

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

**Prescrição de omeprazol nas Unidades Básicas de Saúde: uma
contribuição para o uso racional.**

Renata Rodriguez Imparato

São Paulo - SP

2020

Prescrição de omeprazol nas Unidades Básicas de Saúde: uma contribuição para o uso racional.

Renata Rodriguez Imparato

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo
2020

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Prescrição de omeprazol nas Unidades Básicas de Saúde: uma contribuição para o uso racional.

Renata Rodriguez Imparato

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador (a): Prof^a Dr^a Tereza Setsuko Toma

São Paulo
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Imparato, Renata Rodriguez

Prescrição de omeprazol nas Unidades Básicas de Saúde: uma contribuição para o uso racional / Renata Rodriguez Imparato. -- São Paulo, 2020.

108 f.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Tereza Setsuko Toma

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

1. Inibidores da Bomba de Prótons. 2. Omeprazol. 3. Desprescrições. 4. Uso racional de medicamentos. 5. Cuidados Farmacêuticos. 6. Atenção Farmacêutica. I. Toma, Tereza Setsuko.

CDD 362.1782

*Ao meu marido Fábio, todo meu amor, admiração e gratidão.
Aos meus amados filhos gêmeos, Eduardo Rafael, que me impulsionam em todos os momentos.*

*De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!*

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

É passo a passo que a jornada se concretiza e nessa caminhada tenho muito a agradecer. Primeiramente à Deus por permitir a concretização deste trabalho.

Ao meu marido, Fábio, por entender meus momentos de ausências nos períodos de relatoria, por me acompanhar, ouvir com generosidade e se fazer presente em todos os momentos dessa trajetória.

Aos meus filhos gêmeos, Eduardo e Rafael, que mesmo em tenra idade entenderam a importância do desenvolvimento deste trabalho.

À minha mãe Camélia, ao meu irmão Luiz, a minha cunhada Paula e o meu querido sobrinho Renato por me apoiarem até aqui.

À minha avó Rosina que sempre me incentivou com suas boas palavras e acreditou no potencial de todos os trabalhadores.

À minha amiga-irmã Cida pela acolhida carinhosa de anos e pelos cafés filosóficos e descontraídos.

Aos docentes do Instituto de Saúde por compartilharem, com propriedade, dedicação e carinho, tantos conhecimentos.

Aos funcionários do Instituto de Saúde, em especial, a querida Tânia pelo acolhimento sereno de todas as demandas da equipe.

Aos colegas de turma pela união e força mútua.

Aos membros da banca: Daniela Melo, Felipe Tadeu Carvalho Santos, Luís Fernando Pracchia, Tereza Etsuko da Costa Rosa, a quem tivemos o prazer de convidar, ouvir e incorporar suas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

De forma especial, agradeço a minha orientadora Tereza Setsuko Toma que trilhou esse caminho comigo de forma próxima. Gratidão eterna pela oportunidade, aprendizado, parceria, generosidade, apoio e valorização do meu trabalho. Meu respeito e admiração. Foi uma honra trabalhar com você!!

À equipe da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal da Saúde: Alessandra, Carolina, Laura, Felipe e José Ruben pelo incentivo e pelo “pensar juntos”, que é a nossa marca. Vocês são gigantes!

À Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, à Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste. Aos interlocutores de farmácia do território: André Rodrigues Morente, Fabiana Silva de Santana, Márcia Tazima Emanche, Neide Yoshiko Yamano, Neuza Teluko

Roberta Braga Amoras Leão Ruffeil. Obrigada por acreditarem no meu trabalho e pelo inestimável apoio e suporte.

Aos farmacêuticos e médicos das unidades básicas de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste que se propuseram a participar desta pesquisa e compartilhar suas experiências.

E a todos que, mesmo indiretamente envolvidos nesse trabalho, acreditaram e torceram por mim. Muito obrigada!! Fica a certeza de que essa é uma conquista nossa!!

IMPARATO, RR. Prescrição de omeprazol nas Unidades Básicas de Saúde: uma contribuição para o uso racional [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2020.

RESUMO

Introdução: Os inibidores da bomba de prótons são fármacos indicados para a supressão ácida gástrica. O uso sem justificativa apoiada em evidências científicas pode contribuir com a polifarmácia, interações medicamentosas e, em longo prazo, causar reações adversas graves. Estudos orientam os médicos à desprescrição dos IBP a fim de interromper, reduzir doses ou promover o uso sob demanda. Nos últimos cinco anos o omeprazol esteve entre os quatro medicamentos mais dispensado na rede municipal de saúde de São Paulo. Foram, em média, 148 milhões de DDD. **Objetivos:** Identificar evidências científicas sobre desprescrição dos inibidores da bomba de prótons, analisar aspectos relacionados à prescrição e promoção do uso racional de omeprazol em Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste do município de São Paulo. **Métodos:** Realização de uma revisão rápida sistemática sobre desprescrição dos inibidores da bomba de prótons e de um estudo transversal mediante inquéritos semiestruturados com médicos e farmacêuticos. **Resultados:** Quatro revisões sistemáticas foram selecionadas, mostrando que a desprescrição abrupta foi associada a um risco aumentado de retorno dos sintomas e que intervenções educativas dirigidas aos prescritores, farmacêuticos e pacientes são estratégias efetivas na desprescrição dos inibidores da bomba de prótons. De 157 médicos respondentes, 73,3% referiram prescrever omeprazol para doença de refluxo gastroesofágico; 65,1% para tratamento de úlcera gástrica decorrente de infecção por *Helicobacter pylori*; 62,3% para síndrome dispéptica; 46,6% para esofagite erosiva; 43,2% para úlcera gástrica e duodenal; 20,5% para úlcera gástrica secundária a anti-inflamatórios não esteroides; 16,4% para condições específicas e 15,8% para “outras indicações”. Entre os 45 farmacêuticos respondentes, 100% referiram realizar orientação farmacêutica, 97,8% consulta farmacêutica, 73,3% reunião de equipe, 68,9% grupos educativos, 66,7% atendimento domiciliar, 53,3% a educação permanente e 48,9% abordagem voltada ao omeprazol. **Conclusões:** A maioria dos médicos referiu prescrever omeprazol para as indicações baseadas em evidências científicas. A maioria dos farmacêuticos têm desenvolvido serviços clínicos para o uso racional de medicamentos e, parte deles, também ações voltadas ao omeprazol. No entanto, um baixo percentual de farmacêuticos referiu realizar atividades educativas voltadas para a equipe de saúde. **Potencial de Aplicabilidade:** Sensibilizar gestores e subsidiar profissionais da saúde quanto ao processo de desprescrição, bem como reforçar ações relativas ao Cuidado Farmacêutico para a promoção do uso racional do omeprazol.

Descritores: Inibidores da Bomba de Prótons; Omeprazol; Desprescrição; Uso racional de medicamentos, Cuidados Farmacêuticos, Atenção Farmacêutica.

IMPARATO, RR. Prescription of omeprazole in Basic Health Units: a contribution to rational use [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Proton pump inhibitors are drugs indicated for gastric acid suppression. Unjustified use supported by scientific evidence can contribute to polypharmacy, drug interactions and, in the long-term, cause serious adverse reactions. Studies guide physicians to describe PPIs to interrupt, reduce doses or promote use on demand. In the past five years, omeprazole was among the four most widely dispensed drugs in the municipal health system in São Paulo. There were, on average, 148 million defined daily doses (DDD). **Objectives:** To identify scientific evidence on the description of proton pump inhibitors, to analyze aspects related to the prescription and promotion of the rational use of omeprazole in Basic Health Units of the Southeast Regional Health Coordination of the city of São Paulo. **Methods:** Carrying out a rapid systematic review on the description of proton pump inhibitors and a cross-sectional study through semi-structured surveys with physicians and pharmacists. **Results:** Four systematic reviews were selected, showing that abrupt description was associated with an increased risk of symptom recurrence and that educational interventions aimed at prescribers, pharmacists and patients are effective strategies in the description of proton pump inhibitors. Of 157 respondent physicians, 73.3% reported prescribing omeprazole for gastroesophageal reflux disease; 65.1% for treatment of gastric ulcer due to infection by *Helicobacter pylori*; 62.3% for dyspeptic syndrome; 46.6% for erosive esophagitis; 43.2% for gastric and duodenal ulcers; 20.5% for gastric ulcers secondary to non-steroidal anti-inflammatory drugs; 16.4% for specific conditions and 15.8% for “other indications”. Among the 45 respondent pharmacists, 100% reported having pharmaceutical counseling, 97.8% pharmaceutical consultation, 73.3% team meeting, 68.9% educational groups, 66.7% visit / home care, 53.3% permanent education and 48.9% approach to omeprazole. **Conclusions:** Most physicians reported prescribing omeprazole for indications based on scientific evidence. Most pharmacists have developed clinical services for the rational use of drugs, and, in part, also actions aimed at omeprazole. However, a low percentage of pharmacists reported carrying out educational activities aimed at the health team.: **Applicability Potential:** Sensitize managers and subsidize health professionals regarding the deprescription process, as well as reinforce actions related to Pharmaceutical Care to promote the rational use of omeprazole.

Descriptors: Proton Pump Inhibitors; Omeprazole; Deprescription; Rational use of medicines, Pharmaceutical Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 O Sistema Único de Saúde	17
3.2 A Assistência Farmacêutica no Brasil.....	23
3.3 Medicamento: insumo essencial.....	27
3.4 Uso racional de medicamentos	30
3.5 O Cuidado Farmacêutico	33
4. METODOLOGIA.....	41
4.1 Delineamento do Estudo.....	41
4.2 Revisão Rápida Sistemática	41
4.3 Estudo Transversal	42
4.3.1 Descrição do local e população	42
4.3.2 Coleta de dados.....	45
4.3.3 Identificação das indicações terapêuticas para prescrição de omeprazol.....	45
4.3.4 Identificação da percepção dos farmacêuticos sobre a prescrição do omeprazol e as estratégias utilizadas para a promoção do uso racional.....	46
5. ASPECTOS ÉTICOS	47
6. RESULTADOS	48
6.1 ARTIGO 1	48
6.2 ARTIGO 2.....	71
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

APÊNDICES	104
Apêndice I.....	104
Apêndice II	105
Apêndice III.....	107
Apêndice IV.....	108

APRESENTAÇÃO

Farmacêutica bioquímica, ingressa na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2010. Durante quase sete anos, atuei no núcleo técnico para análise das ações judiciais articulando com a Secretaria Estadual da Saúde o atendimento das demandas e fornecendo à Procuradoria Geral do Município subsídios técnicos para a defesa da municipalidade com abordagens sobre acesso e uso racional de medicamentos. Nesse período, vivenciei questões como o apelo no fornecimento de medicamentos recém inseridos no mercado, a falta de conhecimento dos pacientes e prescritores das listas de medicamentos disponíveis no SUS e a resistência de inserção no sistema de saúde, pelos próprios demandantes, gerando o atendimento pontual dos itens solicitados em uma visão restrita de cuidado à saúde. Aqui aflora a motivação de contribuir com olhar mais ampliado, sistêmico e multidisciplinar para a consolidação das ações em saúde.

Desde 2016, integro a equipe da Área Técnica da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo onde são desenvolvidas diretrizes e estratégias para o avanço da organização dos processos de trabalho dos farmacêuticos, tanto nas atividades logísticas relacionadas aos medicamentos quanto nas atividades assistenciais já institucionalizadas e voltadas aos usuários, com vistas ao uso racional de medicamentos como componente do cuidado integral à saúde.

A partir do caminho percorrido para concluir este mestrado profissional, elaborado com base na experiência e dedicação de atores que atuam no SUS, pretendo qualificar meu discurso e os processos de trabalho nos quais estou inserida.

1. INTRODUÇÃO

O medicamento omeprazol 20 mg é o representante da classe dos inibidores da bomba de prótons (IBP) elencado na Relação Municipal de Medicamentos do Município de São Paulo (REMUME/SP) e disponível para dispensação nas unidades de saúde municipais.

Destina-se a tratar doenças relacionadas à secreção ácida gástrica. A revisão de Mössner (2016) elenca as principais indicações dos IBP: Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), úlcera gástrica e duodenal, erradicação da infecção por *Helicobacter pylori* associado à antibioticoterapia, prevenção de gastropatias associadas ao uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINES), incluindo o ácido acetilsalicílico e condições hipersecretoras de ácido com a síndrome de Zollinger-Ellison.

Esses medicamentos são seguros, bem tolerados e os mais eficazes na inibição do ácido gástrico, tanto que, atualmente, a cirurgia para tratar úlcera péptica foi praticamente abolida e aquelas para tratar gastropatias relacionadas ao refluxo são realizadas somente em alguns casos (SCARPIGNATO et al., 2016).

São indicados para uso por curto período, geralmente até 8 semanas, salvo exceções como no tratamento para erradicação da infecção por *Helicobacter pylori* associado à antibioticoterapia (7 a 14 dias), condições hipersecretoras e prevenção de gastropatias associadas ao uso de AINES, a critério médico (INFARMED, 2017).

Quando os IBP são prescritos sem justificativa de uso apoiada em evidência científica, podem contribuir com a polifarmácia e causar interações medicamentosas e, em longo prazo, acarretar reações adversas graves, além de atendimentos de emergência, internações e considerável impacto econômico (FARRELL et al. 2017). As reações adversas do uso em longo prazo foram relatadas em revisões sistemáticas e alertas de agências regulatórias como, por exemplo, hipomagnesemia, fraturas, deficiência de vitamina B12 (HAIMANOT et al., 2017).

Desde o lançamento do omeprazol em 1989, primeiro representante dos IBP, houve um aumento substancial no número de prescrições. Por outro lado, apesar da constatação de um aumento da incidência global de doença do refluxo gastroesofágico e do esôfago de Barrett não ocorreram indicações adicionais de uso desta classe de medicamentos. É presumível que os IBP também sejam usados como “gastroprotetores” em pacientes

polimedicados e para tratar doenças gástricas comuns sem evidências científicas que apoiem tais indicações (MÖSSNER, 2016).

Em 2014, na Alemanha, foram prescritas 3.475 bilhões de doses diárias definidas (DDD)¹ de IBP (11,9% da população alemã usou um DDD de IBP, diariamente) (MÖSSNER, 2016). No mesmo ano, foram 140 milhões de DDD (7,4%) na Dinamarca (POTTEGÅRD et al., 2016). Na Noruega, Itália e na Comunidade Autónoma do País Basco, respectivamente, 5%, 7,7% e 9,8% da população usaram um DDD de IBP, diariamente (IMAZ et al., 2016). Na Islândia, 10,7 milhões de DDD, em 2015 (HÁLFDÁNARSON et al., 2018).

Observa-se que mundialmente os IBP são amplamente prescritos e deveriam ser alvo de ações educativas que induzam os prescritores à reflexão quanto às indicações clínicas baseadas em evidências (NAUNTON et al., 2018). A esse respeito, Farrell et al. (2017) propõe o uso de diretriz baseada em evidência para auxiliar os médicos na tomada de decisão conjunta com o paciente sobre como e quando desprescrever os IBP, bem como avaliar a necessidade individual de cada paciente quanto ao uso contínuo da terapia medicamentosa.

Considerando somente os dados da rede municipal de saúde de São Paulo, extraídos do Sistema de BI (Business Intelligence), o omeprazol esteve entre os quatro medicamentos mais dispensados nos últimos cinco anos e foram, em média, 148 milhões de DDD (3,1% da população do município usaram, em média, um DDD de equivalência 20 mg, diariamente).

O farmacêutico pode desempenhar um papel relevante neste cenário, uma vez que essa demanda é passível de análise quanto a indicações das prescrições e estratégias para a promoção do uso racional. Nesse sentido, o Cuidado Farmacêutico, instituído pela Portaria SMS. G nº 1.918, de 27 de outubro de 2016 no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), instrumentaliza o profissional farmacêutico a desenvolver serviços farmacêuticos clínico assistenciais voltados aos pacientes e atividades técnico-pedagógicas voltadas aos indivíduos à família, à comunidade e à equipe de saúde (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016).

¹ DDD: Unidade de medida padronizada para comparação estatística de dados de estudos de utilização de medicamentos (Melo et al., 2006).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar aspectos relacionados à prescrição e promoção do uso racional de omeprazol em Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste do município de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma Revisão Rápida Sistemática sobre os IBP, com ênfase em desprescrição;

- Identificar as indicações terapêuticas utilizadas por médicos da atenção básica para prescrição de omeprazol;

- Identificar a percepção dos farmacêuticos quanto à prescrição e orientação para o uso do omeprazol por pacientes da atenção básica;

- Apresentar as estratégias utilizadas por farmacêuticos de Unidades Básicas de Saúde para a promoção do uso racional do omeprazol.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Sistema Único de Saúde

As desigualdades socioeconômicas do Brasil colônia não foram superadas pela modernização industrial e crescente urbanização, em geral sob Estado autoritário, que caracterizaram os anos de 1930 a 1980. Nesse período, a trajetória da política de saúde foi marcada pela dicotomia entre a saúde pública, atuante no enfrentamento à determinadas doenças, e a assistência médica previdenciária (MACHADO et al., 2017).

As ações no âmbito previdenciário eram forjadas em arranjos organizacionais corporativos, predominantemente privados, com oferta e coberturas desiguais, incipiente na promoção das ações de saúde e excludente de parte da população, haja vista a obrigatoriedade de vínculo formal ao mercado de trabalho como condição para o direito à saúde (BAPTISTA, 2007).

Frente a esse modelo se estabelece a cidadania regulada, na qual a inserção do indivíduo na sociedade é mediada pelo vínculo às bases produtivas e legais em contraponto à condição de igualdade entre os indivíduos, necessária para a promoção da cidadania (SANTOS, 1979).

O movimento da Reforma Sanitária da década de 1980, enraizado na sociedade civil, com concepção contra-hegemônica ao caráter restritivo das políticas sociais e à mercantilização da assistência médica mediada pela Previdência Social, reivindicou a democratização da saúde. Impulsionou o pleito de políticas mais abrangentes e universais na busca de um modelo democrático participativo, inclusivo, solidário e integrado através de um sistema único (ABRANTES e ALMEIDA, 2002; BAPTISTA, 2007; SOUTO e OLIVEIRA, 2016).

Em 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional em Saúde, com inexpressiva participação social, cujo tema central tratava da extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, unindo os interesses dos reformistas, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (PAIVA e TEIXEIRA, 2014; STEDILE et al., 2015). Por outro lado, com a retórica sobre a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, a VIII Conferência de Saúde realizada em 1986, com ampla participação social, é considerada um marco na história e subsidiou a relatoria sobre o

setor saúde na Carta Constitucional de 1988 (ESCOREL, 1999). A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o instante mais significativo e democrático de debate sobre a questão social que jamais aconteceu neste país (AROUCA apud FALLEIROS e LIMA, 2010, p. 239).

Norteadas pelo ideário da “saúde é um direito de todos e dever do Estado” a Constituição Federal aprovou a organização de um sistema único de saúde descentralizado, reconheceu o conceito ampliado de saúde e cidadania e o financiamento setorial (PAIVA e TEIXEIRA, 2014; STEDILE et al., 2015).

O embasamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) está previsto, sobretudo: 1) na Constituição Federal na qual saúde, previdência e assistência social configuram a seguridade social; 2) na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 ou Lei Orgânica da Saúde que dispõe, principalmente, sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional e assegura as ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica e a formulação da política de medicamentos; 3) na Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação popular no SUS, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor saúde, institui os Conselhos de Saúde e legitima o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Além desses, outros dispositivos do arcabouço jurídico atualizam a organização e operacionalização do SUS (MATTA, 2007).

Matta (2007) considera as diferenças conceituais entre princípios e diretrizes. Identifica os princípios da universalidade, equidade e integralidade como componentes do alicerce filosófico do SUS, e as diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade como esferas temáticas para sua organização.

A partir de 1990, o processo de descentralização e municipalização das ações de saúde permitiu que os gestores evidenciassem as diferenças regionais e os desafios para implementar uma rede de serviços organizada e resolutive. Até 2006, as normas operacionais regulamentavam as responsabilidades dos diferentes níveis de governo, quando foi instituído o Pacto pela Saúde. Ele alavancou reformas institucionais, inclusive nos mecanismos de financiamento, com as intenções de fortalecer a cooperação entre os três entes federativos para aprimorar a gestão do SUS com ênfase nas pactuações

regionais, e de estabelecer a adesão e o compromisso dos gestores em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (REIS et al., 2011).

Com relação ao arcabouço legal do SUS, ressalta-se, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica e dispõe sobre a organização do SUS, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Essa normativa traz aspectos relevantes do ponto de vista organizativo à medida que estabelece as Regiões de Saúde, em consonância com o dispositivo constitucional de rede regionalizada e hierarquizada, e a atenção primária como porta de entrada do sistema. No âmbito assistencial, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), inclui as ações e serviços do SUS ofertados aos cidadãos. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), padroniza os medicamentos dos componentes básicos, especializados e estratégicos com a possibilidade de adoção de listas complementares pelos estados e municípios. Quanto às articulações interfederativas, reconhece as Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito nacional, e Bipartite, no âmbito estadual e regional, para decisões consensuais acerca da gestão da saúde. Inova ao instituir o Mapa de Saúde, com a finalidade de evidenciar e fornecer subsídios para alocação racional de recursos e ações de saúde. Por fim, prevê a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) para consagrar os compromissos assumidos pelos entes federativos (MATTA, 2007).

O Pacto pela Saúde e a edição desse Decreto, responsáveis por novos contornos do processo de descentralização no SUS, enfatizam a análise das necessidades de saúde da população sob dimensões epidemiológicas, socioeconômicas e demográficas, as definições de prioridades, o fortalecimento regional e as pactuações tripartites para qualificar o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde (CARVALHO et al., 2017; SANTOS L, 2018).

Outros avanços permearam o SUS nas últimas três décadas e alguns destaques podem ser citados. A Vigilância em Saúde é reconhecida internacionalmente pelo trabalho de excelência, os serviços de transplantes de órgãos e tecidos estão entre os melhores do mundo, o cuidado com as pessoas com HIV tem a melhor avaliação entre os países em desenvolvimento. A política de hemoderivados, o programa de imunização, a qualidade dos registros de medicamentos e demais insumos, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), as medidas regulatórias no combate do tabaco, as ações de promoção e prevenção à saúde, os serviços de atenção psicossocial e saúde mental, a

expansão da Estratégia Saúde da Família são outras conquistas relevantes. É fato, também, a inclusão e o cuidado dos portadores de deficiências e de doenças crônicas específicas (SANTOS L, 2018; SANTOS NR, 2018; SOUZA et al., 2018). Além disso, o SUS avolumou recursos humanos, avançou no incentivo às pesquisas em saúde e incorporação de novas tecnologias promovendo o fortalecimento de laboratórios farmacêuticos nacionais (COHN, 2009; PAIM et al., 2011).

No que se refere à Atenção Básica (AB), assim designada a atenção primária no SUS, em que a resolutividade dos problemas pode atingir de 80 a 90%, houve incremento da integração das ações de saúde e ampliação dos acessos aos serviços ainda que, principalmente, em territórios com infraestrutura e referências especializadas adequadas (SANTOS NR, 2018). Os serviços desse nível de atenção não respondem, isoladamente, a todos os problemas identificados no processo saúde-doença da população. Assim, com vistas à continuidade e integralidade do cuidado, as redes de atenção se propõem a organizar os serviços de saúde de forma horizontal, cooperativa, interdependente e com densidades tecnológicas distintas, integradas por meio de sistemas logísticos e de gestão. A Atenção Básica atua como centro de comunicação coordenando fluxos, processos de trabalho e informações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; MENDES, 2011).

Em termos de inovação, cabe ressaltar a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, iniciada como programa em 1994, foi inserida na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2006. Essa estratégia, com vistas a reorganizar a AB e fortalecer um modelo assistencial mais ampliado e resolutivo a partir das necessidades e expectativas individuais e coletivas, estabeleceu a equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico e enfermeiro (preferencialmente especialistas em saúde da família), auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde (ACS) com responsabilidade e vínculo à população adscrita no território da unidade básica de saúde. Em 2008, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) compostos por profissionais da saúde de diferentes especialidades para contribuir na integralidade do cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; PINTO e GIOVANELLA, 2018).

Pinto e Giovanella (2018) acreditam que o resultado da redução de internações por condições sensíveis à Atenção Básica esteja vinculado ao avanço da cobertura das ESF

no Brasil, ou seja, referem-se às condições de saúde que não necessitam de internações e são tratadas na atenção primária, em especial, quanto às condições crônicas.

Souza et al. (2018) apontaram mudanças no perfil sanitário do país e melhora dos indicadores de saúde prevalentes, comparados em 1990 e em 2015, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, e o conseqüente aumento da expectativa de vida saudável da população; queda do consumo do tabaco e significativa redução da desnutrição infantil.

Apesar dos inquestionáveis avanços e resultados significativos na implementação de um sistema universal, inclusivo e gratuito, o SUS está em desenvolvimento. Para a sua consolidação são muitas as inquietudes e desafios para balizar reflexões e providências por parte dos políticos, dos gestores, dos profissionais da saúde e da sociedade.

No que se refere à descentralização da gestão, ações e serviços, ainda é necessário transpor fragilidades no processo de regionalização, principalmente quanto ao fortalecimento da governança, por meio da capacitação de atores para aprimorar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação. Além de considerar ações intersetoriais e intensificar as relações entre a União, Estado e Município no sentido de obter um delineamento mais assertivo quanto ao papel de cada ente federativo na organização do sistema (CARVALHO et al., 2017; SANTOS L, 2018).

Partindo do princípio que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde das populações, impõe-se para o Sistema Único de Saúde responder com eficiência, efetividade e qualidade à situação demográfica e epidemiológica atual, caracterizada pelo aumento da população idosa e pela predominância de condições crônicas e, assim, superar um sistema de atenção fragmentado, incapaz de fornecer cuidado contínuo e voltado para as condições agudas e agudização de doenças crônicas (MENDES, 2012; VIANA et al., 2018, VIACAVA et al., 2018).

O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, desde a década de 1990, gerou distorções na sua implementação, pois a garantia de ampliação do acesso e da efetividade dos serviços de saúde dependem, prioritariamente, da disponibilidade de recursos. Algumas medidas podem ser citadas como centrais e dinamizadoras ao longo desse processo: Desvinculação de Receitas da União (DRU) que permite a retirada de recursos

da saúde para outras prioridades do governo, atualmente, em 30% da alíquota; Lei da Responsabilidade Fiscal que limita a alocação de recursos humanos e é primordialmente prejudicial aos municípios; subsídios federais ao setor privado de saúde; o “engavetamento” de Projetos de Lei que significariam acréscimos de recurso para o SUS; a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 que limita por 20 anos os gastos públicos e desconsidera o crescimento da população, a incorporação de tecnologias e o subfinanciamento crônico (SANTOS L, 2018; SOUZA et. al., 2018). Em 2015, o gasto público com o SUS foi de 3,8% do PIB, muito aquém do praticado por países com sistemas de saúde universais, em torno de 8% (VIEIRA et al., 2019).

Quanto às relações público-privadas, o cenário de subfinanciamento crônico da saúde pública, propicia a expansão do setor privado de saúde, subsidiado pelo Estado, impactando na consolidação do direito universal à saúde como direito de cidadania. A assistência à saúde suplementar no Brasil é composta por operadoras que, em sua maioria, prestam serviços médico-hospitalares e atuam de forma paralela e competitiva ao sistema público atribuindo valor de mercadoria às ações e serviços de saúde contrários aos princípios institucionais do Sistema Único de Saúde (CELUPPI et al., 2019).

Santos L (2018) menciona a reforma tributária para corrigir distorções relacionadas ao financiamento e Celuppi et al. (2019) complementam quando a incluem em um projeto de avanço de caráter geral ao lado da reforma política e agrária.

Intensificada a partir dos anos 2000, a judicialização do acesso individualizado aos procedimentos e insumos pleiteados ao Sistema Único de Saúde contribuem para a fragmentá-lo e torná-lo complementar ao mercado privado (SANTOS, 2007). Segundo Freitas et al. (2020) os pleitos judiciais buscam, em sua maioria, o acesso a medicamentos e que esses podem evidenciar falhas e incongruências nos sistemas de saúde.

É premente reverter a desmobilização e despolitização em defesa da saúde pública. Para tanto, faz-se necessário o diálogo com a sociedade sobre o SUS, abordando a temática sobre os gastos públicos, os obstáculos a serem transpostos para a sua efetiva implementação e as consequências decorrentes do financiamento insuficiente (CAMPOS, 2018; CELUPPI et al., 2019).

Apesar dos obstáculos, a defesa do SUS parte de sua essência que, para além dos serviços públicos de acesso universal, implica defender a justiça social, a igualdade e a solidariedade.

3.2 A Assistência Farmacêutica no Brasil

Até as primeiras décadas do século XX, a produção de medicamentos era essencialmente artesanal, associada à figura do boticário e com direcionamento principal das pesquisas aos imunobiológicos (PAUMGARTTEN e NASCIMENTO, 2014). A partir da década de 1930, a política de medicamentos inseriu-se na política pública como atribuição obrigatória das instituições previdenciárias por meio da venda de fármacos, sem restrição de elenco (BERMUDEZ et al., 2012). No período pós segunda guerra mundial, o desenvolvimento tecnológico e o avanço dos complexos industriais farmacêuticos implicaram a produção maciça de medicamentos em detrimento da produção em pequena escala realizada pelas farmácias magistrais. (PEREIRA e FREITAS, 2008; PINTO et al., 2015).

A Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, foi uma ação do Estado para promover o acesso e qualificar os processos relacionados aos medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Essa autarquia federal firmou em seu decreto de criação a expressão “Assistência Farmacêutica” sem, entretanto, definir as ações e objetivos que a balizassem. Instituída para intervir no mercado com estímulo à pesquisa e produção de medicamentos pelos laboratórios oficiais e nacionais teve suas atividades reduzidas à aquisição e distribuição de fármacos no sistema público de saúde (MARIN et al., 2003; JARAMILLO e CORDEIRO, 2014)

Nesse período, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) era composta por medicamentos selecionados, comprados e distribuídos de forma centralizada pela CEME, destinados ao uso nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Nesse processo, estados e municípios não tinham poder decisório (OLIVEIRA et al. 2010). Sob a égide da integralidade no período de construção do SUS e no escopo na Política Nacional de Medicamentos é implementado o conceito de medicamentos essenciais (ME) (BERMUDEZ et al., 2018), definidos pela OMS como aqueles adequados às necessidades de saúde de uma população (OMS, 1977)

A lista de medicamentos essenciais é o eixo estruturante das políticas farmacêuticas e a ferramenta adequada para se considerar o acesso, uso racional e custos. (MARIN et al., 2003; BERMUDEZ et al., 2012). O pressuposto é que oriente o registro, a produção e a comercialização de medicamentos no país e que, principalmente, determine a prescrição, sobretudo no sistema público de saúde (OSORIO-de-CASTRO et al., 2014).

Ao longo da existência da CEME, foram identificados problemas relacionados ao acesso dos medicamentos devido à falta de revisão da lista de ME, à baixa aderência dos prescritores à RENAME, ao desperdício decorrente da divergência com perfis epidemiológicos, à insuficiência de recursos financeiros e aos problemas logísticos. Essas falhas acarretaram perdas de medicamentos por prazo de validade expirado ou armazenagem inadequada. Sem cumprir o papel à qual foi destinada e em meio a escândalos de corrupção, a CEME foi extinta em 1997 (OLIVEIRA et al., 2010).

Com a desativação da CEME, o Ministério da Saúde formulou, de forma amplamente participativa, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), à luz das transformações ocorridas na década de 1980 quanto à condução das políticas de saúde, e da recomendação da OMS quanto à formulação de políticas de medicamentos com base no conceito de ME. (MARIN et al., 2003; VASCONCELOS et al., 2017).

Aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, a PNM contemplou as diretrizes da regulamentação sanitária de medicamentos, do desenvolvimento científico e tecnológico, da reorientação da assistência farmacêutica fundamentada na descentralização coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três níveis de gestão, da adoção da RENAME, da promoção do uso racional de medicamentos e da capacitação de recursos humanos envolvidos com a assistência farmacêutica. Quanto às diretrizes relacionadas à garantia de segurança, eficácia e qualidade e produção dos medicamentos, destacam-se a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a inclusão do medicamento genérico no mercado nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; BERMUDEZ et al., 2012; VASCONCELOS et al., 2017).

Em face do caráter transversal e sistêmico da AF com os demais setores da saúde, considera-se sua reorientação como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde,

pois os medicamentos são considerados insumos estratégicos e têm expressivo impacto sobre a capacidade resolutiva dos problemas de saúde da população (CIPRIANO e CORNETTA, 2008). Nesse âmbito, ela envolve planejamento e competências técnico-gerenciais que contemplam a seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos e atividades de planejamento terapêutico, com caráter clínico, visando o uso racional dos medicamentos (SOUZA et al, 2017).

O Brasil já adotava a lista de medicamentos essenciais, antes da recomendação da OMS. A RENAME, no entanto, não tem caráter obrigatório e sim norteador. Dessa forma, com a autonomia que lhes é conferida, estados e municípios podem definir suas próprias listas de ME mediante os diferentes perfis epidemiológicos e aspectos socioeconômico-culturais locais para atender as singularidades do território. A adoção da RENAME favorece o uso racional, uma vez que os medicamentos nela elencados têm sido selecionados segundo critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade (VIEIRA, 2010). É indispensável e prioritário seu processo de revisão permanente e atualização contínua, pois tem como base as prioridades nacionais de saúde consoante às doenças e agravos mais relevantes e prevalentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A Promoção do Uso Racional de Medicamentos, como diretriz na PNM, prevê ações articuladas envolvendo pacientes, profissionais de saúde, gestores e instituições. Essa diretriz propiciou o acesso às informações relativas às repercussões sociais e econômicas do receituário médico. Além disso, enfatizou o processo educativo dos usuários acerca das consequências da automedicação, da interrupção ou substituição da farmacoterapia prescrita. Outros aspectos importantes incluídos na diretriz foram a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais da saúde e a regulação das propagandas de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

As campanhas educativas dos profissionais de saúde e da sociedade civil, o registro e uso de medicamentos genéricos, a elaboração e divulgação do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) como orientador da prescrição e dispensação dos medicamentos, os estudos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância, e o treinamento de profissionais para o gerenciamento de informações são as prioridades para contemplar a diretriz e o alcance dessa política (LUIZA et al., 2007).

No final da década de 1990, surgem associações independentes de profissionais ou consumidores, parcerias com organizações internacionais e estratégias regulatórias com vistas à promoção do uso racional de medicamentos (BERMUDEZ et al, 2018). O acesso e o uso racional de medicamentos são os objetivos primordiais de uma política de medicamentos e que contribuem para uma Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva (COSTA CMFN et al., 2017). Desse modo, é relevante a incorporação de novos espaços de diálogos que proponham ações estratégicas a fim de aprimorar a qualidade e a segurança na utilização dos medicamentos e esclarecer sobre os riscos relacionados ao seu uso inadequado. Para apoiar as ações nesse sentido, destaca-se a criação do Comitê Nacional para o Uso Racional de Medicamentos, em 2007, redefinido em 2013, cujo plano de ação contempla as áreas de educação, informação, regulação e pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; CONASS, 2015).

Na primeira década do século XXI, houve expressivo desenvolvimento no processo regulatório do setor farmacêutico, porém, em uma conformação ainda limitada ao processo de abastecimento de medicamentos. A busca da ampliação da cobertura é evidente nas questões do financiamento e utilização dos recursos, em detrimento da qualidade dos medicamentos, dos processos envolvidos na dispensação e na orientação ao usuário (OLIVEIRA et al., 2010). Diante desse cenário e da necessidade de mudanças no processo de reorientação da assistência farmacêutica foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Essa normativa efetivou a Assistência Farmacêutica como política de saúde, coerente com os princípios do SUS e norteadora para a formulação de outras políticas setoriais. Definiu assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas ao cuidado à saúde, individual ou coletivo, elencou o medicamento como insumo essencial e seu uso racional como um eixo estratégico por meio de ações que disciplinam a prescrição, a dispensação e o consumo.

Apesar dos avanços legais e institucionais que ocorreram nas trajetórias das políticas farmacêuticas como a gestão descentralizada, a institucionalização nos municípios, ainda que heterogênea e parcial revelando desigualdades regionais (SOUZA et al., 2017) e a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais, ainda existem fatores que fragilizam

sua implantação efetiva. Costa KS et al. (2017) apontam como desafios o acesso equitativo aos medicamentos, a estruturação dos serviços farmacêuticos, o aprimoramento da gestão e do processo logístico e a implantação de ações assistenciais voltadas ao usuário.

Nessa lógica, os componentes do Ciclo da Assistência Farmacêutica estão envolvidos no uso racional de medicamentos, desde a seleção dos fármacos até a garantia do acesso e orientação de uso ao paciente (MARIN et al., 2003). O uso racional de medicamentos não é factível se há falta deles, se por motivo de custo-efetividade são disponibilizados alguns com menor eficácia e segurança em detrimento a outros disponíveis no mercado, se não há garantia da qualidade no armazenamento ou se os pacientes os recebem sem qualquer orientação sobre o uso (VIEIRA, 2008).

3.3 Medicamento: insumo essencial

Os medicamentos atuam na melhora das condições de saúde e qualidade de vida, interferindo no processo de adoecimento. Seu uso tornou-se o principal recurso terapêutico do campo da saúde cuja evolução, no último século, permitiu a síntese de novos fármacos e a utilização de métodos capazes de comprovar sua eficácia e segurança (RENOVATO, 2008). Contudo, eles representam gastos relevantes aos sistemas de saúde e não são agentes inócuos (MELO et al., 2006). A prática do uso racional assegura o binômio eficácia-segurança e possibilita a melhora da qualidade de vida, a redução da morbimortalidade e dos gastos desnecessários, e a reafirmação da importância do profissional farmacêutico na gestão interdisciplinar do uso dos medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; SILVA RNP et al., 2018).

Melo et al. (2006) mencionam, ainda, que a ausência de trabalho interdisciplinar compromete a prática de uso racional de medicamentos. Leite e Cordeiro (2008) consideram que a escolha da terapêutica mais adequada caso a caso, especialmente a não medicamentosa, pode ser qualificada pela integração de saberes e práticas de diferentes categorias profissionais para subsidiar a construção de outras abordagens preventivas e curativas como atividade física, psicoterapia, terapia ocupacional, mudança de hábitos alimentares, posturais e de estilo de vida.

O uso dos medicamentos como fenômeno cultural, articulado economicamente, extrapola sua finalidade terapêutica e se constitui como item de consumo. Esse fato permeia a cultura de medicalização da vida, o marketing e a pressão mercadológica das indústrias farmacêuticas e comprometem o uso racional de medicamentos (MELO et al., 2006; RENOVATO, 2008; MONTEIRO e LACERDA, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 como a apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Reforçada pelo modelo biomédico, com foco na ação curativa, a medicalização molda a redução dos problemas ao âmbito físico à medida em que ignora causas multifatoriais e a multiplicidade de experiências de saúde, e culpabiliza o indivíduo sem considerar as condições que determinam os comportamentos (CLARK, 2014).

Segundo Cordeiro (1980) os medicamentos enquanto símbolos iludem os indivíduos com sua aparente eficácia científica, ofuscando os determinantes sociais. Lefèvre (1983) complementa: “os medicamentos estão conseguindo iludir ou estão funcionando como paliativos dos sofrimentos de massas enormes de indivíduos, não com a aparência, mas com a realidade da sua eficácia científica” (p. 502).

Com a queda gradual da produção de medicamentos artesanais, houve predomínio de produtos sintéticos prescritos, produzidos em larga escala nos parques industriais (JARAMILLO e CORDEIRO, 2014). Atualmente, a indústria farmacêutica integra o complexo médico-industrial e é uma das atividades econômicas mais importantes do mundo globalizado. A previsão de crescimento do mercado mundial de produtos farmacêuticos é de 4,9% ao ano, passando de 1 trilhão de dólares em 2015 para 1,3 trilhão em 2020 (UNITED STATES OF AMERICA, 2017). Em 2016, o mercado farmacêutico brasileiro atingiu o 8º lugar no ranking mundial com faturamento superior a 50 bilhões de reais, com previsão de ser o 5º colocado em 2021 (VALOR ECONÔMICO, 2017).

Dados referentes ao SUS indicam que, entre 2010 e 2015, o gasto com medicamentos aumentou de 14,3 bilhões de reais em 2010 para quase 20 bilhões em 2015 (crescimento

de 40%). A participação do gasto federal com medicamentos subiu de 11% em 2010 para 16% em 2016. (VIEIRA, 2018).

Além do grande número de medicamentos disponibilizados no mercado, as indústrias buscam manter sua capacidade produtiva e competitiva aliada à imagem inovadora e científica, lançando mão de produtos novos, que muitas vezes, não passam de alterações estruturais mínimas não indicativas de superioridade terapêutica (MARIN et al., 2003). Estudos comparativos entre os representantes dos inibidores da bomba de prótons (omeprazol, lansoprazol, rabeprazol) para o tratamento de esofagite por refluxo, úlceras duodenais e erradicação do *Helicobacter pylori* mostram similaridade quando usados em suas doses padrão e sugerem, quanto à supressão ácida, que o lansoprazol e o pantoprazol têm potência semelhante ao omeprazol (STEDMAN E BARCLAY, 2000).

O conceito da inovação é pautado em medicamentos novos e mais eficazes, na estratégia de mercado em manter a competitividade e na obsolescência psicológica resultante de um desgaste simbólico dos medicamentos. (RENOVATO, 2008). Botelho et al. (2018) identificaram que, de 2003 a 2013, 159 medicamentos novos foram registrados no Brasil com predomínio para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, fato que reflete o processo de transição epidemiológica e demográfica do país. Apenas 28 foram classificados como inovação terapêutica, além de não terem sido integralmente contempladas as demandas de saúde pública frente ao desequilíbrio com os interesses da indústria farmacêutica.

A intensa propaganda sobre os medicamentos disseminada pela indústria, na verdade, carregada da noção de “atualização” com o médico no foco principal, é capaz de alterar condutas na prescrição e no uso de medicamentos (FRANCESCHET-DE-SOUSA et al., 2010). Abdalla e Castilho (2017) demonstraram que a publicidade relacionada aos medicamentos não cumpre a legislação sanitária na íntegra, que a maioria das indústrias empregam estratégias que dificultam o acesso às informações de restrição de uso. Contrariando a legislação vigente e estimulando a automedicação, a propaganda de medicamentos sob prescrição médica está disponível na internet. Por essas razões, o setor regulatório e de fiscalização deve atuar de forma mais rígida. Além disso, há necessidade de informação imparcial de fonte fidedigna sobre os medicamentos aos prescritores e pacientes (MELO et al., 2006).

Na rotina dos serviços de saúde, médicos são pressionados pelos pacientes a receitarem medicamentos dos quais tomaram ciência na mídia, ato reforçado pela cultura da medicalização (FRANCESCHET-DE-SOUSA et al., 2010). Culturalmente, o ato do médico prescrever medicamentos como resultado da consulta tornou-se uma ferramenta de avaliação do paciente quanto a prática da boa medicina pelo profissional que o assiste (MELO et al., 2006; LEITE e CORDEIRO, 2008).

Frente à diversidade de especialidades farmacêuticas disponíveis no mercado, recomenda-se a constituição de uma Comissão Farmacoterapêutica (CFT), com caráter multidisciplinar e isenta de interesses comerciais, para conduzir a seleção racional de medicamentos com embasamento clínico-epidemiológico, a partir de evidências científicas e a consequente elaboração de Formulários Terapêuticos. Esses documentos se prestam a subsidiar os profissionais de saúde com vistas ao uso racional de medicamentos e à otimização dos recursos disponíveis (MARIN et al., 2003; LEITE e CORDEIRO, 2008; FRANCESCHET-DE-SOUSA et al., 2010). Souza et al. (2017) destacaram o baixo percentual de CFT nos municípios brasileiros e o elevado percentual com lista padronizada de medicamentos, o que indica a adoção daquelas disponibilizadas no SUS como a RENAME, elaborada pelo Ministério da Saúde.

3.4 Uso racional de medicamentos

O uso racional de medicamentos foi definido pela OMS (1985) em situações nas quais os pacientes recebem medicamentos que atendam suas necessidades clínicas, em doses e por período adequados, considerando o menor custo para eles e para a comunidade.

Indicadores da OMS revelaram práticas irracionais de uso de medicamentos na APS em diversos países (SILVA et al., 2017). Foi estimado que mais da metade dos medicamentos são inadequadamente prescritos, dispensados e/ou vendidos, e que metade dos pacientes os utilizam incorretamente (OMS, 2002).

No Brasil, o estudo de Lima et al (2017) apontou fragilidades na prescrição de medicamentos essenciais, limitações na identificação correta do medicamento, na

orientação aos pacientes e na disponibilidade de protocolos terapêuticos nos serviços de saúde. Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos foram a principal causa de intoxicação humana, responsável por 27% dos casos registrados no Brasil (SINITOX, 2017).

O uso irracional de medicamentos é um problema mundial (HOLLOWAY et al. 2013). Pautado na polifarmácia, no uso indiscriminado de antimicrobianos, na terapêutica em desacordo com os protocolos clínicos, na automedicação inapropriada, ele pode causar impactos negativos à saúde, reações adversas, internações e custos desnecessários aos sistemas de saúde. (CASTRO, 2000; MARIN et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; NASCIMENTO et al., 2017).

A polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) é uma realidade na atenção primária em saúde no SUS. Frente a esse fato, faz-se necessário assegurar a prescrição de múltiplos medicamentos de forma eficaz e segura, a fim de prevenir eventos adversos, especialmente em idosos, para quais os medicamentos são usados a fim de interferir nas alterações fisiológicas consequentes do processo de envelhecimento ou nas doenças crônicas que acometem mais frequentemente esse grupo (MARIN et al., 2003; NASCIMENTO et al., 2017; SOUZA et al., 2017).

Costa CMFN et al. (2017) concluíram que a média e a prevalência de uso de medicamentos aumentam com a idade e que os idosos estão em situação de maior vulnerabilidade. Os dados da pesquisa de Souza et al. (2017), que corroboram com a literatura nacional e internacional, apontam que a polifarmácia, a automedicação, o desconhecimento sobre indicações, reações adversas e interações medicamentosas são realidades no que se refere ao uso de medicamentos por idosos.

No estudo de Gandhi et al. (2003) que contou com 661 pacientes em acompanhamento ambulatorial, 25% apresentaram eventos adversos a medicamentos com um total de 181 eventos (27 por 100 pacientes). Entre os eventos, 39% são tratáveis ou preveníveis. Conforme Gyllensten et al. (2014), o gasto anual em saúde em decorrência de eventos adversos de medicamentos correspondeu a 21 milhões de dólares por 100.000 habitantes adultos.

No caso dos inibidores da bomba de prótons, a duração do tratamento e a posologia dependem da doença gástrica à qual se destinam a tratar. Para a maioria dos casos, preconiza-se o uso em curto prazo, de 2 a 8 semanas (HAIMANOT et al. 2017).

As reações adversas associadas ao uso prolongado dessa classe de medicamentos são as infecções causadas por *Clostridium difficile*, fratura óssea, pneumonia, peritonite bacteriana espontânea, hipomagnesemia, nefrite intersticial aguda, doença renal crônica, deficiência de vitamina B12, infarto do miocárdio, demência e câncer gástrico (AHN et al. 2013; MÖSSNER, 2016; HAIMANOT et al. 2017; CHEUNG et al. 2018).

Em 2009 e 2016, a *Food and Drug Administration (FDA)* publicou alerta quanto ao comprometimento da ação terapêutica antiplaquetária do clopidogrel no uso concomitante com os IBP (GUÉRIN et al. 2016; SERBIN et al. 2016). Em 2011, os alertas trataram da diminuição dos níveis de magnésio e do aumento do risco de fratura óssea e, em 2012, sobre as infecções causadas por *Clostridium difficile*, todos associados ao uso prolongado dos IBP, na maioria dos casos por mais de um ano (FDA, 2011a, 2011b, 2012).

Nessa perspectiva, estudos recentes (FARREL et al., 2017; NAUNTON et al., 2018) orientam a desprescrição dessa classe de medicamentos, inclusive por algoritmos, com a finalidade de embasar os prescritores na tomada de decisão conjunta com o paciente no processo que envolve a interrupção do uso do medicamento, redução de dose, ou uso sob demanda. Além disso, considera o envolvimento do farmacêutico como dinamizador das ações para a promoção do uso racional e das atividades educativas relacionadas ao paciente e aos prescritores. A tentativa de suspensão ou redução de doses pelo menos uma vez ao ano para a maioria dos pacientes em uso prolongado de IBP, é recomendada pela Associação Canadense de Gastroenterologia (FARREL et al., 2017).

A automedicação relaciona-se ao autocuidado e é caracterizada quando os medicamentos são utilizados sem prescrição de profissionais autorizados ou quando prescrições antigas são reutilizadas pelos pacientes na percepção de similaridade de sintomas. No Brasil, essa prática é comum, principalmente quanto ao uso de analgésicos que, em sua maioria, são isentos de prescrição. Vincula-se a esse fato a facilidade do acesso aos medicamentos, a dificuldade de acesso aos serviços da rede básica de saúde, a falta de informação sobre os

medicamentos e o marketing farmacêutico que imprime no leigo a ideia minimizada dos riscos (ARAÚJO et al., 2015).

Diante de todo esse contexto, promover o uso racional de medicamentos não é tarefa fácil, tampouco individual. Ela ultrapassa os limites da mera interação entre médico e paciente e depende de alinhamento dos entes federativos, serviços de saúde, indústria farmacêutica, usuários e a mídia. É necessário considerar como os medicamentos são inseridos no cotidiano da população e nos serviços de saúde, as informações, motivações e expectativas quanto à farmacoterapia prescrita, a fim de subsidiar a construção de ações interdisciplinares para mudança de conceitos e práticas com vistas ao uso racional de medicamentos (LEITE A CORDEIRO, 2008; AKERMAN e FREITAS, 2017).

3.5 O Cuidado Farmacêutico

O modelo da Assistência Farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde prevê atividades de gestão logística e assistenciais que se complementam e se inter-relacionam. As atividades de cunho assistencial, com enfoque clínico, voltadas ao uso efetivo e seguro dos medicamentos e aos resultados farmacoterapêuticos se desenvolvem na continuidade da prescrição e da dispensação e inserem-se no Ciclo da Assistência Farmacêutica (PEREIRA e FREITAS, 2008; CORRER et al., 2011; CONASS, 2015).

Em 1921, J. C. Krantz já afirmava que os farmacêuticos deveriam ser capacitados por meio de programas práticos para fornecer "serviços clínicos". Com o aumento do número de medicamentos sintéticos disponíveis no mercado e dos problemas relacionados ao uso desses, cresce a insatisfação dos farmacêuticos quanto ao seu papel de mero dispensador de apresentações farmacêuticas. Desse modo, o movimento da farmácia clínica, que marcou o início da transição da profissão farmacêutica, se efetivou, primeiramente, no ambiente hospitalar para acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes. Com intuito de considerar os pacientes como foco principal e estender a atuação do farmacêutico a outros setores e em outros níveis de atenção, muitos conceitos similares foram desenvolvidos e incorporados pela profissão farmacêutica mundialmente (PORTA e STORPIRTIS, 2008; PEREIRA e FREITAS, 2008).

No Brasil, as discussões sobre a atuação clínica dos farmacêuticos e sua relação com os usuários, iniciadas na segunda metade da década de 1990, se estendem até a atualidade com vistas a desenvolver estratégias de atuação para garantir a eficácia da farmacoterapia (SANTOS e MARQUES., 2018). A Farmácia Clínica introduziu a orientação de um novo conceito de prática farmacêutica denominado Atenção Farmacêutica ou Cuidado Farmacêutico (PEREIRA, 2016; SANTOS e MARQUES, 2018).

Hepler e Strand (1990) empregaram, pela primeira vez, a expressão “*Pharmaceutical Care*” para definir Atenção Farmacêutica como “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente” (p. 539). Esse conceito determinou o final da fase de transição da profissão farmacêutica e o início da fase de cuidado ao paciente.

No Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, em 2002, foi proposto o conceito de Atenção Farmacêutica como um modelo de prática, relativa a atividades específicas do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, que abrange atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos, corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe (OPAS, 2002).

Em 2004, a PNAF refere a Atenção Farmacêutica no contexto da Assistência Farmacêutica e atribui ao farmacêutico as atividades de natureza clínica. A Assistência Farmacêutica abarca, portanto, as ações de Atenção Farmacêutica quando se efetiva a interação direta do farmacêutico com o usuário respeitadas as especificidades biopsicossociais dos sujeitos à luz da integralidade das ações (MARIN et al., 2003; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004; PEREIRA e FREITAS, 2008).

A farmacovigilância definida pela OMS como a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos é transversal aos serviços farmacêuticos e retroalimenta a Atenção Farmacêutica. À medida em que ela identifica riscos relacionados à segurança e à efetividade dos medicamentos, potencializa as ações clínico assistenciais e melhora a avaliação da farmacoterapia voltada ao paciente e a adequação do arsenal terapêutico disponível (SILVA e PRANDO, 2004).

A Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico considera, na atuação contemporânea desse profissional, o Cuidado Farmacêutico centrado no paciente (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). Esse conceito é complementado e ampliado em outras publicações. Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a série “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” cujo conteúdo revela experiências, traz suporte teórico e metodológico a gestores e profissionais de saúde para avançar na organização dos processos de trabalho e conceitua:

Cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a, p.61).

Essa perspectiva impulsiona a ressignificação do farmacêutico, por meio da construção de uma nova identidade profissional para atuar além das atividades tradicionais centradas na logística de medicamentos, claramente insuficientes na perspectiva da integralidade das ações de saúde que visam, principalmente, o cuidado ao paciente (COSTA EA et al., 2017; BARBERATO et al., 2019).

Para redefinir o papel do farmacêutico a partir da demanda social, é necessário desenvolver conhecimentos e habilidades que o conduzam a uma visão ampliada da sua atuação na promoção, prevenção e recuperação da saúde, com ênfase na promoção do uso racional e seguro de medicamentos, superar o tecnicismo e considerar aspectos subjetivos da realidade dos indivíduos (COSTA EA et al., 2017; SANTOS e MARQUES, 2018). Pereira e Freitas (2008) mencionam a necessidade de ampliação de conhecimentos em fisiopatologia e farmacoterapêutica e do desenvolvimento de habilidades de comunicação em linguagem adequada com a equipe de saúde e com o usuário.

Em 2019, da parceria entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, resultou a

publicação do primeiro curso do projeto “Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”, que proporciona aos gestores e profissionais de saúde conhecimentos e diretrizes para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico na APS por meio do resgate do papel do farmacêutico como ordenador do cuidado no território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Cuidado Farmacêutico é ofertado através dos serviços clínicos farmacêuticos, também denominados de serviços cognitivos, por meio da relação direta do farmacêutico com o paciente, pressupondo respeito, compromisso e responsabilidade recíprocos, realizado de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde, com o objetivo de alcançar os resultados terapêuticos planejados e melhorar a qualidade de vida do paciente (PORTA E STORPIRTIS, 2008; SANTOS e MARQUES, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No Brasil, a falta de uniformização dos termos e conceitos na temática do Cuidado Farmacêutico compromete a caracterização dos serviços farmacêuticos clínicos (PEREIRA, 2016; BARROS et al., 2020). Araújo SQ et al. (2017) mencionam a pluralidade de denominações empregadas pelos farmacêuticos para designar esses serviços, conforme as regiões do país. Por exemplo, atenção farmacêutica foi identificada no Norte e Sudeste; cuidado farmacêutico apenas no Sudeste; farmácia clínica no Sudeste e Sul; orientação farmacêutica no Nordeste e Sul e consulta farmacêutica no Centro-Oeste. Identificou-se ainda o entendimento de que a atividade de dispensação de medicamentos corresponderia à atividade de natureza clínica, fato que pode estar relacionado à falta de discussões conceituais e filosóficas atuais sobre o tema.

A Assistência Farmacêutica, direcionada predominantemente à gestão de medicamentos, empenha esforços para superar sua atuação fragmentada e ampliar ações de atenção à saúde por meio dos serviços clínicos voltados ao acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes concernentes às Redes de Atenção (RAS) no âmbito do SUS. Caracterizadas por relações horizontais entre os espaços de produção de serviço com diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas logísticos e de gestão e com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS) as RAS são organizadas para garantir o cuidado de forma contínua e integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; CONASS, 2015; ARAÚJO PS et al., 2017).

A ampliação dos serviços clínicos farmacêuticos é imbuída de sentido frente ao conjunto atual de necessidades de saúde da população brasileira derivada das transições demográficas, com crescente população de idosos, e epidemiológica, com persistência das doenças infecciosas, problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas (MENDES, 2011). Esse redesenho implica o aumento do consumo de medicamentos e da morbimortalidade relacionada aos problemas no uso dessas tecnologias, na qual os principais fatores de risco incluem idade, presença de comorbidades e polifarmácia (ARAÚJO PS et al., 2017). Assim, a gestão da farmacoterapia voltada ao uso racional de medicamentos diante dessas abordagens terapêuticas e, em especial com relação aos idosos, requer avanços na qualidade do cuidado ofertado aos usuários com envolvimento dos profissionais de saúde, principalmente do farmacêutico (COSTA CMFN et al., 2017; BOTELHO et al., 2018).

A OMS (1988) reconheceu esse profissional como o mais capacitado para efetivar as ações relacionadas ao uso racional de medicamentos. Revisões sistemáticas concluíram que a atenção farmacêutica melhora parâmetros clínicos das doenças crônicas, diabetes mellitus, dislipidemias e hipertensão arterial sistêmica, com bons desfechos no controle da hemoglobina glicosilada, níveis de colesterol LDL e pressão arterial (BELLOMO E IBARGÜEN, 2018). O cuidado em equipe, incluindo serviços diretos do farmacêutico aos pacientes idosos, melhoram os resultados terapêuticos e a segurança, aumentam a adesão ao tratamento e diminuem as hospitalizações (LEE et al., 2013). Além disso, podem reduzir o número de medicamentos utilizados e melhorar a adequação das prescrições (SÁEZ-BENITO et al., 2013).

Para executar os serviços clínicos farmacêuticos com foco na melhora da qualidade do uso dos medicamentos e obtenção dos resultados terapêuticos planejados, algumas estratégias avaliadas em estudos considerados “padrão-ouro” podem ser empregadas em quaisquer níveis de atenção: aconselhamento ao paciente, adesão aos medicamentos prescritos, revisão da farmacoterapia, conciliação medicamentosa, acompanhamento dos resultados (CORRER et al., 2013; SANTOS e MARQUES, 2018; BARROS et al., 2020).

O aconselhamento consiste na ação do farmacêutico em orientar o paciente, podendo se valer de material educativo sobre a doença, farmacoterapia, medidas não farmacológicas

para permitir a tomada de decisão quanto aos medicamentos, colaborando na adesão e no autocuidado (CORRER et al., 2013; SANTOS e MARQUES, 2018).

O estudo de Tavares et al. (2016) concluiu que no Brasil é baixa a adesão de pacientes adultos à farmacoterapia para doenças crônicas e que as causas estão relacionadas aos fatores socioeconômicos, demográficos, à atenção à saúde do paciente e ao regime terapêutico. A revisão de Amaral et al. (2019) constatou que os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos são: grau de instrução, déficit cognitivo e síndrome da fragilidade, falta de sintomas da doença, a polifarmácia, caligrafia inteligível dos prescritores, falta de vínculo com o profissional de saúde, depressão e estresse. Entendida como multidimensional, as estratégias para a promoção da adesão transcorrem pela orientação ao paciente, redução da complexidade do tratamento e monitoramento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a; SANTOS E MARQUES, 2018).

A revisão da farmacoterapia consiste na avaliação de todos os medicamentos utilizados pelos pacientes para identificar possíveis comprometimentos dos resultados terapêuticos ocasionados por seleção inapropriada, custos, interações medicamentosas, reações adversas ou baixa adesão ao tratamento, com posterior proposta de intervenções farmacêuticas como elemento do plano de cuidado do paciente (CORRER et al., 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a; SANTOS E MARQUES, 2018). Krska et al. (2001) concluíram que as revisões de medicamentos na atenção primária são relevantes, principalmente com o número crescente de pacientes idosos polimedicados e que, lideradas por farmacêuticos, podem reduzir a prescrição inadequada e serem melhor operacionalizadas por profissionais que interagem diretamente com os pacientes e prescritores.

A conciliação terapêutica se atém, principalmente, aos momentos nos quais o paciente transita entre os diferentes níveis assistenciais ou por distintos serviços de saúde. É realizada a partir da elaboração de lista precisa e detalhada de todos os medicamentos utilizados pelo paciente de forma a conciliar as informações do prontuário, da prescrição, do paciente e de cuidadores para prevenir erros de medicação resultantes de duplicidades ou omissões de medicamentos (ANACLETO et al., 2010; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). O acompanhamento dos resultados tem sua principal aplicação nos

casos de pacientes com regimes terapêuticos complexos e que requerem acompanhamento por período prolongado.

Conforme a Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013, além das atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde também são atribuídas aquelas relacionadas à comunicação e educação em saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). De forma expandida, o farmacêutico pode qualificar a atenção integral aos usuários a partir das atividades clínicas e incrementar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b). Como componente do Cuidado Farmacêutico as atividades técnico-pedagógicas têm âmbito clínico e educacional e, de forma complementar, atêm-se às ações educativas voltadas à equipe de saúde e usuários, família e comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Na prática do cuidado ao paciente, tendo em vista o alcance das estratégias descritas, na esteira da individualidade e em local onde seja garantida a privacidade do atendimento (em consultório ou domicílio), faz-se necessária a realização de consultas farmacêuticas. Segundo Correr e Otuki (2013) são sequenciadas em quatro etapas: coleta de dados do paciente, identificação de problemas relacionados à farmacoterapia, elaboração do plano de cuidado compartilhado e centrado no paciente, seguimento e avaliação dos resultados. O farmacêutico deve considerar os desejos, as expectativas, os medos, a capacidade cognitiva, os aspectos religiosos, as condições socioeconômicas e culturais, o acesso, as experiências e o conhecimentos sobre aos medicamentos que o paciente possui, como forma de aproximação e entendimento seguro do processo do cuidado, principalmente, no que diz respeito à adesão terapêutica.

As visitas domiciliares e diálogos com familiares são oportunidades para identificar situações incorporadas ao processo de adoecimento que podem não ser reveladas em consultas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a). Elas permitem que o farmacêutico forneça orientações e promova ações educativas voltadas também aos familiares e que realize o acompanhamento farmacoterapêutico e contribua no estímulo à autonomia dos pacientes (OPAS, 2013; FERREIRA et al., 2016).

A prática do Cuidado Farmacêutico é uma oportunidade para o resgate e o desempenho do papel do farmacêutico perante a sociedade. Não menos importante, mas para além das atividades relacionadas à logística, é preciso considerar a contribuição do farmacêutico e inseri-lo na equipe de saúde para qualificar a atenção integral aos usuários a partir das atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas. Dessa forma, pode-se contribuir para a melhora da utilização dos medicamentos, com redução dos riscos de morbimortalidade e para que os custos relacionados à farmacoterapia sejam os menores possíveis para a sociedade (VIEIRA, 2007). O desenvolvimento de serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária apresenta relação custo-benefício favorável (OBRELI-NETO et al.; 2015; DAWOUD et al., 2019).

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Este trabalho de dissertação utilizou dois tipos de delineamento:

- Elaboração de uma revisão rápida sistemática sobre os IBP, com ênfase em desprescrição, por meio de busca de evidências na literatura mundial. Esta revisão gerou um artigo, apresentado em resultados e aprovado no *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences (BJPS)*.
- Condução de um estudo transversal, no período de 19 de novembro de 2019 a 28 de fevereiro de 2020, com dados obtidos por meio de questionário autoaplicável dirigido aos médicos e farmacêuticos de Unidades Básicas de Saúde da CRS Sudeste do município de São Paulo. Esta etapa gerou um segundo artigo, apresentado em resultados e que será submetido à Revista Saúde em Debate.

4.2 Revisão Rápida Sistemática

Realizou-se uma revisão rápida sistemática sobre os IBP, com ênfase em desprescrição. Na revisão rápida sistemática, também denominada, revisão rápida alguns componentes do processo metodológico, quando comparados às revisões sistemáticas (RS), são simplificados ou omitidos para permitir que, em curto prazo, sejam elaboradas respostas seguras para atender situações específicas. Esse tipo de estudo secundário sintetiza as melhores evidências científicas disponíveis e é especialmente útil para gestores e tomadores de decisões, frente à urgência das demandas no cotidiano dos serviços de saúde (BORTOLI et al., 2017; SILVA MT et al., 2018).

A busca de evidências científicas foi realizada nas bases de dados LILACS, Embase, PubMed e NICE Evidence, sem uso de filtros e com os termos “omeprazole”, “proton pump inhibitors”, “deprescription” e “deprescribing”, extraídos do Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e do *Medical Subject Headings* (MeSH). A mesma estratégia

de busca foi empregada no LILACS, porém, incluindo também os descritores nos idiomas português e espanhol.

O processo de seleção dos artigos foi realizado pela autora e discutido com a coautora, iniciando-se com a leitura dos títulos, seguido da leitura dos resumos e posteriormente dos artigos na íntegra. Os critérios de inclusão foram: revisões sistemáticas, publicadas nos idiomas inglês, espanhol e português. Os dados das RS incluídas foram extraídos pela autora em uma planilha Excel, contendo as seguintes informações: autor/ano, objetivo, quantidade e desenhos de estudo incluídos, data mais recente de busca, intervenção estudada, características dos participantes, local e países de realização, desfechos e resultados, barreiras de implementação, facilitadores da implementação, lacunas do conhecimento. As RS foram avaliadas quanto à qualidade metodológica por meio do instrumento *Assessment of Multiple Systematic Reviews - AMSTAR 2*, e classificadas quanto à confiança dos resultados em alta, moderada, baixa e criticamente baixa (Shea et al., 2017).

A estratégia de busca, o fluxograma de seleção de estudos e os dados extraídos das RS incluídas na revisão rápida estão detalhados no Artigo 1, em Resultados.

4.3 Estudo Transversal

4.3.1 Descrição do local e população

O Decreto nº 57.857, de 05 de setembro de 2017 que dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal de Saúde estabelece 05 Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS (Centro; Leste, Oeste, Sudeste, Sul e Norte) e 27 Supervisões Técnicas de Saúde – STS (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2017).

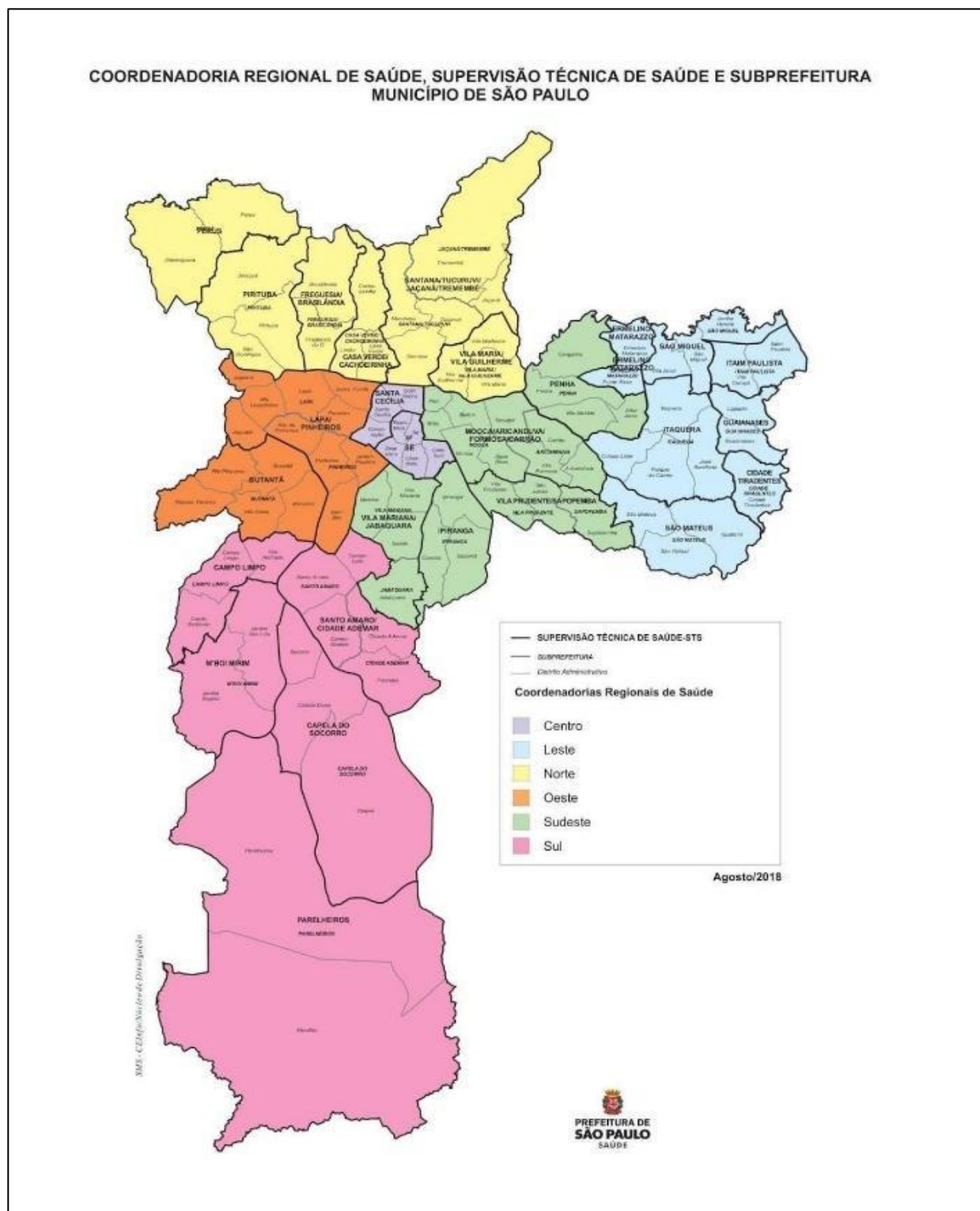
A CRS Sudeste faz divisa com todas as outras CRS e é composta por 05 STS: Mooca/Aricanduva/Formosa/Carrão, Ipiranga, Penha, Vila Mariana/Jabaquara e Vila Prudente/Sapopemba. Possui área geográfica de 210,9 Km² e população de 2.710.468 habitantes (22,8 % da população do Município de São Paulo, estimada em 11.869.660 habitantes) (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020).

Essa Coordenadoria compreende 231 estabelecimentos de saúde, dentre eles: 03 Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 22 Unidades Básicas de Saúde e AMA (UBS/AMA), 10 unidades de Atenção Especializada Ambulatorial, 09 de urgência e emergência, 06 hospitais municipais, 23 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 06 unidades de DST/AIDS, 10 unidades de atendimento em saúde bucal, 07 centros de reabilitação, 01 Unidade de Referência de Saúde do Idoso (URSI), 05 centros de vigilância em saúde e 73 UBS das quais 44 são da modalidade Estratégia de Saúde da Família (ESF) com equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde e que contam com o apoio da equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), definida pelo território.

Na pesquisa foram incluídas somente as UBS da CRS Sudeste que contam com farmacêutico em seu quadro de servidores, portanto, 62 elegíveis, e o total de 267 médicos de clínica geral, generalista e médicos de saúde da família.

Na Figura 1, apresenta-se um mapa do município de São Paulo, com as divisões segundo CRS e STS.

Figura 1. Mapa - Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo, São Paulo, 2020



Fonte: Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde – setembro/2020

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saud_e_Super.pdf

4.3.2 Coleta de dados

Para as tratativas e apoio quanto à execução da pesquisa de campo, descrita a seguir nos itens 4.3.3 e 4.3.4, foi realizado um encontro presencial, em novembro de 2019, com o farmacêutico interlocutor da CRS Sudeste e com os farmacêuticas interlocutoras das 5 STS. Nessa oportunidade foi detalhado o tema e a população da pesquisa, o acesso e o manejo dos documentos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os questionários.

Essas informações foram replicadas pelos farmacêuticos interlocutores das STS aos farmacêuticos elegíveis das UBS de suas respectivas abrangências.

4.3.3 Identificação das indicações terapêuticas para prescrição de omeprazol

Para identificar para quais indicações terapêuticas o omeprazol está sendo prescrito nas 62 UBS elegíveis da CRS Sudeste, foram dirigidos inquéritos por questionário, estruturado e autoaplicável, aos 267 médicos de clínica geral, generalista e médicos de saúde da família para resposta baseada em período recordatório dos últimos 07 dias anteriores à pesquisa. No questionário foram elencadas as indicações terapêuticas do omeprazol, assim como a alternativa “outras indicações” e “não prescrevi omeprazol nos últimos 7 dias” (Apêndice I).

Esse questionário, adaptado a partir de um documento preliminar elaborado pela Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, foi submetido a pré-teste com médicos da Secretaria Municipal da Saúde para que opinassem quanto à factibilidade da aplicação e entendimento das questões propostas.

A estratégia utilizada para adesão dos prescritores à pesquisa envolveu os farmacêuticos das UBS, designados como colaboradores, que atuam na mesma unidade de saúde dos médicos. Os farmacêuticos colaboradores entregaram aos médicos o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, os recolheram e entregaram à pesquisadora.

4.3.4 Identificação da percepção dos farmacêuticos sobre a prescrição do omeprazol e as estratégias utilizadas para a promoção do uso racional.

Para identificar a percepção dos farmacêuticos sobre a prescrição do omeprazol e as estratégias utilizadas para a promoção do uso racional, foram dirigidos inquéritos aos 62 farmacêuticos das UBS da CRS Sudeste. Por meio de questionário semiestruturado e autoaplicável, disponibilizado em ambiente virtual (*on-line*), foi apresentado um breve conceito sobre o Uso Racional de Medicamentos e elencadas cinco questões que versaram sobre promoção do uso racional de medicamentos, serviços farmacêuticos clínico-assistenciais e atividades técnico-pedagógicas. Dessas, três questões eram relacionadas especificamente ao omeprazol, as quais abordaram a percepção quanto à prescrição racional, à posologia e período de uso e às ações para a promoção do uso racional (Apêndice II). Essas abordagens específicas, mencionadas em questão aberta, foram categorizadas de acordo com serviços farmacêuticos clínicos propostos no item 2 do questionário, por meio de planilha Microsoft Excel.

Esse questionário foi submetido a pré-teste com farmacêuticos que atuam no Cuidado Farmacêutico para que opinassem sobre a factibilidade da aplicação e entendimento das questões propostas.

5. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, conforme Resolução n.º 466, de 16 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), sob o Parecer Consubstanciado n.º: 3.672.326, referente ao CAAE: 21365019.3.3001.0086.

Aos participantes da pesquisa, médicos e farmacêuticos, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com as considerações pertinentes, assegurando-lhes o sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos (Apêndice III e IV).

6. RESULTADOS

Os resultados dos dois estudos realizados são apresentados a seguir no formato de artigos.

6.1 ARTIGO 1

Desprescrição dos Inibidores da Bomba de Prótons: Uma Revisão Rápida.

Deprescribing of Proton Pump Inhibitor: A Rapid Review.

Este artigo foi submetido, em inglês, ao *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* (BJPS) em 26/11/2019. Aprovado em 16/08/2020.

RESUMO

Introdução: Os inibidores da bomba de prótons são medicamentos supressores da secreção ácida gástrica. O uso sem justificativa apoiada em evidências científicas pode contribuir com a polifarmácia e, em longo prazo, causar reações adversas graves. Estudos orientam os médicos à desprescrição dos IBP a fim de interromper, reduzir doses ou promover o uso sob demanda em processo de tomada de decisão com o paciente. **Métodos:** Realizou-se uma revisão rápida de evidências científicas, também denominada revisão sistemática rápida, sobre a desprescrição dos IBP. As buscas de evidências foram realizadas nas bases de dados LILACS, Embase, PubMed e NICE Evidence com os termos “omeprazole”, “proton pump inhibitors”, “deprescription”, “deprescribing”. Na LILACS também foram empregados esses descritores nos idiomas português e espanhol. **Resultados:** De 118 estudos identificados, quatro revisões sistemáticas foram selecionadas para análise. A desprescrição abrupta foi associada a um risco aumentado de retorno dos sintomas. O medo de retorno dos sintomas é uma das principais barreiras à desprescrição associadas aos pacientes. Intervenções educativas dirigidas aos prescritores, farmacêuticos e pacientes são estratégias efetivas na desprescrição dos IBP. **Conclusão:** A desprescrição mostrou-se factível em diferentes contextos, com diferentes estratégias. O processo é mais efetivo por meio de ações com materiais educativos e orientadores direcionados aos profissionais de saúde e pacientes e com envolvimento ou liderança do farmacêutico.

Palavras-chave: Inibidores da bomba de próton; Desprescrição; Polifarmácia; Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos; Interações medicamentosas.

ABSTRACT

Introduction: Proton pump inhibitors (PPIs) are drugs that suppress gastric acid secretion. Its use, without support from scientific evidence, can contribute to polypharmacy, lead to drug interactions and, in the long term, cause serious adverse reactions. Studies advise physicians to deprescribe PPIs. **Methods:** A rapid review of scientific evidence, also called a rapid systematic review, on the deprescribing of PPIs was performed. Evidence searches were performed in the LILACS, Embase, PubMed and NICE Evidence databases with the terms “omeprazole”, “proton pump inhibitors”, “deprescription”, “deprescribing”. At LILACS these descriptors were also used in Portuguese and Spanish. **Results:** Of 118 studies identified, four systematic reviews were selected for analysis. Abrupt deprescribing was associated with an increased risk of symptom recurrence. Fear of symptom recurrence is one of the major barriers to patient-related deprescribing. Educational interventions directed at prescribers, pharmacists, and patients are effective strategies in the deprescribing of PPIs. **Conclusion:** Deprescribing process showed to be feasible in different contexts, with different strategies. The process is most effective through actions with educational and guidance materials directed to health professionals and patients and with the involvement or leadership of the pharmacist.

Keywords: Proton pump inhibitors; Deprescriptions; Polypharmacy; Drug-related side effects and adverse reactions; Drug interactions; Drug therapy, combination

INTRODUÇÃO

Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são medicamentos supressores da secreção ácida gástrica por inibição da enzima $H^+ /K^+ -ATPase$, indicados no tratamento úlceras gástricas e duodenais, esofagite erosiva, erradicação do *H. pylori* em terapia combinada com antibióticos, profilaxia de úlceras associadas ao uso de anti-inflamatórios não esteroides, condições hipersecretoras como a síndrome de Zollinger-Ellison. Não há evidências quanto ao benefício do uso de IBP para dispepsia não ulcerosa (Wallace, 2012).

Para a maioria das doenças relacionadas à secreção ácida a duração do tratamento com IBP varia de duas a doze semanas, porém, a eficácia, o perfil de segurança e tolerabilidade do medicamento estimulam o uso por períodos prolongados sem reavaliação em tempo oportuno para constatar a necessidade de manutenção do medicamento (Boghossian *et al.*, 2017).

O uso prolongado se justifica apenas no tratamento de complicações da doença do refluxo gastroesofágico como o esôfago de Barrett, em condições hipersecretoras como a síndrome de Zollinger-Ellison e em pacientes com esofagite erosiva (Wilsdon *et al.*, 2017). No entanto, segundo Reimer *et al.* (2009) a prevalência de tratamento em longo prazo está aumentando e até 70% dos pacientes em supressão ácida crônica não têm uma indicação de tratamento com IBP. O uso de IBP aumentou durante a última década, sem que novas indicações fossem adicionadas ao seu uso (Haastrup *et al.*, 2014), conforme ilustram estudos realizados na Dinamarca e no Reino Unido, que relatam aumento no uso de IBP após 1990 (Pottegård *et al.*, 2016; Othman, Card, Crooks, 2016).

A segurança do paciente é tema relevante na agenda das políticas de saúde, sendo obrigatório considerá-la antes mesmo da eficácia dos medicamentos. Efeitos adversos primários, associados ao uso do IBP por curto período, incluem dor de cabeça, diarreia, constipação, erupção cutânea e náusea. O uso por período prolongado pode desencadear interações medicamentosas, como por exemplo, a redução do efeito antiplaquetário do clopidogrel, além de efeitos adversos graves como pneumonia, hipomagnesemia, deficiência de vitamina B12, infecção por *C. difficile*, fraturas ósseas, formação de pólipos (Fohl, Regan, 2011; Ament, Dicola, James, 2012; Chubineh, Birk, 2012), doença

renal crônica e aguda, anemia por deficiência de ferro, demência (Gomm *et al.*, 2010; Schoenfeld, Grady, 2016; Wilsdon *et al.*, 2017; Guedes *et al.*, 2020).

Os efeitos adversos podem ser confundidos com novas doenças, acarretando a prescrição de outros medicamentos (Anthierens *et al.*, 2010). O uso crônico dos IBP, como consequência, contribui com o aumento de custos desnecessários para os sistemas de saúde e com a polifarmácia (Hasstrup *et al.*, 2014; Boghossian *et al.*, 2017). O aumento da prevalência de doenças crônicas, prescrições multidisciplinares e escolhas farmacológicas para intervenção nas condições de saúde contribuem com a polifarmácia e expõe os idosos a prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, em que o risco de reações adversas supera os benefícios clínicos (Gomes *et al.*, 2019, Oliveira *et al.*, 2019).

Essa prática é comum em idosos e pode ser benéfica para tratar várias doenças, porém, está associada ao aumento dos riscos de interações medicamentosas, reações adversas, quedas, iatrogenias, hospitalizações e mortalidade (Hilmer, Gnjinic, 2009; Gnjinic *et al.*, 2012; Dills *et al.*, 2018; Machado *et al.*, 2017; Motter *et al.*, 2018 e Santos *et al.*, 2019).

Um estudo de base populacional, conduzido na atenção primária no Brasil, indicou a prevalência de 47,4% de interações medicamentosas clinicamente importantes em pacientes idosos (Obreli *et al.*, 2012).

Nos últimos anos tem-se discutido a necessidade de reduzir a prescrição excessiva de medicamentos por meio de uma abordagem denominada desprescrição. O termo "desprescrever" foi mencionado pela primeira vez, em 2003, no artigo "*Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People Through Reducing Medications*". Trata-se de processo planejado e supervisionado por profissional de saúde para reduzir, substituir ou interromper medicações inapropriadas com o objetivo de controlar a polifarmácia (Woodward, 2003; Reeve *et al.*, 2015). Scott *et al.* (2015) definem desprescrição como "o processo sistemático de identificar e descontinuar drogas em casos em que danos existentes ou potenciais superam os benefícios existentes ou potenciais [...]". Considera os mesmos princípios do início de uma terapia prescrita, ou seja, é um processo centrado no paciente com decisão compartilhada e monitoramento dos efeitos.

O planejamento desse processo implica em reconhecer a polifarmácia e conhecer a relação de medicamentos usados pelo paciente e suas indicações, identificar os

medicamentos inapropriados, avaliar cada um e estabelecer prioridades para desprescrever, implementar a estratégia e monitorar síndrome de abstinência, efeito rebote, recorrência da doença, qualidade de vida (Couteur *et al.*, 2011; Reeve *et al.*, 2013; Machado *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2019).

A cessação de reações adversas e interações medicamentosas ou minimização de riscos futuros, redução de custos para o paciente e para os sistemas de saúde, melhora na adesão ao tratamento e na qualidade de vida do paciente e diminuição de erros associados aos medicamentos são consequências benéficas da desprescrição (Couteur *et al.*, 2011).

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão rápida da literatura científica sobre os IBP, com ênfase em desprescrição. A revisão rápida, também denominada revisão sistemática rápida, é um desenho de estudo secundário que tem sido cada vez mais utilizado para informar políticas de saúde, especialmente, úteis para gestores e tomadores de decisão (Bortoli *et al.*, 2017).

A busca de evidências científicas foi realizada nas bases de dados LILACS, Embase, PubMed e NICE Evidence, em 07 de julho de 2019, sem uso de filtros. Foram utilizados os termos extraídos do Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e do *Medical Subject Headings* (MeSH). Nas bases Embase, PubMed e Nice Evidence foram utilizados os termos: “*omeprazole*”, “*proton pump inhibitors*”, “*deprescription*” e “*deprescribing*”. A mesma estratégia de busca foi empregada no LILACS, porém, incluindo também os descritores nos idiomas português e espanhol. Os detalhes da estratégia de busca estão na Tabela I.

O processo de seleção dos artigos foi realizado pela autora e discutido com a coautora, iniciando-se com a leitura dos títulos, seguido da leitura dos resumos e posteriormente dos artigos na íntegra. Os critérios de inclusão foram: revisões sistemáticas, publicadas nos idiomas inglês, espanhol e português. As revisões sistemáticas selecionadas foram avaliadas quanto à qualidade metodológica por meio do instrumento *Assessment of Multiple Systematic Reviews - AMSTAR 2* (Shea *et al.*, 2017), sendo aplicado pela autora, seguido de discussão com a coautora. As RS foram classificadas como de qualidade metodológica alta (escore 13-16/16), moderada (9-12/16), baixa (5-8/16) e criticamente baixa (0-4/16). Os dados foram extraídos das RS pela autora em uma planilha Excel,

contendo as seguintes informações: autor/ano, objetivo, quantidade e desenhos de estudo incluídos, data mais recente de busca, escore do AMSTAR 2, intervenção estudada, características dos participantes, local e países de realização, desfechos e resultados, barreiras de implementação, facilitadores da implementação e lacunas do conhecimento (Tabela II).

RESULTADOS

As buscas permitiram identificar 118 estudos, dos quais seis RS foram consideradas elegíveis e quatro foram selecionadas, conforme processo de seleção apresentado na Figura I. As revisões sistemáticas de Page *et al.*, 2016 e Malhotra *et al.*, 2018 foram excluídas por não contemplarem os objetivos deste estudo. Das quatro RS incluídas, uma é de alta qualidade metodológica e as demais de qualidade moderada.

Duas das revisões sistemáticas incluídas tratam especificamente dos IBP (Boghossian *et al.*, 2017; Wilsdon *et al.*, 2017) para determinar os efeitos (Boghossian *et al.*, 2017) e eficácias das intervenções (Wilsdon *et al.*, 2017) associadas à desprescrição, enquanto a terceira analisou barreiras e facilitadores que influenciam o paciente na decisão de desprescrever (Reeve *et al.*, 2013), e a quarta avaliou o resultado da desprescrição na redução da quantidade de medicamentos e no controle das condições médicas (Dills *et al.*, 2018).

Boghossian *et al.*, (2017) analisaram os efeitos de duas estratégias (n=1758): desprescrição de IBP sob demanda, em pacientes entre 48 a 57 anos com doença do refluxo gastroesofágico moderada e esofagite leve, e desprescrição abrupta, em pacientes ≥ 65 anos com esofagite leve a moderada, em comparação ao uso contínuo (28 dias ou mais). Na desprescrição sob demanda, em 16,3% dos participantes houve retorno dos sintomas gastrointestinais ou alívio inadequado versus 9,2% no uso contínuo (RR 1,71; IC 95% 1,31 a 2,21). Quinze participantes do grupo de intervenção desenvolveram esofagite em comparação a nenhum do grupo controle. Houve redução do uso, em média, de 3,79 comprimidos de IBP/semana (IC95% -4,73 a -2,84). O uso do IBP sob demanda causou maior insatisfação nos participantes em comparação ao grupo controle, respectivamente 15,8% e 8,8% (RR 1,82; IC 95% 1,26 a 2,65). A desprescrição abrupta foi associada a um risco aumentado do retorno dos sintomas, com recaída em 69,6% dos

participantes com histórico de esofagite em comparação com 20,4% daqueles em uso contínuo de IBP (RR 3,41; IC 95% 1,91 a 6,09).

Wilsdon *et al.*, (2017) relataram intervenções efetivas e direcionadas para promover a desprescrição dos IBP com redução de altas doses, por meio de material educativo (folhetos) elaborado com base em evidências científicas dirigido aos médicos, farmacêuticos e pacientes em programas e períodos distintos na Austrália. O número de prescrições com dose baixa aumentou 0,6% ao mês e após 20 meses aumentou para 0,9% ao mês ($p = 0,007$). Em um dos estudos analisados essas intervenções foram avaliadas como úteis ou muito úteis por 81% dos médicos, 95% dos farmacêuticos e 72% dos pacientes.

Reeve *et al.*, (2013) estudaram 1310 participantes que estavam em uso ou em recente suspensão do uso de medicamentos, com a finalidade de identificar barreiras e facilitadores que podem influenciar a decisão do paciente em desprescrever. Duas pesquisas qualitativas analisadas foram realizadas no Reino Unido e citam como barreiras à desprescrição dos IBP: crença no benefício do medicamento para a condição clínica, falta de vontade de tentar alternativas, medo do retorno da condição clínica ou retorno dos sintomas e experiências ruins com desprescrições anteriores. Em contrapartida, o medo de efeitos adversos, a possibilidade de reinício do uso do medicamento, a influência do médico da atenção primária e o custo do medicamento foram citados como facilitadores à desprescrição dos IBP.

Dills *et al.*, (2018) incluíram participantes adultos, maiores de 18 anos, para avaliar o resultado da desprescrição na redução da quantidade de medicamentos e no controle das condições médicas. Intervenções educativas sobre o manejo dos sintomas e prescrição de medicamentos, lideradas por farmacêuticos e dirigidas aos prescritores, e intervenções educativas sobre o uso inadequado de medicamentos, dirigidas aos pacientes, com abordagem individual, resultaram na redução de dose de IBP para dose de manutenção em 50% dos pacientes.

DISCUSSÃO

Esta revisão possui limitações próprias do desenho de uma revisão rápida, tais como número menor de bases de dados pesquisadas, processos de seleção e extração de dados não realizado duplamente de forma independente, foco em revisões sistemáticas. De outro

lado, esse tipo de revisão tem como vantagem propiciar respostas oportunas a demandas de gestores, no cotidiano dos serviços de saúde.

A desprescrição é um processo que se inicia anteriormente ao ato formal de firmar em receituário médico uma alteração de conduta. Para que o processo de desprescrição seja desenvolvido de forma eficaz e segura devem ser consideradas barreiras impostas tanto pelos médicos como pelos pacientes. A confiança na terapia medicamentosa para cura ou remissão dos sintomas, limitação de tempo de consulta com o profissional de saúde, receio de suspensão de terapia iniciada por outro prescritor, influências de mercado, falta de comunicação entre os prescritores, discordância entre profissionais e pacientes quanto à estratégia para desprescrição, falta de conhecimento no manejo da desprescrição são barreiras vivenciadas pelos prescritores. Além disso, deve-se considerar a resistência do paciente quanto à suspensão ou substituição da terapia pelo receio do retorno dos sintomas, o relato de experiências sem êxito de outras pessoas e pressão da família e comunidade para a continuidade do uso dos medicamentos (Reeve *et al.*, 2013; Boghossian *et al.*, 2017; Wilsdon *et al.*, 2017; Dills *et al.*, 2018). A educação do paciente sobre os riscos e benefícios da terapia medicamentosa, um processo estruturado de retirada de medicamentos, monitoramento e apoio são facilitadores da desprescrição (Dills *et al.*, 2018).

Boghossian *et al.*, (2017) demonstraram que a desprescrição abrupta foi associada a um risco aumentado de recorrência de sintomas gástricos. No caso dos IBP, a desprescrição pode ser realizada com a interrupção abrupta, uso sob demanda até o alívio dos sintomas gástricos, uso de menor dose ou uso de alternativa terapêutica como os antagonistas do receptor de histamina-2 (Thompson *et al.*, 2018). Apesar das lacunas na literatura científica quanto à concordância sobre a melhor estratégia para a desprescrição, considerando os efeitos clínicos, o processo gradual, sob demanda ou por redução de doses de IBP, é mais eficaz para controlar a recorrência dos sintomas gástricos em comparação à suspensão abrupta (Katz, Gerson, Vela, 2013; Haastrup *et al.*, 2014; Farrell *et al.*, 2017). Segundo Reimer *et al.*, (2009) a suspensão abrupta do IBP, após 8 semanas de tratamento pode causar hipersecreção ácida de rebote, em adultos saudáveis. Em um estudo qualitativo os pacientes relataram que usariam IBP em doses baixas ou sob demanda (Grime, Pollock, 2002).

É muito importante levar em consideração esses achados, uma vez que o medo do retorno dos sintomas gástricos, associado a um risco aumentado na desprescrição abrupta, é uma das principais barreiras à desprescrição, além da crença no benefício do medicamento, falta de vontade de tentar alternativas, experiências ruins com desprescrições anteriores e custos. Os pacientes consideram necessário o uso dos IBP para o tratamento clínico, valorizam o controle dos sintomas gástricos e a qualidade de vida fornecida pelo seu uso e apontam essa classe de medicamentos como a mais eficaz para esse fim (Spijker-Huiges, Winters, Meyboom-De Jong, 2006; Farrell *et al.*, 2017; Thompson *et al.*, 2018). No estudo de Spijker-Huiges *et al.*, (2006) 68% dos pacientes referiram que não aceitariam o retorno de nenhum sintoma após a desprescrição.

As revisões sistemáticas de Wilsdon *et al.*, (2017) e Dills *et al.*, (2018) demonstraram que a informação dirigida aos médicos, farmacêuticos e pacientes por meio de ações educativas envolvendo materiais e sessões de ensino com conteúdo explicativo sobre a promoção do uso racional de medicamentos, além de guias e algoritmos, orientam a conduta na desprescrição. O processo de desprescrição dos IBP, a partir da conscientização dos profissionais de saúde sobre prescrição e manejo dos sintomas, pode contar com o uso de ferramentas para orientação (Walsh *et al.*, 2016; Farrell *et al.*, 2017).

Pesquisadores brasileiros, em parceria com pesquisadores de outros países, realizaram a tradução e adaptação cultural de algoritmos de desprescrição desenvolvidos pelo Canadian Deprescribing Network (Caden) para vários medicamentos, incluindo os inibidores da bomba de prótons (Sbrafh, 2020).

Segundo Thompson *et al.*, (2018) médicos também têm receio do retorno dos efeitos adversos frente a desprescrição, por isso uma estratégia para orientar a desprescrição deveria incluir a identificação, avaliação e priorização dos medicamentos em relação ao potencial de risco, de forma compartilhada entre médicos e farmacêuticos. A limitação de tempo aos médicos da atenção básica imposta pela rotina do serviço, no entanto, implica na falta de reavaliação dos medicamentos de uso contínuo (Thompson *et al.*, 2018).

Em meio ao processo que envolve conhecimentos técnicos e rotinas de cuidados já estabelecidos, as angústias, experiências e expectativas dos pacientes devem ser consideradas e discutidas como um componente para a construção compartilhada sobre a

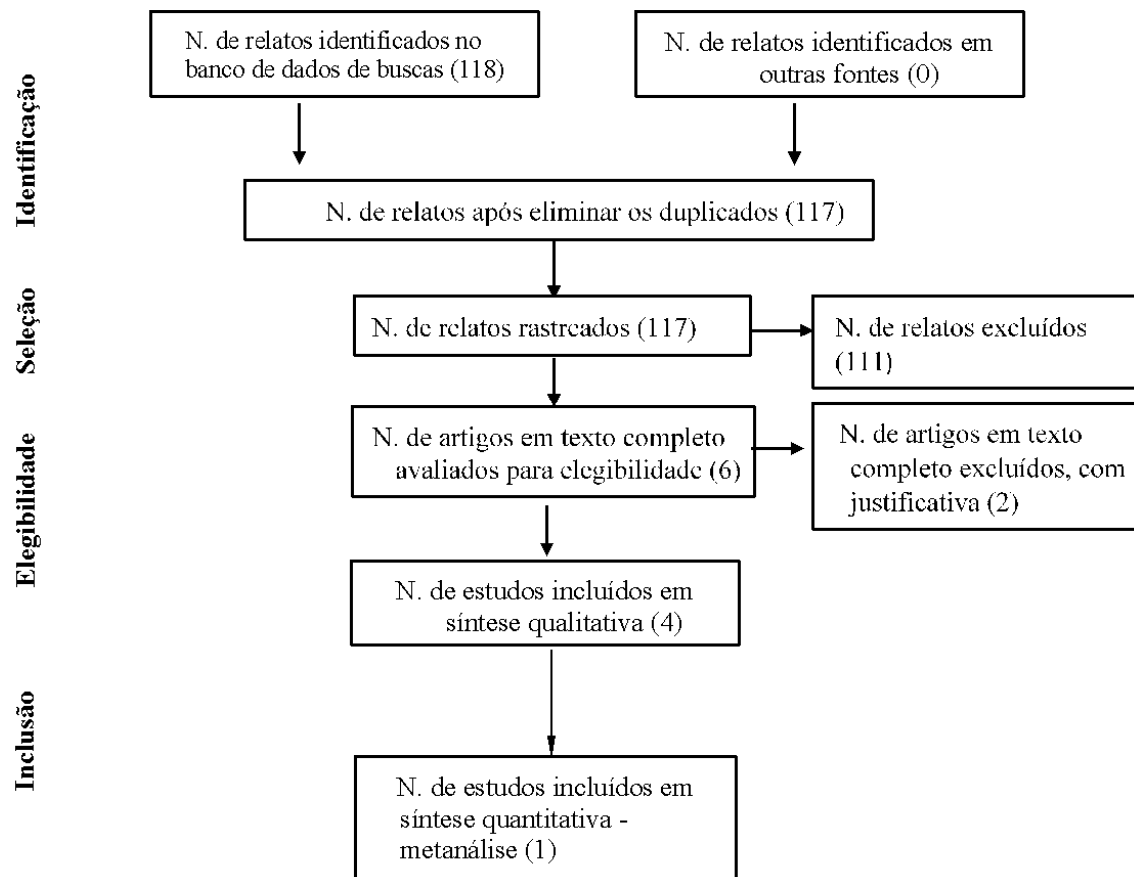
melhor estratégia para a desprescrição. Os efeitos adversos pelo uso dos IBP em longo prazo preocupam os pacientes na proporção inversa ao grau de satisfação com o controle dos sintomas e custos suportados para manter o tratamento (Chey, Mody, Izat, 2010). De acordo com estudos (Farrell *et al.*, 2017; Thompson *et al.*, 2018), os pacientes aceitam discutir sobre a desprescrição, estão dispostos a diminuir o uso de IBP e o intercâmbio de informações é importante nesse processo. Ao paciente interessa entender o que é, como se efetiva, quais as ações e opções consideradas frente aos diferentes desfechos, principalmente, a ocorrência de retorno dos sintomas e a possibilidade de retomada de tratamento com IBP. No estudo de Smeets *et al.*, (2009) os pacientes consideraram de maior importância no processo de desprescrição os esclarecimentos sobre o seu envolvimento, os motivos da desprescrição e a possibilidade de retorno dos sintomas.

Nesse sentido, torna-se cada vez mais relevante a inclusão do farmacêutico nas equipes de saúde e seu envolvimento nas ações relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos e nas ações educativas para propiciar a educação do paciente, a revisão do rol de medicamentos utilizados, o monitoramento dos sintomas de forma compartilhada e complementar ao médico (Farrell *et al.*, 2017) e a diminuição do uso indiscriminado dos medicamentos e dos custos para os sistemas de saúde (Bundeff, Zaiken, 2013).

Os estudos incluídos nesta revisão foram realizados na Europa, Estados Unidos e Oriente Médio e mostram que a desprescrição é factível em diferentes contextos, com diferentes estratégias. Os achados das revisões sistemáticas indicam que o processo é mais efetivo por meio de ações com materiais educativos e orientadores direcionados aos profissionais de saúde e pacientes, com o envolvimento ou a liderança do farmacêutico. Não foram identificados estudos conduzidos no Brasil sobre desprescrição dos IBP, porém, no nível assistencial os fatores implicados em maior efetividade e os atores envolvidos são, geralmente, comuns aos sistemas de saúde, mesmo assim adaptações podem ser necessárias para adequação à realidade local.

Tabela I - Estratégias de busca em bases de dados da literatura científica

BASE	DATA	ESTRATÉGIA	QUANTIDADE DE ARTIGOS
LILACS	07/07/2019	(Desprescrições OR Deprescriptions OR Deprescripciones OR Deprescrição OR Deprescrições OR Deprescrição) AND (“Inibidores da Bomba de Prótons” OR “Proton Pump Inhibitors” OR “Inibidores de la Bomba de Protones”)	0
PUBMED	07/07/2019	((("Proton Pump Inhibitors"[Mesh] OR Inhibitors, Proton Pump)) OR ("Omeprazole"[Mesh] OR Prilosec OR Omeprazole Sodium OR Sodium, Omeprazole OR H 168-68 OR H 168 68 OR H 16868 OR Omeprazole Magnesium OR Magnesium, Omeprazole)) AND ("Deprescriptions"[Mesh] OR Deprescription OR Deprescribing)	43
EMBASE	07/07/2019	('proton pump inhibitor'/exp OR 'omeprazole'/exp) AND 'deprescription'/exp AND [embase]/lim	42
NICE evidence	07/07/2019	(deprescription OR deprescribing) AND ("proton pump inhibitors" OR omeprazole)	33
TOTAL			118

Figura 1 – Fluxograma de Seleção de Estudos

Revisão Sistemática	<i>Deprescribing versus continuation of chronic proton pump</i>	<i>Effectiveness of Interventions to Deprescribe Inappropriate Proton Pump Inhibitors in Older Adults</i>	<i>Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review</i>	<i>Deprescribing Medications for Chronic Diseases Management in Primary Care Settings: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials</i>
Autor, ano	Boghossian et al. (2017)	Wilsdon et al. (2017a)	Reeve et al. (2013)	Dills et al. (2018)
Objetivo	Determinar os efeitos associados à desprescrição da terapia com IBP a longo prazo em adultos, em comparação com o uso diário crônico (28 dias ou mais).	Determinar a eficácia das intervenções para reduzir o uso inapropriado de IBP em idosos.	Identificar barreiras e facilitadores que podem influenciar a decisão do paciente em interromper o uso de medicamentos (ME).	Avaliar o resultado da desprescrição na redução da quantidade de ME e no controle das condições médicas e mentais crônicas em comparação com o tratamento padrão na população adulta não terminal.
Desenhos de estudos incluídos e quantidade	Ensaio prospectivo multicêntrico aberto randomizado (n = 4). Ensaio prospectivo multicêntrico duplo-cego randomizado (n = 2).	Ensaio clínico randomizado (n = 6) (um específico para IBP), coorte prospectivo sem controle (n = 8), séries temporais interrompidas (n = 2), auditorias pré e pós-intervenção (n = 3), coorte retrospectivo sem controle (n = 1), coorte prospectivo multicêntrico sem controle (n = 1).	Qualitativo: - Entrevista semiestruturada (n = 11). - Grupo focal (n = 2). Quali -quantitativo (misto): - Respostas abertas (n = 1), Entrevista semiestruturada (n = 5), Respostas abertas e fechadas (n = 1). Quantitativo: - Pesquisa (n = 1).	Ensaio clínico randomizado (n = 58).
Data mais recente de busca	Novembro de 2016	Janeiro de 2017	Agosto de 2011	Dezembro de 2016
AMSTAR 2	Avaliação de qualidade metodológica: alta	Avaliação de qualidade metodológica: moderada	Avaliação de qualidade metodológica: moderada	Avaliação de qualidade metodológica: moderada
Intervenção em detalhes	Desprescrição: - Sob demanda em relação ao uso contínuo de IBP em pacientes ambulatoriais (média de 48 a 57 anos) com DRGE moderada e esofagite leve. - Abrupta em comparação ao uso contínuo de IBP em pacientes ambulatoriais (idade > 18 anos /	Aconselhamento de carta de alta (n = 1), clínicas com atendimento ambulatorial e foco na desprescrição (n = 2), educação para médicos e farmacêuticos (n = 5), detalhamento acadêmico (n = 2), manejo por geriatra (n = 5) ou revisão de ME (n = 6). -desprescrição IBP:	Entrevista semi - estruturada, grupo focal, pesquisa por questionário. Boath and Blenkinsopp (1997) n = 20 e Grime et al. (2001) n = 82: Pesquisa qualitativa com entrevistas semi - estruturadas no Reino Unido relatam barreiras e facilitadores para desprescrição dos IBP.	Para refinar a quantidade de ME: - Intervenções educativas: treinamento dos profissionais de saúde - Intervenções específicas: educativas dirigidas aos pacientes de alto risco, individualmente, sobre o manejo de doenças crônicas e o uso inadequado de ME em ambiente de internação,

(continua)

	média 73 anos) com esofagite leve a moderada.	a) Material educativo (folhetos) com base em evidências fornecido aos médicos, farmacêuticos e pacientes. b) Detalhamento acadêmico: sessões de ensino. c) desprescrição por geriatra.		ambulatorial e de cuidados de longo prazo. - Intervenção mista (educativa para o prescritor e específica para o paciente). Desprescrição de IBP: intervenções educativas mistas.
Participantes	Participantes (n = 1.758) entre 48 e 57 anos. Um estudo (Pilotto 2003) incluiu participantes com 65 anos ou mais (idade média de 73 anos). Todos os participantes eram ambulatoriais e apresentavam doença de refluxo não erosivo ou graus mais leves de esofagite (LA grau A ou B).	Participantes com idade média ou mediana de 65 anos em uso inadequado de PPI.	Participantes (n = 1.310) em uso ou em recente suspensão do uso dos ME.	Adultos com idade igual ou superior a 18 anos e não terminais
Local	Morgan 2007: 23 locais canadenses. Pilotto 2003: 16 centros italianos. Van der Velden 2010: 23 práticas gerais das regiões central e oriental dos Países Baixos. Bour 2005: 41 hospitais franceses (locais exatos não divulgados). Janssen 2005: 58 centros (29 na Alemanha, 12 na França, 11 na Suíça e seis na Hungria). Bayerdörffer 2016: 61 sites (Áustria, França, Alemanha, África do Sul e Espanha).	Hospitais e comunidade ou instalações de cuidados para idosos.	Não informado.	Ambulatórios, ambientes de vida assistida e lar de idosos.
Países	Canadá, Itália, Holanda, França, Alemanha, Suíça, Hungria, Áustria, África do Sul e Espanha.	Austrália, Nova Zelândia, EUA, Inglaterra, País de Gales, Escócia, Irlanda, França, Suíça, Alemanha, Holanda e Israel.	Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Israel, Países Baixos, Suécia,	Finlândia, Espanha, Estados Unidos, Nova Zelândia, Canadá, Suécia, Bélgica, Alemanha, Austrália, Israel, Reino Unido, França, Irlanda, Noruega, Países Baixos, Dinamarca, Brasil.
Desfechos e resultados	Desfechos primários: falta de controle dos sintomas = retorno dos sintomas ou alívio inadequado, uso de ME (incluindo	Estudos com intervenções efetivas (n = 6). Estudos inconclusivos (n = 11), Estudos ineficazes (n = 4). Intervenções eficazes para IBP:	Barreiras relatadas pelos pacientes: Desacordo com a desprescrição, processo de desprescrição, influenciadores negativos, medo e	Desfecho primário: desprescrição bem-sucedida (redução estatisticamente significativa da carga de ME entre o grupo de
<i>(continua)</i>				

<p>IBP) e custo (não há relato). Desfecho secundário: Resultado positivo (não há relato), todos os resultados negativos ou evento adverso de abstinência (exceção: sintomas gastrointestinais) e satisfação do participante. Os seis estudos mediram a falta de controle dos sintomas e analisaram os dados separadamente para desprescrição sob demanda e interrupção abrupta.</p> <p>1) Desprescrição sob demanda x terapia contínua com IBP: Bour 2005 e Janssen 2005 avaliaram falha no tratamento. Bayerdörffer 2016; Morgan 2007; Van der Velden 2010 avaliaram alívio inadequado dos sintomas: 16,3% dos participantes no grupo de prescrição sob demanda experimentaram falta de controle dos sintomas versus 9,2% no tratamento contínuo (RR 1,71, IC 95% 1,31 a 2,21). Bayerdörffer 2016; Bour 2005; Janssen 2005 avaliaram a quantidade de comprimidos de IBP: Redução do uso de 3,79 comprimidos de IBP \ semana (IC 95% -4,73 a -2,84). Bayerdorffer 2016 avaliou eventos adversos de abstinência: 15 participantes (5%) desenvolveram esofagite com a desprescrição sob demanda x nenhum com o uso continuado de IBP. Bayerdörffer 2016; Bour 2005; Janssen 2005; Morgan 2007; Morgan 2007; Van</p>	<p>- Roughead et al. e Pratt et al.: específicas para IBP com material educativo para médicos, farmacêuticos e pacientes:</p> <p>a) Aumento de 0,6% /mês da taxa de prescrições de baixa dose e aumento para 0,9% ao mês, após 20 meses (p = 0,007).</p> <p>b) Diminuição de 8,47% da taxa de prescrição (IC95% -13,72 a -3,21%) em comparação com a taxa sem a intervenção.</p> <p>c) Aumento de 1,57% da taxa de uso de IBP de baixa dose (IC 95% 0,71-2,44%).</p> <p>- Clyne et al. 2015 e 2016 relataram a intervenção de "detalhamentos acadêmicos": visita farmacêutica em clínicas para discutir prescrições potencialmente inadequadas, revisão de ME e o algoritmo. O O.R ajustado de continuar recebendo um PPI inadequado no grupo de intervenção em comparação com o grupo aumentou de 0.3 em seis meses para 0.4 após um ano do estudo.</p> <p>- Michalek et al. e Wehling et al. relataram desprescrição por geriatras e uso de FORTA para orientar a prescrição.</p>	<p>outros.</p> <p>Facilitadores: Concordância em suspender o medicamento, processo de desprescrição, influenciadores positivos, antipatia aos ME, outros. Influência da classe farmacológica.</p> <p>- Barreiras a desprescrição dos IBP: Crença no benefício do medicamento para a condição clínica, falta de vontade de tentar alternativas, medo do retorno da condição clínica ou retorno dos sintomas e experiências ruins com desprescrições anteriores.</p> <p>-Facilitadores para a desprescrição dos IBP: medo de efeitos adversos, possibilidade de reinício do uso do medicamento, influência do médico da atenção primária e custo do medicamento.</p>	<p>intervenção (GI) e o grupo controle (GC), ou mais de 50% dos pacientes tolerou a desprescrição do medicamento em comparação com o controle.</p> <p>Desfecho secundário: efeitos adversos relacionados ao medicamento ou à condição crônica.</p> <p>- desprescrição dos IBP:</p> <p>a) Zwisler at al. 2015 (n = 171), estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo: Maior taxa de desprescrição foi de 27% dos participantes.</p> <p>b) Clyne at al. 2015: desprescrição bem-sucedida (redução de dose para nível de manutenção em 50% dos pacientes) com intervenção mista educacional do farmacêutico para prescritores e específica para o paciente, relacionada a medicamento potencialmente inapropriada (PIM). 20 % dos casos: suspensão do uso. Indicação de alternativa terapêutica: 11% Conduta inalterada: 20%.</p>
---	---	--	---

(continua)

der Velden 2010) avaliaram a satisfação do participante (falta de vontade em continuar e alívio inadequado dos sintomas). Os participantes que utilizam IBP sob demanda apresentaram maior insatisfação em comparação aos participantes que utilizavam IBP continuamente (15,8% com demanda versus 8,8% com contínua; RR 1,82, IC 95% 1,26 a 2,65).

2) Desprescrição abrupta x terapia contínua com IBP:

- Piloto 2003 avaliou falha no tratamento: A desprescrição abrupta foi associada a um risco aumentado no retorno dos sintomas gastrointestinais. Piloto 2003 avaliou eventos adversos de abstinência: 69,6% dos participantes com histórico de esofagite recaíram com interrupção abrupta em comparação com 20,4% com tratamento contínuo (RR 3.41, IC 95% 1.91, 6.09).

Barreiras de implementação

A desprescrição abrupta foi associada a um risco aumentado do retorno dos sintomas.

Processos de desprescrição sem o envolvimento entre o médico e o paciente.

Necessidade do medicamento:
- Crença no benefício dos ME para a condição clínica (IBP e outros), esperança em benefícios futuros, bem-estar psicológico, falta de vontade de tentar alternativas (IBP e outros), desejo de aumentar a dose do medicamento, ceticismo na

Resultados adversos, piora do quadro clínico e exacerbação de doenças crônicas. As intervenções podem ser dispendiosas, intensivas e contínuas.

(continua)

			<p>recomendação de suspensão.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo: retorno da condição clínica, retorno dos sintomas (IBP e outros), efeitos da abstinência, medos inespecíficos (IBP e outros). - No processo de desprescrição: Falta de apoio, de suporte, desconhecimentos ou informações conflitantes, necessidade de tempo adequado. - Influências: do médico da atenção primária, parentes e amigos, experiências ruins com a retiradas anteriores (IBP e outros). - Outros: Pragmatismo, resistência a mudanças, hábito, falta de vontade. 	
Facilitadores da implementação	Possível redução da quantidade de comprimidos, se a desprescrição sob demanda for tolerada.	Intervenções educativas baseadas em evidências, "detalhamento acadêmico" envolvendo visita de farmacêuticos e desprescrições conduzidas por geriatras.	<p>Necessidade do medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presença de efeitos adversos, medo de efeitos adversos (IBP e outros), crença de que a medicação não é necessária, constatação de falta de eficácia, medo de dependência, aceitação de opção alternativa de tratamento, incerteza sobre a necessidade de continuidade do tratamento, insegurança quanto ao médico que iniciou o tratamento. - Processo de desprescrição: Possibilidade de reinício do uso do medicamento (IBP e outros), acompanhamento do médico da atenção primária e de outros serviços, apoio da família, fatores relacionados à cessação do stress. - Influências: médico da atenção primária (IBP e outros), outras influências. - Antipatia: Benefícios psicológicos, aversão ao uso de 	Intervenção do farmacêutico nas ações educativas junto ao médico e ao paciente e nas recomendações específicas no tratamento do paciente.

(continua)

			medicamento, inconveniência, incluindo custo (IBP e outros), medicamentos são não naturais, estigma. - Outros: Ausência de medo.	
Lacunas do conhecimento	Melhor estratégia para desprescrição: inconclusiva. Comparação de métodos de desprescrição à terapia contínua em populações com outras doenças gastrointestinais (resultados limitados a pessoas com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) que apresentam NERD ou esofagite leve), ampliação das características populacionais e extensão do período médio de acompanhamento após um ano, análise de custo benefício, de eventos adversos de retirada de ME (ADWE) e eventos positivos de retirada de ME (PDWE) e comparação de desfechos desprescritivos em pessoas com EE (esofagite erosiva) de alto grau.	Superar barreiras de conhecimento quanto a prescrição inadequada dos IBP. Incerteza se a desprescrição de PPI se traduz em melhores resultados clínicos. Discussão sobre as estratégias para desprescrição (interrupção abrupta, redução de dose, redução gradual ou uso sob demanda).	Proposta de desprescrição para faixas etárias específicas, estudos de desprescrição com outras classes de ME, avaliação de resultados quanto à desprescrição centrada no paciente.	Não informado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ament PW, Dicola DB, James ME. Reducing adverse effects of proton pump inhibitors. *Am Fam Physician*. 2012; 86 (1): 66-70.

Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners' views on polypharmacy. *BMC Fam Pract*. 2010. 11:65.

Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, Welch V, Moayyedi P, Rojas-Fernandez C, Pottie K, Farrell B, et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 3:CD011969.

Bortoli MC, Setti C, Lima FJS, Dalenogare GV. Mecanismos e programas de revisão rápida. In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. *Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências*. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP; 2017, 105 – 108

Bundeff AW, Zaiken K. Impact of clinical pharmacists' recommendations on a proton pump inhibitor taper protocol in an ambulatory care practice. *J Manag Care Pharm*. 2013; 19 (4): 325-33

Chey WD, Mody RR, Izat E. Patient and Physician Satisfaction with Proton Pump Inhibitors (PPIs): Are There Opportunities for Improvement? *Dig Dis Sci* .2010; 55 (12): 3415–22.

Chubineh S, Birk J. Proton Pump Inhibitors: The Good, the Bad and the Unwanted. *Souther Medical Journal*. 2012; 105 (11): 613–18.

Couteur DL, Banks E, Gnjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Aust. Prescr*. 2011; 34 (6): 182–85.

Dills H, Shah K, Messinger-Rapport B, Bradford K, Syed Q. Deprescribing Medications for Chronic Diseases Management in Primary Care Settings: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc*. 2018; 19 (11): 923-935.

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2017; 63 (5): 354-364.

Fohl AL, Regal RE. Proton pump inhibitor-associated pneumonia: Not a breath of fresh air after all? *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2011; 2 (3): 17-26.

Gnjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med.* 2012; 28 (2): 237-53.

Gomes MS, Amorim WW, Morais RS, Gama RS, Graia LT, Queiroga HM, et al. Polypharmacy in older patients at primary care units in Brazil. *Int J Clin Pharm.* 2019; 41 (2): 516-524.

Gomm W, von Holt K, Thomé F, Broich K, Maier W, Fink A, et al. Association of Proton Pump Inhibitors with Risk of Dementia: A Pharmacoepidemiological Claims Data Analysis. *JAMA Neurol.* 2016; 73 (4): 410-6.

Grime JC, Pollock K. How do younger patients view long-term treatment with proton pump inhibitors? *J R Soc Promot Health.* 2002; 122 (1): 43-9.

Guedes JVM, Aquino JA, Castro TLB, Morais FA, Baldoni AO, Belo VS, et al. Omeprazole use and risk of chronic kidney disease evolution. *PLoS One.* 2020;15 (3): e0229344. Published 2020 Mar 4.

Haastrup P, Paulsen MS, Zwisler JE, Begtrup LM, Hansen JM, Rasmussen S, et al. Rapidly increasing prescribing of proton pump inhibitors in primary care despite interventions: a nationwide observational study. *Eur J Gen Pract.* 2014; 20 (4): 290-3.

Hilmer SN, Gnjidic D. The effects of polypharmacy in older adults. *Clin Pharmacol Ther.* 2009; 85 (1): 86-8.

Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2013; 108 (3): 308-28.

Machado-Alba JE, Gaviria-Mendoza A, Machado-Duque ME, Chica L. Deprescribing: a new goal focused on the patient. *Expert Opin Drug Saf.* 2017;16 (2): 111-112.

Malhotra K, Katsanos AH, Bilal M, Ishfaq MF, Goyal N, Tsivgoulis G. Cerebrovascular Outcomes with Proton Pump Inhibitors and Thienopyridines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke.* 2018; 49 (2): 312-318.

Motter FR, Fritzen JS, Hilmer SN, Paniz ÉV, Paniz VMV. Potentially inappropriate medication in the elderly: a systematic review of validated explicit criteria. *Eur J Clin Pharmacol*. 2018; 74 (6): 679-700.

Obreli Neto PR, Nobili A, Marusic S, Pilger D, Guidoni CM, Baldoni AO, et al. Prevalence and predictors of potential drug-drug interactions in the elderly: a cross-sectional study in the Brazilian primary public health system. *J Pharm Pharm Sci*. 2012; 15 (2): 344-354.

Oliveira MG, Amorim WW, de Jesus SR, Rodrigues VA, Passos LC. Factors associated with potentially inappropriate medication use by the elderly in the Brazilian primary care setting. *Int J Clin Pharm*. 2012; 34 (4): 626-632.

Othman F, Card TR, Crooks CJ. Proton pump inhibitor prescribing patterns in the UK: a primary care database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2016; 25 (9): 1079-87.

Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Ber CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016; 82 (3): 583-623.

Pottegård A, Broe A, Hallas J, Muckadell OBS, Lassen AT, Lødrup AB. Use of proton-pump inhibitors among adults: a Danish nationwide drug utilization study. *Therap Adv Gastroenterol*. 2016; 9 (5): 671-678.

Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015; 80 (6): 1254-68.

Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013; 30 (10): 793-807.

Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L, Bytzer P. Proton-pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. *Gastroenterology*. 2009; 137 (1): 80-7.

Santos NS, Marengo LL, Moraes FS, Barberato-Filho S. Interventions to reduce the prescription of inappropriate medicines in older patients. *Rev Saude Publica*. 2019; 53:7.

Sbrafh - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde [citad 2020 jul 1]. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/inicial/desprescricao/>

Schoenfeld AJ, Grady D. Adverse Effects Associated with Proton Pump Inhibitors. *JAMA Intern Med.* 2016; 176 (2): 172-4.

Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015; 175 (5): 827-34.

Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017; 358: j4008.

Smeets HM, De Wit NJ, Delnoij DM, Hoes AW. Patient attitudes towards and experiences with an intervention programme to reduce chronic acid-suppressing drug intake in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2009; 15 (4): 219-25.

Spijker-Huiges A, Winters JC, Meyboom-De Jong B. Patients' views on dyspepsia and acid suppressant drug therapy in general practice. *Eur J Gen Pract.* 2006; 12 (1): 10-4.

Thompson W, Black C, Welch V, Farrell B, Bjerre LM, Tugwell P. Patient Values and Preferences Surrounding Proton Pump Inhibitor Use: A Scoping Review. *Patient.* 2018; 11 (1): 17-28.

Wallace JL, Sharkey KA. Farmacoterapia da acidez gástrica, úlceras pépticas e doença do refluxo gastroesofágico. In: Brunton LL, Chabiner BA, Knollmann BC, organizadores. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman - 12ª edição.* Porto Alegre. AMGH Editora LTDA. 2012. p. 1309–22.

Walsh K, Kwan D, Marr P, Papoushek C, Lyon WK. Deprescribing in a family health team: a study of chronic proton pump inhibitor use. *J Prim Health Care.* 2016 ;8 (2): 164-71.

Wilsdon TD, Hendrix I, Thynne TR, Mangoni AA. Effectiveness of Interventions to Deprescribe Inappropriate Proton Pump Inhibitors in Older Adults. *Drugs Aging.* 2017; 34 (4): 265-287.

Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People Through Reducing Medications. *J Pharm Pract Res.* 2003; 33 (4): 323–28.

6.2 ARTIGO 2

Omeprazol: um inquérito sobre indicações e estratégias para promoção do uso racional na Atenção Primária à Saúde.

Omeprazole: a survey on indications and strategies for promoting rational use in Primary Health Care.

RESUMO

Pesquisa desenvolvida para identificar as indicações do omeprazol e estratégias para promoção do seu uso racional na Atenção Primária de uma região do município de São Paulo. Trata-se de estudo transversal por meio de inquérito realizado com médicos e farmacêuticos. Entre 157 médicos, 73,3% referiram prescrever omeprazol para doença de refluxo gastroesofágico; 65,1% para úlcera gástrica decorrente de infecção por *Helicobacter pylori*; 62,3% para síndrome dispéptica; 46,6% para esofagite erosiva; 43,2% para úlcera gástrica e duodenal; 20,5% para úlcera gástrica secundária a anti-inflamatórios não esteroides; 16,4% para condições específicas e 15,8% para outras indicações. Entre 45 farmacêuticos, 100% referiram realizar orientação farmacêutica, 97,8% consulta farmacêutica, 73,3% reunião de equipe, 68,9% grupos educativos, 66,7% atendimento domiciliar, 53,3% educação permanente e 48,9% abordagem voltada ao omeprazol. A maioria dos médicos referiu prescrever omeprazol para as indicações baseadas em evidências científicas. A maioria dos farmacêuticos referiu desenvolver serviços clínicos para o uso racional de medicamentos e, parte deles, também ações voltadas ao omeprazol. Um baixo percentual de farmacêuticos referiu realizar atividades educativas.

PALAVRAS-CHAVE Inibidores da Bomba de Prótons. Omeprazol. Desprescrição. Uso racional de medicamentos. Cuidados Farmacêuticos.

ABSTRACT

Research developed to identify the indications of omeprazole and strategies to promote its rational use in Primary Care in a region of the municipality of São Paulo. This is a cross-sectional study through a survey conducted with doctors and pharmacists. Among 157 doctors, 73.3% reported prescribing omeprazole for gastroesophageal reflux disease; 65.1% for gastric ulcer due to infection by *Helicobacter pylori*; 62.3% for dyspeptic syndrome; 46.6% for erosive esophagitis; 43.2% for gastric and duodenal ulcers; 20.5% for gastric ulcers secondary to non-steroidal anti-inflammatory drugs; 16.4% for specific conditions and 15.8% for other indications. Among 45 pharmacists, 100% reported performing pharmaceutical counseling, 97.8% pharmaceutical consultation, 73.3% team meeting, 68.9% educational groups, 66.7% home care, 53.3% permanent education and 48.9 % approach to omeprazole. Most doctors reported prescribing omeprazole for indications based on scientific evidence. Most pharmacists reported developing clinical services for the rational use of medicines and, part of them, also actions aimed at omeprazole. A low percentage of pharmacists reported carrying out educational activities.

KEYWORDS Proton Pump Inhibitors. Omeprazole. Descriptions. Drug Utilization. Pharmaceutical Care.

Introdução

Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são medicamentos seguros, bem tolerados, considerados os mais eficazes no tratamento de doenças relacionadas à secreção ácida gástrica, porém mundialmente prescritos em excesso¹. Quando indicados sem base em evidências científicas podem contribuir com a polifarmácia e causar interações medicamentosas e, em longo prazo, acarretar reações adversas graves, atendimentos de emergência, internações e consideráveis implicações econômicas².

Considerando somente os dados da rede municipal de saúde de São Paulo, extraídos de sistemas informatizados, o omeprazol, o primeiro representante da classe dos inibidores da bomba de prótons, esteve entre os quatro medicamentos mais dispensados nas farmácias públicas do município de São Paulo, nos últimos cinco anos. Em média, foram dispensados 148 milhões de DDD (dose definida diária), ou seja, cerca de 3,1% da população usaram um DDD de equivalência 20 mg.

A adesão a guias de prática clínica baseadas em evidências é uma abordagem racional para a terapia eficaz e segura com IBP¹. A esse respeito, Farrel et al.² mencionam a importância do uso de guias para orientar os médicos sobre o processo de desprescrição dos IBP e avaliação da necessidade individual dos pacientes quanto à continuidade da terapia medicamentosa. Além disso, consideram a atuação do farmacêutico para o uso racional dos IBP, bem como no processo de desprescrição.

No Brasil, as discussões sobre o papel do farmacêutico iniciaram-se na segunda metade dos anos 1990³. Desde então, atos normativos e publicações de documentos sobre serviços farmacêuticos potencializaram a atuação desse profissional na Atenção Primária à Saúde, para além da gestão logística dos medicamentos, considerando a abordagem voltada ao cuidado⁴. Nessa perspectiva, os farmacêuticos desenvolvem atividades clínicas assistenciais voltadas aos pacientes e atividades educativas voltadas à equipe de saúde e à população com a finalidade de promover o uso racional de medicamentos, melhorar a gestão clínica e a qualidade de vida dos indivíduos³.

O objetivo deste artigo é apresentar os resultados de uma pesquisa que analisou para quais indicações os médicos têm prescrito omeprazol e quais são as ações realizadas por farmacêuticos para a promoção do uso racional na Atenção Primária à Saúde.

Materiais e métodos

Um estudo transversal foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sudeste do Município de São Paulo, no período de 19 de novembro de 2019 a 28 de fevereiro de 2020. A CRS Sudeste abrange 2.710.468 habitantes, aproximadamente 22,8 % da população do município⁵. De 73 UBS localizadas na região, foram elegíveis as 62 que possuem um farmacêutico em seu quadro de servidores. Dessa forma, foram convidados a participar da pesquisa 62 farmacêuticos e 267 médicos de clínica geral, médicos generalistas e de saúde da família.

Um questionário autoaplicável, com perguntas estruturadas, foi entregue aos médicos com o propósito de identificar as indicações terapêuticas para as quais o omeprazol tem sido prescrito. No questionário, foram elencadas as indicações terapêuticas do omeprazol, assim como as alternativas “outras indicações” e “não prescrevi omeprazol nos últimos 7 dias”. Nessa etapa, contou-se com o apoio dos farmacêuticos das UBS, que entregaram e recolheram os questionários.

Outro questionário autoaplicável, com perguntas semiestruturadas, foi disponibilizado em ambiente virtual (*on-line*) aos 62 farmacêuticos que desenvolvem serviços farmacêuticos clínicos, para identificar a percepção desses profissionais sobre a prescrição do omeprazol e as estratégias utilizadas para a promoção do uso racional. No questionário, foi apresentado um breve conceito sobre o Uso Racional de Medicamentos e elencadas cinco questões que versaram sobre promoção do uso racional de medicamentos, serviços farmacêuticos clínico-assistenciais e atividades técnico-pedagógicas. Três questões relacionadas especificamente ao omeprazol investigaram a percepção quanto à prescrição, à posologia, ao período de uso e à abordagem específica das ações para a promoção do uso racional. Essas abordagens específicas, mencionadas em questão aberta, foram categorizadas de acordo com serviços farmacêuticos clínicos propostos no questionário, por meio de planilha Microsoft Excel[®].

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob o Parecer Consubstanciado n^o: 3.672.326, referente ao CAAE: 21365019.3.3001.0086.

Resultados

Entre os 267 médicos, obteve-se resposta de 157 (58,8%). Dos 157 médicos respondentes, 93,0% (146) referiram ter prescrito omeprazol nos sete dias anteriores à pesquisa. Destes, 73,3% prescreveram para doença de refluxo gastroesofágico; 65,1% para úlcera gástrica relacionada a *Helicobacter pylori*; 62,3% para síndrome dispéptica; 46,6% para esofagite erosiva; 43,2% para úlcera gástrica e duodenal; 20,5% para úlcera gástrica secundária a anti-inflamatórios não esteroides; 16,4% para condições específicas (hipersecreção gástrica e esôfago de Barrett) e 15,8% para “outras indicações”.

Para os questionários destinados aos 62 farmacêuticos, obteve-se resposta de 45 deles (72,6%). Os 45 farmacêuticos respondentes referiram atuar na promoção do uso racional de medicamentos por meio de ações clínico-assistenciais voltadas aos pacientes. A orientação farmacêutica foi referida por 100% desses profissionais, a consulta farmacêutica por 97,8%, a visita / atendimento domiciliar por 66,7% e os grupos educativos para pacientes por 68,9%. A realização de atividades técnico-pedagógicas dirigidas a outros profissionais de saúde foi referida por 78% dos farmacêuticos, como a reunião de equipe (73,3%) e a educação permanente (53,3%). A maioria dos farmacêuticos (97,8%) referiu ter realizado dois ou mais serviços clínicos farmacêuticos para promoção do uso racional de medicamentos, com uma média de 5 serviços por farmacêutico.

Na percepção de 95,6% dos farmacêuticos, o omeprazol não tem sido prescrito de forma racional, mas 57,8% deles apontaram que o paciente não se mostra orientado com relação à posologia e período de tratamento. Apesar desses dados, somente 22 deles (48,9%) referiram ter realizado abordagem específica para a promoção do uso racional do omeprazol. Entre estes 22 farmacêuticos, 68,2% mencionaram realizar abordagens com pacientes, por meio de orientações individuais ou em grupo, sobre indicações, posologia, período de tratamento, interações medicamentosas e reações adversas, incluindo a orientação em grupos de idosos sobre o tema da automedicação e uso inadequado do omeprazol como protetor gástrico; 13,6% mencionaram abordagens com prescritores, diretamente ou em reuniões técnicas, sobre temas relacionados ao uso racional, riscos do uso em longo prazo e disponibilidade do fitoterápico espinheira santa na Relação

Municipal de Medicamentos como alternativa terapêutica ao omeprazol; e 18,2% mencionaram realizar as abordagens junto aos pacientes e aos médicos.

Discussão

Pacientes com queixas de distúrbios gastrointestinais crônicos são comuns na rotina dos serviços de saúde e o médico da atenção primária é o principal ator na detecção e gerenciamento dessas doenças, considerando as abordagens relacionadas aos hábitos de vida e os aspectos psicossociais⁶.

Neste estudo, as principais prescrições do omeprazol referidas pelos médicos foram para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), de úlcera gástrica decorrente de infecção por *Helicobacter pylori*, síndrome dispéptica, esofagite erosiva, úlcera gástrica e duodenal; úlcera gástrica secundária a anti-inflamatórios não esteroides.

Duas revisões sistemáticas concluem que os IBP são: 1) ‘a primeira escolha, a base do tratamento médico’ nos sintomas esofágicos da doença do refluxo gastroesofágico e no esôfago de Barrett, uma complicação pré-maligna associada aos sintomas graves e prolongados de DRGE, esofagite erosiva e não erosiva; 2) ‘componentes essenciais’ nos esquemas de erradicação do *Helicobacter pylori* associados à antibioticoterapia e cicatrização de úlcera péptica; 3) ‘os mais eficazes na inibição ácida gástrica’ nas úlceras associadas ao uso de anti-inflamatórios não esteroides não seletivos e no uso de inibidores seletivos da ciclooxigenase, especialmente em pacientes com risco de complicações gastrointestinais superiores; 4) ‘podem ser apropriados’ quando usados em curto prazo na dispepsia funcional^{1,7}.

A síndrome dispéptica manifesta-se por sintomas epigástricos com etiologia apoiada em diferentes doenças, sendo a mais importante a dispepsia funcional com causas não detectadas no exame endoscópico⁸. Embora uma parcela da população se beneficie do uso de IBP para tratar essa condição, sua indicação ainda é controversa⁹.

A alternativa “outras indicações” foi a menos assinalada pelos médicos e não especificadas as indicações. Alguns estudos informam que os inibidores da bomba de prótons têm sido prescritos para condições nas quais seus benefícios são incertos (doença do refluxo gastroesofágico refratária e sintomas extra-esofágicos). Além disso, costumam ser prescritos quando sua indicação é inapropriada, tais como proteção gástrica em

pacientes sem fatores de risco, terapia isolada com corticosteroides, tratamento anticoagulante e antiagregante plaquetário em pacientes sem risco de lesão gástrica, tratamento excessivo da dispepsia funcional, profilaxia de úlcera por estresse em unidades de terapia não intensiva⁷, profilaxia da gastropatia hipertensiva em pacientes cirróticos, e pancreatite aguda¹.

Mundialmente, os inibidores da bomba de prótons são prescritos em excesso tanto na atenção primária quanto na especializada e, em geral, é consequência da falta de reavaliação regular acerca da necessidade do uso contínuo e readequação da farmacoterapia, fato que persiste na transição de cuidados entre esses níveis de atenção, traduzido na repetição de prescrições¹⁰⁻¹³. Um dos obstáculos à reavaliação é o tempo das consultas médicas nas unidades públicas de saúde, geralmente limitado e comumente focalizado no diagnóstico e na conduta baseada na queixa principal do paciente¹⁴.

O estudo de Reimer e Bytzer¹⁵ alerta que a suspensão abrupta da terapia com IBP após 8 semanas, em indivíduos saudáveis assintomáticos, induz a sintomas relacionados à acidez gástrica como azia, regurgitação ácida ou dispepsia sugerindo, então, a ocorrência da hipersecreção ácida de rebote. Esse fato poderia ser usado como justificativa para o uso contínuo dos inibidores da bomba de prótons, podendo resultar na retomada da terapia antissecretora motivada pela recuperação do ácido e não por sintomas relacionados às doenças gástricas.

Esses motivos podem explicar, em parte, a percepção dos farmacêuticos que participaram desta pesquisa sobre o uso irracional do omeprazol e sobre a falta de orientação do paciente quanto ao período de tratamento.

Gikas e Triantafillidis⁶ ressaltam que além do conhecimento dos médicos sobre guias de prática clínica são necessárias atividades educativas adicionais para a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes e citam, para esse fim, os eventos acadêmicos e as discussões em grupos menores como as iniciativas mais comuns.

Além das atividades logísticas relacionadas à gestão dos medicamentos, a atuação do farmacêutico na prática clínica é relevante no cuidado ao usuário da Atenção Primária¹⁶. Quase todos os farmacêuticos que participaram desta pesquisa têm desenvolvido dois ou mais serviços farmacêuticos clínicos para promover o uso racional de medicamentos, incluindo abordagens combinadas para a promoção do uso racional do omeprazol. Esses

serviços não são excludentes, coexistem e podem ser combinados entre si ou a outros serviços, elaborados a depender do perfil epidemiológico e da necessidade de saúde dos pacientes do território^{16,17}. Melo e Castro¹⁸ concluíram que os serviços farmacêuticos clínicos referentes à educação em saúde, os atendimentos farmacêuticos e o seguimento farmacoterapêutico melhoram a qualidade da prescrição e reduzem o número de medicamentos prescritos. Nkansah et al.¹⁹ complementam ao mencionar que as atividades farmacêuticas centradas nos pacientes melhoram os resultados dos cuidados de saúde, incluindo desfechos clínicos.

A prática educativa é indissociável das atividades dos profissionais da saúde²⁰. A educação permanente em saúde foi instituída como estratégia do SUS para nortear ações interdisciplinares voltadas para o saber transformador, a fim de transpor modelos tradicionais de capacitação nos quais as atividades desenvolvidas são alheias às necessidades dos serviços²¹⁻²². Em nosso estudo, essa atividade foi a menos referida pelos farmacêuticos e, especificamente, sobre as estratégias empregadas para a promoção do uso racional do omeprazol, não foi mencionada. A educação permanente e o matriciamento realizados pelo farmacêutico junto à equipe de saúde contribuem para o conhecimento dos demais profissionais acerca do uso racional de medicamentos e na melhoria da gestão clínica³.

Em contrapartida, mais de 70% dos farmacêuticos referiram ter participado de reuniões de equipe, estratégia também presente na promoção do uso racional do omeprazol. Esse fato é indicativo do reconhecimento do papel do farmacêutico pelos demais profissionais que compõem a equipe de saúde, no cuidado aos pacientes²³. Nessa lógica, encontros de equipe, além daqueles voltados à educação permanente, são recursos importantes, uma vez que diferentes saberes contribuem na contínua discussão do cuidado de forma longitudinal²⁴.

O farmacêutico também contribui na integralidade do cuidado quando realiza intervenções coletivas com pacientes, família e comunidade sobre autocuidado, educação em saúde, promoção de saúde e uso racional de medicamentos para além da disseminação do conhecimento, pois essas envolvem mudança de conduta no tocante ao uso de medicamentos e fortalecem a compreensão quanto à condição de saúde e autopercepção¹⁶. A realização de grupos educativos para pacientes constou como uma das três atividades menos referidas pelos farmacêuticos entrevistados. A baixa participação dos

farmacêuticos em atividades educativas de promoção da saúde, indicam a manutenção de atividades farmacêuticas ainda focalizadas na gestão logística dos medicamentos²³.

A participação dos farmacêuticos em comissões, fóruns e outros espaços de diálogos e produção de conhecimento é indutora da reflexão crítica sobre a reorientação de suas práticas no resgate do seu valor social e novo perfil profissional e revela, em outros momentos, a possibilidade desse profissional contribuir com seus conhecimentos e experiências sobre os aspectos qualificadores, seguros e efetivos dos medicamentos^{3, 25-26}.

Nesse contexto, além do desenvolvimento de protocolo com critérios de dispensação dos inibidores da bomba de prótons, a disseminação do tema da desprescrição aos profissionais de saúde e pacientes, principalmente, quanto aos aspectos técnicos e humanísticos envolvidos nesse processo pode contribuir para racionalizar o uso dessa e de outras classes de medicamentos²⁷⁻³⁰. A atuação do farmacêutico na promoção de atividades educativas e no seguimento farmacoterapêutico podem tornar a desprescrição um processo bem sucedido e efetivo^{2, 30}.

Esta pesquisa mostra que é baixo o percentual de farmacêuticos que têm realizado orientações coletivas aos idosos sobre o uso racional do omeprazol. É necessário que essas abordagens sejam incentivadas, principalmente nessa população, considerando a transição demográfica e epidemiológica presente no Brasil com prevalência de doenças crônicas, as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas ocasionadas pelo avanço da idade, e a polifarmácia³¹. Em idosos, os inibidores da bomba de prótons podem ser prescritos, inadequadamente, como protetores gástricos em pacientes polimedicados e sem quaisquer fatores de risco.

A orientação farmacêutica individual tem sido amplamente desenvolvida pelos farmacêuticos que participaram desta pesquisa. A dispensação e a orientação farmacêutica são as atividades clínicas comumente desenvolvidas na atenção primária do Brasil^{16, 23}. Araújo et al.³² apontaram a orientação terapêutica individual ou coletiva como o serviço mais oferecido (44,5%) seguido da dispensação (33,5%). No estudo de Leite et al.³³, 87,4% dos profissionais responsáveis pela dispensação sempre informam ao paciente a forma de uso dos medicamentos. A partir da dispensação que, em geral, é o primeiro elo do farmacêutico com o usuário é possível identificar casos em que sejam

necessários o acompanhamento farmacoterapêutico ou encaminhamentos para outros serviços clínicos farmacêuticos¹⁶.

Assim como a orientação, a consulta farmacêutica tem sido amplamente realizada. Farmacêuticos clínicos são corresponsáveis pela gestão da farmacoterapia em atendimento centrado e direto com o paciente, em local reservado, por meio de consulta individual ou compartilhada com a equipe de saúde³⁴.

A respeito das visitas domiciliares realizadas pelos farmacêuticos, Foppa et al.³⁵ concluem que são oportunidades para identificar problemas que interfiram no plano terapêutico e para aprimorar a qualidade da assistência aos pacientes a partir do conhecimento dos valores e crenças do ambiente familiar.

A abordagem direta com o prescritor tem sido exercida pelos farmacêuticos como estratégia na promoção do uso racional do omeprazol. Esse tipo de intervenção face a face com os médicos foi mencionada por Melo e Castro¹⁸, concluindo que tiveram melhor aceitação comparadas àquelas realizadas por meio de anotações em prontuário e/ou bilhete, além do aumento da aceitação das recomendações pelos prescritores, em ambas as abordagens, no período de um ano.

Essa pesquisa tem limitações. Foi realizada em uma das seis regiões de saúde do Município de São Paulo que, embora sejam orientadas sistemicamente, têm características diferentes. Não foram contemplados todos os serviços da rede de atenção, apenas as unidades básicas, consideradas porta de entrada da Atenção Primária à Saúde. Os questionários foram autoaplicáveis pela dificuldade operacional de se realizar entrevistas ou outros métodos de acompanhamento e checagem mais próximos dos participantes.

Apesar do apoio dos farmacêuticos das UBS na entrega e recolhimento dos questionários dirigidos aos médicos, a adesão à pesquisa por parte desses foi de 58,8%. Ainda com relação aos médicos, embora tenham referido prescrever omeprazol para as indicações aceitáveis, nos achados não há margem para avaliar a qualidade das prescrições no que se refere à assertividade e à reavaliação do tratamento em tempo oportuno, considerando a suspensão do uso do medicamento, a retirada gradual ou o uso sob demanda. A estrutura do questionário e a presença da alternativa “outras indicações” pode ter induzido esses profissionais a refletirem sobre suas práticas e direcionado respostas.

Concluindo, em nossa pesquisa a maioria dos médicos referiu prescrever omeprazol para as indicações baseadas em evidências científicas. Os farmacêuticos, ainda que de forma heterogênea, inseriram em sua prática profissional os serviços clínicos voltados ao paciente e à equipe de saúde para a promoção do uso racional de medicamentos e, parte deles, às ações voltadas ao uso racional do omeprazol.

Este estudo evidenciou fragilidades e potencialidades na consolidação dos serviços clínicos farmacêuticos que permitem qualificar o monitoramento das ações em saúde no território e as intervenções necessárias para o fortalecimento da Atenção Primária.

Apesar da percepção de um alto percentual de farmacêuticos sobre do uso inadequado do omeprazol e, de mais da metade deles sobre a falta de orientação quanto à posologia e período de tratamento por parte dos pacientes, menos da metade desses profissionais referiram realizar abordagem específica para a promoção do uso racional desse medicamento. Além disso, um baixo percentual de farmacêuticos referiu realizar ações voltadas à equipe de saúde.

O avanço da atuação dos farmacêuticos, para além de técnicas voltadas à logística de medicamentos, envolve o aprimoramento de competências e o desenvolvimento de habilidades de comunicação. O desenvolvimento desses aspectos é relevante para a condução de atividades assistenciais e educativas com os usuários e equipe de saúde. Além disso, adequações de recursos humanos e a reavaliação da carga horária na rotina dos serviços pode incentivar esses profissionais a reorganizar seus processos de trabalho e suas agendas a fim de melhor equacionar a realização dessas atividades.

A participação de um alto percentual de farmacêuticos em reuniões de equipe, espaços já consolidados na rotina dos serviços, pode ser aproveitada para disseminar temas pertinente à promoção do uso racional de medicamentos e potencializar ações centradas no paciente, principalmente, no que se refere à revisão da farmacoterapia, de forma compartilhada e complementar à equipe de saúde.

A elaboração de guias de prática clínica baseadas em evidências sobre o uso apropriado dos inibidores da bomba de prótons, embora seja útil como ferramenta orientadora, pode não ser a mais adequada para reavaliar a farmacoterapia do paciente e racionalizar o uso dessa classe de medicamentos.

De forma complementar, o processo de desprescrição dos inibidores da bomba de prótons, assim como a inserção dos farmacêuticos nas equipes de saúde e seu envolvimento em atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas devem ser valorizadas no cotidiano dos serviços e apoiadas por gestores.

Considerando nossos achados, seria importante o desenvolvimento de mais pesquisas acerca da implementação do processo de desprescrição dos inibidores da bomba de prótons no nível local e em outros níveis de atenção, com a participação ou liderança do farmacêutico, bem como a avaliação dos impactos na qualidade de vida dos pacientes.

Referências

1. Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, et al. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases - A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med.* 2016;14(1):179.
2. Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician.* 2017;63(5):354-364.
3. Santos FTC, Marques LAM. Atribuições clínicas do profissional farmacêutico. In: Santos PCJL, editor. *Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica: contexto atual, exames laboratoriais e acompanhamento farmacoterapêutico.* 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 39-53.
4. Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Cien Saude Colet.* 2019;24(10):3717-3726.
5. Tabnet Win32. 2.7: População residente projetada em 01 de julho segundo ano, sexo, faixa etária e local de residência [Internet]. Município de São Paulo. [Acessado em 2020 set 24]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>.
6. Gikas A, Triantafillidis JK. The role of primary care physicians in early diagnosis and treatment of chronic gastrointestinal diseases. *Int J Gen Med.* 2014 Mar 13; 7:159-73.
7. Savarino V, Marabotto E, Zentilin P, et al. Proton pump inhibitors: use and misuse in the clinical setting. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2018;11(11):1123-1134.
8. Almeida AM, Martins LAG, Cunha PLT, et al. Prevalence of dyspeptic symptoms and heartburn of adults in Belo Horizonte, Brazil. *Arq. Gastroenterol.* 2017;54(1):46-50.
9. Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Bercik P, et al. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3(3):CD011194.
10. Batuwitage BT, Kingham JG, Morgan NE, et al. Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in primary care. *Postgrad Med J.* 2007;83(975):66-68.

11. Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. *BMJ*. 2008;336(7634):2-3.
12. Heidelbaugh JJ, Goldberg KL, Inadomi JM. Magnitude and economic effect of overuse of antisecretory therapy in the ambulatory care setting. *Am J Manag Care*. 2010;16(9): e228-e234.
13. Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R, et al. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. *Therap Adv Gastroenterol*. 2012;5(4):219-232.
14. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Panamazonica Saude*. 2011;2(3): 41-49.
15. Reimer C, Bytzer P. Discontinuation of long-term proton pump inhibitor therapy in primary care patients: a randomized placebo-controlled trial in patients with symptom relapse. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22(10):1182-1188.
16. Barros, DSL, Silva DLM, Leite SN. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL. *Trab. educ. saúde*. 2020;18(1), e0024071.
17. Correr CJ, Rotta I, Salgado TM, et al. Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas? *Acta Farm Port*. 2013;2(1);21-34.
18. Melo DO, Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Cien Saude Colet*. 2017;22(1):235-244.
19. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(7):CD000336.
20. Pinafo E, Nunes EFPA, González A. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1825-1832.

21. Morosini MV, Fonseca AF, Pereira I. Educação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 162-167.
22. Bispo JJP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad Saude Publica*. 2020;33(9):e00108116.
23. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 2):6s
24. Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. *Interface*. 2016;20(57):325-335.
25. Bergsten-Mendes G. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Suppl):569-571.
26. Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2010;15(Suppl 3):3603-3614.
27. Reeve E, To J, Hendrix I, et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013;30(10):793-807.
28. Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD011969.
29. Wilsdon TD, Hendrix I, Thynne TR, et al. Effectiveness of Interventions to Deprescribe Inappropriate Proton Pump Inhibitors in Older Adults. *Drugs Aging*. 2017;34(4):265-287.
30. Dills H, Shah K, Messinger-Rapport B, et al. Deprescribing Medications for Chronic Diseases Management in Primary Care Settings: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(11):923-935.

31. Medeiros CE, Rocha MRA, Gildo LJ. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Rev Ciências Farm Básica e Apl.* 2014;35(1):81-88.
32. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Cien Saude Colet.* 2017;22(4):1181-1191.
33. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev Saude Publica.* 2017;51(Suppl 2):11s.
34. Correr CJ, Noblat LACB, De Castro MS. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil); Universidade Aberta do SUS (Brasil). UNASUS: gestão da assistência farmacêutica: especialização à distância. Florianópolis: Editora da UFSC [Internet] 2011 [acessado em 2020 out 04] p. 119-160. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3536/1/E3_Mod9_Un3_final.pdf
35. Foppa AA, Bevilacqua G, Pinto LH, et al. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2008;44(4):727-737.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos médicos referiu prescrever omeprazol para as indicações baseadas em evidências científicas. Na busca da superação das dificuldades históricas resultantes em perdas gradativas de suas funções, e alinhados à reorientação farmacêutica e à ressignificação do seu papel, os farmacêuticos inseriram em suas práticas, ainda que de forma heterogênea, os serviços clínicos voltados ao paciente e à equipe de saúde para a promoção do uso racional de medicamentos e, parte deles, as ações voltadas ao uso racional do omeprazol.

Este estudo evidenciou fragilidades e potencialidades na consolidação do Cuidado Farmacêutico que permitem qualificar o monitoramento das ações em saúde no território e as intervenções necessárias para o fortalecimento da Atenção Primária.

Apesar da percepção da maioria dos farmacêuticos entrevistados sobre o uso inadequado do omeprazol e sobre a falta de orientação dos pacientes quanto à posologia e período de tratamento, menos da metade desses profissionais referiram realizar abordagem específica para a promoção do uso racional desse medicamento. Além disso, um baixo percentual de farmacêuticos referiu realizar ações voltadas à equipe de saúde.

O aprimoramento de competências e o desenvolvimento de habilidades de comunicação pelos farmacêuticos são fatores relevantes para que desenvolvam atividades educativas com os usuários e equipe de saúde. Além disso, a reavaliação da carga horária na rotina dos serviços pode incentivar esses profissionais a reorganizar seus processos de trabalho e suas agendas a fim de melhor equacionar a realização dessas atividades.

A participação de um alto percentual de farmacêuticos em reuniões de equipe, espaços já consolidados na rotina dos serviços, pode ser aproveitada para disseminar temas pertinentes à promoção do uso racional de medicamentos e potencializar ações centradas no paciente, principalmente no que se refere à revisão da farmacoterapia, de forma compartilhada e complementar à equipe de saúde

A elaboração de guias de prática clínica baseadas em evidências sobre o uso apropriado dos inibidores da bomba de prótons é útil como ferramenta orientadora, porém, pode não ser a mais adequada para reavaliar a farmacoterapia do paciente e racionalizar o uso dessa classe de medicamentos

De forma complementar, o tema da desprescrição dos inibidores da bomba de prótons e o uso de algoritmos para orientar esse processo, assim como a importância da inserção dos farmacêuticos nas equipes de saúde e seu envolvimento nas ações assistenciais e educativas para a promoção do uso racional de medicamentos, devem ser valorizados no cotidiano dos serviços e apoiadas por gestores.

Quanto às limitações desta pesquisa, pontua-se que foi realizada em uma das seis regiões de saúde do Município de São Paulo e não foram contemplados todos os serviços da rede de atenção, apenas as unidades básicas, consideradas porta de entrada da Atenção Primária à Saúde. Os questionários foram autoaplicáveis pela dificuldade operacional de se realizar entrevistas ou outros métodos de acompanhamento e checagem mais próximos dos participantes.

Apesar do apoio dos farmacêuticos das UBS na entrega e recolhimento dos questionários dirigidos aos médicos, a adesão à pesquisa por parte desses foi de 58,8%. Ainda com relação aos médicos, embora tenham referido prescrever omeprazol para as indicações aceitáveis, nos achados não há margem para avaliar a qualidade das prescrições no que se refere à assertividade e à reavaliação do tratamento em tempo oportuno, considerando a suspensão do uso do medicamento, retirada gradual ou uso sob demanda. A estrutura do questionário e a presença da alternativa “outras indicações” pode ter induzido esses profissionais a refletirem sobre suas práticas e direcionado respostas.

Novas pesquisas podem ampliar nossos achados, com a avaliação da implementação do processo de desprescrição dos inibidores da bomba de prótons no nível local e em outros níveis de atenção, com a participação ou liderança do farmacêutico, e dos impactos na qualidade de vida dos pacientes.

8. REFERÊNCIAS

Da Dissertação

Abdalla M, Castilho S. Análise da propaganda de medicamentos dirigida a profissionais de saúde. *Rev Direito Sanit.* 2017;18(1):101-120.

Abrantes PR, Almeida C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad Saude Publica.* 2002;18(4):971-989.

Ahn JS, Eom CS, Jeon CY, Park SM. Acid suppressive drugs and gastric cancer: A meta-analysis of observational studies. *World J Gastroenterol.* 2013;19(16): 2560–2568.

Akerman M, Freitas O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. *Rev Saude Publica.* 2017; 51 (2):1.

Amaral ILPS, Rodrigues APSB, Miranda MSS, Carvalho SCA, MCS, Santos ACS. Adesão de idosos hipertensos ao tratamento farmacológico. *Enferm Bras.* 2019; 18 (2); 303-13.

Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Erros de Medicação – Farmácia Hospitalar. São Paulo: Pharmacia Brasileira; 2010.

Araújo AL, Areda CA, Silva EV, Meiners MMM, Galato D. Estudos brasileiros sobre automedicação: uma análise da literatura. *Rev. Bras. Farm.* 2015. 96 (2): 1178 – 1201.

Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Guibu IA, Álvares J et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2017; 51 (Suppl 2): 6s

Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22 (4): 1181-1191.

Baptista TWF. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro. EPSJV; 2007. 20 – 60 p.

Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24 (10): 3717-3726.

Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços Farmacêuticos Clínicos na Atenção Primária à Saúde do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020; 18 (1), e0024071

Bellomo MJ, Iburgüen M. La atención farmacéutica mejora los parámetros clínicos de las enfermedades crónicas / Pharmaceutical care improves clinical parameters of chronic diseases. *Evid. actual. práct. Ambul*. 2018 ; 21 (3): 75-75.

Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 1079 – 1132.

Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23 (6): 1937-1949.

Botelho SF, Martins MAP, Reis AMM. Análise de medicamentos novos registrados no Brasil na perspectiva do Sistema Único de Saúde e da carga de doença. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23 (1): 215-228.

Bortoli MC, Setti C, Lima FJS, Dalenogare GV. Mecanismos e programas de revisão rápida. In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. *Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências*. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP; 2017, 105 – 108.

Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23 (6): 1707-1714.

Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22 (4): 1155-1164.

Castro CGSO, coordenadora. *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, Pereira AMM, Souza JB. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde debate*. 2019; 43 (121): 302-313.

Cheung KS, Chan EW, Wong AYS, Chen L, Wong ICK, Leung WK. Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for *Helicobacter pylori*: a population-based study. *Gut*. 2018; 67(1): 28-35.

Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*. 2014; 7:23998.

Cipriano SL, Cornetta VK. Gestão da Qualidade e Indicadores na Farmácia Hospitalar. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 489p.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(7): 1614-1619.

Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução CFF nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 25 set 2013. Seção 1, p. 186.

Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*. 20 mai 2004. Seção 1, p. 96.

Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes para pesquisa com seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 jun 2013. Seção 1, p. 59

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011. Assistência Farmacêutica no SUS (Atualização junho/2015)*. Brasília (DF); 2015. Disponível em https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L07_Assis-Farmaceutica-no-SUS_jun2015.pdf

Cordeiro, Hésio. *A Indústria de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1980. 229p.

Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saúde. 2011; 2 (3): 41-49.

Correr CJ, Otuki MF. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: Correr CJ, Otuki M. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013. P. 215 – 246.

Correr CJ, Rotta I, Salgado TM, Fernandez-Llimos F. Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas? Acta Farmacêutica Portuguesa. 2013; 2 (1); 21-34.

Costa CMFN, Silveira MR, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Guibu IA, Costa KS et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2017; 51 (Suppl 2):18s.

Costa EA, Araújo PS, Penaforte TR, Barreto JL, Guerra Junior AA, Acurcio FA et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51 (Suppl 2): 5s.

Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, Mengue SS, Álvares J, Guerra Junior AA et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2017; 51 (Suppl 2): 3s.

Dawoud DM, Haines A, Wonderling D, et al. Cost Effectiveness of Advanced Pharmacy Services Provided in the Community and Primary Care Settings: A Systematic Review. Pharmacoeconomics. 2019;37(10):1241-1260.

Scorel, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

FDA. U.S. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Low magnesium levels can be associated with long-term use of Proton Pump Inhibitor drugs (PPIs). 2011a. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-low-magnesium-levels-can-be-associated-long-term-use-proton-pump>. Acesso em: 31 maio 2020.

FDA. U.S. Food and Drug Administration FDA Drug Safety Communication: Possible increased risk of fractures of the hip, wrist, and spine with the use of proton pump inhibitors. 2011b. Disponível: <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/fda-drug-safety-communication-possible-increased-risk-fractures-hip-wrist-and-spine-use-proton-pump>. Acesso em: 31 maio 2020.

FDA. U.S. Food and Drug Administration FDA Drug Safety Communication: FDA Drug Safety Communication: Clostridium difficile associated diarrhea can be associated with stomach acid drugs known as proton pump inhibitors (PPIs). 2012. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-clostridium-difficile-associated-diarrhea-can-be-associated-stomach>. Acesso em: 31 maio 2020.

Falleiros I, Lima JCF. Saúde como direito de todos e dever do estado. In: Ponte CF, Falleiros I. (organizadores). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV; 2010. 239 – 278 p.

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2017 May; 63 (5): 354-364.

Ferreira AMB, Borges GFB, Corrêa MIS, Corrêa NAB. Assistência farmacêutica domiciliar na utilização de medicamentos no bairro Zona III no Município de Umuarama – PR. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR. 2016; 20 (3); 171-175.

Franceschet-de-Sousa I, Biscaro A, Biscaro F, Fernandes MS. Uso racional de medicamentos: relato de experiência no ensino médico da Unesc, Criciúma/SC. Rev. Bras. Educ. Med. 2010; 34 (3); 438-445.

Freitas BC, Fonseca EP, Queluz DP. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. Interface (Botucatu) [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 04]; 24: e190345.

Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, Seger DL, Shu K, Federico F, Leape LL, Bates DW. Adverse drug events in ambulatory care. N Engl J Med. 2003; 348 (16): 1556-64.

Guérin A, Mody R, Carter V, Ayas C, Patel H, Lasch K, Wu E. Changes in Practice Patterns of Clopidogrel in Combination with Proton Pump Inhibitors after an FDA Safety Communication. *PLoS One*. 2016; 11 (1): e0145504.

Gyllensten H, Hakkarainen KM, Hägg S, Carlsten A, Petzold M, Rehnberg C, Jönsson AK. Economic impact of adverse drug events--a retrospective population-based cohort study of 4970 adults. *PLoS One*. 2014; 9 (3): e92061.

Haimanot S, Hayes P, Schuster B. 2017. PPI Deprescribing. *RXFiles 2015*. Disponível em <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/PPI-Deprescribing-Newsletter.pdf>

Hálfðánarson ÓÖ, Pottegård A, Björnsson ES, Lund SH, Ogmundsdóttir MH, Steingrímsson E, Ogmundsdóttir HM, Zoega H. Proton-pump inhibitors among adults: a nationwide drug-utilization study. *Therap Adv Gastroenterol*. 2018; 11:1756284818777943.

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47 (3): 533 - 43.

Holloway KA, Ivanovska V, Wagner AK, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D. Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. *Trop Med Int Health*. 2013; 18 (6): 656-64.

Imaz IA, Izaguirre LB, Landache IEL et al. Inibidores de la Bomba de Protones: Recomendaciones de Uso. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2016. 24 V.

Infarmed. Recomendações terapêuticas. Nº 3. Março 2017. Acesso em: 25/09/2017. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/1298818/Campanha+IBP+-+Recomenda%C3%A7%C3%A3o/684cd684-e136-4cb9-8928-c7cff4d5f8fb>. Acesso em 04 out 2020.

Jaramillo NM, Cordeiro BC. Assistência Farmacêutica. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 469 p.

Krska J, Cromarty JA, Arris F, Jamieson D, Hansford D, Duffus PR, Downie G, Seymour DG. Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. *Age Ageing*. 2001; 30 (3): 205-11.

Lee JK, Slack MK, Martin J, Ehrman C, Chisholm-Burns M. Geriatric patient care by U.S. pharmacists in healthcare teams: systematic review and meta-analyses. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61 (7): 1119-27.

Leite SN, Cordeiro BC. A Interdisciplinaridade na Promoção do uso racional de Medicamentos. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7 (3): 399-403.

Lefèvre Fernando. A função simbólica dos medicamentos. *Rev. Saúde Pública*. 1983; 17(6): 500-503.

Lima MG, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51 (Suppl 2): 23s.

Luiza VL, Chaves GC, Miranda ES, Soler O. O Medicamento na Política de Saúde no Brasil: como os agentes comunitários de saúde podem contribuir para a promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos? In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro. EPSJV; 2007. 227-250 p.

Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Health policies in Brazil in times of contradiction: paths and pitfalls in the construction of a universal system. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 2: e00129616.

Marin N.; Luiza VL; Castro C.G.S.O; Santos, SM. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334p.

Matta GC. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro. EPSJV; 2007. 61-80 p.

Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev. Bras. Cienc. Farm*. 2006; 42 (4): 475-485.

Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2o Edição. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília, 2011. 549 p.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. 30 out 1998; Seção 1:215.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial União. 29 mar 2006; Seção 1:71.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União. 30 dez 2010. Seção 1, p. 89.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília. 2012. 156 p – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde (BR). 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. Diário Oficial da União. 14 mai 2013; Seção 1, p. 34.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília, 2014a (Cuidado farmacêutico na Atenção Básica, caderno 1). 108p. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_sau_de.pdf

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica. Brasília, 2014b (Cuidado

farmacêutico na Atenção Básica, caderno 2). 308p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_2.pdf

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. Brasília. 2018: 33 p. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 384 p. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Livro_Atencao_basica_Farmacuetica_SET2019.pdf

Monteiro ER, Lacerda JT. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. Saúde debate. 2016; 40 (111): 101-116.

Mössner J. The Indications, Applications, and Risks of Proton Pump Inhibitors. Dtsch Arztebl Int. 2016 Jul 11;113 (27-28): 477-83.

Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. 2017; 51 (Suppl 2): 19s.

Naunton M, Peterson GM, Deeks LS, Young H, Kosari S. We have had a gutful: The need for deprescribing proton pump inhibitors. J Clin Pharm Ther. 2018 Feb; 43 (1): 65-72.

Obreli-Neto PR, Marusic S, Guidoni CM, et al. Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. J Manag Care Spec Pharm. 2015; 21 (1): 66-75.

Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15 (Suppl 3): 3561-3567.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Expert Committee on the Selection of Essential Drugs & World Health Organization. The selection of essential drugs: report of a WHO expert committee. Geneva: 1977.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Conferência Mundial sobre Uso Racional de Medicamentos. Nairobi, 1985.

OMS. Organização Mundial da Saúde. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de um grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi: 1988

OMS. Organização Mundial da Saúde. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Perspectivas políticas sobre Medicamentos de la OMS*. 2002; 5:6.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. Proposta: consenso brasileiro de atenção farmacêutica. *Atenção farmacêutica no Brasil: “trilhando caminhos”*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; 2002.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013.

Osorio-de-Castro CGS, Coelho HLL, Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica: do acesso ao uso racional de medicamentos. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 469 p.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1778–97.

Paiva CH, Teixeira LA. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. *Hist Cienc Saude - Manguinhos*. 2014; 21(1):15-36.

Paumgartten FJR, Nascimento AC. Regulação Sanitária de Medicamentos In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM (Org.). Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 469 p.

Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2008; 44 (4): 601-612.

Pereira LRL. Da Botica à Clínica Farmacêutica. In: Luciano Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F. Assistência Farmacêutica no Brasil, Política, Gestão e Clínica. Atuação clínica do farmacêutico. Florianópolis. Editora ufsc; 2016. 91-110 p.

Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23 (6): 1903-1914.

Pinto LH, Schulter LS, Sierth R, Biff H, Ciampo LD, Erzinger GS. O Uso racional de Medicamentos no Brasil Dentro da Assistência Farmacêutica e Suas Implicações no Presente. REF. 2015; Vol. XII (1), 27-43.

Porta V, Storpirtis S. Farmácia Clínica. In: Storpirtis S et al. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008; p. 291 - 296.

Pottegård A, Broe A, Hallas J, de Muckadell OB, Lassen AT, Lødrup AB. Use of proton-pump inhibitors among adults: a Danish nationwide drug utilization study. Therap Adv Gastroenterol. 2016; 9 (5): 671-678.

Prefeitura de São Paulo. Portaria Municipal / Secretaria Municipal da Saúde nº 1.918 de 26 de outubro de 2016. Institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da SMS. Diário Oficial da Cidade. 27 out 2016. 61: 17.

Prefeitura de São Paulo. Decreto Municipal nº 57.857, de 05 de setembro de 2017. Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão. Diário Oficial da Cidade. 06 set 2017; p. 1.

Prefeitura de São Paulo. Tabnet Win32. 2.7: População residente projetada em 01 de julho segundo ano, sexo, faixa etária e local de residência. Município de São Paulo. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def> Acessado em 24 de setembro de 2020.

Reis DO; Araújo EDC, Cecílio LCO. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. Módulo Político Gestor, 2011. 45-46 p.

Renovato RD. O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica. Rev. Bras. Farm. 2008; 89 (1): 64-69.

Sáez-Benito L, Fernandez-Llimos F, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Benrimoj SI. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. Age Ageing. 2013; 42 (4): 442-9.

Santos FTC, Marques LAM. Atribuições clínicas do profissional farmacêutico. In: Santos PCL. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica: contexto atual, exames laboratoriais e acompanhamento farmacoterapêutico. São Paulo: Atheneu, 2018. ed. 2, p. 39-53.

Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23 (6): 2043-2050.

Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12 (2): 429-435.

Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(6): 1729-1736.

Santos WG. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rev Ciências Sociais 1979; v.3; 123 p.

Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C; SIF-AIGO-FIMMG Group; Italian Society of Pharmacology, the Italian Association of Hospital Gastroenterologists, and the Italian Federation of General Practitioners. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases - A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. BMC Med. 2016;14(1):179.

Serbin MA, Guzauskas GF, Veenstra DL. Clopidogrel-Proton Pump Inhibitor Drug-Drug Interaction and Risk of Adverse Clinical Outcomes Among PCI-Treated ACS Patients: A Meta-Analysis. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016; 22 (8): 939–947.

Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017; 358: j4008.

Silva AS, Maciel GA, Wanderley LSL, Wanderley AG. Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 41: 132p.

Silva DD, Prando LE. As dificuldades do profissional farmacêutico para implantação da atenção farmacêutica e da farmacovigilância nas farmácias hospitalares e comunitárias. *Infarma*. 2004; 16; 11-12.

Silva MT, Silva END, Barreto JOM. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. *BMC Med Res Methodol*. 2018 Jun 8;18(1):51

Silva RNP, Santos TGO, Lima JAV. Uso Racional de Medicamentos: Vantagens, desafios e perspectivas. *Rev. Saberes*. 2018; 8 (2).

SINITOX. Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informação Científica e Tecnológica/Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Evolução dos Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico. Brasil, 2017. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CICT/SINITOX. Disponível em https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil10_1.pdf Acessado em 06 de junho de 2020.

Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate* 2016; 40 (108); 204-218.

Souza GS, Costa EA, Barros RD, Pereira MT, Barreto JL, Guerra Júnior AA et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2017; 51 (Suppl 2): 7s.

Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23 (6): 1737-1750.

Stedile NL, Guimarães MC, Ferla AA, Freire RC. Contributions of national health conferences to the definition of public environmental and health information policy. *Cien Saúde Colet*. 2015; 20(10): 2957-71.

Stedman CA, Barclay ML. Review article: comparison of the pharmacokinetics, acid suppression and efficacy of proton pump inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther*. 2000; 14 (8): 963-78.

Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50 (Suppl 2): 10s.

United States of America. Department of Commerce. 2016 top markets report pharmaceuticals. Washington: ITA, 2017. Disponível em https://legacy.trade.gov/topmarkets/pdf/Pharmaceuticals_Top_Markets_Reports.pdf Acessado em 29 de junho de 2020.

Valor Econômico. Valor Análise Setorial “Indústria Farmacêutica”. 2017. Disponível em https://setorial.valor.com.br/sites/default/files/apresentacao/Ind%C3%BAstria%20farmac%C3%AAutica%202017%20apresenta%C3%A7%C3%A3o_0.pdf Acessado em 29 junho 2020.

Vasconcelos DMM, Chaves GC, Azeredo TB, Silva RMD. National Medicines Policy in retrospective: a review of (almost) 20 years of implementation. *Cien Saude Colet*. 2017 ;22(8): 2609-2614.

Viacava F, Oliveira RA, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6): 1751-1762.

Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri FA, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. saúde*. 2018; 23 (6): 1791-1798.

Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12 (1): 213-220.

Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24 (2): 91-100.

Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(2): 149–56.

Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. Brasília (DF): IPEA; 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/180117_td_2356.pdf

Vieira FS, Piola SF e Rodrigo Pucci de Sá e Benevides R. TD 2516 - Vinculação Orçamentária do Gasto em Saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília (DF): IPEA; 2019. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2516.pdf Acessado em 03 out 2020.

APÊNDICES

Apêndice I - Questionário relacionado às indicações terapêuticas dirigido aos médicos.

1. Na última semana o Sr. (a) prescreveu omeprazol 20 mg, na unidade municipal de saúde em que trabalha?

Sim Não

2. Para qual (ais) indicação (ões)? Pode assinalar quantas indicações forem necessárias.

- Tratamento de úlcera gástrica e duodenal
- Tratamento de doença de refluxo gastroesofágico com esofagite
- Tratamento de manutenção para esofagite erosiva moderada/grave
- Tratamento de úlcera gástrica decorrente de infecção por *Helicobacter pylori*, em associação com antibioticoterapia
- Tratamento de úlcera gástrica secundária a anti-inflamatórios não esteroides (AINE)
- Tratamento de afecções com hipersecreção gástrica (incluindo síndrome de Zollinger-Ellison), Esôfago de Barrett
- Tratamento de síndrome dispéptica
- Outras indicações

Unidade Básica de Saúde: _____

Estratégia de Saúde da Família: Sim () Não ()

Data: ____/____/____

Apêndice II – Questionário relacionado à promoção do uso racional de medicamentos
Dirigido aos farmacêuticos.

CONTEXTO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso racional de medicamento parte do princípio de que o paciente recebe o medicamento apropriado para suas necessidades clínicas, nas doses individualmente requeridas para um adequado período.

O uso irracional ou inadequado de medicamentos é um dos maiores problemas em nível mundial. A OMS estima que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada, e que metade de todos os pacientes não os utiliza corretamente.

Conforme o Art. 2º da Portaria SMS.G 1.918/2016, Cuidado Farmacêutico é ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção, e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio de ações clínicas e técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde.

1. Frente a esses conceitos, além da dispensação mediante prescrição, você atua na promoção do Uso Racional de Medicamentos na unidade básica de saúde em que trabalha?

Sim () Não ()

2. Se sim, com quais ações?

() Orientação farmacêutica (Acolhimento à demanda espontânea)

() Consulta farmacêutica específica/compartilhada

() Visita / atendimento domiciliar

() Grupos educativos para pacientes

() Educação permanente para outros profissionais

() Participação em reunião de equipe

() Outro (s) _____

3. Na sua percepção o omeprazol é prescrito de forma racional?

Sim () Não ()

4. Na sua percepção o paciente se mostra orientado quanto ao uso do omeprazol (posologia e período de tratamento)?

Sim () Não ()

5. Na unidade de saúde em trabalho você já realizou abordagem específica focada na promoção do uso racional do omeprazol?

() Sim Não ()

Se sim, qual (is): _____

Apêndice III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dirigido aos farmacêuticos

Convido o (a) Sr. (a) a participar da pesquisa: **Prescrição de omeprazol em Unidades Básicas de Saúde: uma contribuição para o uso racional** com o objetivo de analisar as indicações, percepções e experiências quanto ao uso do medicamento omeprazol 20mg.

Participarão desta pesquisa os farmacêuticos envolvidos no Cuidado Farmacêutico e médicos prescritores que atuam nas unidades básicas de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste do Município de São Paulo.

Serão necessários cinco minutos para sua participação voluntária, considerada fundamental, pois, consiste em informar, por meio de questionário autoaplicável, qual a percepção sobre a prescrição do omeprazol e estratégias utilizadas para a promoção do uso racional.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, porém, pode haver algum constrangimento, assim é garantida a recusa em participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem quaisquer prejuízos, é assegurado o sigilo das informações e que não há ou haverá nenhuma despesa ou compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá contatar a pesquisadora responsável pelo estudo: Renata Rodriguez Imparato lotada na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (telefone: 3397-2211 ou 98297-1238) das 10 às 18h ou pelo e-mail: reimparato@gmail.com

Em caso de dúvidas quanto aos procedimentos éticos da pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) - telefone: (11) 3116-8606 e e-mail cepis@isaude.sp.gov.br e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMS) - telefone: (11) 3397-2464 e e-mail: smscep@gmail.com

Componentes do ambiente virtual:

- Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa:

Sim () Não ()

- Deseja receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por e-mail?

Sim () Não ()

E-mail: _____

Apêndice IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dirigido aos médicos

Convido o (a) Sr. (a) a participar da pesquisa: **Prescrição de omeprazol em Unidades Básicas de Saúde: uma contribuição para o uso racional** com o objetivo de analisar as indicações, percepções e experiências quanto ao uso do medicamento omeprazol 20mg.

Participarão desta pesquisa os médicos prescritores que atuam nas unidades básicas de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste do Município de São Paulo.

Serão necessários de cinco a dez minutos para sua participação voluntária, considerada fundamental, pois, consiste em assinalar em questionário autoaplicável se prescreveu o medicamento omeprazol 20 mg cápsulas, na unidade básica de saúde em que trabalha, nos últimos 7 dias e para qual (ais) indicação (ões).

Os riscos desta pesquisa são mínimos, porém, pode haver algum constrangimento, assim é garantida a recusa em participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem quaisquer prejuízos, é assegurado o sigilo das informações, o anonimato e que não há ou haverá nenhuma despesa ou compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá contatar a pesquisadora responsável pelo estudo: Renata Rodriguez Imparato lotada na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (telefone: 3397-2211 ou 98297-1238) das 10 às 18h ou pelo e-mail: reimparato@gmail.com

Em caso de dúvidas quanto aos procedimentos éticos da pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) - telefone: (11) 3116-8606 e e-mail cepis@isaude.sp.gov.br - e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMS) - telefone: (11) 3397-2464 e e-mail: smscep@gmail.com

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) Sr. (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Após ter sido devidamente esclarecido, concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, data

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável