

Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa

Rafael Santos Santana,¹ Elisdete Maria Santos de Jesus,²
Diana Grazielle dos Santos,² Divaldo Pereira de Lyra Júnior,²
Silvana Nair Leite³ e Wellington Barros da Silva²

Como citar

Santana RS, Jesus EMS, Santos DG, Lyra Júnior DP, Leite SN, Silva WB. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(3): 228–34.

RESUMO

Objetivo. Obter um painel dos principais indicadores utilizados para a seleção de medicamentos por meio da realização de uma revisão integrativa da literatura.

Métodos. Após elaborar um protocolo de revisão, foram realizadas buscas nas bases LILACS, MEDLINE, Embase e SciELO. Foram utilizados os descritores “indicadores”, “critérios”, “seleção de medicamentos”, “comitê de farmácia e terapêutica” e “formulário de medicamentos”, com suas variações em inglês e espanhol. Foram selecionados e revisados 16 artigos originais publicados entre janeiro de 1996 e março de 2012 para compor um painel de indicadores.

Resultados. Foram identificados 45 indicadores quantitativos e qualitativos. Esses indicadores foram agrupados de acordo com semelhanças conceituais em três categorias: 1) avaliação da estrutura da comissão de farmácia e terapêutica; 2) avaliação dos processos gerais de seleção de medicamentos; e 3) avaliação dos resultados da seleção de medicamentos.

Conclusões. Os indicadores avaliados demonstram relativa uniformidade nos padrões estabelecidos para a seleção de medicamentos. O grupo de indicadores estabelecidos neste estudo deve servir como referência para fomento e consolidação dessa atividade nos serviços de saúde pública.

Palavras-chave

Medicamentos essenciais; comitê de farmácia e terapêutica; avaliação de serviços de saúde; assistência farmacêutica.

Com o advento de um número cada vez maior de tecnologias sanitárias e a consequente pressão mercadológica junto aos serviços de saúde, a incorporação de medicamentos nas instituições públicas torna-se, cada vez mais, alvo de questionamentos. Em muitos países, a aquisição de medicamentos tornou-se uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas de saúde, já que compete com

outras prioridades, gerando gastos que nem sempre resultam em melhora significativa dos indicadores de saúde (1). Em muitos casos, recursos são desperdiçados com medicamentos inapropriados, ineficazes ou não seguros, o que pode ter consequências como efeito subterapêutico, reações adversas, interações medicamentosas preveníveis e aumento da resistência bacteriana aos antimicrobianos (2, 3).

A definição de listas de medicamentos essenciais é a principal recomendação dos órgãos nacionais e internacionais para alcance da racionalidade do uso de medicamentos. Em 1977, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou sua

primeira lista modelo e, desde então, vem assessorando os países membros a selecionar medicamentos com qualidade e custo razoável (4). Para gerir adequadamente esse processo, recomenda-se a institucionalização de uma comissão de farmácia e terapêutica (CFT). Esses comitês têm demonstrado sucesso no monitoramento e promoção da qualidade do uso de medicamentos e na contenção dos gastos em serviços de saúde de países desenvolvidos (5). Assim, a OMS recomenda a implementação de CFT em nível institucional, regional e nacional (3, 6).

Nos países em desenvolvimento, a institucionalização de CFT nos serviços

¹ Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Farmácia, Brasília (DF), Brasil. Correspondência: rafaels.santana1@gmail.com

² Universidade Federal de Sergipe (UFS), Departamento de Farmácia, São Cristóvão (SE), Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Farmácia, Florianópolis (SC), Brasil.

de saúde é deficiente. Também é pouco comum a avaliação dos impactos clínicos e econômicos que a implementação desses comitês pode gerar (5). No Brasil, apesar da Política Nacional de Medicamentos (7) estabelecer a “adoção de relações de medicamentos essenciais” e a “promoção do uso racional” como principais diretrizes para os serviços de saúde, ainda não existe uma política abrangente de institucionalização de CFT. Dados que comparam as poucas CFT existentes no Brasil com comitês de países desenvolvidos demonstram que, além da falta de regulamentação específica, há também deficiência de mecanismos de avaliação e monitoramento dos trabalhos do comitê, o que contribui para o pouco desenvolvimento das atividades de seleção de medicamentos no país (3).

Visando colaborar para a consolidação da seleção de medicamentos como atividade fundamental da assistência farmacêutica, realizou-se uma revisão integrativa da literatura científica para obtenção de um painel de indicadores que possam ser utilizados nos serviços de saúde como subsídio para implantação de um processo efetivo de seleção de medicamentos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O método de revisão integrativa permite a aplicação de diversas metodologias (pesquisa experimental e não experimental), contribuindo para a prática baseada em evidências pela apresentação de perspectivas variadas sobre um mesmo fenômeno (8). No presente estudo, elaborou-se um protocolo de revisão com descrição detalhada das etapas para orientação de dois pesquisadores que realizaram as buscas de maneira independente. Um terceiro pesquisador atuou como supervisor/ revisor. Para levantamento dos estudos foram utilizadas as bases LILACS, MEDLINE, Embase e SciELO.

Foram utilizados como descritores os termos “indicadores”, “critérios”, “seleção de medicamentos”, “comitê de farmácia e terapêutica” e “formulário de medicamentos”, com suas variações em inglês e espanhol, de acordo os *Medical Subject Headings* (MeSH) e/ou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os critérios para inclusão dos artigos foram definidos para garantir a abordagem de indicadores de avaliação da

seleção de medicamentos em sistemas de saúde descritos nas literaturas de língua inglesa, portuguesa e espanhola. Em busca preliminar, não foram localizados artigos que abordassem indicadores antes do ano de 1996. Considerando que um período superior a duas décadas seria relevante para a discussão do tema, foram incluídos na busca os artigos publicados entre janeiro de 1996 e março de 2012.

Além da busca nas bases de dados, realizou-se busca manual nas listas de referências dos artigos selecionados. Foram incluídos artigos originais e artigos de revisão. Foram excluídos cartas ao editor, artigos de opinião e trabalhos cujo texto integral não estava disponível.

RESULTADOS

Após a busca nas bases escolhidas e a exclusão dos documentos repetidos, foram relacionados, inicialmente, 1 048 artigos para avaliação. Depois da revisão, na qual foram avaliados títulos, resumos e conteúdo integral do artigo, 16 artigos foram incluídos para compor a revisão integrativa (3, 9-23), conforme a figura 1.

Dentre os artigos selecionados, 12 eram escritos em inglês, dois em espanhol e dois em português. Quanto à origem, oito trabalhos foram realizados

na Europa, dois na Austrália e seis estudos nas Américas, sendo dois brasileiros (tabela 1).

Os indicadores selecionados foram agrupados e codificados por similaridade de conceitos. Foram incluídos apenas indicadores que estavam presentes em pelo menos dois artigos diferentes. Foram estabelecidos três grupos de indicadores (24): estrutura das comissões de seleção de medicamentos, processo de seleção e resultados da seleção, conforme descrito nas tabelas 2, 3 e 4. As tabelas mostram também os principais parâmetros de avaliação descritos nos artigos selecionados, bem como a frequência de citação dos indicadores nos trabalhos desta revisão.

DISCUSSÃO

A efetividade das atividades de seleção de medicamentos está diretamente relacionada com a organização da CFT, seus processos de trabalho e sua capacidade de monitorar e comprovar resultados. Dos artigos selecionados para a revisão, 14 (87,5%) citaram indicadores relacionados à estrutura do comitê, 15 (93,7%) citaram indicadores de processo e 13 (81%) indicadores de resultado, o que demonstra uma certa uniformidade entre os estudos.

FIGURA 1. Fluxograma de tratamento dos estudos durante o processo de revisão da literatura para obtenção de um painel dos principais indicadores utilizados para a seleção de medicamentos

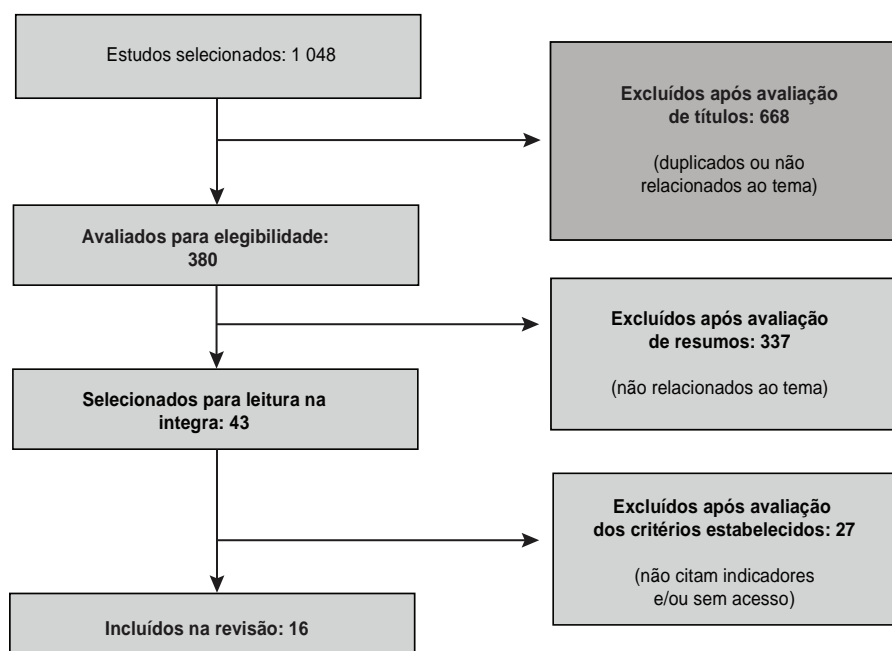


TABELA 1. Artigos incluídos na revisão sobre indicadores de seleção de medicamentos, 1996 a 2012

Referência	País	Tipo de estudo
Magarinos-Torres et al. (9)	Brasil	Estudo de caso
Durán-García et al. (10)	Espanha	Revisão
Latorre et al. (11)	Espanha	Observacional
Puigventós et al. (12)	Espanha	Observacional
Mittmann e Knowles (13)	Canadá	Observacional
American Society of Health-System Pharmacists (14)	Estados Unidos	Diretrizes de prática
Marques e Zucchi (3)	Brasil	Revisão
Tan et al. (15)	Austrália	Observacional
Martin et al. (16)	Canadá	Estudo de caso
Sjoqvist (17)	Suécia	Observacional
Torres et al. (18)	Espanha	Revisão
Fijn et al. (19)	Holanda	Observacional
Fijn et al. (20)	Holanda	Observacional
Weekes et al. (21)	Austrália	Observacional
Thürmann et al. (22)	Alemanha	Observacional
Weekes e Brooks (23)	Austrália	Observacional

Para a OMS, o objetivo maior de uma CFT é assegurar que será disponibilizada uma assistência de qualidade aos pacientes, com a menor despesa possível, determinando quais medicamentos devem estar disponíveis, a que custo e de que modo devem ser utilizados (2). Dentre os indicadores de estrutura mais citados nos estudos estão: a institucionalização da CFT na organização, o nível de representatividade, o número de representantes na CFT, o número e a periodicidade das reuniões e a aferição de situações de conflito de interesses dos seus membros (tabela 2).

Apesar da extensa recomendação dos organismos internacionais e da conso-

lidação da prática em países desenvolvidos, a realidade brasileira se mostra longe de um processo de institucionalização efetiva das CFT. Um estudo realizado com 250 hospitais públicos e privados de diversas regiões brasileiras mostrou que apenas 29 hospitais implantaram CFT. Além disso, em apenas nove desses hospitais as CFT funcionavam regularmente, ou seja, com no mínimo uma reunião a cada 2 meses (25). A CFT está presente em 86% dos hospitais do Reino Unido, atua em mais de 92% dos hospitais australianos e em 99,3% dos hospitais nos Estados Unidos (3, 26). No Brasil, a estimativa é que esse número seja inferior a 10% (3, 25).

O número e a representatividade dos membros irão variar de acordo com o nível de complexidade dos serviços oferecidos. Um número menor de membros pode significar maior facilidade para alcançar acordos por consenso. No entanto, um número maior de membros pode aportar variabilidade de conhecimentos, reduzir a carga de trabalho de cada membro e facilitar a execução das decisões. A qualidade do processo está atrelada à composição da comissão e, dada a diversidade de competências exigidas, o grupo deve ser composto por diferentes categorias profissionais, como médicos, farmacêuticos e enfermeiros (2, 9).

A periodicidade das reuniões também varia de acordo com o grau de demandas da CFT e do preparo dos membros. Considera-se o período mínimo de uma reunião a cada 3 meses e, idealmente, reuniões com periodicidade mensal (2, 11).

Um ponto consensual na literatura pesquisada e nas recomendações internacionais é a necessidade de aferir conflitos de interesse entre os membros, visando a evitar a influência deletéria do marketing farmacêutico e a interferência de interesses econômicos pessoais, pois há estudos que demonstram que 98% dos médicos são visitados com frequência por propagandistas e 22% confiam plenamente nas peças publicitárias distribuídas pelos laboratórios (27). Aqueles que participam de viagens de con-

TABELA 2. Indicadores de estrutura da Comissão de Farmácia e Terapêutica, janeiro de 1996 e março de 2012

Indicador	Principais parâmetros descritos	No. (%)
Institucionalização de comitê de farmácia e terapêutica responsável pela seleção de medicamentos no serviço de saúde (3, 9, 10, 12, 15, 18, 19, 21-23)	Comitê instituído por portaria, decreto ou documento institucional equivalente	10 (62,5)
Nível de representatividade do comitê (3, 10, 12, 13-15, 17, 20, 22, 23)	Equipe multiprofissional com principais representantes da área técnica e administrativa	10 (62,5)
Número de participantes da comissão de farmácia e terapêutica (10, 12, 13, 20, 22)	Não há número ideal. Em estudos hospitalares verificou-se média de 12 membros para unidades com menos de 500 leitos	5 (31,2)
Quantidade e periodicidade das reuniões da comissão de farmácia e terapêutica ao longo do ano (9, 12, 13, 18-22)	Mínimo de uma reunião ordinária a cada 2 meses	8 (50)
Aferição de situações de impedimento ético entre os membros (9, 14, 17, 18, 20, 21)	Assinatura de declaração de isenção de conflito de interesses	6 (37,5)
Autoridade da comissão de farmácia e terapêutica (15, 21)	Possui autonomia delegada pela gestão para decidir sobre a disponibilidade e utilização de medicamentos no serviço	2 (12,5)
Documentos institucionais com regras gerais para o funcionamento da comissão de farmácia e terapêutica (10, 12, 19, 21, 23)	Regimento interno ou documento equivalente com missão, objetivos, funções e procedimentos da comissão de farmácia e terapêutica	5 (31,2)
Comissão de farmácia e terapêutica organiza-se em sub-comissões para regulamentação de políticas específicas (3, 13, 20).	Comissões de Controle de antimicrobianos, medicamentos de alto custo, dentre outras	3 (18,7)
Participação de outros comitês da instituição no processo de seleção de medicamentos (10, 12, 14, 18, 21).	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional, dentre outras	5 (31,2)
Comitê realiza colaboração em rede com organizações governamentais, sociedades científicas ou com outras comissões de farmácia e terapêutica (3, 13, 17, 22)	Rede de apoio governamental ou associação independente	4 (25,0)
Possui recursos para financiamento das suas atividades (15, 21)	Recursos para custear treinamentos, materiais informativos, entre outros	2 (12,5)

TABELA 3. Indicadores dos processos de seleção de medicamentos descritos na literatura, janeiro de 1996 e março de 2012

Indicador	Principais parâmetros descritos	No. (%)
Possui guia de medicamentos essenciais disponível para os profissionais (3, 9, 10, 12-14, 18, 19, 22, 23)	Guia impresso ou digital distribuído para todos os prescritores do serviço	10 (62,50)
Processo padronizado para solicitação de alteração na lista de medicamentos (3, 10, 12, 14, 18, 20, 21)	Fluxo padrão descrito em documento institucional e amplamente divulgado	7 (43,7)
Utilização de estudos e ferramentas gerais de saúde baseada em evidências na tomada de decisão (9, 10, 13, 14, 16-18, 20, 22, 23)	Avaliação de estudos conforme níveis de evidência (Oxford, Grade, outros)	10 (62,5)
Utilização de estudos farmacoeconômicos para tomada de decisão (3, 9, 10, 13, 14, 16-18, 20, 23)	Custo minimização, custo benefício, custo efetividade, custo-utilidade, outros	10 (62,5)
Avaliação de outros aspectos e implicações relacionados ao ciclo logístico da assistência farmacêutica (3, 9, 13, 14, 16-18)	Estabilidade durante armazenamento, disponibilidade no mercado, condições de transporte, dentre outros	7 (43,7)
Realização de atividades de educação e consultoria aos profissionais da instituição sobre as questões relacionadas ao uso de medicamentos (3, 13, 14, 17, 21, 23)	Treinamentos sobre farmacoterapia e utilização racional de medicamentos	6 (37,5)
Protocolos e diretrizes terapêuticas padronizadas no serviço (3, 13, 19, 22, 23)	Protocolos elaborados pelo serviço ou utilização de protocolos nacionais	5 (31,2)
Programa de intercâmbio terapêutico de medicamentos (10, 12, 14, 18, 19, 22)	Profissionais não médicos podem realizar alterações na prescrição seguindo protocolos específicos elaborados pela comissão de farmácia e terapêutica	6 (37,5)
Possui assessoria de um centro de informação sobre medicamentos (CIM) (17, 18)	CIM próprio do serviço ou não vinculado mas que presta apoio as ações de seleção	2 (12,5)
Utilizam metodologias específicas validadas para incorporação de medicamentos (12, 18, 20)	Guia para la incorporación de nuevos fármacos (GINF), system of objective judgment analysis (SOJA), dentre outros	3 (18,7)
Elaboração de pareceres e/ou relatórios técnicos para documentar as alterações da lista (12, 14)	Emissão de parecer técnico para cada proposta de alteração da lista de medicamentos	2 (12,5)
Realiza avaliação e monitoramento do uso off-label de medicamentos no serviço (9, 14, 21)	Acompanhamento da utilização de medicamentos para indicações não aprovadas pela agencia reguladora	3 (18,7)
Possui regulamentação sobre a participação dos produtores e fornecedores no processo de seleção (12-14, 20-22)	Regulação do fornecimento de fontes de informação, amostras, visita e contato com corpo clínico do serviço	6 (37,5)
Monitoramento da segurança do uso de medicamentos no serviço (3, 13, 21, 23)	Notificações de erros de medicação, número de reações adversas, resistência de microrganismos a antibióticos	4 (25,0)
Utilizam estratégias para priorização da demanda de avaliação de medicamentos (10, 15)	Priorização de itens com maior relevância para o serviço	2 (12,5)
Normas para a solicitação e utilização eventual de medicamentos não padronizados na lista de medicamentos essenciais do serviço (14, 21)	Fluxo padrão descrito em documento institucional e amplamente divulgado	2 (12,5)
Estratégias de divulgação da lista e das decisões da comissão de farmácia e terapêutica (9, 13-15, 18, 23)	Guias impressos, e-mails direcionados, intranet, boletins periódicos, dentre outros	6 (37,5)
Restrição de uso de medicamentos por especialidade ou serviço ofertado (14, 18, 19)	Listas elaboradas para serviços específicos, com critérios pré-definidos	3 (18,7)
Reporte/validação das decisões da comissão de farmácia e terapêutica em instância superior (14, 16, 21, 23)	Direção clínica, gestores de atenção a saúde, secretários de saúde, dentre outros	4 (25,0)
Possui mecanismos de apelação formal (16, 21, 23)	Solicitantes podem recorrer às decisões da comissão de farmácia e terapêutica e/ou reportar casos de surgimento de novas evidências científicas	3 (18,7)
Periodicidade de revisão de toda a lista (18, 21)	Preferencialmente anual; mínimo bienal	2 (12,5)

gressos patrocinados pela indústria têm 790% mais chances de solicitar inclusão do medicamento no seu hospital (28). Portanto, a OMS preconiza que deve ser exigido de todos os membros do comitê o preenchimento de uma declaração de interesses, a fim de comprometê-los com os princípios de trabalho e ética da CFT (2).

Na tabela 3 pode-se observar que os indicadores de processo mais citados nos estudos avaliados por esta revisão são a institucionalização de formulário de medicamentos essenciais para o serviço, processo padronizado para solicitação de alteração na lista de medicamentos, utilização de métodos gerais de saúde baseada em evidências, utilização de métodos de farmacoeconomia e avaliação

de outros aspectos relacionados ao ciclo da assistência farmacêutica.

Há aceitação mundial de que as relações de medicamentos essenciais promovem maior equidade no serviço, com impacto comprovado na melhora do acesso e no custo-efetividade dos cuidados à saúde. Assim, construir listas e formulários de medicamentos essenciais pode ajudar os países a racionalizar a compra e distribuição de medicamentos, reduzindo custos e garantindo qualidade de atendimento (29).

Em contrapartida, a seleção é um processo complexo. A simples exclusão ou inclusão de medicamentos sem análise crítica não possibilita construir uma política de medicamentos essenciais (9). Nos últimos anos, os critérios de seleção de

medicamentos evoluíram de uma abordagem orientada apenas pela experiência clínica dos membros para basear-se fortemente em evidências científicas (4).

A avaliação comparativa com base em evidências científicas de qualidade, acrescida do perfil de utilização e ponderação dos gastos envolvidos, é inerente ao conceito de seleção de medicamentos (9). Um estudo realizado em 400 hospitais públicos da França, Alemanha, Holanda e Reino Unido demonstrou que 92% das decisões das CFT se basearam em evidências clínicas, enquanto que perspectivas econômicas foram levadas em consideração em 59% dos casos (30).

Aspectos relacionados ao ciclo da assistência farmacêutica também devem ser considerados durante a fase de ava-

TABELA 4. Indicadores de resultado para processo de seleção de medicamentos descritos na literatura, janeiro de 1996 e março de 2012

Indicador	Principais parâmetros descritos	No. (%)
Número de medicamentos que compõem o formulário da instituição (9, 18, 22)	Comparação com serviços de mesmo porte, listas de referência	3 (18,7)
Número e percentual de inclusões de medicamentos da lista durante revisão (9, 11, 12, 14, 18, 22)	Monitoramento do impacto da comissão de farmácia e terapêutica ao longo do tempo	6 (37,5)
Número e percentual de exclusões de medicamentos da lista durante revisão (9, 11, 12, 14, 18, 21, 22)	Monitoramento do impacto da comissão de farmácia e terapêutica ao longo do tempo	7 (43,7)
Quantidade de solicitações de alteração na lista demandadas pelos profissionais do serviço (9, 11, 18)	Comparação entre unidades do serviço; índice de demanda	3 (18,7)
Número de pareceres/relatórios realizados pela comissão de farmácia e terapêutica com relação ao total de alterações (9, 12)	Meta ideal de 100% das alterações com parecer da comissão de farmácia e terapêutica	2 (12,5)
Percentual de medicamentos da lista com avaliação formal da comissão de farmácia e terapêutica (9, 11, 12, 14, 18)	Meta ideal de 100% da lista com avaliação da comissão de farmácia e terapêutica	5 (31,2)
Número de protocolos e diretrizes terapêuticas elaboradas ou validadas pela comissão de farmácia e terapêutica (9, 12, 18, 19)	Meta ideal de 100% dos tratamentos com protocolos elaborados ou validados pela comissão de farmácia e terapêutica	4 (25,0)
Porcentagem de itens selecionados indicados por governos e organizações de saúde (10, 14, 16, 21)	Comparação com Relação Nacional de Medicamentos – RENAME, lista de medicamentos de referência da OMS, dentre outras	4 (25,0)
Quantitativo de medicamentos por classe terapêutica (11, 18, 21, 22)	Número de alternativas terapêuticas por grupo de medicamentos	4 (25,0)
Quantitativo de notificações de problemas relacionados aos medicamentos selecionados (3, 13, 18, 20, 21)	Quantitativo de queixas técnicas, reações adversas, casos de microrganismos resistentes a antibióticos	5 (31,2)
Percentual de adesão dos prescritores às políticas de uso de medicamentos instituídas pela comissão de farmácia e terapêutica (3, 18, 22)	Porcentagem de prescrições de acordo com lista, protocolos clínicos e orientações de utilização	3 (18,7)
Impacto econômico das alterações na lista (9, 12, 14, 17, 18)	Monitoramento da redução ou incremento de gastos após as modificações na relação de medicamentos	5 (31,2)
Número e custo das aquisições de Itens não padronizados (14, 18, 19, 21)	Monitoramento do impacto da aquisição de itens fora da lista	4 (25,0)

liação e comparação dos produtos. Itens com condições de armazenamento e transporte mais onerosas (por exemplo, no caso de medicamentos termolábeis) devem ser evitados sempre que possível, assim como produtos com baixa disponibilidade no mercado (poucos fornecedores, sem genéricos) e produtos de utilização complexa (necessitam de diluição, condições especiais de preparo, produtos acessórios para o uso ou dificuldades de adesão). No entanto, deve-se ter em memória que os critérios de eficácia e segurança são prioritários. Apenas depois de atendidas essas exigências devem ser levados em consideração outros aspectos práticos e econômicos (31).

Quanto aos principais indicadores de resultado da seleção de medicamentos presentes nos estudos, podemos citar: o número total e percentual de inclusões e de exclusões, o percentual de itens com avaliação da CFT e o seu impacto no número de problemas relacionados aos medicamentos selecionados e nos custos do serviço.

A inclusão de medicamentos considerados essenciais é a principal forma de garantir o acesso a tratamentos com maior qualidade e segurança para o usuário, além de menor despesa para o serviço. A organização Médicos sem Fronteiras chegou a afirmar que a primeira lista publicada pela OMS, em

1977, com 205 itens, constituiu uma revolução na medicina, farmácia e saúde pública (4). Até a sua 18ª edição, publicada em 2013, foram incluídos mais de 200 medicamentos, dentre os quais alguns de classes estratégicas, como os antirretrovirais, não presentes nas primeiras edições (32).

A exclusão de itens não essenciais ou de efetividade e segurança questionável também representa uma grande contribuição aos cuidados em saúde. A diminuição no número de itens, por si só, é um ganho para a assistência farmacêutica. A logística, o fornecimento de informação e o acompanhamento do uso pela farmácia do serviço são favorecidos quando há um número menor de medicamentos disponíveis. Além disso, os gastos totais tendem a diminuir com o aumento do volume de compra de um mesmo item, por economia de escala. O montante financeiro requerido para uma lista com grande variedade de itens equivalentes pode comprometer o tratamento do conjunto de pacientes (9, 33).

O percentual de itens com avaliação formal da CFT é um indicativo de qualidade da lista, pois ao longo do tempo as evidências sobre a eficácia e a segurança de determinado medicamento tendem a se modificar, o que traz a necessidade de uma revisão periódica de todos os itens. A redução de eventos adversos,

por exemplo, é um indicativo de qualidade relacionado ao processo de seleção pouco avaliado nos estudos científicos, mas que deve ser fomentado no trabalho dos comitês (31).

O impacto econômico dessas alterações também deve ser levado em consideração. As decisões baseadas em evidências devem ser adaptadas aos recursos financeiros disponíveis, levando em conta as necessidades da população (34).

Todas essas questões relacionadas à estrutura do comitê, aos processos de trabalho e aos resultados da seleção de medicamentos devem ser pauta de discussão entre gestores, profissionais da saúde e usuários. A falta de estudos relacionados ao tema no Brasil e na América Latina contribui para afastar os serviços de um ideal de racionalidade dos tratamentos medicamentosos. Novos trabalhos que explorem e avaliem a utilização desses indicadores nos serviços de saúde podem demonstrar os ganhos para o sistema. A validação desse conjunto de indicadores nos países em desenvolvimento pode revelar a necessidade de adequação dos mesmos a realidades locais.

Limitações

A dificuldade na obtenção de alguns artigos de acesso restrito pode ter re-

sultado na exclusão de indicadores adicionais do painel elaborado. Entretanto, deve-se ter em mente que o objetivo da revisão integrativa não é a obtenção de um número massivo de itens, mas sim dos padrões de seleção mais frequentes utilizados na literatura internacional. O baixo número de trabalhos com origem na América Latina também pode ter levado à pouca exploração de aspectos regionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rol de indicadores desta revisão demonstra uma uniformidade nos padrões de qualidade para a seleção de medicamentos na literatura internacional. A reunião e avaliação crítica desses indicadores revelam o grande potencial de aplicação para implantação e monitoramento da seleção de medicamentos com intuito de tornar essa política não

apenas uma recomendação, mas uma realidade dos serviços de saúde.

Agradecimentos. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe (FAPITEC/SE) pelas bolsas de estudo.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

- Mota DM, Silva MGC, Sudo EC, Ortun V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(Sup):589–601.
- Holloway K, Green T. Drug and therapeutics committees — a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(1):58–68.
- Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. Boletim OPAS: Uso Racional de Medicamentos — Temas Seleccionados. 2006;3(2):1–6. Disponível em: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/36541/mod_page/content/7/M2O6_Wannmacher_2006_port.pdf Acessado em março de 2014.
- Laing RO, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy Plan*. 2001;16(1):13–20.
- World Health Organization. WHO medicines strategy: countries at the core. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf. Acessado em novembro de 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3916/1998. Política Nacional de Medicamentos. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf. Acessado em novembro de 2012.
- Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53.
- Magarinos-Torres R, Pagnoncelli D, Cruz-Filho AD, Osorio-de-Castro CGS. Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):77–85.
- Durán-García E, Santos-Ramos B, Puigventos-Latorre F, Ortega A. Literature review on the structure and operation of pharmacy. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(3):475–83.
- Latorre FP, Santos-Ramos B, Eslava AO, Durán-García ME. Variabilidad en la actividad y los resultados de la evaluación de nuevos medicamentos por las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales en España. *Farm Hosp*. 2011; 35(6):305–14.
- Puigventós F, Santos-Ramos B, Ortega A, Durán-García E. Structure and procedures of the pharmacy and therapeutic committees in Spanish hospitals. *Pharm World Sci*. 2010;32(6):767–75.
- Mittmann N, Knowles S. A Survey of pharmacy and therapeutic committees across of Canada: scope and responsibilities. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;16(1):171–7.
- American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system. *Am J Health-Syst Pharm*. 2008;65(13):1272–83.
- Tan EL, Day RO, Brien JE. Perspectives on drug and therapeutics committee policy implementation. *Res Social Adm Pharm*. 2005;1(4):526–45.
- Martin DK, Hollenberg D, MacRae S, Madden S, Singer S. Priority setting in a hospital drug formulary: a qualitative case study and evaluation. *Health Policy*. 2003;66(3):295–303.
- Sjoqvist F. Drug and therapeutics committees: a Swedish experience. *WHO Drug Inf*. 2002;16(3):207–13.
- Torres NVJ, Marti CM, Colomer JJ, Pieró PC. Metodologías para la selección de medicamentos en el hospital. *Farm Hosp*. 2000;24(1):1–11.
- Fijn R, Brouwers JRB, Knaap RJ, De Jong-Van den Berg LTW. Drug and Therapeutics (D & T) committees in Dutch hospitals: a nation-wide survey of structure, activities, and drug selection procedures. *Br J Clin Pharmacol*. 1999;48(2):239–46.
- Fijn R, Berg TW, Brouwers JRB. Rational pharmacotherapy in the Netherlands: formulary management in Dutch hospitals. *Pharm World Sci*. 1999;21(2):74–9.
- Weekes LM, Brooks C, Day RO. Indicators for drug and therapeutics committees. *Br J Clin Pharmacol*. 1998;45(4):393–8.
- Thürmann PA, Harderá S, Steio A. Structure and activities of hospital drug committees in Germany. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;52(6):429–35.
- Weekes LM, Brooks C. Drug and Therapeutics Committees in Australia: expected and actual performance. *Br J Clin Pharmacol*. 1996;42(5):551–7.
- Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar USP/Banco Itaú; 1998. Disponível em: <http://www.observatoriodasaude.ufsc.br/media/qualisaude/qualisaude003.pdf> Acessado em março de 2014.
- Osório-de-Castro CGS, Castilho SR. Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2004.
- Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos — CEBRIM. Boletim Farmacoterapêutica. 2003;8(2):1–4.
- Fagundes MJD, Soares MGA, Diniz NM, Pires JR, Garrafa V. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(1):221–9.
- Steinman MA, Shlipak MG, McPhee S. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med*. 2001;110(7):551–7.
- Kar SS, Pradhan HS, Mohanta GP. Concept of essential medicines and rational use in public health. *Indian J Community Med*. 2010;35(1):10–13.
- Hasle-Pham E, Arnould B, Spath HM, Follet A, Duru G, Marquis P, Advisory P. Role of clinical, patient-reported outcome and medico-economic studies in the public hospital drug formulary decision-making process: results of a European survey. *Health Policy*. 2005;71(2):205–12.
- Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGC. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. *Cad Saude Colet*. 2013; 21(2):188–96.
- World Health Organization. 18th Model List of Essential Medicines, 2013. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf Acessado em janeiro de 2014.
- Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osorio-De-Castro, CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
- Muir GJA. Evidence based policy making. *BMJ*. 2004;329(7473):988–9.

Manuscrito recebido em 22 de junho de 2013. Aceito em versão revisada em 11 de janeiro de 2014.

**Indicators for drug selection
in health systems: an
integrative review****ABSTRACT**

Objective. To produce a panel of the main drug selection indicators by performing an integrative literature review.

Methods. After the elaboration of a review protocol, searches were conducted in LILACS, MEDLINE, Embase, and SciELO databases. The following search terms were used: "indicators"; "criteria"; "drug selection"; "pharmacy and therapeutics committee"; and "medication form"; with the applicable variations in English and Spanish. Sixteen original articles published between January 1996 and March 2012 were retrieved and reviewed to compose a panel of indicators.

Results. Forty-five quantitative and qualitative indicators were identified. These indicators were grouped according to conceptual similarities in three categories: 1) assessment of pharmacy and therapeutics committee structure; 2) evaluation of the general processes of drug selection; and 3) evaluation of the results of drug selection.

Conclusions. The indicators identified reveal relative uniformity in the established patterns for drug selection. The group of indicators established in this study should serve as reference for the development and consolidation of drug selection in public health services.

Key words

Essential drugs; pharmacy and therapeutics committee; health services evaluation; pharmaceutical services.
