22- Utente hipertenso com Cardiopatia Isquémica</p> <p>TP23- Utente Hipertenso com medicação para prevenção do Acidente Vascular Cerebral</p> <p>TP30-Utente Hipertenso Asmático</p> <p>TP33-Utente Hipertenso: variação da tensão arterial igual ou acima de :mínima de 8mmHg/ máxima :12,5mmHg</p> <p>TP44- Jovem de Raça Negra Hipertenso Diabético</p>
<p><b>BENEFÍCIOS</b> 17</p>	<p>Verifica causas efectivas da hipertensão (1) Betoconstritores (1) Muita segurança (4) Maior controlo da hipertensão relativamente aos IECA (2) Estudos ganham avanços (1) Menos efeitos secundários (2) Boa eficácia (1) Grande protecção na nefropatia (1) Protege órgão renal ( 4)</p>	

#### **Análise ARA II:**

Os Antagonistas da Angiotensina II são uma opção de referência para um maior número de diferentes valores clínicos, comparativamente às restantes classes terapêuticas em análise. O facto de ajudar á decisão terapêutica, de não possuir contra-indicações e proteger as funções e órgãos renais e acima de tudo a sua eficácia (considerado um dos principais critérios de maior importância para a prescrição médica), fazem com que os Antagonistas da Angiotensina II tenham superado opções de classes anteriores como os IECA e Betabloqueantes em prescrição de primeira linha, para as raças caucasiana e raça negra.

<p><b>ATRIBUTOS</b> 9</p>	<p><b>CLASSE TERAPÊUTICA</b> <b>IECA – INIBIDOR DA ENZIMA DE CONVERSÃO DA ANGIOTENSINA</b> Classe terapêutica tolerada pela maioria dos doentes (1) Classe terapêutica para pessoas activas, não polimedicadas, sem queixas (1) Em associação com ARAII previne o desgaste das câmaras cardíacas no diabético crónico (1) Menor interacção com anti-inflamatórios (1) Previne o remodelling ventricular e diminui a insuficiência sistólica e diastólica (1) Previne alterações das válvulas (1) Previne disfunção renal (1) Previne insuficiência renal (1) Monodose devido à polimedicação (1)</p>	<p><b>VALORES CLÍNICOS</b></p> <p>TP1- Utente Idoso Hipertenso com mais de 65 anos de idade</p> <p>TP3- Utente Mulher Hipertensa em Fase de Menopausa</p> <p>TP6- Utente Homem Maduro com Hipertensão</p> <p>TP7- Utente Mulher Madura com Hipertensão</p> <p>TP9- Utente Diabético com Hipertensão</p> <p>TP22- Utente Hipertenso com Cardiopatia Isquémica associada</p> <p>TP33- Utente Hipertenso: variação da tensão arterial Diastólica igual ou acima de: 8mmHg/ Sistólica: 12,5mmHg</p> <p>TP43- Jovem Hipertenso de Raça Negra</p> <p>TP44- Jovem Hipertenso de Raça Negra Diabético</p>
<p><b>BENEFÍCIOS</b> 13</p>	<p>Maior segurança (1) Prevenção cardiovascular eficaz (4) Ministrado frequentemente em associação com outras classes terapêuticas para controle da hipertensão (1) Melhora performance cardíaca (1) Mais barato do que ARAII (1) Verifica as causas efectivas da hipertensão Boa qualidade de vida para o futuro em associação com outros fármacos (1) Utentes com reformas baixas (1) Compatível com a maioria dos doentes (1)</p>	

**Análise IECA:**

Os IECA continuam como uma classe terapêutica de referência para o tratamento da hipertensão, também por ser mais económica comparativamente aos ARAII.

O facto de ser uma classe terapêutica tolerada pela maioria dos doentes, nomeadamente na população activa de meia-idade, a sua segurança quanto à protecção renal e prevenção cardiovascular, permitem que os IECA continuem a ser uma das principais classes terapêuticas referenciadas pelos médicos de clínica geral, facto que não desvirtua das preferências que do estudo sobre “*Perfil Terapêutico da Hipertensão na Rede de Médicos Sentinela*”, como já foi comentado anteriormente.

<b>CLASSE TERAPÊUTICA: DIURÉTICO</b>		<b>VALORES CLÍNICOS</b>
<b>ATRIBUTOS 10</b>	<p>Indicado para situações agudas (1)            Não se verificam alterações iónicas (1)            Eficácia (1)            Actua na retenção hídrica (1)            Bom início de terapia (1)            Boa escolha para associação com outras classes terapêuticas (1)            Melhora retenção de líquidos (2)            Segurança (1)            Permite monodose devido á polimedicação do doente (1)</p>	<p>TP1- Utente Idoso Hipertenso com mais de 65 anos –baixos rendimentos/reforma</p> <p>TP3- Utente mulher hipertensa em fase de menopausa</p> <p>TP22-Utente hipertenso com Cardiopatia Isquémica associada</p>
<b>BENEFÍCIOS 15</b>	<p>Boa relação custo/benefício (1)            Bom início para terapêutica (1)            Mais barato- sobretudo para utentes idosos com reformas baixas/baixos rendimentos(4)            Permite associações com outras classes terapêuticas (1)            Em associação, o utente toma o menor número de medicamentos possível (1)            Melhora retenção de líquidos (2)            Em associação, o utente toma o menor número de medicamentos possível (1)            Preço (5)            Melhora retenção de líquidos (2)</p>	<p>TP30-Utente hipertenso asmático</p> <p>TP31-Utente hipertenso asmático e ou doença pulmonar crónica obstrutiva</p> <p>TP45- Utente hipertenso de raça negra</p>

**Análise Diurético:**

A escolha do Diurético em função dos valores clínicos indicados pelos médicos de Medicina Geral e Familiar permite compreender que esta é uma classe terapêutica clássica, cujos benefícios mais relevantes são o preço e a possibilidade de permitirem associações com outras classes terapêuticas, em que o utente toma o menor número de medicamentos possível.

Por isso, os valores clínicos indicados não reflectem apenas a hipertensão primária, mas outros, em que existem outras patologias associadas à hipertensão. O facto de melhorar a retenção de líquidos face aos IECA ou ARAII e a sua indicação para situações agudas (como atributo), e o seu preço permitem compreender as preferências de prescrição para idosos com rendimentos mais baixos.

ATRIBUTOS 6	<b>CLASSE TERAPÉUTICA: BETABLOQUEANTES</b> Resolve a hipertensão (em combinação com ansiolíticos) (1) Menor interacção com anti-inflamatórios (1) Actua no controle da taquicardia (2) Diminui a palpitação (1) Regula a tensão arterial (1)	<b>VALORES CLÍNICOS</b>  TP5-Utentes Jovens Adultos Hipertensos  TP8- Utente mulher grávida com hipertensão  TP16-Utente Hipertenso com Ansiedade  TP17- Utente com hipertensão Não Ligeira  TP22-Utente Hipertenso com Cardiopatia Isquémica associada (associação)  TP27- Utente Hipertenso Cardíaco  TP35- Utente Hipertenso com Taquicardia TP45- Utente Hipertenso de Raça Negra
<b>BENEFÍCIOS</b> 7	Mais seguros (2) Mais previsíveis na resposta (2) Permitem sempre associações com outras classes terapêuticas (1) Acção protectora (1) Indicado para Idosos com baixos rendimentos/reformas (1)	

**Análise Betabloqueantes:**

Verifica-se através da relação entre os atributos, benefícios indicados, que os Betabloqueantes são uma classe terapêutica associada a valores clínicos de uma faixa etária mais jovem (TP 5, TP 8, TP45), gravidez com hipertensão associada, complicações cardíacas e ansiedade, pelo facto de possuírem melhor controlo da taquicardia, e diminuir a palpitação.

O facto de permitirem regular a tensão arterial e de resolverem a Hipertensão, tornam-se opções de prescrição no tratamento em Utentes com Hipertensão Grave (TP17).

<b>ATRIBUTOS</b> 1	<b>CLASSE TERAPÊUTICA:</b> <b>BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO</b> Indicado para taquicardias (1)	<b>VALORES CLÍNICOS</b>  TP5-Utentes Jovens Adultos Hipertensos  TP8- Utente mulher grávida com hipertensão  TP16-Utente Hipertenso com Ansiedade  TP17- Utente com hipertensão Não Ligeira  TP22-Utente Hipertenso com Cardiopatia Isquémica associada (associação)  TP27- Utente Hipertenso Cardíaco  TP35- Utente Hipertenso com Taquicardia TP45- Utente Hipertenso de Raça Negra
<b>BENEFÍCIOS</b> 4	Mais barato (1) Substituição aos IECA por menores efeitos secundários (1) Grande avanço ao nível da acção coronária (nifedipina) (1) Protector (1)	

**Análise Bloqueadores Canais de Cálcio:**

Em análise, verifica-se que os quatro valores clínicos através da relação entre os atributos, benefícios indicados, relacionados com a prescrição de Bloqueadores de Canais de Cálcio também são referenciados como escolha para a classe terapêutica anterior: Betabloqueantes, o que permite concluir que para tratamento destas tipologias (TP16, TP17, TP22, TP45), a Medicina Geral e Familiar utiliza estas duas classes terapêuticas. Uma das razões para a preferência dos Bloqueadores dos Canais de Cálcio sobre outras classes face aos valores clínicos identificados, são os efeitos secundários reduzidos comparativamente aos IECA.

<b>ATRIBUTOS</b> 3	<b>CLASSE TERAPÊUTICA: ANTAGONISTAS DO CÁLCIO</b> Previnem alterações das válvulas (1) Relaxante muscular (1) Menor interação com anti-inflamatórios (1)	<b>VALORES CLÍNICOS</b>  TP14-Utente Hipertenso com Dislipidemia  TP22-Utente Hipertenso com Cardiopatia Isquêmica Associada (em associação de classe terapêutica)  TP33-Utente Hipertenso: variação da tensão arterial igual ou acima de: Diastólica de 8mmHg/ Sistólica: 12,5mmHg  TP43- Jovem Hipertenso de Raça Negra
<b>BENEFÍCIOS</b> 1	Verificam causas efectivas da hipertensão (1)	

#### **Análise Antagonistas do Cálcio:**

Os benefícios e os atributos associados aos Antagonistas do Cálcio são poucos assim como os valores clínicos referenciados. No entanto, destaca-se a prevenção de alterações das válvulas e a sua segurança como classe terapêutica sobretudo no jovem hipertenso de raça negra.

<b>ATRIBUTOS</b> 2	<b>CLASSE TERAPÊUTICA: VASODILATADORES</b> Para hipertensão sistólica (1) Menor interação com anti-inflamatórios associado a IECA+Diurético (1)	<b>VALORES CLÍNICOS</b>  TP22-Utente Hipertenso com Cardiopatia Isquêmica Associada (em associação de classe terapêutica)  TP23- Utente Hipertenso com medicação para prevenção do Acidente Cardiovascular Cerebral
-----------------------	---	---

#### **Análise Vasodilatadores:**

Os valores clínicos relacionados com esta classe terapêutica são poucos embora os Vasodilatadores sejam uma classe terapêutica também prescrita para utentes com Cardiopatia Isquêmica (TP22), e na prevenção do Acidente Cardiovascular Cerebral.



<b>ATRIBUTOS</b> 3	<b>CLASSE TERAPÊUTICA: HIPOLIPEMIANTES</b> (Atorvaestatinas, estatinas, etofibrato, simvastatina)  Redutores do colesterol e trigliceridos (1) Terapêuticas para a Hipercolesterolemia (1) Indicados para o aumento de trigliceridos (1)	<b>VALORES CLÍNICOS</b>  TP14- Utente Hipertenso com Dislipidemia  TP16-Utente Hipertenso com Ansiedade  TP17- Utente com Hipertensão Não Ligeira
<b>BENEFÍCIOS</b> 1	Permite doses mais altas, caso o problema seja maus hábitos alimentares (1)	TP22-Utente Hipertenso

**Análise Hipolipemiantes:**

Os Hipolipemiantes são uma classe terapêutica especialmente indicada para tratamento da hipertensão com dislipidemia associada, face aos seus benefícios na redução do colesterol e controle farmacológico de hábitos alimentares pouco saudáveis, nomeadamente o excesso de sal que interferem na hipertensão do utente.

<b>ATRIBUTOS</b> 1	<b>CLASSE TERAPÊUTICA: ARAII+ DIURÉTICOS HIDROCLOROTIAZIDA</b>  Diurético com tiazidas (1)	<b>VALORES CLÍNICOS</b>  TP2-Utente Idoso Hipertenso com mais de 65 anos de idade- bom rendimento /reforma
<b>BENEFÍCIOS</b> 2	Possui a associação que faltava (1) Para tomar o menor nº de fármacos possível (1)	TP15- Utente Hipertenso Não Controlado
		TP43- Jovem Hipertenso de Raça Negra

**Análise ARAII+Diurético:**

A Hidroclorotiazida é uma associação de duas classes terapêuticas: ARAII e Diurético. A associação Hidroclorotiazida foi estabelecida quanto aos valores clínicos associados aos benefícios e atributos destas duas classes, verificamos que o Diurético é uma classe terapêutica clássica, com mais tempo de experiência e preço mais barato, enquanto o ARAII é uma nova classe terapêutica que está a ganhar terreno face aos estudos comprovados. Por isso, alguns médicos relatam esta associação como a associação que faltava, nomeadamente no utente hipertenso não controlado, na raça negra, em que a hipertensão começa muito mais cedo em jovens de raça negra comparativamente à da caucasiana.

#### 4.6) Discussão de resultados da fase qualitativa

Os Antagonistas da Angiotensina II (ARAI), Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina e os Diuréticos são as classes terapêuticas de referência para tratamento de utentes hipertensos, face ao número de tipologias do utente que é possível estabelecer sobre as classes terapêuticas que os médicos entrevistados indicam.

Os benefícios relatados evidenciam que os ARAII são uma nova classe terapêutica, inovadora quanto ao avanço científico e com maior controle da hipertensão comparativamente aos IECA. Para além da destacada eficácia e de possuírem menos efeitos secundários (excepto a tosse, facto que foi relatado por vários médicos), a segurança e protecção dos órgãos renais e as suas potencialidades de associação com outros fármacos, nomeadamente quanto às suas moléculas com capacidade anti-inflamatória, tornam esta classe uma opção principal quanto à terapêutica da hipertensão, principalmente se o perfil do utente hipertenso não tiver restrições económicas ou baixos rendimentos/reformas, dado que ainda não existem medicamentos genéricos.

Nos ARAII, os fármacos Coozar e Valsartan foram referenciados por três (3) médicos como opção para tratamento do *Utente diabético com hipertensão* (TP9) e por um médico para *Utente hipertenso de raça negra*.

O fármaco Coozar com cinco (5) referências médicas, é o fármaco da classe ARAII mais indicado para tratamento de: *Utente diabético com hipertensão* (TP9) no *Utente hipertenso de raça negra* (TP45) no tratamento do *Utente hipertenso obeso* (TP13) em conjunto com o Xenical (uma referência), ou com medidas não farmacológicas.

No caso do *Utente hipertenso não controlado* (TP15) o médico opta por prescrever o fármaco Coozar e após a primeira semana de tratamento, Losartan. Os restantes médicos não indicaram a opção de fármaco para esta classe terapêutica.

Quanto aos IECA, os fármacos indicados foram: Ramipril com três (3) referências, Triatec três (3) referências e Triatec composto, uma referência (1).

Para o tratamento do **Utente maduro com hipertensão** (TP6) sendo que outras marcas como o Lisinopril uma (1) referência, Prinzide uma (1), referência e Zestoretic uma (1) referência foram indicados para tratamento de *Utentes idosos hipertensos* com mais de 65 anos de idade de ambos os sexos, com habilitações literárias baixas e baixos rendimentos/reformas (TP1).

As referências aos fármacos nesta classe terapêutica são escassas: apenas é possível indicar que nas associações com Diuréticos, a opção passa pelo Ramipril com uma (1) referência para tratamento do utente hipertenso com prevenção do *Acidente Cardiovascular Cerebral* (TP23).

No que respeita às associações, surge a Hidroclorotiazida com duas (2) referências no tratamento da *Utente mulher madura com hipertensão* (TP7).

O Losartan, Coozar ou Lortaan são indicados como fármacos de primeira linha referenciados no tratamento de *idosos hipertensos* com mais de 65 anos de ambos os sexos, habilitações literárias médio/superior, com rendimentos altos/reformas altas (TP2).

Os IECA são prescritos para *utentes hipertensos adultos* ainda em fase de vida activa.

O facto desta classe gerar maiores benefícios em associação com outras classes terapêuticas assim como os ARAII, contribui para o facto de uma parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar ainda considerarem uma classe terapêutica de primeira a segunda linha de escolha, embora os ARAII tenham ganho reconhecimento pela Medicina Geral e Familiar quanto ao controle da hipertensão, sendo admitida como uma ajuda importante na decisão terapêutica.

Quanto aos Diuréticos, são uma classe terapêutica referenciada maioritariamente para utentes idosos e sobretudo com menores rendimentos, embora considerada como um bom início de terapêutica e por

melhorar a retenção hídrica. A Indapamida uma (1) referência, Furosemida duas (2) referências, e o Fludex (1 referência) são os fármacos de prescrição para utentes idosos, de ambos os sexos com baixos rendimentos cuja maioria já estão polimedicados. Na maioria dos casos o utente idosos possui elevadas despesas com medicamentos e frequentam frequentemente o Centro de Saúde da sua residência. No caso do utente com *Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva* (TP31) a referência do fármaco é o Lasix uma (1) referência.

O fármaco Blopress (16mg+12,5mg) com uma (1) referência médica está indicado para tratamento do *Jovem hipertenso de raça negra* (TP43). Os restantes médicos optaram por não responder quanto ao fármaco utilizado sobre as tipologias em análise.

Quanto aos fármacos na classe Betabloqueantes, o Ancoren possui uma (1) referência no tratamento do *Utente hipertenso cardíaco* (TP27) o genérico Atenolol uma (1) referência no tratamento da *Utente mulher grávida com hipertensão* (TP8) e o Norvasc/Nifedipina uma (1) referência, para tratamento do *Utente hipertenso com Taquicardia* (TP35).

Quer na classe Bloqueadores de Canais de Cálcio como Antagonistas do Cálcio não foram identificadas quaisquer marcas de fármacos. Nas restantes classes terapêuticas, são recomendados a Simvastatina três (3) referências para tratamento do utente hipertenso com *Cardiopatia Isquémica* (TP22) do utente hipertenso com *Dislipidemia* (TP14) e do utente hipertenso com *Hipercolesterolemia* (TP37).

Os Hipolemiantes são indicados para utentes hipertensos com elevado nível de *colesterol*: Atorvastatina (1 referência) Zarator (1 referência) ou Fibratos (1 referência), sendo que o Liupo-Merz Retard- Etofibrato, é a opção prescrita para a mesma tipologia por um médico.

Resta mencionar que no tratamento do utente hipertenso com *ansiedade*, os médicos preferem ansiolíticos para tratamento, tais como Xanax 1gr, Unilan, Victan, Olcadil e Bromalex e só depois destes ministrados e de existir dificuldade no controle da hipertensão, o médico considera a opção de adicionar um medicamento anti-hipertensor.

Face ao número de fármacos referenciados por cada classe terapêutica, foi possível estabelecer a aproximação quanto às diversas tipologias do utente hipertenso, e verificar os atributos e benefícios de cada classes terapêutica referenciada pelos médicos.

A análise de conteúdo resultante das entrevistas semi-estruturadas, permitiu elaborar um Mapa de Atributos, Benefícios e Valores das Classes Terapêuticas no tratamento da Hipertensão. Embora inicialmente se tivesse procurado constituir a denominada Cadeia dos Meios e Fins<sup>89</sup> (o que permitiria compreender a relação que se estabelece entre Marca, Benefícios/Atributos e Valor Médico/Classe Terapêutica), não se tornou aplicável devido a ter sido ocultada na sua maioria, informação quanto ao nome dos fármacos prescritos.

Por esta razão, para aprofundar e compreender o mecanismo de comportamento da prescrição sobre as tipologias do utente hipertenso e verificar a correlação que se estabelecer entre ambas, optou-se por conduzir a investigação ao nível quantitativo, através da elaboração de um questionário via postal (*ver Anexo A – Questionário via postal*), cuja análise se segue.

---

<sup>89</sup> Gutman e Reynolds (1998) em "Laddering Theory, Method, Analysis and Interpretation", desenvolveram e aplicaram uma metodologia que permite conhecer uma escala de atributos, benefícios e valores de um que o consumidor associa a um produto/marca e que por isso, desencadeia e interfere no seu comportamento de compra.

#### **4.7) Resultados da fase quantitativa**

Para os resultados da fase quantitativa foram utilizadas as seguintes técnicas de tratamento de dados: utilização de estatística descritiva e de Análise Factorial de Correspondências.

A aplicação da Análise Factorial de Correspondências foi efectuada tendo em conta as seguintes opções escolhidas para a execução do algoritmo do modelo:

*Normalização simétrica dos dados:* procurou-se assim assegurar a representação simultânea das modalidades representadas em linha e em coluna, no mesmo espaço dimensional;

*Utilização da Medida de Distância do Chi-Quadrado para medir a distância entre os perfis de linha e entre os perfis de coluna.*

Interpretação dos resultados:

1) Validação da existência de relação entre as variáveis através da análise da estatística teste e do P-value do Teste do Chi-Quadrado disponibilizado no Sumário do Output da Análise Correspondências do SPSS,

2) Retenção dos eixos de inércia com base na análise do histograma dos valores próprios, procurando-se um compromisso entre a percentagem da inércia explicada e a simplicidade da interpretação,

3) Análise das Contribuições Absolutas das patologias. Esta medida permitiu a explicação de um eixo factorial a partir das patologias/idade/nível de gravidade, ou seja a contribuição de cada categoria para a formação do eixo,

3.1) As patologias retidas seriam as que tivessem contribuição absoluta igual ou superior a  $100/n\%$  - a contribuição absoluta é um índice obtido a partir das projecções dos patologias e que ajudam na interpretação dos eixos, em função das mesmas.

Como regra prática, diz-se que uma propriedade ou indivíduo é retido se a sua contribuição absoluta for superior a  $100/n$ , onde n corresponde ao número de patologias analisadas (número de categorias da variável patologia).

3.2) Uma vez atribuído significado aos eixos de inércia, interpretou-se as relações entre patologias e terapêuticas com base no significado atribuídos aos eixos no passo anterior.

4) Para tal, foram analisadas as projecções das variáveis em estudo em espaços bi-dimensionais formados pelos eixos,

5) Sobre essas variáveis foram construídas tabelas de contigência, em que colunas se encontram as terapêuticas e em linha as patologias, e foi aplicada a Análise Factorial de Correspondências,

6) No caso da pergunta catorze (14) do questionário, uma das variáveis descreve qual a frequência de associação da patologia do ponto de vista do médico,

7) Nas perguntas seis (6) e sete (7) procurou-se perceber a relação entre as terapêuticas e a idade doente e o nível de gravidade da HTA,

8) As respostas às questões oito (8) dez (10) e doze (12) irão determinar se existe associação entre a patologia do doente e a terapêutica prescrita pelo médico, tendo em conta o perfil do doente – meia-idade, mulher e idoso,

9) A resposta à questão catorze (14) pretende medir a frequência de associação da HTA a diversas patologias.

#### **4.8) Resultados informáticos da análise estatística**

As subsecções 16.1) e 16.2), caracterizam a amostra quanto à faixa etária, género, área regional de saúde (ARS), tipo de centro de saúde, faculdade onde se licenciou, número de anos de prática clínica, número de utentes no ficheiro, número de utentes no ficheiro com hipertensão arterial (HTA).

As subsecções seguintes são referentes às características do doente hipertenso e às abordagens terapêuticas.

#### 4.9) Perfil geral da amostra

A maioria dos médicos que responderam ao inquérito via postal têm entre 51 a 60 anos de idade (72,41%) sendo que os restantes possuem entre 41 a 50 anos de idade (20,69%) e (3,45%) mais de 60 anos de idade.

Apresentam-se em seguida os gráficos relativos à caracterização da amostra.

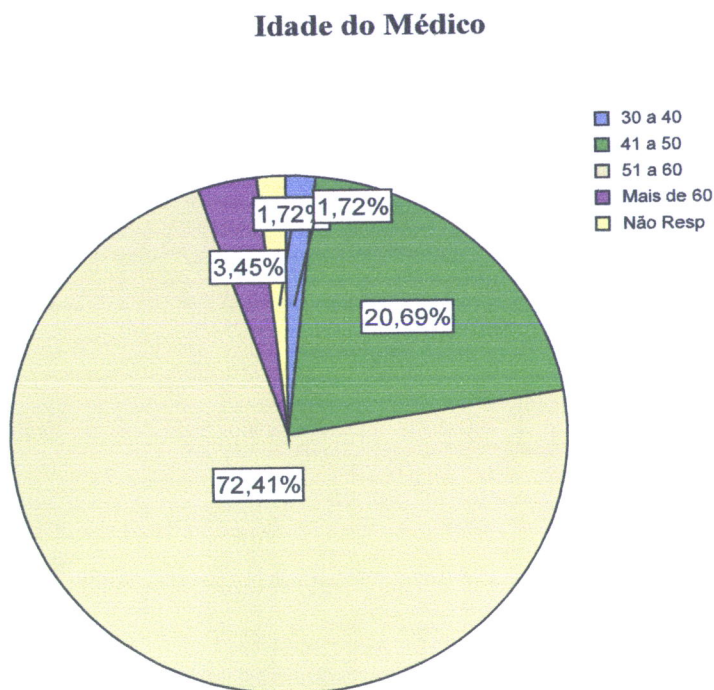


Fig.9- Faixa etária do médico de Medicina Geral e Familiar

### Sexo

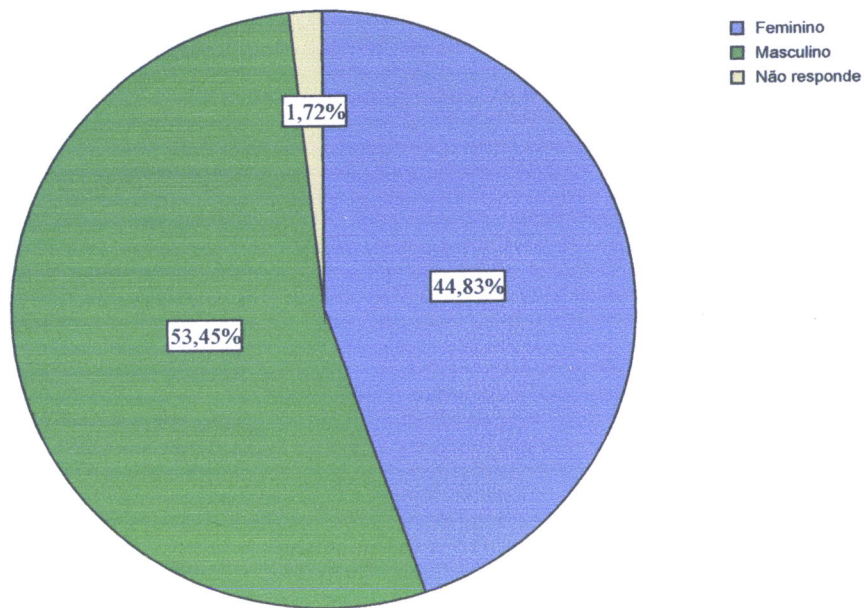


Fig.10-Sexo do Médico

A maioria dos médicos que responderam ao questionário via postal são do sexo masculino (53,45%) sendo que (44,83 %) são do sexo feminino.

### ARS

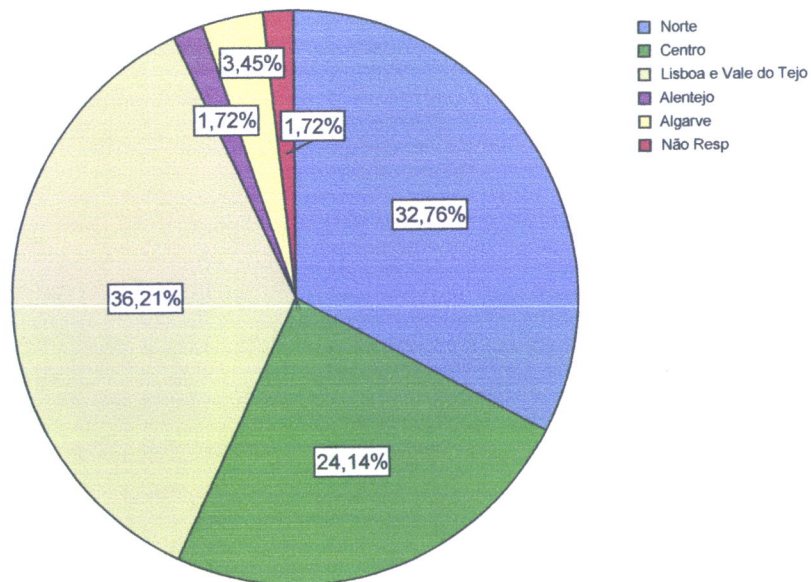


Fig. 11) ARS do Médico

Dos médicos inquiridos, (40,3%) pertencem à ARS de Lisboa e Vale do Tejo (36, 21%) e (32,76%) pertencem à Região Norte. Os restantes inquiridos pertencem à ARS Centro (24,14 %) Algarve (3,45%) e Alentejo (1,72%).

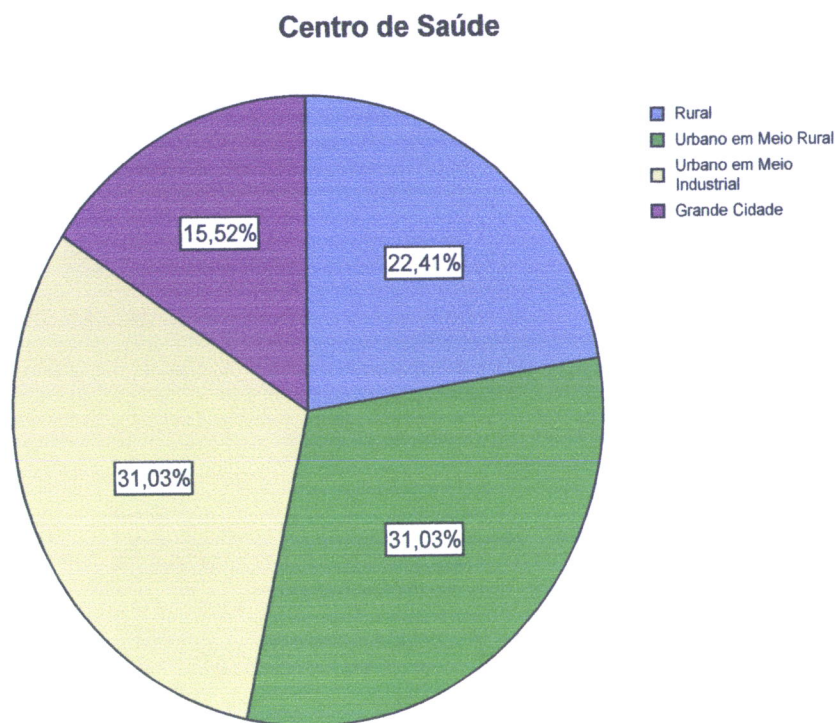


Fig.12 Tipo de Centro de Saúde

A maioria dos médicos inquiridos exercem actividade em Centros de Saúde Urbanos em Meio Rural e Urbano em Meio Industrial (31,03%). Os restantes ( 22,41%) pertencem a um Centro de Saúde Rural e só os médicos a exercem actividade em Centros de Saúde da Grande Cidade são apenas (15,52%).

### Faculdade- escola médica

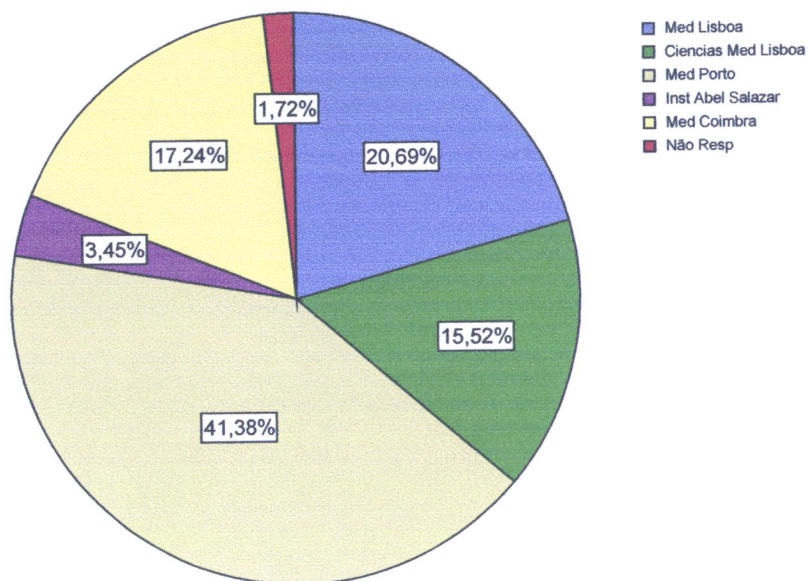


Fig.14- Faculdade do Médico

Os médicos que responderam ao questionário via postal são oriundos da Faculdade de Medicina do Porto (41,38%) Faculdade de Medicina de Lisboa (20,69%) Faculdade de Medicina de Coimbra (17,24%) e Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (15,52%).

### Anos de prática clínica

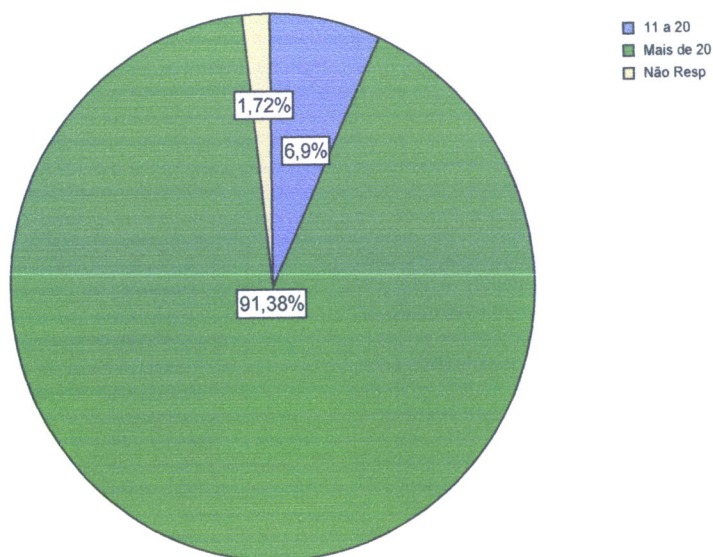


Fig.15- Anos de prática clínica



Dos médicos inquiridos (91,38%) possuem mais de vinte anos de prática clínica, o que demonstra que existem vastos anos de experiência.

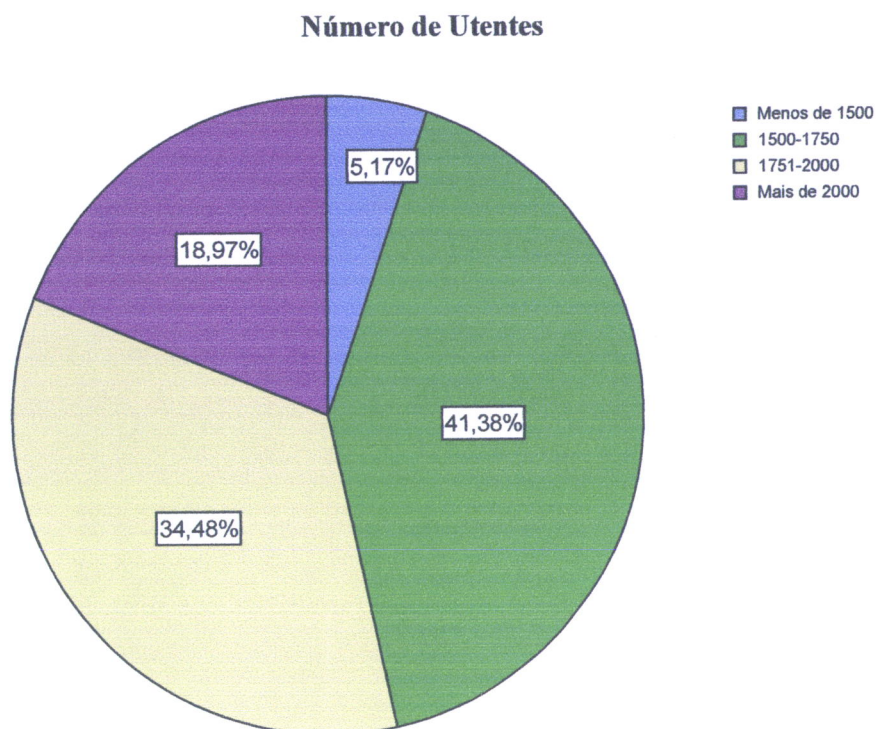


Fig.16- N° de Utentes do Ficheiro

O número de utentes no ficheiro dos médicos de Medicina Geral e Familiar oscila entre os 1500-1750 (41,38%) e os 1751-2000 (34,48%). O ficheiro com mais de 2000 utentes representa (18,97%) do total.

### NºUtentes com HTA

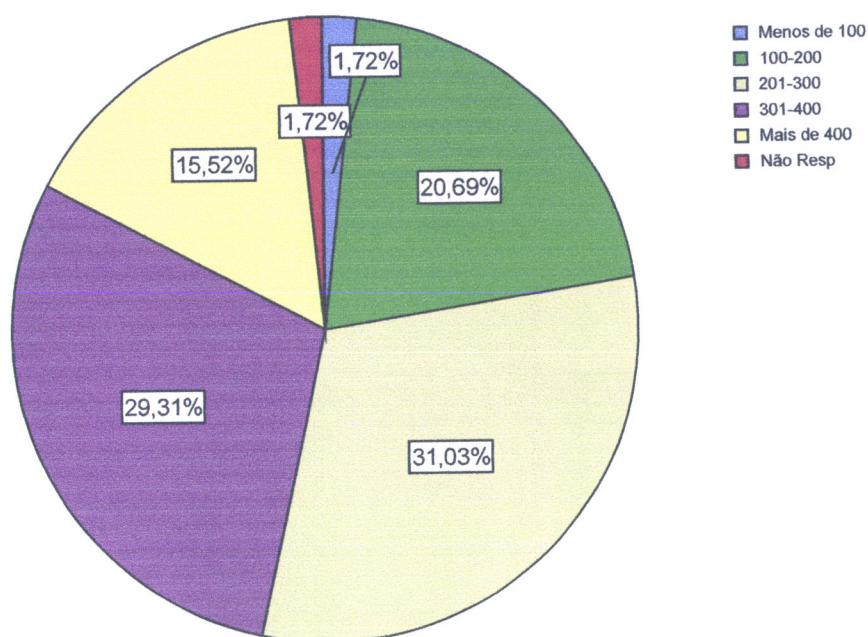


Fig.17) Número de utentes com HTA

O número de utentes com HTA situa-se entre os 201-300 utentes (31,03%) e 301- 400 utentes (29,31%). Apenas (4,48%) dos utentes representam menos de cem (100) utentes com HTA no ficheiro de utentes.

Nº Médio Consultas Dia

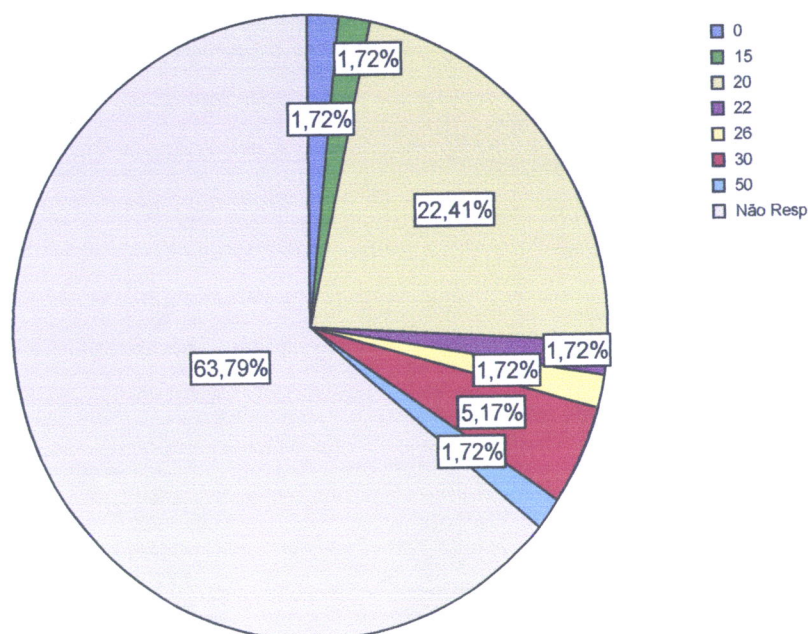


Fig.18) Nº Médio de consultas por dia  
Dos médicos inquiridos, (22,41%) afirmam ter uma média de vinte consultas por dia.

#### 4.10) Análise do perfil do médico:

Verifica-se que quanto à faixa etária a maioria dos inquiridos têm idades compreendidas entre 51 e 60 anos; a maioria são do sexo masculino e (44, 83%) são do sexo feminino.

Quanto à área regional de saúde (ARS), a maioria pertencem dos inquiridos pertencem à região de Lisboa e Vale do Tejo (36,21%) e (32,76%) são da região Norte.

Grande parte dos médicos que responderam ao inquérito exerce a sua actividade num centro de saúde Urbano em Meio Rural e Urbano em Meio Industrial.

Relativamente à faculdade onde o médico se licenciou, aproximadamente (41,38%) dos médicos são da Faculdade de Medicina do Porto, (20,69%) são da Faculdade de Medicina de Lisboa (17,9%) formaram-se na Faculdade de Medicina de Coimbra e (14,9%) na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

Quanto aos anos de prática clínica, a maioria dos médicos, (91,38%) possuem mais de vinte anos de prática clínica.

Salienta-se ainda que aproximadamente (15,52%) dos médicos têm no seu ficheiro mais de quatrocentos (400) utentes hipertensos e (31,03%) têm entre 201 e 300 utentes hipertensos nos seu ficheiro de utentes.

Dos médicos inquiridos (18, 97%) possuem mais de dois mil (2000) utentes no ficheiro.

### Anexo c) Relação entre o tipo de centro de saúde e o número de utentes com HTA

O número de dados recolhidos não permite tirar conclusões sobre a relação entre o tipo de Centro de Saúde e o número de utentes com HTA, mas recorrendo a uma inspeção visual dos dados verifica-se que em centros situados em zonas urbanas em meio industrial existem em maioria entre duzentos e um (201) e trezentos (300) utentes com HTA e nas restantes regiões existem em maioria entre trezentos e um (301) e quatrocentos (400) utentes.

### Anexo d) Escalão Etário dos Utentes com HTA

Esta análise permite-nos concluir que cerca de (71,6%) dos médicos tem uma maior percentagem de utentes com HTA que se situa na faixa etária com mais de 65 anos. Apenas (22,4%) dos médicos têm na maioria dos casos utentes com HTA com idades entre os 45 e os 65 anos. Salvedade-se que para esta análise apenas se considerou o escalão mais votado e não a percentagem de doentes em cada escalão.

#### 4.11) Princípio geral de abordagem farmacológica da HTA essencial, sem qualquer patologia associada, para utentes de 3 classes etárias

##### Prescrição inicial para doentes com HTA sem patologia e com menos de 45 anos

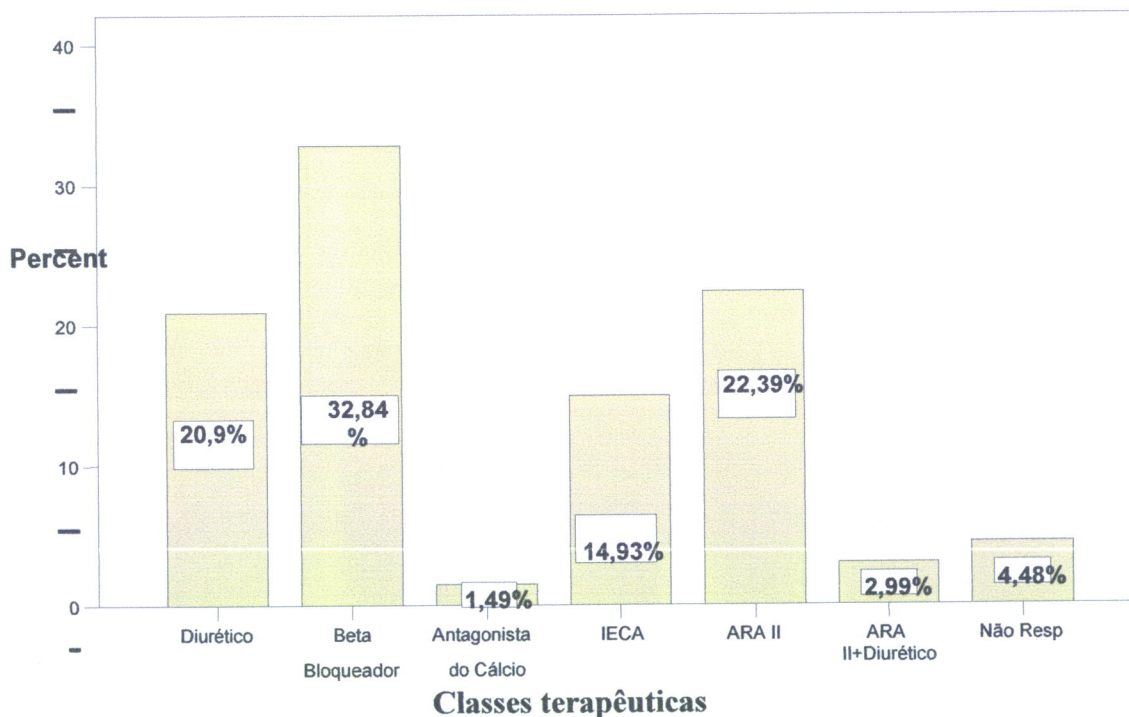


Fig.19) Prescrição inicial para doentes com HTA sem patologia associada para três classes etárias. Observa-se que 32,84% dos médicos prescrevem inicialmente para doentes com HTA sem patologia e com menos de 45 anos o Beta Bloqueador, seguindo-se o ARA II para (22,39%) dos médicos) e o Diurético para ( 20,9%).

### Prescrição inicial para doentes com HTA sem patologia e com idade entre os 45 e os 65 anos

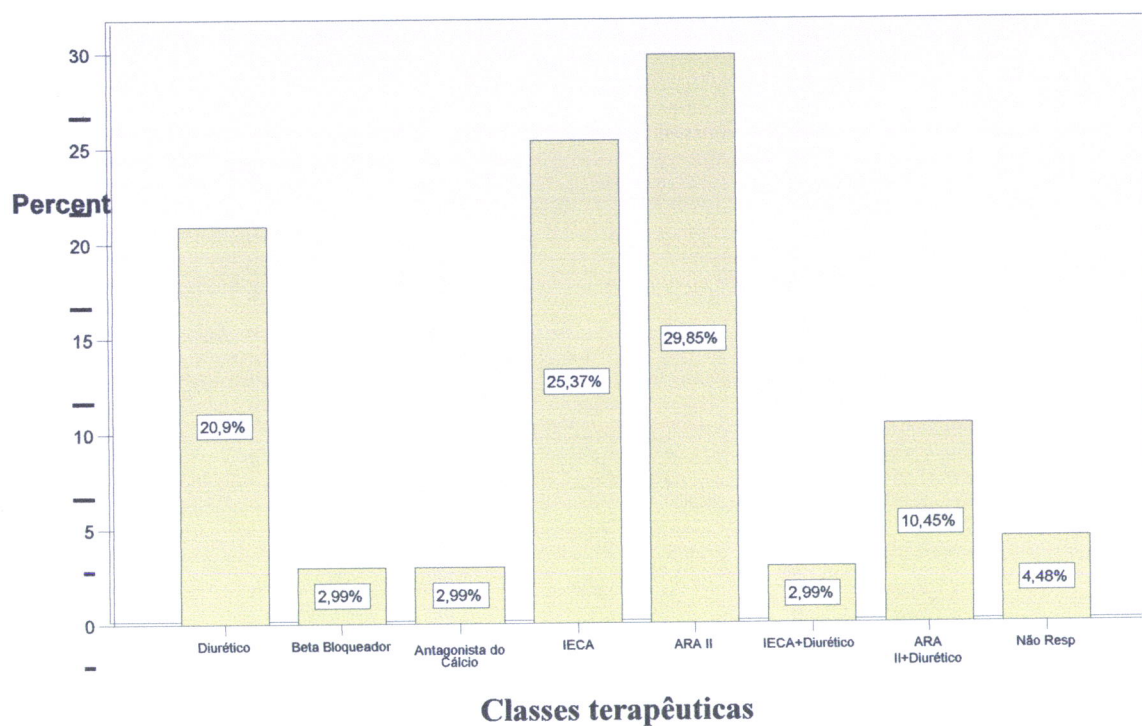


Fig. 20) Prescrição inicial para doentes com HTA sem patologia e com idade entre os 45 e os 65 anos. Verifica-se que para doentes com HTA sem patologia e com idades compreendidas entre os 45 e 65 anos, cerca de 29,85% dos médicos prescrevem inicialmente o ARA II, seguindo-se o IECA para (25,37%) e o Diurético para (20,9%).

### Prescrição inicial para doentes com HTA sem patologia e com mais de 65 anos

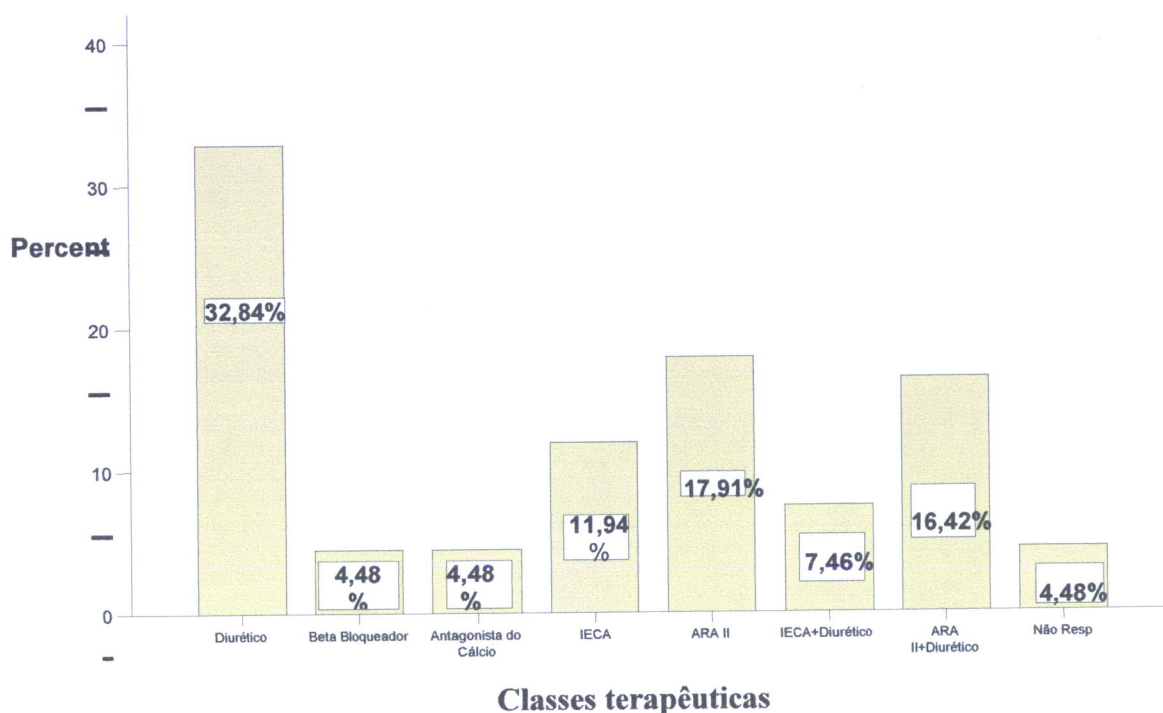


Fig.21- Prescrição inicial para doentes com HTA sem patologia e com mais de 65 anos. Observa-se que para doentes com HTA sem patologia associada e com mais de 65 anos, a maioria dos médicos (32,8%) prescrevem inicialmente o Diurético, seguindo-se o ARA II para (17,9%) e o ARA II + Diurético para (16,4%).

*Procurou-se utilizar a Análise Factorial de Correspondências para evidenciar as relações existentes entre as variáveis faixas etárias e terapêuticas e confirmar o tipo de relação existente.*

#### Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,450	,203			,790	,790	,061	,085
2	,232	,054			,210	1,000	,071	
Total		,256	49,224	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000		

a. 12 degrees of freedom

Fig.22- Resumo dos resultados do SPSS

Analisando o resumo dos resultados obtidos do SPSS verifica-se que existe uma relação entre as colunas e linhas da tabela de contingência (estatística Chi-Quadrado).

Os resultados obtidos identificam 2 eixos que explicam a totalidade da inércia dos dados.

Para perceber a relação entre a terapêutica e as faixas etárias, atribuiu-se significado aos eixos retidos em função da faixa etária. Para tal analisaram-se as contribuições absolutas de cada faixa etária para a formação dos eixos. Retiveram-se as faixas etárias cuja a contribuição absoluta excediam 100/3 % (= 33,3%).

Os dois eixos interpretam-se da seguinte forma:

- O Eixo 1 associado à HTA em doentes com menos de 45 anos,
- O Eixo 2 associado à HTA em doentes com mais de 45 anos.

Overview Row Points<sup>a</sup>

Idade HTA	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		
					1	2	1	2	Total
HTA (<45 Anos)	,333	,940	-,094	,133	,654	,013	,995	,005	1,000
HTA (>65 Anos)	,333	-,583	-,537	,073	,252	,415	,696	,304	1,000
HTA (45 - 65Anos)	,333	-,356	,631	,050	,094	,573	,382	,618	1,000
Active Total	1,000			,256	1,000	1,000			

a. Symmetrical normalization

Fig.23- Output SPSS – Contribuições Absolutas das Faixas Etárias

As faixas etárias e terapêuticas foram projectadas no espaço bi-dimensional formado pelos dois eixos retidos.

Tendo conta a interpretação atribuída aos eixos obtiveram-se **as seguintes conclusões:**

- 1) *A terapêutica Beta Bloqueador é prescrita para o tratamento de HTA em indivíduos com menos de 45 anos,*
- 2) *As terapêuticas IECA e o ARA II são prescritas para o tratamento de HTA em indivíduos entre os 45 anos e os 65 anos,*
- 3) *As terapêuticas Diurético, IECA+Diurético, ARA II +Diurético são prescritas para o tratamento de HTA em indivíduos com mais de 65 anos.*

## Questão 6-Projeção de Faixas Etárias e Terapêuticas nos eixos retidos

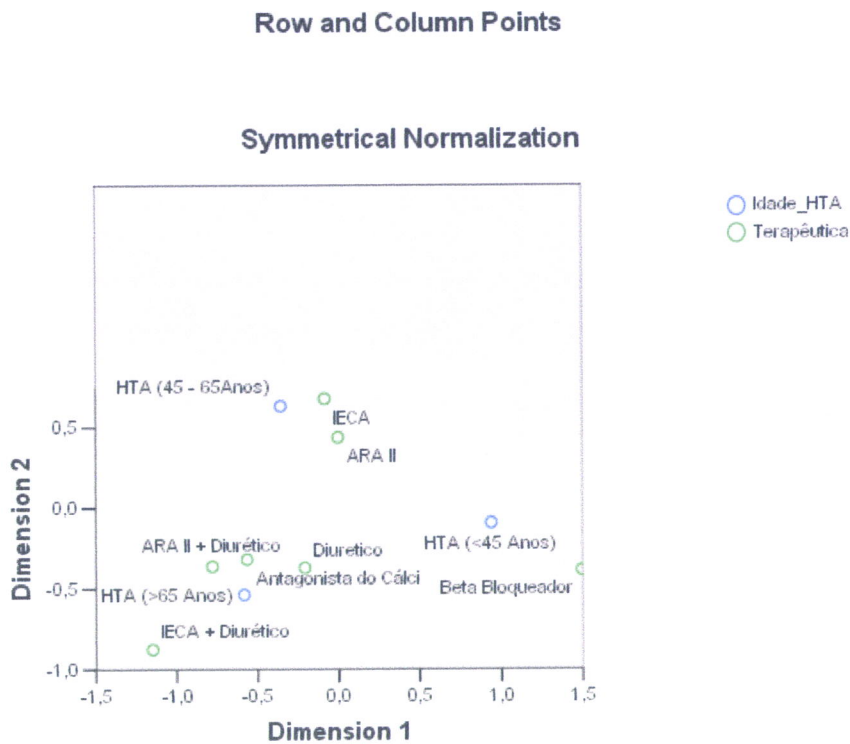


Fig.24- Gráfico de Análise Factorial de Correspondências: Projeção de Faixas Etárias e Terapêuticas nos eixos retidos



#### 4.12) Questão 7- Opção Terapêutica associada ao tipo de HTA

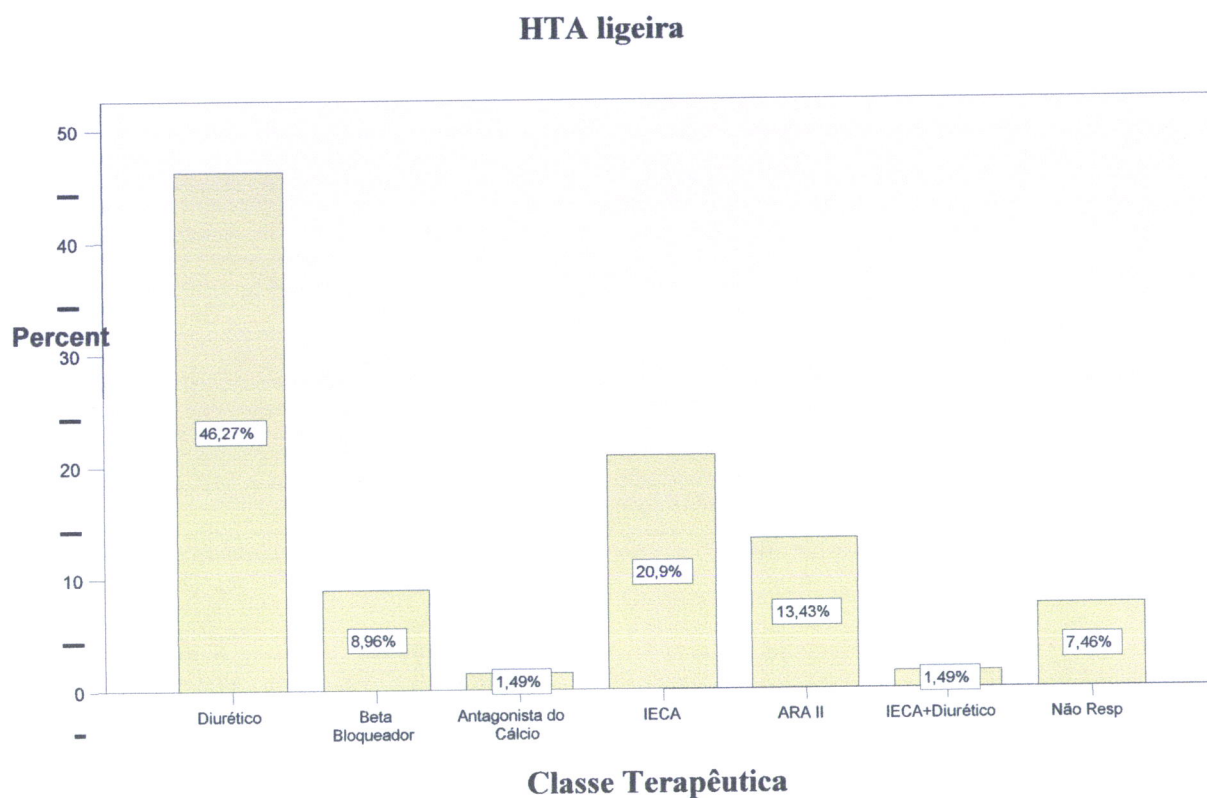


Fig. 25 – Gráfico sobre Opção Terapêutica associada à HTA ligeira. Verifica-se que para doentes com HTA ligeira, a maioria dos médicos (46,3%) prescrevem Diurético, seguindo-se o IECA (20,9%) e o ARA II (13,4%).

### HTA moderada

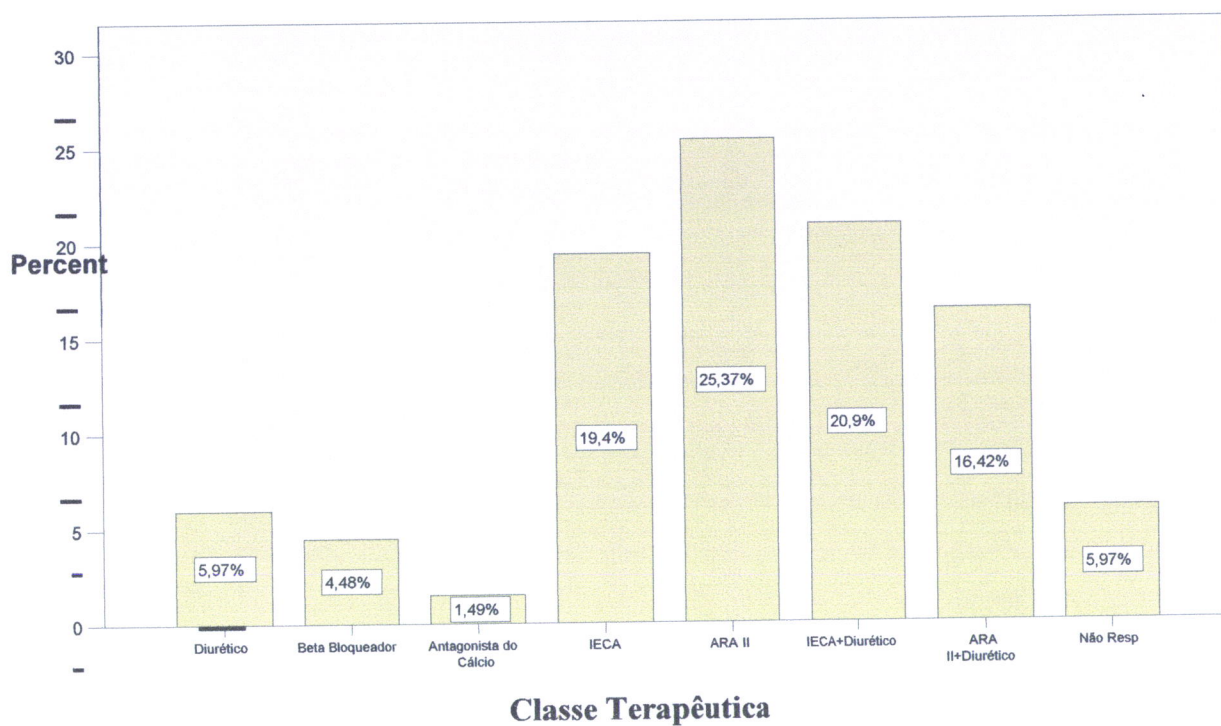


Fig. 26 – Gráfico sobre Opção Terapêutica associada à HTA moderada.

Verifica-se que para doentes com HTA moderada (25,4%) prescrevem ARA II, seguindo-se a associação de IECA + Diurético ( 20,9%) e o IECA (para 19,4%).

## HTA Não Ligeira

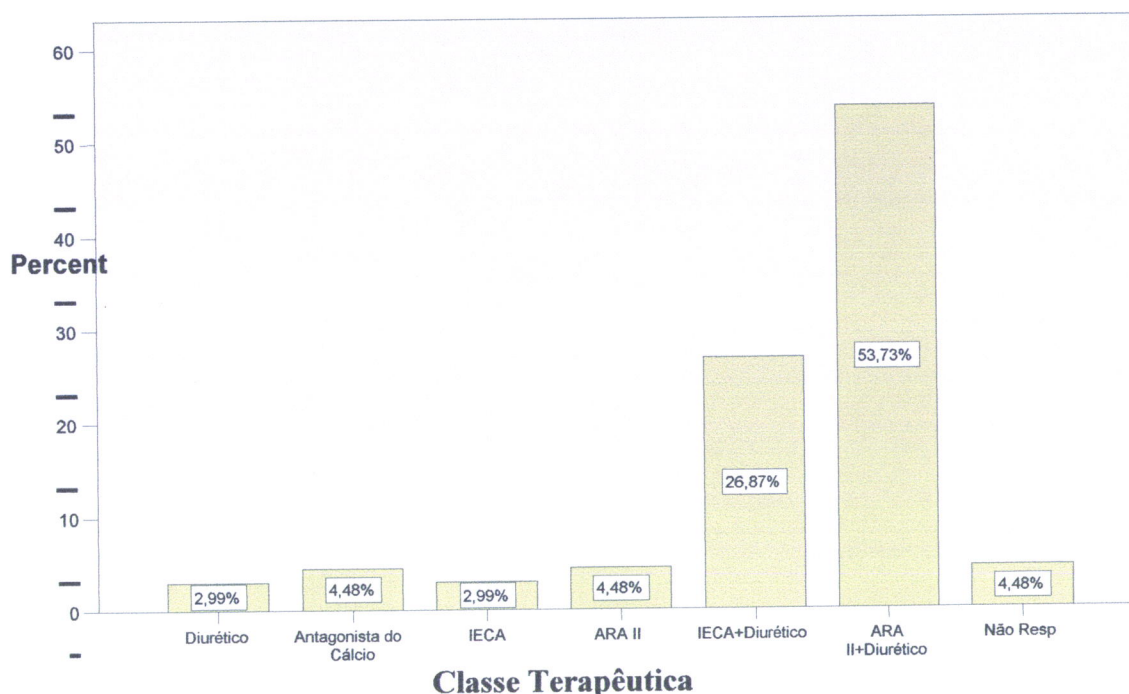


Fig. 27 – Gráfico sobre Opção Terapêutica associada à HTA Não Ligeira. Verifica-se que para doentes com HTA Não Ligeira, grande parte dos médicos (53,7%) prescrevem a associação de ARA II + Diurético, seguindo-se a associação de IECA + Diurético (26,9%).

Tal como para a análise anterior, utilizou-se a Análise Factorial de Correspondências.

### Resumo dos resultados do SPSS

#### Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,747	,557			,827	,827	,037	,319
2	,342	,117			,173	1,000	,065	
Total		,674	127,391	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000		

a. 12 degrees of freedom

Fig.28- Output SPSS sobre a inércia dos dados

Analisando o resumo dos resultados obtidos do SPSS verifica-se que existe uma relação entre as colunas e linhas da tabela de contingência (estatística Chi-Quadrado).

Os resultados obtidos identificam 2 eixos que explicam a totalidade da inércia dos dados.

Para perceber a relação entre a terapêutica e o grau de hipertensão, atribuiu-se significado aos eixos retidos em função do nível de gravidade. Para tal, analisaram-se as contribuições absolutas de cada

nível de gravidade para a formação dos eixos. Retiveram-se os níveis cuja a contribuição absoluta excediam 100/3% (= 33,3%).

Os dois eixos interpretam-se da seguinte forma:

- O Eixo 1 associado à HTA Não Ligeira e HTA Ligeira,
- O Eixo 2 associado à HTA Moderada.

Os níveis de gravidade e as terapêuticas foram projectadas no espaço bi-dimensional formado pelos dois eixos retidos.

Tendo conta a interpretação atribuída aos eixos obtiveram-se as seguintes conclusões:

- 1) *A terapêutica Diurético é prescrita para o tratamento de HTA Ligeira,*
- 2) *A terapêutica o ARA II + Diurético é prescrita para o tratamento de HTA Não Ligeira,*
- 3) *Verifica-se ainda, que existe uma forte tendência de utilização da associação entre IECA + Diurético para o tratamento deste nível de gravidade da HTA,*
- 4) *As terapêuticas ARA II, IECA e IECA+Diurético são utilizadas para o tratamento de HTA Moderada.*

#### 4.13) Análise Factorial de Correspondências: Terapêuticas e tipo de HTA

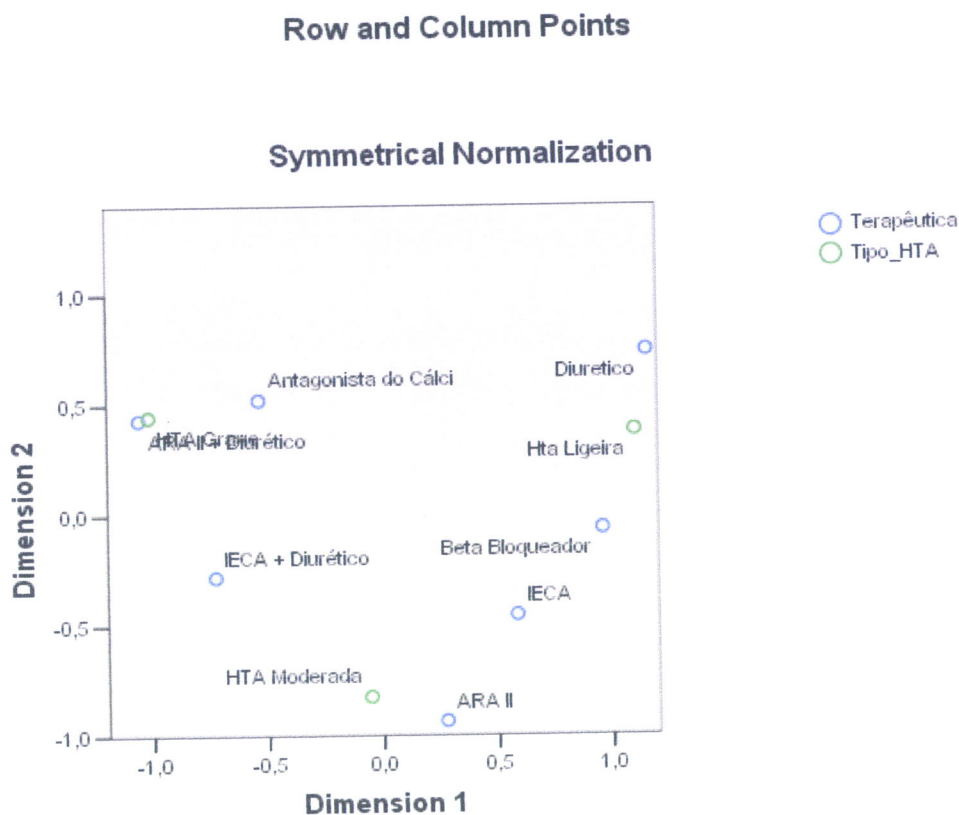


Fig.29-Gráfico de Análise Factorial de Correspondências: Projecção de Terapêuticas e Tipo de HTA nos eixos retidos

#### Anexo e) Gráfico de Perfil do Médico e classe terapêutica de prescrição para utente com HTA entre 45-65 anos sem patologia associada

Perante a maioria dos médicos inquiridos na faixa etária dos 51-60 anos de idade, bem como entre os 41 e 50 anos de idade, as principais opções terapêuticas são os ARAII e IECA, sendo que o Diurético aparece em terceiro lugar como opção de prescrição de classe terapêutica para utentes com HTA entre os 45-65 anos, sem patologia associada.

#### Anexo f) Gráfico de Perfil do Médico e classe terapêutica de prescrição para utente com HTA com mais de 65 anos sem patologia associada

Perante o utente Idoso (com mais de 65 anos de idade), a principal opção terapêutica é o Diurético, indicada pelos médicos de todos os quadrantes de idade.

**Anexo g) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com Diabetes Mellitus**

Perante um utente hipertenso de meia-idade com HTA e Diabetes Mellitus as principais opções terapêuticas são ARAII (40,3%) e IECA (32,84%) seguida de uma associação IECA+Diurético (14,93%).

**Anexo h) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com Dislipidemia**

Perante um utente hipertenso de meia-idade com HTA e Dislipidemia, as principais opções terapêuticas são ARAII (38,81%) e IECA (31,34%) seguida de uma associação ARAII+Diurético (11,94%).

**Anexo i) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com Obesidade**

Perante um utente hipertenso de meia-idade com HTA e Obesidade associada, os médicos de Medicina Geral e Familiar optam por indicar em primeiro lugar associações de classes terapêuticas como IECA+Diurético e ARAII+Diurético (20,9%) respectivamente, e só depois os ARAII (19,4%) e IECA com (14,93%).

**Anexo j) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com Insuficiência Cardíaca**

Perante um utente hipertenso de meia-idade com HTA e Insuficiência Cardíaca associada, é a associação IECA+Diurético com (34,33%) e IECA em monodose (22,39%) que assumem as principais preferências de prescrição, seguida da associação de ARAII+Diurético (11,94%).

**Anexo l) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com Cardiopatia Isquémica**

Perante um utente hipertenso de meia-idade com HTA e Cardiopatia Isquémica associada, são os Antagonistas do Cálcio (37,31%) e Betabloqueantes (26,87%) que assumem as principais preferências de prescrição, seguida da associação de ARAII (8,96%) IECA+Diurético e ARA II+Diurético (7,46%) IECA (5,97%) e Diurético (1,49%).

**Anexo m) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com Stress/Ansiedade**

A terapêutica eleita por (71,64%) dos médicos de Medicina Geral e Familiar inquiridos são os Betabloqueantes perante esta tipologia. Segue-se depois os IECA e ARAII com (5,97%) os Diuréticos (2,99%) e só depois Antagonistas do Cálcio (1,49%).

**Anexo n) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com HVE**

Perante um utente hipertenso de meia-idade com HTA e HVE associada, a principal terapêutica são os IECA (32,84%) seguida de ARAII e IECA+ Diurético (22,39%) respectivamente. A associação entre ARAII+Diurético assume apenas (8,96% ) das preferências de prescrição.

#### **Anexo o) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com Doença Renal**

Perante o utente com HTA e doença renal associada, a primeira classe de prescrição eleita são os IECA (29,85%) e muito próximo os ARAII (28,36%). Quanto à associação de classes terapêuticas, quer os IECA e ARAII em associação com Diuréticos, assumem igualdade de divisão: (11,94%) .

#### **Anexo p) Gráfico da terapêutica na presença de um Hipertenso de meia-idade (45 - 65 anos), com Síndrome Metabólica**

São as associações ARAII+Diurético com (29,85%) das preferências do total de médicos de Medicina Geral e Familiar inquiridos que lidera a preferência de prescrição para esta tipologia do utente seguida do ARAII em monodose (26,87%) IECA (17,91%) IECA+Diurético (13,43%) Diurético (2,99%) Betabloqueante e Antagonista do Cálcio (1,49%) respectivamente.

#### **4.14) Resumo: Perfil do Médico quanto à classe de prescrição**

Quanto à relação entre o perfil do médico e as classes terapêuticas de adopção em função da idade do utente, verificamos que os *Betabloqueantes* são uma classe terapêutica mais prescrita por Centros de Saúde em meio Rural ao passo que o *Diurético* e os *ARAI* assumem maior destaque nos Centros de Saúde Urbanos, quer nos de Meio Rural como Grande Cidade.

Se compararmos a idade dos médicos inquiridos com as classes terapêuticas prescritas, verificamos que o médico mais velho (entre 51-60 anos de idade), de Medicina Geral e Familiar optam pelos Betabloqueantes e pelos ARAII, ao passo que médicos mais novos ( 41-50 anos de idade), optam em primeiro lugar pelos Betabloqueantes mas em segundo lugar pelos Diuréticos.

Quanto à prescrição pelo *utente sem patologia associada* nos utentes adultos, o perfil do médico mais velho (51-60 anos) caracteriza-se por uma prescrição em monodose: os ARAII e os IECA, ao passo que o médico entre os 41-50 anos, opta por um Betabloqueante e por um IECA quase em igualdade de preferências.

No utente *Idoso hipertenso*, as opções são diferentes: os médicos entre os 51-60 anos de idade, optam por prescrever Diuréticos, ARAII e em terceiro lugar IECA, ao passo que os médicos na faixa etária dos 41 -50 anos de idade, optam por um Diurético e um *ARAI + Diurético* em associação.

Os médicos do sexo masculino preferem nos utentes com menos de 45 anos indicar Betabloqueantes e em segunda opção ARAII, ao passo que as médicas do sexo feminino optam também pelos Betabloqueantes mas em segunda opção pelos Diuréticos.

Para o utente idoso, ambos os sexos preferem como primeira aposta um Diurético ao passo que em segundo lugar de escolha, o médico homem prefere optar por um Betabloqueante e a médica mulher por ARAII.

## 4.15) Análise Factorial de Correspondências entre patologia e terapêutica

### Resumo dos resultados do SPSS

Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value		
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation	
								2	3
1	,716	,513			,578	,578	,036	,195	,077
2	,425	,180			,203	,781	,057		,037
3	,359	,129			,145	,926	,040		
4	,234	,055			,062	,988			
5	,088	,008			,009	,996			
6	,056	,003			,004	1,000			
Total		,888	505,128	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000			

a. 48 degrees of freedom

Fig.30-Resumo dos Resultados do SPSS quanto à análise factorial de correspondências entre classes terapêuticas e patologias

Analisando o resumo dos resultados obtidos do SPSS verifica-se que existe uma relação entre as colunas e linhas da tabela de contingência (estatística Chi-Quadrado).

Dos resultados obtidos, foram retidos 3 eixos que explicam 92,6% da inércia dos dados.

Para perceber a análise entre a terapêutica e as patologias, atribuiu-se significado aos eixos retidos em função das patologias. Para tal analisaram-se as contribuições absolutas de cada patologia para a formação dos eixos. Retiveram-se as patologias cuja a contribuição absoluta excediam (100/9%).

(= 11,11%).

Assim o resultado dos três eixos identifica as seguintes associações:

- O Eixo 1 associado às patologias Stress e Cardiopatia,
- O Eixo 2 associado às patologias Stress e Cardiopatia,
- O Eixo 3 associado às patologias Insuficiência Cardíaca, Diabetes, Obesidade e Dislipidémia.

As duas patologias Stress e Cardiopatia aparecem nos dois eixos porque procurou-se reduzir o espaço formado pelas variáveis representativas das patologias, e em seguida fazer a associação às terapêuticas. No eixo 1 a patologia Cardiopatia tem maior peso e no eixo 2 é o Stress. A separação em dois eixos surge porque o modelo associa desta forma a prescrição de Antagonista de Cálcio para o tratamento da Cardiopatia e o Beta bloqueador para o tratamento para o Stress.

(A identificação dos eixos serve para associar terapêuticas a patologias).



## Output SPSS – Contribuições Absolutas das Patologias

Overview Row Poiñts

Patologia	Mass	Score in Dimension			Inertia	Contribution						
		1	2	3		Of Point to Inertia of Dimension			Of Dimension to Inertia of Point			Total
						1	2	3	1	2	3	
Cardiopatia	,112	-,949	1,638	-,117	,201	,142	,711	,004	,360	,637	,003	1,000
Diabetes	,111	,534	-,262	-,743	,056	,044	,018	,170	,405	,058	,393	,856
Dislipid�ma	,111	,472	-,267	-,758	,045	,034	,019	,177	,396	,076	,513	,984
Doença Renal	,112	,440	,215	-,237	,022	,030	,012	,018	,694	,098	,101	,893
HVE	,111	,467	-,036	-,083	,027	,034	,000	,002	,632	,002	,010	,644
Insufici�ncia Card�	,112	,268	-,117	1,237	,076	,011	,004	,479	,075	,009	,807	,891
Obesidade	,111	,325	-,109	,683	,034	,016	,003	,144	,249	,016	,552	,818
S�ndrome Metab�l	,111	,485	-,164	,093	,051	,036	,007	,003	,369	,025	,007	,401
Stress	,109	-,2070	-,940	-,090	,375	,652	,226	,002	,890	,109	,001	1,000
Active Total	1,000				,888	1,000	1,000	1,000				

a. Symmetrical normalization

Fig.31- Output SPSS- Contribui es absolutas entre classes terapêuticas e patologias

Em seguida, as patologias e terapêuticas foram projectadas em espaços bi-dimensionais formados pelos eixos retidos.

Tendo conta a interpretao atribuída aos eixos obtiveram-se as seguintes conclusões:

- 1) A terapêutica Antagonista do Cálcio   prescrita para o tratamento de HTA com Cardiopatia como patologia associada;
- 2) A terapêutica BetaBloqueador   prescrita para o tratamento de HTA com a patologia Stress associada ao utente;
- 3) As terapêuticas ARA II + Diurético e IECA + Diurético são prescritas para o tratamento de HTA com Obesidade associada;
- 4) A terapêutica ARA II   prescrita para o tratamento de HTA com Diabetes ou Dislipidémia associadas;
- 5) A terapêutica IECA+Diurético   prescrita para o tratamento de HTA com Insuficiência Cardíaca.

#### 4.16) Questão nº 8- Análise Factorial de Correspondências – Patologia e terapêutica

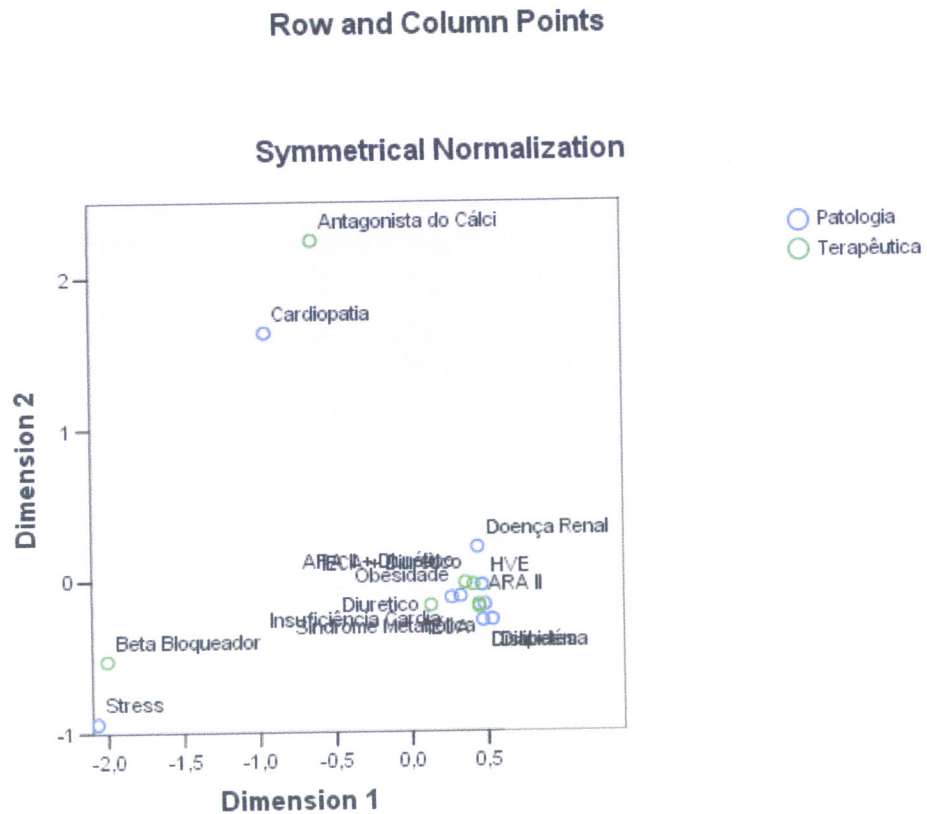


Fig.32- Gráfico – Análise Factorial de Correspondências entre patologias e classes terapêuticas

- 1) A terapêutica ARAII é prescrita para o tratamento da HTA com Doença Renal associada,
- 2) A terapêutica Antagonista do Cálcio é prescrita para o tratamento da HTA com Síndrome Metabólica,
- 3) A terapêutica ARAII é prescrita para o tratamento da HTA com Diabetes Mellitus associada,
- 4) A terapêutica IECA é prescrita para o tratamento da HTA com HVE associada.

## Row and Column Points

### Symmetrical Normalization

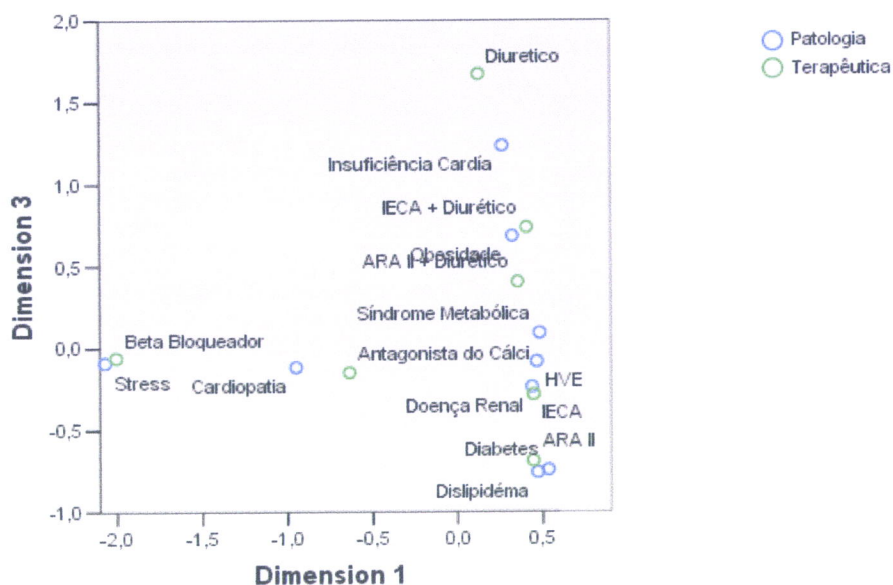


Fig.33- Gráfico – Análise Factorial de Correspondências entre patologias e classes terapêuticas

- 1) A terapêutica IECA+Diurético e ARAII+Diurético é prescrita para o tratamento da HTA com Obesidade;
- 2) A terapêutica Betabloqueador é prescrita para o tratamento da HTA com Stress;
- 3) A terapêutica ARAII é prescrita para o tratamento da HTA com Diabetes Mellitus associada;
- 4) A terapêutica IECA é prescrita para o tratamento da HTA com HVE associada.

#### **4.17) Questão nº9 -Análise factorial entre classes terapêuticas e utentes com HTA com e sem patologia associada**

Através da Análise Factorial de Correspondências procurou-se estabelecer a relação entre a escolha das classes terapêuticas para doentes de entre os 45-65 anos de idade com HTA e sem patologia associada.

As conclusões são apresentadas em seguida:

*Observa-se que as classes terapêuticas prescritas para doentes com HTA sem patologia diferem em relação aos doentes com Diabetes Mellitus, na medida em que os ARAII são a terapêutica de adopção:*

- 1) Observa-se que os utentes sem patologia a quem era receitado o Diurético, no caso de ter Diabetes Mellitus, é receitado em maior percentagem o Betabloqueante,
- 2) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado ARAII, no caso de ter Diabetes é prescrito um Betabloqueador ( *ver Anexo o – Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com Diabetes Mellitus*),
- 3) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado ARAII, no caso de ter Dislipidémia é prescrito um Betabloqueador ( *ver Anexo p– Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com Dislipidémia*),
- 4) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado ARAII, no caso de ter Obesidade é prescrito um Diurético ( *ver Anexo q – Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com Obesidade*),
- 5) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado ARAII, no caso de ter Insuficiência Cardíaca é prescrito um Diurético ( *ver Anexo r – Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com Insuficiência Cardíaca*),
- 6) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado IECA, Diurético e ARAII em pé de igualdade, no caso de ter Cardiopatia Isquémica é prescrito um Diurético ( *ver Anexo s Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com Cardiopatia Isquémica*),
- 7) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado IECA e ARAII em pé de igualdade, no caso de ter Stress/Ansiedade é prescrito um Diurético ( *ver Anexo t – Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com Stress/Ansiedade*),

- 8) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado IECA é prescrito um no caso de ter HVE, é prescrito um Diurético (*ver Anexo u – Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com HVE*),
- 9) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado IECA é prescrito um no caso de ter Doença Renal é prescrito um Diurético (*ver Anexo v – Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com Doença Renal*),
- 10) Os utentes de meia-idade (45-65 anos) sem patologia a quem era receitado ARAII é prescrito um no caso de ter Síndrome Metabólica é prescrito um Diurético (*ver Anexo x- Gráfico da relação entre prescrições para utentes com HTA de meia-idade sem patologia com Síndrome Metabólica*).

#### **4.18) Análise do perfil médico em utentes de meia idade com patologia**

Vejamos como o perfil do médico quanto ao Centro de Saúde onde exerce actividade, Sexo (Masculino/Feminino), Idade e Escola Médica interfere na variação da prescrição médica entre utentes de Meia-Idade (45-65 anos), hipertensos com diversas patologias associadas.

##### **Anexo z) Gráfico da relação entre Centro de Saúde e Utente de meia-idade com Diabetes Mellitus**

A maioria dos médicos de todos os Centros de Saúde optam por ARAII, inclusivamente na Grande Cidade em que a opção também se divide com IECA.

No caso de um utente de meia-idade com HTA e Diabetes Mellitus, a opção é um Betabloqueador.

##### **Anexo A1) Gráfico da relação entre Centro de Saúde e Utente de meia-idade com Dislipidémia**

Perante a maioria dos médicos dos Centros de Saúde que optam por prescrever ARAII, embora os do Centro de Saúde Rural prefiram IECA, perante um utente com HTA e Dislipidemia, a opção é um Betabloqueador.

##### **Anexo A2) Gráfico da relação entre Centro de Saúde e Utente de meia-idade com Obesidade**

As terapêuticas médicas variam de Centro de Saúde para Centro de Saúde, com excepção dos Centros de Saúde em Meio Urbano Rural e Meio Industrial com a opção ARAII+Diurético, IECA e IECA+Diurético no Centro Rural, e Grande Cidade em que a opção é IECA e ARAII. Perante o utente de meia-idade com HTA e Obesidade, a opção é um Diurético.

##### **Anexo A3) Gráfico da relação entre Centro de Saúde e Utente de meia-idade com Insuficiência Cardíaca**

As terapêuticas médicas dos médicos dos Centros de Saúde Urbanos e Rural são IECA+Diurético e Grande Cidade ARAII+Diurético. Perante o utente com HTA e Insuficiência Cardíaca, a opção é o Diurético.

##### **Anexo A4) Gráfico da relação entre Centro de Saúde e Utente de meia-idade com Cardiopatia Isquémica**

Os médicos do Centro de Saúde Rural e Urbano em Meio Industrial preferem Antagonista do Cálcio, e Betabloqueante na Grande Cidade e Urbano em Meio Rural.

Perante um utente com HTA e Cardiopatia Isquémica a opção é um Diurético.

#### **Anexo A5) Gráfico da relação entre Centro de Saúde e Utente de meia-idade com Stress/Ansiedade**

A opção de um Betabloqueador é unânime quanto aos médicos dos Centros de Saúde. Perante um utente com HTA com Stress/Ansiedade a opção é um Diurético.

#### **Anexo A6) Gráfico da relação entre Centro de Saúde e Utente de meia-idade com HVE**

Os médicos dos Centros de Saúde Urbanos e da Grande Cidade optam por prescrever um IECA, ao passo que os médicos do Centro de Saúde Rural preferem uma associação : IECA+Diurético. Perante um utente com HTA e HVE a opção é um Diurético.

#### **4.19) Análise por Centro de Saúde e patologia associada no utente hipertenso de meia-idade (45-65 anos):**

Os médicos do Centro de Saúde de Medicina Geral e Familiar:

- Na Região Rural a opção terapêutica é: IECA;
- Do meio Urbano em Meio Rural e Urbano em Meio Industrial: ARAII;
- Da Grande Cidade: ARAII e IECA.

No entanto, perante o utente de Meia- Idade hipertenso com Diabetes Mellitus associada, a opção terapêutica é um Betabloqueante,

*No utente de Meia Idade Hipertenso com Dislipidémia associada, a opção terapêutica destes Médicos de Medicina Geral e Familiar é um Betabloqueante.*

Quando as opções de prescrição do Médico de Medicina Geral e Familiar dos Centros de Saúde são:

- No Meio Rural: IECA e IECA+Diurético,
- Em Urbano em Meio Rural e Urbano em Meio Industrial: ARA II + Diurético,
- Na Grande Cidade: IECA e ARAII,

*Os médicos de Medicina Geral e Familiar prescrevem para utente de Meia Idade Hipertenso com Obesidade um Diurético.*

Quando as opções de prescrição do Médico de Medicina Geral e Familiar dos Centros de Saúde são: no Meio Rural: IECA+Diurético,

- No Urbano em Meio Rural: IECA+Diurético,
- No Urbano em Meio Industrial: IECA+Diurético,
- Na Grande Cidade: IECA+ARAII+Diurético,

*Os médicos de Medicina Geral e Familiar prescrevem para utente de Meia Idade Hipertenso com Insuficiência Cardíaca um Diurético.*

Quando as opções de prescrição do Médico de Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde são:

- No Meio Rural: Antagonista do Cálcio,
- Urbano em Meio Rural: Betabloqueador,
- Urbano em Meio Industrial: Antagonista do Cálcio,
- Grande Cidade: Antagonista do Cálcio e Betabloqueador em igualdade,

*Os médicos de Medicina Geral e Familiar prescrevem para utente de Meia Idade Hipertenso com Cardiopatia Isquémica um Diurético.*

Quando as opções de prescrição do Médico de Medicina Geral e Familiar em todos Centros de Saúde são Betabloqueadores, *os médicos de Medicina Geral e Familiar prescrevem para utentes de Meia Idade Hipertenso com Stress/Ansiedade um Diurético.*

Quando as opções de prescrição em todos os Médicos de Medicina Geral e Familiar em todos os Centros de Saúde para o utente hipertenso são Betabloqueantes:

*Os médicos prescrevem para utente de Meia Idade Hipertenso com HVE um Diurético.*

Quando as opções de prescrição do Médico de Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde são:

- No Meio Rural: Antagonista do Cálcio,
- No Urbano em Meio Rural: Betabloqueador,
- No Urbano em Meio Industrial: Antagonista do Cálcio,
- Grande Cidade: Antagonista do Cálcio e Betabloqueador em igualdade,

*Os médicos de Medicina Geral e Familiar prescrevem para utente de Meia Idade Hipertenso com Síndrome Metabólica um Diurético.*

#### **4.20) Análise por idade do médico e patologia associada no utente hipertenso de meia-idade (45-65 anos de idade):**

##### **Anexo A7) Gráfico da Idade do Médico e Utente de meia-idade com Dislipidémia**

Os médicos com idades entre os 51 a 60 anos de idade e mais de 60 anos de idade que indicam ARAII e os médicos com 41 a 50 anos de idade que indicam IECA, perante um Utente com HTA e Dislipidémia prescrevem um Diurético.

##### **Anexo A8) Gráfico da Idade do Médico e Utente de meia-idade com Obesidade**

Os médicos entre 41 e 50 anos de idade que preferem : IECA+Diurético, entre 51 a 60 anos de idade que prescrevem ARAII, e mais de 60 anos de idade em que as opções se dividem entre ARAII e Antagonista do Cálcio, perante um utente hipertenso de meia-idade com Obesidade associada a opção é um Diurético.

##### **Anexo A9) Gráfico da Idade do Médico e Utente de meia-idade com Cardiopatia Isquémica**

Os médicos de todas as faixas etárias que optam maioritariamente pelo Antagonistas do Cálcio ou Betabloqueador, perante um utente hipertenso de meia-idade com Insuficiência Cardíaca a opção é um Diurético.

##### **Anexo A10) Gráfico da Idade do Médico e Utente de meia-idade com Stress/Ansiedade**

Quando a opção dos médicos de todas as faixas etárias é um Betabloqueante, perante um utente de meia idade com Stress/Ansiedade a opção é um Diurético.

##### **Anexo A11) Gráfico da Idade do Médico e Utente de meia-idade com Insuficiência Cardíaca**

Os médicos entre os 41 a 60 anos de idade optam pela associação IECA+Diurético, ao passo que entre a faixa etária mais nova a prescrição divide-se com Diurético e IECA.

Nos médicos com mais de 60 anos de idade a opção divide-se também com a associação ARAII+Diurético. Perante um utente com HTA e Insuficiência Cardíaca a opção destes médicos é um Diurético.

#### **Anexo A12) Gráfico da Idade do Médico e Utente de meia-idade com HVE**

Os médicos entre os 30 aos 60 anos de idade que indicam em primeiro lugar IECA, sendo que com mais de 60 anos de idade indicam entre ARAII ou IECA+Diurético. Perante um utente hipertenso com HVE (Hipertensão Grave), a opção é um Diurético.

#### **Anexo A13) Gráfico da Idade do Médico e Utente de meia-idade com Doença Renal**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar mais novos têm diferentes opções de prescrição ao passo que entre os 41 a 60 anos de idade a opção que predomina é o IECA e com mais de 60 anos de idade uma associação ARAII+Diurético, perante um utente com HTA e Doença Renal a terapêutica de adopção é um Diurético.

#### **Anexo A14) Gráfico da Idade do Médico e Utente de meia-idade com Síndrome Metabólica**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar mais novos têm diferentes opções de prescrição (IECA, ARAII e ARAII+Diurético), bem como entre os 41 e 50 anos de idade. Apenas entre os 51 e os 60 anos de idade as opções de prescrição incidem sobre os ARAII e os ARAII+Diurético. Perante um utente com HTA e Síndrome Metabólica, a terapêutica de adopção é um Diurético.

#### **4.21) Resumo: análise por idade do médico e patologia associada no utente hipertenso de meia-idade (45-65 anos de idade):**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar que têm:

- Entre 30 a 40 anos de idade prescrevem: Betabloqueador, IECA e ARAII+ Diurético,
- Entre 41 a 50 anos de idade prescrevem: IECA,
- Entre 51 a 60 anos de idade prescrevem: ARAII,
- Mais de 60 anos de idade prescrevem: ARAII,

*Perante o utente hipertenso de Meia-idade (45-65 anos de idade) com Diabetes Mellitus, a opção terapêutica é um Betabloqueador,*

Os médicos de Medicina Geral e Familiar que têm:

- Entre 30 a 40 anos de idade prescrevem: Diurético, Betabloqueantes e ARAII+Diurético em simultâneo,
- Entre 41 a 50 anos de idade prescrevem: IECA+Diurético,
- Entre 51 a 60 anos de idade prescrevem: ARAII,
- Mais de 60 anos de idade prescrevem: Antagonista do Cálcio e IECA+Diurético,

*Perante o utente hipertenso de Meia-idade (45-65 anos de idade) com Obesidade, a opção terapêutica é um Diurético.*

Os médicos de Medicina Geral e Familiar que têm:

- Entre 30 a 40 anos de idade prescrevem: Diurético, IECA e IECA+Diurético,
- Entre 41 a 50 anos de idade prescrevem: IECA+ Diurético,
- Entre 51 a 60 anos de idade prescrevem: IECA+Diurético
- Mais de 60 anos de idade prescrevem: Antagonista do Cálcio e IECA+Diurético,

*Perante o utente hipertenso de Meia-idade (45-65 anos de idade) com Insuficiência Cardíaca, a opção terapêutica é um Diurético.*



Os médicos de Medicina Geral e Familiar:

- Entre 30 a 40 anos de idade prescrevem: Betabloqueador,
- Entre 41 a 50 anos de idade prescrevem: Betabloqueador,
- Entre 51 a 60 anos de idade prescrevem: Antagonista do Cálcio e Betabloqueador,
- Mais de 60 anos de idade prescrevem: Betabloqueador.

*Perante o utente hipertenso de Meia-idade (45-65 anos de idade), com Cardiopatia Isquémica, a opção terapêutica é um Diurético.*

Os médicos de Medicina Geral e Familiar de todas as faixas etárias que prescrevem Betaloqueantes:

- *Perante o utente hipertenso de Meia-idade (45-65 anos de idade), com Stress/Ansiedade, a opção terapêutica é um Diurético.*

Os médicos de Medicina Geral e Familiar:

- Entre 30 a 40 anos de idade prescrevem: IECA,
- Entre 41 a 50 anos de idade prescrevem: IECA,
- Entre 51 a 60 anos de idade prescrevem: IECA,
- Mais de 60 anos de idade prescrevem: ARAII e IECA+ Diurético em pé de igualdade,

*Perante o utente hipertenso de Meia-idade (45-65 anos de idade), com HVE, a opção terapêutica é um Diurético.*

Os médicos de Medicina Geral e Familiar:

- Entre 30 a 40 anos de idade prescrevem: Diurético, IECA, IECA+Diurético,
- Entre 41 a 50 anos de idade prescrevem: IECA
- Entre 51 a 60 anos de idade prescrevem: ARAII
- Mais de 60 anos de idade prescrevem: ARAII + Diurético,

*Perante o utente hipertenso de Meia-idade (45-65 anos de idade), com Doença Renal, a opção terapêutica é um Diurético.*

Os médicos de Medicina Geral e Familiar:

- Entre 30 a 40 anos de idade prescrevem: IECA e ARAII
- Entre 41 a 50 anos de idade prescrevem: IECA+ Diurético
- Entre 51 a 60 anos de idade prescrevem: ARAII e Betabloqueador
- Mais de 60 anos de idade prescrevem: ARAII + Diurético

*Perante o utente hipertenso de Meia-idade (45-65 anos de idade), com Síndrome Metabólica, a opção terapêutica é um Diurético.*

#### **4.22) Análise por sexo do médico e patologia associada no utente hipertenso de meia-idade (45-65 anos):**

1) O médico de Medicina Geral e Familiar do sexo feminino opta por um IECA e mas o médico do sexo masculino opta por ARAII . Contudo, *face ao utente hipertenso com Dislipidémia a opção de ambos é um Betabloqueador (ver Anexo A15- Gráfico Sexo do Médico - Utente de Meia-Idade com Dislipidémia).*

2) Quando a opção de prescrição de:

Médica do sexo feminino é: ARAII+Diurético,

Médico do sexo masculino é: ARAII+IECA+Diurético,

*Face ao utente de meia idade hipertenso com Obesidade, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A16- Gráfico Sexo do Médico - Utente de Meia-Idade com Obesidade).*

3) Quando a opção de prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar é do:

Sexo feminino: IECA+ Diurético,

Sexo masculino: IECA,

*Face ao utente de meia idade hipertenso com Insuficiência Cardíaca, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A17- Gráfico Sexo do Médico- Utente de Meia-Idade com Insuficiência Cardíaca).*

4) Quando a opção de prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar é do :

Sexo feminino: Betabloqueador e Antagonista do Cálcio,

Sexo masculino: Antagonista do Cálcio,

*Face ao utente de meia idade hipertenso com Cardiopatia Isquémica, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A18- Gráfico Sexo do Médico - Utente de Meia-Idade com Cardiopatia Isquémica).*

5) Quando a opção de prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar de ambos os sexos é o Betabloqueador.

*Face ao utente de meia idade hipertenso com Stress/Ansiedade, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A19- Gráfico Sexo do Médico -Utente de Meia-Idade com Stress/Ansiedade).*

6) Quando a opção de prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar de ambos os sexos é IECA:

*Face ao utente de meia idade hipertenso com HVE, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A20- Gráfico Sexo do Médico Utente de Meia-Idade com HVE).*

7) Quando a opção de prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar é do:

Sexo feminino: IECA,

Sexo masculino: ARAII,

*Face ao utente de meia idade hipertenso com Doença Renal, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A21- Gráfico Sexo do Médico Utente de Meia-Idade com Doença Renal).*

8) Quando a opção de prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar é de ambos os sexos ARAII+Diurético, *face ao utente de meia idade hipertenso com Síndrome Metabólica, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A22- Gráfico Sexo do Médico Utente de Meia-Idade com Síndrome Metabólica).*

#### **4.23) Análise por Administração Regional de Saúde e patologia associada ao utente de meia-idade**

1) Verifica-se que existe uma discrepância quanto às opções de prescrição visto que os médicos de Medicina Geral e Familiar das ARS de : Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Norte, Alentejo, Algarve, têm opções de prescrição para ARAII e Diuréticos, *mas face ao utente com Dislipidémia, a opção de prescrição é consensual, um Betabloqueador ( ver Anexo A23- Gráfico Terapêutica de Prescrição por ARS face ao utente com HTA e Dislipidémia).*

2) Verifica-se que existe uma discrepância quanto às opções de prescrição visto que os médicos de Medicina Geral e Familiar das várias ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Norte, Alentejo, Algarve, têm opções de prescrição para associações como ARAII+ Diurético e IECA+ Diurético, *mas face ao utente com Obesidade, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A24- Gráfico Terapêutica de Prescrição por ARS face ao utente com HTA e Obesidade).*

3) Verifica-se que existe uma discrepância quanto às opções de prescrição visto que os médicos de Medicina Geral e Familiar das ARS de: Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Norte, Algarve, têm opções de prescrição para associações IECA+ Diurético (à excepção do Alentejo, em que a opção é IECA), *mas face ao utente com Insuficiência Cardíaca, a opção de prescrição é consensual, um Diurético (ver Anexo A25- Gráfico Terapêutica de Prescrição por ARS face ao utente com HTA e Insuficiência Cardíaca).*

4) Os médicos de Medicina Geral e Familiar das ARS de Lisboa e Vale do Tejo e Centro preferem Antagonistas do Cálcio, sendo que os restantes Betabloqueadores, *mas face ao utente com Cardiopatia Isquémica, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A26- Gráfico Terapêutica de Prescrição por ARS face ao utente com HTA e Cardiopatia Isquémica).*

5) Os médicos de Medicina Geral e Familiar das ARS que preferem indicar os Betabloqueadores, *face ao utente com Stress/Ansiedade, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A27- Gráfico Terapêutica de Prescrição por ARS face ao utente com HTA e Stress/Ansiedade).*

6) Os médicos de Medicina Geral e Familiar da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Alentejo e Algarve preferem o IECA, ao passo que os médicos da ARS Centro preferem ARA II. *Perante o utente com HVE, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A28- Gráfico Terapêutica de Prescrição por ARS face ao utente com HTA e HVE).*

7) Os médicos de Medicina Geral e Familiar da ARS de : Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Alentejo optam por indicar IECA ao contrário dos médicos da ARS Norte e Algarve, em que as opções de prescrição são ARAII. *Perante o utente com Doença Renal, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A29- Gráfico Terapêutica de Prescrição por ARS face ao utente com HTA e Doença Renal).*

8) Os médicos de Medicina Geral e Familiar da ARS de Lisboa e Vale do Tejo e Norte preferem associação ARAII+Diurético, ao passo que os médicos da ARS Centro e Algarve indicam ARAII. Os médicos da ARS Alentejo optam por IECA. *Perante o utente com Síndrome Metabólica, a opção de prescrição é um Diurético (ver Anexo A30- Gráfico Terapêutica de Prescrição por ARS face ao utente com HTA e Síndrome Metabólica).*

#### **4.24) Análise de terapêutica por (Escola Médica) do Médico de Medicina Geral e Familiar e prescrição no utente hipertenso de meia-idade com patologia associada**

##### **Anexo A31) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com Diabetes Mellitus**

Os médicos oriundos da Faculdade de Medicina do Porto e de Coimbra preferem ARAII ao passo que os de Lisboa, na Faculdade de Medicina a opção terapêutica de mais prevalência é o IECA enquanto que na de Ciências Médicas as opções repartem-se. *Perante um utente hipertenso de meia-idade com Diabetes Mellitus a classe terapêutica de prescrição é um Betabloqueador.*

##### **Anexo A32) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com Dislipidémia**

Os médicos oriundos das Faculdades de Medicina de Lisboa e do Porto e Instituto Abel Salazar optam por IECA, ao passo que os da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e Medicina de Coimbra optam pela classe terapêutica ARAII. *Perante um utente de meia-idade com Dislipidémia a classe terapêutica eleita é o Betabloqueador.*

##### **Anexo A33) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com Obesidade**

Como é possível verificar através do gráfico, os médicos de Medicina Geral e Familiar das Faculdades de Medicina de Lisboa e de Coimbra optam por associações de ARAII+Diurético, enquanto no Norte, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e Instituto Abel Salazar a terapêutica de opção é IECA+Diurético. Em Outras ( Faculdades), a opção é um IECA. *Contudo, perante o utente com Obesidade, a opção de prescrição destes médicos, é um Diurético.*

##### **Anexo A34) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com Insuficiência Cardíaca**

Como é possível verificar através do gráfico, os médicos de Medicina Geral e Familiar das Faculdades de Medicina de Lisboa, de Ciências Médicas de Lisboa e Medicina do Porto optam por associações de IECA+Diurético, enquanto o IECA em monodose são preferência de médicos da Faculdade de Medicina de Coimbra em pé de igualdade com o Instituto Médico Abel Salazar já que tanto optam por IECA em monodose como em associação com um Diurético..

*Contudo, perante o utente com HTA e Insuficiência Cardíaca, a opção de prescrição destes médicos é um Diurético.*

##### **Anexo A35) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com Cardiopatia Isquémica**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar das Faculdades de Medicina de Lisboa, de Ciências Médicas de Lisboa e Medicina do Porto e Medicina de Coimbra optam por Antagonistas do Cálcio, sendo que os Betabloqueantes são ministrados em pé de igualdade com os Antagonistas do Cálcio na Faculdade de Medicina do Porto.

A opção terapêutica dos Betabloqueantes é dos Médicos oriundos do Instituto Médico Abel Salazar. *Contudo, perante o utente com HTA e Cardiopatia Isquémica, a opção de prescrição destes médicos é um Diurético.*

**Anexo A36) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com Stress/Ansiedade**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar de todas as Faculdades de Medicina optam pela terapêutica dos Betabloqueantes mas perante o utente com HTA e Stress/Ansiedade, a opção de prescrição destes médicos é um Diurético.

**Anexo A37) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com HVE**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar de todas as Faculdades de Medicina que optam pelas terapêuticas IECA e ARAII como observamos no gráfico, perante o utente com HTA e HVE, a opção de prescrição destes médicos é um Diurético.

**Anexo A38) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com Doença Renal**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina de Lisboa e Ciências Médicas de Lisboa e Outra optam pela terapêutica IECA, enquanto os médicos pertencentes às restantes escolas médicas indicam a escolha terapêutica para ARAII.  
Como observamos na legenda do gráfico, perante o utente com HTA e Doença Renal, a opção de prescrição destes médicos é um Diurético.

**Anexo A39) Gráfico Terapêutica da Escola Médica e utente de Meia-idade com Síndrome Metabólica**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina de Lisboa optam por ARAII ao passo que os médicos da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e Medicina do Porto optam por ARAII+ Diurético. Em pé de igualdade quanto à mesma terapêutica estão os médicos da Faculdade de Medicina de Coimbra juntamente com a opção ARAII.  
Como observamos na legenda do gráfico, perante o utente de meia-idade com HTA e Síndrome Metabólica, a opção de prescrição destes médicos é um Diurético.

**4.25) Questão N° 14- Análise factorial de correspondências entre o utente com HTA e patologias associadas e classes terapêuticas**

**Resumo dos Resultados do SPSS**

Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,608	,387			,476	,476	,037	,308
2	,421	,177			,230	,707	,044	
3	,349	,122			,158	,865		
4	,273	,075			,087	,952		
5	,166	,027			,036	,997		
6	,045	,002			,003	1,000		
Total		,770	511,364	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000		

a. 54 degrees of freedom

**Fig.34- Resumo dos resultados do SPSS**

### Análise:

À semelhança do que foi verificado nas outras perguntas verifica-se que existe relação entre as variáveis, pois a estatística teste do Chi-Quadrado rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis (Sig.,000).

Foram extraídos 3 eixos que explicam 87% da inércia total dos dados.

Para explicação dos eixos em função das patologias foram analisadas as contribuições absolutas de cada uma. Retiveram-se as patologias cuja a contribuição absoluta excediam (100/10%) (= 10%).

- O Eixo 1 isola as patologias Cardiopatia e Stress/Ansiedade,
- O Eixo 2 isola as patologias Cardiopatia, Stress/Ansiedade e HTA Sistólica,
- O Eixo 3 está associado às patologias Cardiopatia e HTA Sistólica.
- **Output SPSS – Contribuições Absolutas das Patologias – Questão nº 14**

Overview Row Points

Patologia	Mass	Score in Dimension			Inertia	Contribution						
		1	2	3		Of Point to Inertia of Dimension			Of Dimension to Inertia of Point			Total
						1	2	3	1	2	3	
Cardiopatia	,101	-1,158	1,113	-1,076	,177	,223	,297	,335	,462	,297	,230	,989
Diabetes	,101	,557	-,468	-,262	,035	,052	,053	,020	,541	,268	,069	,875
Dislipidemia	,101	,507	-,283	-,412	,037	,043	,019	,049	,425	,092	,161	,678
Doença Renal	,096	,459	,052	-,274	,018	,034	,001	,021	,700	,008	,143	,849
HTA Sistólica Isolada	,099	-,311	1,016	1,146	,111	,016	,244	,374	,053	,391	,412	,855
HVE	,101	,543	-,263	-,189	,039	,049	,017	,010	,465	,076	,032	,573
Insuficiência Card.	,101	,187	,005	,604	,045	,006	,000	,108	,047	,000	,283	,330
Obesidade	,101	,379	,176	,419	,028	,024	,007	,051	,318	,048	,225	,591
Síndrome Metabólica	,101	,562	-,124	-,218	,030	,053	,004	,014	,643	,022	,056	,720
Stress/Ansiedade	,098	-1,761	-1,244	,273	,251	,501	,360	,021	,734	,255	,010	,999
Active Total	1,000				,770	1,000	1,000	1,000				

a. Symmetrical normalization

Fig.35- Output SPSS- Contribuições Absolutas das Patologias

Foram identificadas as relações seguintes entre patologias e terapêuticas com base nas projecções bi-dimensionais dos resultados e na interpretação :

1. *O tratamento de HTA associado a Stress/Ansiedade é efectuado com Beta-bloqueador,*
2. *A HTA associada a Cardiopatia é tratada com Antagonista do Cálcio,*
3. *A HTA associada à HTA Sistólica Isolada é tratada com Diurético.*

# Projeção de Patologias e Terapêuticas nos eixos retidos (Questão nº 14).

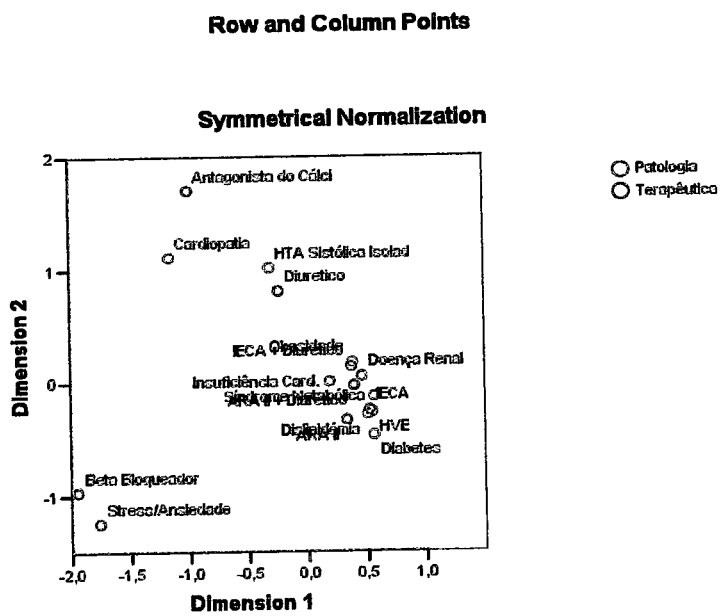


Fig.36) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre patologias e classes terapêuticas

Row and Column Points

Symmetrical Normalization

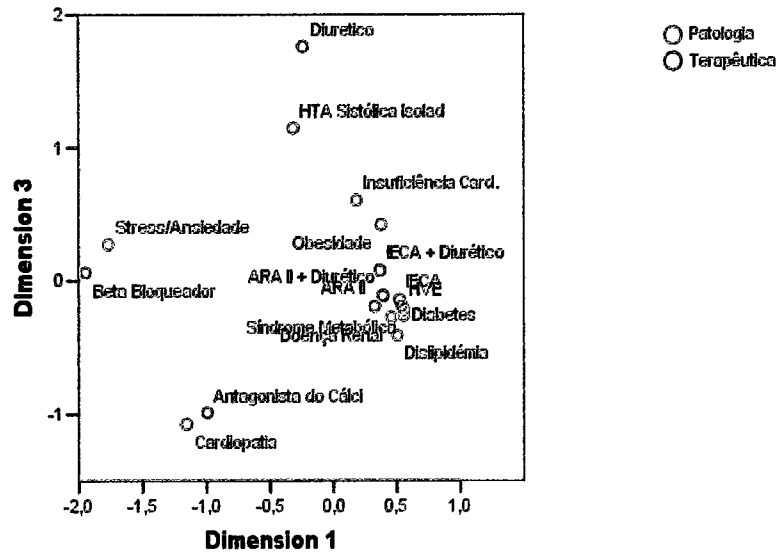


Fig.37) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre patologias e classes terapêuticas

Nível de frequência entre patologias associadas e Hipertensão Arterial

Resumo dos resultados do SPSS

Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value		
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation	
								2	3
1	,420	,176			,699	,699	,031	,089	-,096
2	,200	,040			,159	,858	,050		,030
3	,143	,020			,081	,938	,041		
4	,111	,012			,049	,987			
5	,057	,003			,013	1,000			
Total		,252	158,295	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000			

a. 45 degrees of freedom

Fig. 38) Resumo dos resultados do SPSS entre patologias associadas e Hipertensão Arterial

Tal como nas outras perguntas verifica-se que existe relação entre as variáveis, pois a estatística teste do Qui-Quadrado rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis.

Foram extraídos 3 eixos que explicam 93,8% da inércia total dos dados.



Para explicação dos eixos em função das patologias foram analisadas as contribuições absoluta de cada uma. Retiveram-se as patologias cuja a contribuição absoluta excediam (100/10 %) (= 10%).

1. O Eixo 1 isola as patologias Obesidade, Dislipidemia, Doença Renal, Cardiopatia, Insuficiência Cardíaca,
2. O Eixo 2 isola as patologias Doença Renal e Insuficiência Cardíaca,
3. O Eixo 3 está associado às patologias Diabetes, Obesidade e Insuficiência Cardíaca.

### Output SPSS – Contribuições Absolutas das Patologias

Overview Row Points

Patologia	Mass	Score in Dimension			Inertia	Contribution						
		1	2	3		Of Point to Inertia of Dimension			Of Dimension to Inertia of Point			Total
						1	2	3	1	2	3	
Cardiopatia	,100	,692	,019	-,337	,025	,114	,000	,080	,820	,000	,068	,888
Diabetes	,100	-,520	-,342	,606	,020	,065	,059	,259	,584	,120	,270	,974
Dislipidemia	,100	-,883	,004	-,054	,037	,186	,000	,002	,897	,000	,001	,898
Doença Renal	,100	,698	1,081	,208	,045	,117	,588	,031	,455	,522	,014	,991
HTA Sistólica Isolada	,100	,454	-,014	,206	,010	,049	,000	,030	,908	,000	,083	,972
HVE	,099	,007	-,407	,083	,005	,000	,082	,005	,000	,693	,021	,714
Insuficiência Card.	,099	,741	-,500	-,467	,035	,129	,123	,152	,656	,143	,089	,887
Obesidade	,100	-,936	,261	-,719	,046	,210	,034	,364	,801	,030	,160	,991
Síndrome Metabólica	,100	-,626	,275	,250	,020	,094	,038	,044	,816	,075	,044	,936
Stress/Ansiedade	,099	,390	-,398	,222	,011	,036	,078	,034	,574	,284	,063	,922
Active Total	1,000				,252	1,000	1,000	1,000				

a. Symmetrical normalization

Fig. 39) Resumo dos resultados do SPSS sobre Contribuições Absolutas das Patologias

#### Conclusões:

Foram identificadas as relações seguintes entre patologias e a frequência de HTA com base nas projecções bi-dimensionais dos resultados e na interpretação :

- *A HTA é muito frequentemente acompanhada de Dislipidemia e Diabetes,*
- *A HTA é acima da média acompanhada de Diabetes,*
- *A HTA é em média acompanhada de Insuficiência Cardíaca,*
- *A HTA é acompanhada com alguma frequência de Cardiopatia e de Doença Renal.*

#### 4.26) Análise Factorial – entre Patologias e Frequência da HTA nos eixos retidos

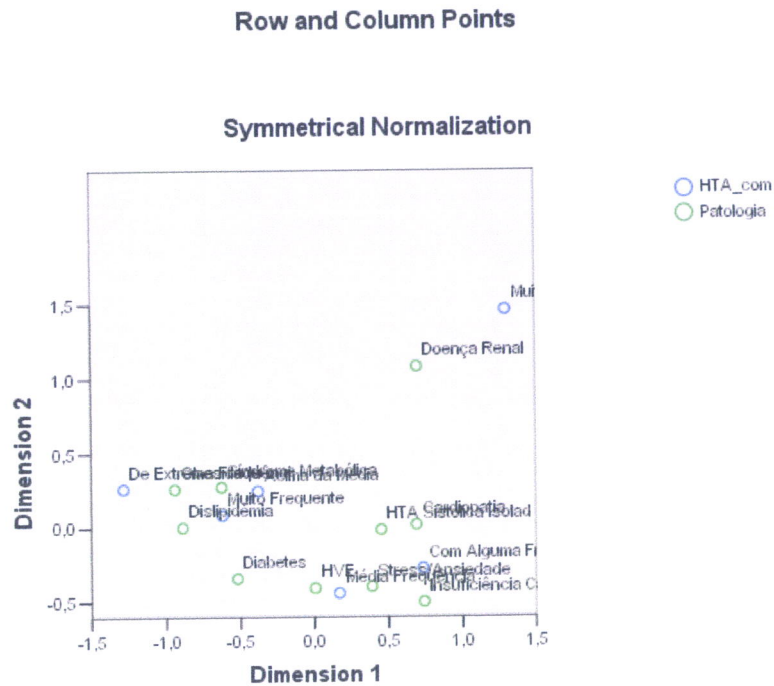


Fig. 40) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre frequência da HTA e patologias

**Comentários:**

Sugere-se o agrupamento das respostas que traduzam uma escala de resposta mais reduzida.

**Overview Column Points**

HTA_com	Mass	Score in Dimension			Inertia	Contribution						
		1	2	3		Of Point to Inertia of Dimension			Of Dimension to Inertia of Point			Total
						1	2	3	1	2	3	
Acima da Média	,191	-,379	,248	-,656	,027	,065	,059	,578	,433	,088	,441	,962
Com Alguma Frequ	,231	,734	-,275	,147	,061	,297	,087	,035	,860	,058	,012	,930
De Extrema Frequê	,041	-1,277	,264	,216	,032	,161	,014	,014	,892	,018	,009	,919
Média Frequência	,226	,168	-,441	-,154	,018	,015	,220	,038	,146	,482	,042	,670
Muito Frequente	,252	-,622	,084	,429	,048	,232	,009	,326	,844	,007	,136	,988
Muito Pouco Frequ	,057	1,295	1,461	,162	,066	,229	,611	,011	,610	,370	,003	,984
Active Total	1,000				,252	1,000	1,000	1,000				

a.Symmetrical normalization

Fig. 41) Output SPSS- entre frequência da HTA e terapêutica

As terapêuticas mais prescritas para casos gerais não estão representadas na análise das perguntas oito (8) dez (10) doze (12) e catorze (14).

Por exemplo, para o casos de HTA na Meia Idade (entre 45 e 65 anos), as classes terapêuticas mais prescritas são: ARA II e IECA.

No entanto, verifica-se que com base nos resultados recolhidos do inquérito tem contribuições muito baixas para o modelo construído para a pergunta oito (8) ou seja tem uma correlação baixa com os eixos extraídos.

#### 4.27) Questão n°9- Grau de concordância nas opções farmacológicas

Na HTA a opção farmacológica no Homem ou na mulher é a "mesma"

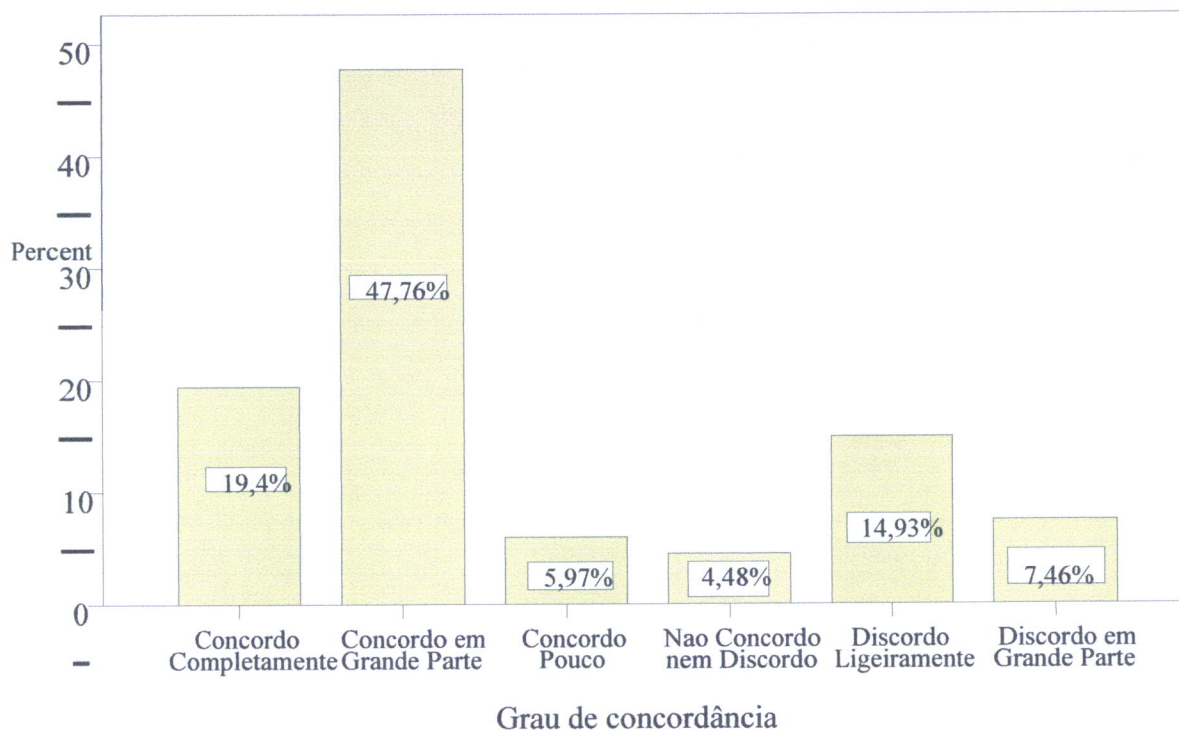


Fig.42) Gráfico Grau de Concordância com opção farmacológica Homem ou Mulher

Conclusão: A maioria dos inquiridos concorda em grande parte quanto ao facto de quer seja homem ou mulher hipertensa, a opção terapêutica ser a mesma.

#### 4.28) Questão nº 10- Opção terapêutica na presença de HTA da mulher em período perimenopáusic

##### Opção terapêutica na HTA em Mulher não obesa em período perimenopáusic

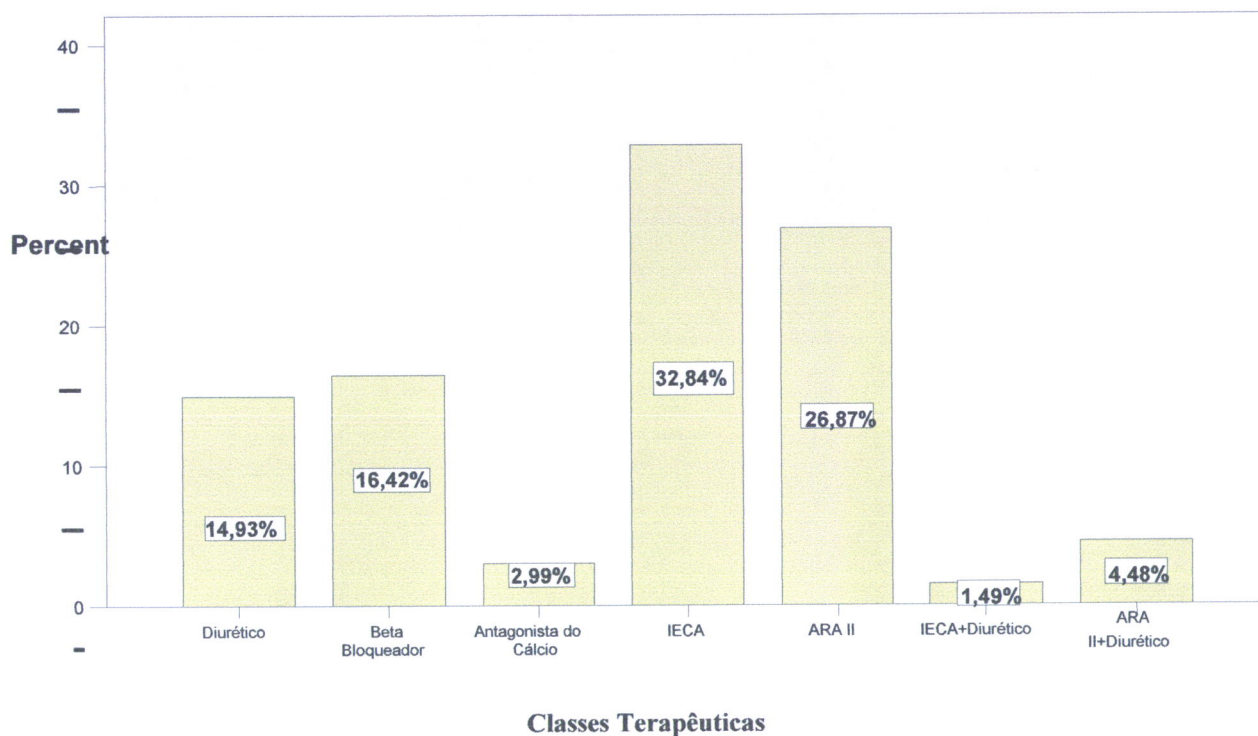


Fig.43) Gráfico Opção Terapêutica na presença de HTA na mulher em período perimenopáusic

**Conclusão:** A principal classe terapêutica indicada à mulher não obesa em fase de menopausa é o IECA (32,84%) seguida do ARAII (26,87%). Só depois vêm classes como o Betabloqueador (16,42%) e o Diurético (14,93%).

## Opção terapêutica na HTA em Mulher obesa em período perimenopáusico

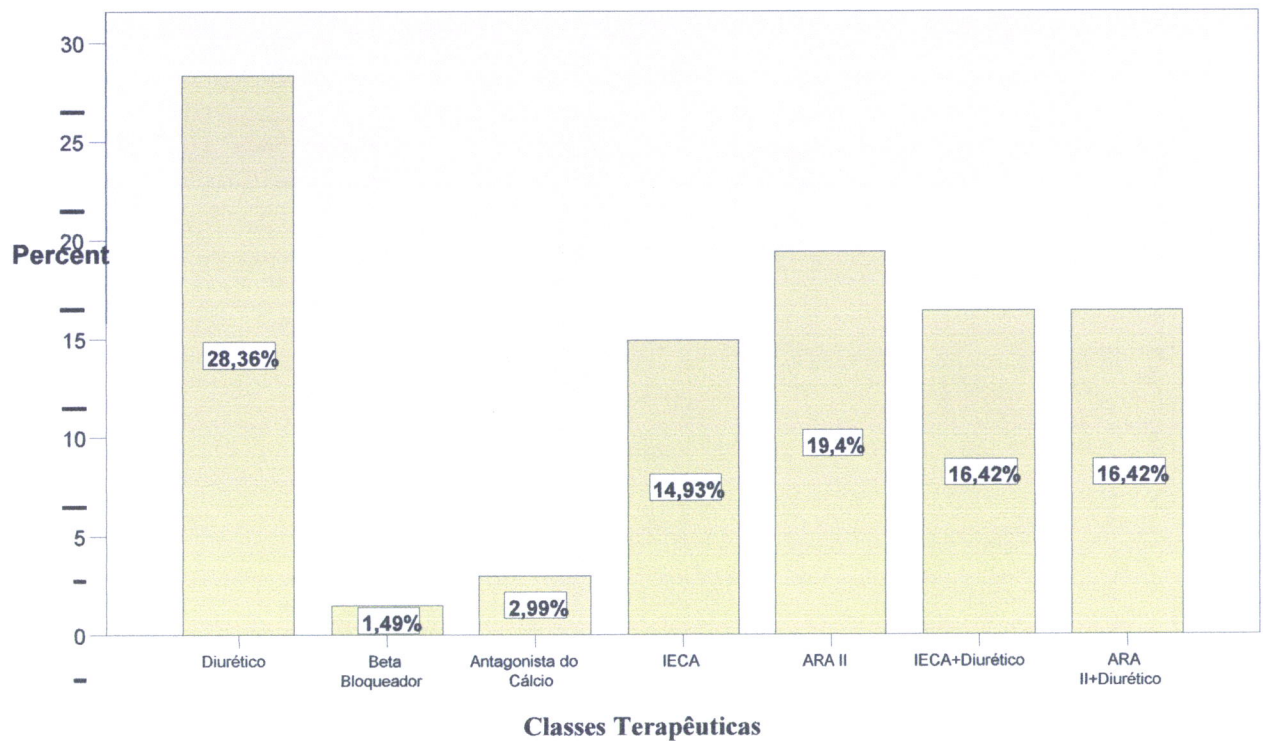


Fig. 44) Gráfico Opção Terapêutica na presença de HTA na mulher obesa em período perimenopáusico

**Conclusão:** A principal classe terapêutica indicada à mulher obesa em fase de menopausa é o Diurético (28,36%) seguida de ARAII (19,4%) e uma associação de classes terapêuticas (16,42%).

### Opção terapêutica na HTA em Mulher obesa e diabética em período perimenopáusico

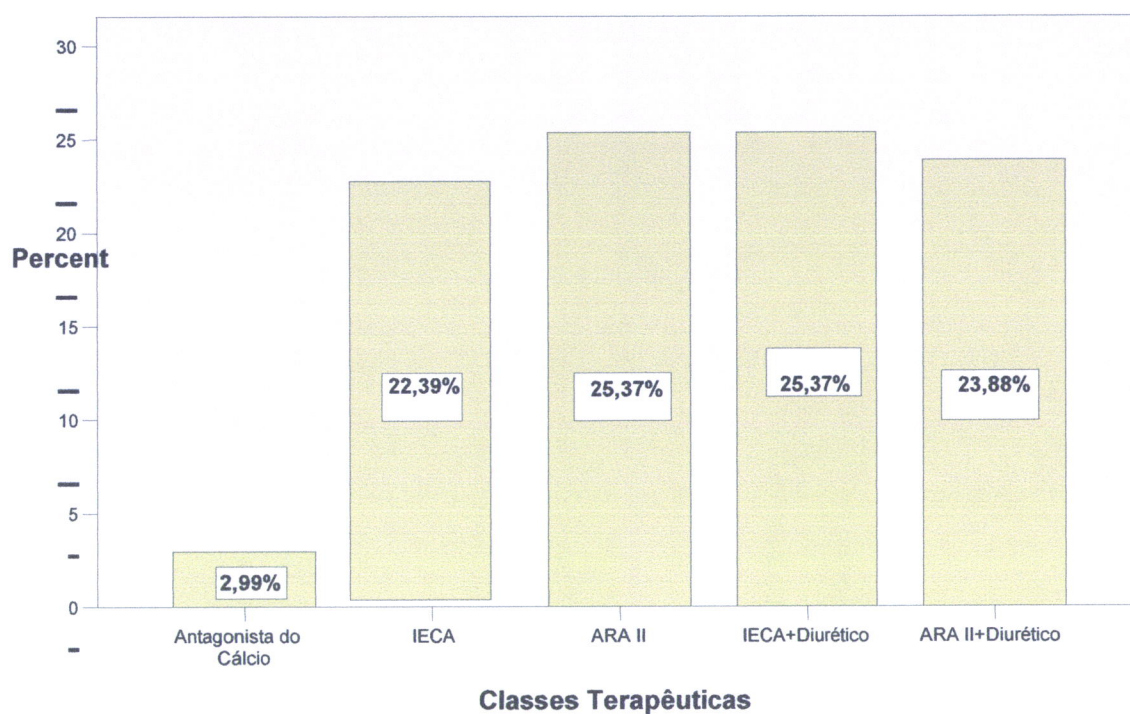


Fig.45) Gráfico Opção Terapêutica na presença de HTA na mulher obesa e diabética em período perimenopáusico

**Conclusão:** Comparativamente às duas situações anteriores, perante a Diabetes como patologia associada, a opção terapêutica indicada para a mulher divide-se igualmente em: ARAII (25,37%) e IECA+Diurético (25,37%) seguida de outra associação: ARAII+Diurético (23,88%).

### Opção terapêutica na HTA em Mulher obesa com dislipidemia em período perimenopáusic

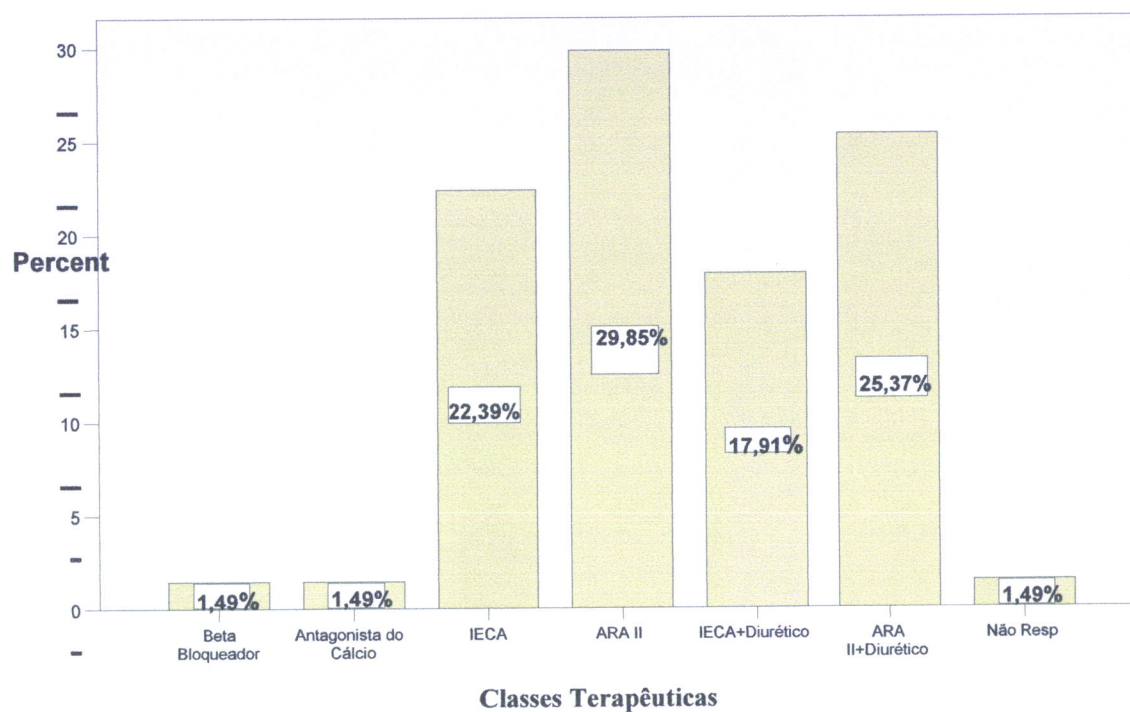


Fig. 46) Gráfico Opção Terapêutica na presença de HTA na mulher obesa com dislipidemia em período perimenopáusic

**Conclusão:** Perante a mulher com HTA em fase de menopausa com Dislipidemia associada, a primeira opção terapêutica de adoção dos médicos inquiridos é ARAII (29,85%), e IECA+ Diurético (25,37%). Só depois vem IECA (22,39%) e IECA+Diurético (17,91%).

## Opção terapêutica na HTA em Mulher obesa com Ansiedade/Depressão em período perimenopáusic

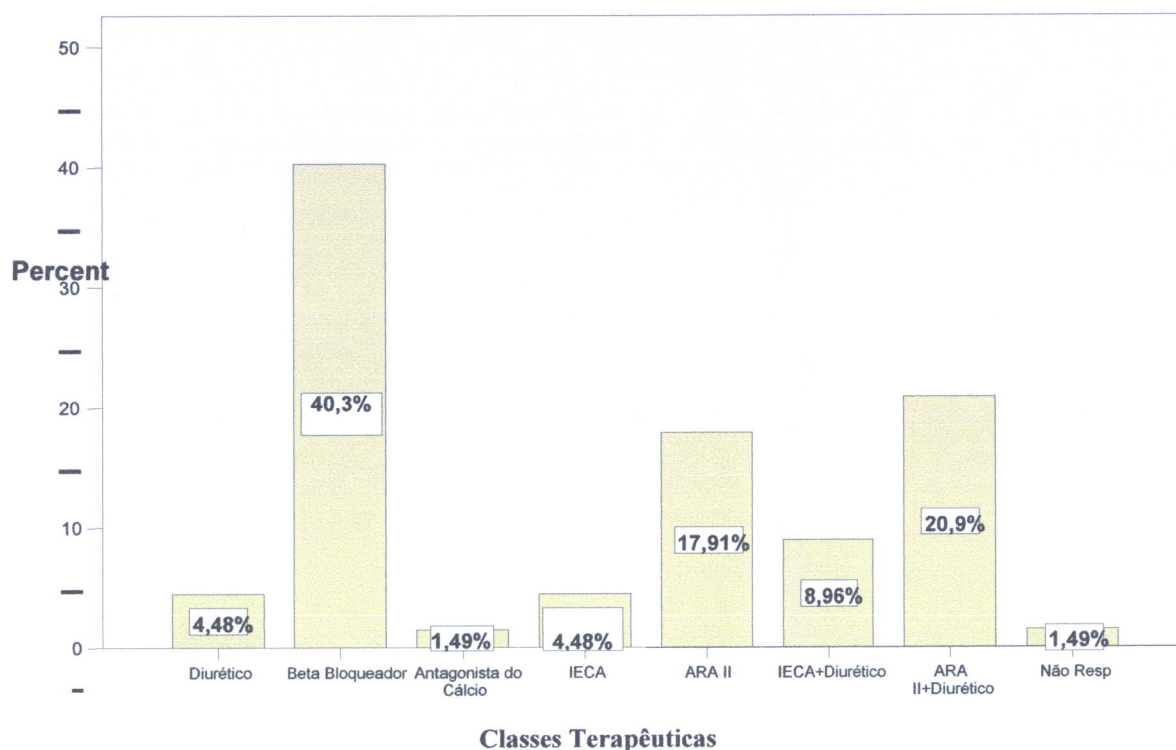


Fig. 47) Gráfico Opção Terapêutica na presença de HTA na mulher obesa com ansiedade/depressão em período perimenopáusic

**Conclusão:** Perante uma mulher com HTA obesa em fase de menopausa e com ansiedade/depressão, a opção terapêutica como verificamos é bem diferente das anteriores: Betabloqueante (40,3%) seguida da associação ARAII +Diurético (20,9%) e ARAII (17,91%).

### 4.29) Questão N°10 - Análise Factorial de Correspondências

#### Resumo dos resultados do SPSS

Summary								
Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation
								2
1	,490	,240			,521	,521	,050	,036
2	,388	,151			,328	,849	,043	
3	,255	,065			,142	,991		
4	,066	,004			,009	1,000		
Total		,460	153,242	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000		

a. 24 degrees of freedom

Fig. 48) Resumo dos Resultados do SPSS sobre questão n° 10



Tal como na pergunta anterior verifica-se que existe relação entre as variáveis, pois a estatística teste do Chi-Quadrado rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis, ou seja existe uma correlação entre as variáveis em estudo.

Foram extraídos 3 eixos que explicam 99% da inércia total dos dados.

Em seguida analisaram-se as contribuições absoluta das patologias para a formação dos eixos. Retiveram-se as patologias cuja a contribuição absoluta excediam (100/5 %) (= 20%).

1. O Eixo 1 isola a patologia Obesa com Sintomas Ansio-Depressivos,
2. O Eixo 2 isola as patologias Obesa e Não Obesa,
3. O Eixo 3 está associado às patologias Obesa e Não Obesa.

#### **Output SPSS – Contribuições Absolutas das Patologias**

Overview Row Points

Patologia	Mass	Score in Dimension			Inertia	Contribution						
		1	2	3		Of Point to Inertia of Dimension			Of Dimension to Inertia of Point			Total
						1	2	3	1	2	3	
Não Obesa	,201	-,216	,626	-,847	,072	,019	,203	,566	,064	,424	,512	,999
Obesa	,201	,421	,863	,653	,098	,073	,385	,336	,179	,596	,225	1,000
Obesa_dislipidemia	,198	,475	-,571	-,156	,050	,091	,167	,019	,433	,498	,024	,955
Obesa e Diabetica	,201	,596	-,612	,033	,066	,146	,194	,001	,528	,441	,001	,970
Sintomas Ansio-Depressivos	,198	-1,287	-,318	,320	,174	,671	,052	,079	,925	,045	,030	1,000
Active Total	1,000				,460	1,000	1,000	1,000				

a. Symmetrical normalization

**Fig. 49) Contribuições Absolutas das Patologias na mulher em fase de menopausa (questão nº 10)**

Em seguida, as patologias e terapêuticas foram projectadas em espaços bi-dimensionais formados pelos eixos retidos.

Tendo conta a interpretação atribuída aos eixos obtiveram-se as seguintes conclusões:

- O tratamento de HTA associado a Sintomas Ansio-Depressivos é efectuado com Beta-bloqueador,
- A HTA associada a mulheres com patologia Obesa é tratada com Diurético,
- A HTA associada a mulheres com patologia Não Obesa é tratada com IECA.

## Análise Factorial de Correspondências entre patologias e Terapêuticas nos eixos retidos

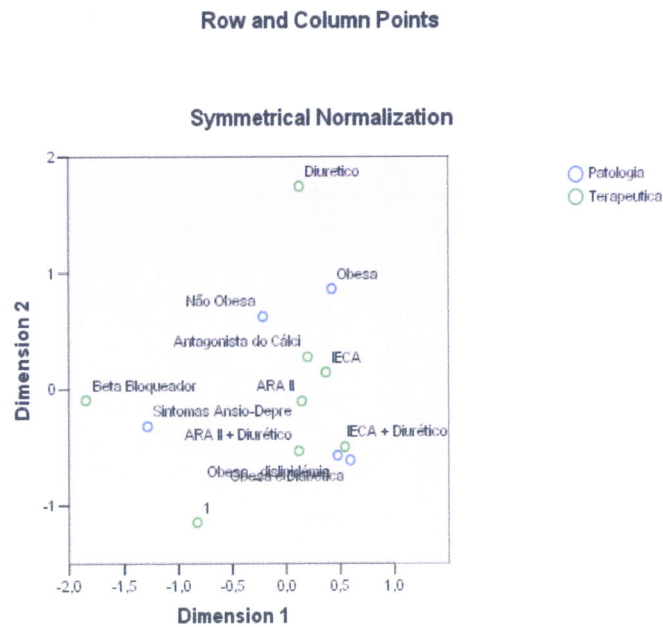


Fig. 50) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre mulher em fase de menopausa e patologias e terapêuticas (questão nº 10)

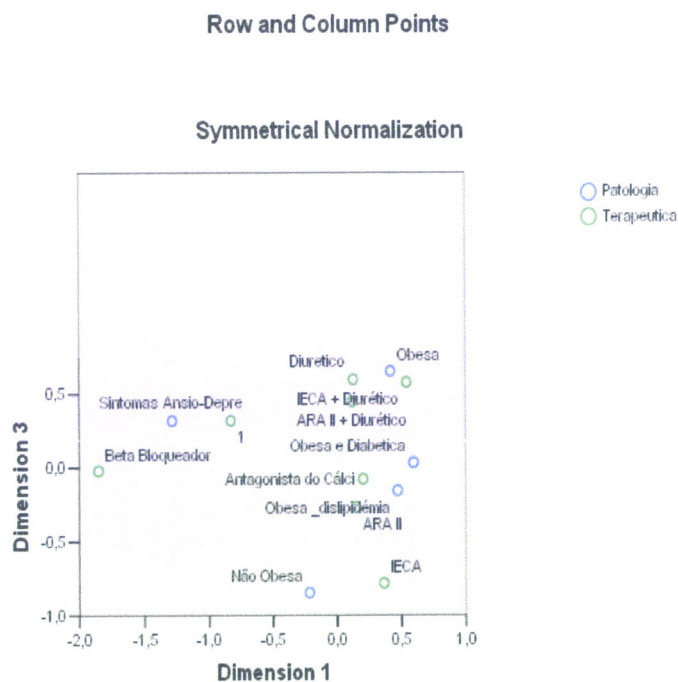


Fig. 51) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre mulher em fase de menopausa e patologias e terapêuticas (questão nº 10)

#### **4.30) Percentagem de mulheres com HTA no total de hipertensos existentes no ficheiro do médico**

##### **Anexo A40) Gráfico da concordância farmacológica entre homem/mulher e percentagem de mulheres com HTA**

Verifica-se que entre (51%) a (65%) das mulheres hipertensas, os médicos de Medicina Geral e Familiar concordam em grande parte com a mesma opção farmacológica para o homem.

##### **Anexo A41) Gráfico da opção farmacológica entre homem/mulher e percentagem de mulheres com HTA**

(37,31%) dos médicos inquiridos afirmam que no total do seu ficheiro de utentes (51%) e (65%), são mulheres.

Perante o gráfico em análise, os médicos de Medicina Geral e Familiar concordam com a mesma opção farmacológica também para o homem. Os que Discordam em Grande Parte ou Discordam Ligeiramente possuem entre (36%) a (50%) e (51%) a (65%) de mulheres hipertensas no seu ficheiro de utentes.

#### **4.31) Questão Nº12 - Opção Terapêutica para hipertenso idoso com patologia associada**

##### **Anexo A42) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e Diabetes Mellitus**

No caso do utente idoso com HTA e Diabetes Mellitus a opção terapêutica indicada é IECA (35,82%) seguida de ARAII com (31,34%).

##### **Anexo A43) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e Dislipidemia**

No caso do utente idoso com HTA e Dislipidemia associada as opções de prescrição são IECA e ARAII em pé de igualdade (34,33%).

##### **Anexo A44) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e Obesidade**

Perante o utente idoso hipertenso obeso, a principal opção terapêutica é uma associação de classes: IECA+Diurético (26,87%) seguida também da associação ARAII+Diurético (20,9%).

##### **Anexo A45) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e Insuficiência Cardíaca**

Perante um hipertenso idoso com Insuficiência Cardíaca, a opção terapêutica é também uma associação de classes: IECA+Diurético (34,33%) embora em segundo lugar as opiniões de prescrição se dividam entre uma associação ARAII+Diurético (19,4%) e IECA em monodose (19,4%).

##### **Anexo A46) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e Cardiopatia Isquémica**

Perante um idoso hipertenso com Cardiopatia Isquémica, a opção terapêutica preferida é Antagonista do Cálcio (40,3%).

### **Anexo A47) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e Stress/Ansiedade**

Perante um hipertenso idoso com Stress/Ansiedade a principal terapêutica indicada pelos médicos é o Beta Bloqueador (56,72%).

### **Anexo A48) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e HVE**

Perante um idoso hipertenso com HVE, a primeira opção terapêutica é um IECA (40,3%).

### **Anexo A49) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e Doença Renal**

Perante um idoso hipertenso com Doença Renal associada a opção terapêutica eleita é IECA (31,34%) e só em segundo lugar surge ARAII (23,88%).

### **Anexo A50) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA e Síndrome Metabólica**

Perante um idoso hipertenso com Síndrome Metabólica, as opções terapêuticas dividem-se em pé de igualdade por ARAII (26,87%) e ARAII+Diurético (26,87%).

### **Anexo A51) Gráfico da Opção terapêutica perante um idoso com HTA Sistólica Isolada**

Perante um idoso com Hipertensão Arterial sistólica isolada, a opção terapêutica é o Diurético (34,33%) seguido de Antagonista do Cálcio e IECA com (16,42%) respectivamente.

## **4.32) Questão nº 12 - Análise Factorial de Correspondências**

### **Resumo dos resultados do SPSS**

Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,606	,367			,476	,476	,037	,306
2	,421	,177			,230	,707	,044	
3	,349	,122			,158	,865		
4	,273	,075			,097	,962		
5	,166	,027			,036	,997		
6	,045	,002			,003	1,000		
Total		,770	511,364	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000		

a. 54 degrees of freedom

**Fig. 52) Resumo dos Resultados do SPSS- questão nº12**

À semelhança do que foi verificado nas outras perguntas verifica-se que existe relação entre as variáveis, pois a estatística teste do Chi-Quadrado rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis.

Foram extraídos 3 eixos que explicam 87% da inércia total dos dados.

Para explicação dos eixos em função das patologias foram analisadas as contribuições absolutas de cada uma. Retiveram-se as patologias cuja a contribuição absoluta excediam 100/10 % (= 10%).

1. O Eixo 1 isola as patologias Cardiopatia e Stress/Ansiedade,
2. O Eixo 2 isola as patologias Cardiopatia, Stress/Ansiedade e HTA Sistólica,
3. O Eixo 3 está associado às patologias Cardiopatia e HTA Sistólica,

**Output SPSS – Contribuições Absolutas das Patologias**

Overview Row Points<sup>a</sup>

Patologia	Mass	Score in Dimension			Inertia	Contribution						
		1	2	3		Of Point to Inertia of Dimension			Of Dimension to Inertia of Point			Total
						1	2	3	1	2	3	
Cardiopatia	,101	-1,158	1,113	-1,076	,177	,223	,297	,335	,462	,297	,230	,989
Diabetes	,101	,557	-,468	-,262	,035	,052	,053	,020	,541	,266	,069	,875
Dislipidemia	,101	,507	-,283	-,412	,037	,043	,019	,049	,425	,092	,161	,678
Doença Renal	,096	,459	,052	-,274	,018	,034	,001	,021	,700	,006	,143	,849
HTA Sistólica Isolada	,099	-,311	1,016	1,146	,111	,016	,244	,374	,053	,391	,412	,855
HVE	,101	,543	-,263	-,189	,039	,049	,017	,010	,465	,076	,032	,573
Insuficiência Card.	,101	,187	,005	,604	,045	,006	,000	,106	,047	,000	,283	,330
Obesidade	,101	,379	,176	,419	,028	,024	,007	,051	,318	,048	,225	,591
Síndrome Metabólica	,101	,562	-,124	-,218	,030	,053	,004	,014	,643	,022	,056	,720
Stress/Ansiedade	,098	-1,761	-1,244	,273	,251	,501	,360	,021	,734	,255	,010	,999
Active Total	1,000				,770	1,000	1,000	1,000				

a. Symmetrical normalization

**Fig.53) Contribuições Absolutas das Patologias entre as patologias do utente idoso e as terapêuticas adoptadas**

Foram identificadas as relações seguintes entre patologias e terapêuticas com base nas projecções bi-dimensionais dos resultados e na interpretação:

1. O tratamento de HTA associado a Stress/Ansiedade é efectuado com Beta-bloqueador,
2. A HTA associada a Cardiopatia é tratada com Antagonista do Cálcio,
3. A HTA associada à HTA Sistólica Isolada é tratada com Diurético.

### 4.33) Análise Factorial de Correspondências entre patologias e Terapêuticas nos eixos retidos

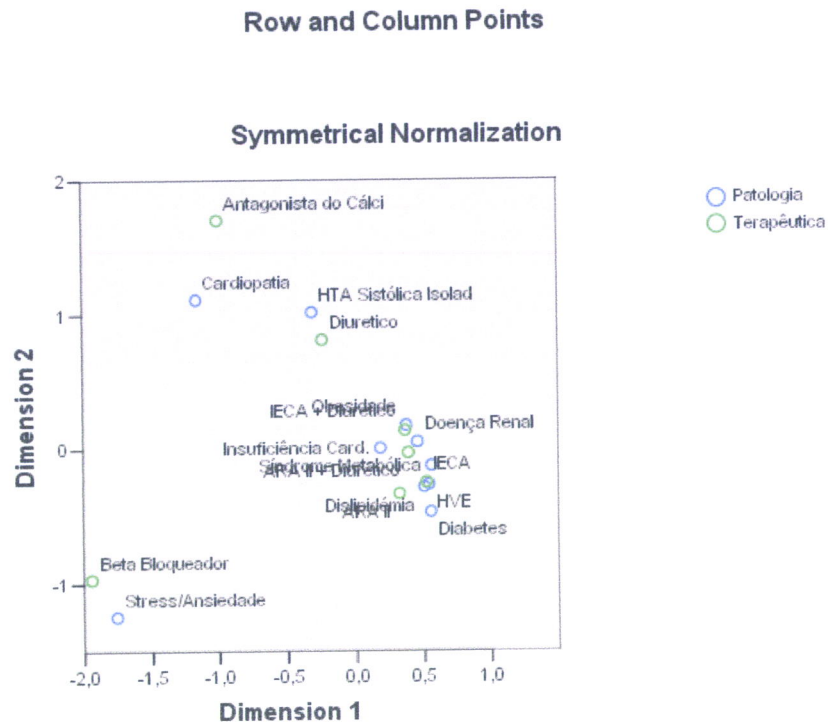


Fig. 54) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre patologias do utente hipertenso idoso (+ 65 anos) e terapêuticas (questão nº 12)

#### 4.34) Questão nº 13 - Opção Terapêutica na presença de um hipertenso originário de outros países

##### Opção Terapêutica na presença de um utente hipertenso Chinês

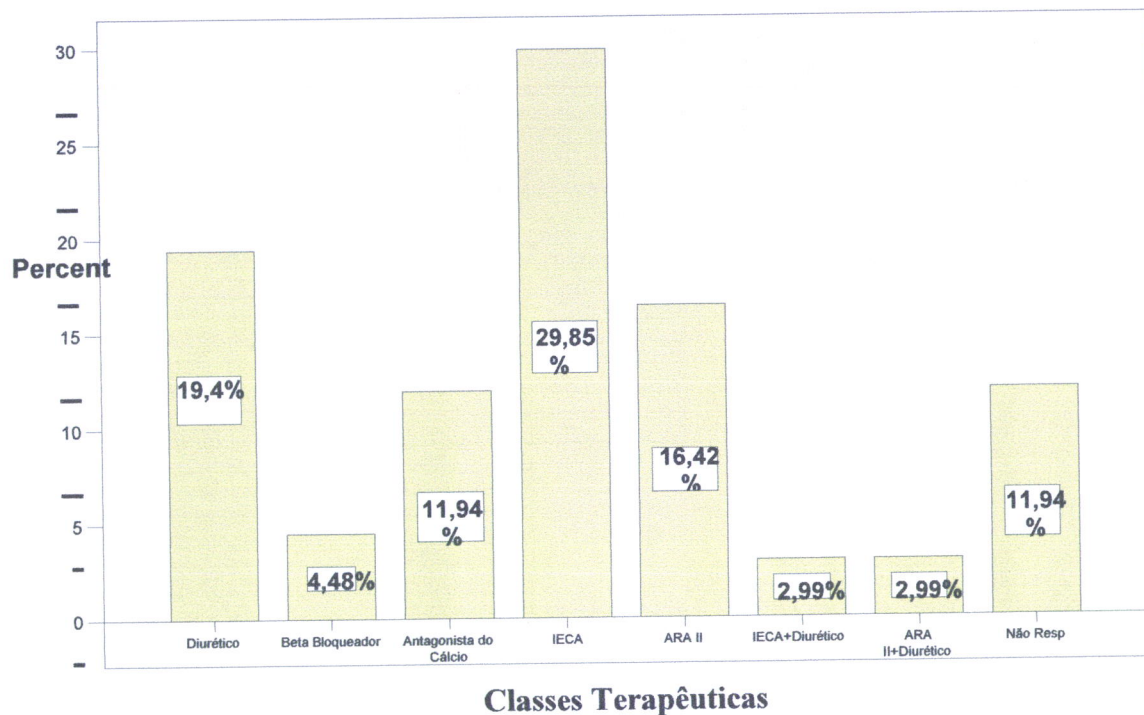


Fig. 55) Gráfico – Opção terapêutica na presença de um hipertenso chinês (questão nº 14)  
Perante um utente hipertenso originário da China a primeira opção de prescrição do Médico de Medicina Geral e Familiar são IECA (29,85%).

## Opção Terapêutica de um utente hipertenso indiano

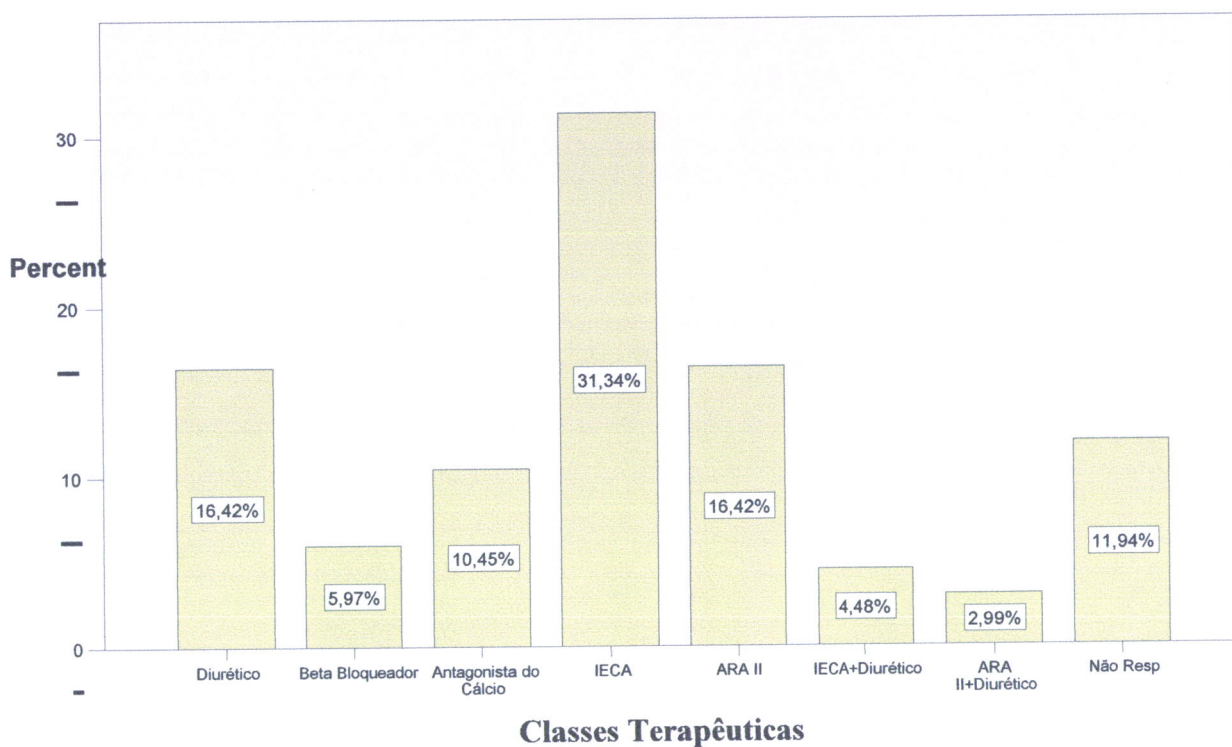


Fig. 56) Gráfico – Opção terapêutica na presença de um hipertenso indiano (questão nº 14)

Perante um utente hipertenso de origem indiana a primeira opção terapêutica do Médico de Medicina Geral e Familiar é também IECA (31,34%).



## Opção Terapêutica de um utente hipertenso dos PALOP's

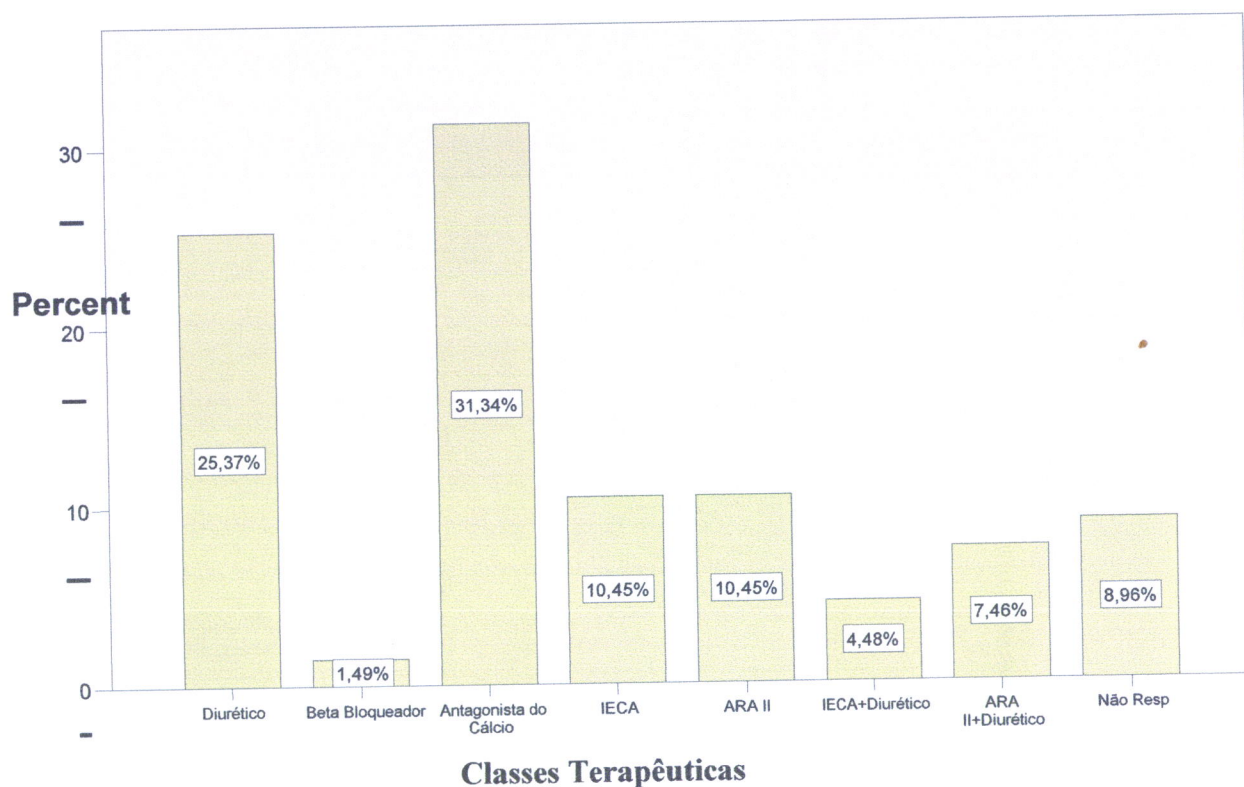


Fig. 57) Gráfico – Opção terapêutica na presença de um hipertenso dos Palop's (questão nº 14)  
Perante um utente hipertenso dos Palop's o Médico de Medicina Geral e Familiar opta por prescrever um Antagonista do Cálcio (31,34%).

### 4.35) Questão nº14 - Relação entre patologias do utente hipertenso e frequência da HTA Resumo dos resultados do SPSS (Questão 14)

Summary

Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value		
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation	
								2	3
1	,420	,176			,699	,699	,031	,089	-,096
2	,200	,040			,159	,858	,050		,030
3	,143	,020			,081	,938	,041		
4	,111	,012			,049	,987			
5	,057	,003			,013	1,000			
Total	,252		158,295	,000 <sup>a</sup>	1,000	1,000			

a. 45 degrees of freedom

Fig. 58) Resumo dos Resultados do SPSS (questão 14)

Tal como nas outras perguntas verifica-se que existe relação entre as variáveis, pois a estatística teste do Chi-Quadrado rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis.

Foram extraídos 3 eixos que explicam 93,8% da inércia total dos dados.

Para explicação dos eixos em função das patologias foram analisadas as contribuições absolutas de cada uma. Retiveram-se as patologias cuja a contribuição absoluta excediam 100/10 % (= 10%).

1. O Eixo 1 isola as patologias Obesidade, Dislipidemia, Doença Renal, Cardiopatia, Insuficiência Cardíaca,
2. O Eixo 2 isola as patologias Doença Renal e Insuficiência Cardíaca,
3. O Eixo 3 está associado às patologias Diabetes, Obesidade e Insuficiência Cardíaca.

### Output SPSS – Contribuições Absolutas das Patologias

Overview Row Points

Patologia	Mass	Score in Dimension			Inertia	Contribution						
		1	2	3		Of Point to Inertia of Dimension			Of Dimension to Inertia of Point			Total
						1	2	3	1	2	3	
Cardiopatia	,100	,692	,019	-,337	,025	,114	,000	,080	,820	,000	,066	,886
Diabetes	,100	-,520	-,342	,606	,020	,065	,059	,259	,584	,120	,270	,974
Dislipidemia	,100	-,883	,004	-,054	,037	,186	,000	,002	,897	,000	,001	,898
Doença Renal	,100	,698	1,081	,208	,045	,117	,586	,031	,455	,522	,014	,991
HTA Sistólica Isolada	,100	,454	-,014	,206	,010	,049	,000	,030	,908	,000	,063	,972
HVE	,099	,007	-,407	,083	,005	,000	,082	,005	,000	,693	,021	,714
Insuficiência Card.	,099	,741	-,500	-,467	,035	,129	,123	,152	,656	,143	,089	,887
Obesidade	,100	-,936	,261	-,719	,046	,210	,034	,364	,801	,030	,160	,991
Síndrome Metabólica	,100	-,626	,275	,250	,020	,094	,038	,044	,816	,075	,044	,936
Stress/Ansiedade	,099	,390	-,398	,222	,011	,036	,078	,034	,574	,284	,063	,922
Active Total	1,000				,252	1,000	1,000	1,000				

a. Symmetrical normalization

Fig. 59) Contribuições absolutas das patologias (questão 14) sobre a frequência da HTA.

Foram identificadas as relações seguintes entre patologias e a frequência de HTA com base nas projecções bi-dimensionais dos resultados e na interpretação :

1. A HTA é muito frequentemente acompanhada de Dislipidemia e Diabetes,
2. A HTA é acima da média acompanhada de Diabetes,
3. A HTA é em média acompanhada de Insuficiência Cardíaca,
4. A HTA é acompanhada com alguma frequência de Cardiopatia e de Doença Renal.

### 4.36) Análise factorial de correspondências entre patologias e frequência da HTA

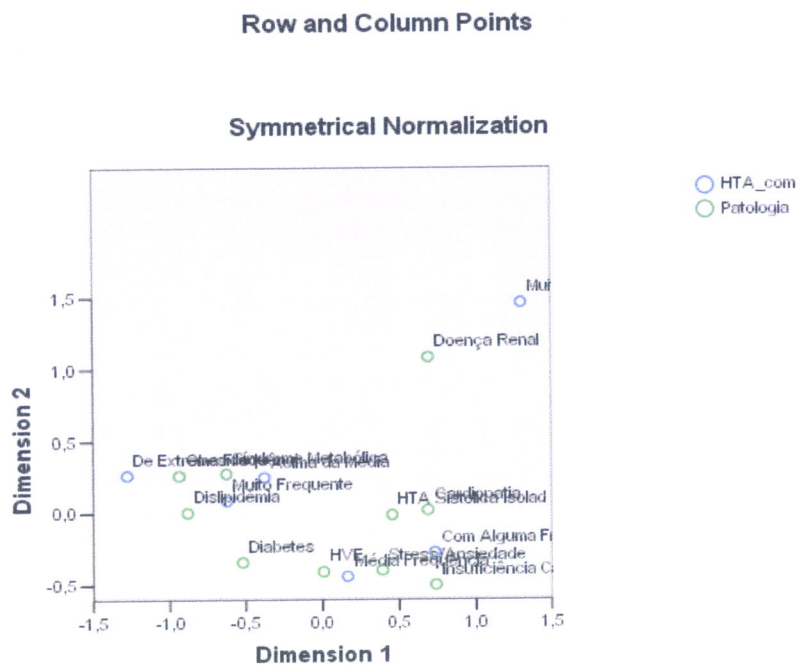


Fig. 60) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre patologias e frequência da HTA (questão nº 14)

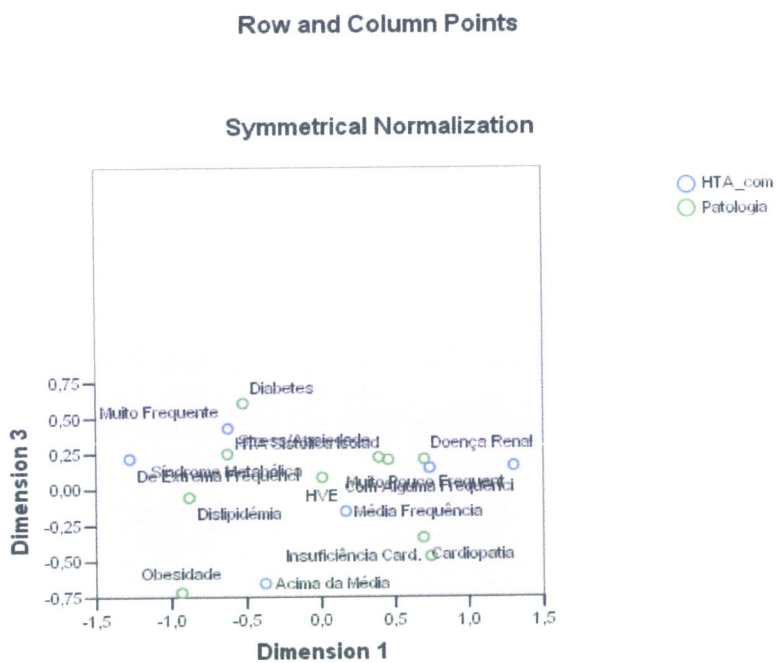


Fig. 61) Gráfico - Análise factorial de correspondências entre patologias e frequência da HTA (questão nº 14)

**Comentários:**

Sugere-se o agrupamento das respostas que traduzam uma escala de resposta mais reduzida.

Overview Column Profits

HTA_com	Mass	Score in Dimension			Inertia	Contribution						
		1	2	3		Of Point to Inertia of Dimension			Of Dimension to Inertia of Point			Total
						1	2	3	1	2	3	
Acima da Média	,191	-,379	,248	-,656	,027	,065	,059	,578	,433	,088	,441	,962
Com Alguma Frequêr	,231	,734	-,275	,147	,061	,297	,087	,035	,860	,058	,012	,930
De Extrema Frequênc	,041	-,277	,264	,216	,032	,161	,014	,014	,892	,018	,009	,919
Média Frequência	,226	,168	-,441	-,154	,018	,015	,220	,038	,146	,482	,042	,670
Muito Frequente	,252	-,622	,084	,429	,048	,232	,009	,326	,844	,007	,138	,988
Muito Pouco Frequen	,057	1,295	1,461	,162	,066	,229	,611	,011	,610	,370	,003	,984
Active Total	1,000				,252	1,000	1,000	1,000				

a. Symmetrical normalization

**Fig. 63) Resumo SPSS – Contribuições absolutas da frequência da HTA (questão nº 14)**

**Análise:**

As terapêuticas mais prescritas para casos gerais não estão representadas na análise das perguntas oito (8) dez (10) doze (12) e catorze (14). Por exemplo, para o casos de HTA na meia idade (entre 45 e 65 anos), as terapêuticas mais prescritas são: ARA II e IECA.

No entanto, verifica-se que com base nos resultados recolhidos, o inquérito tem contribuições muito baixas para o modelo construído para a pergunta oito (8) ou seja tem uma correlação baixa com os eixos extraídos.

**Grau de concordância quanto às afirmações nº14 alíneas (a-f) do questionário**

Na análise das respostas à pergunta catorze do questionário (14) verificou-se que não é possível aplicar o Teste do Chi-Quadrado devido à inobservância dos pressupostos do teste. Por isso, optou-se por efectuar uma inspecção visual dos dados, procurando identificar tendências na prescrição de terapêuticas tendo em conta o nível de concordância assinalado.

**Anexo A52) Gráfico do nível de concordância (questão nº 14 a)**

Conclui-se que a maioria dos inquiridos concorda em grande parte ou completamente com a afirmação (52%).

Verifica-se que (27%) concorda em grande parte e que aproximadamente apenas (15%) concorda completamente.

Por outro lado, (27%) dos inquiridos discordam em grande parte ou totalmente com a afirmação.

**Anexo A53) Gráfico – Gráfico do nível de concordância (questão nº 14 b)**

A maioria dos inquiridos concorda em grande parte com a afirmação, cerca de (32,84%).

Por outro lado, verifica-se que uma percentagem significativa de médicos de Medicina Geral e Familiar concordam pouco (20,9%) ou discordam em grande parte com a afirmação (16,42%).

Cruzando as respostas à afirmação com as respostas à pergunta 6 alínea c), verifica-se que os médicos que concordam em grande parte com a afirmação prescrevem na maioria uma associação de ARA II+Diurético, seguindo-se o Diurético.

Os resultados desta pergunta foram cruzados com as respostas à pergunta seis, procurando perceber quais as terapêuticas de 1ª linha prescritas pelos médicos, tendo em conta o nível de concordância assinalado na resposta.

Para analisar estas relações foram construídas tabelas de contigência entre as respostas da pergunta 14 a)- (o facto dos Diuréticos serem mais baratos e não havendo contra-indicações devem ser prescritos como terapêutica de 1ª linha) e as respostas dadas para as perguntas 6b) e 6c).

#### **4.37) Abordagem terapêutica inicial para doentes com HTA entre 45 -65 anos, sem patologia associada**

##### **Questão 6b)**

##### **Anexo A54) Gráfico da Opção terapêutica para utentes com HTA entre 45-65 anos sem patologia associada**

Os inquiridos que discordam em grande parte com afirmação prescrevem Diurético para doentes com HTA entre os 45 e 65 anos.

##### **Questão 6c)**

##### **Anexo A55) Gráfico da Opção terapêutica para utentes com HTA com mais de 65 anos**

Os inquiridos que discordam em grande parte ou totalmente com afirmação prescrevem ARAII para doentes com HTA com mais de 65 anos.

#### **4.38) Cruzamento entre o nível de concordância e a terapêutica prescrita pelo médico para a HTA em doentes de meia-idade**

##### **Anexo A56) Gráfico entre o nível de concordância e a terapêutica prescrita pelo médico para a HTA em doentes de meia-idade**

Os médicos que discordaram com a afirmação prescrevem maioritariamente o Diurético.

##### **Anexo A57) Gráfico do nível de concordância (questão nº 14 c)**

Cerca de (27%) dos inquiridos concordam em grande parte com afirmação. Por outro lado (17,91%) discordam em grande parte.

Cruzando os resultados o nível de concordância indicado pelos médicos com a opção da farmacológica indicada na pergunta 6b (opção terapêutica para utente entre 45-65 anos com HTA sem patologia associada), verifica-se que os indivíduos que concordam em grande parte prescrevem ARA II. Os que discordam tendem a prescrever mais Diuréticos.

Cruzando as respostas à afirmação da pergunta 14 c ( Questão : no idoso prefiro prescrever um ARA II, porque são mais eficazes e têm uma maior protecção renal do que os IECA), com as opções terapêuticas assinaladas na pergunta 12, alínea h ( Questão- na presença de um hipertenso idoso (mais de 65 anos), com patologia associada, assinala, no quadrado correspondente, para cada situação, apenas uma opção terapêutica: alínea h- Doença Renal), verifica-se que os médicos que concordam em grande parte com a afirmação, prescrevem IECA ao invés de ARAII .

**Anexo A58) Gráfico da relação entre terapêutica inicial para utente com HTA e questão 14 c)**  
Cruzando as respostas à afirmação dada pelos médicos com as respostas da questão 6 c), verifica-se que o ARA II é prescrito com maior frequência pelos médicos que concordam com a afirmação. Os que discordam prescrevem Diurético.

**Anexo A59) Gráfico da relação entre terapêutica inicial para utente com HTA com mais de 65 anos com as respostas à questão 14c)**

No caso dos doentes com mais de 65 anos (pergunta 6c – utente hipertenso com mais de 65 anos sem patologia associada), os médicos que concordam completamente prescrevem ARA II, para os restantes níveis de concordância o fármaco mais prescrito é o Diurético.

**Anexo A60) Gráfico do nível de concordância (questão nº 14 e)**

A maioria dos inquiridos concorda completamente ou em grande parte com a afirmação, cerca de (65%).

Cruzando as respostas obtidas nesta afirmação com a pergunta 6b), verifica-se que quem concorda com a afirmação a prescrever IECA (os que concordam em grande parte), ou ARA II (os que concordam completamente).

**Anexo A61) Gráfico da relação entre terapêutica inicial para utente com HTA entre 45-65 anos com as respostas à questão 14 e)**

No caso dos doentes entre os 45 e os 65 anos (pergunta 6 b – utente hipertenso entre 45-65 anos sem patologia associada), os médicos que Concordam Completamente prescrevem ARA II, sendo que para os restantes níveis de concordância o fármaco mais prescrito são os IECA e o Diurético.

**Anexo A62) Gráfico da relação entre terapêutica inicial para utente com HTA com + 65 anos com as respostas à questão 14 e)**

No caso dos médicos que Concordam Completamente que mais importante é a eficácia e rapidez do medicamento do que o custo do mesmo, relacionada com a questão 6 c (utente hipertenso com mais de 65 anos), representa que no caso do utente hipertenso Idoso com mais de 65 anos a opção terapêutica do médico é ARAII, ao passo que os médicos que Discordam Totalmente optam por indicar o Diurético.

**Anexo A63) Gráfico sobre a relação entre os rendimentos do utente idoso e abordagem terapêutica (questão 14 f)**

Cerca de (25, 37%) dos inquiridos Concordam em Grande Parte com a afirmação.  
No entanto (19,4% ) Discordam em Grande Parte e (17, 91%) Concordam Pouco.

**Anexo A64) Gráfico da relação entre terapêutica inicial para utente com HTA entre 45-65 anos com as respostas à questão 14 f)**

Cruzando as respostas com a pergunta 6 b (utente hipertenso 45-65 anos sem patologia associada), verifica-se que os médicos responderam Concordam em Grande Parte ou Pouco com o facto da eficácia e da rapidez da acção do fármaco serem mais importantes do que o custo, prescrevem maioritariamente IECA ou ARA II.

Os que Discordam da afirmação prescrevem outra opção que é o Diurético.

Contudo, os médicos que Discordam em Grande Parte da afirmação utilizam com frequência a terapêutica de associação: ARA II +Diurético.

**Anexo A65) Gráfico da relação entre terapêutica inicial para utente com HTA com +65 anos com as respostas à questão 14 f)**

No que diz respeito aos doentes com mais de 65 anos, os médicos que Concordam em Grande Parte ou Concordam Completamente prescrevem ARA II.

Os que Discordam ou Concordam pouco tendem a prescrever um Diurético.

Verifica-se que os médicos que Discordam em Grande Parte têm maior frequência na prescrição da terapêutica ARA II + Diurético.

No caso do utente hipertenso ser reformado e com baixos rendimentos, os médicos que Concordam Completamente optam pela terapêutica ARAII o que reforça a hipótese colocada na questão 14f, pelo que os que Discordam Totalmente optam pelo Diurético como terapêutica.

**4.39) Níveis de concordância entre as perguntas 14 a) e 14d)**

**Anexo A67) Gráfico dos níveis de concordância entre as respostas das questões 14 a), e 14d)**

Os médicos de Medicina Geral e Familiar que concordam com os Diuréticos como terapêutica de primeira linha, discordam que estes devam ser menos prescritos.

Os médicos que Concordam em Grande Parte com o facto de serem prescritos como fármacos de 1ª linha, Concordam Pouco com o abandono da prescrição de Diuréticos.

Os médicos que Discordam com Diuréticos como abordagem de primeira linha Concordam em Grande Parte com uma menor prescrição de Diuréticos.

**4.40) Fármacos utilizados com maior frequência no tratamento da HTA**

**Anexo A68) Fármacos da classe Diurético**

O Diurético mais prescrito pelos médicos de Medicina Geral e Familiar é o Fludex, prescrito por cerca de cerca de (20, 9%) dos médicos.

**Anexo A69) Fármacos da classe IECA**

Perante a classe terapêutica IECA os fármacos mais indicados são Lisinopril e Nebilet ambos com (11, 94%).

#### **Anexo A70) Fármacos da classe Betabloqueante**

No que respeita aos Betabloqueantes o fármaco mais prescrito é o Concor com (37,31%) seguido do Atenolol (13,43%).

#### **Anexo A71) Fármacos da classe ARAII**

Na classe terapêutica ARAII, o fármaco mais prescrito é o Diovan com (22,39%) seguido do Aprovel com (14,93%).

#### **Anexo A72) Fármacos da classe Antagonista do Cálcio**

O Norvasc com (22,39%) e o Zanicor (20,9%) são os fármacos mais referenciados para a classe terapêutica Antagonista do Cálcio.

#### **Anexo A73) Fármacos da classe ARAII+Diurético**

O Co-Diovan (22,39%) e o Co-Aprovel (17,91%) são os fármacos mais prescritos para a associação terapêutica ARAII+Diurético.

#### **Anexo A74) Fármacos da classe IECA+Diurético**

O Prinizide (8,96%) é o fármaco mais indicado quanto à associação terapêutica entre IECA e Diurético, seguido do Inibace Plus (7,46%).

#### **Anexo A75) Fármacos Outros**

O Hyperium (11,94%) é o fármaco mais indicado na categoria de Outros, seguido do Triatin (8,96%).

#### **4.41) Conclusão**

Neste capítulo procedeu-se à análise estatística de inquéritos realizados a médicos portugueses de Medicina Geral e Familiar com o intuito de compreender as diferentes abordagens terapêuticas praticadas em utentes com Hipertensão Arterial (HTA).

Foram enviados dois mil e duzentos (2200) inquéritos via postal, tendo-se obtido resposta de apenas sessenta e sete (67) médicos, ou seja uma taxa de resposta de 3%.

*Esta taxa de resposta não permite extrapolar os resultados obtidos para o universo da amostra.*

Contudo, as razões pelas quais se deve esta taxa de resposta ao inquérito está associada a vários factores:

- 1) Apenas foi feita uma única vaga do envio do inquérito via postal devido aos custos inerentes e ao tempo disponível para a conclusão desta investigação;
- 2) A enorme variedade e quantidade de informação que o médico recebe em sua casa dificulta o processo de selecção da informação a reter;
- 3) O facto da indústria farmacêutica e outros organismos utilizarem diferentes estratégias para obter informação sobre as preferências de prescrição de cada um dos médicos torna-os mais resistentes e pouco disponíveis para revelar informação;
- 4) A pouca disponibilidade para responder ao inquérito em tempo útil.



### **Resumo do perfil da amostra**

Quanto ao perfil da amostra verifica-se que a maioria dos médicos que respondeu ao inquérito possui entre 51 e os 60 anos de idade. Por isso, a maioria dos médicos possuem mais de vinte (20) anos de prática clínica.

Quanto ao sexo, a percentagem de inquiridos homens e mulheres é muito aproximada.

No que respeita à zona geográfica, a maioria dos médicos reside em Lisboa e Vale do Tejo, Região Norte e Centro do país.

Os médicos exercem a actividade clínica em Centros de Saúde principalmente num tipo de Meio Urbano em Meio Rural e Urbano em Meio Industrial.

Acresce o facto de que mais de (80%) dos médicos de Medicina Geral e Familiar que responderam ao estudo solicitaram o envio de um resumo do mesmo indicando pseudónimo e morada.

No que respeita à sua formação (37, 31%) são oriundos da Faculdade de Medicina do Porto e (23,88%) da Faculdade de Medicina de Lisboa.

### **4.42) Análise da prevalência da HTA**

A maioria dos inquiridos possui entre mil e quinhentos (1500) a mil setecentos e cinquenta (1750) utentes no seu ficheiro sendo que deste número entre duzentos e um a trezentos (201-300) são utentes com Hipertensão Arterial (31,34%).

A maior prevalência da doença situa-se na faixa etária do utente com mais de 65 anos (71,6%) sendo que os restantes têm 45 a 65 anos de idade.

*Através da análise estatística descritiva e da Análise Factorial de Correspondências entre as patologias e as classes terapêuticas tornou-se possível testar que de facto existe variação da prescrição em função das tipologias do utente.*

*De acordo com as várias patologias associadas ao utente hipertenso, existe variação da prescrição quanto às classes terapêuticas e fármacos adoptados pelo médico de Medicina Geral e Familiar.*

A escolha de uma determinada classe terapêutica é adoptada em função de uma tipologia do utente, tipologia essa que varia de acordo com o perfil do utente: sexo, idade, grau de hipertensão, raça, e patologia associada.

Acrescenta-se também que o perfil do médico de Medicina Geral e Familiar interfere nesta relação de importância quanto às tipologias do utente, sobretudo em função da Escola Médica.

Quanto à adopção de uma determinada classe terapêutica face à tipologia do utente:

Nos utentes com HTA *sem patologia associada* e com *menos de 45 anos de idade*, a opção pela classe terapêutica é um Betabloqueador, ao passo que a partir desta idade até aos 65 anos de idade, o médico opta por IECA ou ARAII.

No caso do utente idoso (> 65 anos), as opções são:

1) Os Diuréticos,

2) Associações como ARAII+Diurético e IECA+Diurético.

Perante o utente *idoso* com HTA *sem patologia associada*, as abordagens terapêuticas com idades entre os 51 e os 60 anos de idade não divergem muito: os médicos optam pelos Diuréticos, ARAII ou IECA ao passo que médicos mais novos (41- 50 anos de idade), optam em primeiro lugar por um Diurético e em segundo lugar ARAII ou Diuréticos. Excluem-se os IECA.

No que respeita à patologia associada nos *utentes de Meia-Idade (45-65 anos)*:

O médico opta por novas classes terapêuticas como ARAII em utentes com HTA e Diabetes/Dislipidémia/Doença Renal/Síndrome Metabólica.

Na *Obesidade* funciona com associações: IECA+ Diurético, ARAII+Diurético e Insuficiência Cardíaca com IECA+Diurético.

No caso da *Cardiopatia Isquémica* os clínicos gerais indicam Antagonista do Cálcio e Betabloqueantes para *Stress/Ansiedade*, em conjunto com a HTA.

#### **4.43) Variação da prescrição entre o Meio Urbano/Meio Rural**

*Existe uma clara variação na prescrição dos utentes com HTA sem patologia associada e com patologia associada. Este é o primeiro ponto de partida que aprofunda a importância das tipologias do utente para a variação da prescrição médica.*

Por isso, perante um utente de meia-idade com patologia associada, na região Rural ainda impera o IECA, sendo que nos restantes meios urbanos, o ARAII ganhou maior dimensão quanto à opção terapêutica entre utentes com HTA entre os 45 e os 65 anos de idade.

#### **4.44) Resumo: Análise Factorial de Correspondências**

Para averiguar a correspondência entre patologias e classes terapêuticas, procedeu-se a uma **Análise Factorial de Correspondências** entre patologias e terapêuticas.

A correlação existente entre estas variáveis resulta da partilha de uma característica comum, isto é, de um factor comum latente, que pode não ser directamente observável.

##### **Objectivo:**

Esta análise foi utilizada para:

- 1) Representar de forma parcimoniosa a informação presente nas diferentes variáveis,
- 2) Resumir a informação presente em muitas variáveis num número reduzido de factores não directamente observáveis.

Estes factores permitem identificar as relações estruturais entre as variáveis que de outra forma passariam despercebidos no conjunto das variáveis originais.

Assim foi possível estabelecer a alteração de prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar:

- 1) *Entre a zona geográfica do Centro de Saúde e a patologia associada face ao Utente com hipertensão arterial de meia-idade,*
- 2) *Entre a idade do médico de Medicina Geral e Familiar e o Utente com HTA de meia-idade com patologias associadas,*
- 3) *Entre a escola médica onde o médico se formou, o sexo (homem ou mulher), perante o Utente hipertenso de meia-idade com patologia associada.*

##### **Resultados:**

A primeira **Análise Factorial de Correspondências** estabelecida entre patologia e terapêutica revela que:

- a) O tratamento da HTA com *Stress/Ansiedade* é feito com Betabloqueador,
- b) O tratamento da HTA com *Cardiopatia* é feito com Antagonista do Cálcio,
- c) O tratamento da HTA com HTA sistólica isolada feito com Diurético.

##### **Quanto à relação entre patologias e frequência da HTA:**

- a) A HTA é frequentemente acompanhada de Dislipidémia e Diabetes,
- b) Quando a HTA está acima da média é acompanhada de Diabetes Mellitus,
- c) Quando a HTA está dentro da média é acompanhada de Insuficiência Cardíaca.

Os resultados estatísticos demonstram que existe variação da prescrição sobre a mulher em período perimenopáusicos:

- a) Não Obesa: a opção terapêutica é IECA,
- b) Obesa: a opção terapêutica é Diurético,
- c) Obesa e Diabética: as opções terapêuticas são ARAII, IECA+Diurético,
- d) Obesa com Dislipidemia: a opção terapêutica é ARAII,
- e) Obesa com Sintomas Ansio Depressivos: Betabloqueador.

A variação da prescrição médica em função da tipologia no *utente idoso hipertenso com patologia associada* surge:

- a) Perante o *utente idoso* com HTA e Diabetes Mellitus a opção terapêutica é IECA,
- b) Perante o *Idoso* com HTA e Dislipidemia as opções são IECA e ARAII,
- c) Perante o *Idoso* com HTA Hipertenso Obeso a opção é uma associação de classes: IECA+Diurético,
- d) Perante o *idoso* com HTA e Insuficiência Cardíaca, a opção é IECA+Diurético,
- e) Perante o *idoso* com HTA e Cardiopatia Isquémica, a opção é Antagonista do Cálcio,
- f) Perante o *Idoso* com HTA associada a Stress/Ansiedade a opção terapêutica é a mesma que para a mulher: Betabloqueador,
- g) Perante o *idoso* com HTA e HVE a opção é um IECA,
- h) Perante o *Idoso* com Doença Renal, a primeira opção terapêutica é IECA e só em segundo lugar o médico opta por ARAII,
- i) Perante o *idoso* com HTA e Síndrome Metabólica a opção é ARAII,
- j) Perante o *Idoso* com HTA Sistólica Isolada a opção é um Diurético.

#### **4.45) Análise Factorial de Correspondências entre patologias do *utente idoso* e terapêuticas**

Através da *Análise Factorial de Correspondências* entre as patologias associadas ao *utente idoso hipertenso* e às opções terapêuticas foi possível averiguar:

- 1) Perante a Cardiopatia, a opção terapêutica é o Antagonista do Cálcio,
- 1) Perante as patologias Doença Renal e Obesidade a opção é uma associação de classes ARAII+Diurético,
- 2) Perante as patologias Insuficiência Cardíaca e Síndrome Metabólica a opção é um Diurético,
- 3) Perante as patologias HVE, Dislipidemia e Diabetes Mellitus- a opção é um ARAII,
- 4) Perante a patologia Stress a opção é um Betabloqueador.

#### **4.46) Variação da prescrição em função da raça do *utente***

A análise descritiva revela também que as opções terapêuticas alteram-se em função da raça, sendo que:

No *utente* com HTA de origem Chinesa, a opção terapêutica é um IECA tal como para um indiano, mas para um *utente hipertenso* originário dos PALOP'S a opção terapêutica mais indicada pelos médicos é um Diurético.

##### **Classes terapêuticas:**

- 1) Quanto ao grau de concordância perante algumas opções terapêuticas, 52% dos médicos de Medicina Geral e Familiar concordam com o facto de prescrever um Diurético como fármaco de primeira linha, se não existirem contra-indicações e por isso, discordam que devem ser menos prescritos.
- 2) Os médicos que Discordam, prescrevem IECA como opção terapêutica e perante *utentes idosos* com HTA optam por um ARAII.

3) Quanto ao facto da nova classe terapêutica ARAII ser mais eficaz, cinquenta e cinco (55%), dos médicos concordam com esta afirmação, considerando que tem menores efeitos secundários no controle da HTA.

4) No caso dos médicos que Discordam, perante utentes de Meia-Idade com HTA, a opção terapêutica é um IECA ou Diurético sendo que para o utente idoso a opção é apenas um Diurético.

5) Nesta perspectiva, o médico que Concorda Completamente com a eficácia do ARAII prescreve esta classe terapêutica para utentes hipertensos idosos, e quanto aos que Discordam em Grande Parte preferem optar por uma associação: ARAII+Diurético.

#### **4.47) Nome dos fármacos mais indicados por classe terapêutica**

**Diurético** - Fludex (20,9%),

**IECA**- Lisinopril (11,94%),

Nebilet (11,94%),

**Betabloqueante** - Concor (37,31%)

- Atenolol (13,43%)

**ARAII** - Diovan (22,39%)

Aprovel (14,93%)

**Antagonista do Cálcio** - Norvasc (22,39%)

Zanacor (20,9%)

**ARAII+Diurético** - Co-Diovan (22,39%)

Co-Aprovel (17,91%)

**IECA+Diurético** - Prinizide (8,96%)

Inibace Plus (7,46%)

**Outros**- Hyperium (11,94%)

Triatin (8,96%)

#### 4.48) Estudo comparativo aos fármacos indicados pelo estudo do IMS de 2005/2006

Comparativamente aos resultados indicados pelos médicos inquiridos, os dados quantitativos relativos à comercialização por quantidades de fármacos anti-hipertensores designado por “Análise da Hipertensão Primária-IMS06” revelam:

	RX Qtr/9/2005	RX Qtr/12/2005	RX Qtr/3/2006	RX Qtr/6/2006	RX MAT/6/2006
<b>C3A DIURETICOS</b>	450.966	449.857	475.960	483.850	1.860.634
FLUDEX	204.740	208.672	213.673	205.952	833.037
LASIX	76.292	57.893	69.442	76.896	280.523
<b>C9A INIBIDORES IECA PUROS</b>	564.461	590.902	628.213	666.072	2.449.648
COVERSYL	114.200	125.485	143.159	151.404	534.248
TRIA TEC	57.642	56.500	63.845	65.982	243.969
<b>C9C ANT.PUROS ANGIOTENSI.II</b>	440.271	472.697	496.716	508.025	1.917.709
COZAAR	81.865	86.128	84.097	89.477	341.568
APROVEL	78.644	77.130	76.399	80.234	312.407
DIOVAN	61.327	69.380	70.327	63.520	264.555
<b>C8A ANTAGONIST.CALCIO PUROS</b>	482.937	533.343	553.752	576.111	2.146.143
NORVASC	128.877	143.200	155.110	144.524	571.711
ADALAT	125.516	144.922	137.291	134.729	542.457
ZANICOR	36.017	42.916	47.843	56.995	183.772
<b>C9D ANT.ANGIOTEN.II, ASSOC</b>	518.950	562.709	624.124	684.507	2.390.291
CO-DIOVAN	137.622	148.365	170.511	173.354	629.852
COAPROVEL	120.613	122.555	129.828	146.596	519.591

- 1) Que existe uma concordância entre o fármaco Fludex, referenciado como fármaco de opção na classe Diurético que ocupa o primeiro lugar em unidades, de acordo com o mapa da IMS HEALTH,
- 2) Os fármacos Aprovel e o Diovan são indicados como fármacos de primeira e segunda escolha dentro da classe ARAII, embora ocupem a segunda e terceira posição nos resultados da IMS HEALTH,
- 3) O Norvasc ocupa a primeira linha de preferência quer através dos resultados do inquérito, quer pelos resultados da IMS Health na classe Antagonistas do Cálcio, sendo que o Zanicor é o segundo fármaco mais referenciado mas ocupa a terceira posição entre os fármacos desta classe terapêutica,
- 4) No que respeita à associação entre ARAII+Diuréticos, o Co-Diovan e CoAprovel são os dois fármacos que assumem as mesmas preferências e resultados da IMS Health. Embora os dados do IMS não indiquem as quantidades sobre os fármacos das classes terapêuticas Betabloqueantes e associação entre as classes IECA+Diurético, as preferências de prescrição indicadas pelos médicos relativas às restantes classes reflectem os dados quantitativos do mercado da IMS Health, pelo que podemos assumir em parte a idoneidade das preferências dos fármacos indicados pelos inquiridos.

## **CAPÍTULO V – Conclusões finais**

### **5) A importância da tipologia do utente na prescrição clínica**

A presente investigação conduz-nos à seguinte conclusão: as tipologias do utente devem ser discutidas para compreender a evolução da terapêutica da Medicina Geral e Familiar sobre o tratamento da hipertensão.

As novas alterações de estilo de vida do utente inter-relacionadas com a raça, idade, sexo, e patologias associadas constituem um novo quadro de perfis de utentes hipertensos sobre os quais o médico necessita de conhecer para aprofundar a qualidade do tratamento da hipertensão arterial.

Está compreendido que o médico não toma o mesmo caminho para a adopção de determinados fármacos: actua perante as circunstâncias e perante a tipologia do utente.

Face ao seu perfil (do médico), a sua experiência clínica, formação académica e centro de saúde no qual exerce actividade, adequa as suas decisões terapêuticas em função do grau da hipertensão, das patologias associadas sem esquecer o utente e o seu perfil socio-económico. Por outro lado, a expressão comum utilizada na medicina “*cada caso é um caso*”, encaixa-se nesta reflexão.

Este estudo permite pensar sobre novas necessidades que provêm de uma melhor da definição das tipologias emergentes de várias áreas da prescrição médica.

Durante esta investigação, tornou-se possível conceber a importância da tipologia do utente para explicar a influência e os mecanismos de intercâmbio que existem entre o médico, as classes terapêuticas e as tipologias no processo de prescrição médica.

Embora nesta investigação não sejam analisados os factores de influência sobre o médico de Medicina Geral e Familiar dentro das tipologias, a verdade é que quer o perfil do médico e as escolas médicas, o perfil utente e a opção dos fármacos de primeira-escolha para o tratamento da hipertensão ajudam a compreender grande parte do mecanismo do processo de decisão no tratamento do utente hipertensão.

Através da análise estatística e qualitativa deste estudo conclui-se que é perante as tipologias do utente que se alteram os padrões de prescrição e os fármacos que o médico prescreve.

Os ARAII e os IECA por exemplo, quer isolados quer em associação de classes ocupam as preferências dos médicos no tratamento da HTA nomeadamente quando existem Doenças Renais, Menopausa e Diabetes Mellitus associados, embora o Diurético continue a ser reconhecido como um clássico em termos de prescrição porque reúne algumas características ao nível do preço, confiança clínica e resultados que permite, nomeadamente à maior fatia de utentes hipertensos, que são os idosos, controlar a hipertensão.

Os médicos entrevistados reflectem preocupação especial com o utente hipertenso com Diabetes Mellitus, sendo que é uma tipologia predominante nesta investigação.

A Dislipidémia é também outra patologia com enfoque.

Sugere-se uma maior investigação para aprofundar as causas do Stress/Ansiedade no utente como patologias desencadeantes da Hipertensão Arterial porque são consideradas por alguns médicos como factor desencadeante da hipertensão.

O utente de raça negra é uma outra tipologia que também deve merecer alguma preocupação pelo facto da prevalência da HTA ser elevada e identificada numa idade mais precoce que a caucasiana.

O controle da obesidade deve merecer alguma preocupação perante o utente com HTA, associado sobretudo à mulher em fase de menopausa ou prestes a entrar na menopausa (denominado período perimenopáusico).

A mulher em período perimenopáusico hipertensa desenvolve alguns riscos para o seu futuro atendendo ao facto de que boa parte destas mulheres ainda se encontram em fase de vida activa e que contribuem para o orçamento familiar em geral e na educação dos filhos que têm a cargo.

Através do perfil do médico, conclui-se também que a escola médica do médico de Medicina Geral e Familiar, os anos de experiência clínica e a área do Centro de Saúde onde os mesmos exercem actividade interferem nas decisões terapêuticas do seu ficheiro de utentes hipertensos.

Quanto à importância das classes terapêuticas no tratamento da hipertensão, os ARAII são a classe terapêutica considerada mais inovadora e que face aos IECA, possuem maior protecção sobre utentes com doença renal, além de que possuem efeitos secundários muito menores. Por isso, são adoptadas em algumas tipologias em particular, sobretudo as que acarretam maiores riscos no tratamento do utente.

Contudo, os IECA e os Diuréticos são de facto as classes terapêuticas consideradas clássicas no tratamento da HTA, tendo em conta que a maioria dos médicos que responderam ao inquérito têm mais de quinze, (15) a vinte (20 anos) de prática clínica. Por isso, podemos dicotomizar a classe médica como *Conservadores/Inovadores* em função da sua permeabilidade a novas alterações na prescrição destas classes para o tratamento destas tipologias.

A hipertensão tem maior prevalência em algumas patologias associadas como a Diabetes Mellitus, a Doença Renal ou Dislipidémia. No sexo feminino, a fase de menopausa introduz uma mudança quanto à tensão sistólica e diastólica pelo que se comprova que no ficheiro de utentes femininos nesta fase, o médico identifica a existência de HTA.

A associação de classes terapêuticas como: ARAII+Diurético e ou IECA+Diurético assume relevância mas apenas quando existem várias patologias associadas com a HTA no utente, e o médico quer reduzir o número de fármacos que o doente toma diariamente.

Existe uma forte correlação entre a presente investigação e os dados fornecidos pelo IMS Health. No entanto, esta empresa de estudos de mercado não identifica diversas tipologias como TP19-Utente Polimedicado hipertenso, ou TP29- Mulher Jovem Hipertensa com Ansiedade, TP23- Utente hipertenso com medicação para prevenção do Acidente Vascular Cerebral.

### **5.1) Novas pistas para a prescrição médica**

As conclusões desta investigação só foram possíveis após uma profunda pesquisa internacional e nacional sobre a evolução dos modelos teóricos dos autores quanto à decisão de prescrição, e à natureza qualitativa e quantitativa da metodologia utilizada sobre a amostra: médicos de Medicina Geral e Familiar em Portugal Continental a exercerem actividade em Centros de Saúde.

Através das entrevistas semi-estruturadas tornou-se possível comprovar a variação da prescrição perante a existência de tipologias do utente hipertenso do Médico de Medicina Geral e Familiar em Portugal Continental e compreender que as opções terapêuticas são ministradas em função dessas mesmas tipologias do utente hipertenso.

Também foi possível identificar e construir tipologias do utente em função do sexo, faixa etária, raça, grau de hipertensão e outras patologias associadas ou factores de risco desencadeantes da doença.

No tratamento estatístico dos dados do inquérito nacional aos médicos de Medicina Geral e Familiar, através da Análise Factorial de Correspondências foi possível confirmar de que existe variação da prescrição entre de diferentes classes terapêuticas para diferentes tipologias do utente hipertenso através da correlação entre classes terapêuticas prescritas pelo médico e as tipologias. Ou seja, para determinadas patologias existe uma classe terapêutica de preferência adoptada pela maioria dos médicos, o que explica a variação da prescrição perante cada tipologia do utente hipertenso.

Os resultados desta investigação revelam-se úteis para profissionais de saúde, autoridades sociais e a própria indústria farmacêutica ver as tipologias do utente hipertenso como um ponto de partida para equacionar pacientes alvo com vista a melhorar os resultados no controle e prevenção da hipertensão. A tipologia do utente no quadro da hipertensão deve ser encarada como um facto que condiciona e define o diagnóstico clínico, sabendo que só depois de conhecer o tipo de utente hipertenso que o médico tem na sua consulta poderá fazer-se um estudo e uma avaliação da terapêutica a prescrever.

Esta investigação sobreprõe-se a modelos que se concentram apenas do perfil do médico, nos seus factores de influência externos e na medição da intenção/previsão da prescrição, porque é verificável que a tipologia do utente interfere no comportamento da prescrição do médico de Medicina Geral e Familiar no tratamento da hipertensão.

É por isso fundamental que a importância das tipologias do utente hipertenso possam ajudar na definição e na compreensão das diferentes opções terapêuticas que o médico tem para o tratamento da hipertensão arterial.

A sua compreensão permite verificar que em função de determinadas tipologias, ou seja, na caracterização clínica, demográfica e socio-económica do doente, o médico limita-se a utilizar um limitado número de classes terapêuticas/fármacos em função dos resultados, experiência profissional e perfil do utente na sua consulta.

Esta investigação permite-nos chegar à conclusão de que emerge um número de tipologias cada vez maior: estão em evolução novas tipologias face a uma maior diversidade de raças a viver em Portugal Continental (China, Palop's).

O facto de existir um número cada vez maior de emigrantes em Portugal merece alguma reflexão quanto à forma como se alteram as tipologias dos utentes e consequentemente, os padrões de prescrição médica.

As tipologias constituem por isso importantes valores clínicos que orientam a definição da prescrição da classe terapêutica : a Inter-classe terapêutica - em que o médico escolhe uma só classe terapêutica, sendo que a partir desta será escolhida uma marca que o médico considera melhor adaptada à tipologia em questão : a Intra-classe terapêutica - a escolha da marca.

A escolha dos médicos sobre as diversas classes terapêuticas- Inter-classe- recaem sobre a Intra-classe ou seja: a escolha de uma determinada marca. Na análise do tratamento de dados é verificável algumas dessas escolhas tais como o Fludex que é uma preferência de prescrição na classe dos Diuréticos quer nos resultados desta investigação quer da IMS Health.

Os fármacos Diovan e Aprovel da classe terapêutica ARAII também são considerados como fármacos para prescrição quer nesta investigação assim como se evidenciam nos resultados da IMS Health.

É facto de que as tipologias condicionam a variação da prescrição médica.

Uma pista para este tema está na criação de linhas de orientação através do Sistema Nacional de Saúde para uma melhor escolha do medicamento no utente hipertenso.

Uma segunda outra pista para o futuro será a escolha das tipologias para definir uma estratégia apropriada no campo sócio-comportamental na hipertensão, com vista a melhorar a qualidade da prevenção e das medidas de controle do utente com HTA em Portugal.

Campanhas que abordem o tema das tipologias do utente hipertenso para médicos de Medicina Geral e Familiar e para o próprio utente desenvolvidas pela indústria farmacêutica em parceria com o Sistema Nacional de Saúde são outras medidas de intervenção no campo sócio-organizacional da saúde sobre um tema que é da preocupação da sociedade portuguesa em geral, face ao número de novos utentes com HTA, mas também elevados aos riscos desta doença sobre o doente.



## **5.2) Limitações da investigação**

A principal limitação da investigação esteve na obtenção de informação da amostra, dado que o tempo concedido pelos dos médicos entrevistados sempre foi escasso, apesar desta investigação ser de cariz académico e científico, como foi sempre enunciado no início de cada entrevista.

A segunda limitação deve-se ao facto de não ser possível extrapolar os resultados estatísticos da amostra para o universo, sabendo que os custos e o tempo disponível inerentes a uma segunda vaga iriam impossibilitar a conclusão desta dissertação dentro do prazo legalmente estipulado.

Quanto aos modelos que estiveram em análise, apenas analisam o comportamento da prescrição sobre o problema e o denominado evoked-set, isto é, a recordação da memória do médico face aos primeiros fármacos que se recorda pela sua experiência e hábito em prescrever e não focam a importância da tipologia do doente.

## **5.3) Sugestões para o contexto da saúde portuguesa no tratamento da hipertensão**

Embora em Portugal se tenha tentado elaborar algumas pesquisas nesta área, a verdade é que as fontes de informação que existem sobre a classe médica disponíveis e credíveis são as da indústria farmacêutica que as utiliza apenas para proveito da empresa, para incentivar as suas equipas, elaborar novas estratégias de actuação para os delegados de informação médica e lançar novas campanhas de marketing para fármacos.

Para o contexto empresarial, gostaria de que os resultados deste estudo pudessem ajudar a indústria farmacêutica a adequar as suas investigações e estratégias de marketing farmacêutico num futuro próximo, quanto à necessidade de lançar novos fármacos ou reequacionar outros fármacos que possuam maior equidade entre os maiores critérios de importância identificados tais como o preço, a eficácia, o mínimo de efeitos secundários e a sua adesão ao doente relativamente às classes terapêuticas e aos fármacos analisados.

Se forem estudadas algumas novas possibilidades pelo Sistema Nacional de Saúde, em que seja estabelecido um protocolo com a indústria farmacêutica quanto à investigação, a adopção, gestão e comercialização de novos fármacos que venham beneficiar algumas destas tipologias com maior prevalência no doente, tal compromisso poderá beneficiar os utentes, pelo que será possível melhorar a qualidade da prescrição quanto aos utentes hipertensos em Portugal Continental.

A contribuição académica e empresarial pode estar no estudo e desenvolvimento de um modelo de gestão da prescrição médica para a clínica geral no tratamento da hipertensão arterial e na aplicação de uma estratégia de marketing farmacêutico que considere a importância das tipologias do utente hipertenso ao nível da intra - classe terapêutica e da inter - classe terapêutica.

Para a indústria farmacêutica, promover campanhas de re-lançamento ou lançamento de novos fármacos são ajustáveis a novos perfis no quadro do utente hipertenso.

As empresas de indústria farmacêutica que possuam fármacos para a hipertensão e outras patologias associadas e identificadas neste estudo poderão estudar uma nova estratégia não só de marketing puro mas também ao nível da intervenção social em função das tipologias do utente hipertenso.

## **5.4) Novos caminhos/implicações empresariais**

Este estudo poderá auxiliar a indústria farmacêutica, nomeadamente os laboratórios que se dedicam em especial à área da hipertensão em desenvolver novas estratégias de actuação perante o médico. Exemplos são a criação de novas brochuras mais personalizadas, que reúnam o perfil do utente hipertenso e as classes terapêuticas de maior adopção, bem como novas abordagens que os Delegados de Informação Médica possam fazer junto dos médicos de Medicina Geral e Familiar.

Para as novas empresas que se preparam para o lançamento de novos fármacos, por exemplo, as tipologias poderão ser úteis para orientar a informação no mercado.

Para além da indústria farmacêutica, a variação da prescrição médica em função das tipologias poderá ajudar a criar novas áreas de intervenção e criação de novas estratégias vindas de organizações e profissionais de saúde directamente implicados na hipertensão, quanto ao rastreio, controle e tratamento da doença. Em conjunto com a indústria farmacêutica também poderá auxiliar na qualidade prescrição na área da hipertensão com vista a melhorar o bem-estar do utente.



## 6) Bibliografia

AJZEN I. and Fishbein, M. (1977), "*Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research*", *Psychological Bulletin*, N° 84 (5).

AJZEN, I. (1985), "*From intentions to actions: a theory of planned behaviour*", in J. Kuhl, & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From cognition to behavior* (pp. 11-39), Berlin, Springer-Verlag.

ARMSTRONG, David, REYBURN, Hugh, JONES, Roger (1996), "*A study of general practitioners reasons for changing their prescribing behavior*", *British Medical Journal*, N° 312: 949-952.

ARROL, Bruce et al.(2002), "Delayed antibiotic prescriptions: what are the experiences and attitudes of physicians and patients", *The Journal of Family Practice*, Vol. 51, N° 11 (<http://www.jfonline.com> 30-11-05).

ARTHUR, Alan.(2002), "*Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature*", *British Medical Journal*, Vol. 324:729-732.

BARBER, Nick. (1995), "*What constitutes good prescribing*", *British Medical Journal*, Vol.310: 923-925.

BEACH, Lee Roy and MITCHELL, Terence R.(2001), "*A Contingency Model for the Selection of Decision Strategies*" in *Symposium Contingency Theory*, Vol.3 : 439-449, Academy of Management July, Washington.

BELL, A. Robert et al.(2000), "*The educational value of consumer-targeted prescription drug print advertising*", *The Journal of Family Practice*, Vol.59, N° 12 (<http://www.jfonline.com> 30-11-05).

BRADLEY, Colin, P. (1991), "*Decision Making and Prescribing Patterns- a Literature Review*", *Family Practice*, Vol 8: 276-287.

BRADLEY, Colin, P. (1992), "*Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners*", *British Journal. General Practice*, Vol.42: 454-458.

BRADLEY, Colin, P. (1992), "*Uncomfortable prescribing decisions: a critical incident study*", *British Medical Journal*, Vol. 304 : 294-296.

BRITTEN, N, STEVENSON, FA., BARRY, C.A., BARBER, N., BRADLEY, C.P. (2000), "*Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study*", British Medical Journal, N° 320: 484-487.

BORDAGE, G, ZACKS., R.(1984), "*The structure of medical knowledge in the memories of medical students and general practitioners: categories and prototypes*", Medical Education, Vol.18, N° 6 : 406-416.

BUTLER, Christoper, ROLLNICK, Stephen, PILL, Roisin, RAPPORT, Maggs, STOOT, Nigel (1998), "*Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners and patients perceptions of antibiotics sore throats*", British Medical Journal, Vol.317, N° 5: 637-642.

CABANA, Michael, RAND, S., CYNTHIA, Powe, R.Neil, WU, W.Albert, WILSON, H.Modena, ABOUD, C.Paul-André, RUBIN, R., Haya (1999), "*Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?*", Jama, Vol. 282, N° 5: 1458-1465.

CARVALHO, Maria (1998), "*Factores de Influência na Prescrição em Clínica Geral no Norte de Portugal*", Tese de Doutoramento pela Faculdade de Medicina do Porto, Porto.

CHAIKEN, Shelly (1980), "*Heuristic Versus Systematic Information Processing and the Use of Source Versus Message Cues in Persuasion*", Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 39, N° 5 :752- 766.

CHARLES, Cathy, GAFNI, Amiram, WHELAN, Tim (1999), "*Decision-Making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*", Social Science and Medicine, Vol.49: 651-661.

CHARLES,Cathy, GAFNI, Amiram, WHELAN, Tim (1997), "*Shared Decision- Marking in the Medical Encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango?)*", Social Science and Medicine, Vol.44, N° 5 : 681-692.

CHINBURAPA, Vijit, LARSON, Lon, N. (1988), "*Predicting Prescribing Intention and Assessing Drug Attribute Importance Using Conjoint Analysis*", Journal of Pharmaceutical Marketing & Management, Vol. 3, N° 2: 3-18.

CHINBURAPA Vijit, LARSON, Lon N., BRUCKS, Merrie, DRAUGALIS, JOLaine, BOOTMAN, J.Lyle, and PUTO, Christopher P. (1993), "*Physician Prescribing Decisions: The Effects of*

*Situational Involvement and Task Complexity on Information Acquisition and Decision Making* ", Social Science and Medicine, Vol. 36, N°11: 1473-1482.

CHREN, Margaret, Mary, MD, C., SETH, Landefeld, MD. (1994), "*Physician's Behavior and Their Interactions With Drug Companies*", Jama, Vol.27, N° 9: 684-689.

COCKBURN, Jill and SABRINA, Pit. (1997), "*Prescribing behaviour in clinical practice: patients expectations and doctors perceptions of patients expectations – a questionnaire study*", British Medical Journal, Vol.315: 520-523.

COELHO, Margarida, Ana. (2006), "*Estratificação do risco cardiovascular em doentes hipertensos de uma lista de utentes*", em Revista Portuguesa Clinica Geral, N° 22: 41-48.

COLEMAN, James, ELIHU Katz, and MENZEL, Herbert (1957), "*The Diffusion of Innovations Among Physicians*", Sociometry, Vol. 20 : 253-270

COLEMAN, J., MENZEL, H., and KATZ, E.(1966), citado em MILLER, R. (1973), "*Prescribing Habits of Physicians- A Review of Studies and Prescribing of Drugs* ", parte I, parte II, parte III, Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, Social. Science and Medicine, Vol. 36, N° 11: 1473- 1482.

CONRAD, Peter (2002), "*Prescribing in general practice* ", Vol. VII, Oxon: Radcliffe Medical Press.

COSCELLI, Andrea, (2000), "*The Importance of doctors and patients preferences in the prescription decision*", Journal of Industry Economics, Vol. 48, N°3 : 349-369.

DENIG P, WITTEMAN, CLM, SCHOUTEN, H W. (2002), "*Scope and nature of prescribing decisions made by general practitioners*", Quality & Safety in Healthcare, Vol. 11, N°2: 137-143.

DENIG P., RUSKAMP., F.M. Haaijer, and ZIJSLING, D.H. (1988), "*How physicians choose drugs*", Social. Science and Medicine, Vol. 27, N° 12: 1381-1386, Great Britain: Pergamon Press.

DENIG P., RUSKAMP, F.M. Haaijer (1991), "*Therapeutic decision making of physicians*", published in (1992), in Pharmacy World & Science, Vol.14, N° 1: Netherlands.

DENIG, P. RUSKAMP, F. M. Haaijer (1992), "*Therapeutic decision making of physicians*", Pharmaceutisch Weekblad Scientific edition, Vol.14, N° 1 : 9-15.

- DENIG P., Haaijer-Ruskamp F. M. e Zusling D. H (1988), "*How Physicians Choose Drugs*", Science & Medicine in Pergamon Press , Vol. (27), Nº 12 : 1381-1386: Great Britain
- DULANY, D. E. (1967), "*Awarenes, Rules and Propositional Control: A Confrontation with S-R Behaviour Therapy*", in T. R. Dixon & D. L. Horton Eds.
- EATON G. and PARISH P. (1976), "*Sources of drug information used by general practitioners*", J. R. Coll. General Practice, Vol. 26, suppl. 1 , Nº58.
- EDWARD, J., HOLOHEAN Jr., STEVEN, M. Banks , BLAIR, A. Maddy. ( 1995), "*System Impact and Methodological Issues in the Development of an Empirical Typology of Psychiatric Hospital Residents*", Journal of Mental Health Administration, Vol. 22, Nº 2: 177-188.
- ELSTEIN, Arthur, SCHWARZ, Alan (2002), "*Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature*", British Medical Journal, Vol.324: 729-732.
- EPSTEIN A.M., READ J.L., and WINICK, R. (1984), "*Physician beliefs, attitudes and prescribing behavior for anti-inflammatory drugs*", AM. J. Medicine, Vol. 77, Nº 313.
- EUROTRIALS (2005), Nº19
- FERM, Ma, SMITH, MC., Advertising (1983), "*Principles of pharmaceutical marketing*", Lea & Febiger : Smith MC 3<sup>rd</sup> ed: Philadelphia.
- FISHBEIN, Martin (1976), "*Attitude and the Prediction of Behavior*", in John Wiley and Sons : Atittude Theory and Measurement, M.Fishbein (ed), 477-490, New York.
- FISKE, Jonh (1995), "*Introdução ao estudo da comunicação*", Edições Asa, Porto.
- FLORENCE, Valette, Pierre. (1998), "*A Causal Analysis of Means-End Hierarchies in a Cross-Cultural Context: Methodological Refinements*", Journal of Business Research, Nº42: 161-166.
- FODY, William (1993), "*Como Perguntar- Teoria e Prática da Construção de perguntas em entrevistas e questionários*", Oeiras :Celta Editora.
- INFARMED (1998), "*Formulário Europeu de Medicamentos*" , Lisboa.
- FRY, Jonh, GODFREY, Martin, PRICHARD, Brian (1986), "*Prescribing- What, when and why?* ", Library of General Practice Nº 11) , Churchill Livingstone.

GREENFIELD, S., PHD, S.Bryan, PHD Gill. P, DM, Gutridge.K, Bsc and MARSHALL, T (2004), "*Factors influencing clinician's decisions to prescribe medication to prevent coronary heart disease*", *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, **Vol. 30**: 77-84.

GUIMARÃES, Rui Campos e Cabral José A. Sarsfield (1997), "*Estatística*", Edição Revista McGrawHill.

GUTMAN, Jonathan. (2001), "*A Means-End Model For Facilitating Analyses of Product Markets Based on Consumer Judgement*", University of Southern California: 116-121.

GUTMAN, Jonathan , REYNOLDS, J.Thomas (1998), "*Laddering Theory, Method, Analysis and Interpretation*", *Journal of Advertising Research*, February-March : 11-37, Cambridge:University Press.

HARRELL, Gilbert D., BENNET, Peter D. (1974), in "*An Evaluation of the Expectancy Value Model of Attitude Measurement for Physician Prescribing Behaviour*", *Journal of Marketing Research*, **Vol. XI**: 269 -278.

HARRIS, Conrad (1996), "*Prescribing in general practice*", foreword by Jane Richard, Radcliffe Medical Press, **VIII** , Oxford

HEMMINKI , Elina(1975), "*The Role of Prescriptions in Therapy*", *Medical Care*, **Vol. XIII**, Nº 2.

HEMMINKI, Elina (1976), "*Factors Influencing Drug Prescribing – inquiry into Research Strategy*", *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, **Vol.10**: 321-329.

HEPLER D. Charles, SEGAL, Richard (1982), "*Prescriber's beliefs and values as predictors of drug choices*", *American Journal of Hospital Pharmacy*, **Vol. 39**: 1891-1897,

HENRIKSEN, Kristin, HANSEN, Holme Ebba. (2004), "*The threatened self: general practitioner's self-perception in relation to prescribing medicine*", *Social Science & Medicine*, **Vol.59**, Nº1: 47-55.

HIGGINS, Mark P, TULLY, Mary P (2005), "*Hospital Doctors and their schemas about appropriate prescribing*", *Medical Education*, **Vol 39**, Nº 2: 184-93.

HUNINK M, GLASZIOU P, SIEGEL, J., et al. (2001), "*Decision making in health and medicine. Integrating evidence and values*", in Cambridge University Press,Cambridge.



INDÍCE NACIONAL TERAPÊUTICO (2000), Índice Nacional Terapêutico, Lisboa : Tupam Editores.

JR, Holohean, J.EDWARD, Bnaks, M.Steven, MADDY, A. Blair (1995), " *System Impact and Methodological Issues in the Development of an Empirical Typology of Psychiatric Hospital Residents*", Journal of Mental Health Administration, Vol. 22, Nº 2: 177-188.

KATHRYN, E. Flynn, MAUREEN A. Smith, DAVID, Vanness (2006), "A typology of preferences for participation in healthcare decision making", Social Science & Medicine, Vol. 63 :1158-1169.

KNAP, Deanne E. and OELTJEN, Paul D (1972), "Benefits-to-Risks Ratio in Physician Drug Selection", American Journal of Public Health, Nº62 .

LACEY., H.M and RACHIN., H. (1978), " Behavior, Cognition and theories of choice", Behaviorism Nº 6: 177-202.

LARSON, Eric.B., MD, MPH, Yao Xin, Phc (2005), " Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship", JAMA, Vol.293, Nº 9:1100-1106.

LESAR, Timothy, S, Briceland, LAURIE, Stein. S. Daniel (1997), "Factors related to Errors in Medication Prescribing", JAMA, Vol .277, Nº 4: 312-317.

LEEFLANG, S.H.,PETER, S.H, WITTINK, R.Dick (2000), "Building Models for Marketing Decisions: Past, Present and Future", in University of Groningen, Department of Economics, Netherlands.

LILJA, John (1976), "How Physician Choose Their Drugs, Social Science & Medicine", Vol.10: 363-365.

MANCUSO Carol A. and ROSE, David N (1987), "A Model for Physicians' Therapeutic Decision Making, Arch Intern Med- Decision Analysis", Vol. 147: 1281- 1285.

MARSHALL., J (1973), "Aspects of the sociology of prescribing among general practitioners", PhD Thesis, Swansea, University of Wales.

MARTINS, Ana, DE MELO Magda, MENDES, Zilda, FERREIRA, Patricia, MIRANDA Ana da Costa, FALCÃO, Isabel Marinho, DOMINGUES, Joaquim Costa, GOUCHA, Paulo, (2001), " Perfil

*Terapêutico da Hipertensão na Rede de Médicos Sentinela*", em Revista Portuguesa de Clínica Geral, Nº17 : 359-372.

MD FERBER von Liselotte, KÖSTER, Ingrid, ULRIKE, Prüss ( 2002), " *Patients variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners prescribing behaviour: an observational study*", *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, Vol. 11: 291-299 (published online in Wiley Interscience, (2002), 15<sup>th</sup> May - [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).

MILLER, RR (1973), "*Prescribing Habits of Physicians: a Review of Studies on prescribing of drugs*", part I, part II, part III, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, Vol. 7 : pág.492-500.

MILLER, RR (1974), "*Prescribing Habits of Physicians : A review of studies on prescribing of drugs*", parts VII-VIII, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, Vol. 8: 81-91.

Ong L.M.L.; de Haes J.C.J.M.; HOOS A.M.; LAMMES F.B. (1995), "*Doctor Patient Communication: a review of the literature*", *Social Science and Medicine*, Vol.40, Nº 7 : 903-918.

MONTGOMERY, Douglas e Runger, George, (1994), "*Applied Statistics and Probability for Engineers*", Jonh Wiley & Sons, Inc.

MUIJRS, Janknegt, Sijbrandij, Richard P. T. M. Grol and J. André Knottnerus (2004), "*Prescribing Indicators*", *European Journal of Clinical Pharmacology*, Vol.60, Nº 10.

PAIVA, Ana Margarida. (2006), "*Estratificação do risco cardiovascular em doentes hipertensos de uma lista de utentes*", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Nº (22) : 41-48.

PANTON, Rhona (1998), "*Medicine Management*", *British Medical Journal Books*, Vol. XIII, London.

PAUKER, Stephen, M.D., and Kassirer, JEROME, M.D (1987), "*Medical Progress- Decision Analysis*", *The New England Journal of Medicine*, January Vol. 29, Nº 5: 250-258.

PETURSSON, Petur (2005), "*GP'S reasons for non-pharmacological prescribing of antibiotics*", *Scandinavian Journal of Primary Healthcare*, Nº 23 : 120-125.

PINA, Esperança., A.J. (1994), "*A responsabilidade dos médicos*", Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

PROENÇA, Reinaldo, A.G. (2000), *"Modelling and Categorisation of Portuguese GP's Prescribing Behaviour: The Case of Patients with Hypertension"*, October, thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy, Department of Management Studies, Faculty of Social Sciences, University of Glasgow.

PROENÇA, Reinaldo A.G (2001), *"Análise e Categorização do Comportamento de Prescrição dos Médicos de Medicina Geral e Familiar Portugueses na Abordagem Farmacológica da Hipertensão"*, Revista Portuguesa de Gestão, Ano 16, Nº 2.

RYDE, David, M.B., B.S., and F., P (1981), *"Prescribing - a controversial craft?"*, General Practitioner, Anerley, Vol. 225: 283-284.

RUSKAMP, Haaijer, F.M (1990), *"Drug-Utilization studies in the Nertherlands"*, Pharmaceutisch Weekblad Scientific Edition, Vol.12, Nº3 : 91-96.

RUSKAMP, Haaijer, F.M, DENIG., P (1992), *"Therapeutic Decision Making of Physicians"*, Pharmaceutisch Weekblad Scientific Edition, Vol.14, Nº1 : 9-14.

SALMON, Hall (2003), *"Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine"*, Social Science & Medicine, Vol.57, Nº10: 1969-1980.

SEGAL, Hepler. (1982), *"Prescriber's Beliefs and Values as Predictors of Drug Choices"*, American Journal of Hospital Pharmacy, Nº 39 : 189-197.

SEGAL, Richard and HEPLER, Charles D (1985), *"Drug Choice as a Problem-solving Process"*, Medical Care, Vol. 23, Nº 8: 967-977.

SILVA, da Aranda A.J (2002), *"Medicamentos genéricos – Mitos e Realidades, Falta de informação... ou manipulação da dita?"*, Revista Médico de Família, Nº31: 12-13.

SINGH, Jagdip. (1990), "*A Multifaced Typology of Patient Satisfaction with a Hospital Stay*", Journal of Health Care Marketing, Vol. 10, N° 4 : 8-18.

SIMON, Herbert A. and Associates. (1986), "*Decision Making and Problem Solving*", Reprinted with permission for Research Briefings (1986), from The Report of the Research briefing Panel on Decision Making and Problem Solving, by the National Academy of Sciences, Pub. By national Academy Press: Washington, D. C.

SMET, De Peter A.G.M, and DAUTZENBERG, Maaïke (2004), "*Repeat Prescribing Scale, Problems and Quality Management in Ambulatory Care Patients*", Drugs, Vol. 64, N° 16: 1779-1800.

SOUMERAI, Stephen, B., Scd, AVORN Jerry, MD (1990), "*Principles of Educational Outreach (Academic Detailing) to improve Clinical Decision Making*", JAMA, Vol.263, N° 4: 549-556.

SPURGEON, David (2004), "*Independent prescribing advice affects doctor's behavior*", British Medical Journal, Vol.32 : 1066 – published in <http://www.bmj.bmjournals.com> (30-11-2005).

STEVEN H, WOOLF, MD, MPH (2000), "*Changing physician practice behavior*", The Journal of Family Practice, Vol. 49, N°2 – published in <http://www.jfonline.com> (30-11-05).

STEVENSON, Fiona. A, GREENFIELD, Sheila. M., MIREN, Jones, NAYAK, Amanda, BRADLEY, Colin P (1999), "*GP's perceptions of patient influence on prescribing*", Family Practice, Vol.16, N° (3): 255-261.

STEVENSON F.A, BARRY CA, BRITTEN N, BARBER N, BRADLEY CP (2000), "*Doctor-Patient communication about drugs: the evidence for shared decision making*", Social Science & Medicine Vol. 50, N° 6 : 829- 840.

STRICKLAND, Hodge.B., JEPSOM, M (1982), "*Identification and characterization of early and late prescribers in general practice*", Journal of Social Medicine, Vol.75, N°5: 341-345.

VASCO, A.J. Maria (2007), *Editorial – “Recomendações e protocolos de actuação terapêutica: relevância para a qualidade da prescrição”*, Acta Reumatológica Portuguesa, Nº1.

VIRJI, Abbas, BRITTEN, Nicky (1991) "*A Study of the Relationship Between Patient's Attitudes and Doctor's prescribing*" Family Practice, Vol. 8, Nº4: 314-319, Great Britain.

WEISS, M.C., FITZPATRICK, R., SCOTT, D.K., GOLDACRE, M.J (1996), "*Pressures on the general practitioner and decisions to prescribe*", Family Practice, Vol. 13, Nº 5: 432-438.

WILLIAMSON, P.M. (1975), "*The Adoption of New Drugs by Doctors Practising in Group and Solo Practise*", Social Science and Medicine, Nº 9 : 233-236.

WILLIAMS & Wilkins Lippincott (2003), Journal of Hypertension Vol. 21, Nº 11:1983-1992.

ZELNIO, Robert N. and GAGNON, Jean P. (1979), "*The effects of Price Information on Physician Prescribing Patterns- A Literature Review*", Drug Intelligence and Clinical Pharmacy", Vol.13, Nº 3: 156-159.

**7) Anexos**