

Serviços Farmacêuticos: uma tecnologia em saúde

Johnny Wallef Leite Martins

Como citar:

MARTINS, Johnny Wallef Leite. Serviços Farmacêuticos: uma tecnologia em saúde. *In*: MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho; FORGERINI, Marcela (org.). **O cuidado e a prescrição farmacêutica**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2023. p. 53-62. DOI: <https://doi.org/10.36311/2023.978-65-5954-353-3.p53-62>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

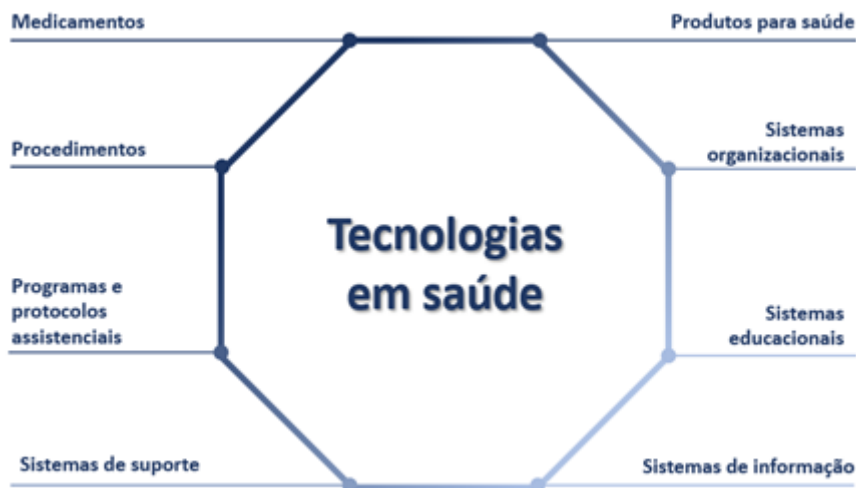
Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

1.3. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE

Johnny Wallef Leite Martins

Quando pensamos em tecnologias em saúde, a primeira coisa que vem à nossa mente são medicamentos e produtos para a saúde; mas a definição é muito mais ampla. Segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) no SUS, uma tecnologia em saúde é “quando há a aplicação do conhecimento com o objetivo de promoção a saúde”. O conceito inclui, procedimentos, sistemas organizacionais, sistemas educacionais, sistemas de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, além de medicamentos e produtos para a saúde (BRASIL, 2016) (FIGURA 3). Desta forma, os serviços farmacêuticos podem ser considerados um tipo de tecnologia em saúde por se tratar de procedimentos em saúde, onde há a aplicação do conhecimento para a promoção, prevenção e a recuperação de saúde de pacientes.

Figura 3. Diferentes tipos de tecnologias em saúde.



Fonte: adaptado de BRASIL, 2016.

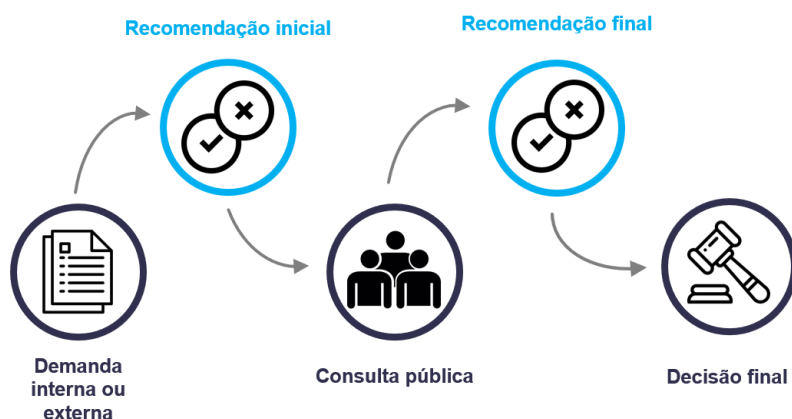
Para a incorporação de tecnologias no sistema de saúde, há um processo complexo e multidisciplinar. A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) é um processo onde são considerados diversos fatores que estão relacionados com o sistema de saúde como um todo. É necessário identificar o benefício clínico da nova tecnologia, a inovação, o impacto socioeconômico e a eficiência da adoção da nova tecnologia. Devem também ser considerados aspectos de ética e equidade da adoção desta nova tecnologia no SUS (NOVAES; SOÁRES, 2020).

Segundo a CONITEC, para que uma tecnologia em saúde seja incorporada no SUS, devem ser levados em consideração os *aspectos clínicos*: a tecnologia funciona em estudos clínicos? É segura? A tecnologia funciona no mundo real? Os *aspectos econômicos*: a tecnologia é custo-efetiva? A tecnologia pode poupar recursos? Qual será o impacto financeiro da adoção da nova tecnologia? Os *aspectos organizacionais*: o SUS possui o necessário para a adoção da tecnologia? Será necessário fazer a adaptação do sistema de saúde para a adoção? e os *aspectos relacionados ao paciente*:

qual o impacto social da incorporação da tecnologia em saúde? Existem questões éticas para a adoção da tecnologia? (BRASIL, 2016).

Ao levar em conta os aspectos clínicos, econômicos, organizacionais e relacionados ao paciente no processo de ATS, é gerado uma recomendação técnico-científica sobre a incorporação ou não da tecnologia avaliada (vide o fluxo geral para a incorporação de tecnologias em saúde no Brasil na Figura 4).

Figura 4. Processo de avaliação de tecnologia em saúde no Brasil.



Fonte: elaborado pelo autor (2022).

Até o momento, não há qualquer registro de avaliação ou incorporação de serviços farmacêuticos pela CONITEC ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas há o registro de avaliação de procedimentos farmacêuticos por outras agências. Como um exemplo de adoção dos serviços farmacêuticos, o *National Institute for Healthcare Excellence* (NICE), instituto responsável pelo processo de ATS para o *National Health System* (NHS - sistema de saúde público do Reino Unido), realizou uma recomendação sobre a incorporação do serviço farmacêutico em farmácias comunitárias (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2018).

O NHS é um sistema de saúde pública que atende toda a população do Reino Unido. Neste sistema, as farmácias comunitárias são responsáveis por cerca de 92% da dispensação dos medicamentos que são incorporados pelo NHS. Só em 2014, o custo dos medicamentos dispensados nas farmácias comunitárias foi de cerca de £ 8,9 bilhões.

Assim, o NHS realizou em 2018, a recomendação da incorporação e regulamentação das farmácias comunitárias, onde o serviço de Cuidado Farmacêutico é integrado para a melhoria do cuidado ao paciente (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2018). A recomendação incorporada considerou os aspectos de eficácia da intervenção, os sociais para a comunidade e econômicos relacionados com a adoção da intervenção.

O exemplo que estimulou a incorporação dos serviços farmacêuticos foi a intervenção na cessação do hábito de fumar. Foram identificados estudos onde a intervenção de aconselhamento para os pacientes com desejo de parar de fumar demonstraram resultados importantes na redução de eventos relacionados ao hábito de fumar, por exemplo, acidente vascular cerebral, câncer de pulmão, entre outros. Apesar de ser uma intervenção mais custosa do que o tratamento padrão (sem intervenção de aconselhamento farmacêutico), há uma redução nos custos do manejo dos eventos futuros (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017).

Além disso, há um incremento na qualidade de vida dos pacientes que receberam os serviços farmacêuticos, ou seja, a intervenção farmacêutica de aconselhamento dos pacientes foi considerada dominante porque apresentou uma redução nos custos totais e aumentou a qualidade de vida dos pacientes (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017).

Esta recomendação de incorporação estimula que as farmácias comunitárias ajam como agentes de saúde ofertando serviços de Cuidados Farmacêuticos aos pacientes a fim de melhorar os desfechos clínicos de pacientes com condições crônicas (e.g., diabetes *mellitus* e hipertensão

arterial), além do tabagismo (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2018).

Apesar de não haver um processo de ATS centralizado (i.e., realizado pelo Ministério da Saúde) para a incorporação dos serviços de cuidado farmacêutico no SUS, este tipo de serviço pode ser adotado de forma descentralizada, sendo avaliado localmente a depender das condições do local onde o serviço será implementado (BRASIL, 2009; INSTITUTO DA SAÚDE, 2021).

Como demonstrado nos subcapítulos anteriores (1.1 e 1.2), o serviço de Cuidado Farmacêutico é uma tecnologia eficaz para a melhora dos desfechos clínicos dos pacientes. Uma revisão sistemática da literatura evidenciou que existem diversos estudos onde a adoção do Cuidado Farmacêutico em pacientes oncológicos demonstrou a melhora de PRF e adesão ao tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Observa-se que os resultados do estudo corroboram para a incorporação de serviço uma vez que atendem os itens clínicos (i.e., eficácia e aumento de adesão ao tratamento) e os itens relacionados aos pacientes (i.e., melhora na qualidade de vida) que são avaliados para incorporação.

A próxima etapa é a avaliação econômica do serviço farmacêutico. Utilizam-se métodos farmacoeconômicos do tipo parcial ou completo. As análises completas são estudos que compreendem todos os custos e desfechos de uma nova tecnologia em comparação a tecnologia padrão. Na avaliação completa utiliza-se mais de um método econômico diferente: custo-minimização, custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício (DECIMONI, 2016) (QUADRO 2).

A análise de custo-minimização considera que as intervenções possuem o mesmo perfil de eficácia e segurança, assim, considerando apenas as diferenças de custos que são decorrentes do uso de uma nova tecnologia.

As demais análises consideram que os desfechos diferem entre as tecnologias e assim, existe um benefício clínico na adoção da nova tecnologia. A análise de custo-efetividade considera desfechos relacionados com o paciente e com o tratamento, por exemplo, redução na porcentagem

de hemoglobina glicada, redução no tempo de hospitalização, melhora da adesão ao tratamento e outros desfechos clínicos.

A análise de custo-utilidade considera desfechos relacionados com a qualidade de vida dos pacientes, como por exemplo, a utilidade e os anos de vida ajustados pela qualidade. Já a análise de custo-benefício converte os benefícios clínicos em benefícios financeiros e faz uma avaliação de benefício monetário obtido. O tipo de avaliação a ser adotada para a análise da incorporação de um serviço farmacêutico depende do objetivo e da evidência científica disponível.

Quadro 2. Tipos de avaliações econômicas aplicadas aos serviços farmacêuticos.

Tipo de avaliação	Tipo de desfecho avaliado	Tipo de resultado encontrado	Racional do cálculo
Custo-minimização	Não avalia desfechos	Redução ou aumento de custos totais com a implementação da nova tecnologia	Custo total da nova tecnologia - Custo total da tecnologia comparada
Custo-efetividade	Desfechos de efetividade (e.g., cura, redução de tempo de hospitalização)	Valor despendido para alcançar determinado desfecho, representado pela RCEI	RCEI = custo incremental/desfecho incremental
Custo-utilidade	Desfechos de qualidade de vida (e.g., anos de vida ajustados pela qualidade, utilidade)	Valor despendido para alcançar determinado desfecho, representado pela RCEI	RCEI = custo incremental/desfecho incremental
Custo-benefício	Desfechos convertidos para valores monetários	Benefício financeiro pela adoção da tecnologia.	Razão de custo-benefício = Benefício/ Custo

RCEI: Razão de custo-efetividade incremental.

Fonte: adaptado de DECIMONI, 2016.

No intuito de avaliar o impacto econômico da adoção de serviços de cuidado farmacêutico no SUS, Tiguman; Junior (TIGUMAN; JUNIOR, 2020) identificaram estudos conduzidos principalmente na região sudeste do país que atendiam pacientes com diversas morbidades, mas a maioria dos

estudos foram considerados de baixa qualidade e heterogêneos. Esta baixa qualidade pode ser explicada pela grande variabilidade no delineamento dos estudos, na definição dos comparadores, na falta de padronização da mensuração dos desfechos no processo de quantificação de uso de recursos e na mensuração dos custos.

Apesar das limitações de baixa qualidade e heterogeneidade, os serviços de Cuidado Farmacêutico demonstram ser uma alternativa poupadora de recursos para o SUS e o Sistema de Saúde Suplementar. Para ilustrar, podemos citar o estudo conduzido por Malfará *et al.* (2018) que avaliaram a intervenção de uma equipe de farmacêuticos clínicos em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Os resultados evidenciaram a redução de 12,4% PRF e houve uma economia de R\$ 15.118,73 em 197 intervenções realizadas.

Um outro exemplo é a avaliação econômica do tipo custo-efetividade do serviço de Cuidado Farmacêutico em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, na qual se observou que o grupo que recebeu os serviços de Cuidado foi considerado dominante, ou seja, obtiveram os melhores desfechos ao menor custo (GONÇALVES *et al.*, 2019) - vide a TABELA 1.

Tabela 1. Resultados do serviço de Cuidado Farmacêutico em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2.

Intervenção	Custo (em um ano)	Eficácia (redução de hemoglobina glicada)	Razão de custo- efetividade e RCEI
Empoderamento farmacoterapêutico	US\$ 254,34	0,359	US\$ 708,47/desfecho
Controle	US\$ 327,61	0,170	US\$ 1.927,12/ desfecho
Incremental	-US\$ 73,27	0,189	- US\$ 387,67/desfecho DOMINANTE

RCEI: Razão de custo-efetividade incremental.
 Fonte: Adaptado de GONÇALVES *et al.*, 2019.

Outra revisão sistemática da literatura avaliou a implementação dos serviços de Cuidado Farmacêutico em pacientes com hipertensão arterial sistêmica incluíram 12 estudos (oito estudos experimentais e quatro estudos observacionais) conduzidos em vários países (MELO *et al.*, 2021).

Os serviços de Cuidado Farmacêutico demonstraram uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e em alguns desfechos clínicos e no número de hospitalizações; redução nos custos médicos diretos para os pacientes e para os sistemas de saúde e apresentaram uma razão de custo-efetividade incremental favorável, incentivando para que haja a incorporação destes serviços (MELO *et al.*, 2021).

O processo de ATS é uma etapa fundamental para a incorporação de novas tecnologias em saúde. No Brasil, as principais agências que fazem recomendações baseadas em ATS são a CONITEC e a ANS. Nestas agências, as principais tecnologias avaliadas até o momento foram medicamentos e produtos para saúde.

Considerando as evidências científicas que discutimos neste tópico é possível observar que os serviços de Cuidado Farmacêutico aumentam a qualidade de vida e outros desfechos obtidos pelos pacientes que recebem os serviços. Há evidências econômicas favoráveis para a incorporação dos serviços, tomando a perspectiva dos pacientes ou do SUS.

Portanto, os serviços de Cuidado Farmacêutico são uma importante tecnologia em saúde para a melhora de todos os aspectos relacionados com a ATS: aspectos clínicos, econômicos, relacionados ao paciente e a organizações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação de Tecnologia em Saúde: ferramentas para gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência-Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. *Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no SUS: como se envolver?* Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_sus_envolver.pdf. Acesso em: 4 jul. 2021.

DECIMONI, T. C. *Revisão sistemática dos estudos de avaliação econômica em saúde desenvolvidos no Brasil de 1980-2013*. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GONÇALVES, A. C. O. *et al.* Cost-effectiveness analysis of a pharmacotherapeutic empowerment strategy for patients with type 2 diabetes mellitus. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, London, v. 7, n. 1, p. e000647, 2019.

INSTITUTO DA SAÚDE. *Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/homepage/ acesso-rapido/avaliacao-de-tecnologias-em-saude-ats/avaliacao-de-tecnologias-em-saude-ats>. Acesso em: 14 jul. 2021.

MALFARÁ, M. *et al.* Impact of the clinical pharmacist interventions on prevention of pharmacotherapy related problems in the paediatric intensive care unit. *International Journal of Clinical Pharmacy*, Dordrecht, v. 40, n. 3, p. 513-519, 2018.

MELO, J. Í. V. *et al.* O impacto econômico dos serviços farmacêuticos na assistência à saúde de pacientes portadores de hipertensão: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 66-77, 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Community pharmacies: promoting health and wellbeing - NICE guideline [NG102]*. 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng102>. Acesso em: 4 jul. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Community Pharmacy: Promoting Health and Wellbeing - economic report - NICE guideline [NG102]*. 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng102>. Acesso em: 14 jul. 2021.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. De. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio De Janeiro, v. 36, n. 9, 2020.

OLIVEIRA, C. S. *et al.* Impact of clinical pharmacy in oncology and hematology centers: A systematic review. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, London, v. 27, n. 3, p. 679-692, 2021.

TIGUMAN, G. B.; JUNIOR, R. M. Economic impact of pharmaceutical interventions on healthcare services from Brazil: a systematic review. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 512-521, 2020.

