UNIVERSIDADE DE SOROCABA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Diogo Antonio Morato Mastrorocco Filho

POLÍTICAS FARMACÊUTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS

Sorocaba/SP
2015

Diogo Antonio Morato Mastrorocco Filho

POLÍTICAS FARMACÊUTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Barberato Filho

Sorocaba/SP

2015

Ficha Catalográfica

Mastrorocco Filho, Diogo Antonio Morato

M374p Políticas farmacêuticas informadas por evidências / Diogo Antonio Morato Mastrorocco Filho. -- Sorocaba, SP, 2015.

142 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Barberato Filho.

Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2015.

1. Política farmacêutica - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Medicamentos - Utilização. I. Barberato Filho, Silvio, orient. II. Universidade de Sorocaba. III. Título.

Diogo Antonio Morato Mastrorocco Filho

POLÍTICAS FARMACÊUTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Silvio Barberato Filho
Universidade de Sorocaba

Profa. Dra. Cristiane de Cássia Bergamaschi
Universidade de Sorocaba

Profa. Dra. Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos
Universidade de Sorocaba

À Cris, Titi e Chefe.

AGRADECIMENTOS

Ao Grande Arquiteto do Universo por todas as oportunidades e pela proteção em minha vida.

Ao meu pai, Diogo Antonio Morato Mastrorocco, e minha mãe, Mariangela Volpato Freire, pelo amor incondicional e por todos os sacrifícios para que eu conseguisse chegar até aqui. Tentei não decepcionar vocês.

Ao meu sogro, Guino Goethe Arrunategui Carvallo (*in memorian*) e minha sogra, Heloísa Helena Cunha Arrunátegui, pela disponibilidade em ajudar para que eu pudesse me dedicar a escrever este trabalho, sabendo que minha família estava sendo cuidada por vocês.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Silvio Barberato Filho, por todo o conhecimento transmitido e principalmente pela paciência e disponibilidade. Um agradecimento especial também, por ter se mostrado um exemplo de profissional e um modelo de professor que pretendo seguir.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Farmacêuticas da UNISO.

A Profa. Dra. Cristiane de Cássia Bergamaschi e Profa. Dra. Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos, membros da banca avaliadora, pelas contribuições feitas a este trabalho.

A farmacêutica Aline de Almeida Munis, uma aluna que tornou-se amiga e parceira em diversos trabalhos. Sem sua ajuda, este trabalho não teria sido realizado.

A amiga e farmacêutica Mariana Donato Pereira, pela ajuda e por toda a experiência que uma “veterana” pode passar.

A amiga e farmacêutica Vivian Ferrari Lima Scaranello Machado que, compartilhou todos os momentos nestes dois anos de mestrado e ajudou muito na elaboração deste trabalho. Obrigado! Daqui a pouco, é sua vez!

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que, através do Programa de Suporte de Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP), forneceu o apoio financeiro necessário para a conclusão deste curso de mestrado.

Aos amigos e colegas de trabalho Roberto Pedro de Alcântara, Eliane Maria Leite e Antonio Reinaldo da Cruz, cuja compreensão e flexibilidade permitiram que eu frequentasse as aulas e me dedicasse à elaboração desta dissertação.

Aos meus filhos Cristiana Arrunátegui Mastrorocco e Diego Arrunátegui Mastrorocco, pela compreensão, pelo amor e pelo carinho. Sei que muitas vezes vocês abriram mão da própria vontade para que eu pudesse estudar e escrever este texto. Espero deixar para vocês exemplos de coragem, persistência e perseverança com a realização deste trabalho.

E por último, um agradecimento muito especial àquela que soube segurar todas as “barras” e superar todos os problemas nestes últimos dois anos para que eu conseguisse concluir este trabalho. A você, minha esposa Helena Cristina Cunha Arrunátegui Mastrorocco, agradeço por toda a compreensão, por todo o amor, por todo o carinho e principalmente, por estar comigo. Só nós sabemos das dificuldades pelas quais nossa vida passou nos últimos tempos. E você sempre ao meu lado, me dando força, coragem, algumas broncas e ajudando também na elaboração deste trabalho. Sem você, nada disso estaria acontecendo. Eu, que neste momento me torno mestre em Ciências Farmacêuticas, espero um dia conseguir ser como você é: Mestre na arte de viver! Muito Obrigado!

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a execução deste trabalho.

RESUMO

Políticas farmacêuticas podem ser definidas como o conjunto de regras ou processos colocados em prática por governos ou agências reguladoras para gerenciar problemas relacionados com a disponibilidade de medicamentos e o papel destes nos cuidados à saúde. Como parte integrante de qualquer política de saúde, as políticas farmacêuticas são influenciadas pelos mesmos problemas estruturais ou gerenciais dos sistemas de saúde, sejam eles relacionados à insuficiência ou desperdício de recursos, ausência de regulamentação ou ingerências políticas de curto prazo. Desta forma, agentes públicos e decisores políticos devem elaborar políticas farmacêuticas de modo a incorrer na menor possibilidade de erros. A utilização de evidências científicas para a formulação de políticas de saúde vem ganhando espaço no Brasil e no mundo, sendo considerada como uma forma de maximizar os resultados e racionalizar o uso de recursos. O objetivo deste trabalho foi discutir limites e possibilidades da utilização de evidências para a formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para selecionar evidências que possam subsidiar a elaboração de políticas farmacêuticas, foi realizada busca exploratória por revisões sistemáticas, *overviews* ou metanálises na base de dados *Medline,* via *Pubmed*, em dezembro de 2013, combinando os descritores “políticas de saúde” e “serviços farmacêuticos”. A fim de aumentar a sensibilidade do buscador eletrônico e garantir maior varredura na literatura, esses termos foram utilizados como *MeSH Terms* e também como termos isolados, em todos os campos dos textos, sem corte temporal. Duzentas e setenta e cinco revisões foram recuperadas na busca inicial e 42 trabalhos foram selecionados após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Análise bibliométrica mostrou que a maioria das revisões sistemáticas incluídas era proveniente da Europa e América do Norte e todas foram publicadas a partir do ano 2000. Com base no assunto tratado ou nos desfechos avaliados, os resultados foram descritos em oito categorias temáticas relacionadas com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica: acesso a medicamentos; promoção de medicamentos; regulação do mercado farmacêutico; prescrição de medicamentos; dispensação de medicamentos; uso racional de medicamentos; qualificação e organização de serviços farmacêuticos; farmacoeconomia. Cabe destacar que os resultados deste estudo não devem ser aplicados nos contextos locais sem a avaliação de outros aspectos, como os culturais, sociais, e estruturais; no entanto, a simples disponibilidade das evidências, pode servir como instrumento norteador para as políticas farmacêuticas. Pode-se concluir que, tanto para a implementação quanto para a contraposição a políticas farmacêuticas, o uso de evidências representa a melhor alternativa disponível. Portanto, mais do que propor soluções mágicas para os problemas da área farmacêutica no Sistema Único de Saúde, este trabalho defende, de forma enfática e inequívoca, a estratégia de formular, implementar e avaliar políticas farmacêuticas informadas por evidências.

Palavras-Chave: Políticas de Saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas Informadas por Evidências. Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

Pharmaceutical policies can be defined as the set of rules or processes put in place by governments or regulatory agencies to manage issues related to the availability of medicines and their role in health care. As an integral part of any health policy, pharmaceutical policies are influenced by the same structural or managerial problems of health systems, whether related to the failure or waste of resources, lack of regulation or short-term political interference. Thus, public officials and policy makers should develop pharmaceutical policies to incur the slightest possibility of errors. The use of scientific evidence for the formulation of health policies has been gaining ground in Brazil and in the world, being considered as a way to maximize results and rationalize the use of resources. The objective of this study was to discuss limits and possibilities of the use of evidence for the formulation, implementation and evaluation of drug policies within the Brazilian Unified Health System. To select evidence to support the development of pharmaceutical policies, exploratory search was conducted by systematic reviews , overviews and meta-analyzes in the Medline database via PubMed, in December 2013, matching the keywords "health policies" and "pharmaceutical services". In order to increase the sensitivity of the electronic scan engine and to ensure greater in the literature, these terms were used as MeSH Terms as well as individual terms in all fields of text, without any time cutting. Two hundred and seventy-five revisions were recovered in the initial search and 42 works were selected after applying the inclusion and exclusion criteria. Bibliometric analysis showed that most of the included systematic reviews were from Europe and North America and all were published from 2000. Based on the subject matter or the outcomes tested, the results were described in eight themes related to National Policy of Pharmaceutical Assistance: access to medicines; promoting drugs; regulation of the pharmaceutical market; prescription medications; dispensing drugs; rational use of medicines; qualification and organization of pharmaceutical services; pharmacoeconomics. It should be noted that the results of this study should not be applied in local contexts without the evaluation of other aspects, such as cultural, social, and structural; However, the simple availability of evidence may serve as a guiding instrument for pharmaceutical policies. It can be concluded that both the implementation as opposed to the pharmaceutical policies, the use of evidence is the best alternative available. Therefore, rather than proposing magical solutions to the problems of the pharmaceutical area in the Brazilian Unified Health System, this paper argues, emphatically and unequivocally, the strategy of formulating, implementing and evaluating drug policies informed by evidence.

Keywords: Health policy. Brazilian Unified Health System. Evidence-informed policy. Pharmaceutical services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Funções das evidências na formulação de políticas de saúde e de tomada de decisões 19

Figura 2 - Atuação da EVIPNet e etapas do processo de formulação e implementação de políticas de saúde informadas por evidências 20

Figura 3 - Situação de implementação dos Núcleos de Evidência em Saúde até dezembro de 2013 21

Figura 4 - Fluxo de seleção dos artigos 32

Figura 5 - Distribuição temporal dos artigos selecionados 40

Figura 6 - Distribuição geográfica dos artigos selecionados 41

Figura 7 - Distribuição dos periódicos nos quais foram publicados os artigos selecionados, segundo o estrato Qualis/Capes da área de farmácia 42

LISTA DE ABREVIATURAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Ceaf	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Comare	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
Decit	Departamento de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
EVIPNet	*Evidence-Informed Policy Network*
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
Gtvisa	Grupo Temático de Vigilância Sanitária
JCR	*Journal Citation Reports*
MS	Ministério da Saúde
NEVs	Núcleos de Evidências
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PEDro	*Physioterapy Evidence Database*
Pnaf	Política Nacional de Assistencia Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
Prisma	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analisys*
Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SJR	*Scientific Journal Rankings*
Support	*Tools for evidence-informed health policymaking*
SCPP	Sistemas computadorizados para prescrição
SSDC	Sistemas de suporte a decisão clínica
SUS	Sistema Único de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 12

2 REFERENCIAL TEÓRICO 15
2.1 Práticas e políticas de saúde informadas por evidências 15
2.2 Uso de evidências em políticas farmacêuticas do SUS 24

3 OBJETIVOS 28
3.1 Objetivo Geral 28
3.2 Objetivos Específicos 29

4 MÉTODO 30
4.1 Desenho do estudo 30
4.2 Busca de evidências 30
4.3 Determinação de elegibilidade 30
4.4 Análise bibliométrica 31
4.5 Análise por categoria temática 32

5 RESULTADOS 33
5.1 Análise bibliométrica 34
5.2 Análise por categoria temática 42
5.2.1 Acesso a medicamentos 51
5.2.2 Promoção de medicamentos 52
5.2.3 Regulação do mercado farmacêutico 55
5.2.4 Prescrição de medicamentos 58
5.2.5 Dispensação de medicamentos 62
5.2.6 Uso racional de medicamentos 66
5.2.7 Qualificação e organização dos serviços farmacêuticos 69
5.2.8 Farmacoeconomia 83

6 DISCUSSÃO 92
6.1 Análise bibliométrica 92
6.2 Discussão por categoria temática 93
6.2.1 Acesso a medicamentos 93
6.2.2 Promoção de medicamentos 95
6.2.3 Regulação do mercado farmacêutico 98
6.2.4 Prescrição de medicamentos 101

6.2.5 Dispensação de medicamentos 105
6.2.6 Uso racional de medicamentos 107
6.2.7 Qualificação e organização de serviços farmacêuticos.....110
6.2.8 Farmacoeconomia.....113

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....116

REFERÊNCIAS.....119

ANEXO A.....142

ANEXO B.....143

1 APRESENTAÇÃO

A crescente demanda por medicamentos e os recursos financeiros cada vez mais altos dispendidos nesta atividade, exigem que os serviços farmacêuticos sejam regulamentados como políticas públicas, dada sua complexidade e conflitos de interesse envolvidos (VEBER et al., 2011). Neste sentido, as políticas farmacêuticas devem aproximar-se das políticas de saúde, pois, o acesso e a tecnologia envolvendo medicamentos constitui um dos blocos necessários para o fortalecimento dos sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as políticas farmacêuticas como um compromisso com objetivo e guia de ação. Expressam e priorizam as metas, a médio e longo prazo, estabelecidas pelos governos para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-las. Proporcionam um marco dentro do qual se pode coordenar as atividades do setor farmacêutico. Contemplam os setores público e privado, e impacta a todos os protagonistas do âmbito farmacêutico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Ao assumir caráter de política pública, contemplando estratégias e metas que têm impacto na vida de toda a população, as políticas farmacêuticas sujeitam-se aos mesmos desafios das políticas de saúde. E uma das formas de tornar as políticas de saúde mais efetivas é a utilização do conhecimento científico para informar o processo de elaboração e implementação destas políticas (LAVIS et al., 2005).

O uso de evidências de pesquisa na tomada de decisão e formulação de políticas de saúde está cada vez mais presente na agenda de governos e organismos internacionais de apoio a políticas públicas. Evidências podem ser consideradas como experiências ou observações cujo objetivo é embasar uma conclusão. Desta forma, estão sujeitas a variações de concepção, confiabilidade, contexto e abrangência, conceitos que devem ser considerados pelos formuladores de políticas durante o processo de elaboração das mesmas (OXMAN et al., 2009a).

No Brasil, o interesse pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da implementação de políticas de saúde informadas por evidências tem crescido, embora ainda seja incipiente. Para estimular esta prática, o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) lançaram, em

outubro de 2014, um edital de chamada pública para o financiamento de projetos de tradução do conhecimento para políticas informadas por evidências (BRASIL, 2014a).

Considerando os problemas atuais na gestão do SUS, como o subfinanciamento crônico, por exemplo, e os desafios esperados para os próximos anos, como o envelhecimento da população ou as condições clínicas típicas do século XXI (TEMPORÃO, 2012), a utilização de evidências para a elaboração de políticas e programas de saúde é imprescindível para a obtenção de melhores resultados (BARRETO; SOUZA, 2013).

A utilização de evidências parece já estar incorporada à prática profissional em algumas carreiras. Médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas dispõem de rotinas ou ferramentas que lhes permite a busca pela melhor e mais recente evidência de pesquisa disponível (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO et al., 2011). No entanto, segundo Veber e colaboradores (2011), o segmento farmacêutico oferece pouca publicação em relação à utilização de evidências científicas para a tomada de decisão, principalmente no planejamento de serviços de assistência farmacêutica, fato que contraria a tendência mundial. A análise da Agenda Regulatória da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o biênio 2013/2014, por exemplo, não identifica nenhuma proposta explícita de uso de evidência científica para a formulação de políticas que atendam às necessidades sanitárias do país (BRASIL, 2014b).

Embora em nível federal existam algumas iniciativas do uso de evidências para a elaboração de políticas farmacêuticas, esta prática ainda é pouco adotada, considerando a magnitude dos valores financeiros envolvidos com medicamentos e a pluralidade dos cenários e contextos em cada um dos mais de 5.500 municípios brasileiros.

O caráter descentralizado do SUS requer que todos os entes federativos, corresponsáveis pela gestão do sistema, também adotem a utilização de evidências na formulação das políticas locais relacionadas a medicamentos.

Neste contexto, este trabalho partiu da hipótese de que as políticas farmacêuticas apresentam melhores resultados quando formuladas, implementadas ou avaliadas a partir de evidências científicas, e que os gestores, responsáveis pela elaboração destas políticas, devem se valer de conhecimentos que possam subsidiar esta ação.

Desta forma, este estudo foi desenvolvido com base em três questões norteadoras:

i. Existem evidências científicas que possam subsidiar a formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas? Quais são estas evidências e onde foram publicadas?
ii. De que forma as evidências científicas podem contribuir para a formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas no âmbito do SUS?
iii. Quais as barreiras para o uso de evidências na formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas no âmbito do SUS?

Este trabalho buscou revisões sistemáticas, metanálises e *overviews*[1] que apresentem evidências, globais ou locais, capazes de subsidiar a formulação de políticas farmacêuticas. Seus resultados devem dar suporte a deliberações sobre a construção destas políticas, mas não devem ser aplicados nos contextos locais sem a avaliação de outros aspectos determinantes, como os culturais, sociais, e estruturais.

Espera-se que esta pesquisa contribua para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica e do processo de tomada de decisão pelos gestores do SUS, orientando farmacêuticos e demais profissionais da saúde que atuam na busca de soluções para os problemas cotidianos do setor farmacêutico, favorecendo a disseminação do uso de evidências científicas na formulação e implementação de políticas farmacêuticas.

[1] *Overview* de revisões sistemáticas são estudos de compilação de evidências de múltiplas revisões sistemáticas, em um documento único, acessível e útil. Este tipo de estudo foi proposto pela Colaboração Cochrane e foca problemas de saúde para os quais existem mais de uma revisão sistemática abordando potenciais intervenções e seus desfechos (SILVA et al., 2013).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Práticas e políticas de saúde informadas por evidências

Configurando-se como uma forma coerente, organizada e segura de estabelecer práticas profissionais que, como regra, são assumidas como as mais adequadas, a Prática Baseada em Evidências (PBE) pode prover alguma garantia de bons resultados e otimização de recursos, considerando a participação de todos os envolvidos nos processos terapêuticos e na tomada de decisão (PEREIRA et al., 2012).

Com início no Canadá durante a década de 1980, a PBE é um movimento que surgiu da necessidade de aprimoramento da prática clínica e da qualidade de ensino. Limitada inicialmente à clínica médica (naquele momento denominada Medicina Baseada em Evidências) a PBE avançou para outras áreas do conhecimento como enfermagem, fisioterapia, saúde mental, entre outras, abordando temas relativos à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Atualmente, esta prática é também utilizada por gestores de serviços de saúde, bem como por formuladores de políticas de saúde. Diversos países já possuem ferramentas que possibilitam a utilização de evidências para a tomada de decisão. Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos, China, África do Sul, Taiwan, Chile, Bélgica, Espanha, Inglaterra e Brasil contam com instituições internacionais que promovem a utilização de evidências, como o Centro Cochrane, a Colaboração Campbell e o Instituto Joana Briggs. Os Estados Unidos contam ainda com os Institutos Nacionais de Saúde que desenvolvem diretrizes clínicas a partir de metanálise das melhores evidências disponíveis. O Reino Unido também possui diversos centros de pesquisa com esta finalidade (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO et al., 2011).

Mendes e colaboradores (2008) consideram a PBE como uma abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão, que deve buscar a melhor e mais recente evidência. Indicam também que os profissionais da área da saúde devem possuir certas habilidades para trabalhar com evidências científicas, já que esta atividade requer associação de resultados oriundos de pesquisas clínicas para a resolução de problemas.

Savi e Silva (2009) consideram a prática médica baseada em evidências como a aplicação de um método que interliga a experiência clínica e as evidências disponíveis na literatura científica, destacando também o surgimento de um novo padrão de prática médica, com o advento da utilização de evidências para a tomada de decisões.

Além da medicina, outras ciências também já utilizam evidências em sua prática clínica.

Diversos estudos ligados à enfermagem sustentam a utilização de evidências científicas para a elaboração de programas ou protocolos que auxiliem na assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção (MENDES et al., 2008; PEREIRA et al., 2012). Na área de fisioterapia, Shiwa e colaboradores (2011) apresentam a base de dados PEDro (*Physioterapy Evidence Database*), ferramenta informatizada que inclui estudos discutindo a eficácia de intervenções fisioterapêuticas. Os autores destacam ainda que a fisioterapia baseada em evidências é o elemento central da fisioterapia contemporânea.

No contexto da gestão e formulação de políticas da saúde, a PBE passa a ser denominada “Políticas informadas por evidências”, o que ajuda a explicar o sentido de elaboração de políticas públicas embasadas em evidências científicas (OXMAN, 2009a). Políticas informadas por evidências podem ser definidas como decisões baseadas no uso cuidadoso das melhores e mais atuais evidências disponíveis. Políticas formuladas e decisões tomadas desta maneira têm mais sucesso e valorizam os recursos financeiros aplicados; são importantes para o desenvolvimento de regiões que sofrem com escassez de recursos e onde os problemas são mais prementes (REINO UNIDO, 2013).

Alguns eventos mundiais demonstram haver crescente interesse no uso de evidências de pesquisa nas decisões relacionadas à saúde. Em 2004, o *World Report on Knowledge for Better Health*, publicação da OMS, apresentou um capítulo inteiro abordando o vínculo entre pesquisa e ação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). Em maio de 2005, a Declaração do México sobre Pesquisa em Saúde incentivou a transferência de conhecimento entre os países membros, visando apoiar os sistemas e serviços de saúde pública baseados em evidências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Alguns anos depois, em 2008, diante da necessidade de aumentar o progresso obtido no México, foi

publicada a Declaração de Bamako, subscrita por 53 países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Esta preocupação de líderes mundiais se justifica, uma vez que a otimização de recursos financeiros e a estruturação dos serviços de saúde, considerando acesso universal e equitativo, estão diretamente ligados ao uso de evidências na tomada de decisões e formulação de políticas relacionadas à saúde. Além disso, quando as políticas de saúde são informadas por evidências, não sofrem influência de conflitos de interesses e têm a garantia de que as melhores provas foram levantadas de forma sistemática e transparente (OXMAN et al., 2009a).

No Brasil, o SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, proporcionou grande inclusão social, uma vez que é regido pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 1990).

Prevista nesta legislação, a descentralização de sua gestão administrativa tornou o SUS uma rede regionalizada e hierarquizada, com responsabilidades técnicas, administrativas e financeiras compartilhadas pelas esferas federal, estadual e municipal (VIEIRA, 2008). Este processo amplia a interface do sistema com a realidade social, política e administrativa do país, considerando suas necessidades e especificidades regionais (VEBER et al., 2011).

Passados vários anos desde a promulgação destas leis, o direto à saúde, garantido a todos os brasileiros pela Carta Magna, ainda está longe de ser uma realidade (TEMPORÃO, 2012). Número reduzido de gestores profissionais, a falta de continuidade administrativa, a interferência político-partidária e o clientelismo político são problemas enfrentados pela gestão do SUS que acabam por comprometer sua reputação perante servidores e usuários (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Campos e colaboradores (2004) defendem que a reforma sanitária necessária deve ser delineada como uma política que contemple todo o conjunto e ações e projetos em saúde e envolva todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde.

Muitas vezes, agentes públicos, que detêm a responsabilidade de formular políticas públicas, e os membros de suas equipes (responsáveis pelo fornecimento de informações a seus superiores) enfrentam situações nas quais o conhecimento

de metodologias já aplicadas na prática, poderia fazer com que conduzissem seu trabalho com maior eficiência (LAVIS et al., 2009a).

A formulação e implementação de políticas de saúde informadas por evidências são mais efetivas, produzem equidade e melhoram a qualidade de vida das pessoas (BARRETO; SOUZA, 2013). A redução das iniquidades foi, inclusive, uma das recomendações urgentes da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro, em outubro de 2011 (WELCH et al., 2013).

A capacidade dos governos em utilizar evidências científicas para a elaboração de políticas públicas de saúde pode ser aumentada na medida em que o processo de “tradução do conhecimento” é implementado. Este recurso envolve a síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética dos conhecimentos, com o objetivo de ofertar aos indivíduos, produtos e serviços de saúde efetivos, melhorando a qualidade de vida da população. A síntese de conhecimentos envolve as ações de integralizar e contextualizar o que já se conhece (ou não se conhece) sobre determinado problema. Uma vez reunidas, estas informações precisam ser disseminadas pelo mais adequado veículo de comunicação e serem discutidas pelos diversos atores envolvidos, tais como produtores e usuários do conhecimento, para que haja aprendizagem mútua com vistas à solução de um problema. Por fim, este processo deve estar adequado à legislação, valores éticos e morais (BARRETO; SOUZA, 2013).

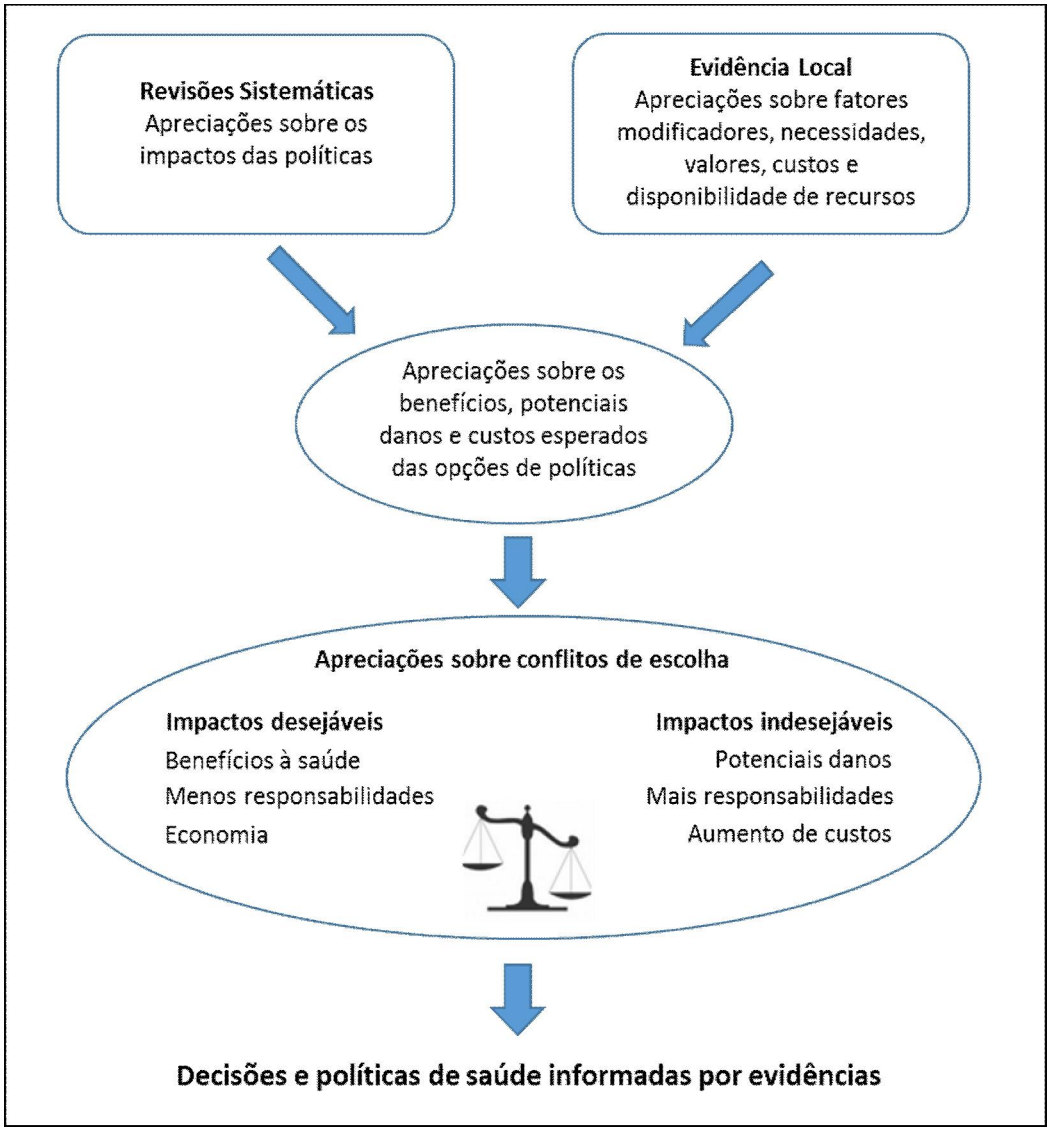
Uma das principais fontes de evidências para fundamentar a elaboração de políticas são as revisões sistemáticas. Este tipo de trabalho científico é reconhecido no mundo inteiro por sua credibilidade na busca de referências bibliográficas, coleta de dados dos estudos selecionados, ordenação e análise dos resultados encontrados e reprodutibilidade de sua metodologia, características que lhe confere alto rigor científico (MEDINA; PAILAQUILÉN, 2010).

As revisões sistemáticas também podem ser usadas para auxiliar no esclarecimento dos problemas a serem resolvidos, das soluções propriamente ditas e dos procedimentos para a implantação das políticas estabelecidas. Entretanto, quando não há disponibilidade de revisões sistemáticas acerca do tema pesquisado, os formuladores de políticas podem optar por encomendar a realização deste trabalho ou avaliar outros tipos de evidências, como estudos individuais ou evidências locais. Esta última opção pode ser usada como base de

apoio ou de forma isolada. Porém, quando é a única a ser utilizada, requer alguns cuidados, pois, ao mesmo tempo em que podem ser mais relevantes do que estudos conduzidos em outros contextos, estudos locais podem ser menos confiáveis devido às possíveis limitações (LAVIS et al., 2009c).

A Figura 1 ilustra as funções das evidências no processo de tomada de decisões e formulação de políticas de saúde.

Figura 1 – Funções das evidências na formulação de políticas de saúde e tomada de decisões

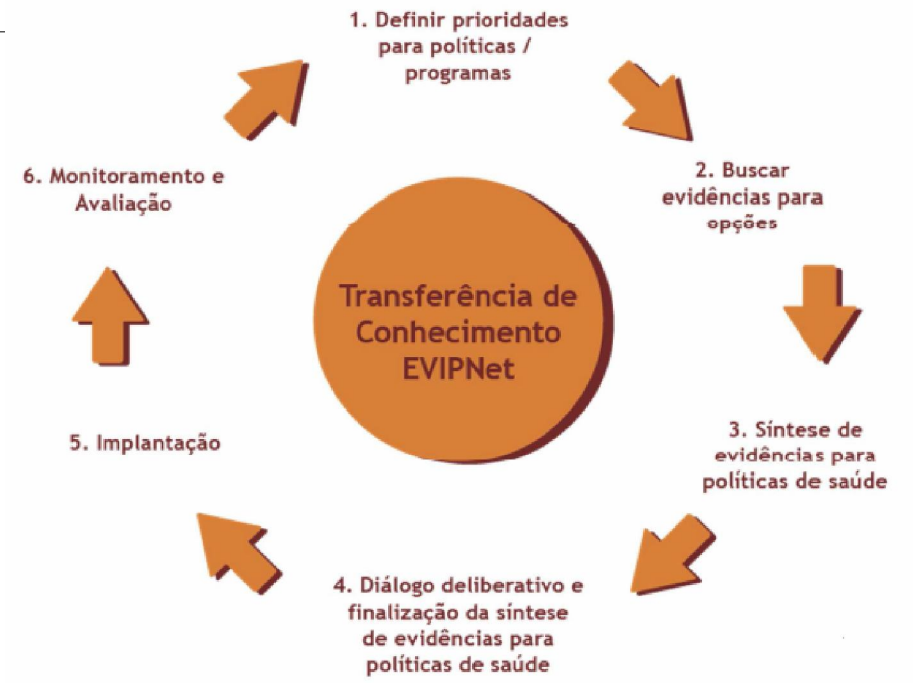


Fonte: Adaptado de BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 25-34, 2013.

Considerando a importância da racionalização no emprego de recursos e a necessidade de ações ou programas cada vez mais efetivos, a OMS lançou em 2005 a primeira iniciativa para promover a utilização sistemática de evidências nos processos de tomada de decisão e formulação de políticas em saúde (CHAPMAN, 2012). Com o objetivo de estabelecer mecanismos para facilitar a utilização de produção científica na formulação e implementação de políticas de saúde, a Rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – atua na Ásia, África, Europa e Américas, proporcionando intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação e implantação de políticas, bem como, a gestão dos serviços e sistemas de saúde informados por evidências científicas (ORGANIZAÇÃO MUNIDIAL DA SAÚDE, 2012).

A Figura 2 ilustra a atuação da EVIPNet e indica etapas a serem vencidas para a formulação e implementação de políticas de saúde informadas por evidências.

Figura 2 – Atuação da EVIPNet e etapas do processo de formulação e implantação de políticas de saúde informadas por evidências

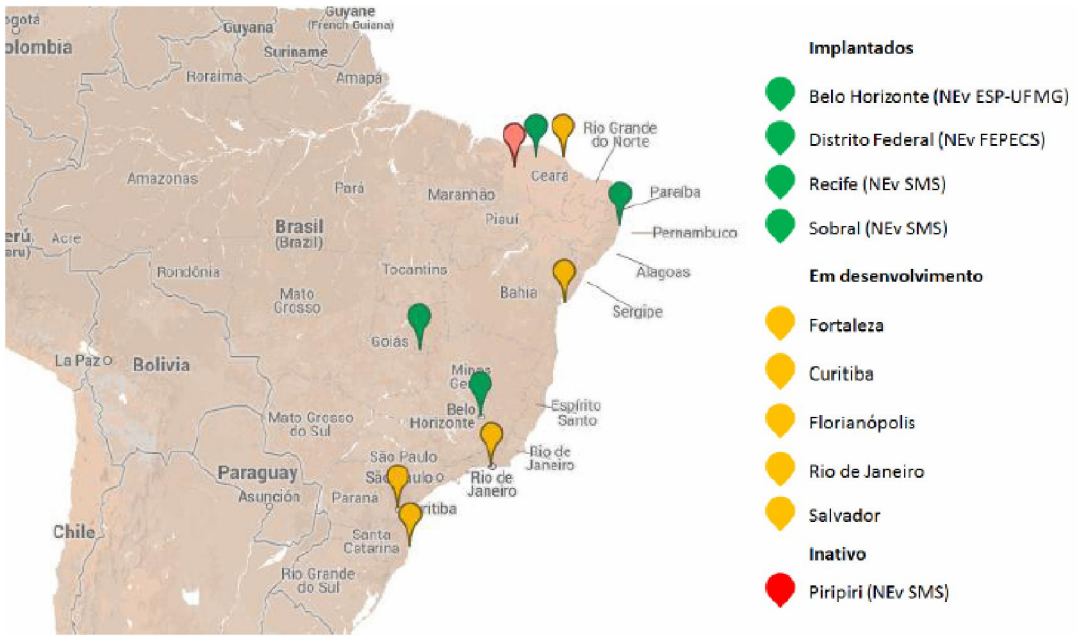


Fonte: REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS, 2011. Políticas informadas por evidências: a experiência da Evipnet Brasil. Disponível em: http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2014/10/00-Sharing_EVIPNet_Brazil_Barreto3.pdf. Acesso em: 09 fev. 2015.

Presente no país desde 2008, a EVIPNet Brasil é coordenada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) da Ministério da Saúde. Suas ações incluem a tradução e disseminação do conhecimento visando maior interação entre gestores e garantindo maior controle social, capacitação de recursos humanos na metodologia adotada pela rede e implantação de Núcleos de Evidências (NEvs) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em municípios de diferentes regiões brasileiras (REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS, 2014a)

A Figura 3 ilustra a situação da implantação dos NEvs no Brasil até dezembro de 2013.

Figura 3 – Situação de implantação dos Núcleos de Evidências no Brasil até dezembro de 2013



Fonte: BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação Geral de Gestão do Conhecimento. **Relatório anual. Rede para políticas informadas por evidências (EVIPNet Brasil) Janeiro – Dezembro 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

Um dos produtos já elaborados pela EVIPNet Brasil é a versão traduzida para o português de uma série de artigos publicados na revista *Health Research Policy and Systems*, que trazem ferramentas metodológicas para o desenvolvimento das competências de localizar, avaliar e usar evidências científicas para tornar a formulação de políticas de saúde mais efetiva. Estas ferramentas, denominadas *Tools for evidence-informed health Policymaking (*Support*)*, têm como público alvo os formuladores de políticas e suas equipes e estão disponíveis para acesso livre no portal eletrônico da EVIPNet Brasil [http://brasil.evipnet.org/] ou diretamente na página eletrônica da Organização Pan-Americana da Saúde [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3287:ferramentas-support-para-a-elaborauuo-de-polunticas-de-saude-baseadas-em-

eviduncias-stp:-uma-coletunea-de-artigos-publicados-na-revista-health-research-policy-and-system&#0] (BARRETO; SOUZA, 2013).

Trabalhando em parceria com diversas instituições do país, como Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), dentre outras, a EVIPNet Brasil desenvolve outros materiais de apoio, dentre os quais as Sínteses de Evidências para Políticas (BRASIL, 2014c).

Estas sínteses são documentos que reúnem evidências de pesquisa global a partir de revisões sistemáticas e evidências locais para as deliberações sobre políticas e programas de saúde (BRASIL, 2014c).

A primeira síntese produzida pela EVIPNet Brasil, em 2010, abordou os benefícios, barreiras e implicações da prática de atividades físicas para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial (PIRIPIRI, 2010). A segunda síntese de evidências produzida teve como tema a prevenção e o controle da dengue no espaço urbano e também foi conduzida pelo Núcleo de Evidência em Saúde de Piripiri, Estado do Piauí (PIRIPIRI, 2011). Outra síntese concluída trata da redução da mortalidade perinatal, descrevendo o problema no âmbito do SUS e abordando as opções para o enfretamento deste problema, além de estratégias para implementação destas políticas (BRASIL, 2013c). A mais recente delas, concluída no segundo semestre de 2014, revisou as opções para estimular o uso de evidências científicas nas tomadas de decisão (BRASIL, 2014f)

Reuniões de capacitação também fazem parte das atividades realizadas pela rede. Durante o ano de 2014, foram realizados vários encontros com este objetivo, como a Oficina de Políticas Informadas por Evicências em São Paulo e a Oficina EVIPNet Brasil no Instituto Nacional de Câncer no Rio de Janeiro. Também merece destaque o treinamento nas ferramentas Support para a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS).

Outra atitude pioneira da EVIPNet Brasil, é o oferecimento de um curso à distância sobre políticas informadas por evidências, que teve início em janeiro de

2015 e cuja perspectiva da Rede é reoferecê-lo ao longo do ano (REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS, 2014b).

2.2 Uso de evidências em políticas farmacêuticas do SUS

Além do conceito formulado pela OMS, as políticas farmacêuticas podem ser definidas de outras maneiras.

Greyson e colaboradores (2010) definem políticas farmacêuticas como o conjunto de regras ou processos que são colocados em prática por governos ou agências regulatórias públicas para gerenciar os problemas relacionados com a disponibilidade de medicamentos e o papel destes nos cuidados à saúde.

Gray e Suleman [2009?], incorporam questões econômicas a estes conceitos e definem políticas farmacêuticas como um conjunto de leis, regras e medidas administrativas realizadas por governos, organizações não governamentais ou seguradoras de saúde privadas, que se destinam a afetar diretamente o uso ou o custo de medicamentos.

Independente da definição adotada, é fato que as políticas farmacêuticas impactam diretamente as atividades da assistência farmacêutica.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada em 1998, teve como objetivo formular programas que garantissem o acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 1998). Mas somente em 2004, com a publicação da Resolução CNS nº 388, de 06 de maio de 2004, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf) como parte integrante da Política Nacional de Saúde e estabeleceu a Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Atividades como seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, acompanhamento e avaliação do uso de medicamentos passaram a ser princípios norteadores da atuação dos farmacêuticos e gestores no âmbito do SUS (BRASIL, 2004).

Vieira (2008) destaca o hiato de cerca de dez anos entre o estabelecimento do SUS, regulamentado em 1990, e o reconhecimento da assistência farmacêutica como área de atuação do sistema. Segundo a autora, ao longo deste período, as

demandas para a organização da assistência farmacêutica mantiveram-se reprimidas.

Diversos problemas, causados por políticas mal formuladas ou mesmo pela ausência de regulamentação, podem influenciar estas atividades.

A responsabilidade pelo financiamento da assistência farmacêutica é compartilhada pelas três esferas de governo: União, Estados e Municípios (BRASIL, 2013a). Entre 2002 e 2006, os custos totais com a saúde no Brasil aumentaram 9,6% enquanto os custos com medicamentos apresentaram aumento de 123,9% (VIEIRA, 2009). Os gastos com medicamentos tendem a variar bastante em diferentes localidades. Além disso, o preço pago por medicamentos possui relação muito estreita com decisões comerciais e políticas e não dependem tão amplamente dos custos de produção (OXMAN et al., 2009b).

Em relação ao abastecimento de medicamentos nas farmácias das Unidades de Saúde do SUS, estudo realizado em 2005 pela Organização Pan-Americana da Saúde, em parceria com o MS, informou que a disponibilidade de estoque de alguns medicamentos previamente definidos foi de 77% nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais (CAF-E), 76% nas Centrais de Abastecimento Municipais (CAF-M) e 73% nas Unidades de Saúde, o que demonstra que, mesmo medicamentos considerados imprescindíveis, não estavam todos disponíveis aos usuários nos serviços de farmácia pública. Ainda segundo o mesmo trabalho, o tempo de desabastecimento dos medicamentos estudados foi em torno de 84 dias nas Unidades de Saúde, 74 dias nas CAF-M e 128 dias nas CAF-E (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

O gerenciamento de operações logísticas também é um grande desafio para os gestores municipais. Estima-se que 20% dos recursos financeiros da saúde sejam aplicados para esta finalidade, fato que pode ser importante causa de ineficiência e perda de recursos (BANCO MUNDIAL, 2007).

Em relação à gestão da assistência farmacêutica, dados de 597 municípios, coletados a partir de relatórios de fiscalização elaborados pela Controladoria Geral da União (CGU) indicam que 90% dos municípios brasileiros apresentaram pelo menos um problema na gestão de recursos ou serviços. Em cerca de 70% destes municípios foi constatada ausência ou deficiência no controle de estoques e condições de armazenamento inadequadas em 39%. A falta de medicamentos foi identificada em 24% das cidades auditadas por este trabalho (VIEIRA, 2008).

A reorientação da assistência farmacêutica, equilibrando seu foco entre o componente logístico e o usuário, pode ser primordial para a melhoria da gestão e a qualidade do serviço. Atuação sistêmica nesse sentido foi discutida em publicações divulgadas pelo MS, com o objetivo de organizar os serviços farmacêuticos por meio do estabelecimento de requisitos técnicos (BRASIL, 2007).

Frente a tamanhos problemas e desafios, a incorporação do conceito de utilização de evidências para a formulação de políticas farmacêuticas pelo MS, ainda está muito aquém do necessário. Mesmo incipiente, alguns exemplos pontuais desta prática podem ser observados.

Em outubro de 2014, por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia Decit/SCTIE/MS, o MS convocou interessados em apresentar propostas para apoio financeiro a projetos de tradução do conhecimento para políticas informadas por evidências, para o fortalecimento do SUS. Em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), este edital tinha como objetivo selecionar projetos que reduzam as lacunas do conhecimento sobre políticas, sistemas e serviços de saúde enfocando o uso de resultados de pesquisas no processo de tomada de decisão, fomentem a produção colaborativa do conhecimento científico e o desenvolvimento de capacidades de implementação, monitoramento e avaliação de políticas informadas por evidência e, por último, multipliquem a formação de capacidades e lideranças em políticas informadas por evidências. Os projetos aprovados nesta chamada pública podem ser visualizados no Anexo A (BRASIL, 2014a).

Outro exemplo do uso de evidências para a formulação de políticas é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Adotada em nível nacional, esta lista deve servir como instrumento básico para a elaboração de listas estaduais e municipais de medicamentos. A Pnaf define a utilização da Rename como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica e sua atualização foi um compromisso assumido pelo MS junto aos gestores, profissionais e a população brasileira, quando instituiu por meio da Portaria GM/MS nº 1.254, de 29 de julho de 2005, a Comissão Técnica Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare). Composta por especialistas em seleção de medicamentos e em saúde baseada em evidências sem conflitos de interesses, esta comissão participou da atualização das edições de 2006, 2008 e 2010 da Rename, trabalhando com rigor

metodológico na seleção de medicamentos essenciais, que incorporava ou mantinha medicamentos com definida efetividade e segurança, ou os excluía por não cumprirem estes requisitos ao longo do tempo (BRASIL, 2010).

No entanto, em novembro de 2011, as atividades da Comare foram encerradas por iniciativa do próprio MS e esta responsabilidade foi atribuída à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), instituída pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011 (BONFIM; MAGALHÃES, 2013).

Outra atividade da Conitec diz respeito à atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Estes protocolos são condutas e procedimentos desenvolvidos com suporte em evidências atualizadas e consistentes, tendo como objetivo estabelecer os critérios de diagnósticos de doenças, algoritmos de tratamento com os medicamentos e suas respectivas doses e mecanismos para monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e eventos adversos, contribuindo para uma prescrição segura e eficaz. Doenças tratadas na atenção básica também são abordadas pelos PCDT, mas aquelas que podem ser tratadas com medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) recebem maior destaque. Suas ações incluem processos de busca na literatura, estabelecimento de padrões de qualidade e de relevância dos estudos encontrados, bem como interpretação técnica das evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2013b).

Em contraste com os exemplos anteriores, o uso (ou não) de evidências na elaboração de políticas, pode ser ilustrado por duas decisões recentes acerca da comercialização de medicamentos anorexígenos: inicialmente banidos do mercado farmacêutico brasileiro pela Anvisa, em 09 de dezembro de 2011, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 52, sob a alegação de associação a problemas cardiovasculares e dependência, os fármacos anfepramona, femproporex e mazindol receberam nova autorização de comercialização através do Decreto Legislativo nº 273, 05 de setembro de 2014 (BRASIL, 2014d).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) lançou uma nota de repúdio a este decreto legislativo por meio da coordenação do Grupo Temático Vigilância Sanitária (Gtvisa). Neste documento, este órgão considera a aprovação deste decreto uma afronta ao Estado de Direito, uma vez que, segundo a Abrasco, a Anvisa agiu estritamente dentro de suas competências legais quando baniu estas

substâncias do mercado farmacêutico nacional. Além disso, esta nota de repúdio sugere que esta atitude da Câmara dos Deputados é contrária a princípios elementares de segurança e eficácia de medicamentos, visto que, estudos que avaliassem o risco-benefício destes fármacos, jamais foram demonstrados e aprovados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2014).

Esta medida motivou a publicação, pela Anvisa, da RDC nº 50, de 26 de setembro de 2014, que dispõe sobre a necessidade de novos registros para as especialidades farmacêuticas que contenham estas substâncias, sujeitando-as à aprovação deste órgão, que deverá reavaliar a eficácia e segurança destes medicamentos por ocasião da concessão do novo registro (BRASIL, 2014e).

A escassez de exemplos de utilização de evidências para a formulação e implementação de políticas farmacêuticas e, alguns exemplos de políticas que não foram subsidiadas por nenhuma evidência, deixam claro o abismo existente entre os programas baseados em experiências e ambições pessoais e aquelas ações subsidiadas por experiências anteriores e objetivos transparentes. As primeiras estão sempre à mercê da sorte ou de intempéries governamentais; já aquelas embasadas por evidências, têm grande potencial de serem bem sucedidas.

Os farmacêuticos e tomadores de decisão no âmbito dos serviços farmacêuticos, podem se beneficiar muito de uma ferramenta que os auxilie a formular políticas farmacêuticas com base nas melhores e mais atuais evidências disponíveis, tornando-as mais eficientes e racionais na aplicação dos recursos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Discutir limites e possibilidades do uso de evidências científicas para a formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Selecionar evidências relacionadas com a formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas;

3.2.2 Analisar as referências selecionadas com base em parâmetros bibliométricos;

3.2.3 Avaliar a contribuição das evidências científicas para a formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas, com base em categorias temáticas relacionadas com os eixos que compõem a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo sobre o uso de evidências na formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas.

4.2 Busca de evidências

A base de dados utilizada para a busca das evidências foi a *Medline,* via *PubMed*, e ocorreu em dezembro de 2013. Não houve restrição em relação à data de realização ou de publicação dos artigos.

Os descritores utilizados na busca foram: *Pharmaceutical services* e *Health policy*, utilizados como *MeSH Terms*[2] e também como termos isolados em todos os campos do texto, combinados da seguinte maneira: *(((pharmaceutical services OR pharmaceutical service OR service, pharmaceutical OR services, pharmacy OR services, pharmaceutic OR services, pharmaceutical OR pharmaceutic services OR pharmaceutic service OR service, pharmaceutic OR pharmacy services OR pharmacy service OR service, pharmacy OR pharmaceutical care OR care, pharmaceutical OR care, pharmaceutical OR pharmaceutical care))) AND ((health policy OR health policies OR policies, health OR policy, health OR national health policy OR health policies, national OR health policy, national OR national health policies OR policies, national health OR policy, national health)) AND (systematic[sb]).*

4.3 Determinação de elegibilidade

Os critérios para inclusão dos trabalhos neste estudo foram: i. revisões sistemáticas, metanálises ou *overviews* que relacionassem serviços farmacêuticos com políticas de saúde, contemplando as mais diversas possibilidades de

[2] *Medical Subject Headings*. Enciclopédia com vocabulário controlado de medicina da *National Library of Medicines*. Constituída por termos de descritores em uma estrutura hierárquica que permite buscas em vários níveis de especificidade (UNITED STATES NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2013).

intervenção farmacêutica; ii. trabalhos que abordassem o uso de evidências científicas na formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas.

Foram excluídos deste estudo os trabalhos: i. escritos em idioma que não fosse português, inglês ou espanhol; ii. que comparassem tratamentos com base em ensaios clínicos.

Inicialmente, a análise do cumprimento destes critérios foi feita com base na leitura do título e do resumo dos trabalhos recuperados. Em seguida, os artigos potencialmente elegíveis foram lidos na íntegra e os critérios de inclusão e exclusão foram novamente aplicados.

4.4 Análise bibliométrica

Os trabalhos incluídos neste estudo foram descritos com base nos seguintes parâmetros bibliométricos:

i. Autor(es);
ii. Local da instituição e ano de publicação do estudo;
iii. Instituição de origem do pesquisador principal[3];
iv. Periódico;
v. Número de referências incluídas em cada revisão sistemática;
vi. Fator de impacto JCR;
vii. Estrato Qualis/Capes.

Para os periódicos que não possuíam estratificação na área de Farmácia, o Fator de Impacto *Journal Citation Reports* (JCR) foi aplicado aos valores de referência da classificação da área de farmácia da Capes, a fim de se obter o estrato correspondente, considerando os valores publicados na Avaliação Trienal 2013. (Anexo B).

Para os periódicos que não contavam com Fator de Impacto JCR, foi aplicado o Fator de Impacto *Scientific Journal Rankings* (SJR) – Scopus/SCImago/Elsevier (*H index*) e utilizados os mesmos valores de referência para efeito de comparação.

[3] Considerou-se como autor principal o primeiro autor de cada trabalho selecionado.

4.5 Análise por categoria temática

Os trabalhos incluídos neste estudo foram agrupados em categorias temáticas considerando os eixos que compõem a Política Nacional de Assistência Farmacêutica:

i. Acesso a medicamentos;
ii. Promoção[4] de medicamentos;
iii. Regulação do mercado farmacêutico;
iv. Prescrição de medicamentos;
v. Dispensação de medicamentos;
vi. Uso racional de medicamentos;
vii. Qualificação e organização de serviços farmacêuticos;
viii. Farmacoeconomia.

Esta classificação considerou os desfechos avaliados e os resultados descritos em cada um dos estudos. O processo de extração de dados contou com um instrumento elaborado especialmente para este fim, produzido com o software Microsoft Excel®. Os dados foram tabulados e os resultados discutidos com base nas respectivas categorias temáticas.

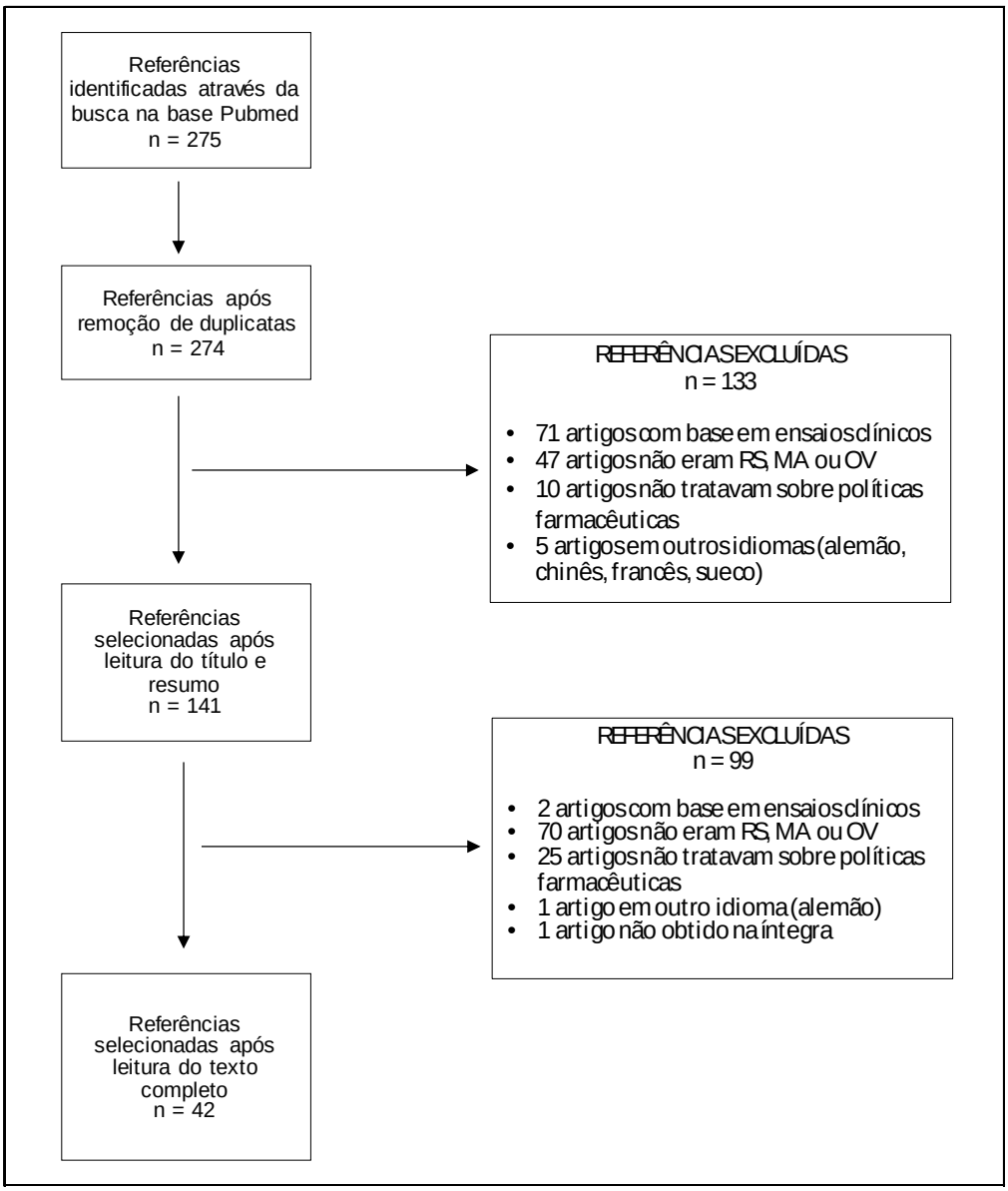
Foram identificados alguns artigos cujos desfechos avaliados poderiam ser interpretados em mais de uma categoria. Neste caso, buscou-se avaliar a relevância de cada resultado dentro das respectivas categorias. Os resultados que apresentaram maior impacto foram os diferenciais para a definição da classificação do artigo.

[4] Conjunto de atividades informativas e de persuasão, procedentes de empresas responsáveis pela produção e/ou manipulação, distribuição, comercialização, órgãos de comunicação e agências de publicidade com o objetivo de induzir a prescrição, dispensação, aquisição e utilização de medicamentos (BRASIL, 2000).

5 RESULTADOS

Após a busca inicial foram recuperadas 275 publicações. Com aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 141 artigos seguiram para a segunda fase da seleção, mediante leitura dos textos completos. Esta análise mais detalhada possibilitou a exclusão de 99 artigos que não atendiam aos critérios estabelecidos para a inclusão dos trabalhos. Ao final, 42 artigos foram incluídos neste estudo. O fluxograma de seleção dos trabalhos pode ser visto na Figura 4.

Figura 4 – Fluxo de seleção dos artigos



RS = Revisões sistemáticas; MA = Metanálises; OV = Overviews

Fonte: Elaboração própria.

Notou-se grande quantidade de trabalhos que, apesar de recuperados na base de dados *Medline*, via *PubMed,* sob o filtro de revisão sistemática, não se enquadravam como tal.

Alguns artigos recuperados não tratavam de políticas farmacêuticas, mas sim sobre intervenções do âmbito de outros profissionais da saúde cuja atuação apresenta interface com medicamentos. Desta forma, não foram incluídos neste estudo.

Artigos não obtidos na íntegra por nenhum meio disponível foram excluídos do estudo.

Mesmo sendo uma revisão integrativa[5], o trabalho de Bhanbhro e colaboradores (2011) foi incluído. Com um método sistemático para a seleção de referências, esta publicação aborda um tema bastante relevante, relacionado com a formulação de políticas farmacêuticas (prescrição por profissionais não médicos).

5.1 Análise bibliométrica

A análise bibliométrica dos artigos selecionados ilustra tendências da produção de conhecimento nos temas abordados, identificam regiões, grupos de pesquisa ou instituições mais produtivas nestas áreas, além de evidenciar os periódicos que concentram publicações sobre o tema.

A Tabela 1 apresenta os parâmetros bibliométricos analisados.

[5] Método de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidências com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre algum tema de maneira ordenada. Permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental, proporcionando compreensão completa do tema em questão (MENDES et al., 2008).

Tabela 1 – Parâmetros bibliométricos dos artigos selecionados **(continua)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Instituição / Local	Periódico	Fator de Impacto (JCR)	Estrato Qualis/Capes[a]
Cheng et al., 2013	Economic, clinical and humanistic outcomes (ECHOs) of pharmaceutical care services for minority patients: a literature review	University of New Mexico / Estados Unidos	Research in Social & Administrative Pharmacy	2,35	B1
Cohen et al., 2013	Assessing yhe economic impact of Rx-to-OTC switches: systematic review and guidelines for future development	Tufts University Boston / Estados Unidos	Journal of Medical Economics	H[b]=0,50	B2
Emmerick et al., 2013	Access to medicines in Latin America and the Caribbean (LAC): a scoping study	Fundação Oswaldo Cruz / Brasil	BMJ Open	1,583	B2
Grundy et al., 2013	Interactions between non-physician clinicians and industry: a systematic review	University of California / Estados Unidos	PLoS Med	15,253	A1
Mossialos et al., 2013	Expanding the role of community pharmacists: policymaking in the absence of policy relevant evidence?	London School of Economics & Political Science / Reino Unido	Health Policy	1,55	B2
Penm et al., 2013	The impact of clinical pharmacy services in China on the quality use of medicines: a systematic review in context of China´s current healthcare reform	University of Sidney / Austrália	Health Policy and Planning	3,056	A2
Sinnott et al., 2013	The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis	University College Cork / Irlanda	PLos One	3,73	A2

Tabela 1– Parâmetros bibliométricos dos artigos selecionados **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Instituição / Local	Periódico	Fator de Impacto (JCR)	Estrato Qualis/Capes
Dusetzina et al., 2012	Impact of FDA drug risk communications on health care utilization and health behaviors: a systematic review	Harvard Medical School / Estados Unidos	Med Care	3,227	A2
Manias et al., 2012	Interventions to reduce medication errors in adult intensive care: a systematic review	University of Melbourne / Austrália	British Journal of Clinical Pharmacology	3,578	A2
Mori; Robberstad, 2012	Pharmacoeconomics and its implication on priority-setting for essential medicines in Tanzania: a systematic review	University of Bergen / Noruega	BioMed Central	1,603	B2
Wafula et al., 2012	Examining characteristics, knowledge and regulatory practices of specialized drug shops in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature	Kemri-Wellcome Trust Research Programme / Quênia	BioMed Central	1,773	B1
Bhanbhro et al., 2011	Assessing the contribuition of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature	University of London / Reino Unido	BioMed Central	1,773	B1
Black et al., 2011	The impact of e-health on the quality and safety of health care: a systematic review	Imperial College London / Reino Unido	PLoS Medicine	15,253	A1
Loganathan et al., 2011	Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review	Imperial College London / Reino Unido	Oxford University Press	3,816	A1

Tabela 1 – Parâmetros bibliométricos dos artigos selecionados **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Instituição / Local	Periódico	Fator de Impacto (JCR)	Estrato Qualis/Capes
Nkansah et al., 2011	Effect of outpatient pharmacists non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns	University of California / Estados Unidos	Cochrane Library	5,703	A1
Nunan et al., 2011	Effectiveness of pharmacy interventions in improving availability of essential medicines at the primary healthcare level	University of Melbourne / Austrália	Tropical Medicine and International Health	2,938	A2
Orizio et al., 2011	Quality of online pharmacies and websites selling prescription drus: a systematic review	University of Brescia / Itália	Journal of Medical Internet Research	3,768	A2
Schafheutle et al., 2011	Factors influencing pharmacist performance: a review of the peer reviewed literature	University of Manchester / Reino Unido	Health Policy	1,55	B2
Sturm et al., 2011	Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers	The Cochrane Collaboration / Alemanha	Cochrane Library	5,785	A1
Faden et al., 2011	Active pharmaceutical management strategies of health insurance systems to improve cost-effective use of medicines in low and middle income countries: A systematic review of current evidence	Harvard Medical School / Estados Unidos	Health Policy	1,55	B2
Farris et al., 2010	Preventing unintended pregnancy: pharmacists roles in practice and policy via partnerships	University of Iowa / Estados Unidos	Journal of the American Pharmacists Association	1,156	B2
Gadkari et al., 2010	Medication nonfulfillment rates and reasons: narrative systematic review	Merck & Co. / Estados Unidos	Current Medical Research & Opinion	2,263	B1

Tabela 1 – Parâmetros bibliométricos dos artigos selecionados **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Instituição / Local	Periódico	Fator de Impacto (JCR)	Estrato Qualis/Capes
Green et al., 2010	Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement	The Cochrane Collaboration / Canadá	Cochrane Library	5,785	A1
Lim et al., 2009	A systematic review of the literature comparing the practices of dispensing and non-dispensng doctors	Curtin University of Technology / Austrália	Health Policy	1,55	B2
Morgan et al., 2009	Comparison of tiered formularies and reference pricing policies: a systematic review	Centre for Health Services and Policy Research / Canadá	Open Medicine	H^b=0,56	B3
Smith, 2009a	Private local pharmacies in low and middle income countries: a review of interventions to enhance their role in public health	University of London / Reino Unido	Tropical Medicine and International Health	2,938	A2
Smith, 2009b	The quality of private pharmacy services in low and middle income countries: a systematic review	University of London / Reino Unido	Pharm World Sci	0,859	B2
Austvoll-Dahlgren et al., 2008	Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use	The Cochrane Collaboration / Noruega	Cochrane Library	5,785	A1
Wirtz et al., 2008	Medicines in Mexico, 1990-2004: systematic review of research on access and use	Instituto Nacional de Salud Publica / Mexico	Salud Publica de México	0,94	B2

Tabela 1 – Parâmetros bibliométricos dos artigos selecionados **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Instituição / Local	Periódico	Fator de Impacto (JCR)	Estrato Qualis/Capes
Cooper et al., 2008	Nurse and pharmacist supplementary prescribing in the UK - a thematic review of the literature	University of Nottingham / Reino Unido	Health Policy	1,55	B2
Carroll et al., 2007	To what extent do educational interventions impact medical trainees attitudes and behaviors regarding industry-trainee and industry-physician relationships?	Indiana University School of Medicine / Estados Unidos	Pediatrics	5,119	A1
Grime et al., 2007	The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review	Keele University / Reino Unido	Health Expectations	2,11	B1
Holland et al., 2007	Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis	University of East Anglia / Reino Unido	British Journal of Clinical Pharmacology	3,578	A2
Liz et al., 2007	Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada	Intitut Catalá de la Salut / Espanha	Atención primaria	0,957	B2
Puig-Junoy et al., 2007	Impact of pharmaceutical prior authorisation policies: a systematic review of the literature	Universitat Pompeu Fabra / Espanha	Pharmacoeconomics	2,861	A2

Tabela 1 – Parâmetros bibliométricos dos artigos selecionados **(conclusão)**

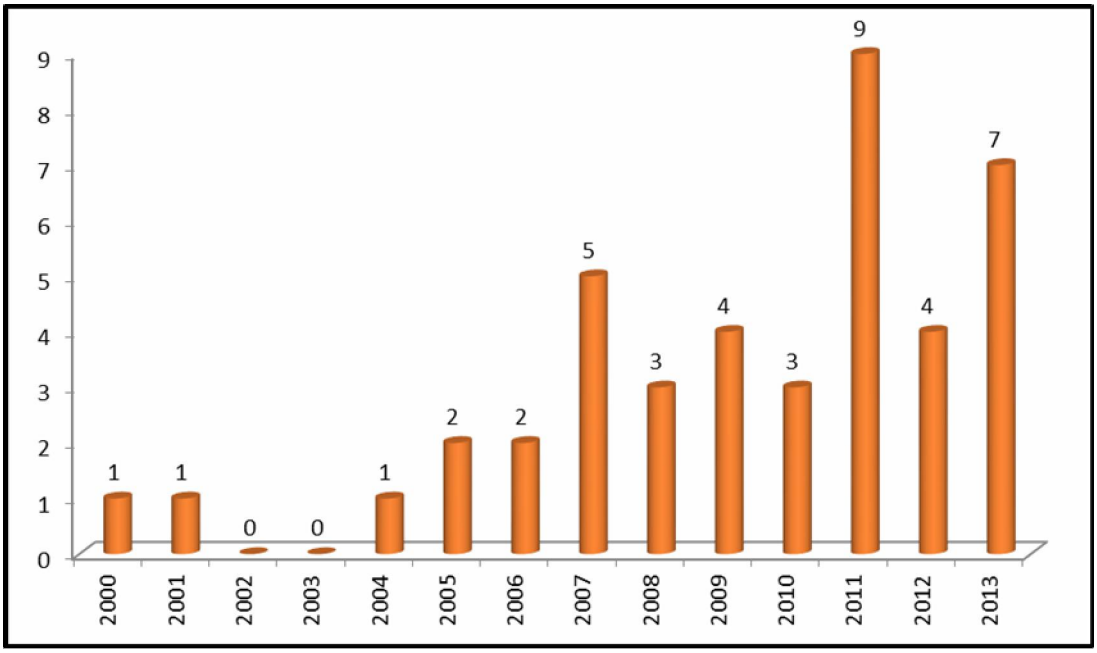
Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Instituição / Local	Periódico	Fator de Impacto (JCR)	Estrato Qualis/Capes
Aaserud et al., 2006	Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies	The Cochrane Collaboration / Noruega	Cochrane Library	5,785	A1
Lummis et al., 2006	Systematic review of the use of patients own medications in acute care institutions	Dalhousie University / Canadá	Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics	2,104	B1
Bell et al., 2005	Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness: a systematic review	University of Sidney / Austrália	BioMed Central	0,698	B2
Elliott et al., 2005	Cost-effectiveness of adherence enhancing interventions: a quality assessment of the evidence	University of Manchester / Reino Unido	The Annals of Pharmacotherapy	2,567	B1
Lexchin et al., 2004	Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence	York University / Canadá	International Journal of Health Services	1,241	B2
Ratanawijitrasin et al., 2001	Do national medicinal drug policies and essential drug programs improve drug use? A review of experiences in developing countires	Chulalongkorn University / Tailândia	Social Science & Medicine	2,733	B1
Wazana, 2000	Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift?	McGill University / Canadá	JAMA	29,978	A1

[a] Esta classificação se baseia na estratificação publicada em 2013 pela Capes em sua avaliação trienal na área de farmácia.
[b] Nos casos onde não foram localizados o Fator de Impacto JCR do periódico em questão, foram aplicados o Fator de Impacto SJR (índice H) – Scopus/SCImago/Elsevier, utilizando para comparação os valores constantes na Avaliação Trienal Capes 2013 correspondentes a este índice.

Fonte: Elaboração própria.

A distribuição temporal das revisões sistemáticas incluídas neste trabalho pode ser observada na Figura 5. Nenhum dos artigos selecionados foi publicado antes do ano 2000 e a maioria (83%) foi publicada entre 2007 e 2013.

Figura 5 – Distribuição temporal das revisões sistemáticas selecionadas (n = 42)

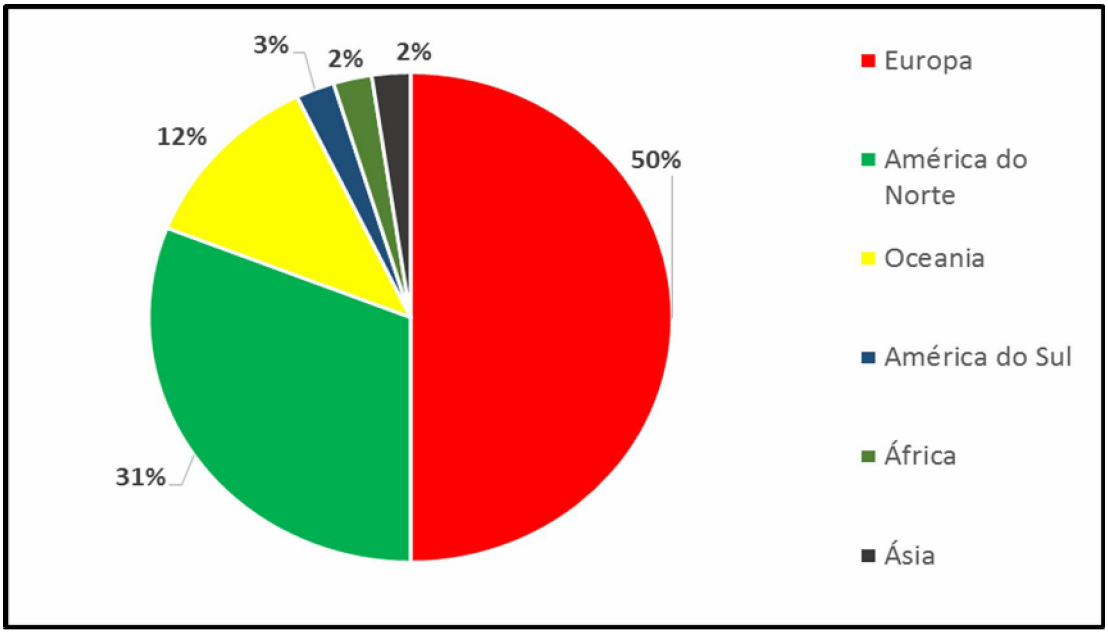


Fonte: Elaboração própria.

Considerando a filiação do pesquisador principal, foram identificadas 32 instituições de pesquisa diferentes nos artigos incluídos neste estudo.

Em relação à distribuição geográfica, considerando a localização da instituição à qual estava vinculado o pesquisador principal, observou-se grande concentração dos estudos no continente Europeu (21 trabalhos), seguido pela América do Norte (13 trabalhos) e Oceania (5 trabalhos). América do Sul, Ásia e África (com um estudo cada), completam a distribuição geográfica dos estudos incluídos (Figura 6).

Figura 6 – Distribuição geográfica das revisões sistemáticas selecionadas (n = 42)



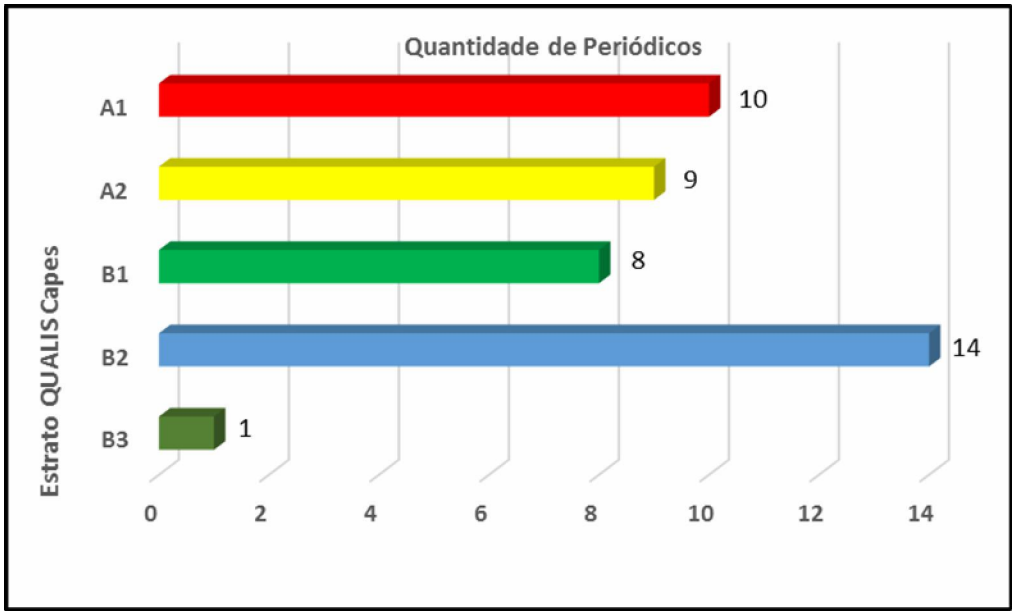
Fonte: Elaboração própria.

Verificou-se que a maior parte dos periódicos (64%) pertencia ao estrato superior Qualis/Capes da área da farmácia, distribuídos da seguinte forma: A1 = 24%; A2 = 21%; B1 = 19%. As revistas que se encontravam em outros estratos somaram 36% (B2 = 33%; B3 = 3%).

Houve grande variação do número de artigos incluídos em cada estudo contemplados neste trabalho. Em média, 35 trabalhos (dp = 26,80) foram incluídos em cada revisão sistemática e este número variou entre 7 e 108 artigos.

A distribuição das revisões sistemáticas incluídas neste estudo em relação ao estrato Qualis/Capes da área da farmácia pode ser vista na Figura 7.

Figura 7 – Distribuição dos periódicos nos quais foram publicadas as revisões sistemáticas selecionadas, segundo o estrato Qualis/Capes da área de farmácia



Fonte: Elaboração própria.

5.2 Análise por categoria temática

As revisões sistemáticas incluídas neste estudo foram classificadas em oito categorias temáticas que contemplam diversos eixos estratégicos da Pnaf, em conformidade com os desfechos avaliados pelos respectivos autores. A Tabela 2 apresenta a classificação nas categorias temáticas, bem como o número de referências incluídas em cada estudo e seus respectivos objetivos.

Tabela 2 – Classificação dos artigos por categorias temáticas **(continua)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Número de referências incluídas	Principais objetivos
ACESSO A MEDICAMENTOS (n= 3)			
Emmerick et al., 2013	Access to medicines in Latin America and Caribbean (LAC): a scoping study	77	Realizar estudo bibliométrico sobre acesso a medicamentos em países de baixa e média renda da América Latina
Nunan et al., 2011	Effectiveness of pharmacy interventions in improving availability of essential medicines at the primary health care level	17	Avaliar a efetividade de intervenções farmacêuticas na melhora da disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária em países de baixa e média renda
Wirtz et al., 2008	Medicines in Mexico, 1990-2004: systematic review of research on access and use	108	Avaliar a base de conhecimento disponível para subsidiar uma reforma da política farmacêutica mexicana
PROMOÇÃO DE MEDICAMENTOS (n= 3)			
Grundy et al., 2013	Interactions between non-physician clinicians and industry: a systematic review	15	Examinar os tipos e as consequências das interações entre clínicos não médicos e as indústrias farmacêuticas
Carrol et al., 2007	To what extent do educational interventions impact medical trainees attitudes and behaviors regarding industry-trainee and industry-physician relationships	12	Verificar o impacto de intervenções educacionais e práticas regulatórias sobre a interação entre médicos e a indústria farmacêutica
Wazana, 2000	Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift?	29	Analisar as atitudes e a extensão da relação entre a indústria farmacêutica e os médicos

Tabela 2 – Classificação dos artigos por categorias temáticas **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Número de referências incluídas	Principais objetivos
REGULAÇÃO DO MERCADO FARMACÊUTICO (n= 4)			
Cohen et al., 2013	Assessing the economic impact of Rx-to-OTC switches: systematic review and guidelines for future development	12	Avaliar os impactos econômicos das mudanças de classificação de medicamentos quanto à obrigatoriedade ou isenção de prescrição médica
Dusetzina et al., 2012	Impact of FDA drug risk communications on health care utilization and health behaviors: a systematic review	49	Analisar os impactos dos comunicados sobre os riscos envolvendo medicamentos emitidos pelo FDA
Wafula et al., 2012	Examining characteristics, knowledge and regulatory practices of specialized drug shops in Sub-Saharan Africa: a systemaic review of the literature	61	Revisar as características e conhecimento das práticas regulatórias e de dispensação de farmácias e drogarias especializadas
Lim et al., 2009	A systematic review of the literature comparing the practices of dispensing and non-dispensing doctors	21	Avaliar as evidências sobre as práticas de médicos dispensadores de medicamentos
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (n= 5)			
Bhanbhro et al., 2011	Assessing the contribuition of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature	17	Investigar os efeitos de prescrições realizadas por profissionais não-médicos na atenção primária para pacientes da comunidade
Black et al., 2011	The impact of e-health on the quality and safety of health care: a systematic review	108	Avaliar a eficácia e as consequências do uso de algumas tecnologias em saúde

Tabela 2 – Classificação dos artigos por categorias temáticas **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Número de referências incluídas	Principais objetivos
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS [continuação] (n= 5)			
Loganathan et al., 2011	Interventions to optimize prescribing in care homes: systematic review	16	Revisar os efeitos de diferentes intervenções com o objetivo de otimizar as prescrições em ambientes de homecare
Sturm et al., 2011	Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers	13	Avaliar os efeitos de políticas de prescrição que oferecem incentivos financeiros para prescritores
Cooper et al., 2008	Nurse and pharmacist supplementary prescribing in the UK a thematic review of the literature	35	Revisar a literatura sobre a prescrição suplementar realizada por enfermeiros e farmacêuticos
DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS (n= 2)			
Manias et al., 2012	Interventions to reduce medication errors in adult intensive care: a systematic review	24	Determinar quais intervenções reduzem erros de medicação em terapia intensiva
Grime et al., 2007	The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review	27	Revisar a literatura sobre o papel e valor das informações escritas sobre medicamentos sob a perspectiva de pacientes e profissionais da saúde

Tabela 2 – Classificação dos artigos por categorias temáticas **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Número de referências incluídas	Principais objetivos
USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (n= 4)			
Faden et al., 2011	Active pharmaceutical management strategies of health insurance systems to improve cost-effective use of medicines in low and middle income countries: a systematic review of current evidence	63	Avaliar a disponibilidade de evidências sobre os mecanismos usados por seguradoras de saúde em países de baixa e media renda para influenciar a relação custo-efetividade de medicamentos
Gadkari et al., 2010	Medication nonfulfillment rates and reasons: narrative systematic review	79	Estimar a taxa de descumprimento de prescrições, identificar suas razões e explorar a variabilidade deste índice
Elliott et al., 2005	Cost-effectiveness of adherence enhancing interventions: a quality assessment of the evidence	45	Avaliar as evidências de custo-efetividade disponíveis sobre as intervenções de promoção a adesão dos pacientes ao tratamento
Ratanawijitrasin et al., 2001	Do national medicinal drug policies and essential drug programs improve drug use? A review of experiences in developing countries	18	Identificar políticas nacionais e medidas regulatórias destinadas a promover o uso racional de medicamentos em países em desenvolvimento
QUALIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS (n= 13)			
Cheng et al., 2013	Economic, clinical and humanistic outcomes (ECHOs) of pharmaceutical care services for minority patients: a literature review	24	Avaliar desfechos econômicos, clínicos e humanísticos de serviços farmacêuticos para minorias étnicas/raciais
Mossialos et al., 2013	Expanding the role of community pharmacists: policymaking in the absence of policy relevant evidence	33	Investigar a existência de evidências relevantes que sustentem a expansão do papel de farmacêuticos comunitários

Tabela 2 – Classificação dos artigos por categorias temáticas **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Número de referências incluídas	Principais objetivos
QUALIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS [continuação] (n= 13)			
Penm et al., 2013	The impact of clinical pharmacy services in China on the quality use of medicines: a systematic review in context of China´s current healthcare reform	75	Avaliar os impactos dos serviços farmacêuticos sobre a qualidade de uso de medicamentos em hospitais na China
Nkansah et al., 2011	Effect of outpatient pharmacists non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns	43	Examinar os efeitos das atividades de atenção ao paciente desempenhadas por farmacêuticos e sua atuação em equipe
Orizio et al., 2011	Quality of online pharmacies and websites selling prescription drugs: a systematic review	76	Investigar a existência de evidências sobre o comércio online de medicamentos
Schafheutle et al., 2011	Factors influencing pharmacist performance: a review of the peer reviewed literature	37	Explorar os fatores que afetam o desempenho de farmacêuticos
Farris et al., 2010	Preventing unintended pregnancy: pharmacists role in practice and policy via partnerships	38	Identificar o papel de farmacêuticos na prevenção da gravidez não planejada
Smith, 2009a	Private local pharmacies in low and middle income countries: a review of interventions to enhance their role in public health	18	Revisar as evidências sobre o potencial dos serviços farmacêuticos na gestão da saúde pública

Tabela 2 – Classificação dos artigos por categorias temáticas **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Número de referências incluídas	Principais objetivos
QUALIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS [continuação] (n= 13)			
Smith, 2009b	The quality of private pharmacy services in low and middle income countries: a systematic review	30	Avaliar a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados em farmácias privadas nos países de baixa e média renda
Holland et al., 2007	Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis	32	Estudar os efeitos da revisão de medicamentos por farmacêuticos na redução de internações e mortes de idosos em hospitais
Liz et al., 2007	Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada	36	Avaliar informações sobre coordenação terapêutica em atenção primária e hospitalar
Lummis et al., 2006	Systematic review of the use of patients own medications in acute care institutions	19	Identificar riscos e benefícios do uso de medicamentos dos próprios pacientes em hospitais
Bell et al., 2005	Community pharmacy services to optimize the use of medications for mental illness: a systematic review	22	Avaliar o impacto dos serviços farmacêuticos na comunidade para otimizar o uso de medicamentos para saúde mental

Tabela 2 – Classificação dos artigos por categorias temáticas **(continuação)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Número de referências incluídas	Principais objetivos
		FARMACOECONOMIA (n= 8)	
Sinnott et al., 2013	The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in public insured populations: a systematic review and meta-analysis	7	Avaliar de que forma o copagamento afeta a adesão ao tratamento de pacientes da rede pública de saúde
Mori; Robberstad, 2012	Pharmaeconomics and its implication on priority-setting for essential medicines in Tanzania: a systematic review	12	Identificar e descrever brevemente estudos de farmaeconomia da Tanzânia
Green et al., 2010	Pharmaceutical policies: effects of restriction on reimbursement	29	Determinar o impacto de políticas farmacêuticas de restrição a reembolso
Morgan et al., 2009	Comparision of tiered formularies and reference pricing policies: a systematic review	12	Revisar a literatura sobre listas de preços de medicamentos por nível e políticas de preço de referência
Austvoll-Dahlgren et al., 2008	Pharmaceutical policies: effects of cap and copayment on rational drug use	21	Determinar os efeitos de políticas de reembolso e partilha de custos sobre o uso de medicamentos

Tabela 2 – Classificação dos artigos por categorias temáticas **(conclusão)**

Autor(es) e ano de publicação	Título de artigo	Número de referências incluídas	Principais objetivos
FARMACOECONOMIA [continuação] (n= 8)			
Puig-Junoy et al., 2007	Impact of pharmaceutical prior authorization policies: a systematic review	15	Revisar a literatura sobre políticas de autorização prévia para aquisição de medicamentos
Aaserud et al., 2006	Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing and purchasing policies	11	Determinar os efeitos de políticas de compras e preços de medicamentos
Lexchin et al., 2004	Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence	24	Determnar os efeitos de políticas de copagamento sobre o uso de medicamentos em populações mais vulneráveis

Fonte: Elaboração própria.

5.2.1 Acesso a medicamentos

Foram identificadas três revisões sistemáticas abordando acesso a medicamentos: Wirtz e colaboradores (2008); Nunan; Duke (2011); Emmerick e colaboradores (2013).

Wirtz e colaboradores (2008) avaliaram a base de conhecimento disponível para subsidiar uma reforma da política farmacêutica mexicana.

Foram incluídos nessa revisão sistemática 108 artigos relevantes, divididos em duas categorias: uso de medicamentos (95) e acesso a medicamentos (13).

Essa revisão identificou algumas lacunas na base de evidências em quatro áreas importantes para a formulação de políticas: i. os problemas de saúde estudados; ii. as causas e consequências do uso não racional de medicamentos; iii. a utilização de medicamentos em áreas rurais e na atenção secundária à saúde; iv. o acesso a medicamentos.

Todos os artigos incluídos nessa revisão sistemática reportaram problemas em relação ao acesso e uso de medicamentos. Os resultados das pesquisas sobre consumo e prescrição no México, mostraram que o uso não racional era problema frequente em todas as classes terapêuticas estudadas. Estudos sobre acessibilidade e disponibilidade de medicamentos indicaram frequentes faltas destes itens nos estoques nos centros de saúde pública. Além disso, até 61% da população praticavam a automedicação como resposta às necessidades de saúde e até 55% compravam medicamentos sujeitos a prescrição médica sem antes ter sido atendido por este profissional.

Considerando estes resultados, os autores concluíram que o combate ao uso não racional e o acesso inadequado a medicamentos devem ser prioridades para a elaboração de uma nova política farmacêutica nacional.

Nunan e Duke (2011) avaliaram a efetividade de intervenções farmacêuticas na melhora da disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária à saúde em países de baixa ou média renda.

Dezessete artigos foram incluídos nessa revisão sistemática. Após classificar os trabalhos segundo o tipo de intervenção, os autores agruparam os artigos considerando seu nível de evidência. Os resultados mostraram que as intervenções envolvendo programas de visitas supervisionadas por farmacêuticos em unidades

de saúde, intervenções direcionadas pela comunidade, capacitação de recursos humanos e integração de programas para doenças específicas apresentavam maior nível de evidência. Segundo os pesquisadores, muitas intervenções locais, que não exigiriam cooperação internacional ou mudanças em políticas globais, têm potencial para melhorar a disponibilidade de medicamentos essenciais.

Emmerick e colaboradores (2013) realizaram um estudo bibliométrico sobre acesso a medicamentos em países de baixa e média renda da América Latina e mapearam as lacunas existentes nesta base de conhecimento.

Foram incluídos 77 artigos nesta revisão. A análise indicou, nos últimos anos, tendência de crescimento na publicação científica sobre acesso a medicamentos nos países estudados. Na América Latina, Brasil, Argentina, Costa Rica, Paraguai e Peru priorizam oficialmente a pesquisa em saúde e, destes cinco países, somente Brasil e Paraguai incluem questões relacionadas com o acesso a medicamentos.

Os estudos estavam concentrados nas áreas de: i. uso de medicamentos; disponibilidade de medicamentos; ii. preços e acessibilidade; iii. modelo de financiamento. Temas como recursos humanos em saúde, políticas globais e direitos, produção de medicamentos e medicamentos tradicionais apresentaram baixa produção científica.

5.2.2 Promoção de medicamentos

Três revisões sistemáticas incluídas neste estudo foram classificadas na categoria promoção de medicamentos: Grundy e colaboradores (2013), Carrol e colaboradores (2007) e Wazana (2000).

Grundy e colaboradores (2013) examinaram os tipos e as consequências das interações entre profissionais clínicos não médicos e a indústria farmacêutica e de fórmulas infantis, na prática clínica. Recuperaram na literatura 15 artigos sobre o tema, que foram separados em oito domínios, de acordo com o desfecho estudado: i. natureza e frequência das interações com a indústria farmacêutica; ii. atitudes em relação à indústria farmacêutica; iii. aceitação ética destas interações; iv. influência percebida do *marketing*; v. confiabilidade percebida nas informações passadas pela

indústria farmacêutica; vi. preparação para a interação; vii. reações à política de relações com a indústria farmacêutica; viii. gerenciamento das interações.

Os resultados deste estudo indicaram que as interações das indústrias farmacêuticas com os clínicos não médicos eram consideradas normais na prática diária e encaradas comumente como um mal necessário. Segundo os autores, devido ao papel que desempenham dentro dos sistemas de saúde, enfermeiros e farmacêuticos podem ser considerados como veículos de *marketing* da indústria para médicos e pacientes. Contatos frequentes com representantes de vendas, doação de brindes ou eventos com alimentação e distribuição de amostras grátis de medicamentos, são práticas regularmente adotadas pela indústria farmacêutica em suas interações com profissionais clínicos não médicos. Estes profissionais também se mostraram suscetíveis a aceitar algum tipo de patrocínio ou participarem de eventos produzidos pela indústria para, segundo sua própria percepção, igualarem seu *status* ao dos médicos, dentro dos sistemas de saúde.

Concluem, sugerindo que a interação entre a indústria e os profissionais clínicos não médicos pode ser benéfica, desde que os aspectos éticos sejam bem gerenciados a fim de que possíveis conflitos de interesse sejam minimizados.

Carrol e colaboradores (2007) conduziram uma revisão que abordou o impacto das intervenções educacionais e das políticas regulatórias sobre a interação entre a indústria farmacêutica e médicos residentes.

Dos 12 trabalhos incluídos nesta revisão, dez abordavam o impacto de várias intervenções educacionais desenvolvidas para moldar o conhecimento de residentes. Os outros dois artigos avaliaram o impacto de políticas regulatórias que limitavam o contato entre representantes das indústrias farmacêuticas com os residentes.

O recebimento de intervenções educacionais pelos residentes esteve associado com o aumento da crença de que as interações entre eles e a indústria farmacêutica são problemáticas e podem influenciar as prescrições médicas. Além disso, os residentes que receberam estas intervenções educacionais foram menos susceptíveis a doações de presentes e estratégias promocionais da indústria, exceto quando a própria empresa participava do desenvolvimento destas intervenções. Uma pesquisa de 2007 em faculdades de medicina e farmácia dos Estados Unidos indicou que 64% dos entrevistados relataram que educação sobre promoção de medicamentos fazia parte da grade curricular de sua instituição e

25% relataram que esse era um componente requerido em programas de especialização ou residência.

Os estudos que abordavam a implantação de políticas restritivas de contato entre a indústria farmacêutica e os residentes médicos (BROTZMAN; MARK, 1993; McCORMICK et al., 2001) indicaram que estes profissionais eram mais propensos a ver estas interações como benéficas se não houvesse a limitação de contato. Um destes trabalhos constatou que médicos formados em ambientes que contavam com políticas restritivas, realizavam posteriormente menos contato com representantes da indústria farmacêutica.

Desta forma, Carrol e colaboradores (2007) concluíram que as estratégias utilizadas pela indústria farmacêutica parecem influenciar o receituário médico e que intervenções educacionais para os residentes representam alternativa viável para localidades em que políticas restritivas de contato sejam impraticáveis.

Wazana (2000) analisou as atitudes e a extensão da relação da indústria farmacêutica com os médicos e os impactos desta relação no conhecimento e comportamento destes profissionais. Os 29 estudos recuperados avaliaram três desfechos: i. a extensão da interação médico-indústria; ii. as atitudes dos médicos frente às interações com a indústria; iii. os efeitos destas interações.

Os resultados deste estudo mostraram que a interação entre a classe médica e a indústria farmacêutica começa já nas escolas de medicina. Os contatos dos representantes das indústrias farmacêuticas com os médicos eram realizados em média quatro vezes por mês. Reuniões entre representantes da indústria e médicos foram associados a pedidos para alteração na padronização de medicamentos em hospitais e mudanças nos hábitos de prescrição. Da mesma forma, atitudes como aceitação de honorários para apresentação de dados sobre novos medicamentos ou suporte à pesquisa e aceitação de amostras grátis, estiveram associados a pedidos de padronização de medicamentos e prescrição de novos medicamentos.

Como conclusão, o autor sugere que a interação entre a indústria e a classe médica parece afetar a prescrição e o comportamento destes profissionais e este fato deve ser objeto de discussão para a formulação de políticas nesta área.

5.2.3 Regulação do mercado farmacêutico

Quatro revisões sistemáticas foram classificadas na categoria regulação do mercado farmacêutico: Cohen e colaboradores (2013), Wafula e colaboradores (2012), Dusetzina e colaboradores (2012) e Lim e colaboradores (2009).

Cohen e colaboradores (2013) avaliaram os impactos econômicos das mudanças de classificação de medicamentos quanto à obrigatoriedade ou isenção de receituário médico e forneceram diretrizes para melhorar as avaliações econômicas futuras destas alterações.

Doze avaliações econômicas que contemplavam medicamentos para alergia (loratadina), dislipidemia (estatinas), problemas gástricos (famotidina, ranitidina, cimetidina), contracepção oral, terapia de reposição de nicotina e antivirais (valaciclovir) foram recuperadas. Um estudo europeu incluído (AMIRSADRI-NAEINI; JACKSON, 2008) não focou em nenhuma doença específica.

Os resultados deste estudo mostraram que, salvo algumas exceções, constatou-se redução de custos para os pacientes com a implantação de políticas para tornar alguns medicamentos isentos de prescrição médica. Esta economia está relacionada com o alívio mais rápido de sintomas agudos, prevenção de internações ou menor número de consultas médicas para se obter prescrições somente. Além disso, melhora em resultados de saúde a longo prazo foi ilustrada com a terapia de reposição de nicotina e a introdução de medicamentos com perfil de segurança mais favorável nesta classificação, como no caso da loratadina quando comparada à primeira geração de anti-histamínicos.

Ainda segundo Cohen e colaboradores (2013), as diretrizes para a elaboração de modelos de avaliação econômica desta mudança de classificação de medicamentos devem conter três componentes distintos: i. questões estruturais, como doenças-alvo, medicamentos e população; ii. desfechos clínicos e estado de saúde, como dados epidemiológicos e utilização de recursos; iii. outras considerações, como comportamento dos pacientes e uso inadequado de medicamentos.

Wafula e colaboradores (2012) realizaram uma revisão sistemática sobre as características e o conhecimento atual das práticas regulatórias e de dispensação em farmácias e/ou drogarias especializadas da África Subsaariana. Identificaram

61 artigos que avaliavam os seguintes desfechos: i. práticas de dispensação; ii. disponibilidade de medicamentos; iii. nível de conhecimento das equipes; iv. características das equipes e lojas; v. conformidade regulatória.

De modo geral, a presença de drogarias especializadas foi diretamente proporcional à densidade populacional e mais comum em áreas urbanas ou áreas rurais com grandes populações. No que diz respeito ao preço, não foram observados padrões consistentes nos países estudados, embora algumas diferenças entre áreas urbanas e rurais tenham sido encontradas principalmente devido a custos operacionais, de logística e poder de compra dos clientes.

Dois resultados com implicações políticas importantes referem-se à rotatividade da equipe e à sua qualificação. De modo geral, foi verificado baixo índice de rotatividade entre os membros das equipes de funcionários das drogarias, o que maximiza os benefícios de intervenções relacionadas à capacitação de pessoal. Em relação à qualificação, observou-se que estabelecimentos menores são frequentemente dirigidos pelos respectivos proprietários, que geralmente já possuem algum nível de treinamento em saúde. Em locais nos quais isso não ocorre, a maior preocupação é em relação à qualificação das equipes que prestam atendimento aos pacientes.

Poucos estudos analisaram a relação entre o desempenho das drogarias especializadas com as práticas regulatórias. Estes resultados indicaram que a frequência das fiscalizações e a severidade das sanções aplicadas estiveram ligadas ao cumprimento das exigências regulatórias.

A partir destes estudos, Wafula e colaboradores (2012) concluíram que as características e práticas de dispensação das farmácias e/ou drogarias especializadas variavam de acordo com sua localização e porte. Propuseram que fossem adotadas intervenções para melhorar a capacitação das equipes, práticas regulatórias que contemplassem a diversidade entre os estabelecimentos, além de ações de conscientização do público em geral no intuito de melhorar as práticas de dispensação em farmácias e/ou drogarias especializadas.

Dusetzina e colaboradores (2012) revisaram a literatura que analisava os impactos dos comunicados sobre os riscos envolvendo medicamentos emitidos pelo FDA sob três aspectos: i. a utilização de medicamentos; ii. o uso de serviços de saúde; iii. os desfechos de saúde.

Quarenta e nove estudos foram incluídos nesta revisão que contemplou 16 fármacos ou classes de fármacos. Segundo o estudo, tais comunicados são um meio frequente para disseminar os riscos de segurança sobre medicamentos e seus efeitos mostraram-se altamente variáveis.

Alertas que recomendavam aumento da monitorização clínica ou laboratorial levaram à diminuição transitória na utilização de medicamentos e a modesto aumento na monitorização. Comunicações dirigidas a populações específicas extrapolaram para outros grupos e alertas repetidos e sequenciais apresentaram maiores efeitos quando foram dirigidos a novos usuários em comparação com usuários contínuos dos medicamentos estudados. As comunicações sobre medicamentos específicos estiveram associadas com grandes reduções em sua utilização. A magnitude de substituições de fármacos dentro de classes terapêuticas que receberam alertas para somente um princípio ativo variou bastante dentre os diferentes contextos clínicos avaliados.

Com base nestes resultados, Dusetzina e colaboradores (2012) concluíram que as comunicações emitidas pela FDA sobre os riscos envolvendo medicamentos apresentaram impacto muito variado no comportamento de utilização de medicamentos e dos sistemas de saúde, sendo importante a identificação dos fatores associados a respostas rápidas e sustentadas para orientar futuros esforços de comunicação de risco.

Lim e colaboradores (2009) avaliaram as evidências sobre as práticas de médicos dispensadores de medicamentos (MDM).

Vinte e um artigos foram selecionados para esta revisão e classificados nas seguintes categorias: i. utilização de medicamentos; ii. efetividade de políticas de separação de papéis; iii. prevenção de eventos adversos; iv. aderência a melhores práticas; v. qualidade da dispensação; vi. perspectivas de médicos e pacientes.

Os resultados deste estudo indicavam haver nível moderado de evidência para mostrar que as práticas de MDM estavam associadas com maior número de medicamentos prescritos por paciente por ano, modesto aumento nos custos destas prescrições e menor frequência de prescrição de medicamentos genéricos. Segundo os autores, políticas que separam as atividades de prescrição e dispensação por médicos, podem reduzir o número total de prescrições, mas com menores efeitos sobre os custos com saúde. Práticas adotadas por MDM estavam

modestamente associadas à aderência a boas práticas, especialmente em prescrições de antibióticos. A qualidade da dispensação realizada por MDM foi considerada baixa, devido a informações inadequadas e problemas com rotulagem. Na visão de médicos e pacientes, a conveniência é o principal benefício das dispensações realizadas por médicos, sustentada por um bom nível de evidência.

Lim e colaboradores (2009) concluíram que apesar do aumento da adesão ao tratamento e da conveniência para os pacientes, a dispensação de medicamentos realizada por médicos implica em conflito de interesses que envolvem estes profissionais, na falta de treinamento para esta atividade e na privação do direito dos pacientes em escolher o prestador do serviço de dispensação de medicamentos.

5.2.4 Prescrição de medicamentos

Cinco revisões sistemáticas foram classificadas na categoria prescrição: Loganathan e colaboradores (2011), Bhanbhro colaboradores (2011), Black e colaboradores (2011) e Sturm e colaboradores (2011) e Cooper e colaboradores (2008).

Loganathan e colaboradores (2011) revisaram a literatura sobre os efeitos de diferentes intervenções que visavam otimizar as prescrições em ambientes de *home care*. Neste trabalho, foram incluídos 16 artigos classificados nos seguintes grupos de intervenções: i. sistemas informatizados para suporte a decisões clínicas; ii. reuniões multidisciplinares; iii. revisão farmacêutica de prescrições iv. intervenções educacionais.

Segundo os resultados deste estudo, a utilização de sistemas informatizados para tomada de decisões clínicas mostrou efeitos positivos, mas com pouca aplicabilidade em *home care* devido aos recursos necessários para sua implantação. As reuniões multidisciplinares, assim como as intervenções educacionais envolvendo farmacêuticos, mostraram-se efetivas e seus benefícios em hospitais talvez possam ser extrapolados para *home care*. Somente um dos três artigos que avaliaram a efetividade das revisões lideradas por farmacêuticos (ZERMANSKY et al., 2006) mostrou significativas alterações no tipo e no número

de medicamentos prescritos. As intervenções educacionais, especialmente as *academic detailing*[6], mostraram maior evidência no aprimoramento das prescrições, uma vez que, seis dos oito artigos classificados nesta área confirmaram esta melhora.

Baseados nestes resultados, os autores concluíram que a combinação entre estes tipos de intervenções seria a melhor estratégia para diminuir o número de prescrições inadequadas em atendimento domiciliar.

Bhanbhro e colaboradores (2011) investigaram os efeitos de prescrições realizadas por profissionais não médicos na atenção primária para pacientes da comunidade. Dezessete estudos foram incluídos neste trabalho que os dividiu em quatro categorias: i. eficácia (avalia somente o resultado final do tratamento); ii. eficiência (avalia questões operacionais e de custos dos tratamentos); iii. aceitabilidade (avalia questões de adequação e satisfação dos tratamentos); iv. acesso (avalia questões de disponibilidade de atendimentos e medicamentos).

Segundo os autores, a eficácia dos tratamentos prescritos dependeria da relação adequada entre o tipo de prescritor e os grupos de pacientes envolvidos, no sentido de prover a correta informação e aconselhamento. Outros indicadores de eficácia e segurança, por exemplo, apresentaram nível de evidência limitado.

Em relação à eficiência, este trabalho sugeriu que as prescrições realizadas por enfermeiros e farmacêuticos proporcionaram serviços contínuos e de alta qualidade aos pacientes. Um dos estudos sugeriu que prescrições realizadas por profissionais não médicos tiveram relação custo-benefício favorável. Porém, segundo os próprios autores, estes parecem ser assuntos que precisam de mais investigação.

Os artigos que investigaram a aceitação de prescrições realizadas por profissionais não médicos, indicaram que esta prática foi muito bem recebida por pacientes e pelos profissionais envolvidos. Esta aceitabilidade parece estar baseada não somente nos encontros clínicos dos pacientes com os prescritores, mas também, no valor percebido para o sistema de saúde como um todo. Os resultados deste trabalho mostraram ainda que os pacientes relatavam melhora no

[6] *Academic detailing* é uma forma de educação médica continuada na qual um profissional de saúde especializado e experiente (geralmente um farmacêutico) visita médicos ou outros profissionais de saúde para discutir sobre terapias com medicamentos específicos. Também chamado de extensão educacional, este processo fornece informações baseadas em evidências, tendo demonstrado em ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, ser uma forma eficaz de educação médica continuada (COLUMBIA BRITÂNICA, 2014).

acesso a medicamentos e no agendamento de consultas com profissionais não médicos. Em localidades onde a atenção primária estava bem desenvolvida, a menor espera por consultas com profissionais não médicos que podiam prescrever medicamentos, melhorava o gerenciamento desta demanda e diminuía o sentimento de insatisfação com o serviço.

Baseados nestes resultados, Bhanbhro e colaboradores (2011) concluíram que as prescrições realizadas por profissionais não médicos na atenção básica à saúde melhoram o entendimento dos pacientes acerca de seu tratamento, promovendo melhor nível de cuidados.

Black e colaboradores (2011) realizaram um *overview* de revisões sistemáticas que avaliou a eficácia e as consequências de algumas tecnologias em saúde. No total, 108 artigos foram incluídos neste estudo e divididos em três temas: i. armazenamento, gerenciamento e transmissão de dados; ii. apoio à decisão clínica; iii. facilitadores para apoio à distância.

Os resultados deste estudo indicaram que, embora exista apoio político para sua implementação, estas tecnologias ainda carecem de evidências que fundamentem sua utilização. Talvez, se sua aplicação extrapolasse os limites do contexto para os quais foram desenvolvidos, seus resultados seriam mais bem identificados.

Os pesquisadores concluíram que à luz da escassez de evidências em relação à melhoria nos quadros clínicos dos pacientes, bem como à falta de comprovação sobre sua relação custo-benefício, é fundamental que tecnologias em saúde sejam avaliadas como um conjunto mais abrangente de medidas. Esta avaliação deveria ser caracterizada por fatores técnicos e sociais que aumentassem as chances de sucesso na adoção destas tecnologias.

Sturm e colaboradores (2011) avaliaram os efeitos de políticas de prescrição que oferecem incentivos financeiros para prescritores.

Foram identificados 13 trabalhos sobre políticas de orçamento para medicamentos e nenhum artigo que tratasse sobre pagamentos baseados em desempenho (pagamento de bônus para melhorar as prescrições ou reduzir seus custos).

Neste estudo foram avaliados três desfechos: i. efeitos do orçamento sobre os custos em medicamentos[7]; ii. efeitos do orçamento sobre a utilização dos medicamentos; iii. efeitos do orçamento sobre a utilização do sistema de saúde.

Segundo os resultados deste estudo, as despesas com medicamentos (por item e por paciente) diminuíram após a implantação da política dos orçamentos. Da mesma forma, o volume de medicamentos prescritos diminuiu com esta política e este efeito não diminuiu ao longo do tempo. A proporção de prescrição de medicamentos mais novos e mais caros também foi menor em ambientes sob a política de orçamentos, como nas classes de inibidores de bomba de prótons (omeprazol, por exemplo) e inibidores seletivos da recaptação de serotonina (fluoxetina, por exemplo).

Em relação aos sistemas de saúde, o estudo não encontrou evidências claras de redução de encaminhamento para especialistas da rede privada não inseridos no sistema de orçamento.

Como conclusão, os autores afirmaram que a utilização de orçamentos para o custeio de medicamentos pode diminuir as despesas desta natureza e o volume de medicamentos prescritos, porém dados que comprovem a eficiência desta política em relação à qualidade da atenção ao paciente e ao aumento da utilização dos sistemas de saúde, também foram inconclusivos.

Cooper e colaboradores (2008) revisaram a literatura relacionada à prescrição suplementar[8] realizada por enfermeiros e farmacêuticos.

Os autores dividiram os artigos incluídos em dois grupos: prescrições farmacêuticas (20 artigos) e prescrições de enfermagem (15 artigos) e identificaram cinco temas relacionados à prescrição suplementar que precisariam ser considerados para a formulação de políticas nesta área: i. diferenças na formação de farmacêuticos e enfermeiros; ii. aplicação da prescrição suplementar em

---

[7] Os orçamentos para medicamentos são fundos criados pelos pagadores (autoridades oficiais de saúde, empresas de medicina de grupo ou de seguro saúde) para cobrir os custos com medicamentos. Estes fundos são direcionados a médicos (individualmente ou em grupos) que assumem a responsabilidade pelo seu gerenciamento (STURM et al., 2011).

[8] Prescrição suplementar é definida como uma parceria entre um prescritor independente que faz o diagnóstico (médicos ou dentistas) e um prescritor “suplementar” (que podem ser outros profissionais de saúde) que deve auxiliar o paciente a cumpir um plano de manejo clínico previamente definido com o prescritor independente e com a concordância do paciente (GEORGE, 2006).

atenção primária e secundária; iii. diferenças entre prescrição suplementar e prescrição independente; iv. objetivos governamentais e prática atual; v. relação ente profissionais médicos e não-médicos.

Considerando os resultados deste trabalho, as diferentes competências dos profissionais não médicos (enfermeiros e farmacêuticos) e o aumento de cursos nesta área, exigem revisão dos conhecimentos necessários para esta prática. Facilidade de acesso a registros de pacientes, maior relacionamento entre prescritores dependentes e independentes e a padronização de condutas, são fatores que facilitam a implantação da prescrição suplementar na atenção secundária e tornam esta atividade mais difícil em ambientes não hospitalares.

Os pesquisadores sugerem também uma reflexão sobre o papel da prescrição suplementar frente à prescrição independente. Considerada menos flexível, a prescrição suplementar deveria ser vista somente como um modelo de transição e valorizada por minimizar a demanda médica ou por promover confiança para prescritores não médicos recém-qualificados antes da implantação da prescrição independente?

Outra questão colocada neste trabalho diz respeito às dificuldades operacionais na implantação da prescrição suplementar, como o plano de gerenciamento clínico. Políticas locais devem garantir financiamento adequado destas ações e contribuir para a superação de algumas barreiras simples como o acesso a computadores por exemplo. Já em relação à percepção da prescrição suplementar por profissionais de saúde, o otimismo de enfermeiros e farmacêuticos contrasta com o olhar negativo dos médicos, que demonstram certa falta de compreensão sobre o assunto, indicando a necessidade de elaboração de políticas locais e globais com o objetivo de melhorar a aceitação da prescrição suplementar por profissionais médicos.

5.2.5 Dispensação de medicamentos

Duas revisões sistemáticas foram incluídas na categoria dispensação de medicamentos: Manias e colaboradores (2012) e Grime e colaboradores (2007).

Manias e colaboradores (2012) revisaram a literatura para determinar quais intervenções reduzem erros de medicação em terapia intensiva. Identificaram 24 artigos que atendiam aos seus critérios de inclusão e classificaram as intervenções em oito tipos: i. sistemas computadorizados para prescrição – SCPP - (5 estudos); ii. alteração nos horários de trabalho (1 estudo); iii. sistemas intravenosos (2 estudos); iv. medidas educacionais (2 estudos); v. reconciliação de medicamentos[9] (1 estudo); vi. envolvimento farmacêutico (4 estudos); vii; protocolos e manuais (3 estudos); viii. sistemas de suporte para decisão clínica – SSDC - (6 estudos).

Dos cinco artigos sobre SCPP, apenas três indicaram resultados satisfatórios com a implantação deste tipo de intervenção (ALI et al., 2010; COLPAERT et al., 2006; SHULMAN et al., 2005). Os outros dois trabalhos (BRADLEY et al., 2006; WEANT et al., 2007) mostraram aumento nas taxas de erros de medicação, o que pode ter sido causado por doses tóxicas prescritas para pacientes com baixo peso, idosos ou crianças, uma vez que tais situações fogem às rotinas convencionais e os prescritores podem ter negligenciado mensagens de alerta emitidas pelo sistema em relação a isso.

Somente um estudo (LANDRIGAN et al., 2004) investigou os efeitos da alteração do horário de trabalho de médicos residentes, em relação a erros de medicação. Este trabalho indicou que os médicos que cumpriam uma agenda de trabalho tradicional cometeram significativamente menos erros de medicação quando comparados com médicos que cumpriam jornada de trabalho estendida.

Os dois estudos que abordavam o uso de diferentes sistemas de administração intravenosa de fármacos (NUCKOLS et al., 2008; ROTHSCHILD et al., 2005) não constataram nenhuma alteração nas taxas de erro de medicação. Possíveis causas desta ineficiência podem incluir imprecisão com intervalos de dosagem e falta de integração no monitoramento dos pacientes, por exemplo, além da possibilidade da própria intervenção ser ineficaz.

As intervenções educacionais foram avaliadas em dois artigos (FORD et al., 2010; THOMAS et al., 2008) que mostraram o sucesso deste tipo de intervenção. Em um deles, treinamentos para enfermeiros, baseados em simulações,

---

[9] Reconciliação de medicamentos é o processo de confrontação entre a lista de medicamentos que o paciente utiliza em casa com os medicamentos prescritos durante a admissão, transferência, consultas ambulatoriais e alta hospitalar. Tem como principal objetivo a diminuição da ocorrência de erros de medicação durante as mudanças do nível de atenção à saúde aos pacientes (ANACLETO et al., 2010).

proporcionaram diminuição significativa da taxa de erros de administração de medicamentos, enquanto capacitações baseadas somente em palestras não tiveram bons efeitos sobre a taxa de erros de medicação. Em outro artigo, treinamento médico em ambiente de enfermaria também reduziu a taxa de erros de prescrição.

A reconciliação de medicamentos (PRONOVOST et al., 2003) também foi associada com a diminuição de alterações nas prescrições de pacientes após a alta hospitalar, embora não tenha sido realizada análise estatística sobre este dado.

O envolvimento farmacêutico (KLOPOTOWSKA et al., 2010; LANGEBRAKE; HILGART, 2010; LEAPE et al., 1999; LEE et al., 2007) mostrou resultados discrepantes pois, enquanto alguns resultados indicaram redução nas taxas de erros de medicação, devido à disponibilidade dos farmacêuticos para atendimento e sua ampla participação em reuniões de trabalho multidisciplinares, outros sugeriram que não houve alteração neste índice, ou ainda, que ocorreu aumento nesta taxa. Sobre esta última possibilidade, os autores ponderaram sobre o momento e a forma da coleta de dados, pois, a presença do farmacêutico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por si só, já aumenta a detecção de erros, o que pode ter levado a resultados distorcidos.

A utilização de protocolos e manuais (BERTSCHE et al., 2008, McMULLIN et al., 2006; WASSERFALLEN et al., 2004) reduziu significativamente a ocorrência de erros de medicação em todos os artigos analisados, seja por implementação de formulários para prescrição, seja pela utilização de evidências que identifiquem incompatibilidade entre fármacos.

Resultados semelhantes foram encontrados quando se analisou a efetividade de SSDC (CHAPIUS et al., 2010; DeYOUNG et al., 2009; EVANS et al., 1998; EVANS et al., 1999; FRAENKEL et al., 2003). A redução nas taxas de erros de medicação esteve associada à implementação das medidas durante um período maior de tempo, variando entre 5 e 24 meses. Períodos inferiores a esse, mostraram resultados negativos e sem alteração.

Os autores apontaram que faltam dados conclusivos que apoiem o uso de intervenções para reduzir a taxa de erros de medicação em ambientes de cuidados intensivos. Ainda que algumas intervenções tenham promovido diminuição destas taxas, os autores destacam a quantidade de estudos insuficiente e alguns

problemas metodológicos com estes trabalhos, contribuindo para esta conclusão. Isso deve ser considerado na elaboração de políticas que abordem a adoção de medidas com pouca evidência para apoiar sua eficácia.

Grime e colaboradores (2007) revisaram a literatura que aborda o papel e o valor das informações escritas sobre medicamentos, sob a perspectiva de pacientes e de profissionais da área da saúde.

Vinte e sete estudos foram selecionados e seus achados permitiram classificá-los em três diferentes grupos: i. estudos em reposta a iniciativas políticas; ii. estudos cujo objetivo era aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento; iii. estudos que verificavam a utilidade da informação escrita para ajudar os pacientes a participarem de decisões sobre o seu tratamento.

Como resultados, os pesquisadores verificaram que os pacientes responderam mais positivamente às informações escritas quando estas se destinavam a aumentar sua adesão ao tratamento ou quando se tratavam de exigências de regulação. A maioria dos pacientes nestas situações leu, pelo menos uma vez, as informações escritas sobre seus medicamentos, principalmente quando eram prescritos pela primeira vez.

Quando as informações escritas destinaram-se a informar os pacientes, tornando-os aptos a tomarem decisões fundamentadas sobre seus tratamentos, alguns outros achados tornaram-se relevantes. Nem todos os pacientes quiseram receber informações por escrito, mas aqueles que quiseram, esperavam detalhes; não somente sobre os medicamentos, mas também sobre suas doenças e efeitos colaterais dos medicamentos. Adicionalmente, os resultados mostraram que os pacientes não queriam que estas informações escritas substituíssem as informações orais passadas pelos médicos durante as consultas. Entretanto, os poucos estudos relacionados aos profissionais de saúde, mostraram que na opinião deles, as informações escritas devem ser breves e simples, enfatizando os benefícios dos medicamentos, mencionando parcialmente seus efeitos colaterais. Alguns médicos, inclusive, atribuíram à informação escrita a função de aumentar a adesão ao tratamento e economizar tempo durante as consultas.

Em sua conclusão, os autores sugerem que as diferentes necessidades de informação dos pacientes em relação às suas doenças e tratamentos, constituem desafio para os produtores e fornecedores de informações escritas sobre medicamentos. Porém, é necessária maior concordância entre as visões dos

pacientes e dos profissionais da saúde em relação ao papel destas informações, para que estes materiais cumpram seu objetivo, satisfazendo aos anseios dos pacientes.

5.2.6 Uso racional de medicamentos

Quatro revisões sistemáticas foram incluídas na categoria uso racional de medicamentos: Faden e colaboradores (2011), Gadkari e McHorney (2010), Elliott e colaboradores (2005), Ratanawijitrasin e colaboradores (2001).

Faden e colaboradores (2011) avaliaram a disponibilidade de evidências sobre os mecanismos usados por seguradoras de saúde em países de baixa e média renda para influenciar a relação custo-efetividade de medicamentos.

Identificaram sessenta e três artigos e seus resultados foram avaliados sem que houvesse divisão entre eles. Segundo esta pesquisa, existem razoáveis evidências de que sistemas de seguro saúde melhoram o acesso a medicamentos em países de baixa e média renda. Porém, as evidências não mostram se esse aumento no acesso reflete em uso adequado de medicamentos ou não. Outra limitação deste resultado diz respeito ao desenho dos estudos que, segundo os autores, favorecem o risco de viés.

Os resultados que avaliaram seleção, aquisição e estratégias para uso racional de medicamentos apresentaram baixo nível de evidência.

Baseados nestes resultados, Faden e colaboradores (2011), concluíram que apesar de indicarem resultados positivos na melhora do acesso a medicamentos, os estudos que avaliaram a influência de seguradoras de saúde na relação custo-efetividade carecem de melhores desenhos que permitam atestar os benefícios da implementação deste tipo de política.

Gadkari e McHorney (2010) estimaram a taxa de descumprimento de prescrições, identificaram suas razões e exploraram a variabilidade deste índice nos diferentes estudos.

Sua busca retornou 79 artigos que puderam ser divididos em dois grupos reportando: i. a proporção de pacientes que descumpriram seus tratamentos; ii. a proporção de prescrições que não foram devidamente cumpridas.

Observou-se variação muito grande em relação ao método utilizado nos artigos selecionados, bem como nas taxas de descumprimento de prescrição

(0,1%-57,1%). Desta forma, os autores agruparam os artigos por semelhança do método utilizado e encontraram médias e medianas que apresentavam faixa de variação mais estreita (entre 11% e 19%).

A percepção dos pacientes em relação à necessidade, disponibilidade e preocupação dos pacientes com os medicamentos (em ordem decrescente de importância) foram as principais razões identificadas no estudo para o descumprimento das prescrições.

Gadkari e McHorney (2010) concluíram que o cumprimento das prescrições de medicamentos é necessário, mas não é o único fator que leva à promoção de cuidados de doenças agudas ou crônicas. As barreiras a serem transpostas para a diminuição da taxa de descumprimento devem considerar aspectos relacionados aos prescritores, aos pacientes e aos sistemas de saúde.

Elliott e colaboradores (2005) avaliaram se as evidências disponíveis de custo-efetividade de intervenções de promoção à adesão têm qualidade suficiente para auxiliar na tomada de decisão em políticas que visam aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos.

A busca de referências retornou 45 artigos que avaliavam os efeitos das intervenções, desfechos e custos. Asma e doenças psiquiátricas foram as condições clínicas mais estudadas e as intervenções que utilizaram mais de um profissional de saúde ou intervenções educacionais foram as mais investigadas. Medidas de adesão validadas e não validadas também foram encontradas, assim como grande variedade de medidas de adesão.

Os resultados do estudo mostraram que muitos dos artigos recuperados atendiam a alguns parâmetros de qualidade, mas nenhum cumpria com os requisitos mínimos para uma avaliação econômica de intervenções de promoção à adesão.

Nenhum artigo avaliou a falta de adesão não intencional. Diversas intervenções testadas foram multifacetadas. Todos os estudos incluídos assumiam que os tratamentos prescritos eram apropriados aos quadros dos pacientes e nenhum avaliou a qualidade do tratamento. Dados de custo geralmente foram piores que informações clínicas em termos de qualidade, integridade e análise. A utilização de médias de custo por paciente ou por dia assumia que todos os diagnósticos eram semelhantes e nenhum trabalho foi desenvolvido para analisar diferença entre custos. Da mesma forma, a falta de conhecimento sobre análises

de custo e a ausência de métodos padronizados para quantificação de incerteza em relação aos dados econômicos contribuíram para que os resultados apresentados não fossem consistentes.

A heterogeneidade dos estudos selecionados impediu que Elliott e colaboradores (2005) chegassem a conclusões definitivas sobre a relação custo-efetividade de intervenções para a promoção da adesão. Entretanto, propuseram que estudos sobre estas intervenções sejam realizados com base nas causas da não adesão e sejam avaliados clínica e economicamente pelos seguintes critérios: desenho do estudo; tamanho e randomização da amostra; escolha da intervenção com base nas causas de não adesão; descrição clara dos cuidados; desfechos e medidas utilizadas; período de acompanhamento adequado à doença; diferenciação entre custos diretos e indiretos; utilização de medidas de custos baseadas nos pacientes; utilização adequada de análises estatísticas e econômicas; investigação das limitações das medidas de adesão utilizadas.

Ratanawijitrasin e colaboradores (2001) procuraram identificar políticas nacionais e medidas regulatórias destinadas a promover o uso racional de medicamentos em países desenvolvidos.

Dezoito estudos foram incluídos nesta revisão, cujos assuntos abordados foram: i. o desenvolvimento de políticas nacionais de medicamentos multicomponentes; ii. o fornecimento de medicamentos; iii. medidas regulatórias. A maioria dos trabalhos avaliou somente resultados pós-intervenção e isso tornou os resultados desta revisão inconclusivos.

Alguns achados sugestivos incluem a associação entre aumento de disponibilidade de medicamentos e utilização mais adequada em ambientes de cuidados primários. Além disso, dados sugerem alguns efeitos maléficos não intencionais com o cancelamento do registro de medicamentos, seguido por início do comércio clandestino ou pela substituição por medicamentos similares. Os estudos de políticas nacionais apresentaram desenho inadequado e devido a isso, seus resultados mostraram-se comprometidos.

Diante destes resultados, Ratanawijitrasin e colaboradores (2001) concluíram não ser possível afirmar que políticas nacionais de medicamentos essenciais possam promover o uso racional de medicamentos devido à falta de dados confiáveis.

5.2.7 Qualificação e organização dos serviços farmacêuticos

Treze revisões sistemáticas foram incluídas na categoria qualificação e organização de serviços farmacêuticos: Penm e colaboradores (2013), Mossialos e colaboradores (2013), Cheng e colaboradores (2013), Nkansah e colaboradores (2011), Orizio e colaboradores (2011), Schafheutle e colaboradores (2011), Farris e colaboradores (2010), Smith (2009a), Smith (2009b), Holland e colaboradores (2007), Liz e Mellado (2007), Lummis e colaboradores (2006) e Bell e colaboradores (2005).

Penm e colaboradores (2013) avaliaram o impacto dos serviços farmacêuticos sobre a qualidade do uso de medicamentos em hospitais na China. Setenta e cinco artigos foram selecionados para esta pesquisa que contemplou pacientes internados e ambulatoriais.

Os artigos foram divididos segundo as áreas terapêuticas e as intervenções estudadas incluíram: i. capacitação, para médicos e pacientes, ministrada por farmacêuticos; ii. avaliação e monitoramento de políticas hospitalares; iii. revisão de medicamentos dispostos nas enfermarias.

Os resultados desta revisão indicam que os serviços de farmácia clínica parecem melhorar a prescrição e a compreensão dos pacientes sobre seus medicamentos. As intervenções mais bem sucedidas envolveram a gestão de antimicrobianos, considerada a primeira política de farmácia clínica e poderoso modelo de expansão para outras áreas.

Quase todos os trabalhos reportaram influência positiva dos serviços de farmácia clínica, gerando aumento do uso adequado de medicamentos, do conhecimento dos pacientes, de sua qualidade de vida e de sua adesão ao tratamento. Considerando o impacto destas intervenções, muitos estudos mostraram diminuição do tempo de internação, das reações adversas, e dos custos hospitalares e de farmácia. Embora alguma economia tenha sido demonstrada, sua dimensão não pôde ser quantificada.

Desta forma, Penm e colaboradores (2013) concluíram que os serviços de farmácia clínica podem proporcionar forte e positiva contribuição para a reforma no sistema de saúde chinês.

Mossialos e colaboradores (2013) investigaram a existência de evidências relevantes que sustentem a expansão do papel de farmacêuticos comunitários, defendida por acadêmicos, profissionais, organizações e governos.

Identificaram 33 revisões sistemáticas que avaliaram as evidências com foco em dois objetivos primários: i. encorajar o efetivo, seguro e apropriado uso de medicamentos; ii. promover a prevenção e o gerenciamento de doenças crônicas. Alguns artigos tiveram foco concomitante nos dois objetivos.

O uso efetivo, seguro e apropriado de medicamentos foi avaliado em 21 revisões sistemáticas, segundo alguns indicadores como: prevenção de hospitalização; redução do risco de morte e reações adversas; garantia de boa relação custo-efetividade; melhora na qualidade de vida; aumento da adesão ao tratamento; e manutenção da qualidade na distribuição dos medicamentos. Em relação a estes fatores, dez revisões sistemáticas reportaram resultados positivos do papel de farmacêuticos e onze trabalhos trouxeram resultados inconclusivos.

A prevenção e o gerenciamento de doenças crônicas contemplaram os seguintes indicadores: estímulo à adoção de comportamentos saudáveis por meio de materiais impressos; entrega de medicamentos; e auxílio no controle de custos de doenças crônicas. Entre as revisões sistemáticas incluídas nessa análise, quinze apresentaram resultados positivos e quatro foram inconclusivas.

A análise qualitativa das revisões sistemáticas incluídas revelou inconvenientes metodológicos importantes em termos de comparação entre populações e resultados, além de problemas na reprodutibilidade e generalização. Estes problemas foram encontrados nas duas categorias de análise e algumas revisões sistemáticas consideraram mais de um papel desempenhado por farmacêuticos, o que permitiu que fossem estudadas em ambas as categorias.

Com base nestes resultados, Mossialos e colaboradores (2013) concluíram que as evidências que suportariam a transformação do papel do farmacêutico comunitário são inconclusivas, além serem originadas por meio de trabalhos com limitações e problemas metodológicos. Entretanto, ponderaram que tais ações poderiam ser justificadas considerando todo o ambiente dos sistemas de saúde.

Cheng e colaboradores (2013) revisaram a literatura que avaliava desfechos econômicos, clínicos e humanísticos (DECH) de serviços farmacêuticos para grupos étnicos/raciais considerados minorias. Nesse estudo, este grupo foi definido como negros ou afro-americanos, americanos e hispânicos/latinos não brancos, indígenas americanos ou nativos do Alasca, asiáticos, havaianos e naturais de outras ilhas do Pacífico.

Vinte e quatro artigos foram recuperados e onze deles avaliaram apenas desfechos clínicos. Oito artigos avaliaram desfechos clínicos e humanísticos e somente um artigo avaliou exclusivamente desfechos humanísticos. Dois estudos avaliaram resultados clínicos e econômicos; um avaliou desfechos econômicos e humanísticos; e outro avaliou, simultaneamente, os três tipos de desfechos.

Os desfechos clínicos consideravam melhora da doença ou controle dos sintomas; aumento nas taxas de vacinação e adesão ao tratamento; além de melhora na técnica para a utilização de inaladores. Os desfechos humanísticos foram mensurados por índices de satisfação e qualidade de vida dos pacientes. Já os desfechos econômicos consideraram reduções nas hospitalizações, encaminhamentos ao pronto-atendimento e economia na utilização dos sistemas de saúde e farmácia.

Nesses artigos, os serviços farmacêuticos limitaram-se à: tradução de prescrições e de materiais educativos; consultas abordando gerenciamento de doenças e conhecimentos sobre medicamentos; serviços de triagem e vacinação; além de intervenções para aumentar a adesão ao tratamento, como sistemas de lembretes.

Todos os artigos reportaram efeitos positivos dos serviços farmacêuticos prestados sobre os DECH em grupos étnicos/raciais minoritários, com exceção de um trabalho (KIRWIN et al., 2010) que não associou as recomendações feitas por farmacêuticos com a melhora nos cuidados de pacientes com diabetes.

Considerando estes resultados, Cheng e colaboradores (2013) concluíram que a prestação de serviços farmacêuticos foi positiva nos DECH em populações étnicas/raciais minoritárias; no entanto, indicam a necessidade de estudos adicionais para determinar se este impacto é equivalente em outros grupos étnicos/raciais.

Nkansah e colaboradores (2011) examinaram os efeitos das atividades de atenção ao paciente desempenhadas por farmacêuticos e a atuação destes profissionais junto a outros membros de equipes de saúde.

Quarenta e três estudos foram incluídos nesta revisão. Destes, sete trabalhos avaliaram intervenções farmacêuticas dirigidas a outros profissionais de saúde e os outros trinta e seis reportaram dados sobre a atuação de farmacêuticos direcionada a pacientes.

Os resultados deste trabalho indicam que intervenções realizadas por farmacêuticos junto aos pacientes podem melhorar os resultados de tratamento de diversas doenças, embora estes dados nem sempre sejam estatisticamente significativos. As intervenções mais comuns envolveram recomendações orais ou escritas para médicos, propondo modificações nas prescrições ou soluções para problemas relacionados a medicamentos e visitas aos pacientes durante alguns meses.

O impacto das intervenções farmacêuticas em práticas assistências foi controverso. O desfecho mais comumente avaliado foram práticas de prescrição e os resultados foram conflitantes.

Desta forma, Nkansah e colaboradores (2011) concluem que as evidências suportam a integração contínua dos farmacêuticos que dispensam medicamentos em colaboração com outros profissionais de saúde no aconselhamento em relação a medicamentos e outras questões de saúde pública. Visitas educacionais para outros profissionais da área da saúde também podem ser benéficas.

Orizio e colaboradores (2011) investigaram a disponibilidade de evidências na literatura acerca do comércio *online* de medicamentos, considerando aspectos relacionados com: i. as características dos *websites*; ii. a qualidade dos produtos farmacêuticos comprados eletronicamente; iii. o número e características destes consumidores.

Foram selecionados para esta revisão setenta e seis artigos. Segundo os autores, um dos pontos mais controversos destes canais de venda de medicamentos é a exigência da prescrição. Houve grande variação entre os resultados encontrados e, em alguns casos, a exigência de prescrição foi substituída pelo preenchimento de um questionário *online* com os dados da prescrição. Análise destes questionários mostraram que muitas vezes a identidade do médico prescritor não fora revelada (ARMSTRONG et al., 1999) ou várias

licenças informadas eram inválidas (US GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE, 2000). Estes questionários também coletavam informações como características pessoais, reações alérgicas, condições e histórico médico e terapias atuais e, ao invés de realmente avaliar o estado de saúde dos pacientes, pareciam contribuir mais para passar uma falsa sensação de segurança aos pacientes (ORIZIO et al., 2009a; ORIZIO et al., 2009b).

As farmácias que mais exigiram a apresentação de prescrição médica também foram as que mais declararam sua localização geográfica. Foi encontrada também grande divergência entre a localização física das sedes de farmácias virtuais com os registros de seus domínios, sendo que os Estados Unidos são o país com o maior número de registro destes canais de venda. Alguns trabalhos (TSAI et al., 2002; EUROPEAN ALLIANCE FOR ACCESS TO SAFE MEDICINES, 2008) constataram que a maioria das farmácias *online* não informa o número de telefone aos clientes e não conta com farmacêuticos para responderem possíveis dúvidas dos pacientes.

A variedade de itens oferecidos por meio eletrônico é muito grande. Medicamentos de diversas classes terapêuticas, produtos sob controle especial e inclusive alguns não aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) foram disponibilizados por estes serviços. Em relação ao preço, os resultados revelaram que medicamentos adquiridos sem prescrição custam mais quando comparados àqueles acompanhados de receita médica. Os preços praticados pelo comércio eletrônico de medicamentos mostraram-se menores do que os valores cobrados nas farmácias físicas na maioria dos trabalhos.

As estratégias de *marketing*[10] utilizadas pelo comércio *online* de medicamentos foram direcionadas à: promoção de seus produtos; respeito à privacidade dos consumidores; qualidade dos medicamentos; preços mais baixos; legalidade deste tipo de comércio; e a ênfase na possibilidade de adquirir um medicamento sem consulta médica prévia. A presença de certificações de qualidade e segurança nas transações financeiras também foi verificada em diversos sítios da internet que ofereciam o comércio eletrônico de medicamentos.

[10] Conjunto de estratégias e ações relativas a desenvolvimento, apreçamento, distribuição e promoção de produtos e serviços, e que visa a adequação destes ao mercado (FERREIRA, 2010).

Em sua maioria, os medicamentos adquiridos eletronicamente foram recebidos com problemas em sua embalagem ou nos materiais explicativos que acompanhavam os produtos. Além disso, algumas amostras, quando submetidas a testes de espectrometria, apresentaram desvios de qualidade em sua composição, incluindo princípios ativos diferentes dos constantes nas embalagens ou mesmo falsificação. Os resultados desta revisão revelaram que cerca de 6% da população americana já adquiriu medicamentos através do comércio *online* e este número chegou a 13% quando a compra de vitaminas foi incluída na estimativa.

Como conclusão, Orizio e colaboradores (2011) indicaram que o comércio *online* de medicamentos ainda é uma prática com falta de regulamentação. Por tratar-se de atividade com potencial para afetar a saúde das pessoas, através da automedicação e do uso não racional de medicamentos, necessita de abordagem reguladora que contemple a valorização da relação entre médico e paciente, além de estimular maior conhecimento sobre questões ligadas à saúde.

Schafheutle e colaboradores (2011) revisaram a literatura para explorar os fatores que afetam o desempenho de farmacêuticos.

Recuperaram trinta e sete artigos e seus resultados foram divididos em quatro domínios: i. atributos demográficos e pessoais; ii. questões educacionais/culturais; iii. locais de trabalho; iv. saúde física e mental.

Assim como demonstrado em outras carreiras da área da saúde, farmacêuticos do sexo masculino estão mais propensos a experimentar problemas de desempenho. Convocações de comparecimento a comissões disciplinares estiveram mais relacionadas a profissionais pertencentes a grupos de minorias étnicas. A influência de tipos de personalidade ou atitudes pessoais são fatores pouco pesquisados na área farmacêutica, porém estudos com outros profissionais sugerem que atitudes e crenças podem interferir no desempenho.

Um choque cultural provocado por diferentes leis, regras e costumes, pode interferir no desempenho de farmacêuticos estrangeiros no Canadá, como mostra o trabalho de Austin (2003). Desacostumados com os hábitos locais, estes profissionais estão mais sujeitos a violarem a legislação em vigor.

Grande parte as evidências sobre a influência do local de trabalho sobre o desempenho, refere-se a carga de trabalho. Ainda que limitada devido a problemas metodológicos de comparação entre medidas, existe alguma fraca evidência de

que carga de trabalho pesada pode impactar negativamente no desempenho de farmacêuticos.

Há alguma evidência de que o consumo de álcool e medicamentos pode prejudicar o desempenho de farmacêuticos. O acesso mais fácil a medicamentos sujeitos à prescrição parece aumentar o risco de abuso destas substâncias por parte de farmacêuticos. Um ambiente de trabalho sujeito a maior pressão psicológica também parece afetar de maneira negativa o desempenho de farmacêuticos.

Como conclusão, Schafheutle e colaboradores (2011) sugerem que o desempenho de farmacêuticos pode ser afetado por múltiplos fatores, incluindo caraterísticas pessoais, culturas, locais de trabalho e saúde física e mental. Entretanto, esta evidência é comprometida pela falta de padronização de medidas entre os estudos.

Farris e colaboradores (2010) revisaram a literatura para identificar o papel dos farmacêuticos na prevenção de gravidez não planejada, além de avaliar a regulamentação norte-americana sobre esta atuação e identificar os parceiros com os quais os farmacêuticos poderiam contar para desenvolver tais ações.

Trinta e oito artigos foram recuperados após busca sistemática e os desfechos avaliados incluíram: i. as características da contracepção de emergência e as atitudes de farmacêuticos e pacientes frente a esta estratégia terapêutica; ii. políticas relacionadas ao acesso à contracepção; iii. os possíveis parceiros dos farmacêuticos para o desenvolvimento de suas atividades na prevenção da gravidez não planejada.

A maioria das pesquisas sobre o assunto enfatiza a contracepção de emergência. O acesso a esta terapia parece ter aumentado, mas seu impacto ainda não é bem definido. Somente um estudo (RAINE et al., 2005) foi planejado para avaliar o impacto da contracepção de emergência orientada por farmacêutico devidamente capacitado e seus resultados não foram diferentes entre o grupo que recebeu esta intervenção e o grupo que não a recebeu. Nos demais estudos os farmacêuticos prestavam serviços de orientação relacionados com outros métodos contraceptivos hormonais.

As atitudes dos farmacêuticos frente à contracepção de emergência mostraram-se bem variadas. Enquanto alguns trabalhos mostraram apoio destes profissionais a este tipo de terapia, outros trabalhos indicaram que, por questões

religiosas, falta de conhecimento ou baixa procura, os farmacêuticos sentiram-se pouco a vontade para prestar serviços de aconselhamento sobre a contracepção de emergência.

O comportamento das mulheres mostrou-se menos ambíguo. A maioria das pacientes considerou adequado o serviço de orientação à contracepção prestado pelos farmacêuticos e consideravam-se confortáveis em receber aconselhamento deste profissional.

Os resultados deste trabalho também indicavam que as políticas elaboradas para regulamentar o papel dos farmacêuticos na prevenção da gravidez não planejada devem considerar três aspectos: acesso e conscientização da contracepção de emergência; acesso à contracepção hormonal programada; e alteração na obrigatoriedade de prescrição médica para a dispensação de contraceptivos hormonais programados.

Os dois primeiros aspectos referem-se à necessária capacitação de farmacêuticos para dispensação de contraceptivos de emergência, sem a exigência de prescrição médica, e à necessidade de regulamentação clara em torno de práticas colaborativas que estenderiam o papel dos farmacêuticos, habilitando-os para iniciar tratamentos contraceptivos hormonais programados e para transcrever receitas com prazo de validade expirado, que segundo os autores já ocorria com outras classes terapêuticas.

Em relação à necessidade de prescrição médica, os autores relataram que a inserção dos contraceptivos hormonais programados em uma hipotética categoria de medicamentos na qual estes produtos poderiam ser dispensados somente após orientação farmacêutica, mas sem prescrição médica, poderia melhorar o acesso a esta terapia e contribuir com a redução da gravidez não planejada.

Como último desfecho avaliado, a cooperação entre farmacêuticos, médicos, organizações não governamentais, familiares e departamentos de saúde pública foi fundamental para redução das taxas de gravidez não planejada.

Desta forma, Farris e colaboradores (2010) concluíram que, mesmo com pequeno número de estudos sobre o tema, o farmacêutico pode auxiliar na redução dos casos de gravidez não planejada, aumentando sua parceria com outros profissionais e instituições, no sentido de permitir maior acesso ao tratamento hormonal, revalidando prescrições desta terapia nos locais onde isso for permitido legalmente e participando de campanhas de conscientização sobre o assunto.

Em outro estudo, Smith (2009a) revisou a base de evidências considerando o potencial dos serviços farmacêuticos em reforçar sua contribuição na gestão da saúde pública em países de baixa e média renda.

Dezoito artigos foram incluídos nesse estudo. Os desfechos avaliados foram: i. intervenções educacionais; ii. iniciativas governamentais; iii. intervenções farmacêuticas.

Quase todos os estudos relataram impactos positivos das intervenções educacionais, que se mostraram viáveis e eficazes. Contudo, seus impactos foram limitados e de curta duração, com efeitos perceptíveis após alguns meses, porém, menos intensos.

Intervenções governamentais baseadas em visitas de inspeção mostraram melhorias de qualidade em indicadores como armazenamento, disponibilidade, rotulagem e dispensação de medicamentos e materiais de higiene, tanto em farmácias que receberam quatro visitas, como em locais que receberam duas visitas, sem diferença estatística significante entre os grupos. Outra intervenção (LAMBERT et al., 2005), implementada na Bolívia, propôs que farmácias privadas reduzissem a disponibilidade de medicamentos à venda para tuberculose, com o objetivo de aumentar os encaminhamentos destes pacientes para um programa nacional de tratamento. Os resultados desta política mostraram que, mesmo após reuniões de capacitação com farmacêuticos, 26 das 70 farmácias participantes encaminharam apenas 41 pacientes ao programa, fato que indicou a ineficiência desta política e fez com que a mesma não fosse estendida a outras localidades.

Alguns artigos (OPARAH et al., 2006; AGUWA et al., 2008) avaliaram intervenções farmacêuticas em pacientes com hipertensão arterial. Todos relataram redução significativa da pressão arterial e ampla variedade de impactos após os serviços farmacêuticos. Entretanto, estes estudos foram realizados em poucas farmácias, o que pode comprometer a sua replicação.

Smith (2009a) concluiu que mais estudos são necessários para determinar o valor dos serviços farmacêuticos em farmácias privadas nos países de baixa e média renda para avaliar sua contribuição na gestão da saúde pública.

Smith (2009b) revisou a literatura que avaliou a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados em farmácias privadas de países de baixa e média renda.

Identificou 30 artigos que contemplaram: i. algumas características dos serviços farmacêuticos prestados; ii. a venda de medicamentos sem prescrição

médica; iii. os cuidados dispensados em determinadas condições como doenças sexualmente transmissíveis (DST), diarreia, infecções respiratórias agudas, tuberculose e asma.

Em relação ao escopo e à qualidade dos serviços farmacêuticos, todos os estudos confirmaram existir grande potencial para o aumento do envolvimento dos farmacêuticos no aconselhamento aos pacientes, tarefa que segundo o autor, fica mais frequentemente sob a responsabilidade das equipes das farmácias. Atividades como dispensação de medicamentos, rotulagem, informações e orientações para uso tiveram algumas deficiências identificadas e a ausência de farmacêuticos ou de outros profissionais qualificados nos locais de atendimento mereceu destaque. Todos os artigos revelaram práticas de dispensação de antibióticos sem apresentação de prescrição médica e/ou aconselhamento farmacêutico inapropriado.

Os estudos que avaliaram os serviços farmacêuticos em DST concluíram que as farmácias representam importante fonte de aconselhamento e deveriam fazer parte de qualquer estratégia de saúde pública para a gestão de DST. Para o tratamento sintomático de diarreia, a terapia de reidratação oral foi recomendada em todos os artigos incluídos; porém, em alguns poucos casos (NYAZEMA et al., 2007), o uso de antibióticos foi recomendado sem prescrição médica.

Quando a condição avaliada foi infecção respiratória aguda, apenas 20% dos farmacêuticos admitiram indicar algum tipo de antibiótico em resposta a questionários, porém, na prática, 83% fizeram isso. O nível de conhecimento mostrou-se fraco e a taxa de encaminhamentos também foi pequena.

Embora tenha havido alguma deficiência no conhecimento sobre a tuberculose e seu tratamento, os farmacêuticos tiveram papel importante no fornecimento de medicamentos e mostraram-se propensos a agir mais formalmente no combate a esta doença. Em contraste, a maioria dos pacientes não recebeu orientação adequada quando o quadro clínico era de asma leve persistente.

Com base em sua pesquisa, Smith (2009b) concluiu que a base de evidências sobre a qualidade dos serviços farmacêuticos em países de baixa e média renda é pequena. A maioria dos estudos destaca deficiências profissionais práticas dos farmacêuticos, em termos de orientação e fornecimento de medicamentos.

Holland e colaboradores (2007) estudaram os efeitos da revisão de medicamentos por farmacêuticos na redução de internações e mortes de pessoas idosas.

Trinta e dois artigos foram selecionados nesta revisão sistemática e os efeitos das intervenções divididos em: i. efeitos sobre as causas de internação; ii. efeitos sobre as causas de mortalidade; iii. efeitos sobre a prescrição; iv. efeitos sobre outros desfechos.

Metanálise de 17 artigos que forneceram dados deste desfecho, sugeriu que a revisão de medicamentos realizada por farmacêuticos não proporcionou efeitos positivos de redução nas internações. No entanto, resultados globais em outros trabalhos indicaram resultados significativos ou limítrofes a favor desta intervenção, o que pode ser visto como heterogeneidade de resultados estatísticos. Este mesmo resultado negativo foi observado nos efeitos desta intervenção sobre a taxa de mortalidade, porém, neste caso, não houve heterogeneidade entre os ensaios realizados.

Já em relação as prescrições, os resultados indicaram que a intervenção farmacêutica reduziu o número de medicamentos prescritos, embora também tenha sido constatada heterogeneidade entre as avaliações.

Em relação a outros desfechos, a revisão de medicamentos por farmacêuticos pareceu ter efeitos positivos sobre o número de problemas relacionados a medicamentos (PRM), conhecimento sobre medicamentos, adesão ao tratamento, armazenamento, reações adversas e satisfação dos pacientes. Entretanto, quando se analisou os artigos que envolviam qualidade de vida dos pacientes, somente um terço apresentava algum benefício, e estes dados não foram estatisticamente significantes.

Considerando estes resultados, Holland e colaboradores (2007) concluíram que a revisão de medicamentos por farmacêuticos não pode ser associada à redução das taxas de internação hospitalar e morte de pessoas idosas, embora esta intervenção possa melhorar o conhecimento sobre os medicamentos e aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento.

Liz e Mellado (2007) avaliaram as informações disponíveis sobre coordenação terapêutica na atenção primária à saúde e na atenção hospitalar, identificando ações com resultados positivos que poderiam ser adaptadas em âmbito local.

Trinta e seis artigos foram incluídos nessa revisão sistemática. Seus resultados indicam que as principais dificuldades encontradas na interface dos diferentes níveis de atenção foram a deficiente definição de responsabilidades de cada nível de gestão, a falta de conhecimento mútuo, as diferentes organizações dos sistemas e a pouca ou nula comunicação entre os profissionais destes âmbitos.

Em relação à prescrição de medicamentos para os pacientes situados entre a atenção primária e a atenção hospitalar, os problemas mais citados foram: insuficiência de informações para o seguimento terapêutico dos pacientes; desacordo na seleção de medicamentos; mudanças desnecessárias do tratamento; aumento de custos hospitalares; e dificuldades para que o médico da família assumisse responsabilidades clínicas.

Segundo Liz e Mellado (2007), estes problemas poderiam ser explicados, dentre outras causas, pela discordância e possível desconhecimento da política de medicamentos entre os dois âmbitos assistenciais, pela ampla variedade de recomendações sobre tratamentos, pela deficiência de comunicação entre as partes e pela dificuldade em assumir responsabilidades clínicas. Os autores destacam ainda que a responsabilidade dos médicos da atenção primária deveria ser limitada a medicamentos com os quais estivessem mais familiarizados.

Este trabalho ainda mencionou algumas experiências positivas em programas que adotaram protocolos elaborados conjuntamente por profissionais da atenção primária e hospitalar. Estas ações conjuntas foram expandidas para a produção de guias de prática clínica e formulários com atividades de formação continuada.

Com base nestes resultados, Liz e Mellado (2007) propuseram a criação de comitês farmacoterapêuticos formados por profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde, pois, estas comissões, poderiam adaptar para o nível local os protocolos clínicos, em consonância com os padrões de qualidade estabelecidos na atenção primária à saúde.

Lummis e colaboradores (2006) buscaram identificar os riscos e benefícios da utilização de medicamentos dos próprios pacientes em hospitais, além do impacto deste procedimento e sobre a carga de trabalho dos profissionais envolvidos e sobre os custos para os hospitais, pacientes e companhias de seguro.

Dezoito estudos foram incluídos nesta revisão sistemática. Os resultados da revisão dos medicamentos dos pacientes por farmacêuticos mostraram que houve evidência da diminuição do desperdício destes produtos ao evitar sua destruição pelo serviço de farmácia do hospital. Além disso, medicamentos considerados desnecessários foram retirados dos pacientes e esta atividade proporcionou maior oportunidade para a prestação de atenção farmacêutica, embora estes benefícios não tenham sido bem mensurados. Existem evidências limitadas de que erros de medicação podem ser diminuídos quando os medicamentos dos pacientes são admitidos em hospitais.

O principal benefício da utilização de medicamentos dos próprios pacientes para os hospitais é a redução dos custos. Ainda que bastante variável, a economia na utilização desta prática pode ser substancial. McRobbie e colaboradores (2003) reportaram que a economia gerada pela adoção desta prática foi igual ao valor do salário de um farmacêutico clínico. Dois outros estudos (DUA, 2000; BREAU; NICKERSON, 1997) encontraram economia de custos líquida, depois de subtrair os salários dos funcionários responsáveis por desempenhar estas atividades. Não foi encontrada nenhuma evidência de que o uso de medicação dos próprios pacientes aumente o risco de problemas legais, nos locais hospitais onde existia política para isso, embora somente três estudos tenham estudado este fato (FRADGLEY; PRYCE, 2002; BENNETT, 1994; DUA, 2000).

O tempo médio para a realização da revisão dos medicamentos do paciente pelo farmacêutico foi entre 10 e 20 minutos. Algumas questões, como aumento de carga de trabalho para o farmacêutico e para outros profissionais (enfermeiros e técnicos em farmácia) foram descritas, bem como a necessidade de critérios para a avaliação dos medicamentos dos pacientes e treinamento de pessoal.

Diante destes resultados, Lummis e colaboradores (2006) concluíram que, embora existam limitações na quantidade e no desenho dos estudos que avaliassem a utilização dos medicamentos dos próprios pacientes em hospitais, existem exemplos de sucesso desta prática para pacientes e hospitais em relação à redução de custos e possibilidade de melhor aconselhamento farmacêutico para os pacientes.

Bell e colaboradores (2005) avaliaram o impacto dos serviços farmacêuticos na comunidade para otimizar o uso de medicamentos para a saúde mental.

Vinte e dois artigos foram selecionados para esta revisão sistemática e divididos em dois grupos: i. serviços farmacêuticos direcionados aos consumidores; ii. serviços farmacêuticos direcionados para outros profissionais da área de saúde.

No primeiro grupo, as intervenções incluíram orientação na dispensação e monitoramento de uso de medicamentos e intervenções educacionais com pacientes em centros de saúde mental. Já as intervenções observadas no segundo grupo contemplaram a revisão de medicamentos e atividades de capacitação para profissionais da área da saúde, visando otimizar as prescrições.

Os resultados mostraram que a orientação dirigida aos pacientes acerca do início de ação, efeitos colaterais dos medicamentos e atividade de monitoramento surtiram efeitos mais positivos na adesão ao tratamento do que o simples controle de consumo de antidepressivos. O envolvimento do farmacêutico também foi associado à diminuição do número de visitas dos pacientes a outros profissionais de saúde.

A revisão de medicamentos realizada por farmacêuticos demonstrou redução do número de medicamentos psicotrópicos inapropriados para idosos e, segundo os autores, este tipo de intervenção proporcionaria outros benefícios relacionados à saúde física dos pacientes com transtornos mentais.

Intervenções de capacitação realizadas por farmacêuticos para outros profissionais da saúde demonstraram modificar o comportamento de prescrição. Contudo, esta melhora tende a ser mais efetiva quando médicos e farmacêuticos têm oportunidade de construir um novo modelo de prescrição e orientação de forma harmoniosa.

Com base nos resultados obtidos, Bell e colaboradores (2005) concluíram que intervenções farmacêuticas como aconselhamento, monitoramento e revisão de medicamentos podem otimizar seu uso em doenças mentais, aumentar a adesão aos tratamentos antidepressivos e diminuir o número de medicamentos inadequados para pessoas idosas. Entretanto, mais estudos são necessários para avaliar a relação custo-benefício e as implicações clínicas da atuação dos farmacêuticos nas equipes multiprofissionais e como prestadores de assistência a pessoas com transtornos psicóticos.

5.2.8 Farmacoeconomia

Oito revisões sistemáticas foram incluídas na categoria farmacoeconomia: Sinnott e colaboradores (2013), Mori e Robberstad (2012), Green e colaboradores (2010), Morgan e colaboradores (2009), Austvoll-Dahlgren e colaboradores (2008), Puig-Junoy e Moreno-Torres (2007), Aaserud e colaboradores (2006) e Lexchin Grootendorst (2004).

Sinnott e colaboradores (2013) estudaram de que forma o sistema de copagamento afeta a adesão dos pacientes do sistema público de saúde aos medicamentos prescritos.

Todos os sete artigos incluídos nesta metanálise avaliavam o tratamento de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes. Os resultados desta revisão sistemática indicaram aumento de 11% na taxa de não adesão ao tratamento de pacientes oriundos do sistema público de saúde, submetidos a algum sistema de copagamento para a aquisição de seus medicamentos.

Devido à importância destas doenças na composição de políticas públicas de saúde, os autores concluíram que a redução nas taxas de adesão ao tratamento, especialmente em medicamentos essenciais, podem prejudicar os cuidados na atenção básica à saúde e aumentar os custos com internações hospitalares decorrentes de complicações destas doenças. Nesse contexto, afirmam que os formuladores de políticas devem encontrar um equilíbrio entre os benefícios financeiros e os prejuízos à saúde em sistemas de copagamento de medicamentos.

Mori e Robberstad (2012) identificaram e descreveram brevemente estudos de farmacoeconomia realizados na Tanzânia e avaliaram sua influência na definição de prioridades para a seleção de medicamentos essenciais.

Doze artigos foram incluídos nesta revisão sistemática. A maioria das intervenções descritas possui taxas de custo-efetividade bem abaixo do PIB *per capita* da Tanzânia, o que confere ótima relação custo-benefício.

Dois estudos abordaram a prevenção da transmissão vertical do HIV. Este, segundo os autores, é um exemplo prático de situação onde a farmacoeconomia deve ser aplicada na seleção de medicamentos. Entretanto, esta recomendação parace não ter sido seguida na Tanzânia. Dentre duas opções disponíveis para

esta indicação (opção A: zidovudina iniciada na 14ª semana de gestação, seguida de dose única de nevirapina com lamivudina desde o início de trabalho de parto até o nascimento, seguida de zidovudina com lamivudina por sete dias após o parto; opção B: antiretrovirais triplos iniciados na 14ª semana de gestação até uma semana após a interrupção do aleitamento materno) as autoridades daquele país elegeram a opção A para implementação, sem respaldo de evidências de custo-benefício. Um estudo de Robberstad e colaboradores (2010), mostrou que a opção B teria melhor perfil de custo-efetividade.

Quatro estudos avaliaram o manejo de fármacos para o tratamento de malária. Em dois deles, a cloroquina era substituída por sulfadoxina+pirimetamina e posteriormente por artemeter+lumefantrina. Esta última substituição tem sido criticada por não estar respaldada por estudos de custo-efetividade. Os outros dois estudos avaliaram o uso de uma combinação de sulfadoxina+pirimetamina com dapsona e ferro, em crianças, e os resultados desta intervenção têm reduzido os episódios clínicos de malária, anemia e taxas de hospitalização de recém-nascidos em 30%, 21% e 38%, respectivamente.

Um estudo de farmacoeconômico, indicava a adoção de zinco junto à terapia de reidratação oral em paciente com diarreia em consoância com as recomendações da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Os resultados deste trabalho mostraram que esta intervenção apresentou perfil de custo-efetividade favorável na Tanzânia.

Os resultados deste trabalho confirmaram também que injeções de ácido tranexâmico em pacientes com sangramento pós-trauma mostrou bom perfil de custo-efetiviade e, apesar de constar da lista de medicamentos essenciais da OMS, ainda não faz parte da lista nacional da Tanzânia.

A quimioterapia anti-tuberculose de curta duração também foi uma intervenção que demonstrou boa relação de custo-benefício quando comparada a intervenções de longa duração. Em relação a medicamentos para doenças cardiovasculares, os pesquisadores identificaram boa relação custo-benefício com a hidroclorotiazida em comparação com outras 14 opções de tratamento. Análise da seleção de medicamentos na Tanzânia, mostrou que várias destas opções já constavam de suas listas, porém não foram encontrados indícios do uso de evidências para sua inclusão. Outra intervenção cujo perfil de custo-efetividade

mostrou-se favorável foi a vacina antirrábica, que também já fazia parte da lista nacional de medicamentos daquele país.

Mori e Robberstad (2012) concluíram que os poucos estudos farmacoeconômicos realizados na Tanzânia podem ser úteis na seleção de medicamentos. Porém, por terem âmbito limitado, podem não corresponder aos desafios enfrentados pelos gestores locais na definição de prioridades. A análise das listas de medicamentos padronizados na Tanzânia, mostrou que estes estudos tiveram pouca influência em sua seleção.

Green e colaboradores (2010) revisaram os efeitos de políticas farmacêuticas restritivas para reembolso de medicamentos sobre seu uso, utilização de sistemas de saúde, desfechos de saúde e custos. Recuperaram vinte e nove estudos após busca.

Os resultados deste trabalho mostram que as políticas de autorização prévia de planos de saúde para a aquisição de medicamentos é uma alternativa aceitável para influenciar o comportamento de prescrição, e quando concebidas de forma adequada podem apoiar a sustentabilidade de planos de benefícios de medicamentos, preservando o acesso para populações de baixa renda.

Quando os medicamentos são intercambiáveis, as políticas restritivas de reembolso diminuem a prescrição, utilização e os custos com medicamentos, muitas vezes sem aumentar os custos com a utilização de outros serviços de saúde. Entretanto, estes resultados não podem ser extrapolados para classes de medicamentos que são menos intercambiáveis e a seleção de medicamentos contemplados por políticas de restrição a reembolso deve obedecer a critérios clínicos.

Pedidos de isenção às restrições devem ser considerados para atender às exceções, permitindo o acesso a medicamentos restritos em algumas circunstâncias. Esta flexibilidade contribui para melhorar a aceitação desta política por médicos e pacientes. Para medicamentos utilizados na prevenção de doenças e para fármacos menos utilizados, esta política proporciona economia menor. Em relação a desfechos de saúde, os estudos são escassos e inconclusivos.

Desta forma, Green e colaboradores (2010) concluíram que as políticas de restrição a reembolso de medicamentos selecionados pode diminuir os custos com medicamentos sem aumentar a demanda por outros serviços de saúde e que

critérios para flexibilizar estas restrições ajudam na adesão por parte de prescritores e pacientes.

Morgan e colaboradores (2009) avaliaram a literatura sobre políticas de preços de referência e listas de medicamentos, por níveis de custo.

Doze artigos foram incluídos nesta revisão sistemática: quatro abordaram políticas de preços de referência e oito avaliaram o impacto de listas de medicamentos por níveis de custo.

A introdução da política de preços de referência foi associada com redução nos custos do tratamento, mudança para medicamentos de menor custo, redução do consumo de medicamentos e, no curto prazo, aumento da utilização de serviços médicos. Não foi observada piora nos desfechos de saúde com a implementação desta política.

As listas de medicamentos por níveis de custo são formulários que agrupam fármacos com similaridade terapêutica em estratos, considerando, principalmente, seus custos. Representa um sistema de copagamento, no qual os pacientes arcam com um percentual do custo dos medicamentos, dependendo do estrato no qual se encontram. Os resultados deste trabalho mostram que estas políticas estiveram também associadas à redução dos gastos com os tratamentos, porém com maiores despesas para os pacientes. Além disso, essa política parece ter reduzido as taxas de adesão dos pacientes aos tratamentos prescritos. Com os dados disponíveis, não foi possível avaliar o impacto desta política na utilização de serviços médicos, tampouco nos desfechos de saúde.

Desta forma, Morgan e colaboradores (2009) concluíram que não existem evidências muito claras que diferenciem as políticas de preços de referência e as listas de medicamentos por níveis de custo, em termos de resultados das políticas. As políticas de preços de referência parecem apresentar pequena vantagem por não aumentarem taxas de descontinuidade de tratamento, fato que parece ter ocorrido com a política de listas por custo.

Austvoll-Dahlgren e colaboradores (2008) avaliaram os efeitos de políticas de reembolso e de partilha de custos sobre a utilização de medicamentos e de sistemas de saúde, além de desfechos clínicos e custos.

Vinte e um estudos foram selecionados para esta revisão sistemática. As políicas avaliadas foram divididas em: i. reembolso do valor total por algum período, ii. co-copagamentopagamentos fixos por prescrição ou por medicamentos, iii. copagamento por níveis de medicamentos[11], iv. co-seguro e políticas de teto de preços.

Restrições em políticas de reembolso de medicamentos reduziram o uso de medicamentos e proporcionaram economia na terapia medicamentosa. Porém, também tiveram o efeito indesejado de reduzir o consumo de medicamentos essenciais necessários e aumentaram a pressão sobre populações mais vulneráveis. Somente um estudo (SOUMERAI et al., 1987) apresentou aumento no uso de serviços de saúde e deterioração destas populações. No geral, a qualidade da evidência neste grupo de estudos foi baixa.

Políticas de copagamento fixo por prescrição ou por medicamentos reduziram o consumo de medicamentos, ainda que a parcela devida aos pacientes tivesse sido pequena na maioria dos casos. Neste caso, a redução em medicamentos essenciais foi um pouco menor do que em outros medicamentos. Reduções substanciais nos custos com os tratamentos medicamentosos foram encontradas e nenhum estudo incluiu avaliação que reportasse efeitos sobre a utilização de serviços de saúde ou desfechos clínicos. A qualidade das evidências variou de moderada a muito baixa.

Estruturas de copagamento por níveis reduziu o consumo de medicamentos, inclusive daqueles para uso crônico. Foram encontradas também evidências de economia com a adoção desta política, a partir do aumento da responsabilidade dos pacientes sobre a aquisição dos medicamentos prescritos. Houve pequenas e estatisticamente não significaticas mudanças nas taxas de utilização de pronto-socorro, admissões hospitalares e consultas médicas. Todos estes dados foram retirados de estudos com populações de seguros de saúde privados e os efeitos desta política em populações vulneráveis não é conhecido.

Políticas de cosseguro (pacientes pagam uma porcentagem dos preços dos medicamentos) com teto financeiro reduziu os custos de tratamento além do

[11] Sistema de copagamento onde os segurados pagam valores menores por medicamentos mais econômicos e valores mais altos por medicamentos mais dispendiosos (AMERICAN ASSOCIATION OF RETIRED PERSONS, 2015).

consumo de medicamentos essenciais e não essenciais. Não foram reportados resultados da implantação desta política sobre desfechos clínicos, tampouco sobre a utilização dos serviços de saúde. A qualidade destas evidências variou de moderada a baixa.

Políticas que restringiam a contribuição máxima paga por paciente pelos medicamentos (teto financeiro) reduziram o uso de corticosteroides inalatórios por crianças. Esta redução foi maior em pacientes com asma leve a moderada do que em pacientes com quadros de asma mais graves. Não foram encontrados dados sobre gastos com medicamentos, utilização de serviços de saúde e desfechos clínicos. A qualidade desta evidência foi considerada baixa.

Desta forma, Austvoll-Dahlgren e colaboradores (2008) concluíram que políticas de reembolso e de partilha de custos podem reduzir o consumo de medicamentos e diminuir os custos de tratamentos medicamentosos. Apesar de existirem dados insuficientes sobre desfechos clínicos, reduções substanciais na utilização de medicamentos para uso crônico pode trazer efeitos adversos sobre a saúde dos pacientes e aumentar a demanda por serviços de saúde e gastos gerais. Pagamentos diretos são menos propensos a causar danos desde que medicamentos não essenciais sejam incluídos, com a garantia de que os pacientes recebam os cuidados médicos necessários.

Puig-Junoy e Moreno-Torres (2007) avaliaram o impacto das políticas de autorizações prévias sobre o consumo de medicamentos, os custos administrativos, outros serviços de saúde e sobre os resultados clínicos. Quinze artigos foram incluídos nesta revisão sistemática.

A maioria dos trabalhos mostrou que a utilização e/ou os custos com medicamentos foram diretamente afetados por políticas de autorização prévia de medicamentos, tendo ambos diminuído após a sua implantação. Essa diminuição variou de acordo com a classe terapêutica e o tipo de política adotada. Em relação à classe terapêutica, a que apresentou maior redução foi a dos inibidores de bombas de prótons; a política que apresentou maior impacto propunha a aplicação de autorização prévia para medicamentos de referência que possuíam substitutos genéricos.

Na maioria dos estudos, a implementação de políticas de autorização prévia para medicamentos não esteve associada com alterações significativas na utilização de serviços médicos, como consultas médicas ou internações

hospitalares. Somente um estudo (BLOOM; JACOBS, 1985) havia reportado alguma economia após a implementação deste tipo de intervenção aplicada a pacientes utilizando cimetidina.

Em outro estudo incluído nesta revisão sistemática, Momani e colaboradores (2002) avaliaram o impacto de políticas de autorização prévia para anti-inflamatórios não esteroidais sobre questões de saúde relacionadas à qualidade de vida; os resultados não encontraram associação entre estas duas variáveis.

Custos de operação de políticas de autorização prévia de medicamentos raramente são incluídos em avaliações sobre os impactos destas intervenções. No entanto, Carroll e colaboradores (2003) verificaram economia substancial para pacientes, médicos e farmacêuticos com a implementação de um sistema eletrônico de autorização prévia para medicamentos.

Considerando todos estes resultados, Puig-Junoy e Moreno-Torres (2007) concluíram que políticas de autorização prévia de medicamentos diminuem o uso e/ou custos com medicamentos e que desfechos clínicos não foram avaliados diretamente, embora alguma mudança possa ser encontrada. Exceto para o uso de cimetidina, este tipo de intervenção não esteve associado a alterações de utilização de serviços médicos.

Aaserud e colaboradores (2006) determinaram os efeitos de políticas de preços e políticas de compra de medicamentos sobre sua utilização, desfechos de saúde e custos.

Identificaram 11 artigos: dez tratavam sobre políticas de preço de referência e somente um artigo tratava sobre políticas de índice de preços.

Na política de preços de referência, um fármaco é selecionado como referência dentro de um grupo de medicamentos com perfil terapêutico semelhante. O valor máximo de reembolso corresponde ao preço deste medicamento referência. Quando os pacientes compram medicamentos mais caros do que este, devem arcar com a diferença. Essa política difere de sistemas de copagamento, uma vez que, nesta última modalidade os pacientes devem arcar com uma parte do custo, independente do medicamento que adquirem.

As políticas de preços de referência parecem diminuir os custos com medicamentos. Esta diminuição pode ser explicada por alguns fatores: i. migração do consumo dos medicamentos mais caros para os mais baratos dentro dos grupos de referência; ii. aumento no valor pago por pacientes ou seguradoras; iii. redução

de preços de medicamentos; iv. redução no consumo de medicamentos. No entanto, não está clara a contribuição de cada um desses fatores na redução total de custos. Não foram encontradas evidências claras que indicassem aumento na utilização de serviços de saúde bem como impactos sobre desfechos de saúde.

A política de índice de preços estabelece um valor máximo de reembolso para farmácias e drogarias, calculado a partir de média ponderada dos volumes dos preços do grupo índice (grupo com medicamentos terapeuticamente semelhantes). Este valor, atualizado frequentemente, é pago independente do medicamento dispensado. Logo, as farmácias e drogarias tendem a dispensar medicamentos de menor custo, o que leva a um índice mais baixo em cada atualização.

Apenas um estudo avaliou esta política e seus resultados mostram que os efeitos sobre os preços de medicamentos genéricos e de referência (embora não estatisticamente significante para esta última categoria) bem como sobre o consumo de citalopram, foram aqueles pretendidos pelos decisores políticos. Contudo, esta evidência é muito fraca devido ao baixo número de referências.

Em sua conclusão, Aaserud e colaboradores (2006) destacaram que existem poucos estudos sobre políticas de preços. A maioria trata de políticas de preços de referência e possui algumas limitações. Com base na evidência (a maioria relacionada com pacientes idosos em British Columbia, Canadá), políticas de preços de referência podem reduzir os gastos com medicamentos induzindo substituição de medicamentos caros por outros de menor custo. Não foram encontradas evidências sobre desfechos de saúde e não há evidência clara sobre o aumento da utilização de serviços de saúde.

Lexchin e Grootendorst (2004) avaliaram os efeitos de políticas de copagamento sobre: i. o consumo de medicamentos; ii. o comportamento de médicos e pacientes; iii. os custos relacionados com serviços médicos e hospitalares em pacientes com menor poder aquisitivo e com doenças crônicas.

A maioria dos trabalhos indica que este tipo de intervenção reduz a prescrição e o consumo de medicamentos em doenças crônicas por pacientes de menor poder aquisitivo. Além disso, o aumento do acesso destes aos medicamentos prescritos diminui os custos hospitalares. Estes achados foram consistentes com a hipótese de que quanto maior for o gasto com medicamentos

sujeitos a prescrição médica, maior a sensibilidade dos pacientes em relação às políticas de copagamento.

Poucos foram os trabalhos que avaliaram o comportamento de médicos frente a este tipo de intervenção, o que dificultou o estabelecimento de conclusões em relação a este tema.

Não foram encontrados resultados que associassem as políticas de copagamento com o aumento na utilização de serviços de saúde, aumento de hospitalizações ou atendimento de urgência. Tendo em vista a curta duração de todos os trabalhos incluídos nesta revisão, Lexchin e Grootendorst (2004) afirmaram que possíveis efeitos negativos de políticas de copagamento podem ter sido subestimados.

6 DISCUSSÃO

A inclusão de 42 revisões sistemáticas neste estudo confirma que existem evidências que podem subsidiar a formulação, implementação ou avaliação de políticas farmacêuticas. As análises bibliométrica e por categorias temáticas, abordadas a seguir, permitem discutir em que medida estas evidências podem contribuir para o aprimoramento da gestão no SUS.

6.1 Análise bibliométrica

Embora a busca não tenha adotado limite cronológico, nenhum dos artigos selecionados foi publicado antes do ano 2000, sendo que a maioria deles foi publicada entre os anos 2007 e 2013, indicando o crescente interesse dos pesquisadores pelo tema e também o aumento da publicação de revisões sistemáticas em período recente.

Cabe destacar que revisões sistemáticas envolvendo ensaios clínicos são muito mais numerosas do que aquelas que abordam assuntos diretamente relacionados às políticas farmacêuticas. Isso reflete também a proporção de estudos primários nos respectivos temas.

A Europa e a América do Norte concentram quase todos os trabalhos selecionados para esta pesquisa, com destaque para Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália. Embora Emmerick e colaboradores (2013) tenham observado tendência de crescimento nas publicações científicas sobre acesso a medicamentos nos países de baixa e média renda, isso ainda não resultou em aumento das revisões sistemáticas sobre o tema.

A importância destes estudos para os países menos desenvolvidos foi enfatizada na afirmação de Barreto e Souza (2013), segundo os quais, estas localidades possivelmente seriam as mais favorecidas com a implementação de políticas farmacêuticas informadas por evidências.

O fato de diversos trabalhos recuperados na busca inicial tratarem de intervenções praticadas por profissionais não farmacêuticos, pode ser explicado pela crescente utilização de evidências na formulação de políticas ou na tomada de decisão em outras áreas da saúde. Médicos, enfermeiros e fisioterapeutas já contam com bases de evidências para subsidiar suas condutas clínicas,

terapêuticas e administrativas, de forma mais ampla quando comparados com farmacêuticos (SHIWA et al., 2011; PEREIRA et al., 2012; CIOL; BERAKUET, 2009).

Embora não tenha sido aplicado nenhum instrumento validado para avaliação da qualidade das revisões sistemáticas incluídas neste estudo, a classificação dos periódicos segundo o estrato Qualis/Capes da área de farmácia revelou que dois terços das revisões sistemáticas foram publicados em revistas com critérios rigorosos de revisão por pares, classificadas no estrato superior (A1, A2 e B1).

No entanto é preciso cautela na avaliação da qualidade de revisões sistemáticas, como indica o estudo de Padula e colaboradores (2012), que avaliaram a apresentação textual de revisões sistemáticas em fisioterapia publicadas no idioma português e constataram que a maioria dos autores não aderiu aos critérios preconizados pela lista de verificação das recomendações Prisma[12] (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analisys*) ou pelo menos não os reportaram no texto.

6.2 Discussão por categoria temática

6.2.1 Acesso a medicamentos

A liderança exercida pelo Brasil na produção científica dentre os países da América Latina nesta área, mostra tendência de crescimento na pesquisa sobre acesso a medicamentos (EMMERICK et at., 2013) e pode favorecer a utilização de evidências na formulação de políticas farmacêuticas.

As evidências extraídas dos trabalhos incluídos nesta categoria indicam algumas alternativas para o enfretamento dos problemas relacionados ao acesso a medicamentos. Dificuldades em relação ao gerenciamento de estoques e à disponibilidade de medicamentos, apontados no trabalho de Wirtz e colaboradores (2008) poderiam ser minimizadas com as intervenções estudadas por Nunan e Duke (2011).

[12] Lista com verificação de 27 itens devidamente descritos e exemplificados com fluxograma dividido em quatro fases. Material que inclui as informações que devem ser claramente descritas em revisões sistemáticas e metanálises (PADULA et al., 2012).

Segundo estes últimos autores, possuir um quadro de farmacêuticos nos serviços de saúde ajuda na execução de programas de visitas estruturadas de supervisão em unidades de dispensação de medicamentos, prática que pode melhorar o acesso da população a medicamentos. Os resultados, após 12 meses de intervenção, mostraram que os indicadores de gestão de estoque melhoraram significativamente, além de ter havido também melhora na disponibilidade de medicamentos (NUNAN; DUKE, 2011).

Por outro lado, a falta da obrigatoriedade do profissional farmacêutico em farmácias do México e o perfil dos consumidores daquele país em relação à automedicação, dificultam o combate ao acesso inadequado e ao uso não racional de medicamentos (WIRTZ et al., 2008).

O estudo de Nunan e Duke (2011) aponta ainda para outra intervenção farmacêutica com potencial para melhorar o acesso a medicamentos: as Intervenções Comunitárias Dirigidas. Estas intervenções permitem que líderes locais participem de reuniões com profissionais de saúde para deliberar sobre questões relacionadas a ações nesta área. Aplicada em países como Camarões, Uganda e Nigéria, esta política farmacêutica resultou em aumento na disponibilidade de medicamentos e melhor cobertura das prescrições recebidas pelos pacientes.

O acesso a medicamentos também está relacionado a fatores como disponibilidade, distribuição geográfica das unidades de dispensação e poder aquisitivo dos pacientes. No Brasil, apenas 45,3% dos pacientes que recebem prescrição de medicamentos do SUS conseguem obtê-los de forma integral no próprio sistema público de saúde. A ampliação deste indicador passa pela implementação de políticas de saúde que regulamentem a seleção, financiamento, dispensação e suprimento de medicamentos (BOING et al., 2013).

Vieira (2010) aponta que o controle deficiente ou a falta de controle nos estoques de medicamentos são características comuns a 70% dos municípios brasileiros com problemas de gestão nesta área e que, baseado nesta deficiência, a contratação de farmacêuticos e auxiliares seria importante para a melhoria da gestão dos insumos farmacêuticos.

O Brasil possui um cenário favorável para a aplicação de políticas que contemplem as evidências estudadas por Nunan e Duke (2011). Embora a maioria dos municípios não cumpra integralmente com esta exigência, a presença do

profissional farmacêutico é obrigatória em farmácias e drogarias (BRASIL, 1973), o que torna possível a adoção de um programa de visitas estruturadas de supervisão em unidades de dispensação de medicamentos.

Estimular a formação de equipes de trabalho para a implantação de uma política farmacêutica baseada na experiência das Intervenções Comunitárias Dirigidas também pode ser factível em algumas realidades locais, especialmente se considerarmos a diversidade social, cultural, econômica e estrutural no Brasil.

A análise das evidências nesta categoria temática fornece elementos relevantes para a formulação e implementação de políticas farmacêuticas que contribuam para ampliar o acesso a medicamentos no SUS.

Políticas que envolvam a participação de farmacêuticos nas unidades que dispensam medicamentos mostram-se promissoras. Porém, não é tão incomum que municípios ganhem na justiça (através de liminares) o direito de não contarem com este profissional nestes locais, mesmo sendo esta uma obrigação legal. As alegações para isso vão desde o déficit de farmacêuticos em algumas localidades mais distantes, até a visão (deturpada) de conceitos como farmácia, drogaria e postos de medicamentos (estes últimos isentos de responsabilidade técnica por farmacêuticos).

6.2.2 Promoção de medicamentos

A preocupação com os conflitos de interesse que permeiam a relação entre a indústria farmacêutica e os prescritores de medicamentos tem ocupado lugar de destaque na literatura científica há bastante tempo e vários estudos primários têm sido publicados sobre o assunto. No entanto, a estratégia de busca adotada neste trabalho recuperou apenas três revisões sistemáticas sobre o tema (GRUNDY et al., 2013; CARROLL et al., 2007; WAZANA, 2000).

Carrol e colaboradores (2007) e Wazana (2000) concluíram que a interação entre a indústria farmacêutica e a classe médica interfere na prescrição de medicamentos. O estudo de Grundy e colaboradores (2013) avaliou que este tipo de interação com profissionais clínicos não médicos pode apresentar resultados positivos, desde que aspectos éticos sejam bem gerenciados.

No Brasil, a propaganda de medicamentos é regulamentada pela RDC da Anvisa, nº 96, de 17 de dezembro de 2008, que “dispõe sobre propaganda,

publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos" e pela Instrução Normativa nº 05 de 20 de maio de 2009. Estes instrumentos determinam que as ações dos representantes das indústrias farmacêuticas devem limitar-se à transmissão de informações científicas e características dos medicamentos registrados pela Anvisa, sendo vedada a distribuição de brindes que façam proprganda de medicamentos ou qualquer outra vantagem pessoal (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2009b). Não há restrição ao trabalho dos representantes da indústria farmacêutica em ambientes universitários, sendo livre seu acesso aos estudantes de medicina.

O Conselho Deliberativo da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), por sua vez, recomendou, durante o 43º Congresso Brasileiro de Educação Médica, que escolas médicas e hospitais universitários proibissem a atuação de representantes da indústria farmacêutica em qualquer espaço relacionado ao ensino da medicina (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2005).

Decisões clínicas tão importantes quanto a prescrição de medicamentos, não poderiam ser tomadas sob influência de interesses comerciais, e tanto médicos quanto outros profissionais habilitados a prescrever, deveriam evitar este tipo de conflito.

Diante disso, novas estratégias deveriam ser implementadas, como uma clara distinção entre atividades científicas e comerciais, reavaliação da interação entre a indústria farmacêutica e os profissionais prescritores, além de mecanismos regulatórios rigorosos sobre a promoção de medicamentos (MIGUELOTE; CAMARGO-JUNIOR, 2010).

Barros (2008) relatou que a *Association of American Medical Colleges* (AAMC), entidade que congrega faculdades de medicina nos Estados Unidos, recomendou: i. a proibição do oferecimento de brindes; ii. a centralização da distribuição de amostras grátis de medicamentos; iii. a restrição da visita de representantes da indústria farmacêutica fora do horário do turno assistencial, e de sessões de divulgação científica sem a presença de pessoal qualificado da própria instituição acadêmica.

Segundo Rego (2004), a relação entre os médicos e a indústria farmacêutica pode ser perigosa e lesiva para o exercício profissional e para os consumidores de serviços de saúde. Atentas a esta relação, a OMS e o Conselho

Federal de Medicina (CFM) já emitiram resoluções com o objetivo de disciplinar a promoção de medicamentos (OMS, 1998; CFM, 2002).

Fagundes e colaboradores (2007) apresentaram os resultados de uma pesquisa com 50 médicos, dos quais 98% receberam visitas de representantes da indústria farmacêutica e 85% afirmaram ter recebido brindes durantes estas visitas. Nesse mesmo estudo, 14% dos entrevistados informaram que prescreviam medicamentos influenciados pelos prêmios recebidos e, 68% acreditavam que havia influência direta das propagandas sobre as prescrições. Molinari e colaboradores (2005) já apontavam que parte da classe médica admitia sentir-se pressionada a prescrever medicamentos quando recebia brindes e amostras grátis de medicamentos e temia não prescrevê-los quando recebia benefícios maiores.

Apesar de equivocada, é comum dentre os médicos a opinião de que os representantes da indústria farmacêutica poderiam oferecer informações acuradas sobre os medicamentos de seus laboratórios. A maioria dos médicos afirma que brindes ou presentes não podem influenciar o seu comportamento, embora apresentem dúvidas éticas em relação a esta prática e admitam que seus contatos com estes representantes não seriam tão frequentes se não estivessem associados a estes benefícios (PALÁCIOS et al., 2008).

Por outro lado, há também autores que não concordam com estas afirmações. Howard (2000) contesta fortemente a opinião de que os médicos podem ser influenciados por brindes ou presentes baratos, afirmando que eles conseguem distinguir entre o que é fato e o que não passa de propaganda.

Esta controvérsia reforça a importância de recorrer a revisões sistemáticas para buscar evidências que possam esclarecer melhor o problema e avaliar possíveis soluções.

Algumas intervenções educacionais foram adotadas para minimizar os efeitos deste tipo de atuação da indústria farmacêutica (HOPPER; SPEECE; MUSIAL, 1997; WOFFORD; OHL, 2005) e demonstraram bons resultados considerando mudanças na percepção, conhecimento e atitudes dos estudantes de medicina em relação a problemas relacionados à propaganda de medicamentos e à prática clínica (PALÁCIOS et al., 2008).

Uma prática mais drástica, implementada na Universidade McMaster e descrita por McCormick e colaboradores (2001) é a restrição do contato entre residentes e estudantes de medicina com representantes da indústria farmacêutica.

Os resultados desta medida indicaram que os médicos formados sob esta intervenção apresentavam tendência menor em considerar como benéficas as interações com estes representantes, no sentido de orientar suas condutas clínicas e terapêuticas.

A restrição de contato entre representantes da indústria farmacêutica e os prescritores de medicamentos, sejam eles médicos ou não médicos, parece ser uma realidade distante no Brasil. Se nos grandes centros a dificuldade de controle se deve ao grande número de profissionais de saúde e de representantes da indústria, no interior do país esse contato tende a ser mais pessoal e mais sujeito a conflitos de interesse, dada a proximidade entre estes dois agentes. Além disso, a indústria farmacêutica exerce poderosa influência econômica em eventos médicos de grande porte, investindo vultosa quantia na instalação de estandes e promoção de seus medicamentos, além da distribuição de brindes, amostras grátis de produtos e outros benefícios.

Desta forma, a alternativa mais viável para minimizar os efeitos da promoção de medicamentos sobre a prescrição, parece estar relacionada a intervenções educacionais iniciadas nas escolas de ciências da saúde. Entretanto, a implementação deste tipo de política requer grande esforço de diversos setores da área de educação e saúde, pois exigiria mudanças de hábitos historicamente consolidados na prática de muitos profissionais da saúde, especialmente da classe médica.

6.2.3 Regulação do mercado farmacêutico

As revisões sistemáticas classificadas nesta categoria temática avaliaram a influência da classificação de medicamentos sujeitos ou não a prescrição, das políticas de dispensação, das características de farmácias e drogarias especializadas ou da interação entre pacientes e órgãos governamentais, sobre a utilização de medicamentos.

A isenção da apresentação de prescrição médica para a aquisição de alguns medicamentos, estudada por Cohen e colaboradores (2013) constatou a redução de custos para os pacientes (relacionada ao alívio mais rápido de sintomas agudos) e a prevenção de internações ou a menor quantidade de consultas médicas. Além disso, em longo prazo foram encontrados resultados positivos com

terapia de reposição de nicotina e com a utilização de anti-histamínicos com perfil de segurança favorável.

Políticas que liberem a venda de medicamentos sem a necessidade de apresentação da prescrição podem aumentar a responsabilidade de farmácias e drogarias no ato da dispensação. Este pode ser um fator limitante para a implementação destas políticas no Brasil, uma vez que os próprios autores constataram grande disparidade em relação às práticas de dispensação em diferentes estabelecimentos farmacêuticos, principalmente quanto à capacitação das equipes. Segundo os autores, ainda que exista baixa rotatividade de funcionários, a maior preocupação com empresas que não são dirigidas pelos proprietários refere-se à qualificação das equipes que prestam atendimento aos pacientes (WAFULA, et al., 2012).

A dispensação de medicamentos realizada por médicos que, em tese, poderia garantir alguma redução de custos e boa orientação clínica, mostrou-se ineficiente e permeada por questões éticas não resolvidas (LIM et al., 2009). Além disso, sua aplicabilidade no Brasil é nula devido aos impedimentos legais.

Já os comunicados emitidos por agências regulatórias quanto aos riscos envolvendo medicamentos surtiram efeito, embora variado, no consumo de medicamentos, na monitorização clínica ou laboratorial de pacientes e nas substituições de fármacos dentro de classes terapêuticas (DUSETZINA et al., 2012). Cabe destacar que esta revisão foi elaborada nos Estados Unidos, com base em comunicados da FDA; portanto, é provável que outros aspectos regulatórios, sanitários e culturais possam ter contribuído para os resultados observados. Isso ilustra bem a necessidade de considerar o contexto local antes de intervenções em condições muito distintas.

Tornar determinados medicamentos isentos de prescrição médica é prática comum em vários países. Na Austrália, Nova Zelândia, Finlândia, França, Suécia e Reino Unido, a disponibilidade destes produtos, chamados de Medicamentos Isentos de Prescrição[13] (MIP´s) vem crescendo. Em alguns casos, este rol de medicamentos recebe algumas subclassificações, como medicamentos de venda livre ou para autosserviço e medicamentos que, mesmo isentos de prescrição,

[13] Medicamentos aprovados pelas autoridades sanitárias para tratar sintomas menores, disponíveis sem prescrição médica devido à sua eficácia e segurança, desde que utilizados conforme as orientações disponíveis em bulas ou rótulos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1988).

devem ser mantidos fora do alcance da população. Em 2006, na China, estimou-se que 25% dos medicamentos eram classificados como isentos de prescrição médica. No Japão, desde 2007, alguns antialérgicos, anti-inflamatórios não esteroidais e inibidores de absorção de glicose também passaram a ser isentos de prescrição. No Canadá, as mudanças de classificação dos medicamentos também vêm ocorrendo nas últimas décadas (WORLD SELF MEDICATION INDUSTRY, 2009).

No Brasil, os MIP´s são regulamentados pela RDC nº 138, de 29 de maio de 2003, que estabelece uma lista com todos os grupos e indicações terapêuticas que contém princípios ativos isentos de prescrição médica (BRASIL, 2003).

Pesquisa do Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ) constatou que 32% da população brasileira consumiam MIP´s de maneira autônoma e 33% adquiriam estes medicamentos com o auxílio de balconistas de farmácia, sem a orientação de farmacêuticos (FARIA; CUNHA, 2014).

A falta de serviços farmacêuticos especializados pode prejudicar a adoção deste tipo de política no Brasil, pois, mesmo isentos de prescrição médica, estes medicamentos possuem atividade biológica e potencial para causar danos se forem administrados de maneira incorreta. Desta forma, os pacientes precisam de orientação correta em relação a este autocuidado para tratar sintomas menores de forma segura (CORRER et al., 2011; CHIAROTI et al., 2010). Além desta preocupação, a seleção de MIP´s também deve ser criteriosa, uma vez que, a qualidade do medicamento deve ser assegurada. Estudo apresentado pela Anvisa indicou que 29% dos medicamentos recolhidos pela própria agência, entre 1999 e 2003, continham não conformidades em relação à qualidade (KNAPPMANN; MELO, 2010).

Uma vez que a prestação de assistência e atenção farmacêuticas esteja garantida, a política de MIP´s parece viável. Os defensores desta política argumentam que, em algumas circunstâncias, a população poderia se beneficiar com a ampliação da classificação de medicamentos isentos de prescrição médica, evitando a espera por uma consulta médica e iniciando de forma mais rápida o tratamento de algumas condições clínicas cujos sintomas são mais facilmente reconhecidos (WORLD SELF MEDICATION INDUSTRY, 2009).

Qualquer política farmacêutica que vise regular este mercado depende, primordialmente, do posicionamento e atuação de sua agência reguladora. No

Brasil, a Anvisa assume este papel e, de forma tímida, emite comunicados de recolhimento de produtos por desvios de qualidade, além de exigir a repetição de frases de pouco efeito, como por exemplo: “Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”; e “[nome do produto®] é um medicamento. Seu uso pode trazer riscos. Procure o médico ou o farmacêutico. Leia a bula.” ao final de cada propaganda de medicamentos, fato que pode ser interpretado como incentivo à automedicação, por recomendar consulta a profissionais de saúde apenas quando o tratamento falhar (NASCIMENTO, 2003).

Atualmente, não há como cogitar o autosserviço de MIP´s no SUS, pois se deve considerar o caráter de bem público inerente ao medicamento adquirido por meio de órgãos governamentais e seu consequente controle, além da possibilidade de prestação de serviços farmacêuticos à população, atividade que seria diminuída caso políticas desta natureza fossem implementadas no SUS.

6.2.4 Prescrição de medicamentos

A busca por alternativas que melhorem a prescrição de medicamentos parece ser objetivo consensual dos pesquisadores da área. As melhores evidências, no entanto, referem-se a intervenções educacionais, utilização de sistemas informatizados, criação de fundos orçamentários para o gerenciamento de gastos com medicamentos e prescrição suplementar por profissionais não médicos (LOGANATHAN et al., 2011; BLACK et al,. 2011; STURM et al., 2011; COOPER et al., 2008; BHANBHRO et al., 2011).

Intervenções educacionais, principalmente aquelas conduzidas por um farmacêutico especializado, que transmite ao prescritor informações baseadas em evidências, demonstraram eficácia no aprimoramento de prescrições. Por este motivo são consideradas um modelo de educação médica continuada (LOGANATHAN et al., 2011; COLUMBIA BRITÂNICA, 2014).

Markey e Schattner (2001) identificaram melhora significativa no conhecimento e compreensão sobre medicina baseada em evidências por médicos que haviam sido expostos a este tipo de intervenção (chamada de *academic detailing*); no entanto, isso não alterou o comportamento clínico destes prescritores. Já em 2005, Simon e colaboradores estudaram os efeitos desta intervenção aplicada individualmente e em grupos de médicos que tratavam pacientes com

hipertensão arterial, encontrando resultados satisfatórios na melhora das prescrições (SIMON et al., 2005).

Alen e colaboradores (2007) exploraram as percepções de médicos de família acerca de *academic detailing* e os fatores que afetavam sua aceitação. Identificaram que estes médicos valorizam muito sua contribuição educacional e, após esta exposição, tendem a ver fontes de informação, não baseadas em evidências, de maneira mais crítica. Porém, apesar de seu valor educacional, um grupo de médicos achou pouco provável que aproveitassem esta intervenção, pois considerava o tempo de consultório investido nesta atividade uma barreira.

A utilização de sistemas informatizados de apoio à decisão clínica demonstrou melhores resultados em aprimorar as prescrições de antibióticos quando comparadas com intervenções do tipo *academic detailing* (BUISING et al., 2008). Entretanto, estas duas políticas devem ser implementadas em conjunto, o que facilitaria a introdução de sistemas informatizados para apoio às decisões clínicas em locais onde essa atividade não poderia ser introduzida diretamente no fluxo de trabalho médico (ROBERTS et al., 2010). Os efeitos benéficos da união destas políticas foram constatados por Loganathan e colaboradores (2011) e por Black e colaboradores (2011).

No Brasil, a atividade que mais se aproxima do modelo de *academic detailing* é praticada por representantes da indústria farmacêutica, cuja formação nem sempre é voltada para a área da saúde, e cujo principal objetivo é comercial.

Não há regulamentação acerca do uso de sistemas informatizados para suporte à prescrição. Contudo, o que prevalece no SUS são consultórios sem qualquer infraestrutura para o uso de computadores ou internet.

A cogestão de orçamentos para medicamentos entre médicos e administradores foi avaliada no escopo do modelo sueco de atendimento à saúde e mostrou que, no momento da prescrição, médicos generalistas tendem a ter mais consciência em relação a custos do que médicos especialistas. No entanto, essa responsabilidade não criou fortes incentivos para que os médicos reavaliassem suas prescrições, em parte devido ao receio da perda de credibilidade com seus pacientes (JANSSON; ANELL, 2006).

Partindo da hipótese de que, sob restrições orçamentárias, os médicos eliminariam prescrições de eficácia baixa ou duvidosa e as substituiriam por terapias eficazes com medicamentos genéricos de menor custo, um estudo foi

conduzido na Alemanha com o objetivo de verificar os efeitos dos orçamentos para medicamentos sobre o comportamento prescritivo dos médicos. Seus resultados mostraram que o número de prescrições com medicamentos de eficácia discutível diminuiu e houve aumento na prescrição de medicamentos genéricos, o que gerou uma economia da ordem de 2,7 bilhões de euros em 2002, fatos que possivelmente levaram à melhora de eficácia da terapia medicamentosa (SCHREYOEGG; BUSSI, 2005). Esses são dados que apontam para os mesmos resultados da pesquisa de Sturm e colaboradores (2011).

No SUS, a atuação dos médicos é predominantemente voltada para a área clínica. No organograma das secretarias municipais de saúde, poucos cargos administrativos são ocupados por médicos, e suas atribuições, em geral, estão relacionadas com aspectos técnicos. A gestão dos recursos financeiros destinados à aquisição e distribuição de medicamentos, muitas vezes é assumida por outros gestores do SUS, alguns inclusive sem formação na área da saúde.

A prescrição suplementar já é adotada em alguns países como forma de otimizar a terapia medicamentosa e aumentar o acesso aos sistemas de saúde. Rozenfeld (2008) destaca o papel do farmacêutico na melhoria da prescrição e dispensação de medicamentos em vários países. No Canadá, farmacêuticos passam por educação continuada oferecida por conselhos de classe e seu registro profissional está condicionado à aprovação em testes aplicados a cada cinco anos. Isso fortalece o conhecimento do profissional e o prepara para atuar junto aos prescritores. Nos Estados Unidos, em alguns estados, farmacêuticos podem, com base em protocolos clínicos, fazer ajustes em terapias medicamentosas e até mesmo prescrever e dispensar medicamentos de algumas classes terapêuticas com exigência de prescrição como, por exemplo, contraceptivos de emergência.

Porém, é no Reino Unido que existe uma das principais experiências com prescrição suplementar praticada por farmacêuticos. Após o fechamento do diagnóstico e a elaboração de um plano de manejo clinico pelo médico ou dentista, o farmacêutico está autorizado a prescrever medicamentos de diversas classes terapêuticas, em conformidade com esse plano; sempre com a conivência do paciente (REINO UNIDO, 2010).

Um extenso trabalho de 2008 avaliou os quatro primeiros anos da implementação dessa política de prescrição suplementar na Inglaterra. Os resultados mostraram experiências positivas com esta prática, embora médicos e

pacientes demonstrassem certo desconhecimento sobre o assunto. As principais barreiras para a implementação foram relacionadas com o financiamento insuficiente para a formação e apoio a profissionais, dificuldades no acesso aos registros médicos e problemas com tecnologias de informação e uso dos protocolos de manejo clínico. Entre 2004 e 2007 o volume de itens prescritos por farmacêuticos passou de 2.706 para 64.883, com predominância de medicamentos para o tratamento de doenças cardiovasculares. Cerca de 50% dos farmacêuticos entrevistados (n=411) realizaram a prescrição suplementar neste período, tendo dedicado a esta atividade, em média, quatro horas por semana. Cada consulta farmacêutica durava em média 18 minutos e a média de atendimentos semanais foi próxima de 15 pacientes (BISSEL et al., 2008).

A prescrição suplementar representou uma inovação no trabalho dos farmacêuticos que relataram ter segurança para o desempenho desta atividade. Não foram encontrados erros de prescrição em 71 análises. Alguns protocolos de manejo clínico avaliados pareciam não ser específicos para os respectivos pacientes e alguns tiveram que ser assinados posteriormente pelos médicos responsáveis. Os pacientes, em geral, mostraram-se satisfeitos com a prescrição suplementar, considerando ser mais fácil seu contato com os farmacêuticos do que com os médicos, e destacando que as consultas farmacêuticas eram mais longas do que as consultas médicas. Os médicos também demonstraram visões positivas em relação à prescrição suplementar, reafirmando, no entanto, que prescritores não médicos devem seguir protocolos pré-estabelecidos. Também foram mais cautelosos em relação ao papel de diagnóstico desempenhado por clínicos não médicos (BISSEL et al., 2008).

No Brasil, a prescrição suplementar realizada por farmacêuticos foi regulamentada pela Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia. A prescrição farmacêutica constitui uma atribuição clínica do farmacêutico e deve ser realizada com base nas necessidadaes de saúde dos pacientes, nas melhores evidências científicas disponíveis e em conformidade com as demais políticas de saúde e princípios éticos. Restrita a medicamentos isentos de prescrição médica (industrializados, magistrais, alopáticos, dinamizados, fitoterápicos), exclusivamente por farmacêutico devidamente inscrito em seu conselho de classe, a prescrição farmacêutica pode contemplar medicamentos sujeitos à prescrição médica, desde que condicionado à existência de diagnóstico

prévio e apenas quando isso estiver previsto em normas técnicas, programas, protocolos ou diretrizes, ou quando formalizados em acordos de cooperação com outros prescritores. Para esta última modalidade, exige-se que o farmacêutico possua especialização na área clínica devidamente registrada pelo conselho de classe (BRASIL, 2013d).

Ainda não existem dados sobre a implementação da prescrição farmacêutica no Brasil, porém parece ser uma política promissora quando se observa seus resultados em outros países. Por outro lado, seu escopo difere da prática inglesa, pois não existem protocolos de manejo clínico para orientar os tratamentos, como na experiência europeia. Isso talvez dificulte sua adoção por profissionais brasileiros.

6.2.5 Dispensação de medicamentos

Ainda que a quantidade de trabalhos publicados seja pequena e que os trabalhos selecionados apresentem problemas metodológicos, algumas intervenções parecem reduzir a ocorrência de erros de medicação em ambientes de cuidados intensivos. A utilização de sistemas computadorizados para prescrição, intervenções educacionais e o emprego de protocolos e manuais foram estratégias que reduziram as taxas de erro. A reconciliação de medicamentos, o horário de trabalho dos médicos e o uso de sistemas de suporte a decisões clínicas (este último quando utilizado por no mínimo cinco meses) apresentaram resultados mais discretos (MANIAS et al., 2012).

Segundo Kawano e colaboradores (2006) sistemas de prescrição eletrônica que oferecem suporte à decisão clínica podem reduzir de forma significativa a ocorrência de eventos adversos relacionados aos medicamentos, contribuindo para melhorar a terapia farmacológica.

Programas de educação continuada e protocolos assistenciais para planejamento também já haviam se mostrado como boas intervenções para reduzir os erros de medicação, uma vez que, a falta de acesso a informações sobre medicamentos contitui uma das principais causas desse tipo de erro. O trabalho clínico de farmacêuticos nas unidades de atendimento também apresentou bons resultados. Estudos mostram que a presença do farmacêutico em equipes

multidisciplinares poderia evitar cerca de 80% dos erros de medicação entre crianças hospitalizadas (BELELA et al., 2011).

Rosa e colaboradores (2009) também indicam que a prescrição eletrônica com suporte clínico, a presença do farmacêutico em visitas clínicas, a possibilidade de contato com farmacêuticos durante 24 horas por dia e a presença de protocolos escritos podem reduzir a ocorrência de erros com medicamentos potencialmente perigosos.

Parece consenso que intervenções educacionais, sistemas informatizados e serviços farmacêuticos auxiliam na redução de erros de medicação. Contudo, nos conselhos de classe regionais e nos tribunais do país, a discussão se concentra simplesmente na obrigatoriedade ou não da presença de farmacêuticos nas farmácias hospitalares, considerando apenas a quantidade de leitos em cada instituição. Esse fato, além de promover injustiça (pois o paciente internado em um hospital de 49 leitos tem os mesmos direitos de um paciente internado em um hospital de 300 leitos), reduz a importância do farmacêutico, ignorando os benefícios que este profissional poderia acrescer à saúde dos pacientes.

Materiais escritos, com informações sobre medicamentos, podem servir como instrumento para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre suas condições clínicas, aumentando a adesão e tornando-os mais aptos a tomarem decisões fundamentadas sobre o seu tratamento. Porém, os estudos não são conclusivos quanto ao papel e ao detalhamento destas informações, apresentando resultados divergentes especialmente quando comparadas as opiniões dos profissionais da saúde e dos pacientes (GRIME et al., 2007).

Folhetos informativos são ferramentas de transmissão de conhecimento eficientes e devem servir para esclarecer dúvidas sobre saúde, como alternativa a outras fontes de informação, com redação mais técnica e de difícil compreensão para o público leigo (CAVACO; VÁRZEA, 2010).

Dias e colaboradores (2013) relataram o processo de elaboração de um material informativo sobre promoção à saúde e prevenção de agravos a um grupo de mulheres, motivado pela lacuna na comunicação existente entre os profissionais daquela localidade e as pacientes. Nesse mesmo contexto, ainda que os profissionais reconhecessem a importância da comunicação para o acolhimento e estabelecimento de vínculo entre pacientes e equipe, as práticas comunicativas precisavam ser ampliadas e mais qualificadas.

Em longo prazo, o uso de materiais impressos com instruções de utilização para dispositivos inalatórios esteve associado a maior retenção das informações pelos pacientes (CAETANO; HASEGAWA, 2013).

Torres e colaboradores (2009) já haviam demonstrado bons resultados no sentido de desenvolver habilidades e promover autonomia aos pacientes. Mesmo que existam poucos trabalhos abordando a eficácia de materiais impressos, a participação do receptor destas informações na criação destes materiais mostrou-se muito importante para o sucesso deste tipo de intervenção.

Os órgãos de saúde do Brasil já publicam materiais impressos sobre medicamentos e saúde nas mais variadas formas e locais. Livretos de perguntas e respostas ou textos ilustrados explicativos podem ser facilmente encontrados nas diversas unidades de saúde do SUS. Outra forma de comunicação típica da área farmacêutica são as bulas dos medicamentos. Após uma série de alterações na legislação, a RDC nº 47, de 08 de setembro de 2009, da Anvisa, estabeleceu novas regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2009a).

6.2.6 Uso racional de medicamentos

Ainda que não seja o único fator que leva à promoção de cuidados nas doenças agudas ou crônicas, a adesão dos pacientes aos tratamentos prescritos constitui um indicador importante para o uso racional de medicamentos. As principais razões para o descumprimento de prescrições são a percepção dos pacientes em relação à necessidade dos medicamentos prescritos, sua disponibilidade e alguma preocupação em relação a estes medicamentos. A heterogeneidade dos estudos sobre o tema impede que se estabeleçam conclusões acerca da qualidade de evidências que avaliem os efeitos de intervenções que visam à promoção da adesão ao tratamento. Políticas com esse objetivo devem contemplar aspectos relacionados aos prescritores, pacientes e sistemas de saúde (GADKARI; MCHORNEY, 2010; ELLIOTT et al., 2005).

Adesão ao tratamento pode ser definida como um processo colaborativo que busca facilitar a integração e a aceitação de determinado esquema terapêutico no

cotidiano das pessoas em tratamento, considerando a participação dos próprios pacientes nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008a).

Trata-se de um tema tão importante que, em 2003, a OMS publicou um documento que compilava análises e soluções para problemas relacionados à adesão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Entretanto, estudo bibliométrico publicado por Reiners e colaboradores (2008) demonstrou que, apesar dos avanços do conhecimento sobre adesão ao tratamento, existem poucos estudos na América Latina sobre este tema, principalmente com abordagens qualitativas.

Considerada como a principal causa de falhas no tratamento, a não adesão à terapia farmacológica é também responsável pelo uso não racional de medicamentos e por agravos nos processos patológicos, o que acarreta maiores custos aos cofres públicos devido ao aumento de internações hospitalares e atendimentos médicos por intoxicações com medicamentos (CARVALHO et al., 2012).

Disponibilidade e custo dos medicamentos, quantidade de medicamentos prescritos, esquema terapêutico, confiança na prescrição ou no prescritor, linguagem do prescritor e características da própria doença são fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

No Brasil, uma política que vem sendo adotada para aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos é a criação de grupos de adesão. Trata-se de grupos formados por pacientes com a mesma doença e por membros da equipe multiprofissional. Seu objetivo é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções para problemas que interfiram na adesão ao tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). No entanto, embora gestores do SUS confirmem a implementação de grupos como estes nos diferentes níveis de gestão, não existem avaliações disponíveis sobre a sua efetividade, custos e cobertura (NEMES et al., 2009).

Faden e colaboradores (2011) constataram que os benefícios da implementação de políticas de custo-efetividade influenciadas por seguradoras de saúde na melhora do acesso a medicamentos não estão comprovados. Ainda assim, estudos de farmacoepidemiologia e farmacoeconomia são utilizados por agências reguladoras e seguradoras de saúde na identificação de medicamentos de uma mesma classe terapêutica, com melhor perfil de custo-efetividade e

margem de segurança (RUMEL et. al., 2006). Na Europa, seguradoras de saúde passaram a oferecer planos de saúde mais econômicos para usuários de homeopatia, depois que o Comitê Europeu de Homeopatia apresentou trabalhos que demonstram boa relação custo-efetividade deste tipo de terapia (FLEITH et al., 2008).

O Brasil possui legislação específica para a implementação de práticas integrativas e complementares. Trata-se da Portaria MS nº 971, de 03 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Este instrumento recomenda a adoção destas práticas (dentre elas a homeopatia) por estados e municípios (BRASIL, 2006). No entanto, segundo Sousa e colaboradores (2012), a oferta de homeopatia nos serviços públicos de saúde ainda é baixa, apesar da aproximação destas práticas às políticas de promoção da saúde. Conforme estes autores, a dificuldade em aumentar a oferta destes serviços no SUS pode estar relacionada ao baixo investimento em formação profissional. Além disso, o monitoramento destas atividades no SUS ainda é inconsistente, uma vez que não existem indicadores para mensuração da oferta destes tratamentos na atenção primária à saúde.

Ratanawijitrasin e colaboradores (2001) relataram a falta de dados confiáveis que permitam atestar a eficácia de políticas nacionais para promoção do uso racional de medicamentos. Esta conclusão poderia desencorajar a elaboração de políticas com o objetivo de regular o uso racional de medicamentos.

Entretanto, a Portaria MS nº 834, de 14 de maio de 2013, redefiniu o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, estabelecendo o caráter consultivo deste órgão e a finalidade de orientação e proposição de ações, estratégias e atividades que promovam o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2013f). Espera-se que a criação deste comitê possa estimular a formulação de políticas nacionais capazes de auxiliar na promoção ao uso racional de medicamentos no Brasil.

6.2.7 Qualificação e organização de serviços farmacêuticos

Considerando os resultados extraídos das revisões sistemáticas incluídas neste estudo, pode-se inferir que os serviços de farmácia clínica estão associados a bons resultados terapêuticos.

Seja contribuindo para a reforma do sistema de saúde chinês (PENM et al., 2013), melhorando desfechos clínicos, humanísticos e econômicos (CHENG et al., 2013), integrando suas atividades com outros profissionais de saúde (NKANSAH et al., 2011), auxiliando na redução de gravidez não planejada (FARRIS et al., 2010), atuando em comitês farmacoterapêuticos (LIZ; MELLADO, 2007), ou no acompanhamento, monitoramento e revisão de medicamentos para saúde mental (BELL et al., 2005), a atuação clínica do farmacêutico vem sendo bem avaliada e tem mostrado resultados satisfatórios, consolidando-se como uma nova postura profissional. Em contraposição a estas conclusões, Mossialos e colaboradores (2013) afirmaram que a expansão do papel do farmacêutico comunitário não encontra evidências fortes que suportem a sua aplicação, ainda que o ambiente dos sistemas de saúde justifique sua implementação. Isso, devido às limitações metodológicas dos trabalhos que avaliaram este desfecho.

Em âmbito hospitalar, este novo papel do farmacêutico também tem alcançado resultados positivos, principalmente em relação à revisão de medicamentos prescritos e ao aconselhamento farmacêutico (HOLLAND et al., 2007; LUMMIS et al., 2006). A esses resultados, contrapõem-se os achados de Smith (2009a) que indica haver falta de dados conclusivos capazes de aferir o valor dos serviços farmacêuticos em farmácias privadas de países de baixa e média renda e de Smith (2009b) que destaca algumas deficiências dos profissionais farmacêuticos em termos de orientação e fornecimento de medicamentos.

As conclusões do trabalho de Schafheutle e colaboradores (2011) indicaram possíveis fatores que podem afetar o desempenho do farmacêutico na realização de suas atividades colaborando para estas deficiências, tais como: características pessoais, culturais, dos locais de trabalho e até mesmo da saúde física e mental destes profissionais.

O comércio *online* de medicamentos, atividade que poderia representar algum benefício econômico ou administrativo, foi estudado por Orizio e colaboradores (2011) que concluíram haver falta de regulamentação desta prática,

o que poderia comprometer a saúde dos pacientes, uma vez que os privaria das atividades inerentes à atuação clínica do farmacêutico.

No Brasil, algumas iniciativas municipais de dispensação de medicamentos a domicílio por intermédio de empresas especializadas ou mesmo da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) têm sido implementadas no SUS.

Programas denominados “Remédio em Casa” são operados em cidades como Rio de Janeiro, Florianópolis, Itajaí e São Paulo. Além de critérios próprios para a inclusão de pacientes nestes programas, todos estabelecem que os pacientes beneficados estejam cadastrados nas respectivas secretarias municipais de saúde e devidamente inscritos em programas de saúde municipais, contemplados em linhas de cuidados como diabetes e hipertensão arterial. A participação frequente em atividades de avaliação de saúde e encontros educacionais multidisciplinares são exigências para a manutenção dos pacientes nos programas, além de uma consulta médica a cada seis meses (RIO DE JANEIRO, 2005; FLORIANÓPOLIS, 2014; ITAJAÍ, 2014; SÃO PAULO, 2014).

Mesmo que programas desta natureza estejam subordinados aos serviços locais de assistência farmacêutica e que farmacêuticos estejam inseridos nas equipes multidisciplinares de apoio, as consequências da ausência do profissional no momento da dispensação precisam ser avaliadas com cautela.

Pepe e Osório-de-Castro (2000) já destacavam os benefícios, aos pacientes, da integração entre os prescritores e os profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos, apontando também para a necessidade do entendimento completo da prescrição e para a importância da história clínica dos pacientes no momento da dispensação. Nesse mesmo trabalho, os autores também ressaltam o papel fundamental da interação entre o farmacêutico e os pacientes no sentido de evitar problemas relacionados ao uso de medicamentos e contribuir para o sucesso do tratamento.

Nesse novo contexto, no qual o bem-estar do paciente passa a ser o objetivo central das ações, os serviços farmacêuticos, integrados às atividades de outros profissionais, assumem papel fundamental na promoção da saúde. Na atenção primária à saúde, os serviços farmacêuticos podem contribuir para: a diminuição do tempo de internação em hospitais; a assistência aos portadores de doenças crônicas; a prática de educação em saúde; e para intervenções terapêuticas com melhor relação de custo-efetividade (VIEIRA, 2007).

A farmácia clínica no Brasil foi regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Farmácia, nº 585, de 29 de agosto de 2013. Nessa resolução estão previstas diversas atividades clínicas passíveis de serem realizadas por farmacêuticos, possibilitando a prática da atenção farmacêutica em sua plenitude (BRASIL, 2013e). No entanto, ainda que devidamente disposto em instrumentos legais, as atividades clínicas do farmacêutico no SUS estão muito longe do possível e do ideal.

Tendo em vista esta nova possibilidade de atuação do farmacêutico, entidades governamentais e acadêmicas têm empenhado esforços para melhorar a capacitação destes profissionais.

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, por exemplo, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Este programa de residência é caracterizado como ensino de pós-graduação *lato sensu*, realizado em sistema de dedicação exclusiva, permitindo o aprimoramento profissional para a atividade clínica de farmacêuticos (BRASIL, 2005).

O programa Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), criado em 2010, é outra iniciativa do MS criado para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS. Contando com uma rede 36 instituições de ensino superior, com o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde e com a Plataforma Arouca[14], oferece cursos com enfoque prático e dinâmico, que tem por objetivo auxiliar na resolução de problemas presentes no cotidiano de profissionais de saúde que atuam no SUS (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2015).

A Portaria MS nº 1.214, de 13 de junho de 2012, instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS). Trata-se de um programa que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Por outro lado, a presença do profissional farmacêutico em unidades de saúde do SUS que dispensam medicamentos, ainda que obrigatória, não é respeitada por todos os municípios. Além disso, a estrutura física da maioria das

[14] Banco de dados que concentra o histórico educacional e profissional de recursos humanos que atuam na área da saúde (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2015).

unidades de saúde destina à assistência farmacêutica ambientes inadequados à prestação da atenção farmacêutica. Não raro, as farmácias destes locais ainda contam com balcões e grades que separam o público do profissional que dispensa os medicamentos. Segundo Vieira (2007), essa última atividade, com raras exceções, sequer tem sido executada por profissional farmacêutico.

6.2.8 Farmacoeconomia

Todas as políticas farmacoeconômicas avaliadas pelos artigos incluídos nesse estudo produziram impactos na utilização de medicamentos, seja na redução da prescrição, na diminuição do consumo e/ou dos custos envolvidos, embora algumas delas estivessem associadas a desfechos indesejáveis.

Políticas de autorização prévia para reembolso (GREEN et al., 2010; PUIG-JUNOY; MORENO-TORRES, 2007) diminuíram os custos com medicamentos, apresentando poucos efeitos na utilização de sistemas de saúde. Diversas formas de políticas de copagamento estiveram associadas à diminuição no consumo de medicamentos e em todas elas, foi verificado aumento da não adesão ao tratamento (AUSTVOLL-DAHLGREN et al., 2008; SINNOTT et al., 2013; LEXCHIN; GROOTENDORST, 2004). Outra intervenção estudada foi a utilização de políticas de preço de referência que, por sua vez, também diminuíram os gastos com medicamentos, com a vantagem de não interferirem na adesão (AASERUD et al., 2006; MORGAN et al., 2009). Já Mori e Robberstad (2012) identificaram a pouca influência que estudos farmacoeconômicos exerceram na seleção de medicamentos na Tanzânia, destacando suas limitações e a dificuldade da aplicação desses estudos na definição de prioridades.

Smalley e colaboradores (1995), ao estudarem os efeitos de políticas de autorização prévia para antiinflamatórios não esteroides, identificaram redução de 53% nos gastos com a aquisição de medicamentos dessa classe terapêutica nos dois anos seguintes à implantação da política, sem interferência na utilização de outros medicamentos ou nos sistemas de saúde. Entretanto, esses resultados mostraram-se controversos em estudo realizado com antipsicóticos de segunda geração, no qual a diminuição dos reembolsos foi mínima (LAW et al., 2008).

Políticas de copagamento estão associadas ao aumento no acesso a medicamentos quando estes não estão disponíveis gratuitamente pelo sistema

público. Essa disponibilidade parece maior nesses programas do que em unidades públicas de saúde, o que demonstra a ineficiência do SUS em atender toda a população de forma gratuita (SANTOS-PINTO et al., 2011). No entanto, é preciso ressaltar que, o compartilhamento de custos entre o usuário e o estado, só representa economia aos pacientes quando comparado com os custos da aquisição na rede privada (SANTOS-PINTO et al., 2010). Idealmente, os medicamentos deveriam estar disponíveis no SUS, sem custos para o paciente.

Drummond e colaboradores (2011) estudaram a política de preços de referência e concluíram que, isoladamente, esta política não deve ser considerada viável. Segundo os autores, outras políticas farmacoeconômicas, como a substituição por medicamentos genéricos ou a livre concorrência, podem, em conjunto com a avaliação de tecnologias em saúde, representar melhor alternativa.

Dylst e colaboradores (2011) estudaram a implementação de políticas de preços de referência em diversos países europeus e identificaram que tem havido aumento na utilização de medicamentos com preços iguais ou inferiores ao preço de referência e que os preços de medicamentos, em geral, têm diminuído, embora alguns produtos que inicialmente tinham preço menor que o produto de referência, passaram a custar mais. Esse estudo também mostrou economia em curto prazo, porém este impacto não foi mantido em longo prazo. Observou-se ainda, aumento temporário no número de consultas médicas, possivelmente devido à adaptação, e nenhum impacto em resultados clínicos. Cabe mencionar que políticas de preço de referência não são comuns no Brasil, uma vez que os seguros e planos de saúde privados não costumam reembolsar despesas com medicamentos.

A farmacoeconomia, conceituada por Guimarães e colaboradores (2007) como “a aplicação da economia ao estudo dos medicamentos com a otimização da utilização de recursos financeiros, sem prejuízo à qualidade do tratamento”, tem ganhado destaque no Brasil nos últimos anos.

Matriz curricular de diversos cursos de pós-graduação nas áreas das ciências da saúde e econômicas, a farmacoeconomia tem sido tema recorrente em congressos, simpósios e fóruns de profissionais que atuam na área da saúde.

Exemplos dessas iniciativas são: o II Simpósio Internacional de Farmacoeconomia no SUS, ocorrido entre os dias 10 e 12 de novembro de 2014, na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minais Gerais, que teve como destaque a disseminação de avaliação em tecnologias de saúde para a

tomada de decisão (SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE FARMACOECONOMIA NO SUS, 2014) e o III Fórum Brasiliero sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, a ser realizado em Salvador, entre os dias 20 e 23 de setembro de 2015.

O programa federal “Saúde Não Tem Preço”, no escopo do programa “Farmácia Popular do Brasil”, fornece gratuitamente medicamentos para doenças como hipertensão, diabetes e asma, e subsidia em até 90% medicamentos para outras condições clínicas. Regulamentada pela Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 e pela Portaria MS nº 971, de 17 de maio de 2012, esse programa tem como objetivo a ampliação do acesso da população a determinados medicamentos, indicados para o tratamento de doenças mais prevalentes na comunidade e é operacionalizada por farmácias públicas próprias e por uma vasta rede de farmácias e drogarias privadas conveniadas ao Ministério da Saúde.

O Programa Farmácia Popular do Brasil introduziu no país o sistema de copagamento (Estado-usuário) na aquisição de medicamentos. Menor disponibilidade de medicamentos e problemas em relação ao acesso pelo SUS, talvez expliquem a alta procura desse sistema por pacientes com prescrições oriundas do sistema público. Em 2007, 48% dos pacientes atendidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil adquiriram medicamentos com receitas do SUS (MACHADO et al., 2011).

Embora a ideia de copagamento de medicamentos seja conflitante com o escopo de integralidade adotado pelo SUS, este programa parece ser uma experiência positiva, pois, pesquisas recentes têm demonstrado aumento significativo do acesso a medicamentos anti-hipertensivos que, embora pertençam à Rename, nem sempre estão disponíveis gratuitamente no SUS (ARAUJO et al., 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho cumpre com seus objetivos ao selecionar e apresentar ao leitor evidências científicas que podem subsidiar a elaboração, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas. Além disso, descreve várias intervenções mencionadas nos estudos selecionados e discute aspectos como eficácia, requisitos, viabilidade e questões éticas e legais, avaliando sua aplicabilidade no SUS.

Justificativas para o desenvolvimento desta pesquisa não faltam. Seja pela escassez de recursos, pelas novas condições clínicas e cotidianas da população brasileira ou pela qualidade incontestável que qualquer ação de saúde pública deve possuir, torna-se fundamental a utilização de evidências científicas para a formulação, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas.

Agentes políticos, gestores públicos da saúde ou profissionais farmacêuticos enfrentam todos os dias, em suas atividades, diversos problemas, de caráter técnico, político ou econômico, sendo obrigados a adotar providências imediatas, de forma empírica, cujos resultados são imprevisíveis e cujas consequências são muitas vezes prejudiciais para o SUS e para a população.

Ainda que os resultados desta pesquisa não devam ser aplicados nos contextos locais sem a avaliação de outros aspectos, como os culturais, sociais, e estruturais, a simples disponibilidade das evidências pode servir como instrumento norteador para a formulação de políticas farmacêuticas em resposta a diversos problemas.

A abordagem por categorias temáticas pretende ajudar o leitor a identificar os estudos de interesse. As principais conclusões de cada categoria podem ser vistas a seguir:

i. **Acesso a medicamentos:** os resultados deste trabalho identificaram que visitas de supervisão (realizadas por farmacêuticos) às unidades dispensadoras de medicamentos e as intervenções comunitárias dirigidas apresentaram bons resultados, no sentido de aumentar o acesso de pacientes aos seus tratamentos;

ii. **Promoção de medicamentos**: intervenções educacionais e restrição do contato de representantes da indústria farmacêutica com estudantes de medicina

constituem alternativas a serem consideradas para a formulação de políticas de regulação da promoção de medicamentos;

iii. **Regulação do mercado farmacêutico:** a consolidação dos MIP´s parece ser uma medida viável e acertada, desde que os serviços de assistência e atenção farmacêuticas sejam garantidos à população, na forma da lei, e sua execução fiscalizada;

iv. **Prescrição de medicamentos:** As intervenções que se mostraram mais promissoras foram: atividades educacionais (no formato *academic detailing*) e a prescrição suplementar por profissionais não médicos (dentre elas a prescrição farmacêutica);

v. **Dispensação de medicamentos:** as melhores evidências encontradas incluem atividades de educação permanente, adoção de protocolos e manuais, além da utilização de materiais escritos com informações sobre medicamentos, que não devem, em hipótese alguma, substituir as orientações verbais de prescritores e dispensadores;

vi. **Uso racional de medicamentos:** estudos sobre adesão dos pacientes ao tratamento reuniram poucas evidências que sustentassem a formulação de uma política específica. A criação dos grupos de adesão encontrou respaldo na literatura, apresentando resultados satisfatórios. Destacou-se nesta categoria a necessidade de realizar estudos com melhor qualidade metodológica.

vii. **Qualificação e organização de serviços farmacêuticos: o**s serviços de farmácia clínica, que contemplavam a integração do farmacêutico em equipes multidisciplinares e a extensão do papel do farmacêutico às atividades inerentes à atenção farmacêutica, apresentaram boa evidência de resultados positivos. Esse parece ser um caminho irreversível para a profissão farmacêutica;

viii. **Farmacoeconomia:** Dentre as políticas farmacoeconômicas avaliadas, as autorizações prévias para a aquisição de medicamentos mostraram resultados controversos. Os sistemas de preço de referência parecem ter gerado alguma economia aos usuários, mas devem estar associados a outras políticas econômicas. Já os sistemas de copagamento de medicamentos, apesar de ampliarem o acesso a medicamentos não gratuitos, podem gerar redução da taxa de adesão a medicamentos outrora gratuitos ou não disponíveis temporariamente nas unidades do SUS.

Pode-se concluir que, tanto para a implementação quanto para a contraposição a políticas farmacêuticas, o uso de evidências representa a melhor alternativa disponível. Portanto, mais do que propor soluções mágicas para os problemas da área farmacêutica no Sistema Único de Saúde, este trabalho defende, de forma enfática e inequívoca, a estratégia de formular, implementar e avaliar políticas farmacêuticas informadas por evidências.

REFERÊNCIAS

AASERUD, M; AUSTVOLL-DAHLGREN, A.; KOSTERS, J. P.; OXMAN, A. D.; RAMSAY, C.; STURM, H. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing and purchasing policies. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, Oxford, v. 3, n. 5979, p. 1-43, 2006.

AGUWA, C. N.; CHINWE, C. V.; EKWUNIFE, O. I. Effect of a pharmaceutical care programme on blood pressure and quality of life in a Nigerian pharmacy. **Pharmacy, World & Science**, Heidelberg, v. 30, p. 107 – 110, 2008.

ALLEN, M.; FERRIER, S.; O´CONNOR, N.; FLEMING, I. Family physicians perceptions of academic detailing: a quantitative and qualitative study. **Biomed Central Medical Education**. Londres, v. 7, p. 36, 2007.

ALI, J.; BARROW, L.; VUYLSTEKE, A. The impact of computerized physician order entry on prescribing practices in a cardiothoracic intensive care unit. **Anaesthesia**, Oxford, v. 65, p. 119 – 123, 2010.

AMERICAN Association of Retires Persons. **Sistema de copagos em el plan D de Medicare**. Disponível em: http://www.aarp.org/espanol/salud/medicare-y-el-seguro/info-03-2011/sistema-de-copagos-en-el-plan-d-de-medicare.html. Acesso em: 10 fev. 2015.

AMIRSADRI-NAEINI, M.; JACKSON, P. R. Comparison of cost-effetiveness of POM (prescription only) statins; OTC (over the counter) statin and plant sterol/stanol products for primary CVD (cardiovascular disease) prevention in the UK from the patients perspective. **ISPOR 13th Annual International Meeting Toronto, Ontario, Canada.** May, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 611-617, 2008.

ARAUJO, J. L. O.; PEREIRA, M. D.; DEL-FIOL, F. S.; BARBERATO-FILHO, S. Access to antihypertensive agentes in Brazil:Evaluationof the “Health Has no Price” program. **Clinical Therapeutics**. Princeton, v. 36, n. 8, p. 1191-1195, 2014.

ARMSTRONG K, SCHWARTZ JS, ASCH DA. Direct sale of sildenafil (Viagra) to consumers over the Internet. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 341, n. 18, p. 1389 – 1392, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA - ABEM. Moção II (aprovada pelo Conselho Deliberativo da ABEM). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 43. Natal, 2005. **Moção...** Natal, 2005. Disponível em: <http://www.abemeducmed.org.br/mocoes/cobem_05/mocao2.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Decreto aprovado pela Câmara dos Deputados libera venda e produção de anorexígenos**. 2014. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2014/04/decreto-aprovado-pela-camara-dos-deputados-libera-venda-e-producao-de-anorexigenos-coordenacao-do-gt-visa-lanca-nota-de-repudio>. Acesso em 29 nov. 2014.

AUSTIN, Z. Continuous professional development and foreing-trained health care professionals. **Journal of Social and Administrative Pharmacy**, Estocolmo, n. 20, p. 232-241, 2003.

AUSTVOLL-DAHLGREN, A.; AASERUD, M.; VIST, G. E.; RAMSAY, C.; OXMAN, A. D.; STURM, H.; KOSTERS, J. P.; VERNBY, A. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, Oxford, v. 2, n. 7017, p. 1-31, 2008.

BANCO MUNDIAL. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Departamento do Desenvolvimento Humano. Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica. Região da América Latina e do Caribe. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos**. Relatório Nº 36601-BR**. Brasil, 2007. 105p.

BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 25-34, 2013.

BARROS, J. A. C. Promoção e propaganda de medicamentos em ambientes de ensino. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 906 – 916, out/dez, 2008.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 3, p. 563 – 569, 2011.

BELL, S.; McLACHLAN, A. J.; ASLANI, P.; WHITEHEAD, P.; CHEN, T. F. Community pharmacy services to optimize the use of medications for mental illness: a sustematic review. **Australian and New Zealand Health Policy**, Londres, v. 2, n. 1, p. 29-39, 2005.

BENNET, L. What happens to patients own drugs? An audit of procedures for handling patients own drugs in hospital. **Hospital Pharmacy Practice**, v. 5, p. 197 – 200.

BERTSCHE, T.; MAYER, Y.; STHAL, R.; HOPPE-TICHY, T.; ENCKE, J.; HAEFELI, W. E. Prevention of intravenous drug incompatibilities in a intensive care unit. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 65, p. 1834 – 1880, 2008.

BHANBHRO S.; VARI, M. D.; GRANT, R.; HARRIS, R. Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. **Biomed Central**, Londres, v. 18, n. 1, p. 25-34, 2011.

BISSEL, P.; COOPER R.; PRESTON, L.; ANDERSON, C.; AVERY, A.; JAMES, V.; HUTCHINSON, A.; LYMN, J.; MURPHY, E.; RATCLIFFE, J.; WARD, P.; WOOLSEY, I. An evaluation of supplementary prescribing nursing and pharmacy. **Final Report for the Department of Health. Research Report**. University of Shield, 2008.

BLACK, A. D.; CAR, J.; PAGLIARI, C.; ANANDAN, C.; CRESSWELL, K.; BOKUN, T.; McKINISTRY, B.; PROCTER, R.; MAJEED, A.; SHEIKH, A. The impact of ehealth on the quality and safety of health care: a systematic review. **PLoS Medicine**, São Francisco, v. 8, n. 1, p. e1000387, 2011.

BLOOM, B. S.; JACOBS, J. Cost effects of restricting cost-effective therapy. **Medical Care**, Hagerstown, v. 23, p. 872-880, 1985.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; BOING, A. F.; BASTOS, J. L.; PERES, K. G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Público de Saúde do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BONFIM, J. R. A.; MAGALHÃES, P. C. Rename 2012: avanço ou retrocesso para a difusão de medicamentos essenciais? **Boletim Farmacoterapêutica**, Brasília, ano 17, n. 2, p. 9-15, 2013.

BRADLEY, V.; STELTENKAMP, C.; HITE, K. Evaluation of reported medication erros before and after implementation of computerized practicioner order entry. **Journal of Healthcare Information Management**, Chicago, v. 20, p. 46 – 53, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 586, de 29 de aosto de 2013.** Regulamenta a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Brasília, 2013d.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013.** Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, 2013e.

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

BRASIL. Diário Oficial da União. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 25 de setembro de 2014**. Dispõe sobre as medidas de controle de comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos que

contenham as substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2014e.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Decreto Legislativo nº 273, de 05 de setembro de 2014**. Susta a Resolução – RDC nº 52, de 06 de outubro de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas do controle da prescrição e dispensação de medicamentos que contanham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários. Brasília: Imprensa Nacional, 2014d.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação Geral de Gestão do Conhecimento. **Relatório anual. Rede para políticas informadas por evidências (EVIPNet Brasil) Janeiro – Dezembro 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 138, de 29 de maio de 2003.** Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. Brasília: Anvisa, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Agenda Regulatória Biênio 2013-2014**. Brasília: Anvisa, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 47 de 08 de setembro de 2009**. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentospara pacientes e profissionais de saúde. Brasília: Anvisa, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instrução Normativa nº 05 de 20 de maio de 2009**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids.** Série Manuais nº 84, Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 96 de 17 de dezembro de 2008**. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 834 de 14 de maio de 2013.** Redefine o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos Clinicos e Diretrizes Terapêuticas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 596p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Chamada pública de apoio a projetos de tradução do conhecimento para políticas informadas por evidências para o fortalecimento do SUS no âmbito da rede para políticas informadas por evidências (EVIPNet)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: Rename. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.214 de 13 de junho de 2012. **Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** reduzindo a mortalidade perinatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005**. Brasília, DF, 2005.

BREAU, D. J.; NICKERSON, A. L. Utilizing home medications supplies for hospital patients. **The Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, Saskatoon, v. 50, p. 224 – 228, 1997.

BROTZMAN, G. L.; MARK, D. H. The effect on residents attitudes of regulatory policies regarding pharmaceutical representative activities. **Journal of General Internal Medicine,** Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 130 – 134, 1993.

BUISING, K. L.; THURSKY, K. A.; BLACK, J. F.; MACGREGOR, L.; STREET, A. C.; KENNEDY, M. P.; BROWN, G. V. Improving antibiotic prescribingfor adults with communityacquired pneumonia: Does a computerized decision support system achieve more than acedemic detailing alone? – a time series analysis. **Biomed Central Medical Informatics and Decision Making**, Londres, v. 8, p. 35, 2008.

CAETANO, L. S. B.; HASEGAWA, C. C. T. Educação e adesão em asma. **Pneumologia Paulista**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 36 – 38, 2013.

CALDEIRA, T. R.; NEVES, E. R. Z.; PERINI, E. Evoulção histórica das bulas de medicamentos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 737 – 743, 2008.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARROL, A. E.; VREEMAN, R. C.; BUDDENBAUM, J.; INUI, T. S. To what extent do educational interventions impact medical trainees atitudes and behaviors regarding industry trainee and industry physician relationships? **Pediatrics**, Springfield, v. 120, n. 6, p. e1528-e1535, 2007.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885 – 1892 – 2012.

CAVACO, A. M.; VÁRZEA, D. Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Lisboa, v. 28, n. 2, p. 179 – 186, 2010.

CHAPIUS, C.; ROUSTIT, M.; GAELLE, B.; SCHWEBEL, C.; TIMSIT, J. F.; ALLENET, B.; BOSSON, J. L.; BEDOUCH, P. Automed drug dispensing system reduces medication errors in na intensive care setting. **Critical Care**, Londres, v. 38, p. 1 – 7, 2010.

CHAPMAN, E. **Evaluation of the EVIPNet Americas**. EvipNet, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/evidence/EvaluationEVIPNetAmericas.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 nov. 2014.

CHENG, Y.; RAISCH, D. W.; BORREGO, M. E.; GUPCHUP, G. V. Economic, clinical, and humanistc outcomes (ECHOs) of pharmaceutical care services for minority patients: a literature review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, Nova Iorque, v. 9, p. 311-329, 2013.

CHIAROTI, R.; REBELLO, N. M.; RESTINI, C. B. A. A automedicação na cidade de Ribeirão Preto-SP e o papel do farmacêutico nessa prática. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 6, n. 10, 2010.

CIOL, R.; BERAQUET, V. S. M. Evidência e informação: desafios da medicina para a próxima década. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 221-230, 2009.

COHEN, J.; MILLIER, A.; KARRAY, S.; TOUMI, M. Assessing the economic impacto of Rx-to-OTC switches: systematic review and guidelines for future develompment. **Journal of Medical Economics**, Londres, v. 16, n. 6, p. 835-844, 2013.

COLPAERT, K.; CLAUS, B.; SOMERS, A.; VANDEWOUDE, K.; ROBAYS, H.; DECRUYENAERE, J. Impacto f computadorized physician order entry on medication prescription erros in the intensive care unit: a controlled cross-sectional trial. **Critical Care**, Londres, v. 10, v. 21, 2006.

COLUMBIA BRITÂNICA. Ministério da Saúde. **What is academic detailing?** Disponível em: <http://www.medmatters.bc.ca/info-hprof/pad-faq.html#what_academic_detailing>. Acesso em 28 nov. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 1.633, de 2002.** Brasília, DF, 2002.

COOPER, R. J.; ANDERSON, C.; AVERY, T.; BISSEL, P.; GUILLAUME, L.; HUTCHINSON, A.; JAMES, V.; LYMN, J.; McINTOSH, A.; MURPHY, E.; RATCLIFFE, J.; READ, S.; WARD, P. Nurse and pharmacist supplementary prescribing in the UK – a systematic review of the literature. **Health Policy**, Nova Iorque, v. 85, p. 277-292, 2008.

CORRER C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clinica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Levilândia, v. 2, n. 3, p. 41 – 49, 2011.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011.

DEYOUNG, J. L.; VANDERKOOI, M. E.; BARLETTA, J. F. Effect of bar-code-assisted medication administration on medication errors rates in an adult medicl intensive care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 66, p. 1110 – 1115, 2009.

DIAS, C. M. G. C.; MOREIRA, L. B. C.; SANTOS, A. K. "Cartão da Mulher": processos comunicativos na construção de um material de saúde impresso. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2013.

DRUMMOND, M.; JÖNSSON, B.; RUTTERN, F.; STARGARDT, T. Reimbursement of pharmaceuticals: reference pricing versus health technology assessment. **European Journal of Health Economics**. Berlim, v. 12, p. 263 – 271, 2011.

DUA, S. Establishment and audit of a patients own drug scheme. **Hospital Pharmacist**, Birmingham, v. 7, p. 196 – 198, 2000.

DUSETZINA, S. B.; HIGASHI, A. S.; DORSEY, E. R.; CONTI, R.; HUSKAMP, H. A.; ZHU, S.; GARFIELD, C. F.; ALEXANDER, G. C. Impact of FDA drug risk communications on health care utilization and health behaviors: a systematic review. **Medical Care**, Hagerstown, v. 50, n. 6, p. 466-478, 2012.

DYLST, P.; VULTO, A.; SIMOENS, S. The impact of reference pricing systems in Europe: a literature review and case studies. **Expert Reviews**, v. 11, n. 6, p. 729 – 737, 2011.

ELLIOTT, R. A.; BARBER N.; HOME, R. Cost-Effectiveness of adherence-enhancing interventions: a quality assessment of the evidence. **The Annals of Pharmacotherapy**, Auckland, v. 39, p. 508-515, 2005.

EMMERICK, I. C. M.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; AZEREDO, T. B.; BIGDELI, M. Access to medicines in Latin America and the Caribbean (LAC): a scoping study. **BMJ Open**, Londres, v. 3, p. 2224-2230, 2013.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Government Accountability Office GAO. **Internet Pharmacies: Adding Disclosure Requirements Would Aid State and Federal Oversight**. Disponível em: http://gao.gov/products/GAO-01-69. Acesso em: 12 fev. 2015.

EUROPEAN ALLIANCE FOR ACCESS TO SAFE MEDICINES (EAASM). The Counterfeiting Superhighway: **The Growing Threat of Online Pharmacies**, 2008. Disponível em: http://www.eaasm.eu/Media_centre/News/The_Counterfeiting_Superhighway. Acesso em 12 fev. 2015

EVANS, K.; BENHAM, S.; GARRARD, C. A comparision of handwritten and computer-assisted prescription in an intensive care unit. **Critical Care**, Londres, v. 2, p. 73 – 78, 1998.

EVANS, R. S.; PESTOTNIK, S. L.; CLASSEN, D. C.; CLEMMER, T. P.; WEAVER, L. K.; ORME, J. F.; LLOYD, J. F.; BURKE, J. P. A computer assisted management program for antibiotics and other antiinfective agents. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 338, p. 232 – 238, 1998.

EVANS, R. S.; PESTOTNIK, S. L.; CLASSE, D. C.; BURKE, J. P. Evaluation of a computer-assisted antibiotic-dose monitor. **The Annals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 33, p. 1026 – 1031, 1999.

FADEN, L.; VIALLE-VALENTIN, C.; ROOS-DEGNAN, D.; WAGNER, A. Active pharmaceutical management strategies of health insurance systems to improve cost-effective use of medicines in low-and-middle-income countires: a systematic review of current evidence. **Health Policy**, Nova Iorque, v. 100, p. 134-143, 2011.

FAGUNDES, M. J. D.; SOARES, M. G. A.; DINIZ, M. N.; PIRES, J. R.; GARRAFA, V. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 221 – 229, 2007.

FARIA, L. M. O.; CUNHA, M. M. S. S. Perfil de automedicação em estudantes de medicina. **Ciência Atual**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 9-10, 2014.

FARRIS, K. B.; ASHWOOD D.; McINTOSH, J.; DIPIETRO, N. A.; MADERAS, N. M.; LANDAU, S. C.; SWGLE, J.; SOLEMANI, O. Preventing unintend pregnancy: pharmacist´s roles in practice and policy via partnerships. **Journal of the American Pharmacists Association**, Washingtion D.C., v. 50, n. 5, p. 604-612, 2010.

FLEITH, V. D.; FIGUEIREDO, M. A.; FIGUEIREDO, K. F. L. R. O.; MOURA, E. C. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 755-762, 2008.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. **Portaria 85 / 2014 de 08 de outubro de 2014.** Define as diretrizes para gestão e funcionamento do Programa Remédio em Casa no município de Florianópolis. Florianópolis, 2014.

FRADGLEY, S.; PRYCE, A. An investigation into the clinical risks in the use of patients own drugs on surgical wards. **The Pharmaceutical Journal**, Londres, v. 268, p. 63 – 67, 2002.

FRAENKEL, D. J.; COWIE, M.; DALEY, P. Quality benefits of an intensive care clinical information system. **Critical Care**, Londres, v. 31, p. 120 – 125.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa**, 8. ed. rev. amp. Curitiba: Positivo, 2010. 960p.

FORD, D. G.; SEYBERT, A. L.; SMITHBURGER, P. L.; KOBULINSKT, L. R.; SAMOSKY, J. T.; KANE-GILL, S. L. Impact of simulation-based learning on medication error rates in critically ill patients**. Intensive Care Medicine**, Nova Iorque, v. 36, p. 1526 – 1531, 2010.

FRETHEIM, A.; MUNABI-BABIGUMIRA, S.; OXMAN, A. D.; LAVIS, J. N.; LEWIN, S. O uso de evidências de pesquisa para informar como uma opção será implementada. **Health Research Policy and Systems**, Londres, v. 7, n. 1, 2009.

GADKARI, A. S.; McHORNEY, C. A. Medication nonfulfillment rates and reasons: narrative systematic review. **Current Medical Research & Opinion**, Londres, v. 26, n. 3, p. 683-705, 2010.

GRAY, A.; SULEMAN, F. **Overview of Systematic Reviews on Pharmaceutical Policy, and their relevance to low-and-middle-income countries**. [2009?]. Disponível em: <http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_overviewsystematicreviews_gray.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

GREEN, C. J.; MALCOLM, M.; FORTIN, P. M.; RAMSAY, C. R.; AASERUD, M.; STAN, B. Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, Oxford, v. 2, n. 8654, p. 1-26, 2010.

GREYSON, D. L.; BECU, A. R. E.; MORGAN, S. G. Sex, drugs and gender roles: mapping the use of sex and gender based analysis in pharmaceutical policy research**. International Journal for Equity in Health**, Londres, v. 9, n. 1, p. 26-33, 2010.

GRIME, J.; BLENKINSOPP, A.; RAYNOR, D. K.; POLLOCK, K.; KNAPP, P. The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. **Health Expectations**, Oxford, v. 10, p. 286-298, 2007.

GRUNDY, Q.; BERO, L.; MALONE, R. Interactions between non-physician clinicians and industry: a sustematic review. **PLoS Medicine**, São Francisco, v. 10, n. 11, 2013.

GUIMARÃES, H. P.; BARBOSA, L. M.; LARANJEIRA, L. N.; AVEZUM, A. Estudos de farmacoeconomia e análises econômicas: conceitos básicos. **Revista Brasileira de Hipertensão.** São Paulo, v. 14, n. 4, p. 265-268, 2007.

HOLLAND, R.; DESBOROUGH, J.; GOODYER, L.; HALL, S.; WRIGHT, D.; LOKE, Y. K. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions

and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. **British Journal of Clinical Pharmacology**, Londres, v. 65, n. 3, p. 303-316, 2007.

HOPPER, J. A.; SPEECE, M. W.; MUSIAL, J. L. Effects of an educational intervention on residents' knowledge and attitudes toward interactions with pharmaceutical representatives. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 12, p. 639 - 642, 1997.

HOWARD, S. M. Gifts to physicians from the pharmaceutical industry. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 283, n. 20, p. 2655 - 2658, 2000. (Letters)

ITAJAÍ. **Remédio em Casa: Programa já está disponível em toda a cidade.** Disponível em: http://www.itajai.com.br/noticia/2479#.VSkHN_nF_uI. Acesso em: 10 abr. 2015.

JANSSON, S.; ANELL, A. The impact of decentralised drug-budgets in Sweden - a survey of physicians'attitudes towards costs and cost-effectiveness. **Health Policy**. Nova Iorque, v. 76, n. 3, p. 299 – 311, 2006.

KAWANO, D. F.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Acidentes com medicamentos: como minimizá-los? **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 487 – 495, 2006.

KHANGURA, S.; KONNYU, K.; CUSHMAN, R.; GRIMSHAW, J.; MOHER, D. Evidence sumaries: the evolution of a rapid review approach. **Systematic reviews**, Londres, v. 1, p. 10-18, 2012.

KIRWIN, J. L.; CUNNINGHAN, R. J.; SEQUIST, T. D.Pharmacist recommendations to improve tha quality of diabetes care: a randomized controlled trial. Journal ofmanaged care pharmacy, **Alexandria**, v. 16, p. 104 – 113, 2010.

KLOPOTOWSKA, J. E.; KUIPER, R.; VAN KAN, H. J.; DE PONT, A. C.; DIJKGRAAF, M. G.; LIE-A-HUEN, L.; VROOM, M. B.; SMORENBURG, S. M. Onward participation of a hospital pharmacist in a Dutch intensive care unit reduces prescribing errors and related patient harm: na intervention study. **Critical Care**, Londres, v. 14, p. 174, 2010.

KNAPPMANN, A. L.; MELO, E. B. Qualidade de medicamentos isentos de prescrição: um estudo com marcas de dipirona comercializadas em uma drogaria de Cascavel (PR – Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3467 – 3476, 2010.

LAMBERT, M. L.; DELGADO, R.; MICHAUX, G.; VOLS, A.; SPEYBROECK, N.; VAN DER STUYFT, P. Collaboration between private pharmacies and national tuberculosis programme: an intervention in Bolivia. **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 10, p. 246 – 250, 2005.

LANDRIGAN, C. P.; ROTHSCHILD, J. M.; CRONIN, J. W.; KAUSHAL, R.; BURDICK, E.; KATZ, J. T.; LILLY, C. M.; STONE, P. H.; LOCKLEY, S. W.; BATES, D. W.; CZEISLER, C. A. Effect of reducing interns work hours on serious medical errors in intensive care units. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 352, p. 1838 – 1848, 2004.

LANGEBRAKE, C.; HILGARTH, H. Clinical pharmacists interventions in a Germany University Hospital. **Pharmacy, World & Science**, Heildeberg, v. 32, p. 194 – 199, 2010.

LAVIS, J. N.; OXMAN, A. D.; GRIMSHAW, J.; JOHANSEN, M.; BOYKO, J. A.; LEWIN, S.; FRETHEIM, A. Localização de revisões sistemáticas. **Health Research Policy and Systems**, Londres, v. 7, n. 1, 2009c.

LAVIS, J. N.; OXMAN, A. D.; LEWIN, S.; FRETHEIM, A. Support, tools for evidence-informed health policymaking. Introduction. **Health Research Policy and Systems**, Londres, v. 7, n. 1, 2009a.

LAVIS, J. N.; WILSON, M. G.; OXMAN, A. D.; LEWIN, S.; FRETHEIN, A. Como usar evidências de pesquisa para esclarecer um problema? **Health Research Policy and Systems**, Londres, v. 7, n. 1, 2009b.

LAVIS, J.; DAVIES, H.; OXMAN, A.; DENIS, J. L.; GOLDEN-BIDDLE, K.; FERLIE, E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. **Journal of Health Services Research & Policy**, Londres, v. 10, n. 1, p. 35-48, 2005.

LAW, M. R.; ROSS-DEGNAN, D.; SOUMERAI, S. B. Effect of prior authorization of second generation antipsychotic agents on pharmacy utilization and reimbursements. **Psychiatrics Services**, v. 59, n. 5, p. 540 – 546, 2008.

LEAPE, L. L.; CULLEN, D. J.; CLAPP, M. D.; BURDICK, E.; DEMONACO, H. J.; ERICKSON, J. I.; BATES, D. W. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensve care unit. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 282, p. 267 – 270, 1999.

LEE, A. J.; CHIAO, T. B; LAM, J. T.; KHAN, S.; BORO, M. S. Improving medication safety in the ICU: the pharmacists role. Hospital Pharmacy, Phiadelphia, v. 42, p. 337 – 344, 2007.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775 – 782, 2003.

LEXCHIN, J.; GROOTENDORST, P. Effects on prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable popuations: a systematic

review of the evidence. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 34, n. 1. P. 101-122, 2004.

LIM, D.; EMERY, J.; LEWIS, J.; SUNDERLAND, V. B. A systematic review of the literature comparing the practices of dispensing and non-dispensing doctors. **Health Policy**, Nova Iorque, v. 92, p. 1-9, 2009.

LIZ, E. F.; MELLADO, F. J. L. Revisión sistemática sobre coordinación terapêutica entre atención primaria y atención especializada. **Atención Primaria /Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**, Madrid, v. 39, n. 1, p. 15-21, 2007.

LOGANATHAN, M.; SINIGH, S.; FRANKLIN, B. D.; BOTTLE, A.; MAJEED, A. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. **Age and Ageing**, Oxford, v. 40, p. 150-162, 2011.

LUMMIS, H.; SKETRITS, I.; van ZATEN, S. V. Systematic review of the use of patients own medications in acute care institutions. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, v. 31, p. 541-563, 2006.

MANIAS, E.; WILLIANS, A.; LIEW, D. Interventions to reduce medication erros in adult intensive care: a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, London, v. 74, n. 3, p. 411-423, 2012.

MACHADO, C. V.; BATISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MARKEY, P.; SCHATTNER, P. Promoting evidence-based medicine in general practice – the impact of academic detailing. **Family Practice,** Oxford, v. 18, n. 14, p. 364 – 366, 2001.

MCCORMICK, B. B.. TOMLINSON, G.; BRILL-EDWARDS, P.; DETSKY, A. S. Effect of restricting contact between pharmaceutical company representatives and internal medicine residents on posttraining attitudes and behavior. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 286, n. 16, p. 1994-1999, 2001.

MCMULLIN, J.; COOK, D.; GRIFFITH, L.; MCDONALD, E.; CLARKE, F.; GUYATT, G.; GIBSON, J.; CROWTHER, M. Minimizing errors of omission: behavoural reenforcement of heparina to avert venous emboli: the BEHAVE study. **Critical Care**, Londres, v. 34, p. 694 – 699, 2006.

MCROBBIE, D.; BEDNALL, R.; WEST, T. Assessing the impact of re-engineering of pharmacy services to general medical wards. **The Pharmaceutical Journal**, Londres, v. 270, p. 342-345, 2003.

MEDINA, E. U.; PAILAQUILÉN, R. M. B. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_23.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de eidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIGUELOTE, V. R. S.; CARMARGO-JUNOR, K. R. Indústria do conhecimento: uma ponderosa engrenagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 190-196, 2010.

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

MOMANI, A. A.; MADHAVAN, S. S.; NAU, D. P. Impact of NSAIDs prior authorization policy on patients QoL. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 36, p. 1686-1691, 2002.

MORGAN, S.; HANLEY, G.; GREYSON, D. Comparison of tiered formularies and reference pricing policies: a systematic review. **Open Medicine**, Ottawa, v. 3, n. 3, p. 131-139, 2009.

MORI, A. T.; ROBBERSTAD, B. Pharmacoeconomics and its implication on priority-setting for essential medicines in Tanzania: a systematic review. **Medical Informatics & Decision Making,** Londres, v. 12, p. 110-118, 2012.

MOSSIALOS, E.; NACI, H.; COURTIN, E. Expanding the role of community pharmacists: Policymaking in tge absence of policy-relevant evidence? **Health Policy,** Nova Iorque, v. 111, p. 135-148, 2013.

NASCIMENTO, A. C. **A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Isto é regulação?** 2003. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Curso de pós-graduação em saúde coletiva. Área de concentração em política, planejamento e administração em saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; SANTA-HELENA, E. T.; MELCHIOR, R.; CARACIOLO, J. M.; BASSO, C. R.; ALVES, M. T. S. S. B.; ALENCAR, T. M. D.; FERRAZ, D. A. S. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NYAZEMA, N.; VIBERG, N.; KHOZA, S.; VYAS, S.; KUMARANAYAKE, L.; TOMSON, G. Low sales of antibiotics without a prescription: a cross-sectional study in Zimbabwean private pharmacies. **The Journal of Antimicrobial chemotherapy**, Londres, v. 59, p. 718-726, 2007.

NKANSAH, N.; MOSTOVETSKY, O.; YU, C.; CHHENG, T.; BENEY, J.; BOND, C. M.; BERO, L. Effect of outpatient pharmacists non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, Oxford, v. 7, n. 336, p. 1-91, 2011.

NUCKOLS, T. K.; BOWER, A. G.; PADDOCK, S. M.; HILBORNE, L. H.; WALLACE, P.; ROTHSCHILD, J. M.; GRIFFIN, A.; FAIRBANKS, R. J.; CARLSON, B.; PANZER, R. J.; BROOK, R. H. Programmable infusion pumps im ICUs: an analysis of corresponding adverse drug events. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 23, p. 41-45, 2008.

NUNAN, M.; DUKE, T. Effectiveness of pharmacy interventions in improving availability of essential medicines at the primary healthcare level. **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 16, n. 5, p. 647-658, 2011.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, 2010.

OPARAH, A. C.; ADJE, D. U.; ENATO, E. F. U. Outcomes of pharmaceutical care intervention to hypertensive patients in a Nigerian community pharmacy. **International Journal of Pharmacy Practice**, Londres, v. 14, p. 115-122, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies**. **Evidence for action.** Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNIDIAL DA SAÚDE. **Criteria for medicinal drug promotionresolution WHA 41.17 adopted by the Forty-first World Health Assembly**, 13 May, 1998. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38125/1/924154239X_eng.pdf?ua=1. Genebra, 1998. Acesso em: 31 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como desarrollar y aplicar una politica farmacéutica nacional. **Perspectivas politicas de la OMS sobre medicamentos**. Genebra, 2013. 6p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Strategic Plan 2012-2015. Towards a world in which the best available research evidence informs health policy making.** Genebra: OMS, 2012. 32p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Bamako call to action on research for health. Strengthening research for health, development and equity**. Bamako: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso de medicamentos essenciales. Tercer informe del Comité de expertos de la OMS.** Genebra, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Assembly:** resolution on health research. Genebra: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on knowledge for better health:** strengthening health systems. Genebra: OMS, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Servicios farmacêuticos basados em la atención primaria. Documento de posición de la Opas/OMS**. Washington: OMS, 2013. 106p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. **Avaliação da assitência farmacêutica no Brasil**. Brasília, 2005. 260p.

ORIZIO, G.; SCHULZ, P.; DOMENIGHINI, S.; CAIMI, L.; ROSATI, C.; RUBINELLI, S.; GELATTI, U. Cyberdrugs: a cross-sectional study of online pharmacies characteristics. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 19, n. 4, p. 375-377, 2009a.

ORIZIO, G.; SCHULZ, P.; DOMENIGHINI, S.; BRESSANELLI, M.; RUBINELLI, S.; CAIMI, L.; GELATTI, U. Online consultations in cyberpharmacies: completeness and patient safety. **Telemedicine Journal and e-Health**, Larchmont, v. 15, n. 10, p. 1022-1025, 2009.

ORIZIO, G.; MERIA, A.; SCHULZ, P. J.; LEGATTI, U. Quality of online pharmacies and websites selling prescription drugs: a systematic review. **Journal of Medical Internet Research,** Toronto, v. 13, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222188/>. Acesso em: 25 nov. 2014.

OXMAN, A. D.; FRETHEIM, A.; LAVIS, J. N.; LEWIN, S. Busca e uso de evidências de pesquisa sobre utilização de recursos e custos. **Health Research Policy e Systems**, Londres, v. 7, n. 1, 2009b.

OXMAN, A. D.; LAVIS, J. N.; LEWIN, S.; FRETHEIM, A. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências? **Health Research Policy and Systems**, Londres, v. 7, n. 1, 2009a.

PADULA, R. S.; PIRES, R. S.; ALOUCHE, S. R.; CHIAVEGATO, L. D.; LOPES, A. D.; COSTA, L. O. P. Análise da apresentação textualde revisões sistemáticas em

fisioterapia publicadas no idioma portugûes. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 16, n. 4, p. 281-288, 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PALÁCIOS, M; REGO, S; LINO, M. H. Promoção e prapaganda de medicamentos em ambentes de ensino: elementos para o debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n, 27, p. 893-905, out.dez. 2008.

PANISSET, U. Iniciativas para apoiar o uso de evidências para a formulação de políticas de saúde e na tomada de decisão na gestão: uma visão e prática da OMS. In: **XXVI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2011,** Gramado, RS. Disponível em: <http://www.eventos.bvsalud.org/agendas/CONASEMS/public/documents/EVIPNet-CONASEM_Ulysses_Panisset-120414.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2014.

PENM, J.; LI, Y.; ZHAI, S.; HU, Y.; CHAAR, B.; MOLES, R. The impacto of clinical pharmacy services in China on the quality use of medicines: a systematic review in contexto of China´s current healthcare reform. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 29, n. 7, p. 849-872, 2013.

PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PEREIRA, R. P. G.; CARDOSO, M. J. S. P. O.; MARTINS, M. A. C. S. C. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 7, p. 55-62, 2012.

PHARMACIA BRASILEIRA. Brasília: jan./ fev. 2010. **Fascículo Erros de Medicação.**

PIRIPIRI. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Evidência em Saúde. **Síntese de evidências nº 01/2010**. Piripiri, 2010.

PIRIPIRI. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Evidência em Saúde. **Síntese de evidências nº 01/2011.** Piripiri, 2011.

PRONOVOST, P.; WEAST, B.; SCHWARZ, M.; WYSKIEL, R. M.; PROW, D.; MILANOVICH, S. N.; BERENHOLTZ, S.; DORMAN, T.; LIPSETT, P. Medication reconciliation: a pratical tool to reduce the risk of medication erros. **Quality & safety in health care**, Londres, v. 19, p. 201-205, 2003.

PUIG-JUNOY, J.; MORENO-TORRES, I. Impacto of pharmaceutical prior authorisation policies. **Pharmacoeconomics**, Auckland, v. 25, n. 8, p. 637-648, 2007.

RAINE, T. R.; HARPER, C. C.; ROCCA, C. H. Direct access to emergency contraception thought pharmacies and effect on unintended pregnancy. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 293, p. 54-62, 2005

RATANAWIJITRASIN, S.; SOUMERAI, S.; WEERASURIYA, K. Do national medicinal drug policies and essential drug programs improve drug use? A review of experiences in developing countries. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 53, p. 831-844, 2001.

REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/sobre/>. Acesso em: 18 nov. 2014a.

REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/departamento-de-assistencia-farmaceutica-do-ministerio-da-saude-recebe-capacitacao-na-metodologia-evipnet/>. Acesso em: 27 nov. 2014b.

REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. Políticas informadas por evidências: a experiência da EvipNet Brasil. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2014/10/00-Sharing_EVIPNet_Brazil_B arreto3.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2015.

REGO, S. Escola não é lugar de propaganda. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 3-6, 2004.

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão / não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2299-2306.

REINO UNIDO. Department for International Development. **Policy paper. Systematic reviews in international development**. Reino Unido, 2013. Disponível em: <http://www.gov.uk/government/publications/systematic-reviews-in-international-development/systematic-reviews-in-international-development>. Acesso em: 16 nov. 2014.

REINO UNIDO. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency – MHRA. **Supplementary Prescribing**. Reino Unido, 2010. Disponível em: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20141205150130/http://www.mhra.gov.uk/PrintPreview/DefaultSplashPP/CON009696?ResultCount=10&DynamicListQuery=&DynamicListSortBy=xCreationDate&DynamicListSortOrder=Desc&DynamicListTitle=&PageNumber=1&Title=Supplementary%20prescribing>. Acesso em: 31 jan. 2015.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Contas do município do Rio de Janeiro. **Sumários executivos. Avaliação do Programa Remédio em Casa.** Secretaia de Controle Externo. 4ª Inspetoria Geral de Controle Externo. Rio de Janeiro, 2005.

ROBBERSTAD, B.; OLSEN, B. E. Preventing mother to child transmission of HIV with highly active antiretroviral treatment in Tanzania – a prospective cost-effectiveness study. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome**, Hagerstown, v. 55, p. 397-403, 2010.

ROBERTS, G. W.; FARMAR, C. J.; CHENEY, P. C.; GOVIS, S. M.; BELCHER, T. W.; WALSH, S. A.; ADAMS, R. J. Clinical decision support implemented with academic detailing improves prescribing of key renally cleared drugsin the hospital setting. **Journal of the American Medical Informatics Association**, Philadelphia, v. 17, p. 308-312, 2010.

ROSA, M. B.; PERINI, E.; ANACLETO, P. A.; NEIVA, H. M.; BOGUTCHI, T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 490-498, 2009.

ROTHSCHILD, J. M.; KEOHANE, C. A.; COOK, E. F.; ORAV, E. J.; BURDICK, E.; THOMPSON, S.; HAYES, J.; BATES, D. W. A controlled trial of smart infusion pumps to improve medication safety in critically ill patients. **Critical Care**, Londres, v.; 33, p. 533-540, 2005.

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 13, p. 561-568, 2008.

RUMEL, D.; NISHIOKA, S. A.; SANTOS, A. A. M. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 40, n. 5, p. 921-927, 2006.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; MIRANDA, E. S.; EMMERICK, I. C. M.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Preços e disponibilidade de medicamentos no programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 611-619, 2010.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, 2011.

SÃO PAULO. **Remédio em Casa.** Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=5875. Acesso em: 10 abr. 2015.

SAVI, M. G. M.; SILVA, E. L. O fluxo da informação na prática clínica dos médicos residentes: a análise na perspectiva da medicina baseada em evidências. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 38, n. 3, p. 177-191, 2009.

SCHAFHEUTLE, E. I.; SESTON, E. M.; HASSEL, K. Factors influencing pharmacist performance: a review of the peer-reviewed literature. **Health Policy**, Nova Iorque, v. 102, p. 178-192, 2011.

SCHREYOEGG, J.; BUSSE, R. Drug budgetsand effects on physicians presctiption behaviour: new evidence from Germany. **Journal of Pharmaceutical Finance, Economics and Policy**, Philadelphia, v. 14, n. 3, p. 77-95, 2005.

SHIWA, S. R.; COSTA, L. O. P.; MOSER, A. D. L.; AGUIAR, A. C.; OLIVEIRA, L. V. F. PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 523-533, 2011.

SHULMAN, R.; SINGER, M.; GOLDSTONE, J.; BELLINGAN, G. Medication erros: a prospective cohort study of hand-written and computerised physician order entry in the intensive care unit. **Critical Care**, Londres, v. 9, p. 516-521, 2005.

SILVA, V.; GRANDE, A. J.; CARVALHO, A. P. V.; MARTIMBIANCO, A. L. C.; RIERA, R. Overview de revisões sistemáticas - um novo tipo de estudo. Parte II. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 29-41, 2014.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, fev. 2005.

SIMON, S. R.; MAJUMDAR, S. R.; PROSSER, L. A.; SALEM-SCHATZ, S.; WARNER, C.; KLEINMAN, K.; MIROSHNIK, I.; SOUMERAI, S. B. Group versus individual academic detailing to improve the use of antihypertensive medications in primary care: a cluster-randomized controlled trial. **The American Journal of Medicine**, Chicago, v. 118, p. 521-528, 2005.

SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE FARMACOECONOMIA NO SUS, 2., 2014, Belo Horizonte, MG. **Disseminação da ATS para a tomada de decisão**. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

SINNOTT, S.; BUCKLEY, C.; O´RIORDAN, D.; BRADLEY, C.; WHELTON, H. The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis. **PLos One**, São Francisco, v. 8, n. 5, p. e64914, 2013.

SMALLEY, W. E.; GRIFFIN, M. R.; FOUGHT, R. L.; SULLIVAN, L.; RAY, W. A. Effect of prior authorization requirement on the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs by Medicaid patients. **The New England Journal of Medicine,** Boston, v. 332, n. 24, p. 1612-1617, 1995.

SMITH, F. Privaye local pharmacies in low-and-middle-income countries: a review of interventions to enhance their role in public health. **Tropical Medicine and International Health,** Oxford, v. 14, n. 3, p. 362-372, 2009a.

SMITH, F. The quality of private pharmacy services in low and middle-income countries: a systematic review. **Pharmacy World & Science**, Heildberg, v. 31, p. 351-361, 2009b.

SOUMERAI, S. B.; AVORN, J.; ROSS-DEGNAN, D.; GORTMAKER, S. Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid. Effects on therapy, cost and equity. **The New England Journal of Medicine,** Boston, v. 317, p. 550-556, 1987.

SOUSA, I. M. C.; BADSTEIN, R. C. A.; TESSER, C. D.; SANTOS, F. A. S.; HORTALE, V. A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

STURM, H.; AUSTVOLL-DAHLGREN, A.; AASERUD, M.; OXMAN, A. D.; RAMSAY, C. R.; VERNBY, A.; KOSTERS, J. P. Pharmaceutical policies: effects of financial for prescribers. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, Oxford, v. 3, n. 6731, p. 1-72, 2011.

TEMPORÃO, J.G. A saúde no Brasil em 2021. In: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. **A saúde no Brasil em 2021. Reflexões sobre os desafios da próxima década**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 30-32.

THOMAS, A.; BOXALL, E.; LAHA, S.; DAY, A.; GRUNDY, D. An educational and audit tool to reduce prescribing error in intesive care. **Quality & safety in health care**, Londres, v. 17, p. 360-363, 2008.

TORRES, H. C.; CANDIDO, N. A.; ALEXANDRE, L. R.; PEREIRA, F. L. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 312-316, 2009.

TSAI, A. C.; LURIE, P.; SEHGAL, A. R. An outbreak of web sites selling ciprofloxacin following an outbreak of anthrax by mail. **The American Journal of Medicine**, Nova Iorque, v. 113, n. 5, p. 424-427, 2002.

UNITED STATES. **Fact Sheet. Medical Subject Headings**. United States National Library of Medicine, 2013. Disponível em: < http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html>. Acesso em: 28 fev. 2015.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Ministério da Saúde. **O que é a UNA-SUS? 2015.** Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/o-que-e-una-sus>. Acesso em: 01 fev. 2015.

VEBER, A. P.; DIEHL, E.; LEITE, S. N.; PRÓSPERO, E. N. S. Assistência farmacêutica nos serviços locais de saúde pública em Santa Catarina (Brasil): características da sua organização. **Brazilian Journal Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 75-80, 2011.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Pan-americana Salud Publica**, Washington, D.C., v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 674-681, 2009.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Pan-Americana Salud Publica**, Washington, D. C., v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

WAFULA, F. N.; MIRITI, E. M.; GOODMAN, C. A. Examining characteristics, knowledge and regulatory practices of specialized drug shops in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature. **Health Services Research,** Londres, v. 12, p. 223-240, 2012.

WASSERFALLEN, J. B.; BUTSCHI, A. J.; MUFF, P.; BIOLLAZ, J.; SCHALLER, M. D.; PANNATIER, A.; REVELLY, J. P.; CHIOLERO, R. Format of medical oreder sheet improves security of antibiotics prescription: the experience of an intensive care unit. **Critical Care**, Londres, v. 32, p. 655-659, 2004.

WAZANA, A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? **Journal of the American Medical Association,** Chicago, v. 283, n. 3, p. 373-380, 2000.

WEANT, K. A.; COOK, A. M.; ARMISTEAD, J. A. Medication-error reporting and pharmacy resident experience during implementation of computerized prescriber order entry. **American Journal of Health System Phamacy**, Bethesda, v. 64, p. 526-530, 2007.

WELCH, V. A.; PETTICREW, M.; O´NEILL, J.; WATERS, E.; ARMSTRONG, R.; BHUTTA, Z. A.; FRANCIS, D.; KOEHLMOOS, T. P.; KRISTJANSSON, E.; PANTOJA, T.; TUGWELL, P. Health equity: evidence synthesis and knowledge translation methods. **Systematic Reviews**, Londres, v. 2, n. 1, p. 43-52, 2013.

WIRTZ, V. J.; REICH, M. R.; FLORES, R. L.; DRESER, A. Medicines in Mexico, 1990-2004: systematic review of research on access and use. **Salud Publica de Mexico**, Cidade do México, v. 50, n. 4, p. 470-479, 2008.

WOFFORD, J. L.; OHL, C. A. Teaching appropriate interactions with pharmaceutical company representatives: The impact of an innovative workshop on student attitudes. **Biomed Central Medical Education,** Londres, v. 5, p. 5, 2005.

WORLD SELF MEDICATION INDUSTRY. **Switch. Prescription to nonprescription medicines switch**. Ferney-Voltaire, 2009.

ZERMANSKY, A. G.; ALLDRED, D. P.; PETTY D. R.; RAYNOS, D. K.; FREEMANTLE, N.; EATSAUGH, J. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes randomised controlled trial. **Age Ageing**, Oxford, v. 35, p. 586-591, 2006.

ANEXO A

RESULTADO DA 1ª CHAMADA PÚBLICA DE APOIO A PROJETOS EVIPNET – 2014

Título do Projeto	Instituição Beneficiária	Valor
1. ADEQUAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS, RJ: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS.	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	R$ 40.000,00
APERFEIÇOAMENTO DA ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO POR MEIO DAS FERRAMENTAS SUPPORT PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS	INSTITUTO DE SAÚDE	R$ 40.000,00
3. ELABORAÇÃO DE SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA	INSTITUTO DE SAÚDE - SES-SP	R$ 40.000,00
4. DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS ATRAVÉS DO ULTRASSOM MORFOLÓGICO FETAL E DA TRIAGEM NEONATAL PELO TESTE DO CORAÇÃOZINHO: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	R$ 40.000,00
5. IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – FIOCRUZ BRASILIA	DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.	R$ 40.000,00
6. AVALIAÇÃO DO IMPACTO EM SAÚDE E SUA VALORAÇÃO EM GASTOS PÚBLICOS DECORRENTES DA POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA NO ESTADO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 2006 A 2013 E REVISÃO DE MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DAS EMISSÕES DE POLUENTES	INSTITUTO SAÚDE E SUSTENTABILIDADE	R$ 40.000,00
7. PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE INFORMADO POR EVIDÊNCIAS PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI-CE	R$ 40.000,00
8. TRÂNSITO É VIDA: PELA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NA CIDADE DO RECIFE	SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE-PE	R$ 40.000,00
9. SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA REDUÇÃO DA MORBIDADE E MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO	SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL-CE	R$ 40.000,00
10. EFETIVIDADE DAS INTERVENCOES VOLTADAS PARA SOLUCIONAR O PROBLEMA DA SUPER LOTACAO DOS SERVICOS HOSPITALARES DE URGENCIA.	REDE BRASILEIRA DE COOPERACAO E EMERGENCIAS	R$ 40.000,00

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/17/RESULTADO-DA-1---CHAMADA-P--BLICA-EVIPNET-2014.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014.

ANEXO B

AVALIAÇÃO TRIENAL CAPES 2013 – ÁREA DA FARMÁCIA

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Diretoria de Avaliação

Para a estratificação dos periódicos informados na produção intelectual do triênio 2010-2012 considerou-se os fatores de impacto indicados nas bases de indexação para o ano de 2011. A estratificação dos periódicos nos sete estratos (A1 a B5) seguiu os critérios determinados pela Diretoria de Avaliação (DAV/CAPES), a saber:

$A1 < A2$

$A1 + A2 \leq 25\%$

$A1 + A2 + B1 \leq 50\%$

A área de Farmácia considera alguns periódicos como estratégicos para o desenvolvimento de algumas das suas sub-áreas, classificando-os independentemente dos critérios de indexação da área, como indicado a seguir:

Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences (ISSN 1984-8250): B2
Revista Brasileira de Farmacognosia/Braz. J. Pharmacognosy (ISSN 1981-528X/0102-695X): B2
Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada (ISSN 1808-4532): B3
Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (ISSN 2179-5924): B5

A estratificação dos periódicos informados na produção intelectual dos Programas foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pela área de Farmácia, conforme indicado no Quadro 5.

Quadro 5. Critérios para estratificação dos Periódicos

Estratos	Fator de impacto JCR (j)	Fator de impacto SJR (h)
A1	$j \geq 3,809$	
A2	$3,808 > j \geq 2,856$	
B1	$2,855 > j \geq 1,699$	$h \geq 0,997$
B2	$1,698 > j \geq 0,688$	$0,996 > h \geq 0,402$
B3	$0,687 > j \geq 0,018$	$0,401 > h \geq 0,184$
B4	$0,017 > j \geq 0,00$	$h \geq 0,183$
B5	Indexados no SciELO, PubMed/Medline, International Pharmaceutical Abstracts, LILACS e não indexados no *ISI/Web of Knowledge/Thomson Reuters* e *Scopus/SCImago/Elsevier*	
C	Não indexadas nas bases de dados indicadas no estrato B5	

j= Fator de impacto do JCR (ISI/Web of Knowledge/Thomson Reuters);

h= Fator de impacto SJR (*Scopus/SCImago/Elsevier*)

Fonte: COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Diretoria de Avaliação. Avaliação Trienal, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/viewerng/viewer?a=v&pid=sites&srcid=Y2FwZXMuZ292LmJyfHRyaWVuYWwtMjAxM3xneDo3ZjRjMWUyNzUxZDU5ODMx>. Acesso em: 29 nov. 2014.