



www.jaff.org.br
ISSN 2525-5010

JORNAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA

VOLUME XI, SUPLEMENTO 04 | 2026



Abstracts
FAFF2026

**14º FÓRUM BRASILEIRO SOBRE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA**
2º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

31 de maio a 04 de junho | Porto Alegre - RS

Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia
Revista de Atención Farmacéutica y Farmacoeconomía
Journal of Pharmaceutical Care and Pharmacoeconomics

Revista de publicação contínua de acesso livre que publica trabalhos revisados por pares
Revista de libre acceso de publicación continua que publica trabajos revisados por pares
Continuously published open access journal that publishes peer-reviewed papers

Editora Institucional



INAFF

Instituto Nacional de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia

Salvador, BA, Brasil

Editora



PharmaAccess

Alameda Salvador, 1057 – Conjunto Salvador Shopping Business

Ed. Torre América, Sala 308 – Caminho das Árvores

CEP 41820-790 – Salvador – Bahia

CORPO EDITORIAL - JAFF

EQUIPE EDITORIAL - JORNAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA

EDITOR INSTITUCIONAL

Instituto Nacional de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia
Secretaria: Alameda Salvador, 1057, sala 307/308 - Caminho das árvores - 41820-790 - Salvador, BA - Brasil
Site: www.jaff.org.br | e-mail: contato@jaff.org.br

EDITOR CHEFE

Lindemberg Assunção Costa

Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil, Instituto Nacional de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia (INAF), Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: lindemberg.assuncao@inaff.org.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8752-7301>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2760109828414842>

EDITOR CIENTÍFICO

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: lucianoblat@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7576-1096>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6695728353320968>

EDITORA ASSISTENTE

Grazielle Dias da Silva

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais (Hemominas), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: grazidiassilva@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5685-1678>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3532391516611374>

EDITORES DE ÁREA

1. Assistência Farmacêutica

Orenzio Soler

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2246-0019>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4041958877867484>

2. Gestão

Cristina Mariano Ruas

Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0275-8416>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3535918051912413>

3. Farmacoeconomia

Giácomo Balbinotto Neto

Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8289-1932>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6751513272539561>

4. Avaliação de Tecnologias em Saúde

Denizar Vianna Araújo

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3281-671X>, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1476496259670853>

CORPO EDITORIAL

Agnes Nogueira Gossenheimer

(ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>)
Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Amanda Brummel

(ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5026-2363>)
Fairview Pharmacy Solutions, Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos

Ángel Sanz Granda

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9720-8654>)
Weber Economía y Salud (WEYS), Madrid, Espanha

Bruno Salgado Riveros

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9701-2002>)
Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil

Camile Giarretta Sachetti

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1556-8339>)
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Clarice Chemello

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1234-1561>)
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Claudio Tafra

(ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3250-4776>)
Atrys Health, São Paulo, São Paulo, Brasil

Daniel Rehrauer

University of Minnesota, Minnesota, Minneapolis, Estados Unidos

Diego Gnatta

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1049-8899>)
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Diogo Pilger

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8171-2688>)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Djanilson Barbosa dos Santos

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6128-1155>)
Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil

Djenane Ramalho de Oliveira

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5548-8184>)
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais

Divaldo Pereira de Lyra Junior

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0266-0702>)
Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, Sergipe, Brasil

Felipe Ferré

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9879-4782>)
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasília, Distrito Federal, Brasil
Francisca Sueli Monte Moreira (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7069-750X>)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil

Genário Oliveira dos Santos Júnior

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7766-2238>)
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

Gisélia Santana Souza

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6289-4896>)
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

Goldete Priszkulnik

(ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4840-429X>)
Sociedade Brasileira de Auditoria Médica (SBAM), Goiânia, Goiás, Brasil

Harrison Floriano do Nascimento

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5567-7017>)
Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde do Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil

Iva Mucalo

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5566-9356>)
University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry, Zagreb, Croácia

Ivan Ricardo Zimmermann

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7757-7519>)
Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Distrito Federal, Brasil

Ivonete Batista de Araújo

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3166-1816>)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil

João Antônio Catita Garcia Pereira

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7390-9755>)
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENS NOVA), Lisboa, Portugal

João Manuel Braz Gonçalves

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1245-3715>)
Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Joslene Lacerda Barreto

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>)
Faculdade Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

Juliana Ferreira Fernandes Machado

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5193-3009>)
Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

Kelli Nakata

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0664-2480>)
Núcleo de Avaliação de Tecnologias da Secretaria Estadual da Saúde de Mato Grosso (NATS-SES-MT), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

Lídia Einstfeld

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5222-233X>)
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Lisiane da Silveira Ev

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6070-4179>)
Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil

Luciane Cruz Lopes

Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba (UNISO), Sorocaba, São Paulo, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3684-3275>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6475449159903039>

CORPO EDITORIAL - JAFF

Lysandro Borges

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1721-1547>)
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, Sergipe, Brasil

Maicon Falavigna

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2637-6837>)
HTAnalyze Consultoria e Treinamento, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Manuel Donato

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5949-3845>)
Universidad Isalud, Buenos Aires, Argentina

Manuel Machuca-Gonzalez

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1216-956X>)
Universidad Loyola Andalucía, Sevilha, Andaluzia, Espanha

Marcelo Eidi Nita

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5832-0005>)
Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), São Paulo, São Paulo, Brasil

Márcio Galvão Guimarães de Oliveira

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5281-7889>)
Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), Vitória da Conquista, Bahia

Mareni Rocha Farias

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4319-9318>)
Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Mariana Papaleo Rosim

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2494-5418>)
MSD, Rahway, Nova Jersey, Estados Unidos

Marina Raijche Mattozo Rover (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2123-4493>)

Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Mário Borges Rosa

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6922-8367>)
Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Masurquede de Azevedo Coimbra

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4620-2241>)
Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Mauro Castro

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4374-458X>)
Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Michael Ruberson Ribeiro da Silva

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2550-7249>)
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil

Noemia Urruth Leão Tavares

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6180-7527>)
Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Distrito Federal, Brasil

Norberto Rech

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4808-4277>)
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Brasil

Paulo Sérgio Dourado Arrais

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4502-8467>)
Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil

Rafael Santana

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4481-210X>)
Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Distrito Federal, Brasil

Rand Randall Martins

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9668-0482>)
Universidade do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil

Ranieri Carvalho Camuzi

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5584-8039>)
Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

Raúl Timaná

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0693-3445>)
Instituto Nacional de Saúde, Lima, Província de Lima, Peru

Regina de Jesus Santos

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9121-7189>)
Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

Ricardo Mesquita Camelo

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9025-0289>)
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Roberto Carlos Lyra da Silva

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9416-9525>)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Roberto Schneiders

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0135-2844>)
Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil

Rossana Rivas

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1170-2441>)
Faculty of Public Health, Biomedical Engineering-Faculty of Sciences, Universidad Peruana Cayetano Heredia-UPCH, Lima, Peru.

Selma Rodrigues de Castilho

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0272-4777>)
Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

Sérgio Prada

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7986-0959>)
Fundación Valle del Lili, Cáli, Vale do Cauca, Colômbia

Simone de Araújo Medina Mendonça

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5792-0682>)
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Vânia Canuto

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6103-2271>)
Pan American Healthy Organization, Washington, D.C., Estados Unidos

Vera Lucia Luiza

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6245-7522>)
Escola Nacional de Saúde - Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Vicente Merino Bohórquez

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0315-3411>)
Departamento de Farmacología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla, Sevilla, Andaluzia, Espanha

Yone de Almeida Nascimento

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5897-0160>)
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

EQUIPE DE PUBLICAÇÃO**Editora: PharmaAccess**

Alameda Salvador, 1057 - Cond. Salvador Business - Torre América Sala 308 - CEP 41820-790 - Salvador - BA

Designer: Nicole Santos Costa



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
AGRADECIMENTOS AOS REVISORES	7
ÍNDICE DOS RESUMOS.....	8
RESUMOS	21



APRESENTAÇÃO

A 14ª edição do Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, o FAFF 2026, foi realizada entre 31 maio e 04 de junho, na Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), em Porto Alegre - RS, e teve como tema central “Equidade e Sustentabilidade: Novos Caminhos para o Acesso a Medicamentos no Brasil”. O evento reuniu 891 congressistas, entre profissionais de saúde, gestores, pesquisadores, estudantes e representantes da indústria farmacêutica, consolidando-se como o principal espaço nacional de debate técnico e científico sobre os desafios contemporâneos da Assistência Farmacêutica no país.

A programação científica foi ampla e diversificada, composta por 04 Cursos Pré-Fórum, 08 Workshops, 03 Plenárias, 08 Conferências e 10 Painéis, conduzidos com excelência por 96 palestrantes nacionais e 06 internacionais, todos com reconhecida trajetória profissional e acadêmica em suas áreas de atuação.

O FAFF 2026 recebeu 116 trabalhos científicos, dos quais 96 foram aprovados após avaliação de especialistas de diversas universidades brasileiras e internacionais. Os trabalhos aprovados foram apresentados na modalidade pôster, e 25 deles concorreram ao Prêmio JAFF 2026, distribuídos nas categorias Assistência Farmacêutica, Avaliação de Tecnologias em Saúde, Trabalho de Conclusão de Residência e de especialização, Dissertação de Mestrado e Tese de Doutorado.

O Fórum contou ainda com o apoio institucional de 14 instituições parceiras e 30 patrocinadores que contribuíram para a realização de um evento de grande relevância técnica e social.

Estes anais simbolizam mais um avanço na consolidação da produção científica do setor e marcam uma nova etapa de fortalecimento editorial da revista. Além disso, a revista alcançou indexação no Catálogo Latindex 2.0, uma versão mais exclusiva e criteriosa do tradicional indexador latino-americano, reconhecida por adotar padrões mais elevados de qualidade editorial e científica. Esses avanços reforçam o compromisso contínuo do JAFF com a inovação, transparência e excelência acadêmica, ampliando sua visibilidade no cenário nacional e internacional.

O sucesso desta edição foi resultado de um amplo esforço coletivo, construído a partir do comprometimento, da colaboração e da dedicação de todos os envolvidos em sua realização. Destacamos a fundamental contribuição das instituições parceiras e apoiadoras, que somaram esforços para viabilizar e fortalecer o evento; dos autores e apresentadores, que compartilharam conhecimentos, experiências e resultados de pesquisas, enriquecendo a programação científica; dos avaliadores, cuja atuação criteriosa, ética e tecnicamente qualificada assegurou a excelência acadêmica dos trabalhos apresentados; bem como dos palestrantes, moderadores, membros das comissões organizadora e científica, colaboradores, patrocinadores e participantes, que, de diferentes formas, contribuíram para a construção de um espaço de aprendizado e troca de experiências.

O FAFF 2026 reafirma-se como um espaço essencial de integração entre ciência, gestão e prática profissional, promovendo o diálogo e a disseminação de conhecimento que fortalecem a Assistência Farmacêutica e a Farmacoeconomia no Brasil.

Lindemberg Assunção Costa

Editor-Chefe do JAFF

Fundador do INAFF



AGRADECIMENTOS AOS REVISORES

Registramos nossa sincera gratidão aos avaliadores que, com dedicação e excelência técnica, contribuíram para o processo de análise dos trabalhos submetidos ao Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, o FAFF 2026. O empenho e o conhecimento desses profissionais foram essenciais para assegurar a qualidade científica das produções apresentadas e o êxito desta edição.

ANTONIO CARLOS BEISL NOBLAT

Médico nefrologista do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia, Mestre e Doutor em Medicina Interna pela Faculdade de Medicina da Bahia.

BRUNO RIVEROS

Farmacêutico na MSD, Mestre e Doutor em economia da saúde pela Universidade Federal do Paraná.

CRISTINA MARIANO RUAS

Farmacêutica, professora da Universidade Federal de Minas Gerais, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais.

GENARIO OLIVEIRA SANTOS JÚNIOR

Farmacêutico, professor da Universidade Federal da Bahia, Mestre em Medicina e Saúde e Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Bahia.

GIACOMO BALBINOTTO

Economista e professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre e Doutor em Economia pela Universidade de São Paulo.

JOÃO ANTÔNIO CATITA PEREIRA

Economista e professor da Universidade Nova de Lisboa, Mestre, Doutor e PhD em Economia da Saúde.

JOSLENE LACERDA BARRETO

Farmacêutica, professora da Universidade Federal da Bahia, Mestre e Doutora em administração pela UFBA.

JULIANA FERREIRA FERNANDES MACHADO

Farmacêutica do Instituto Nacional de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, Mestre em Assistência Farmacêutica, Especialista em Avaliação de Tecnologias em Saúde

LÚCIA DE ARAÚJO COSTA BEISL NOBLAT

Farmacêutica professora da Universidade Federal da Bahia, Mestre em Farmácia clínica pela Universidade de London e Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia.

LUDMILA GARGANO

Farmacêutica e pesquisadora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Mestre em Assistência Farmacêutica e Doutora em Farmacoeconomia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

PABLO DE MOURA SANTOS

Farmacêutico, professor da Universidade Federal da Bahia, especialista em Assistência Farmacêutica, Mestre e Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia.

REGINA DE JESUS SANTOS

Farmacêutica professora da Universidade Federal da Bahia, Doutora em Ciência e Tecnologia de Polímeros pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ÍNDICE DOS RESUMOS – FAFF 2026

- PE-001** **Análise da Distribuição de Medicamentos do CEAF na Central de Abastecimento Farmacêutico da Paraíba: implicações para a Gestão no SUS**
Autores: Joseilma Honorato de Macedo¹, Anderson Fellyp Avelino Diniz² <https://orcid.org/0000-0002-9659-1495>, Maria Denise Leite Ferreira¹, Daiene Martins Beltrão¹, Alice Menezes Oliveira de Miranda¹, Wênia Brito Barreto Faheina³, Elisana Afonso de Moura Pires¹, Iohanna Patrícia Gouveia Lima¹
Instituições: ¹Faculdades Nova Esperança (Facene/Famene) – João Pessoa – Paraíba – Brasil, ²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil, ³Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica (GEAF - SES/PB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil
- PE-002** **Análise da Produção Científica sobre Doenças Ultrarraras no Mundo**
Autores: Raul Edison Luna Lazo¹ <https://orcid.org/0000-0002-3434-1239>, Daniela Gorski¹ <https://orcid.org/0009-0006-5569-6588>, Julia Barbosa Domingues da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0007-8805-2014>, Laura Helena Schroeder Borges¹ <https://orcid.org/0009-0009-0867-6324>, Fabrício Costa Fanhani¹ <https://orcid.org/0009-0008-8309-4255>, Roberto Pontarolo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7049-4363>, Fernando Fernandez-Llimós² <https://orcid.org/0000-0002-8529-9595>, Inajara Rotta¹ <https://orcid.org/0000-0002-9099-7216>
Instituições: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Universidade do Porto – Porto – Portugal
- PE-003** **Análise da Transferência de Recursos do Eixo Estrutura do QualifarSUS para Municípios do Primeiro Ciclo (2012)**
Autores: Marcelo Tavares Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0001-6919-4016>, Larissa de Santana Silva¹ <https://orcid.org/0009-0003-0776-277X>, Joslene Lacerda Barreto¹ <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>, Pablo de Moura Santos¹ <https://orcid.org/0000-0001-6821-0141>
Instituição: ¹Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-004** **Análise de Custo-Efetividade com Dados de Mundo Real Utilizando Bases de Dados do Sistema de Saúde Brasileiro: Um Estudo de Caso com Câncer de Mama.**
Autores: Ricardo Ribeiro Alves Fernandes¹, Andre Marques Santos²
Instituições: ¹Instituto Nacional do Câncer - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil, ²Autônomo - São Paulo - São - Paulo - Brasil
- PE-005** **Análise de Custo-Minimização entre Ganciclovir e Valganciclovir para o Tratamento Preemptivo e Profilaxia de Infecções por Citomegalovírus em Transplantados**
Autores: Danielle Bezerra Santana¹ <https://orcid.org/0000-0002-2912-3560>, Alonso Barros da Silva Junior¹ <https://orcid.org/0009-0007-6376-9297>, Maria Erivanda Castelo Meireles¹ <https://orcid.org/0000-0001-7902-7369>, Gilberto Alexandre Barbosa Moura² <https://orcid.org/0009-0000-8826-3785>, Amanda Maria Paixão Soares² <https://orcid.org/0009-0000-1462-2490>
Instituições: ¹Comissão de Avaliação de Tecnologia em Saúde – Maceió – Alagoas – Brasil, ²Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – Maceió – Alagoas – Brasil
- PE-006** **Análise Farmacocinética da Imunossupressão por Inibidor de Calcineurina em Pacientes Transplantados Renais Pediátricos**
Autores: Rosiane Santos de Souza¹ <https://orcid.org/0009-0003-4630-9142>, Andreia Watanabe¹
Instituição: ¹Instituto da Criança e do adolescente – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-007** **Análise Temporal da Judicialização de Medicamentos para Atrofia Muscular Espinhal no Brasil (2019–2026)**
Autores: Amanda Veiga¹ <https://orcid.org/0000-0003-2728-9652>, Ana Júlia Silva¹, Diego Lima Gomes², Juliana Yakari Viscondi¹
Instituições: ¹IQVIA – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²IQVIA – Curitiba – PR – Brasil

- PE-008** **Atualização das Diretrizes Clínico-Assistenciais Oncológicas do SUS (1995–2025): implicações para o Acesso a Tecnologias no Contexto do AF-Onco**
Autores: Maíra Barroso Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0002-8505-5021>, Tiago da Veiga Pereira³ <https://orcid.org/0000-0002-8574-832X>, Adriane Lopes Medeiros Simone² <https://orcid.org/0000-0002-2045-1146>, Guilherme de Almeida Moraes² <https://orcid.org/0009-0001-1767-0786>, Aline Garcia Barbosa² <https://orcid.org/0009-0004-6429-7648>, Daniela Oliveira de Melo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953>, Airtón Tetelbom Stein⁴
Instituições: ¹Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional – Departamento de Medicina, Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Vértice – Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Universidade Federal de São Paulo campus Diadema - Diadema - São Paulo – Brasil, ³Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit (CTSU), Nuffield Department of Population Health – University of Oxford – Oxford – United Kingdom, ⁴Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-009** **Atualização do PCDT de Asma: Onde Fica o Papel do LAMA?**
Autores: Carla Rios Cruz¹ <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>, Edson Fauth Vargas² <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>, Agnes Nogueira Gossenhimer² <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>, Marisa Treglia¹ <https://orcid.org/0009-0009-9538-3924>, Frederico Sallum¹ <https://orcid.org/0000-0002-9760-7073>, Glicia Pinheiro Bezerra³ <https://orcid.org/0000-0001-5672-265X>, Isabella Sonoda Laba¹ <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>, Wender Aparecido Oliveira¹ <https://orcid.org/0009.0008.2800.7382>
Instituições: ¹Chiesi Farmacêutica – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Chiesi Farmacêutica – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ³Chiesi Farmacêutica – Brasília – Distrito Federal – Brasil
- PE-010** **Avaliação de Tecnologias em Saúde em Doenças Ultrarraras: uma Revisão Sistemática de Escopo sobre Conceitos, Métodos e Desfechos**
Autores: Daniela Gorski¹, Raul Edison Lazo Luna¹, Júlia Barbosa Domingues da Silva¹, Stefany Scalco¹, Fernanda Coelho Vilela³, Helena Hiemisch Lobo Borba¹, Fernando Fernandez-Llimos², Inajara Rotta¹
Instituições: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Universidade do Porto – Porto – Portugal, ³Universidade Federal do Mato Grosso – Cuiabá – Mato Grosso – Brasil
- PE-011** **Avaliação dos Critérios de Monitoramento de Lesão Hepática Induzida por Medicamentos (Dili) em Protocolos de Pesquisa Clínica, em um Hospital de Referência em Salvador - BA.**
Autores: Thais Rejane Matos Santos¹ <https://orcid.org/0009-0002-4205-2207>, Lucia de Araujo Noblat¹
Instituição: ¹Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-012** **Conexão Pneumo: ampliação do Acesso à Espirometria e Capacitação Profissional em Municípios da Região Sul do Brasil**
Autores: Agnes Nogueira Gossenhimer¹ <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>, Edson V. F. Fauth¹ <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>, Carla R. Cruz² <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>, Fernanda Roseira de Oliveira², Alexandra Mariano Fidêncio² <https://orcid.org/0009-0004-3586-9408>, Ismael Pretto Sauter² <https://orcid.org/0000-0002-5824-445X>, Isabella Sonoda Laba² <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>, Wender Aparecido Oliveira² <https://orcid.org/0009.0008.2800.7382>
Instituições: ¹Chiesi Farmacêutica – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Chiesi Farmacêutica – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-013** **Construção da Carteira de Serviços de Cuidado Farmacêutico no Distrito Federal: relato de experiência.**
Autores: Nicole Menezes de Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-9372-7385>, Nathasha Stella Reis¹ <https://orcid.org/0000-0003-0374-9503>, Vanessa Barros Freire¹ <https://orcid.org/0009-0008-0556-5875>, Gabriel Gonçalves Okamoto¹ <https://orcid.org/0000-0002-0707-3128>, Hugo Carvalho Barros Gonçalves¹ <https://orcid.org/0000-0001-6838-8150>, Rodrigo Souza Silva Valle dos Reis¹ <https://orcid.org/0009-0001-4747-5842>, Danielle Alves de Melo Melo¹ <https://orcid.org/0000-0002-4917-9895>, Isabella Rodrigues Sconetto¹ <https://orcid.org/0009-0002-0644-7551>
Instituição: ¹Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília – Distrito Federal – Brasil
- PE-014** **Custo-Utilidade do Monitoramento Contínuo de Glicose com o Sistema FreeStyle Libre 2 em Comparação ao Monitoramento Padrão por Glicemia Capilar em Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 no SUS**
Autores: Rodrigo Pereira De Almeida¹ <https://orcid.org/0000-0003-4741-3681>, Laura Chabrol Haas², Jellin Zambon³, Fleur Levrat-Guillen⁴ <https://orcid.org/0000-0002-8774-1105>
Instituições: ¹Inova Evidência em Saúde e Acesso a Mercado LTDA (Inova HTA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Abbott GmbH – Wiesbaden – Alemanha, ³Abbott Laboratórios do Brasil LTDA – São Paulo – São Paulo – Brasil, ⁴Abbott Laboratories Ltd – Reino Unido

- PE-015 Custos Indiretos e Impacto sobre o Cuidador de Crianças com Fibrose Cística na Primeira Infância: estudo transversal**
Autores: Verônica Stasiak Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-9528-9374>, Vinícius Bednarczuk Oliveira² <https://orcid.org/0000-0001-7821-7742>, Marise Basso Amaral⁴ <https://orcid.org/0000-0002-6259-7194>, Marilis Dallarmi Miguel³ <https://orcid.org/0000-0002-1126-9211>
Instituições: ¹Instituto Unidos pela Vida – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Supera Consultoria – Curitiba – Paraná – Brasil, ³Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil, ⁴Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil
- PE-016 Descrição Comparativa dos Limiares de Impacto Orçamentário na Tomada de Decisão em ATS**
Autores: Julia Lima¹ <https://orcid.org/0000-0003-2454-3256>, Bruna Leticia Webler¹ <https://orcid.org/0000-0002-1453-7728>, Lucas Moreira Fagotti¹ <https://orcid.org/0009-0006-6412-213X>, Walter Claudino Pires de Souza¹ <https://orcid.org/0000-0001-7567-7460>, Matheus Carvalho¹, Juliana Yukari Kodaira Viscondi¹ <https://orcid.org/0000-0003-2641-0887>, Aline Frossard Ribeiro Bortoluzzi¹ <https://orcid.org/0009-0004-2631-7302>
Instituição: ¹IQVIA Solutions – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-017 Desenvolvimento de Manual para Preparo e Administração de Medicamentos Injetáveis na Atenção Primária à Saúde**
Autores: Taís da Gama Rez¹ <https://orcid.org/0009-0005-5166-8849>, Karin Hepp Schwambach² <https://orcid.org/0000-0003-3271-2566>
Instituições: ¹Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-018 Determinantes da incorporação de tecnologias para doenças raras na Conitec: análise das justificativas e reversões decisórias (2023–2025)**
Autores: Vinícius Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-7821-7742>, Verônica Stasiak Bednarczuk Oliveira² <https://orcid.org/0000-0002-9528-9374>
Instituição: ¹Supera Consultoria – Curitiba – Paraná – Brasil
- PE-019 Determinantes da Qualidade da Assistência Farmacêutica Municipal em Alagoas: um Relato de Experiência sobre o Monitoramento da Gestão**
Autores: Maria Erivanda Castelo Meireles¹, <https://orcid.org/0000-0001-7902-7369>; Danielle Bezerra de Santana¹, <https://orcid.org/0000-0002-2912-3560>; Sávio Ricardo de Oliveira Silva¹, <https://orcid.org/0000-0002-0583-2813>; Gilberto Alexandre Barbosa Moura¹, <https://orcid.org/0009-0000-8826-3785>; Ivenis Raphael Cavalcante do Nascimento¹, <https://orcid.org/0000-0001-9142-9993>; Amanda Maria Paixão Soares¹, <https://orcid.org/0009-0000-1462-2490>; Natália da Silva Alves¹, <https://orcid.org/0000-0003-3876-0833>; Eulina Maria Ferreira Melo¹, <https://orcid.org/0009-0006-3099-6322>
Instituição: ¹Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – Maceió – Alagoas – Brasil
- PE-020 Diagnóstico situacional do Cuidado Farmacêutico na rede pública do Distrito Federal.**
Autores: Nathasha Stella Reis¹ <https://orcid.org/0000-0003-0374-9503>, Nicole Menezes Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-9372-7385>, Nathalia Lobão Barroso Souza Silveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-8182-4543>, Evelin Soares Brito¹ <https://orcid.org/0000-0003-0888-6902>, Sara Cristina Lins Ramos¹ <https://orcid.org/0009-0008-2264-0769>
Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília – Distrito Federal – Brasil
- PE-021 Discrepância entre o PCDT de Asma e de DPOC no Sistema Único de Saúde**
Autores: Edson V. F. Fauth Vargas Filho¹, <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>; Carla R. Rios da Cruz², <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>; Agnes Nogueira Gossenheimer¹, <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>; Marisa Treglia², <https://orcid.org/0009-0009-9538-3924>; Ismael Pretto Sauter², <https://orcid.org/0000-0002-5824-445X>; Frederico Sallum², <https://orcid.org/0000-0002-9760-7073>; Isabella Sonoda Laba², <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>; Wender Aparecido Oliveira², <https://orcid.org/0009-0008-2800-7382>
Instituições: ¹Chiesi – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Chiesi – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-022 Entre o direito e a sustentabilidade: o perfil da judicialização de medicamentos no Distrito Federal**
Autores: Nathasha Stella Reis¹ <https://orcid.org/0000-0003-0374-9503>, Nathalia Lobão Barroso Souza Silveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-8182-4543>, Nicole Menezes Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-9372-7385>, Giovana Garofalo¹ <https://orcid.org/0009-0007-3070-4470>, Sara Cristina Lins Ramos¹ <https://orcid.org/0009-0008-2264-0769>
Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF – Brasília – Distrito Federal – Brasil

- PE-023** **Epidemiologia, Custos, Padrão de Tratamento e Diagnóstico do Câncer de Pulmão de Pequenas Células – Revisão Sistemática de Literatura**
Autores: Mayra Lemos¹, Caio Martins², Leticia Jabase²
Instituições: ¹Lemos Health – Serra – Espírito Santos – Brasil, ²AstraZeneca – Cotia – São Paulo – Brasil
- PE-024** **Essencialidade e integralidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais em oncologia no Brasil: análise da RENAME, diretrizes nacionais e incorporações no SUS**
Autores: Adriane Lopes Medeiros Simone¹ <https://orcid.org/0000-0002-2045-1146>, Bruna Bento dos Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-6291-0857>, Stéfani Sousa Borges¹ <https://orcid.org/0000-0003-4402-2175>, Patrícia Fong Carranza² <https://orcid.org/0000-0002-0661-7832>, Rodrigo Martins¹ <https://orcid.org/0009-0000-6214-9255>, Nathalia Keller Anacleto Silva³ <https://orcid.org/0009-0000-3133-3279>, Daniela Oliveira de Melo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953>, Airtón Tetelbom Stein⁴
Instituições: ¹Vértice – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Diadema – São Paulo – Brasil, ³Unifeso – Diadema – São Paulo – Brasil, ⁴Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-025** **Farmacovigilância do Cemiplimab no Câncer de Pele Não Melanoma no Brasil: Implicações Clínicas e Econômicas dos Eventos Adversos Reportados.**
Autores: Price Udo Price¹ <https://orcid.org/0000-0002-5426-0719>, Lara Riboli Bortolato¹ <https://orcid.org/0009-0003-1759-7093>, Marília Silveira de Almeida Campos¹ <https://orcid.org/0000-0003-2420-4641>, Leonardo Regis Leira Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0002-8609-1390>
Instituição: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP/USP) – Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil
- PE-026** **Financiamento e organização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Paraíba: análise dos grupos de financiamento em 2025**
Autores: Isadora dos Santos Maciel¹ <https://orcid.org/0000-0002-7812-5706>, Luiza Elena dos Santos Silva¹, Ângela Maria de Lima Soares¹, Anderson Fellyp Avelino Diniz¹, Daiene Martins Beltrão¹, Ana Rafaela Silva¹, Wênia Brito Faheina¹
Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica – João Pessoa – Paraíba – Brasil
- PE-027** **Framework de ATS para governança de acesso à tecnologia experimental: estudo de caso da polilaminina**
Autores: Aldenora Maria Ximenes Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0002-8625-6706>, Mônica Vinhas de Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-4673-0637>
Instituição: ¹Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande – Paraíba – Brasil
- PE-028** **Impacto Clínico e Econômico da Indicação de Broncospina e Galactomanana com navegação farmacêutica em uma Linha de Cuidado de Infecções Fúngicas Invasivas**
Autores: Beatriz Nayra Dias de Andrade¹ <https://orcid.org/0000-0003-2007-2741>, Harli Pasquini-Netto¹ <https://orcid.org/0000-0002-4391-676X>, Laura Almeida Lanzoni¹ <https://orcid.org/0009-0002-0207-0830>, Marinei Campos Ricieri¹ <https://orcid.org/0000-0002-7827-7750>, Fábio Araújo Motta¹ <https://orcid.org/0000-0001-6241-0302>
Instituição: ¹Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba – Paraná – Brasil
- PE-029** **Impacto da Terapia Tripla Fixa para DPOC no Rio Grande do Sul: Da Judicialização à Incorporação no SUS**
Autores: Edson Fauth Vargas Filho¹ <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>, Carla Rios da Cruz² <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>, Agnes Gossenheimer¹ <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>, Ismael Pretto Sauter² <https://orcid.org/0000-0002-5824-445X>, Frederico Sallum² <https://orcid.org/0000-0002-9760-7073>, Glícia Pinheiro Bezerra³ <https://orcid.org/0000-0001-5672-265X>, Isabella Sonoda Laba² <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>, Wender Aparecido Oliveira² <https://orcid.org/0009-0008-2800-7382>
Instituições: ¹Chiesi – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Chiesi – São Paulo – São Paulo – Brasil, ³Chiesi – Brasília – Distrito Federal – Brasil.
- PE-030** **Impacto financeiro-orçamentário e otimização de custos assistenciais na incorporação do carfilzomibe no Sistema Único de Saúde (SUS)**
Autores: Thales Brendon Castano Silva¹, Eduardo David Gomes Sousa¹, Paula Elaine Diniz Reis¹
Instituições: ¹Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN), Departamento de Atenção Especializada e Temática (DECAN), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Ministério da Saúde (MS) – Brasília – Distrito Federal – Brasil

- PE-031** **Impactos do Programa QUALIFAR-SUS na Assistência Farmacêutica do SUS: revisão integrativa da literatura**
Autores: Larissa de Santana Silva¹, Joslene Lacerda Barreto¹, Marcelo Tavares Pereira¹
Instituição: ¹Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-032** **Implantação de Linha de cuidado de infecções fúngicas invasivas gerenciada pela farmácia clínica: indicadores clínicos, econômicos e de desempenho em um hospital pediátrico terciário**
Autores: Beatriz Nayra Dias de Andrade¹ <https://orcid.org/0000-0003-2007-2741>, Harli Pasquini-Netto¹ <https://orcid.org/0000-0002-4391-676X>, Marinei Campos Ricieri¹ <https://orcid.org/0000-0002-7827-7750>, Laura de Almeida Lanzoni¹ <https://orcid.org/0009-0002-0207-0830>, Isabela Antunes da Silva Chemin² <https://orcid.org/0009-0008-0768-8596>, Fábio Araújo Motta¹ <https://orcid.org/0000-0001-6241-0302>.
Instituições: ¹Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil
- PE-033** **Implementação de Modelo Preditivo e Controle Estatístico para Gestão de Estoque em Farmácia Hospitalar de Alta Complexidade**
Autores: Hermes Augusto Santos¹ <https://orcid.org/0009-0002-7210-4936>, Daniel Jesus Ribeiro¹, Fernanda Reis Da Silva Pereira Alves², Glaucia Santos Noblat¹, Leonardo Toledo Kister¹
Instituições: ¹Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Salvador – Bahia – Brasil, ²Universidade Federal Da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-034** **Incorporação de tecnologias para doenças raras na ATS brasileira: estudo descritivo, 2012–2025**
Autores: Aldenora Maria Ximenes Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0002-8625-6706>, Mônica Vinhas de Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-4673-0637>
Instituição: ¹Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande – Paraíba – Brasil
- PE-035** **Índice de Recebimento de Custeio como indicador complementar do QualifarSUS**
Autores: Marcelo Tavares Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0001-6919-4016>, Pablo de Moura Santos¹ <https://orcid.org/0000-0001-6821-0141>, Joslene Lacerda Barreto¹ <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>
Instituição: ¹Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-036** **Influência do Modelo Institucional na Combinação de Fontes Pagadoras Hospitalares: Implicações para Acesso ao Mercado e Farmacoeconomia no Brasil**
Autores: Miriam Allein Zago Marcolino¹ <https://orcid.org/0000-0001-5333-3173>, João Pedro Mazuco Rodriguez², Luana Queiroz de Moraes³, Daniela Vuolo⁵, Rafael Correa Dela Roveri⁴, Alan Man Kar Sing⁵, Angelo Orru Neto⁵, Karlyse Claudino Belli⁶
Instituições: ¹iHealth – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²iHealth – Passo Fundo – Rio Grande do Sul – Brasil, ³iHealth – Taubaté – São Paulo – Brasil, ⁴iHealth – São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil, ⁵iHealth – São Paulo – São Paulo – Brasil, ⁶iHealth – Guarujá – São Paulo – Brasil
- PE-037** **Inteligência Farmacoeconômica Aplicada: otimização de doses e sustentabilidade na gestão de medicamentos de alto custo**
Autores: Bárbara Venturini¹ <https://orcid.org/0009-0006-5275-8958>, Denise Bárbara de Amorim¹
Instituição: ¹Hospital Dom Malan – Petrolina – Pernambuco – Brasil
- PE-038** **Intervenções Farmacêuticas na Gestão de Medicamentos não Padronizados: estratégias para otimização de recursos em um hospital materno-infantil**
Autores: Bárbara Venturini¹ <https://orcid.org/0009-0006-5275-8958>, Jamilly Bárbara Araujo¹
Instituição: ¹Hospital Dom Malan – Petrolina – Pernambuco – Brasil
- PE-039** **Intoxicações medicamentosas no Brasil: qual é a carne mais barata do mercado?**
Autores: Larissa de Santana Silva¹ <https://orcid.org/0009-0003-0776-277X>
Instituição: ¹Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-040** **Investigação das Principais Interações Fármaco-Nutriente em Adultos e Idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Salvador-Ba**
Autores: Larissa Helen Silva¹ <https://orcid.org/0009-0007-6657-0048>, Sara Santos Jesus¹ <https://orcid.org/0009-0002-6368-2822>, Gabriel Matos Santana¹ <https://orcid.org/0009-0005-2554-9221>, Matheus Sant'Ana Santos¹ <https://orcid.org/0009-0007-1744-5689>, Érica Tupiniquim Abreu¹ <https://orcid.org/0009-0008-4679-5597>
Instituição: ¹UNIFTC – Salvador – Bahia – Brasil

- PE-041** **Mapeamento das Tecnologias de Saúde para o Tratamento de Doenças Negligenciadas em Crianças no SUS**
Autores: Bárbara Cristiane da Silva¹ <https://orcid.org/0000-0002-1449-5548>, Alice Santos Melo da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0004-0893-024>, Gilson Pires Dorneles¹ <https://orcid.org/0000-0001-6524-3204>, Bruna Marmett¹ <https://orcid.org/0000-0002-2982-0323>
Instituição: ¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-042** **Ocorrência de Fraturas e Perfil de Cuidado em Idosos Frágeis com Osteoporose e Osteopenia Atendidos na Atenção Secundária do SUS em Minas Gerais**
Autores: Lucas Lopes Barbosa¹, Fernanda Campos Pinheiro¹, Cristina Mariano Ruas¹
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
- PE-043** **Panorama das Evidências sobre Toxicidade Financeira em Oncologia: revisão narrativa de revisões**
Autores: Fernanda Alves de Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0003-0342-4397>, Mariana Andrade Fiorino Monteiro Novo², Joao Paulo da Silveira Nogueira Lima³, Alessandro Gonçalves Campolina¹
Instituições: ¹Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Universidade Estadual Paulista – São Paulo – São Paulo – Brasil, ³A.C. Camargo Cancer Center – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-044** **Perfil Clínico e Epidemiológico de Indivíduos com Atraso ou Regressão do Desenvolvimento Neuropsicomotor Acompanhados em um Centro de Referência em Salvador-Bahia**
Autores: Luan Guanais Soriano¹, Emília Embiruçu Leão², Genario Oliveira Santos Junior³ <https://orcid.org/0000-0001-7766-2238>, Sibeles Tozetto Klein¹
Instituições: ¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador – Bahia – Brasil, ²Hospital Universitário Prof. Edgard Santos – Salvador – Bahia – Brasil, ³Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-045** **Perfil clínico, qualidade de vida e acesso ao tratamento em pacientes com doenças respiratórias crônicas no Brasil: estudo transversal**
Autores: Verônica Stasiak Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-9528-9374>, Vinícius Bednarczuk Oliveira² <https://orcid.org/0000-0001-7821-7742>, Marise Basso Amaral³ <https://orcid.org/0000-0002-6259-7194>
Instituições: ¹Instituto Unidos pela Vida – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Supera Consultoria – Curitiba – Paraná – Brasil, ³Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil
- PE-046** **Perfil de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Paraíba em 2025**
Autores: Isadora dos Santos Maciel¹, Luiza Elena dos Santos Silva¹, Ângela Maria de Lima Soares¹, Daiene Martins Beltrão¹, Anderson Fellyp Avelino Diniz¹, Ana Rafaela Silva Soares¹, Wênia Brito Faheina¹
Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica – João Pessoa – Paraíba – Brasil
- PE-047** **Polimorfismos Genéticos e Farmacoterapia no Contexto Da COVID-19: revisão de escopo**
Autores: Esttela Costa da Conceição¹, Izabel Cristina Rodrigues da Silva¹
Instituição: ¹Faculdade De Ciências e Tecnologias Em Saúde – Brasília – Distrito Federal – Brasil
- PE-048** **Recomendações para técnica inalatória em ventilação mecânica invasiva: desenvolvimento, validação e avaliação metodológica de um protocolo de administração de medicamento**
Autores: Kathleen Asturian¹ <https://orcid.org/0000-0003-3433-0385>, Diogo Pilger¹ <https://orcid.org/0000-0002-8171-2688>
Instituição: ¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-049** **Ritmo de Incorporação de Tecnologias em Saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar 2019 - 2025**
Autores: Ligiane Alves de Oliveira Silva¹ <https://orcid.org/0009-0006-7533-7478>, Erika Resende¹, Helaine Capucho¹, Renato Porto¹, Danilo Moreira Simões², Maurício França Júnior², Rafael Miranda Magno Freixo²
Instituições: ¹Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²L.E.K Consulting – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-050** **Selumetinibe e Neurofibromatose Tipo 1: Evidências de Mundo Real sobre a Carga da Doença e a Jornada do Paciente**
Autores: Patricia Souza Marimon¹ <https://orcid.org/0009-0003-8534-7491>, Letícia Albuquerque Cossich¹ <https://orcid.org/0009-0009-4040-5751>, Letícia Santiago da Silva Ferreira¹ <https://orcid.org/0009-0005-6638-8946>, Lorena Melo de Jesus¹ <https://orcid.org/0009-0001-6838-9062>, Gleyson da Cruz Pinto¹ <https://orcid.org/0009-0000-8111-7777>, Nathalia Correia Krause dos Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-1864-4141>, Gustavo Henrique Torraca Lorangeira¹ <https://orcid.org/0000-0002-7039-7539>, Márcia Gonçalves Ribeiro¹ <https://orcid.org/0000-0001-8906-0189>
Instituição: ¹Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil

- PE-051** **Sustentabilidade econômica da incorporação do belimumabe no SUS-MG: análise de impacto orçamentário para tratamento de nefrite lúpica**
Autores: Luciana Cássia Oliveira Barbosa¹ <https://orcid.org/0009-0004-2086-4524>, Samira Nascimento Mateus Nunes Lyra¹ <https://orcid.org/0009-0006-2365-5298>
Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
- PE-052** **Talidomida no SUS: monitoramento da dispensação como ferramenta de gestão, segurança do paciente e qualificação do cuidado na rede estadual da Paraíba**
Autores: Anderson Fellyp Avelino Diniz¹ <https://orcid.org/0000-0002-9659-1495>, Daiene Martins Beltrão¹, Luiza Elena dos Santos Silva¹, Isadora dos Santos Maciel¹, Ângela Maria de Lima Soares¹, Luciana da Silva Nunes Ramalho¹, Natália Rodrigues Tavares¹, Wênia Brito Barreto Faheina¹
Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica (GEAF/SES-PB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil
- PE-053** **Tenecteplase no infarto agudo do miocárdio: evidência integrada de valor clínico, econômico e impacto sistêmico baseada em revisão rápida e modelagem exploratória de custos**
Autores: Kathiaja Miranda Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-9054-4794>, Letícia Lucia dos Santos Dias² <https://orcid.org/0000-0002-8082-7280>, Vanessa da Silva Gomes² <https://orcid.org/0000-0003-4311-878>, Pedro Allan Sousa Veras² <https://orcid.org/0009-0000-6158-2524>, Gabriel Leonel Marasco² <https://orcid.org/0009-0009-0817-2388>
Instituição: ¹Boehringer Ingelheim – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Origin – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-054** **Tratamento à Base da Cannabis no Manejo da dor Crônica: uma revisão sistemática de revisões sistemáticas**
Autores: Karina Rocha Back¹ <https://orcid.org/0009-0007-3832-6320>, Hesron Gabriel Mendes Pereira¹ <https://orcid.org/0009-0007-8117-8271>, Helena Hiemisch Lobo Borba¹ <https://orcid.org/0000-0001-9723-584X>
Instituição: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil
- PE-055** **Análise da implementação da teleorientação farmacêutica no atendimento de pacientes pediátricos em seguimento ambulatorial em um hospital terciário da cidade de São Paulo**
Autores: Rosiane Santos de Souza¹ <https://orcid.org/0009-0003-4630-9142>, Rayane Justino Pereira¹, Tatiane Benedita Sosnowski¹, Rafael Justino Teixeira¹, Rayane Felix Soares¹, Camila Nozella Di Petta¹
Instituição: ¹Instituto da Criança e do adolescente (ICr-HC-FMUSP) – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-056** **Avaliação da Utilização de Sensores de Monitoramento Contínuo de Glicose em Pacientes do SUS: Experiência do Programa Liberte em Dourados-Ms**
Autores: Carolina Queiroz da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0007-6280-3334>, Débora Lima Siqueira² <https://orcid.org/0009-0002-8040-9852>, Laureana Perez de Souza³ <https://orcid.org/0009-0005-7465-9160>, Karimi Sater Gebara² <https://orcid.org/0000-0002-0860-3047>
Instituições: ¹Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil, ²Centro Universitário da Grande Dourados – Dourados – Mato Grosso do Sul – Brasil, ³Universidade Federal da Grande – Dourados – Dourados – Mato Grosso do Sul – Brasil
- PE-057** **Da incorporação ao acesso real: atraso na dispensação e inequidades territoriais de medicamentos incorporados ao SUS (2024–2025)**
Autores: Ísis Nalin Fernandes Nonato¹ <https://orcid.org/0009-0002-0711-1048>, Daniele Yukari Kawakami¹ <https://orcid.org/0000-0002-0895-5317>, Karen Kariny Gomes¹ <https://orcid.org/0009-0001-6229-5102>, Nadya Lie Fattori¹ <https://orcid.org/0009-0006-0524-775X>, Daniela Oliveira de Melo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953>, Airton Tetelbom Stein²
Instituições: ¹Vértice – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-058** **Desalinhamento entre PCDTs e SIGTAP: fragilidades de governança e risco financeiro na execução do CEA**
Autores: Nadya Lie Fattori¹ <https://orcid.org/0009-0006-0524-775X>, Alessandro Rossi Carro² <https://orcid.org/0009-0003-3048-8078>, Daniele Yukari Kawakami¹ <https://orcid.org/0000-0002-0895-5317>, Andréa da Silva Dourado¹ <https://orcid.org/0000-0003-2288-9739>, Adriane Lopes Medeiros Simone¹ <https://orcid.org/0000-0002-6291-0857>, Daniela Oliveira de Melo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953>, Airton Tetelbom Stein³
Instituições: ¹Vértice – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Diadema – São Paulo – Brasil, ³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

- PE-059** **Efeito do monitoramento contínuo de glicose com os sistemas FreeStyle Libre no controle glicêmico e hipoglicemia em pessoas com diabetes mellitus tipo 1: revisão sistemática e metanálise**
Autores: Nayê Balzan Schneider¹ <https://orcid.org/0000-0003-0985-6510>, Gabrielle Nunes Escher¹ <https://orcid.org/0009-0001-6255-6720>, Laura Chabrol Haas², Jellin Zambon⁴, Fleur Levrat-Guillen³ <https://orcid.org/0000-0003-4741-3681>
Instituições: ¹Inova Evidência em Saúde e Acesso a Mercado LTDA (Inova HTA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Abbott GmbH – Wiesbaden – Alemanha, ³Abbott Laboratories Ltd – Maidenhead – Reino Unido, ⁴Abbott Laboratórios do Brasil LTDA – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-060** **Reversão das decisões da Conitec sobre incorporação de medicamentos oncológicos em Consultas Públicas em 2025**
Autores: Sofia Fernandes Vilas Boas Santos¹ <https://orcid.org/0009-0009-3240-5516>, Bianca Sacramento Pereira Ruchinski¹ <https://orcid.org/0009-0007-4947-4839>, Beatriz Montalvão Eloi¹ <https://orcid.org/0009-0009-2383-6306>, Vanessa Brito Caetano¹ <https://orcid.org/0009-0000-0800-9868>, Vitória Batista Calmon de Passos¹ <https://orcid.org/0000-0002-2693-3517>, Juliana Ferreira Fernandes Machado¹ <https://orcid.org/0000-0002-5193-3009>, Pablo de Moura Santos¹ <https://orcid.org/0000-0001-6821-0141>, Lindemberg Assunção-Costa¹ <https://orcid.org/0000-0002-8752-7301>
Instituição: ¹Instituto Nacional de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia - Salvador - Bahia - Brasil
- PE-061** **Eficiência Alocativa e Governança na Gestão Estadual de Fios de Sutura: uma Análise de Evitação de Custos e Otimização do Planejamento Anual**
Autores: Izabele Izaura Brandão Cavalcante Sena¹ <https://orcid.org/0009-0009-7525-5853>
Instituição: ¹Coordenadoria Geral da Assistência Farmacêutica de Roraima – Boa Vista – Roraima – Brasil
- PE-062** **Equidade na tomada de decisão em avaliação de tecnologias em saúde: revisão comparativa de agências internacionais**
Autores: Júlia Lima¹ <https://orcid.org/0000-0003-2454-3256>, Amanda Veiga Barbosa¹ <https://orcid.org/0000-0003-2728-9652>, Ana Júlia Martins Silva¹ <https://orcid.org/0009-0001-8848-1456>, Diego Lima Gomes¹, Larissa Faia¹, Juliana Yukari Kodaira Viscondi¹ <https://orcid.org/0000-0003-2641-0887>, Aline Frossard Ribeiro Bortoluzzi¹ <https://orcid.org/0009-0004-2631-7302>
Instituição: ¹IQVIA Solutions – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-063** **Inserção da Assistência Farmacêutica no Auxílio da Qualificação das Demandas de Judicialização de Medicamentos**
Autores: Paulo Maximiliano Correa¹ <https://orcid.org/0000-0002-9851-4119>, Luana Raatz Klug¹, Adrize Mendes Rivaroli¹, Laura Vojtichowski Lige¹, Claiton Leoneti Lencina¹
Instituição: ¹Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-064** **Interoperabilidade de Dados do Laudo de Avaliação e Autorização de Medicamentos Baseada no Padrão HI7 Fhir®**
Autores: Lívia Morais Vilela¹ <https://orcid.org/0009-0005-3386-9401>, Carlos Augusto Gonçalves Tibiriça¹ <https://orcid.org/0000-0002-1455-0906>, Luiselena Luna Esmeraldo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7135-5947>, Renata Dutra Braga² <https://orcid.org/0000-0002-3448-0343>, Juliana Pereira de Souza Zinader² <https://orcid.org/0009-0005-7780-4626>, Daniel Nogueira da Costa² <https://orcid.org/0009-0003-0957-959X>, Adriano de Castro Freitas³ <https://orcid.org/0009-0006-4214-4864>, Wanderson da Silva Marques³ <https://orcid.org/0000-0003-2965-5759>
Instituições: ¹Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) — Goiânia – Goiás – Brasil, ²Instituto de Informática, Universidade Federal de Goiás (UFG) — Goiânia – Goiás – Brasil, ³Indra Group / Minsait — Barueri – São Paulo – Brasil
- PE-065** **Perfil das tecnologias para doenças raras submetidas à Conitec: análise epidemiológica, econômica e do processo regulatório (2023–2025)**
Autores: Vinícius Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-7821-7742>, Verônica Stasiak Bednarczuk Oliveira¹.
Instituição: Supera Consultoria – Curitiba – Paraná – Brasil
- PE-066** **Quedas em Idosos: Fatores de Risco, Vulnerabilidade e Uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados por Idosos de uma Unidade Básica de Saúde**
Autores: Lorena Soares Gomes¹, Pamella Luizy Cabral Ribeiro¹, Waléria Paula¹, Carmen Aparecida Paula¹, Renata Cristina Rezende Macedo Nascimento¹
Instituição: ¹Universidade Federal de Ouro Preto – Ouro Preto – Minas Gerais – Brasil

- PE-067** **Índice de Complexidade da Farmacoterapia de Pacientes Transplantados Renais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)**
Autores: Joane Andrade Xavier¹ <https://orcid.org/0009-0007-9660-4544>, Juliana da Silva Winter¹ <https://orcid.org/0000-0002-8946-7197>, Diogo Pilger¹ <https://orcid.org/0000-0002-8171-2688>
Instituição: ¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-068** **Mapeamento de custos diretos em bloco cirúrgico em um hospital referência em urgência e emergência**
Autores: Natália Santos da Gama¹ <https://orcid.org/0009-0004-0742-556X>, Lauren Feijó Gonçalves² <https://orcid.org/0009-0000-7640-7972>, Matheus William Becker² <https://orcid.org/0000-0002-0190-3688>, Karin Hepp Schwambach¹ <https://orcid.org/0000-0003-3271-2566>
Instituições: ¹Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-069** **Transição da insulina NPH para glargina na Paraíba: o papel do REAP QUALI-PB na qualificação da assistência farmacêutica**
Autores: Anderson Fellyp Avelino Diniz¹ <https://orcid.org/0000-0002-9659-1495>, Daiene Martins Beltrão¹, Diogo Rafael da Silva Borges¹, Neurislene Maciel Dantas¹, Eduardo Bezerra de Almeida¹, Vandiar Martins Moreira¹, Francisca Wigma de Medeiros¹, Wênia Brito Barreto Faheina¹
Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica (GEAF/SES-PB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil
- PE-070** **Reações adversas associadas à cannabis no sistema nacional de farmacovigilância da França**
Autores: Thais Santana¹, Maria Laura Silva², Amélie Daveluy², Anne Batisse², Marine Auffret², Cecile Chevalier², Emilie Bouquet², Cristina Ruas¹ <https://orcid.org/0000-0003-0275-8416>
Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil, ²Universidade de Bordeaux – Bordeaux – França
- PE-071** **Terapia fotodinâmica na cicatrização de feridas: revisão de escopo de evidências de eficácia, segurança e qualidade de vida**
Autores: Flávia Deffert¹ <https://orcid.org/0000-0002-2188-9967>, Maria Luiza Soares¹ <https://orcid.org/0009-0003-0582-1721>, Jaqueline Carneiro¹ <https://orcid.org/0000-0002-2037-0215>, Inajara Rotta¹ <https://orcid.org/0000-0002-9099-7216>
Instituição: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil
- PE-072** **Eficácia e segurança de atezolizumabe combinado a quimioterapia como primeira linha de tratamento de pacientes adultos com câncer de mama triplo negativo localmente avançado irressecável ou metastático com expressão de PD-L1: revisão sistemática**
Autores: Andreia Rosa Borges¹ <https://orcid.org/0009-0002-3596-7740>, Alexander Itria¹ <https://orcid.org/0000-0001-7500-0230>, Bruna Marmett¹ <https://orcid.org/0000-0002-2982-0323>, Ísis Nalin Fernandes Nonato¹ <https://orcid.org/0009-0002-0711-1048>, Meline Rossetto Kron-Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0003-2174-268X>, Layssa Andrade Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-9036-3056>
Instituição: ¹Hospital Alemão Oswaldo Cruz – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-073** **Avaliação econômica comparativa de esquemas com anticorpos monoclonais no mieloma múltiplo: análise de custo efetividade e custo consequência sob a perspectiva da gestão em saúde privada**
Autores: Juliana Antal¹ <https://orcid.org/0009-0008-5408-4381>, Elder Luciano Deodato² <https://orcid.org/0009-0001-9344-4473>, Maria Clara Nascimento Rodrigues³ <https://orcid.org/0000-0002-0298-8628>, Karina Rocha da Silva³ <https://orcid.org/0009-0003-4101-6287>, Janicleia Rosa da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0004-4925-7592>
Instituições: ¹Rede Américas — São Paulo — São Paulo — Brasil, ²Rede Américas — Rio de Janeiro — Rio de Janeiro — Brasil, ³Rede Américas — Salvador — Bahia — Brasil
- PE-074** **Qualificação da Assistência Farmacêutica nos Municípios Baianos: Relato de Inovação e Melhoria da Qualidade a partir do Monitoramento Sistemático de Indicadores**
Autores: Pablo Maciel Brasil Moreira¹ <https://orcid.org/0000-0002-0197-2894>, Milena Flores Melo² <https://orcid.org/0009-0001-2208-1169>
Instituições: ¹Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA) — Vitória da Conquista — Bahia — Brasil, ²Universidade Federal da Bahia (UFBA) — Vitória da Conquista — Bahia — Brasil
- PE-075** **Viabilidade econômica da incorporação de semaglutida e liraglutida no SUS-MG: análise de impacto orçamentário em cenários de difusão**
Autores: Luciana Cássia Oliveira Barbosa¹ <https://orcid.org/0009-0004-2086-4524>, Samira Nascimento Mateus Nunes Lyra¹ <https://orcid.org/0009-0006-2365-5298>
Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

- PE-076** **Construção da Relação Estadual de Medicamentos de Alagoas como Instrumento de Gestão a Assistência Farmacêutica**
Autores: Julio Henrique Rodrigues Gomes¹ <https://orcid.org/0000-0003-2252-9186>, Maria Erivanda Castelo Meireles¹ <https://orcid.org/0000-0001-7902-7369>, Danielle Bezerra de Santana¹ <https://orcid.org/0000-0002-2912-3560>, Natalia da Silva Alves¹ <https://orcid.org/0000-0003-3876-0833>, Gilberto Alexandre Barbosa Moura¹ <https://orcid.org/0009-0000-8826-3785>, Amanda Maria Paixão Soares¹ <https://orcid.org/0009-0000-1462-2490>
Instituições: ¹Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas – Maceió – Alagoas – Brasil
- PE-077** **Inteligência Farmacoeconômica e Gestão de Rentabilidade: Modelo Estratégico para Sustentabilidade em Instituição Privada de Oncologia**
Autores: Juliana Antal¹ <https://orcid.org/0009-0008-5408-4381>, Elder Luciano Deodato² <https://orcid.org/0009-0001-9344-4473>, Karina Rocha da Silva³ <https://orcid.org/0009-0003-4101-6287>, Maria Clara Nascimento Rodrigues³ <https://orcid.org/0000-0002-0298-8628>, Janicleia Rosa da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0004-4925-7592>
Instituições: ¹Rede Américas — São Paulo — São Paulo — Brasil, ²Rede Américas — Rio de Janeiro — Rio de Janeiro — Brasil, ³Rede Américas — Salvador — Bahia — Brasil
- PE-078** **Adoção de Fórmulas Hipoalergênicas e não Alergênicas para Tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca: uma análise de impacto orçamentário sob a perspectiva estado de Mato Grosso, Brasil**
Autores: Kelli Carneiro de Freitas Nakata¹ <https://orcid.org/0000-0002-0664-2480>, Marina Petrasi Guahnon² <https://orcid.org/0000-0003-2178-314X>, Gilson Yugi Nakata¹ <https://orcid.org/0000-0003-0511-005X>, Luci Emília Grzybowski de Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-5287-7125>, Zenóbia Quinderé Barreto¹ <https://orcid.org/0009-0008-4867-8837>, Ana Paula Blankenheim² <https://orcid.org/0000-0002-5113-4012>, Ana Cláudia Machado de Oliveira¹ <https://orcid.org/0009-0009-9483-9459>
Instituições: ¹Núcleo de Avaliação de Tecnologias da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso – Cuiabá – Mato Grosso – Brasil, ²Hospital Moinhos de Vento – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-079** **Análise da Representatividade dos Custos Atribuíveis às Infecções Fúngicas Invasivas no Contexto do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas**
Autores: Beatriz Nayra Dias de Andrade¹ <https://orcid.org/0000-0003-2007-2741>, Karyn Gabriela de Almeida Camargo² <https://orcid.org/0009-0008-8830-475X>, Harli Pasquini-Netto¹ <https://orcid.org/0000-0002-4391-676X>, Fábio Araújo Motta¹ <https://orcid.org/0000-0001-6241-0302>, Carmem Sílvia Valente Barbas Bonfim³ <https://orcid.org/0000-0003-0343-2610>
Instituições: ¹Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba – Paraná – Brasil, ³Duke University – Durham – Carolina do Norte – Estados Unidos
- PE-080** **Impacto da judicialização no sistema de saúde suplementar brasileiro: Um estudo descritivo exploratório**
Autores: Ligiane Alves de Oliveira Silva¹ <https://orcid.org/0009-0006-7533-7478>, Erika Resende¹, Felipe Alves¹, Helaine Capucho², Renato Porto¹, Danilo Moreira Simões³, Maurício França Júnior³, Rafael Miranda Magno Freixo³
Instituições: ¹Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – Brasília – Distrito Federal – Brasil, ³L.E.K. Consulting – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-081** **AjudAi: inovação digital para gestão colaborativa de medicamentos entre instituições de saúde no Brasil**
Autores: Mariana Del Grossi Moura¹ <https://orcid.org/0000-0003-4268-4298>, Ana Lígia Passos Meira² <https://orcid.org/0000-0003-0776-5543>, Renata Sasaki³ <https://orcid.org/0000-0002-3684-3275>, Rafael Moreno¹, Gabriel Sales Dorea¹, Luciane Cruz Lopes¹
Instituições: ¹Universidade de Sorocaba (UNISO) – Sorocaba – São Paulo – Brasil, ²Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil, ³Instituto Ar – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-082** **Atenção Farmacêutica na Análise da Polifarmácia, Medicamentos Potencialmente Inapropriados, Interações Medicamentosas e Comorbidades nas Pessoas Idosas Americanas**
Autores: Viviane Maura Rubert¹ <https://orcid.org/0000-0003-0197-1848>, Emili Victória Ilha Tenedini² <https://orcid.org/0009-0002-7922-3372>, Karen H. Frith³ <https://orcid.org/0000-0003-0747-1297>, Ângelo José Gonçalves Bós⁴ <https://orcid.org/0000-0003-4901-3155>, Cristiane Regina Guerino Furini¹ <https://orcid.org/0000-0003-1609-7727>
Instituições: ¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Centro Universitário CESUCA – Cachoeirinha – Rio Grande do Sul – Brasil, ³Universidade do Alabama – Huntsville – Alabama – Estados Unidos, ⁴Centro Universitário IDEAU – Getúlio Vargas – Rio Grande do Sul – Brasil

- PE-083** **Cadastro Nacional da AME: Integrando Evidências do Mundo Real e Advocacy para Transformar Políticas Públicas de Saúde**
Autores: Edmar Zanoteli¹, Renata Helena Mendonça¹, João Antonio de Godoi², Isabela Vidal de Araujo² <https://orcid.org/0009-0006-5262-4431>.
Instituições: ¹Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) — São Paulo — São Paulo — Brasil, ²INAME — Instituto Nacional da Atrofia Muscular Espinhal — São Paulo — São Paulo — Brasil.
- PE-084** **Desigualdades regionais e fragilidades na gestão da Assistência Farmacêutica no SUS: evidências de um estudo multicêntrico na Paraíba**
Autores: Anderson Fellyp Avelino Diniz¹ <https://orcid.org/0000-0002-9659-1495>, Daiene Martins Beltrão¹, Bruna Pereira da Silva¹, Vinicius Soares Ribeiro¹, Welyson Geiel Lopes de Lima¹, Giulyane Targino Aires Moreno¹, João Victor Nunes Isidro¹, Wênia Brito Barreto Faheina¹
Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica (GEAF/SES-PB) — João Pessoa — Paraíba — Brasil
- PE-085** **Doenças Raras na CONITEC: padrões de submissão, tempo de avaliação e incorporação de tecnologias no SUS (2012–2026)**
Autores: Livia de Araujo Grunho¹ <https://orcid.org/0009-0002-9141-2336>, Julia do Nascimento Santos Costa¹ <https://orcid.org/0000-0001-5845-9090>, Maria Fernanda Mussolino¹ <https://orcid.org/0009-0008-7789-246>
Instituição: ¹Moka Info – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-086** **Estimativa de Impacto Orçamentário da Centralização do Financiamento de Medicamentos Oncológicos no Sus via Af-Onco para 2026**
Autores: Thales Brendon Castano Silva¹, Dalmare Anderson Bezerra Oliveira Falcão Sá², Eduardo David Gomes Sousa³, Paula Elaine Diniz Reis¹
Instituições: ¹Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN) – Departamento de Atenção Especializada e Temática (DECAN) – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) – Ministério da Saúde (MS) – Brasília – Distrito Federal – Brasil, ²Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFAE) – Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS/MS) – Brasília – Distrito Federal – Brasil, ³Coordenação-Geral de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CGITEC) – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) – Ministério da Saúde (MS) – Brasília – Distrito Federal – Brasil
- PE-087** **Evidências Clínicas e Econômicas da Tripla Combinação Fixa (BDP/FOR/G) para DPOC: Da Análise à Incorporação no SUS**
Autores: Carla Rios da Cruz¹ <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>, Edson V. F. Fauth Vargas² <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>, Agnes Nogueira Gossenheimer² <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>, Frederico Sallum¹ <https://orcid.org/0000-0002-9760-7073>, Glícia Pinheiro Bezerra³ <https://orcid.org/0000-0001-5672-265X>, Ismael Pretto Sauter¹ <https://orcid.org/0000-0002-5824-445X>, Isabella Sonoda Laba¹ <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>, Wender Aparecido Oliveira¹ <https://orcid.org/0009-0008-2800-7382>.
Instituições: ¹Chiesi Farmacêutica – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Chiesi Farmacêutica – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ³Chiesi Farmacêutica – Brasília – Distrito Federal – Brasil
- PE-088** **Filosofia de Prática em Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica: Expectativa X Realidade**
Autores: Hermes Augusto Santos¹ <https://orcid.org/0009-0002-7210-4936>, Daniel Jesus Ribeiro¹, Fernanda Reis da Silva Pereira², Glaucia Santos Noblat¹, Leonardo Toledo Kister¹
Instituição: ¹Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) – Salvador – Bahia – Brasil, ²Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-089** **Gestão da Assistência Farmacêutica na Implementação de Sistemas de Monitoramento Contínuo da Glicose Em Um Município Do Sul Do Brasil**
Autores: Gracieli Pilla Migliorin¹ <https://orcid.org/0000-0003-4724-6510>, Fabiana Chiela Ribeiro¹, <https://orcid.org/0000-0002-6314-0233>
Instituição: ¹Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo – São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-090** **Implementação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica: uma Análise sob a ótica da administração política**
Autores: Marcelo Ney de Jesus Paixão¹ <https://orcid.org/0009-0002-2492-2571>, Joslene Lacerda Barreto² <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>
Instituições: ¹Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Salvador – Bahia – Brasil, ²Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

- PE-091** **Modelo de Avaliação da Capacidade de Implementação da Política de Assistência Farmacêutica Municipal: uma proposta metodológica fundamentada na administração política**
Autores: Marcelo Ney de Jesus Paixão¹ <https://orcid.org/0009-0002-2492-2571> Joslene Lacerda Barreto² <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>
Instituições: ¹Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Salvador – Bahia – Brasil, ²Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil
- PE-092** **Alteração farmacocinética de tacrolimo após realização de derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) em paciente transplantado renal: um relato de caso**
Autores: Rosiane Santos de Souza Souza¹ <https://orcid.org/0009-0003-4630-9142>, Andreia Watanabe¹, Juliana Caires de Oliveira Achilli Ferreira¹, Cleide da Costa Xavier¹, João Gonçalves Pereira Filho¹, Camila Cardoso Metran¹
Instituição: ¹Instituto da Criança e do adolescente – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil
- PE-093** **Educação Permanente: Estratégia Para a Qualificação da Atuação da Assistência Farmacêutica em Farmácias Comerciais**
Autores: Leo Rodrigo de Sousa Silva Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-2305-1228>, Andréa Wander Bonamigo¹ <https://orcid.org/0000-0001-6435-704X>.
Instituição: ¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) — Porto Alegre — Rio Grande do Sul — Brasil.
- PE-094** **O acordo de acesso gerenciado do onasemnogeno abeparvoveque trará economia para o Sistema Único de Saúde (SUS)? Uma análise de impacto orçamentário**
Autores: Carolina Felix Fortis¹ <https://orcid.org/0000-0001-9041-6103>, Bruna Bento dos Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-6291-0857>, Camila de Oliveira Cezar Faria¹ <https://orcid.org/0000-0002-1930-4528>, Ida Vanessa Doederlein Schwartz² <https://orcid.org/0000-0002-7933-6687>, Helena Nunes Cirilo¹ <https://orcid.org/0000-0001-7307-4594>.
Instituições: ¹Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde em Doenças Raras do InRaras (NATS Raras) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Instituto Nacional de Doenças Raras (INRaras) – Porto Alegre, RS, Brasil
- PE-095** **O Custo do Paciente Queimado no SUS: Análise de Mundo Real com Ênfase em Infecções e Recursos Terapêuticos**
Autores: Eduarda Schneider Ludwig¹ <https://orcid.org/0009-0004-2455-4152>, Matheus William Becker¹ <https://orcid.org/0000-0002-0190-3688>, Murillo Cipolat¹ <https://orcid.org/0009-0000-0635-8618>, Karin Hepp Schwambach¹ <https://orcid.org/0000-0003-3271-2566>, Ilana Saute Glock Slud¹ <https://orcid.org/0009-0002-3857-3317>
Instituição: ¹Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande Sul, Brasil
- PE-097** **Tirzepatida comparada a semaglutida no tratamento da obesidade: uma análise econômica sob a perspectiva do estado de Mato Grosso**
Autores: Kelli Carneiro de Freitas Nakata¹, Gilson Yugi Nakata¹, Priscilla Perez da Silva Pereira², Helder Cássio de Oliveira¹, Ternize Mariana Guenkka¹, Luci Emilia Grzybowski de Oliveira¹, Zenóbia Quinderé Barreto¹, Alytissa Kalyne da Silva Cosme²
Instituições: ¹Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (NATS/SES-MT) – Cuiabá – Mato Grosso – Brasil, ²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília – Distrito Federal – Brasil
- PE-098** **Uso da ferramenta AGREE-HS em diretrizes de sistemas de saúde: revisão de escopo e implicações para o SUS**
Autores: Flávia Deffert¹ <https://orcid.org/0000-0002-2188-9967>, Daniela Gorski¹ <https://orcid.org/0009-0006-5569-6588>, Roberto Pontarolo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7049-4363>, Helena Hiemisch Lobo Borba¹ <https://orcid.org/0000-0001-9723-584X>
Instituição: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil
- PE-099** **Uso de Componentes de Custo do Mundo Real para Informar a Avaliação de Tecnologias em Saúde na Doença de Alzheimer no Brasil**
Autores: Price Udo Price¹, Robert Heggie², Julio Cesar Moriguti³, Leonardo Regis Leira Pereira Leira Pereira¹
Instituições: ¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil, ²Health Economics and Health Technology Assessment (HEHTA) – School of Health and Wellbeing – University of Glasgow – Glasgow – Reino Unido, ³Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – São Paulo Brasil

- PE-100** **Variações regionais nos padrões de tratamento e difusão de novas tecnologias incorporadas para o tratamento de artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde (SUS)**
Autores: Miriam Allein Zago Marcolin¹ <https://orcid.org/0000-0001-5333-3173>, Rodrigo Antonini Ribeiro¹ <https://orcid.org/0000-0003-3080-3704>
Instituição: ¹TruEvidence – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-101** **Os agonistas do receptor GLP-1 no tratamento da obesidade e as implicações para a incorporação no SUS**
Autores: Luciana Cássia Oliveira Barbosa¹ <https://orcid.org/0009-0004-2086-4524>, Samira Nascimento Mateus Nunes Lyra¹ <https://orcid.org/0009-0006-2365-5298>
Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
- PE-103** **Educação na Diabetes Mellitus como Estratégia de Gestão no Componente Básico de Assistência Farmacêutica: Experiência de uma Secretaria Estadual de Saúde**
Autores: Juliana Patrícia Oliveira de Faria Mota¹ <https://orcid.org/0009-0001-3386-9576>, Natália Carvalho de Lima¹ <https://orcid.org/0000-0001-7390-8587>, Marina Moraes¹ <https://orcid.org/0009-0008-8857-9876>, Samira Santos El-Adji¹ <https://orcid.org/0009-0002-6193-3210>
Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
- PE-104** **Judicialização da saúde e avaliação de tecnologias em saúde no Rio Grande do Norte: análise do perfil das demandas, incorporação e impacto orçamentário (2023-2024).**
Autores: Kátia Maria Cabral de Araujo¹ <https://orcid.org/0009-0007-6342-9436>, Italo Henrique Medeiros Damasceno² <https://orcid.org/0009-0008-2526-9029>, Gustavo Henrique de Medeiros Oliveira² <https://orcid.org/0000-0001-6127-7327>, Sylvia Patrícia Dantas Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0003-2707-1063>, Bruna Marmett¹ <https://orcid.org/0000-0002-2982-0323>, Ana Paula Blankenheim³ <https://orcid.org/0000-0002-5113-4012>, Jéssica Escorel Chaves Cavalcanti² <https://orcid.org/0000-0003-2547-8142>
Instituições: ¹Secretaria de Estado da Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte – Natal – Rio Grande do Norte – Brasil, ²Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (NATS/SESAP/RN) – Natal - Rio Grande do Norte – Brasil, ³Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV) – Porto Alegre -- Rio Grande do Sul – Brasil
- PE-105** **Modelo preditivo explicável baseado na composição de formulações para estimativa da palatabilidade de suspensões orais pediátricas de amoxicilina**
Autores: Marina Ferrari Nasser¹ <https://orcid.org/0009-0005-2630-5018>, Valéria Weiss Angeli¹ <https://orcid.org/0000-0002-1019-7949>, Janini Boniatti² <https://orcid.org/0000-0003-0510-9323>, Gabriel Luiz de Brito Araujo³ <https://orcid.org/0000-0001-7590-3587>
Instituições: ¹Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Caxias do Sul – Rio Grande do Sul, Brasil, ²Institut Mines-Télécom – Paris – França, ³ Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo, São Paulo, Brasil
- PE-106** **Ampliação Orçamentária como Premissa de Acesso: estratégias de inovação na assistência farmacêutica hospitalar via pactuação estadual**
Autores: Hermes Augusto Santos Neto ¹ <https://orcid.org/0009-0002-7210-4936>, Gláucia Santos Noblat¹, Daniel Jesus Ribeiro¹, Leonardo Toledo Kister¹
Instituição: Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Salvador – Bahia – Brasil

RESUMOS

PE-001

Análise da distribuição de medicamentos do CEAF na Central de Abastecimento Farmacêutico da Paraíba: Implicações para a gestão no SUS

Autores: Joseilma Honorato de Macedo¹, Anderson Fellyp Avelino Diniz² <https://orcid.org/0000-0002-9659-1495>, Maria Denise Leite Ferreira¹, Daiene Martins Beltrão¹, Alice Menezes Oliveira de Miranda¹, Wênia Brito Barreto Faheina³, Elisana Afonso de Moura Pires¹, Lohanna Patrícia Gouveia Lima¹

Instituições: ¹Faculdades Nova Esperança (Facene/Famene) – João Pessoa – Paraíba – Brasil, ²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil, ³Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica (GEAF - SES/PB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil

Introdução (com objetivo): A Assistência Farmacêutica (AF) constitui componente essencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por garantir acesso, qualidade e uso racional de medicamentos [1]. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia voltada ao acesso a medicamentos de maior complexidade terapêutica, regulamentada pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que estabelecem critérios para diagnóstico, indicação, monitoramento e continuidade do tratamento. A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) desempenha papel estratégico na logística, armazenamento e distribuição, sendo fundamental para a continuidade terapêutica e equidade no acesso [2,3]. Analisar o perfil de distribuição dos principais medicamentos do CEAF em uma CAF estadual, localizada em João Pessoa-PB, no período de janeiro a junho de 2025. **Material e Método:** Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com dados do sistema Hórus, analisados por estatística descritiva. Avaliaram-se quantidade distribuída, frequência relativa, variação mensal e formas farmacêuticas. Utilizaram-se dados secundários, com garantia de anonimato. **Resultados:** Foram distribuídas 5.737.620 unidades de medicamentos no período. O medicamento formoterol + budesonida apresentou maior participação (47,02%), seguido por dapagliflozina (28,01%) e calcitriol (14,73%). Em conjunto, os três principais medicamentos concentraram 89,76% do total distribuído, evidenciando elevada concentração em poucos itens estratégicos. Na sequência, destacam-se risperidona (7,61%) e somatropina (2,68%). Observou-se predominância de formas farmacêuticas sólidas orais, além de soluções injetáveis e preparações inalatórias. A distribuição mensal apresentou padrão relativamente estável, sugerindo regularidade no abastecimento e continuidade dos tratamentos. **Conclusões:** A CAF estadual de João Pessoa-PB apresenta papel central na garantia do acesso a medicamentos de maior complexidade, com distribuição regular e eficiente [4,5]. A elevada concentração da dispensação, com 89,76% do volume total concentrado em apenas três medicamentos, evidencia um padrão de alta dependência de itens estratégicos, com implicações diretas para o planejamento logístico e a segurança do abastecimento. Esse cenário reforça a necessidade de monitoramento contínuo, planejamento direcionado e fortalecimento da gestão, contribuindo para a otimização de recursos e para a sustentabilidade da assistência farmacêutica no SUS.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; CEAF; Distribuição de Medicamentos; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2026 Apr 24]. Available from: <https://www.gov.br/saude>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2026 Apr 24]. Available from: <https://www.gov.br/saude>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Hórus: sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2026 Apr 24]. Available from: <https://www.gov.br/saude>

Análise da produção científica sobre doenças ultrarraras no mundo

Autores: Raul Edison Luna Lazo¹ <https://orcid.org/0000-0002-3434-1239>, Daniela Gorski¹ <https://orcid.org/0009-0006-5569-6588>, Julia Barbosa Domingues da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0007-8805-2014>, Laura Helena Schroeder Borges¹ <https://orcid.org/0009-0009-0867-6324>, Fabrício Costa Fanhani¹ <https://orcid.org/0009-0008-8309-4255>, Roberto Pontarolo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7049-4363>, Fernando Fernandez-Llimós² <https://orcid.org/0000-0002-8529-9595>, Inajara Rotta¹ <https://orcid.org/0000-0002-9099-7216>

Instituições: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Universidade do Porto – Porto – Portugal

Introdução (com objetivo): As doenças ultrarraras (DURs) representam um desafio para os sistemas de saúde devido à baixa prevalência, heterogeneidade clínica, atraso diagnóstico e limitada disponibilidade de terapias específicas. Embora existam estudos publicados sobre DURs, a heterogeneidade e dispersão das evidências dificultam seu uso em decisões clínicas, regulatórias e de incorporação de tecnologias em saúde. O mapeamento da produção científica pode identificar lacunas, tendências de pesquisa e desigualdades geográficas. O objetivo deste estudo foi analisar a evidência científica relacionada às DURs, caracterizando volume de publicações, distribuição geográfica e associação com o índice de desenvolvimento humano (IDH). **Material e Método:** Realizou-se um estudo transversal de publicações indexadas no PubMed. Inicialmente, foram identificados artigos por meio de uma estratégia de busca baseada em descritores relacionados às DURs. Os termos Medical Subject Headings (MeSH) e Supplementary Concepts (NM) referentes às condições de saúde dos artigos recuperados, foram exportados para planilha do Microsoft Excel 2019, para triagem e identificação dos termos relacionados às DURs. Para isso, a prevalência de cada condição foi consultada nas bases Orphanet, Genetic and Rare Diseases Information Center, National Organization for Rare Disorders e Online Mendelian Inheritance in Man. Consideraram-se como DURs aquelas com prevalência de até 1 caso por 50.000 habitantes. Na sequência, os termos referentes às DURs identificados foram combinados com o nome de cada país, utilizando o campo de identificação de filiação (AD). O total de artigos recuperados por meio de MeSH e NM foi normalizado pelo número de habitantes de cada país, por meio do cálculo de artigos por milhão de habitantes. Foram realizadas análises de dispersão (scatter plots), regressão linear simples e correlação de Spearman entre o número de artigos (MeSH, NM, total e artigos por milhão) e o IDH. As análises foram conduzidas no software R/Rstudio (dplyr, ggplot2, tidyr e corrplot). **Resultados:** Foram identificadas 390.986 publicações relacionadas às DURs, das quais 383.423 (98,1%) foram provenientes de termos MeSH e 7563 (1,9%) de NM. Os países com maior número de publicações foram Estados Unidos (n=79.043; 20,2%), Japão (n=34.757; 8,9%), China (n=34.438; 8,8%), Reino Unido (n=26.959; 6,9%) e Itália (n=24.658; 6,3%). As publicações concentraram-se na Europa (n=160.722; 41,1%), Ásia (n = 116.801; 29,9%) e América do Norte (n=90.446; 23,1%). Verificou-se tendência positiva não linear entre artigos por milhão de habitantes e IDH, com ponto de inflexão em torno de IDH $\geq 0,75-0,80$, a partir do qual incrementos adicionais refletiram-se em maior produção científica. Em países com IDH $< 0,70$, a relação mostrou-se menos evidente e com baixa densidade de publicações, enquanto acima de 0,80 associaram-se a crescimento mais acentuado dos artigos por milhão de habitantes. Na correlação de Spearman, identificou-se associação forte positiva entre IDH e artigos por milhão de habitantes ($p=0,83$) e moderada com número de artigos indexados por termos MeSH ($p=0,59$), artigos relacionados a NM ($p=0,63$) e total de publicações ($p=0,59$). **Conclusões:** A produção científica sobre DURs concentrou-se em países com maior IDH. Os achados reforçam a necessidade de incentivar pesquisas, cooperação internacional e financiamento em regiões sub-representadas, visando ampliar o conhecimento e subsidiar políticas públicas voltadas às DURs.

Palavras-chave: Doenças raras; PubMed; Medical Subject Headings; Avaliação de Tecnologias de Saúde; Produção Científica.

Referências:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Highly specialised technologies: NICE prioritisation board routing criteria [Internet]. London: NICE; 2025 [cited 2025 Jun 21]. Available from: <https://www.nice.org.uk/process/pmg46/resources/highly-specialised-technologies-nice-prioritisation-board-routing-criteria-pdf-19830673472965>
2. Harari S. Why we should care about ultra-rare disease. *Eur Respir Rev.* 2016;25(140):101-3. doi: 10.1183/16000617.0017-2016
3. Domaradzki J, Walkowiak D. Ultra-rare ultra-care: assessing the impact of caring for children with ultra rare diseases. *Eur J Paediatr Neurol.* 2024;48:78-84. doi: 10.1016/j.ejpn.2023.12.003
4. Croke ST. A call to arms against ultra-rare diseases. *Nat Biotechnol.* 2021;39(6):671-7. doi: 10.1038/s41587-021-00945-0
5. Tonin FS, Gmünder V, Bonetti AF, Mendes AM, Fernandez-Llimos F. Use of 'Pharmaceutical services' Medical Subject Headings (MeSH) in articles assessing pharmacists' interventions. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2022;7:100172. doi: 10.1016/j.rcsop.2022.100172

Análise da transferência de recursos do eixo estrutura do QualifarSUS para municípios do primeiro ciclo (2012)

Autores: Marcelo Tavares Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0001-6919-4016>, Larissa de Santana Silva¹ <https://orcid.org/0009-0003-0776-277X>, Joslene Lacerda Barreto¹ <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>, Pablo de Moura Santos¹ <https://orcid.org/0000-0001-6821-0141>

Instituição: ¹Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com objetivo): O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) busca aprimorar a gestão municipal de medicamentos no SUS. O seu Eixo Estrutura estabelece aos municípios habilitados recursos iniciais para investimentos, seguido de repasses trimestrais de custeio no valor de R\$ 6.000,00, sendo estes condicionados à alimentação sistemática da Base Nacional de Dados da Assistência Farmacêutica (BNAFAR) [1,2,4]. Iniciado em 2012, o primeiro ciclo do programa habilitou 453 municípios do Brasil [1,2,3]. A irregularidade ou ausência no envio desses dados técnicos resulta na suspensão do repasse, comprometendo a estruturação das farmácias da atenção primária [1,2]. **Objetivos:** Analisar a regularidade no recebimento dos repasses federais do eixo estrutura e quantificar a perda financeira acumulada pela não conformidade na alimentação da BNAFAR, em municípios habilitados na primeira etapa do programa no decorrer dos últimos 13 anos. **Material e Método:** Estudo quantitativo, retrospectivo e longitudinal abrangendo 453 municípios habilitados no Qualifar SUS em 2012. Utilizou-se o Índice de Recebimento de Custeio (IRC), razão entre o valor efetivamente recebido e o teto esperado de R\$ 336.000,00 por município, e a perda financeira (Pf), calculada por $Pf = 336.000,00 - \text{recursos recebidos}$ no período de 2012 a 2025. Os municípios foram classificados em quatro faixas de regularidade: Excelência (IRC = 100%), Alto (IRC 75-99%); Médio (50-74%); Baixo (25-49%) e muito baixo (0-24%). **Resultados:** Na amostra, 20% (n=90) dos municípios obtiveram IRC de excelência, 47% (n=211) alto, 19% (n=85) médio, 12% (n=56) baixo e 3% (n=14) muito baixo. Municípios da região Nordeste (81%) obtiveram IRC superiores à média nacional (78%), enquanto os da região Norte foram de 52%. O coeficiente de Pearson entre IDHM e IRC indicou correlação positiva fraca ($r \approx 0,16$; $p < 0,05$). A perda financeira global no período somou R\$ 33.029.136,00. **Conclusões:** O estudo evidencia o alto desempenho de 67% dos municípios (faixas de Excelência e Alto IRC), ratificando o papel indutor do QUALIFAR-SUS na consolidação da gestão farmacêutica local. Mas também revela lacuna crítica entre o financiamento planejado e o distribuído, com uma perda de recursos no período estudado (13 anos), que equivale ao custeio de 98 municípios, que deveriam ser investidos na estruturação de centenas de farmácias da atenção primária do SUS, beneficiando a população. A fraca correlação com o IDHM indica que o desenvolvimento socioeconômico não é o principal preditor da não conformidade com o BNAFAR, levantando a hipótese de que a perda de recursos do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS é um problema de governança de dados e continuidade administrativa. Isso exige um aprofundamento qualitativo para revelar quais estratégias de apoio técnico que transcendam o aporte financeiro podem ser ampliadas para garantir a sustentabilidade do Eixo Estrutura no SUS pelos municípios.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Qualidade da Assistência à Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Financiamento Governamental.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Diário Oficial da União. 2012 Jun 14.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Qualifar-SUS: assistência farmacêutica [Internet]. Brasília: CONASEMS; 2024 [cited 2026 Apr 24]. Available from: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/22_qualifar-sus-assistencia-farmaceutica.
3. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR). Nota técnica: QUALIFARSUS [Internet]. Brasília: CONASEMS; [2022?] [cited 2026 Jun 9]. Available from: <https://www.conasems.org.br>.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2017 Oct 3

Análise de custo-efetividade com dados de mundo real utilizando bases de dados do Sistema de Saúde Brasileiro: Um estudo de caso com câncer de mama.

Autores: Ricardo Ribeiro Alves Fernandes¹, Andre Marques Santos²

Instituições: ¹Instituto Nacional do Câncer – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil, ²Autônomo – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): O câncer de mama metastático (CMM) representa um desafio crescente no sistema de saúde brasileiro, com alta morbimortalidade e impacto econômico significativo ao SUS. O pertuzumabe, anticorpo monoclonal anti-HER2, foi incorporado ao SUS pela CONITEC em 2019 para tumores HER2-positivos, ampliando o arsenal terapêutico disponível. Diante dos elevados custos de incorporação, análises de custo-efetividade baseadas em dados de mundo real — como os provenientes do DATASUS — tornam-se essenciais para avaliar a eficiência alocativa e subsidiar decisões racionais de financiamento em oncologia. O Objetivo do trabalho foi construir uma avaliação de custo-efetividade do Pertuzumabe para câncer de mama metastático Her2 positivo, utilizando a base de dados do sistema público de saúde brasileiro. **Material e Método:** Foram levantados registros de procedimentos de pacientes com câncer de mama que fizeram duplo bloqueio HER2 e através de record linkage definiu-se a jornada completa de cada paciente. Além disso, extraiu-se custo de quimioterapia, radioterapia, hospitalização, atendimentos e exames, de cada paciente mês a mês, durante o tempo em que o paciente permanece na base de dados. Foram extraídos dados de óbito, a fim de diferenciar os pacientes com censura e os que morreram. Uma microssimulação com dados individuais desses pacientes foi construída para estimar um custo médio e o tempo de vida ao longo de cada trajetória de tratamento. Pacientes que foram censurados, tiveram sua sobrevida calculada baseado na sobrevida geral da população de acordo com a sua idade. Os pacientes foram filtrados por local de atendimento, estadiamento no diagnóstico e presença de tratamento anterior para se verificar a heterogeneidade da razão de custo-efetividade incremental entre esses grupos. **Resultados:** Foram encontrados, um total de 4,570 pacientes, com idade inicial média de 54 anos. O horizonte temporal no modelo foi de 73 anos, e o tempo médio de tratamento antes da censura ou óbito foi de 20 meses. Pacientes que utilizaram Pertuzumabe viveram em média 1.55 anos a mais e custaram em média U\$24,512.29 a mais. Utilizando preços de valores do compras públicas, (U\$1.023,50/frasco) o Pertuzumabe teve um ICER de U\$15,483.09/ano de vida salvo. Esse valor é menor que o limiar de custo-efetividade de U\$19,090.90/ano de vida salvo. Foram construídas análises de subgrupos onde se observou que em algumas regiões do país o uso do Pertuzumabe se mostrou dominante em relação a quimioterapia e em outras ele foi dominado. Ele se mostrou com ICER favorável em pacientes de faixa etária menor, mas não mostrou diferença em termos de ICER se os pacientes tinham ou não realizado tratamento anterior. **Discussão:** Os resultados demonstram que o pertuzumabe é custo-efetivo no SUS, com ICER de US\$15.483,09/ano de vida salvo — abaixo do limiar brasileiro de US\$19.090,90 —, confirmando a eficiência real da incorporação realizada pela CONITEC. Trata-se, até onde se sabe, do primeiro estudo de custo-efetividade do pertuzumabe conduzido integralmente com dados de mundo real provenientes do DATASUS, conferindo validade externa e representatividade populacional inéditas à análise. A metodologia empregada pode ser replicada para outros medicamentos incorporados e pode embasar acordos de compartilhamento de risco. **Conclusão:** O trabalho mostrou a possibilidade de explorar a base de dados do sistema de saúde através de microssimulação com dados individuais, para a construção de modelos econômicos de apoio a decisão sobre incorporação de tecnologias.

Palavras-chave: Análise de mundo Real; Custo-efetividade; Câncer de Mama; Pertuzumabe.

Análise de custo-minimização entre ganciclovir e valganciclovir para o tratamento preemptivo e profilaxia de infecções por citomegalovírus em transplantados

Autores: Danielle Bezerra Santana¹ <https://orcid.org/0000-0002-2912-3560>, Alonso Barros da Silva Junior¹ <https://orcid.org/0009-0007-6376-9297>, Maria Erivanda Castelo Meireles¹ <https://orcid.org/0000-0001-7902-7369>, Gilberto Alexandre Barbosa Moura² <https://orcid.org/0009-0000-8826-3785>, Amanda Maria Paixão Soares² <https://orcid.org/0009-0000-1462-2490>

Instituições: ¹Comissão de Avaliação de Tecnologia em Saúde – Maceió – Alagoas – Brasil, ²Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – Maceió – Alagoas – Brasil

Introdução (com objetivo): O citomegalovírus (CMV) é um herpesvírus humano de relevância clínica em pacientes submetidos a transplantes de órgãos sólidos (TOS) e de células-tronco hematopoéticas (TCTH)(1). Em pacientes imunossuprimidos, infecções por CMV tem alta morbimortalidade. Diante disso, a profilaxia e o manejo preemptivo da infecção por CMV são estratégias fundamentais para reduzir os riscos associados em pacientes transplantados (2). Os medicamentos antivirais ganciclovir e valganciclovir são indicados para o tratamento de profilaxia e terapia preemptiva de infecção CMV em pessoas submetidas a transplantes. O ganciclovir é administrado pela via intravenosa, necessitando de ambiente ambulatorial ou hospitalar. Já o valganciclovir, é um pró-fármaco antiviral administrado por via oral e se transforma no ganciclovir (3-4). Devido à diferença de custo, é necessário comparar as duas tecnologias de saúde por meio de uma avaliação econômica, para auxiliar na decisão de qual é a opção mais vantajosa, do ponto de vista assistencial e financeiro, na perspectiva do Sistema Único de Saúde no Estado de Alagoas. Realizar a avaliação econômica comparando ganciclovir e valganciclovir para o tratamento, profilaxia e terapia preemptiva por CMV em transplantados. Esse estudo tem como objetivo realizar a avaliação econômica comparando ganciclovir e valganciclovir para o tratamento, profilaxia e terapia preemptiva por CMV em transplantados. **Material e Método:** Foi realizado uma avaliação econômica do tipo custo minimização (ACM), dado que ambos os medicamentos apresentam efetividade clínica equivalentes. Foram considerados os custos de aquisição dos medicamentos ganciclovir 1mg/mL(bolsa com 500 mL) e valganciclovir 450 mg (comprimido revestido). Os esquemas posológicos consideraram um indivíduo com 70 kg e as médias de duração de tratamento descritas em literatura. Foram utilizados para a análise, os preços estabelecidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e além disso, custos indiretos do medicamento ganciclovir foram mensurados por microcusteio: (1) internação hospitalar; (2) recursos humanos; (3) insumos hospitalares e; (4) desfechos adversos evitáveis. A população estudada foi baseada em dados epidemiológicos com informações provenientes do DATASUS, no Registro Brasileiro de Transplantes e estimativas da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, sob a perspectiva do SUS. E o horizonte temporal analisado foi de 1 ano. Não foi realizada taxa de desconto, conforme diretrizes. **Resultados:** Os medicamentos valganciclovir e ganciclovir apresentam equivalência terapêutica entre as tecnologias, não sendo mensurados desfechos clínicos primários (5), por isso foi realizada uma avaliação de custo-minimização (ACM). O custo do tratamento com o ganciclovir, por paciente ao ano, foi estimado em R\$ 545.043,48. O custo com o valganciclovir foi estimado em R\$ 141.287,68. A ACM revelou que o tratamento com valganciclovir custa R\$ 154.961.023,00 a menos que o tratamento com ganciclovir. **Conclusões:** O valganciclovir é uma alternativa de uso oral para tratar infecções por CMV, possui maior comodidade posológica, sem necessidade de internação e administração em ambiente hospitalar como ocorre com o medicamento ganciclovir injetável e possui efetividade equivalente. Os resultados da ACM indicam que a incorporação do valganciclovir gera economia significativa e consistente para o sistema de saúde e demonstram a importância das avaliações econômicas para a tomada de decisão no SUS.

Palavras-chave: Ganciclovir; Valganciclovir; Citomegalovirus; Avaliação econômica.

Referências:

1. Matos SB. Citomegalovírus: uma revisão da patogenia, epidemiologia e diagnóstico da infecção. Rev Saude Com. 2011;7:44-57.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de recomendação: valganciclovir e ganciclovir para profilaxia e tratamento de infecções pelo citomegalovírus (CMV) em pacientes imunossuprimidos pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
3. Vernooij RWM, et al. Pre-emptive treatment for cytomegalovirus viraemia to prevent cytomegalovirus disease in solid organ transplant recipients. Cochrane Database Syst Rev. 2025;(1):CD005133. doi:10.1002/14651858.CD005133.pub4.
4. Vernooij RWM, et al. Antiviral medications for preventing cytomegalovirus disease in solid organ transplant recipients. Cochrane Database Syst Rev. 2024;(5):CD003774. doi:10.1002/14651858.CD003774.pub5.
5. Kalil AC, Freifeld AG, Lyden ER, Stoner JA. Valganciclovir for cytomegalovirus prevention in solid organ transplant patients: an evidence-based reassessment of safety and efficacy. PLoS One. 2009;4(5):e5512. doi:10.1371/journal.pone.0005512

Análise Farmacocinética da Imunossupressão por Inibidor de Calcineurina em Pacientes Transplantados Renais Pediátricos

Autores: Rosiane Santos de Souza¹ <https://orcid.org/0009-0003-4630-9142>, Andreia Watanabe¹

Instituição: ¹Instituto da Criança e do adolescente – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): O tacrolimo (TAC) é um potente agente imunossupressor usado para prevenir a rejeição de aloenxertos. São necessários mais estudos farmacocinéticos em pediatria para otimizar o monitoramento terapêutico da droga (TDM) com TAC, pois essa população apresenta diferenças fisiológicas relevantes que impactam sua farmacocinética e resposta terapêutica. O TDM em pediatria baseia-se principalmente no C_0 e pode apresentar baixa correlação com desfechos clínicos como rejeição do enxerto e toxicidade do tacrolimo². **Objetivo:** Descrever a farmacocinética do (TAC) oral em pacientes pediátricos após 2 meses de transplante renal, utilizando modelagem populacional e método trapezoidal para estimar AUC, comparando os métodos e analisando a variabilidade farmacocinética nessa população. **Material e Método:** Foram analisados retrospectivamente dados de monitoramento terapêutico de 23 pacientes pediátricos transplantados renais (>60 dias), em uso oral de tacrolimo (Prograf®) duas vezes ao dia. Avaliaram-se doses, concentrações (C_0 , C_2 e C_4), peso e parâmetros clínicos obtidos no dia das coletas e em registros dos últimos três meses. As doses foram mantidas conforme níveis séricos prévios, respeitando o tempo pós-transplante, com alvo entre 5–15 ng/mL. Amostras de sangue total (2 mL, EDTA) foram analisadas por CMIA. O estudo teve aprovação ética e consentimento dos responsáveis. **Resultados:** As coletas foram realizadas entre os meses de nov/2025 e abril/2026, de 23 pacientes com idade entre 6-18 anos, o tempo de transplante renal variou de 2 meses a 12 anos. Do total 14 pacientes realizam jejum nas administrações de imunossupressores (ISS), 9 não fazem. Todos os participantes utilizam tripla terapia ISS com uso de TAC e corticoide em baixa dose junto com outro imunossupressor. As coletas foram realizadas em três tempos: C_0 concentração de vale (ante da dose oral), C_2 concentração de absorção (2 horas pós dose) e C_4 concentração pós-absorção/distribuição (4 horas pós dose) totalizando 69 amostras de sangue. Os cálculos realizados para analisar a exposição de TAC baseado na equação de modelo AUC abreviada de WONG et al 2000 ($AUC_{0-12} = 13.3 \cdot 1.2 \cdot C_0 \cdot 2.4 \cdot C_2 \cdot 5.6 \cdot C_4$)⁵ e o método trapezoidal, com uma variação de até 15% entre os métodos. A Curva de concentração-tempo da área-alvo até 12 h (AUC_{0-12h}) foram definidas para pacientes em vários momentos após o transplante, assumindo terapia de manutenção composta por TAC+PRED e outro ISS. Em transplantados renais (TrR), a AUC_{0-12} alvo varia conforme o tempo pós-TxR: >6 meses, 80–120 ng·h/mL (C_0 3–7 ng/mL), e <6 meses, ~160 ng·h/mL (C_0 8–10 ng/mL). Entre 23 pacientes, 1 (<6 meses) apresentou $AUC >180$. Nos demais, houve discordância entre C_0 e AUC: entre 8 com $C_0 <5$, observaram-se subexposição, níveis adequados e elevados; entre 14 com $C_0 >5$, parte teve $AUC >120$. A C_2 variou de 4–25,1 ng/mL, com picos altos e casos de absorção tardia associados ao uso de diltiazem e ausência de jejum. As coletas permitiram observar: padrão de absorção, variabilidade interindividual e possível alteração de biodisponibilidade (F) através dos cálculos das AUC_{0-12} . **Conclusões:** O estudo mostrou que pacientes com o mesmo C_0 podem ter exposições diferentes, indicando que o C_0 isolado não reflete adequadamente a imunossupressão. Devido à alta variabilidade da biodisponibilidade oral do tacrolimo, a AUC é mais confiável, permitindo melhor avaliação da exposição, ajuste de dose mais preciso, identificação de perfis discrepantes e estratificação do risco clínico, aumentando a segurança terapêutica.

Palavras-chave: Tacrolimo; Pediatria; Farmacocinética; Transplante renal.

Referências:

1. Iwasaki K. Metabolism of tacrolimus (FK506) and recent topics in clinical pharmacokinetics. *Drug Metab Pharmacokinet.* 2007;22(5):328-35. doi:10.2133/dmpk.22.328.
2. Guy-Viterbo V, Scohy A, Verbeeck RK, Reding R, Wallemacq P, Musuamba FT. Population pharmacokinetic analysis of tacrolimus in the first year after pediatric liver transplantation. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69(8):1533-42. doi:10.1007/s00228-013-1501-0.
3. Wallemacq PE, Verbeeck RK. Comparative clinical pharmacokinetics of tacrolimus in paediatric and adult patients. *Clin Pharmacokinet.* 2001;40(4):283-95. doi:10.2165/00003088-200140040-00004.
4. Wong KM, Shek CC, Chau KF, Li CS. Abbreviated tacrolimus area-under-the-curve monitoring for renal transplant recipients. *Am J Kidney Dis.* 2000;35(4):660-6. doi:10.1016/S0272-6386(00)70013-8.
5. Van Gelder T, Gelinck A, Meziyerh S, de Vries APJ, Moes DJAR. Therapeutic drug monitoring of tacrolimus after kidney transplantation: through concentration or area under curve-based monitoring? *Br J Clin Pharmacol.* 2025;91(6):1600-6. doi:10.1111/bcp.16098.

Análise Temporal da Judicialização de Medicamentos para Atrofia Muscular Espinhal no Brasil (2019–2026)

Autores: Amanda Veiga¹ <https://orcid.org/0000-0003-2728-9652>, Ana Júlia Silva¹, Diego Lima Gomes², Juliana Yakari Viscondi¹

Instituições: ¹IQVIA – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²IQVIA – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com objetivo): A Atrofia Muscular Espinhal (AME) é uma doença genética marcada pela degeneração progressiva dos neurônios motores da medula espinhal, o que leva a graus variados de fraqueza e atrofia muscular. Nas apresentações mais severas, há risco de comprometimento de funções vitais, como a respiração e a deglutição, além de atraso ou perda na aquisição de marcos do desenvolvimento motor (por exemplo, andar ou se sentar). A condição é dividida em cinco tipos (0 a IV) de acordo com a idade de início dos sintomas e o maior marco motor alcançado, evidenciando grande heterogeneidade clínica e demandas assistenciais complexas. Apesar dos avanços terapêuticos, o acesso equitativo às terapias modificadoras da doença ainda representa um desafio significativo, em razão do elevado custo e da limitada robustez de evidências para alguns subtipos. No Brasil, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para AME foi instituído em 2022, restrito a pacientes com AME tipos I e II, mantendo a judicialização como importante estratégia de acesso. O objetivo é avaliar o número de processos de judicialização e os gastos públicos relacionados ao tratamento da AME no Brasil, comparando os períodos anterior e posterior à implementação do PCDT. **Material e Método:** Estudo transversal e retrospectivo baseado em dados nacionais de judicialização do tratamento da AME, obtidos por meio de solicitação via Lei de Acesso à Informação. Incluíram-se processos referentes ao período desde as aprovações regulatórias dos medicamentos até março de 2026. Foram analisados o número de demandas judiciais e os gastos públicos associados ao fornecimento das terapias. **Resultados:** No período pré-PCDT (2019–2022), foram registrados 256 processos de judicialização envolvendo nusinersena e risdiplam, com mediana (mín-máx) de 44,5 (3-164) processos por ano, e foram despendidos R\$ 185.649.305,55, com mediana (mín-máx) de R\$ 26.069.841,12 (R\$ 1.595.051,12 - R\$ 131.914.572,20). No período pós-PCDT (2023–2026), foram identificados 272 processos relacionados aos mesmos medicamentos, com mediana (mín-máx) de 59,5 (11-142) e o gasto total foi de R\$ 389.728.669,64, com mediana (mín-máx) de R\$ 99.488.170,19 (R\$ 29.556.938,94 - R\$ 161.195.390,32). Adicionalmente, foram registrados 50 processos entre 2024 e 2026 para onasemnogene abeparvovec-xioi, uma terapia gênica aprovada para comercialização no Brasil em 2020 e incorporada no SUS em 2022. Este só foi incorporado no PCDT de AME em 2025. Os gastos associados a esses processos judiciais totalizaram R\$ 345.903.235,45 no período analisado. **Conclusões:** A instituição do PCDT para AME no Brasil não foi acompanhada da redução significativa no volume de judicialização nem dos gastos públicos relacionados ao tratamento da doença. Apesar da incorporação parcial das terapias ao SUS, a judicialização permaneceu como estratégia central de acesso, indicando limitações do desenho do protocolo. A introdução da onasemnogene abeparvovec-xioi gerou impacto financeiro expressivo em curto prazo, mesmo após sua incorporação ao SUS. A persistência das demandas judiciais, especialmente para pacientes com AME tipos III e IV, revela ineficiência alocativa e indica a necessidade de revisão dos critérios do protocolo para maior sustentabilidade do sistema.

Palavras-chave: Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde; SUS; Financiamento da Saúde.

Referências:

1. Arnold WD, Kassar D, Kissel JT. Spinal muscular atrophy: diagnosis and management in a new therapeutic era. *Muscle Nerve*. 2015;51(2):157-67.
2. Aponte Ribero V, Martí Y, Batson S, Mitchell S, Gorni K, Gusset N, et al. Systematic literature review of the natural history of spinal muscular atrophy: motor function, scoliosis, and contractures. *Neurology*. 2023;101(21):e2103-e13.
3. Singh A, Dalal P, Singh J, Tripathi P. Type 0 spinal muscular atrophy in rare association with congenital contracture and generalized osteopenia. *Iran J Child Neurol*. 2018;12(1):105-8.
4. Qian Y, McGraw S, Henne J, Jarecki J, Hobby K, Yeh WS. Understanding the experiences and needs of individuals with spinal muscular atrophy and their parents: a qualitative study. *BMC Neurol*. 2015;15:217.
5. Xiao L, Kang S, Djordjevic D, Gonorazky H, Chiang J, Ambreen M, et al. Understanding caregiver experiences with disease-modifying therapies for spinal muscular atrophy: a qualitative study. *Arch Dis Child*. 2023;108(11):929-34.

Atualização das Diretrizes Clínico-Assistenciais Oncológicas do SUS (1995–2025): implicações para o Acesso a Tecnologias no Contexto do AF-Onco

Autores: Máira Barroso Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0002-8505-5021>, Tiago da Veiga Pereira³ <https://orcid.org/0000-0002-8574-832X>, Adriane Lopes Medeiros Simone² <https://orcid.org/0000-0002-2045-1146>, Guilherme de Almeida Moraes² <https://orcid.org/0009-0001-1767-0786>, Aline Garcia Barbosa² <https://orcid.org/0009-0004-6429-7648>, Daniela Oliveira de Melo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953>, Airton Tetelbom Stein⁴

Instituições: ¹Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional – Departamento de Medicina, Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Vértice – Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Diadema – São Paulo – Brasil, ³Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit (CTSU) – Nuffield Department of Population Health – University of Oxford – Oxford – Reino Unido, ⁴Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): As diretrizes clínico-assistenciais (DCA) são instrumentos baseados em evidências científicas que orientam a tomada de decisão clínica e regulam o acesso a tecnologias no SUS. A Portaria GM/MS nº 8.477/2025, que instituiu o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco), estabelece que a integralidade do tratamento medicamentoso depende das linhas de cuidado definidas em DCA, em conformidade com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). A atualização periódica das DCA é condição para incorporação de inovações terapêuticas na prática assistencial, necessidade ampliada na oncologia pelo ritmo acelerado de produção de evidências e surgimento de novas tecnologias. No entanto, a periodicidade de atualização dessas diretrizes no Brasil ainda é desconhecida. Este estudo tem como objetivo analisar a periodicidade de atualização das DCA oncológicas do SUS entre 1995 e 2025, em comparação com os demais grupos de condições de saúde. **Material e Método:** Estudo de coorte retrospectivo, com unidade de análise constituída pelas DCA vigentes no SUS em 31/12/2025, identificadas no website da CONITEC. Reconstruiu-se o histórico de publicações e atualizações por meio das portarias do Ministério da Saúde vigentes e revogadas. Foram analisadas 178 DCA, categorizadas em cinco grupos considerando o tipo de condição de saúde e a forma de organização assistencial do SUS: doenças raras; neoplasias; doenças de notificação compulsória; doenças crônicas não transmissíveis e condições de saúde mental; e condições assistidas pela atenção especializada. O desfecho primário foi a ocorrência de atualização (sim/não). Desfechos secundários incluíram o tempo até a primeira atualização (em dias e anos) e o número total de atualizações. Regressão logística univariável foi utilizada para avaliar fatores associados à probabilidade de atualização das DCA. O estudo seguiu o checklist STROBE para estudos de coorte. **Resultados:** Das 34 DCA oncológicas vigentes, 20 (58,8%) foram atualizadas ao menos uma vez. Essa proporção foi inferior à observada nas doenças raras (72,1%), nas doenças crônicas e saúde mental (69,6%) e nas condições da atenção especializada (66,7%), mas superior à observada nas doenças de notificação compulsória e agravos de saúde pública (47,6%); no conjunto das DCA, a proporção geral foi de 65,2%. Das 14 DCA oncológicas sem nenhuma atualização, sete permanecem vigentes há mais de 10 anos sem revisão, incluindo a DCA da Leucemia Mieloide Aguda - adulto (2014) e da Detecção Precoce do Câncer de Mama (2015). O tempo mediano até a primeira atualização entre as DCA oncológicas atualizadas foi de 6,5 anos (IIQ: 2,9–9,1 anos). A taxa de incidência de atualização foi de 0,8 atualizações/10 DCA-anos — a mais baixa entre os grupos de condições de saúde, e a média de atualizações foi de 0,91 por DCA (DP = 1,08; mediana = 1; IIQ 0–1). O tipo de condição de saúde não apresentou associação estatisticamente significativa com a probabilidade de atualização (OR variando de 0,64 a 1,81; $p > 0,05$). **Conclusões:** As DCA oncológicas apresentam a menor taxa de incidência de atualização do portfólio do SUS, com expressiva proporção de documentos sem nenhuma revisão desde a publicação original. Esses achados reforçam a urgência de estratégias institucionais de monitoramento contínuo de evidências e de priorização revisional das DCA oncológicas, condição para garantir o acesso oportuno, integral e equitativo ao tratamento medicamentoso aos usuários do SUS, em conformidade com o AF-Onco e com a PNPCC.

Palavras-chave: Diretrizes clínico-assistenciais; Oncologia; SUS; Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia; Acesso a medicamentos.

Referências:

1. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington (DC): National Academies Press; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.477, de 20 de outubro de 2025. Institui o AF-Onco. Diário Oficial da União. 2025 Oct 21.
3. Brasil. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Diário Oficial da União. 2023 Dec 20.
4. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The STROBE statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453-7. doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X.
5. Cardwell K, McFarlane E, Campbell J, O'Donnell C, Wilson C, Bunn F, et al. Systematic review finds processes used internationally to update clinical guidelines lack consistency. Evid Policy. 2023;19(4):572-90. doi:10.1332/174426421X16764654083217.

Atualização do PCDT de Asma: Onde Fica o Papel do LAMA?

Autores: Carla Rios Cruz¹ <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>, Edson Fauth Vargas² <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>, Agnes Nogueira Gossenheimer² <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>, Marisa Treglia¹ <https://orcid.org/0009-0009-9538-3924>, Frederico Sallum¹ <https://orcid.org/0000-0002-9760-7073>, Glicia Pinheiro Bezerra³ <https://orcid.org/0000-0001-5672-265X>, Isabella Sonoda Laba¹ <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>, Wender Aparecido Oliveira¹ <https://orcid.org/0009.0008.2800.7382>

Instituições: ¹Chiesi Farmacêutica – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Chiesi Farmacêutica – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ³Chiesi Farmacêutica – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com objetivo): A asma representa um importante problema de saúde pública no Brasil, com 33.375 óbitos registrados entre 2010 e 2024. Embora o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), atualizado em março de 2026, disponibilize tratamentos imunobiológicos e terapias inalatórias essenciais, até 45% dos pacientes em uso de corticoides inalatórios associados a beta-agonistas de longa duração (ICS/LABA) permanecem sem controle clínico adequado (1). Embora a Global Initiative for Asthma (GINA) aponte a adição do antagonista muscarínico de longa duração (LAMA) como uma opção de escalonamento para otimizar o controle antes da progressão para biológicos, a ausência desta alternativa no PCDT pode induzir ao possível uso precoce de imunobiológicos, inclusive em cenários nos quais a estabilização clínica seria alcançada mediante a otimização da terapia tripla (ICS/LABA/LAMA) (2,3). O objetivo desse trabalho é identificar a lacuna relacionada à não incorporação do LAMA no PCDT da asma e avaliar o papel da terapia tripla extrafina (BDP/FF/G) como uma possível estratégia de escalonamento terapêutico em pacientes que permanecem não controlados com ICS/LABA. **Material e Método:** Análise descritiva e comparativa entre o PCDT vigente e as recomendações da GINA, somada à análise de evidências científicas sobre a terapia tripla extrafina no manejo da asma não controlada. **Resultados:** A GINA recomenda a adição do LAMA no escalonamento terapêutico (etapas 4 e 5), fundamentada em evidências de nível A que comprovam a redução do risco de exacerbações, sobretudo em indivíduos com histórico de exacerbações (2). Nesse cenário, o ensaio clínico randomizado TRIMARAN demonstrou que a tripla terapia extrafina BDP/FF/G, única aprovada no Brasil para tratamento da asma, reduz exacerbações em 15% e promove melhora na função pulmonar frente à associação ICS/LABA3. Tais achados são corroborados pelo estudo de vida real TRIMAXIMIZE, que associou a transição para BDP/FF/G ao maior controle clínico, melhor adesão e redução da necessidade de medicação de resgate e corticosteroides sistêmicos. Notadamente, cerca de 40% dos pacientes nesse estudo atingiram remissão clínica (estabilidade da função pulmonar, controle sintomático, ausência de exacerbações e corticoide sistêmico) e a taxa de migração para imunobiológicos, durante o estudo, foi baixa (4). Complementarmente, uma análise post hoc do estudo ATLANTIS sugere que a remissão pode ser alcançada em até 50% dos pacientes sob terapia otimizada, identificando a disfunção de pequenas vias aéreas como um preditor independente de resposta (5). Esse dado reforça a relevância da formulação extrafina de BDP/FF/G, cuja maior deposição periférica potencializa o controle inflamatório distal e a redução de desfechos graves (3-5). Por fim, revisões sistemáticas indicam que o escalonamento para doses altas de ICS não oferece benefício clínico incremental em relação a doses moderadas, resultando apenas em aumento de efeitos adversos, o que valida a estratégia de adição do LAMA em detrimento do aumento isolado do corticoide. **Conclusões:** Os dados evidenciam um hiato terapêutico entre o PCDT e a GINA. A terapia tripla extrafina demonstrou redução de exacerbações, melhora da função pulmonar e promoção da remissão clínica. Sua incorporação ao protocolo nacional representaria uma alternativa intermediária e custo efetiva, capaz de postergar ou mitigar o escalonamento precoce para imunobiológicos, em alguns casos, alinhando a prática nacional aos padrões de evidência científica vigentes.

Palavras-chave: Asma; PCDT; Tripla Terapia Extrafina.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2026 [cited 2026 Apr 13]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention: 2025 update [Internet]. Fontana (WI): Global Initiative for Asthma; 2025 [cited 2026 Apr 13]. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/11/GINA-2025-Update-25_11_08-WMS.pdf
3. Virchow JC, Kuna P, Paggiaro P, Papi A, Brusselle G, Pavord ID, et al. Single inhaler extrafine triple therapy in uncontrolled asthma (TRIMARAN and TRIGGER): two double-blind, parallel-group, randomised, controlled phase 3 trials. *Lancet*. 2019;394(10210):1737-49. doi:10.1016/S0140-6736(19)32215-9.
4. Gessner C, Russell REK, Greulich T, Corradi M, Buhl R, Papi A, et al. Real-world effectiveness and safety of single inhaler triple therapy with beclometasone/formoterol/glycopyrronium in moderate to severe asthma: TriMaximize study. *J Asthma Allergy*. 2026;19:582286. doi:10.2147/JAA.S582286.
5. Kumar A, Chan R, Zounemat-Kermani N, Postma DS, van den Berge M, Usmani OS, et al. Small airways dysfunction and remission in adults with asthma: a longitudinal exploratory analysis of the Assessment of small Airways involvement In asthma (ATLANTIS) study. *Allergy*. 2026 Feb 18 [Epub ahead of print]. doi:10.1111/all.16591.

Avaliação de Tecnologias em Saúde em Doenças Ultrarraras: uma Revisão Sistemática de Escopo sobre Conceitos, Métodos e Desfechos

Autores: Daniela Gorski¹, Raul Edison Lazo Luna¹, Júlia Barbosa Domingues da Silva¹, Stefany Scalco¹, Fernanda Coelho Vilela³, Helena Hiemisch Lobo Borba¹, Fernando Fernandez-Llimos², Inajara Rotta¹

Instituições: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Universidade do Porto – Porto – Portugal, ³Universidade Federal do Mato Grosso – Cuiabá – Mato Grosso – Brasil

Introdução (com objetivo): As doenças ultrarraras (DURs) impõem desafios na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), em razão da limitada evidência disponível, dos elevados custos das tecnologias avaliadas e das restrições à aplicabilidade dos métodos tradicionais de síntese de evidência e de análise de custo-efetividade (1-3). Estas limitações representam barreiras para a incorporação de novas tecnologias no contexto das DURs. O objetivo deste estudo foi analisar os conceitos, as abordagens metodológicas e os desfechos utilizados em ATS aplicada às DURs. **Material e Método:** Uma revisão sistemática de escopo foi conduzida conforme as recomendações do Instituto Joanna Briggs, sendo reportada segundo as diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses para revisões de escopo (PRISMA-ScR), com protocolo registrado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob código CRD420251007802. A questão de investigação que orientou esta revisão foi: “Quais são as evidências relativas aos conceitos, métodos e desfechos utilizados na avaliação de tecnologias diagnósticas ou terapêuticas para doenças ultrarraras?”. A busca foi realizada em abril de 2025 no Google, tendo em vista o foco em documentos oficiais não indexados em bases tradicionais, como legislações, relatórios e diretrizes. Foram incluídos documentos de países cujos idiomas oficiais são inglês, português ou espanhol. A identificação dos países e sites institucionais baseou-se em organismos internacionais e redes colaborativas de ATS e regulação sanitária. As estratégias de busca combinaram termos relacionados às doenças ultrarraras com domínios de sites de agências regulatórias, agências de ATS e diários oficiais. Os dados extraídos incluíram definições de DURs, fontes de evidência, métodos de comparação de intervenções e desfechos considerados nas avaliações. **Resultados:** Foram identificados 48 documentos publicados entre 2009 e 2025, predominando recomendações (n=29) e relatórios técnicos (n=15), principalmente provenientes de Portugal (n=10), Reino Unido (n=6) e Austrália (n=6). Observou-se heterogeneidade nas definições de DURs, com predominância de limiares de prevalência de ≤ 1 por 50 000 (n=12) e ≤ 1 por 100 000 (n=8). Quanto às fontes de evidência, verificou-se a utilização de estudos observacionais, como coortes históricas e dados do mundo real, em contexto de limitação de ensaios clínicos randomizados. Métodos de comparação indiretas como matching-adjusted indirect comparisons, simulated treatment comparisons e análise de decisão multicritério foram aplicados para lidar com a incerteza e a ausência de comparações diretas robustas. Os desfechos incluíram sobrevida global, qualidade de vida, funcionalidade e impacto sobre cuidadores. Nas avaliações de custo-efetividade, observaram-se limiares de anos de vida ajustados pela qualidade (QALY) mais flexíveis, associados a análises de impacto orçamentário, acordos de compartilhamento de risco e mecanismos de reembolso condicionado, evidenciando adaptação dos modelos econômicos às incertezas e à sustentabilidade financeira. **Conclusões:** Os resultados evidenciam um processo de adaptação dos modelos de ATS para DURs, caracterizado pela incorporação de abordagens mais flexíveis frente às limitações de evidência e à incerteza em relação a estas condições. Esses achados oferecem subsídios para o fortalecimento das políticas de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Doenças ultra-raras; Medicina Baseada em Evidências; Síntese de Evidência.

Referências:

1. Crooke ST. A call to arms against ultra-rare diseases. *Nat Biotechnol.* 2021;39(6):671-7. doi:10.1038/s41587-021-00945-0.
2. Domaradzki J, Walkowiak D. Ultra-rare ultra-care: assessing the impact of caring for children with ultra rare diseases. *Eur J Paediatr Neurol.* 2024;48:78-84. doi:10.1016/j.ejpn.2023.12.003.
3. Harari S, Humbert M. Ultra-rare disease: an European perspective. *Eur Respir Rev.* 2020;29(156):200195. doi:10.1183/16000617.0195-2020.

Avaliação dos Critérios de Monitoramento de Lesão Hepática Induzida por Medicamentos (Dili) em Protocolos de Pesquisa Clínica, em um Hospital de Referência em Salvador - BA.

Autores: Thais Rejane Matos Santos¹ <https://orcid.org/0009-0002-4205-2207>, Lucia de Araujo Noblat¹

Instituição: ¹Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com objetivo): A lesão hepática induzida por medicamentos (DILI) refere-se a um espectro clínico que vai desde alterações leves nas enzimas hepáticas até quadros graves de insuficiência hepática aguda. Cerca de 50% dos fármacos que ingressam em estudos clínicos de fase inicial não avançam para as fases II ou III, devido à toxicidade hepática. A ausência de consenso sobre como avaliar e gerenciar esses sinais de lesão hepática nos estudos clínicos, resulta em abordagens variadas nos protocolos de pesquisa. O objetivo deste estudo é revisar os parâmetros utilizados na avaliação de DILI em protocolos clínicos implementados entre 2018 e 2024, em um Núcleo de Ensaios Clínicos da Bahia. **Material e Método:** Trata-se de um estudo observacional, com coleta de dados retrospectivos dos protocolos clínicos, no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) do NECBA (Núcleo de Ensaios Clínicos da Bahia) um centro de referência em pesquisa clínica no estado da Bahia, composto por uma equipe multidisciplinar, que atende protocolos clínicos multicêntricos, com rigor técnico e qualificação. A população-alvo do estudo foram todos os investigadores principais que atuaram como responsáveis por protocolos clínicos no núcleo de ensaios clínicos durante o período definido de 2018-2024. Foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelos protocolos de estudos clínicos desta dissertação. Foi utilizado um formulário estruturado, conforme as diretrizes utilizadas pelas agências reguladoras internacionais. As variáveis incluídas no instrumento de coleta de dados foram definidas com base nas diretrizes internacionais de Boas Práticas Clínicas, farmacovigilância, requisitos regulatórios de segurança clínica estabelecidos pelo FDA e pelos Regulamentos sob supervisão da European Medicines Agency, além de diretrizes clínicas da agência reguladora nacional. **Resultados:** A análise revelou deficiências no monitoramento e diagnóstico de DILI, cerca de um terço dos protocolos omitiu marcadores bioquímicos essenciais, como ALT, AST, bilirrubina e fosfatase alcalina, em desacordo com as diretrizes estabelecidas por órgãos reguladores internacionais. Houve também, baixa utilização de algoritmos validados (RUCAM) e ausência de padronização para causalidade de DILI (alguns utilizavam apenas opinião de especialistas e/ou algoritmos), além da falta de critérios transparentes para a interrupção dos estudos. A Lei de Hy que é considerada referência crítica para triagem de hepatotoxicidade medicamentosa, foi mencionada em apenas 33,3% dos documentos. Portanto, recomenda-se alinhamento com diretrizes internacionais e a incorporação de normas técnicas para o diagnóstico de DILI nos ensaios clínicos nacionais, visando à segurança dos participantes e à credibilidade científica dos ensaios clínicos no país. **Conclusões:** Os resultados sugerem que, apesar do crescimento quantitativo das atividades de pesquisa clínica, persiste heterogeneidade significativa nos critérios de monitoramento e manejo de DILI. A ausência de referências normativas claras e de manuais operacionais específicos exige a reprodutibilidade diagnóstica e a robustez metodológica dos protocolos clínicos. A predominância da avaliação clínica não sistematizada, desacompanhada de algoritmos estruturados de causalidade, reforça essa lacuna científica. Portanto, o avanço nessas dimensões é fundamental para aprimorar a segurança dos participantes, elevar a qualidade científica dos estudos e fortalecer a atualização da pesquisa clínica nacional.

Palavras-chave: Lesão Hepática induzida por medicamentos (DILI); Ensaios Clínicos; Fenótipos de DILI e Protocolos Clínicos.

Referências:

1. Lopes LFO, Heringer TP, Estrela-Lima A, Moreira-Silva SF, Turchi MD. Strengthening research networks: perspectives of a clinical research network in Brazil. *PLoS One*. 2024;19(6):e0307817. doi:10.1371/journal.pone.0307817.
2. Hey-Hadavi J, Seekins D, Palmer M, et al. Overview of causality assessment for drug-induced liver injury (DILI) in clinical trials. *Drug Saf*. 2021;44(6):619-34. doi:10.1007/s40264-021-01051-5.
3. Atallah E, Freixo C, Alvarez-Alvarez I, Cubero FJ, Gerbes AL, Kullak-Ublick GA, et al. Biomarkers of idiosyncratic drug-induced liver injury (DILI): a systematic review. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2021;17(11):1327-43. doi:10.1080/17425255.2021.1999410.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines: drug-induced liver injury. *J Hepatol*. 2019;70(6):1222-61. doi:10.1016/j.jhep.2019.02.014.
5. Andrade RJ, Lucena MI, Fernández MC, et al. Outcome of acute idiosyncratic drug-induced liver injury: long-term follow-up in a hepatotoxicity registry. *Hepatology*. 2006;44(6):1581-8. doi:10.1002/hep.21424.
6. Andrade RJ, Chalasani N, Björnsson ES, et al. Drug-induced liver injury. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):58. doi:10.1038/s41572-019-0105-0.
7. Andrade RJ, Lucena MI, Fernández MC, et al. Drug-induced liver injury: an analysis of 461 incidences submitted to the Spanish registry over a 10-year period. *Gastroenterology*. 2005;129(2):512-21. doi:10.1016/j.gastro.2005.05.006.
8. Aithal GP, Rawlins MD, Day CP. Clinical diagnostic scale: a useful tool in the evaluation of suspected hepatotoxic adverse drug reactions. *J Hepatol*. 2000;33(6):949-52. doi:10.1016/S0168-8278(00)80127-0.

9. Avigan MI, et al. Liver safety assessment: required data elements and best practices for data collection and standardization in clinical trials. *Drug Saf.* 2014;37(Suppl 1):S19-31. doi:10.1007/s40264-014-0183-6.
10. Bell LN, Chalasani N. Epidemiology of idiosyncratic drug-induced liver injury. *Semin Liver Dis.* 2009;29(4):337-47. doi:10.1055/s-0029-1240002.
11. Björnsson ES, Aithal GP, Andrade RJ, et al. A new framework for advancing in drug-induced liver injury research: the prospective European DILI registry. *Liver Int.* 2023;43(1):115-26. doi:10.1111/liv.15378.
12. Björnsson HK, Björnsson ES. Drug-induced liver injury: pathogenesis, epidemiology, clinical features, and practical management. *Eur J Intern Med.* 2022;97:26-31. doi:10.1016/j.ejim.2021.10.035.
13. Blomme EA, Yang Y, Waring JF. Use of toxicogenomics to understand mechanisms of drug-induced hepatotoxicity during drug discovery and development. *Toxicol Lett.* 2009;186(1):22-31. doi:10.1016/j.toxlet.2008.09.017.
14. Chan R, Benet LZ. Evaluation of DILI predictive hypotheses in early drug development. *Chem Res Toxicol.* 2017;30(4):1017-29. doi:10.1021/acs.chemrestox.7b00025.
15. Chalasani N, Bonkovsky HL, Fontana R, et al. Features and outcomes of 899 patients with drug-induced liver injury: the DILIN prospective study. *Gastroenterology.* 2015;148(7):1340-52.e7. doi:10.1053/j.gastro.2015.03.006.
16. Church RJ, Watkins PB. In silico modeling to optimize interpretation of liver safety biomarkers in clinical trials. *Exp Biol Med (Maywood).* 2018;243(3):300-7. doi:10.1177/1535370217740853.
17. Danan G, Teschke R. RUCAM in drug and herb induced liver injury: the update. *Int J Mol Sci.* 2016;17(1):14. doi:10.3390/ijms17010014.
18. Fisher K, Vuppalanchi R, Saxena R. Drug-induced liver injury. *Arch Pathol Lab Med.* 2015;139(7):876-87. doi:10.5858/arpa.2014-0214-RA.
19. Fontana RJ, Hayashi PH, Gu J, et al. The evolving profile of idiosyncratic drug-induced liver injury. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21(8):2088-99. doi:10.1016/j.cgh.2022.12.040.
20. Hassan A, Fontana RJ. The diagnosis and management of idiosyncratic drug-induced liver injury. *Liver Int.* 2019;39(1):31-41. doi:10.1111/liv.13931.
21. Kaplowitz N. Idiosyncratic drug hepatotoxicity. *Nat Rev Drug Discov.* 2005;4(6):489-99. doi:10.1038/nrd1750.
22. Larrey D. Epidemiology and individual susceptibility to adverse drug reactions affecting the liver. *Semin Liver Dis.* 2002;22(2):145-55. doi:10.1055/s-2002-30105.
23. McGill MR, Jaeschke H. Biomarkers of drug-induced liver injury. *Adv Pharmacol.* 2019;85:221-39. doi:10.1016/bs.apha.2019.02.001.
24. United States. Food and Drug Administration. Guidance for industry: drug-induced liver injury: premarketing clinical evaluation [Internet]. Silver Spring (MD): FDA; [cited 2026 Jan 25]. Available from: <https://www.fda.gov/downloads/guidances/UCM174090.pdf>
25. Watkins PB, Seligman PJ, Pears JS, Avigan MI, Senior JR. Using controlled clinical trials to learn more about acute drug-induced liver injury. *Hepatology.* 2008;48(5):1680-9. doi:10.1002/hep.22633.

Conexão Pneumo: ampliação do acesso à espirometria e capacitação profissional em municípios da região sul do Brasil

Autores: Agnes Nogueira Gossenheimer¹ <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>, Edson V. F. Fauth¹ <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>, Carla R. Cruz² <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>, Fernanda Roseira de Oliveira², Alexandra Mariano Fidêncio² <https://orcid.org/0009-0004-3586-9408>, Ismael Pretto Sauter² <https://orcid.org/0000-0002-5824-445X>, Isabella Sonoda Laba² <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>, Wender Aparecido Oliveira² <https://orcid.org/0009-0008-2800-7382>

Instituições: ¹Chiesi Farmacêutica – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Chiesi Farmacêutica – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): As doenças respiratórias crônicas, como DPOC e asma, representam importante carga para o sistema de saúde. A espirometria é considerada o exame padrão-ouro para o diagnóstico, estratificação de gravidade e monitoramento dessas doenças, sendo recomendada por diretrizes nacionais e internacionais. No entanto, seu acesso na rede pública brasileira ainda é limitado. Estudos nacionais indicam que menos de um terço dos indivíduos com suspeita de DPOC já realizou um teste de função pulmonar, reflexo da escassez de serviços, da concentração do exame em grandes centros urbanos, da dependência do atendimento especializado e da insuficiente capacitação de profissionais nos níveis primário e secundário de atenção. Esse cenário resulta em filas de espera prolongadas, que em alguns municípios chegaram a se acumular por anos, atrasando o diagnóstico e o início do tratamento adequado. Entretanto, barreiras estruturais e de qualificação profissional ainda limitam o acesso a esse exame na rede pública. **Objetivo:** Descrever os resultados de um projeto voltado à ampliação do acesso à espirometria e à capacitação de profissionais de saúde em municípios da Região Sul do Brasil, com atendimentos realizados integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Material e Método:** Estudo descritivo das ações desenvolvidas pelo projeto Conexão Pneumo, implementado em quatro municípios da Região Sul do Brasil (Porto Alegre, Campo Magro, Estância Velha e Rolante). Foram analisados indicadores relacionados ao número de espirometrias realizadas, à capacitação de profissionais de saúde, aos treinamentos ofertados e aos aspectos operacionais do serviço, com todas as atividades executadas integralmente no âmbito da rede pública de saúde. **Resultados:** Foram realizadas 1.000 espirometrias no período, distribuídas entre Porto Alegre (480; 48,0%), Campo Magro (358; 35,8%) e Estância Velha (162; 16,2%). Um total de 655 profissionais de saúde foi capacitado, sendo 600 em Porto Alegre, 20 em Campo Magro, 20 em Rolante e 15 em Estância Velha. A equipe técnica foi composta por uma técnica em espirometria certificada e dois médicos pneumologistas responsáveis pelos laudos. Em Campo Magro, foi implementado um programa de educação continuada com 12 encontros mensais ao longo de um ano, além de suporte técnico contínuo para discussão de casos clínicos e interpretação de exames. O tempo médio de realização das espirometrias variou entre 15 e 20 minutos. Não foram realizadas campanhas ou mutirões adicionais. A avaliação de satisfação dos participantes está em andamento por meio de pesquisa NPS. **Conclusões:** O projeto demonstrou viabilidade operacional e impacto positivo na ampliação do acesso à espirometria na rede pública de saúde, além de contribuir para a qualificação de profissionais envolvidos no cuidado às doenças respiratórias crônicas. A associação entre oferta do exame, estratégias de educação continuada e suporte técnico especializado mostrou-se fundamental para fortalecer os serviços locais, reduzir barreiras assistenciais e favorecer o diagnóstico mais oportuno. Iniciativas desse tipo têm potencial para qualificar o manejo clínico da asma e da DPOC e apoiar a organização da linha de cuidado no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Espirometria; Doenças respiratórias crônicas; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2026 [cited 2026 Apr 30]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2026.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2026 report [Internet]. Fontana (WI): GOLD; 2026 [cited 2026 Apr 30]. Available from: <https://goldcopd.org>
4. Corrêa RA, Mancuzo EV, Rezende CF, Ribeiro ALP. Ampliação do acesso dos pacientes à espirometria no Sistema Único de Saúde do Brasil: não mais um sonho, mas uma quase realidade. J Bras Pneumol. 2023;49(6):e20230384. doi:10.36416/1806-3756/e20230384.

Construção da Carteira de Serviços de Cuidado Farmacêutico no Distrito Federal: relato de experiência.

Autores: Nicole Menezes de Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-9372-7385>, Nathasha Stella Reis¹ <https://orcid.org/0000-0003-0374-9503>, Vanessa Barros Freire¹ <https://orcid.org/0009-0008-0556-5875>, Gabriel Gonçalves Okamoto¹ <https://orcid.org/0000-0002-0707-3128>, Hugo Carvalho Barros Gonçalves¹ <https://orcid.org/0000-0001-6838-8150>, Rodrigo Souza Silva Valle dos Reis¹ <https://orcid.org/0009-0001-4747-5842>, Danielle Alves de Melo Melo¹ <https://orcid.org/0000-0002-4917-9895>, Isabella Rodrigues Sconetto¹ <https://orcid.org/0009-0002-0644-7551>

Instituição: ¹Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com o objetivo): O cuidado farmacêutico tem como finalidade promover o uso racional de medicamentos e otimizar os resultados terapêuticos, sendo um modelo de prática profissional centrado no paciente. Essa abordagem contribui para a melhoria de desfechos clínicos, humanísticos e econômicos, incluindo ganhos em custo-efetividade das terapias. Para assegurar a efetividade e a segurança da farmacoterapia, é fundamental que os serviços farmacêuticos estejam estruturados e integrados à rede de atenção à saúde. Nesse cenário, a ausência de padronização das práticas de cuidado farmacêutico representa um desafio para sua implementação, monitoramento e avaliação nos serviços de saúde¹². Este trabalho tem como objetivo descrever o processo de construção da Carteira de Serviços de Cuidado Farmacêutico nos três níveis de atenção, no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Descrição:** Material e Métodos: Relato de experiência conduzido por câmara técnica institucional, com representantes das unidades de saúde, abrangendo os três níveis de atenção e a gestão, ao longo de 2024 e 2025. As etapas do processo incluíram levantamento de referenciais nacionais, revisão e harmonização conceitual, discussão em câmara técnica, validação por consenso e articulação intersetorial. Os serviços foram estruturados com a definição de conceitos, atividades, pré-requisitos e diretrizes para organização dos serviços. Resultados: Foram estruturados 19 serviços de cuidado farmacêutico, contemplando ações clínicas, técnico-assistenciais e de gestão. Houve padronização dos conceitos, definição de 131 atividades essenciais e complementares, além da organização de serviços pré-requisitos para outros, de forma a atender os diferentes níveis de atenção. A Carteira de Serviços foi definida institucionalmente, submetida à consulta pública, aprovada em colegiado interno e publicada pela SES-DF em agosto de 2025, instituindo instrumento orientador para qualificação e ampliação do cuidado farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal. **Conclusão:** A construção da Carteira de Serviços representa avanço na organização e padronização do cuidado farmacêutico no DF. Contribui para a integração do cuidado farmacêutico às práticas assistenciais, fortalecendo-o no Sistema Único de Saúde (SUS) e promovendo maior eficiência na utilização dos recursos em saúde. Sua construção está alinhada aos principais instrumentos oficiais de planejamento da SES-DF, incorporando ações da Política Distrital de Assistência Farmacêutica e as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico.

Palavras-chave: Cuidado farmacêutico; Gestão em saúde; Padronização; Serviços de saúde; SUS.

Referências:

1. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev Bras Cienc Farm. 2006;42(1):137-46.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do cuidado farmacêutico na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.

Custo-Utilidade do Monitoramento Contínuo de Glicose com o Sistema FreeStyle Libre 2 em Comparação ao Monitoramento Padrão por Glicemia Capilar em Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 no SUS

Autores: Rodrigo Pereira de Almeida¹ <https://orcid.org/0000-0003-4741-3681>, Laura Chabrol Haas², Jellin Zambon³, Fleur Levrat-Guillen⁴ <https://orcid.org/0000-0002-8774-1105>

Instituições: ¹Inova Evidência em Saúde e Acesso a Mercado LTDA (Inova HTA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Abbott GmbH – Wiesbaden – Alemanha, ³Abbott Laboratórios do Brasil LTDA – São Paulo – São Paulo – Brasil, ⁴Abbott Laboratories Ltd – Reino Unido

Introdução (com objetivo): O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) impõe elevada carga clínica e econômica aos sistemas de saúde, decorrente da incidência de complicações crônicas e eventos glicêmicos agudos. No Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o automonitoramento da glicemia capilar (SMBG) baseia-se em testes pontuais, limitando a detecção da variabilidade glicêmica e de episódios assintomáticos. Os sistemas de monitoramento contínuo de glicose (CGM), como o sistema FreeStyle Libre 2 (FSL2), oferecem uma avaliação mais abrangente dos padrões glicêmicos e têm sido associados a melhor controle glicêmico, menor ocorrência de eventos de hipoglicemia e maior engajamento de pessoas com DM1. O objetivo do trabalho foi estimar a razão de custo-utilidade incremental (RCUI) do sistema FSL2 versus SMBG em pessoas com DM1, sob a perspectiva do SUS. **Material e Método:** Um modelo de microsimulação individual validado (DEDUCE) estimou os custos diretos ao longo da vida (em reais brasileiros, 2025) e os anos de vida ajustados pela qualidade (AVAQ) em uma coorte hipotética de 1.000 pessoas com DM1 e controle glicêmico inadequado ($HbA1c \geq 7\%$). O modelo foi adaptado à perspectiva do SUS e incorporou equações de risco específicas para DM1 do Sheffield Type 1 Diabetes Model, considerando um horizonte temporal de 50 anos. A coorte apresentou idade média de 34,1 ($\pm 19,9$) anos, duração média da doença de 15,5 ($\pm 9,3$) anos e $HbA1c$ basal de 9,0% ($\pm 2,1\%$). Os principais parâmetros incluíram taxas basais de hipoglicemia não grave (67,6 eventos/pessoa-ano), hipoglicemia grave (0,047) e cetoacidose diabética (0,044), obtidas da literatura. A efetividade foi baseada em reduções absolutas de $HbA1c$ ($-0,13\%$ a $-1,24\%$, dependendo do valor basal), derivadas de uma metarregressão. Os custos foram estimados por meio de microcusteio das complicações e dos custos de aquisição. Para o FSL2, assumiu-se o uso anual de 24,35 sensores (substituição a cada 15 dias), com fornecimento do leitor sem custo. Para o SMBG, o uso médio foi de 3,7 tiras reagentes e lancetas por dia. Os valores de utilidade e as desutilidades associadas às complicações foram obtidos de fontes brasileiras ou adaptados da literatura internacional. Aplicou-se uma taxa de desconto de 5% para custos e desfechos, com um limiar de custo-efetividade de R\$40.000/AVAQ. A robustez do modelo foi avaliada por análises de sensibilidade determinísticas univariadas e probabilísticas, estas últimas com 200 simulações de Monte Carlo de segunda ordem. **Resultados:** O custo total foi R\$367.665 para o sistema FSL2 e R\$343.601 para o SMBG, com custo incremental de R\$24.064. A sobrevida média descontada foi de 12,52 e 12,04 anos, respectivamente. O sistema FSL2 gerou 6,59 AVAQ versus 5,49 AVAQ com o SMBG, correspondendo a um ganho incremental de 1,10 AVAQ. A RCUI estimada foi de R\$21.934/AVAQ, indicando custo-efetividade no SUS. As análises de sensibilidade identificaram a $HbA1c$ basal, a redução da $HbA1c$ e a desutilidade associada à hipoglicemia como os principais determinantes, com RCUIs variando de R\$6.369,83 a R\$39.014,09 por AVAQ. A análise probabilística mostrou uma RCUI mediana de R\$24.229 por AVAQ, com 91% das simulações abaixo do limiar de custo-efetividade, incluindo 10% de cenários dominantes. **Conclusões:** No limiar de disposição a pagar adotado, o sistema FSL2 é custo-efetivo para o SUS, apoiando sua incorporação como uma tecnologia baseada em valor, capaz de melhorar a qualidade do cuidado e sustentar o controle glicêmico intensivo.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 1; FreeStyle Libre; Monitoramento contínuo de glicose; Análise de Custo-Efetividade.

Referências:

1. Szafranski K, De Pouvourville G, Greenberg D, Harris S, Jendle J, Shaw JE, et al. The Determination of Diabetes Utilities, Costs, and Effects Model: a cost-utility tool using patient-level microsimulation to evaluate sensor-based glucose monitoring systems in type 1 and type 2 diabetes: comparative validation. *Value Health*. 2024;27(4):500-507.
2. Thokala P, Kruger J, Brennan A, Basarir H, Duenas A, Pandor A, Gillett M, Elliott J, Heller S. Assessing the cost-effectiveness of type 1 diabetes interventions: the Sheffield type 1 diabetes policy model. *Diabet Med*. 2014;31(4):477-486. doi:10.1111/dme.12371.
3. Harris S, Cimino S, Nguyen Y, Szafranski K, Poon Y. Cost-effectiveness of FreeStyle Libre for glucose self-management among people with diabetes mellitus: a Canadian private payer perspective. *Diabetes Ther*. 2025;16(2):169-186. doi:10.1007/s13300-024-01677-5.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica em saúde [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Qualidade de vida em análises econômicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.

Custos Indiretos e Impacto sobre o Cuidador de Crianças com Fibrose Cística na Primeira Infância: estudo transversal

Autores: Verônica Stasiak Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-9528-9374>, Vinícius Bednarczuk Oliveira² <https://orcid.org/0000-0001-7821-7742>, Marise Basso Amaral³ <https://orcid.org/0000-0002-6259-7194>, Marilis Dallarmi Miguel⁴ <https://orcid.org/0000-0002-1126-9211>

Instituições: ¹Instituto Unidos pela Vida – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Supera Consultoria – Curitiba – Paraná – Brasil, ³Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil, ⁴Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com objetivo): A fibrose cística (FC) é uma doença genética rara, grave, progressiva e sem cura, que exige cuidados intensivos desde os primeiros anos de vida(1,2). Na primeira infância, a responsabilidade recai predominantemente sobre os cuidadores, com impacto direto sobre sua capacidade produtiva e financeira(3). Estudos sobre custos indiretos nessa população ainda são escassos no Brasil, desta forma, o objetivo deste estudo foi estimar os custos indiretos associados ao cuidado de crianças com fibrose cística na primeira infância, a partir da perspectiva do cuidador, caracterizando o tempo dedicado ao cuidado, o impacto sobre a inserção no mercado de trabalho e os gastos diretos com saúde não cobertos pelo SUS. **Material e Método:** Estudo transversal descritivo com dados primários coletados por survey estruturado aplicado a cuidadores de crianças com FC na primeira infância (até 5 anos). Foram avaliados perfil sociodemográfico, situação de emprego, renda familiar, tempo diário de cuidado direto, frequência e duração da fisioterapia respiratória, logística de acesso ao centro de referência (distância, tempo de deslocamento e permanência), acesso a medicamentos e suplementos, e gastos mensais com itens não fornecidos pelo SUS. Os dados foram analisados por estatística descritiva. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob n. 7.879.811. **Resultados:** Foram incluídos 83 respondentes, sendo 89% mães, com idade média de 34 anos. As crianças tinham até 2 anos em 39% dos casos e entre 2 e 5 anos em 61%. A renda familiar média foi de R\$4.742/mês. Destaca-se que 57% dos cuidadores não estavam trabalhando, em consonância com a carga de cuidado identificada: 3h45min de cuidado direto diário (~26h/semana), fisioterapia respiratória com frequência média de 4 vezes por semana e duração de 35 minutos por sessão (~9h/mês). O acesso ao centro de referência ocorreu a cada 66 dias, com distância média de 113 km, tempo de deslocamento de 3 horas (somente ida) e permanência média de 3h48min por visita. Quanto ao acesso a medicamentos, 55% utilizavam exclusivamente o SUS e 24% combinavam SUS e plano de saúde; 52% das crianças possuíam plano. O gasto médio mensal com medicamentos, suplementos e dispositivos não fornecidos foi de R\$445; 22% dos cuidadores pagavam fisioterapia privada, com custo médio de R\$680/mês, representando até 12,5% da renda familiar. **Conclusões:** O cuidado de crianças com FC na primeira infância impõe elevada carga aos cuidadores, com impacto direto na participação no mercado de trabalho e geração de custos não cobertos pelo sistema público. A magnitude do tempo dedicado e dos gastos observados evidencia lacunas na integralidade do cuidado e reforça a necessidade de estratégias estruturadas de suporte aos cuidadores, incluindo ampliação do acesso e organização da rede assistencial no SUS.

Palavras-chave: Mucoviscidose; Custos de Cuidados de Saúde; Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde.

Referências:

1. Butnariu LI, Țarcă E, Cojocaru E, Rusu C, Moisă ȘM, Leon Constantin MM, et al. Genetic modifying factors of cystic fibrosis phenotype: a challenge for modern medicine. *J Clin Med*. 2021;10(24):5821. doi:10.3390/jcm10245821.
2. Elborn JS. Cystic fibrosis. *Lancet*. 2016;388(10059):2519-2531. doi:10.1016/S0140-6736(16)00576-6.
3. Chowdhury S, Cubi-Molla P, Mott D. Effect of caregiver burden on the quality of life of informal caregivers of people with cystic fibrosis in the United Kingdom: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2025;34(10):2995-3006. doi:10.1007/s11136-025-04021-x.

Descrição Comparativa dos Limiares de Impacto Orçamentário na Tomada de Decisão em ATS

Autores: Julia Lima¹ <https://orcid.org/0000-0003-2454-3256>, Bruna Leticia Webler¹ <https://orcid.org/0000-0002-1453-7728>, Lucas Moreira Fagotti¹ <https://orcid.org/0009-0006-6412-213X>, Walter Claudino Pires de Souza¹ <https://orcid.org/0000-0001-7567-7460>, Matheus Carvalho¹, Juliana Yukari Kodaira Viscondi¹ <https://orcid.org/0000-0003-2641-0887>, Aline Frossard Ribeiro Bortoluzzi¹ <https://orcid.org/0009-0004-2631-7302>

Instituição: ¹IQVIA Solutions – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) tradicionalmente se baseia em análises de custo-efetividade; entretanto, o impacto orçamentário tem emergido como um critério complementar relevante, especialmente considerando a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi descrever como limiares de impacto orçamentário são utilizados nos processos decisórios de ATS e comparar seus papéis e implicações em diferentes agências. **Material e Método:** Realizou-se uma revisão narrativa de diretrizes metodológicas, documentos institucionais e literatura científica publicados até janeiro de 2026. Os documentos foram analisados quanto à presença de limiares explícitos ou implícitos, seus valores quando disponíveis e sua implicação no processo de avaliação e tomada de decisão. **Resultados:** A análise identificou heterogeneidade substancial entre países quanto à adoção e ao papel de limiares explícitos de impacto orçamentário nos processos de avaliação de tecnologias em saúde (1). Na Inglaterra, o NICE, em articulação com o NHS England, adota o Budget Impact Test como instrumento vinculado à implementação das recomendações, prevendo engajamento em discussões comerciais e possível variação no prazo de financiamento quando o impacto orçamentário líquido estimado excede £20 milhões por ano nos três primeiros anos (2,3), limiar posteriormente atualizado para £40 milhões anuais no mesmo horizonte temporal (1,3). Na Austrália, o processo decisório do Pharmaceutical Benefits Scheme incorpora um ponto de corte administrativo: tecnologias com impacto financeiro anual estimado de até AUD 20 milhões podem ser aprovadas diretamente pelo Ministro da Saúde, enquanto aquelas acima desse valor requerem apreciação pelo Cabinet, configurando um mecanismo formal de governança orçamentária (4,5). Nos Estados Unidos, o Institute for Clinical and Economic Review utiliza um “potential budget impact threshold” como referência analítica em seus relatórios de valor (6). Em 2025, esse limiar anual foi atualizado de US\$ 880 milhões para US\$ 821 milhões (6), sendo também relatado o uso do patamar de US\$ 735 milhões em avaliações específicas, com finalidade indicativa de risco de impacto sobre acessibilidade e sustentabilidade, sem caráter regulatório vinculante (7,8). No Canadá, não foram identificadas regras decisórias formais amplamente adotadas que estabeleçam limiar numérico de impacto orçamentário. Contudo, evidências da literatura indicam a existência de propostas e recomendações não formalizadas, sugerindo valores entre CA\$ 20 e 40 milhões para caracterização de alto impacto orçamentário (9). No Brasil, embora a CONITEC disponha de diretriz metodológica específica para a realização de Análises de Impacto Orçamentário, não foi identificada a adoção de um limiar numérico explícito nos processos decisórios (10). **Conclusões:** Os limiares de impacto orçamentário não são utilizados, na maioria dos casos, como critérios decisórios rígidos, mas sim como instrumentos de gestão, priorização e negociação. Sua aplicação reflete diferenças institucionais, regulatórias e de financiamento entre sistemas de saúde, evidenciando que o impacto orçamentário desempenha um papel complementar à custo-efetividade na ATS.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Impacto Orçamentário; Tomada de decisão; Políticas de saúde.

Referências:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Guide to the processes of technology appraisal (PMG19): varying the funding requirement to take account of net budget impact. London: NICE.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Procedure for varying the funding requirement to take account of net budget impact. London: NICE.
3. NHS England. Budget impact test threshold consultation: summary of response. London: NHS England.
4. Australian Government. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS): Minister for Health and Aged Care – Cabinet threshold for listings. Canberra: Australian Government.
5. Medicines Australia. Government congratulated on new Cabinet threshold. Canberra: Medicines Australia.
6. Institute for Clinical and Economic Review (ICER). Value Assessment Framework. Boston (MA): ICER.
7. Institute for Clinical and Economic Review (ICER). ICER issues access and affordability alert for ensifentrine. Boston (MA): ICER.
8. FirstWord Pharma. ICER finds Vertex's non-opioid pain drug exceeds potential budget impact threshold. FirstWord Pharma.
9. Pichon-Riviere A, Augustovski F, García Martí S, et al. Affordability decision rules for health systems: a systematic review. *Lancet Glob Health*. [ano, volume e páginas não informados].
10. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Diretriz metodológica: análise de impacto orçamentário: manual para o sistema de saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde.

Desenvolvimento de Manual para Preparo e Administração de Medicamentos Injetáveis na Atenção Primária à Saúde

Autores: Taís da Gama Rez¹ <https://orcid.org/0009-0005-5166-8849>, Karin Hepp Schwambach² <https://orcid.org/0000-0003-3271-2566>

Instituições: ¹Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com o objetivo): A administração de medicamentos é um dos pilares fundamentais da prática clínica, sendo os erros de medicação uma das principais causas de eventos adversos evitáveis ¹. A segurança e a eficácia na administração de fármacos dependem não apenas do conhecimento técnico dos profissionais de saúde, mas também de diretrizes e normas internacionais, que sustentam e fornecem as bases para a prática segura, assim como protocolos bem estabelecidos no local de atuação e integração multidisciplinar da equipe ^{2 3}. A segurança no uso de medicamentos tem ganhado destaque como um tema relevante, não só no ambiente hospitalar, mas também na atenção primária à saúde (APS). No entanto, ainda há uma carência de estudos focados nesse nível de atenção, o que reforça a importância de promover o conhecimento sobre os riscos relacionados, com o intuito de divulgar intervenções sobre práticas seguras e eficientes sobre o processo de medicação na APS ⁴. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo elaborar um manual de apoio para o preparo e administração segura de medicamentos injetáveis de uso ambulatorial e emergencial na APS visando a segurança do paciente. **Descrição:** Trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional, baseado em pesquisa aplicada. O material foi construído a partir dos medicamentos injetáveis padronizados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de 2025 do município de Porto Alegre ⁵. Para sua elaboração, realizou-se revisão de literatura em artigos científicos e livros de farmacologia, além da consulta a bases de dados, como Micromedex e UpToDate, bulas de medicamentos, protocolos institucionais e materiais técnicos de serviços de saúde e instituições de ensino. Como resultado, foi desenvolvido um manual detalhado e uma tabela com as informações mais importantes para acesso rápido. Os materiais contemplaram informações sobre registro seguro em sistemas informatizados, segurança do paciente, medicamentos potencialmente perigosos, possíveis complicações relacionadas à infusão de medicamentos e aspectos de farmacovigilância. Além disso, foram adicionadas informações detalhadas de cada medicamento como: via de administração, reconstituição, diluentes, efeitos adversos esperados, observações como contraindicações relevantes, concentrações máximas e cuidados pertinentes referente a administração do medicamento bem como manejo de efeitos adversos. **Conclusão:** A elaboração deste manual mostrou-se uma iniciativa relevante e necessária, pela ausência de protocolos e manuais similares em APS, e também, pela ausência do profissional farmacêutico em algumas Unidades de Saúde, contribuindo para a redução de erros de medicação e para a consolidação de práticas seguras na rede de atenção primária.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Segurança do Paciente; Erros de Medicação; Uso Racional de Medicamentos.

Referências:

1. World Health Organization (WHO). Medication without harm: global patient safety challenge on medication safety. Geneva: WHO; 2017.
2. International Pharmaceutical Federation (FIP). Segurança do paciente: medicação sem danos – o papel do farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2021. 146 p.
3. Pinheiro TS, et al. Administração de medicamentos em um serviço de emergência: ações realizadas e desafios para práticas seguras. *Enferm Foco*. 2020;10(4):174-180.
4. Santos ACS, et al. Erros e incidentes de medicação na atenção primária: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude*. 2021;20:e42645.
5. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. REMUME – Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais – 2025 [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2025 [cited 2025 Feb 13]. Available from: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/cartadeservicos/REMUME%20-%20Rela%C3%A7%C3%A3o%20Municipal%20dos%20Medicamentos%20Essenciais%20-%202025%5B1%5D.pdf

Determinantes da incorporação de tecnologias para doenças raras na Conitec: análise das justificativas e reversões decisórias (2023–2025)

Autores: Vinícius Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-7821-7742>, Verônica Stasiak Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-9528-9374>

Instituição: ¹Supera Consultoria – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com objetivo): A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) para doenças raras apresenta desafios metodológicos e decisórios específicos, especialmente devido à escassez de evidências clínicas robustas, ao alto custo das tecnologias e à pressão de múltiplos stakeholders(1,2). No Brasil, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) é responsável pelas recomendações de incorporação, com base em relatórios técnicos submetidos ao plenário(3). Compreender os padrões que determinam a incorporação ou não dessas tecnologias é fundamental para subsidiar estratégias de acesso e aprimorar o processo decisório. Analisar as justificativas de incorporação e não incorporação de tecnologias para doenças raras avaliadas pela Conitec entre 2023 e 2025, identificando fatores associados ao resultado final e à mudança de recomendação entre o parecer técnico inicial e a deliberação do plenário. **Material e Método:** Estudo descritivo-exploratório com base em dados secundários. As recomendações foram obtidas no site da Conitec. As tecnologias foram classificadas como relacionadas a doenças raras ou cânceres raros conforme OMS que preconiza 65 pessoas a cada 100.000 habitantes. Para cada tecnologia elegível, os relatórios de recomendação foram analisados e categorizados quanto à recomendação inicial e final, área terapêutica, tipo de tecnologia, justificativas apresentadas, presença de desconto, impacto orçamentário e tempo de avaliação. Os dados foram organizados em banco estruturado e analisados por estatística descritiva. Resultados: Foram identificadas 49 tecnologias para doenças raras avaliadas no período, todas de origem externa e predominantemente medicamentos. A taxa de incorporação foi de 40,8% (n=20). Neurologia concentrou 91% das não incorporações em sua área (10/11), enquanto Hematologia apresentou distribuição equilibrada (7 incorporados/7 não incorporados). Observou-se mudança de recomendação em 34,7% dos casos (17/49), todos partindo de parecer técnico inicial desfavorável para decisão final favorável, não houve reversão no sentido oposto. As principais justificativas finais para não incorporação foram: razão de custo-efetividade incremental (RCEI) elevada ou desfavorável (n=14), incertezas clínicas ou evidência insuficiente (n=12), limitações nas análises econômicas (n=8) e impacto orçamentário elevado (n=7). Nos casos incorporados, destacaram-se como justificativas: oferta de desconto ou redução de preço (n=11), necessidade médica não atendida (n=7), alinhamento com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (n=6) e melhora da eficiência econômica associada ao desconto (n=6). O desconto mediano foi de 40,5% nos casos incorporados e 48,9% nos não incorporados. O tempo mediano de avaliação foi de 308 dias, sem diferença relevante entre os grupos. Incorporações ocorreram majoritariamente por unanimidade (60%), enquanto não incorporações predominaram por maioria simples (69%). **Conclusões:** O processo decisório da Conitec para doenças raras é caracterizado por elevada taxa de reversão de recomendações técnicas iniciais e pela centralidade da negociação de preço como determinante da incorporação. Tecnologias inicialmente não recomendadas foram incorporadas em aproximadamente um terço dos casos, sobretudo após ajustes econômicos e reconhecimento de necessidade médica não atendida. Esses achados indicam limitações na previsibilidade do processo decisório e reforçam a necessidade de maior transparência e consistência nos critérios de ATS aplicados às doenças raras no SUS.

Palavras-chave: Doenças raras; Incorporação de tecnologias; Tomada de Decisão; Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

Referências:

1. Lima SGG, Brito CD, Andrade CJC. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. *Cien Saude Colet*. 2019;24(5):1709-1722. doi:10.1590/1413-81232018245.17582017.
2. Pereira VC, Barreto JOM, Neves FAR. Health technology reassessment in the Brazilian public health system: analysis of the current status. *PLoS One*. 2019;14(7):e0220131. doi:10.1371/journal.pone.0220131.
3. Pinheiro FS, Borges SS, Rodrigues F d'Athayde. Health technology assessment in the Brazilian National Health System: profile of CONITEC exclusion recommendations, 2012-2023. *Epidemiol Serv Saude*. 2024;33:e20240057. doi:10.1590/S2237-96222024v33e20240057.en.

Determinantes da Qualidade da Assistência Farmacêutica Municipal em Alagoas: um Relato de Experiência sobre o Monitoramento da Gestão

Autores: Maria Erivanda Castelo Meireles¹, <https://orcid.org/0000-0001-7902-7369>; Danielle Bezerra de Santana¹, <https://orcid.org/0000-0002-2912-3560>; Sávio Ricardo de Oliveira Silva¹, <https://orcid.org/0000-0002-0583-2813>; Gilberto Alexandre Barbosa Moura¹, <https://orcid.org/0009-0000-8826-3785>; Ivenis Raphael Cavalcante do Nascimento¹, <https://orcid.org/0000-0001-9142-9993>; Amanda Maria Paixão Soares¹, <https://orcid.org/0009-0000-1462-2490>; Natália da Silva Alves¹, <https://orcid.org/0000-0003-3876-0833>; Eulina Maria Ferreira Melo¹, <https://orcid.org/0009-0006-3099-6322>.

Instituição: ¹Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – Maceió – Alagoas – Brasil

Introdução (com o objetivo): A Assistência Farmacêutica (AF) no Sistema Único de Saúde (SUS) transcende a mera dimensão logística de aquisição e distribuição de medicamentos, configurando-se como uma política pública transversal e estratégica para a garantia do direito à saúde, pautada nos princípios da integralidade e da equidade (1). Nos últimos anos, a consolidação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e do pacto federativo delegou aos municípios responsabilidades primordiais pela gestão da AF, exigindo estruturas adequadas para assegurar o acesso e promover o Uso Racional de Medicamentos (URM) (2). Observa-se que a eficácia da AF municipal é frequentemente condicionada por determinantes estruturais básicos apontados pelas normativas federais, como a institucionalização de instâncias de decisão técnica baseadas em evidências científicas, notadamente as Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) (3), a adequação das condições sanitárias das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) (4) e a fixação de farmacêuticos na gestão. No estado de Alagoas, a heterogeneidade demográfica e estrutural dos municípios exige que a gestão estadual desenvolva o adequado monitoramento institucional como indispensável ferramenta de governança. O objetivo deste trabalho é refletir sobre como essas variáveis impactam a resolutividade do serviço, fornecendo subsídios técnicos e estratégicos para o aprimoramento da rede assistencial do SUS em Alagoas. **Descrição:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva e abordagem quanti-qualitativa, estruturado sob a forma de relato de experiência sobre o monitoramento institucional e avaliação em saúde. A observação contemplou dois cortes transversais distintos, referentes aos exercícios de gestão de 2023 e 2025, permitindo um acompanhamento comparativo da evolução dos serviços ao longo do período. A coleta de dados ocorreu por meio da extração de informações oriundas de formulários institucionais de autoavaliação, que compõem atividades de acompanhamento pela gestão estadual. As variáveis contemplaram: porte populacional; quantitativo e tempo de vinculação dos farmacêuticos; adequação sanitária das CAFs; status das CFTs e estimativas de abastecimento. O presente estudo prescinde de submissão ao CEP/CONEP, por tratar-se de análise retrospectiva de dados administrativos secundários e agregados (5). Embora o número de municípios respondentes tenha aumentado (n=68 em 2023; n=73 em 2025), a institucionalização das CFTs avançou minimamente, passando de 10 (14,4%) para apenas 12 (16,4%) municípios. Quanto às CAFs, embora 30% (n=22) dos municípios reportem conformidade elevada (81-100%), cerca de 25% (n=18) ainda operam com níveis críticos de adequação (0-25%), citando a ausência de climatização e prédios compartilhados como barreiras. Coordenadores à frente da AF por mais de 36 meses apresentaram processos de programação e controle de estoque mais efetivos em comparação aos gestores com menos de 12 meses de vinculação. Apesar de 51 municípios (69,8%) relatarem abastecimento entre 71-90%, o fato de 82% operarem sem CFT sugere uma gestão focada predominantemente na logística, em detrimento da seleção técnica baseada em evidências. **Conclusão:** A análise dos dois cortes transversais revelou uma estagnação crítica na governança técnica da AF municipal em Alagoas. O fortalecimento das CFTs, a ampliação da força de trabalho farmacêutica e estratégias municipais ou regionais de cooperação, podem contribuir para maior regularidade no acesso aos medicamentos essenciais.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Gestão em saúde; Monitoramento; Avaliação.

Referências:

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 2004 May 20.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. 1998 Nov 10.
3. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais para estruturação de Comissões de Farmácia e Terapêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
4. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. 2016 May 24.

Diagnóstico situacional do Cuidado Farmacêutico na rede pública do Distrito Federal.

Autores: Nathasha Stella Reis¹ <https://orcid.org/0000-0003-0374-9503> Nicole Menezes Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-9372-7385>, Nathalia Lobão Barroso Souza Silveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-8182-4543>, Evelin Soares Brito¹ <https://orcid.org/0000-0003-0888-6902>, Sara Cristina Lins Ramos¹ <https://orcid.org/0009-0008-2264-0769>.

Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com objetivo): O uso racional de medicamentos é fundamental para garantir efetividade terapêutica e segurança do paciente, sendo o uso inadequado um importante problema de saúde pública¹. Estima-se que mais da metade dos medicamentos sejam inadequadamente prescritos, dispensados e/ou vendidos, e que metade dos pacientes os utilizem incorretamente². Nesse contexto, o cuidado farmacêutico se apresenta como estratégia essencial para qualificar a atenção à saúde³. No entanto, sua implementação nos serviços ocorre de forma desigual, com limitações na organização, padronização e integração das práticas clínicas. O objetivo desse trabalho é avaliar a implantação do cuidado farmacêutico na rede pública do Distrito Federal, considerando critérios padronizados pela Carteira de Serviços do Cuidado Farmacêutico da SES-DF. **Material e Método:** Estudo descritivo, baseado em formulário eletrônico aplicado às unidades de saúde da atenção primária, especializada e hospitalar. O instrumento foi estruturado a partir das atividades previstas na Carteira de Serviços de Cuidado Farmacêutico. Considerou-se implantado o cuidado farmacêutico nas unidades que realizavam $\geq 80\%$ das atividades obrigatórias, como por exemplo análise técnica de prescrição, dispensação, detecção e notificação de desvio de qualidade de medicamentos e educação em saúde, sendo em média seis serviços obrigatórios, que variam entre os tipos de unidades. Os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa. **Resultados:** Responderam ao formulário 59,89% das farmácias de unidades básicas de saúde (UBS) (n = 109), 100% das farmácias ambulatoriais especializadas (n = 14), 100% das farmácias hospitalares (n = 15) e 100% das farmácias do componente especializado (n = 3). Dentre os tipos de unidades, as hospitalares são as que mais ofertam o serviço de cuidado farmacêutico (93,33%), seguidas pelas farmácias do componente especializado (66,67%), farmácias ambulatoriais especializadas (28,57%) e farmácias de UBS (22,52%). A adoção do instrumento diagnóstico permitiu identificar fragilidades como heterogeneidade na oferta dos serviços, ausência de padronização de registros e fragilidades no entendimento conceitual das práticas, bem como subsidiou o delineamento de estratégias de apoio às áreas pela Diretoria de Assistência Farmacêutica na SES-DF, com vistas à uniformização das práticas, qualificação dos serviços e fortalecimento da governança do cuidado farmacêutico. Apesar disso, a meta programática de ampliação foi atingida no período analisado. **Conclusões:** O cuidado farmacêutico encontra-se em processo de expansão, com grandes avanços principalmente na área hospitalar, porém com importantes lacunas estruturais, operacionais e conceituais. Os achados reforçam a necessidade de estratégias de padronização, qualificação e monitoramento dos serviços.

Palavras-chave: Cuidado farmacêutico; Avaliação em saúde; Serviços de saúde; Atenção primária à saúde; SUS.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
2. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2026 May 24]. Available from: <http://www.who.int/medicines/publications/policy/perspectives/ppm05en.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica: aplicação do método clínico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.

Discrepância entre o PCDT de Asma e de DPOC no Sistema Único de Saúde

Autores: Edson V. F. Fauth Vargas Filho¹, <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>; Carla R. Rios da Cruz², <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>; Agnes Nogueira Gossenheimer¹, <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>; Marisa Treglia², <https://orcid.org/0009-0009-9538-3924>; Ismael Pretto Sauter², <https://orcid.org/0000-0002-5824-445X>; Frederico Sallum², <https://orcid.org/0000-0002-9760-7073>; Isabella Sonoda Laba², <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>; Wender Aparecido Oliveira², <https://orcid.org/0009-0008-2800-7382>

Instituições: ¹Chiesi – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Chiesi – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são doenças respiratórias crônicas altamente prevalentes no Brasil, associadas a expressiva morbimortalidade e impacto econômico no Sistema Único de Saúde (SUS). Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são instrumentos centrais para padronizar diagnóstico, tratamento e acesso a tecnologias em saúde. Entretanto, observa-se um desenvolvimento assimétrico entre o PCDT de Asma e o PCDT de DPOC, apesar de as duas condições compartilharem aspectos clínicos, funcionais e fisiopatológicos, especialmente em pacientes com características de sobreposição, presentes em 15 a 32% dos casos. Essa assimetria pode gerar iniquidades no cuidado, variações na prática clínica e limitações no acesso a terapias adequadas. **Objetivo:** Avaliar as divergências entre os PCDT de Asma e de DPOC no SUS, com foco nas recomendações terapêuticas para pacientes graves e com sobreposição asma-DPOC, explorando suas potenciais consequências clínicas, assistenciais e econômicas. **Material e Método:** Análise descritiva e comparativa dos PCDT de Asma e de DPOC vigentes no SUS, complementada por revisão narrativa da literatura científica e de documentos técnicos nacionais [1, 2] e internacionais (GOLD e GINA) [3,4]. Foram avaliadas a abordagem diagnóstica, a estratificação de gravidade, as recomendações terapêuticas, a incorporação de tecnologias e as estratégias de individualização do tratamento, além da aplicabilidade prática dos protocolos e seu impacto na equidade do cuidado. **Resultados:** O PCDT de Asma reconhece a heterogeneidade da doença, propõe estratégias de controle inflamatório e apresenta escalonamento terapêutico estruturado, incluindo terapias direcionadas para asma grave. Contudo, nos steps 4 e 5, o protocolo evolui diretamente da terapia dupla com corticosteroide inalatório associado a um beta-agonista de longa duração (CI/LABA) para terapias biológicas, sem contemplar a terapia tripla com adição de antagonista muscarínico de longa duração (LAMA). Embora essa estratégia seja recomendada pela GINA e citada no PCDT de Asma para pacientes com sobreposição, o LAMA não está incorporado formalmente, tampouco há clareza quanto ao acesso via PCDT de DPOC. Já o PCDT de DPOC está alinhado ao GOLD, com foco em broncodilatação e prevenção de exacerbações, incluindo a terapia tripla (CI/LABA/LAMA). Entretanto, na presença concomitante de asma, a orientação é seguir o PCDT de Asma, o que dificulta o acesso à terapia tripla em pacientes com perfil de sobreposição, podendo resultar em subtratamento, uso precoce de terapias biológicas e desigualdade de acesso no SUS. **Conclusões:** A discrepância entre os PCDT de Asma e de DPOC evidencia a necessidade de maior harmonização entre os protocolos, considerando a complexidade e a sobreposição das doenças respiratórias crônicas. A atualização e integração das diretrizes, com abordagem mais personalizada e baseada em evidências, representam oportunidade estratégica para melhorar desfechos clínicos, promover equidade no acesso ao tratamento e otimizar o uso de recursos no SUS, sendo um debate relevante para o aprimoramento das políticas públicas em saúde respiratória.

Palavras-chave: Asma; DPOC; PCDT; SUS.

Referências:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Painei Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: ANS [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://apppowerbicomview?r=eyJrljoiM2EyNGY3OGltNWZmYy00ZTJkLWl5YjAtMWU3OTFIZWNmNTYxliwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Painei de Demandas de Reclamações NIP [Internet]. Rio de Janeiro: ANS [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNTdmZTY1OWEtyM5ZC00M2NjLTkyN2YtOTQ4NjA5NTZlMTZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>
3. Conselho Nacional de Justiça. Painei Estatísticas Processuais de Direito à Saúde [Internet]. Brasília, DF: CNJ [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painei-saude/>

Entre o direito e a sustentabilidade: o perfil da judicialização de medicamentos no Distrito Federal

Autores: Nathasha Stella Reis¹ <https://orcid.org/0000-0003-0374-9503>, Nathalia Lobão Barroso Souza Silveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-8182-4543>, Nicole Menezes Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-9372-7385>, Giovana Garofalo¹ <https://orcid.org/0009-0007-3070-4470>, Sara Cristina Lins Ramos¹ <https://orcid.org/0009-0008-2264-0769>

Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com objetivo): A judicialização da saúde tem se consolidado como fenômeno relevante no Sistema Único de Saúde (SUS), impactando a gestão pública, o planejamento orçamentário e a equidade no acesso às tecnologias em saúde¹. No Brasil, observa-se crescimento dessas demandas, especialmente relacionadas ao fornecimento de medicamentos, impondo desafios à organização da Assistência Farmacêutica (AF) e à sustentabilidade do sistema². Nesse cenário, destaca-se o recente entendimento firmado no Tema 1234 de repercussão geral do Supremo Tribunal Federal (STF), que estabelece parâmetros para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, reforçando a necessidade de observância de critérios técnicos, evidências científicas e avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec)³. A análise das demandas judiciais subsidia a gestão, a qualificação do cuidado e o aprimoramento das políticas públicas. Este estudo descreve os medicamentos mais judicializados no Distrito Federal (DF) e as estratégias da AF para mitigar seus impactos. **Material e Método:** Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, baseado no levantamento de todas as ações judiciais vigentes no DF em 2025. Os dados foram extraídos de bases institucionais da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF), analisando-se as frequências relativas dos medicamentos demandados judicialmente, principais indicações e os custos associados. **Resultados:** Foram identificados os três medicamentos judicializados com maior número de demandas no período analisado: rituximabe solução injetável 500 mg (8,68%), pirfenidona cápsula 267 mg (4,95%) e dupilumabe solução injetável 300 mg (3,92%), com indicações predominantes em dermatologia e pneumologia. Observa-se predomínio de medicamentos de alto custo, frequentemente indicados para doenças crônicas, raras ou de alta complexidade. Esses dados evidenciam a pressão crescente sobre o sistema de saúde para fornecimento de tecnologias de elevado impacto financeiro, muitas vezes não incorporadas ou com critérios restritivos nos componentes da AF. Em 2025, o montante despendido com esses três medicamentos correspondeu a mais de 11,5% do total gasto com ações judiciais. Quando comparado aos recursos destinados à manutenção dos medicamentos nos diferentes componentes da AF, esse valor equivale a 19,8% do Componente Básico, 18,6% do Especializado e 9,2% do Hospitalar. Ressalta-se que a análise não contemplou o impacto econômico global, incluindo custos indiretos e desfechos clínicos, como internações evitadas e melhoria na qualidade de vida. Como estratégia de mitigação do impacto orçamentário, o delineamento permite identificar lacunas e priorizar a elaboração e o aprimoramento de protocolos assistenciais no âmbito da SES-DF, subsidiando decisões mais assertivas. Nesse contexto, a SES-DF encontra-se em fase de implantação do Protocolo de Fibrose Pulmonar Idiopática e dispõe de protocolo complementar para Dermatite Atópica. **Conclusões:** O perfil identificado reforça a necessidade de fortalecer estratégias de avaliação de tecnologias em saúde, ampliar o acesso regulado e qualificar a assistência farmacêutica, visando maior equidade, sustentabilidade e racionalidade no atendimento às demandas judiciais.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde; Assistência farmacêutica; Sistema Único de Saúde; Gestão em saúde; Políticas Públicas.

Referências:

1. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: CNJ; 2019.
2. Braga BSF, Oliveira YMC, Ferreira MAF. Gastos com a judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa. Rev Direito Sanit. 2021;21:e156686.
3. Supremo Tribunal Federal. Tema 1234 de repercussão geral: fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. Brasília, DF: STF; 2024.

Epidemiologia, Custos, Padrão de Tratamento e Diagnóstico do Câncer de Pulmão de Pequenas Células – Revisão Sistemática de Literatura

Autores: Mayra Lemos¹, Caio Martins², Leticia Jabase²

Instituições: ¹Lemos Health – Serra – Espírito Santo – Brasil, ²AstraZeneca – Cotia – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): O câncer de pulmão de pequenas células (CPPC) representa 15% dos cânceres de pulmão, destacando-se pelo crescimento tumoral acelerado e progressão precoce para metástases. Existem lacunas em evidências científicas que limitam diretrizes para diagnóstico e manejo clínico no Brasil e globalmente. A revisão sistemática visou sintetizar desfechos do CPPC, incluindo epidemiologia, utilização de recursos, padrões de tratamento e de diagnóstico. **Material e Método:** Buscas bibliográficas abrangentes foram realizadas nas bases de dados PubMed, Cochrane Library, Embase e LILACS, da indexação até 11 de julho de 2025 (PROSPERO 2026 CRD420261372405)(1). Foram incluídos estudos avaliando desfechos de epidemiologia, custos, padrões de tratamento e diagnóstico do CPPC. A seleção dos estudos (triagem e análise do texto completo) e a extração de dados foram realizadas por dois revisores. O risco de viés foi avaliado de acordo com o desenho do estudo e sínteses qualitativas foram realizadas por categoria de desfecho. Não houve necessidade de aprovação ética pelo uso de dados secundários. **Resultados:** Trinta e quatro estudos foram incluídos, sendo 29 estudos observacionais; três revisões sistemáticas e duas análises econômicas. Os estudos observacionais apresentaram risco de viés baixo a moderado pela Escala de Newcastle-Ottawa (escores de 6-8); as avaliações econômicas mostraram adesão limitada à lista de verificação de Drummond (0-4 critérios atendidos); e as revisões sistemáticas, risco de viés alto (confiança criticamente baixa). Os estudos avaliaram desfechos econômicos (n=15 estudos); epidemiológicos (n=11); padrões de tratamento (n=5); e diagnósticos (n=3). Para o Brasil, quatro estudos descreveram apenas a epidemiologia do CPPC entre 2006 e 2020 (2), que representou 9-13% do câncer de pulmão no país. Globalmente, 80% foram diagnosticados em estágio avançado. Custos diretos do tratamento foram impulsionados principalmente por medicamentos (50,2%), cirurgia (38%) e quimioterapia (11,8%). A hospitalização representou 41-56% dos custos totais no primeiro ano após diagnóstico na França, Estados Unidos, Canadá e Reino Unido. Na Irlanda do Norte, radioterapia e quimioterapia representaram 48% dos custos. Na Austrália, os custos médios de diagnóstico e tratamento do CPPC em estágio limitado foram maiores do que no estágio extenso (USD 19.046 vs. USD 12.688; 2016), sendo mais onerosos no estágio IV (3). No padrão de tratamento, a quimioterapia em primeira linha foi a mais comum, administrada em mais de 50% dos pacientes nos Estados Unidos. Cerca de 18-37% receberam quimioterapia de segunda linha e menos de 3% realizaram cirurgia nos sistemas público e privado de saúde, principalmente lobectomia. Apenas um estudo relatou o uso de imunoterapia por 2,8% dos pacientes na República Tcheca (4). Desfechos diagnósticos incluíram tempo até o diagnóstico e estadiamento do tumor. Cerca de 57-86% foram diagnosticados em estágios avançados; e o tempo médio de atraso no diagnóstico foi de 34-57 dias após o início dos sintomas (5). **Conclusões:** Há uma lacuna de evidências sobre o CPPC, especialmente no Brasil. Os dados disponíveis são principalmente de custos diretos e estimativas de incidência. A quimioterapia é frequente e associada a custos elevados. A ausência de diagnóstico precoce impacta o prognóstico da doença e os custos associados, evidenciando uma necessidade médica não atendida de desenvolvimento de estratégias de detecção precoce.

Palavras-chave: Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão; Custos de Cuidados de Saúde; Epidemiologia; Lacunas de Evidências.

Referências:

1. University of York. PROSPERO: International prospective register of systematic reviews [Internet]. York: University of York; [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420261372405>. Registro: CRD420261372405.
2. Costa GJ, Mello MJG, Bergmann A, Ferreira CG, Thuler LCS. Tumor-node-metastasis staging and treatment patterns of 73,167 patients with lung cancer in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2020;46(1):e20180251. doi: 10.36416/1806-3756/e20180251.
3. Enstone A, Greaney M, Povsic M, Wyn R, Penrod JR, Yuan Y. The economic burden of small cell lung cancer: a systematic review of the literature. *Pharmacoecon Open*. 2018;2(2):125-39. doi: 10.1007/s41669-017-0059-1.
4. Bílek O, Selingerová I, Kysela M, Jedlička V, Kazda T, Berkovcová J, et al. Current real-world evidence on characteristics and treatment patterns of lung cancer in the single cancer center in the Czech Republic: data from Masaryk Memorial Cancer Institute registry in 2018-2022. *Klin Onkol*. 2024;37(6):433-44.
5. Guirado M, Fernández Martín E, Fernández Villar A, Navarro Martín A, Sánchez-Hernández A. Clinical impact of delays in the management of lung cancer patients in the last decade: systematic review. *Clin Transl Oncol*. 2022;24(8):1549-68. doi: 10.1007/s12094-022-02818-6.

Essencialidade e integralidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais em oncologia no Brasil: análise da Rename, diretrizes nacionais e incorporações no SUS

Autores: Adriane Lopes Medeiros Simone¹ <https://orcid.org/0000-0002-2045-1146>, Bruna Bento dos Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-6291-0857>, Stéfani Sousa Borges¹ <https://orcid.org/0000-0003-4402-2175>, Patrícia Fong Carranza² <https://orcid.org/0000-0002-0661-7832>, Rodrigo Martins¹ <https://orcid.org/0009-0000-6214-9255>, Nathalia Keller Anacleto Silva³ <https://orcid.org/0009-0000-3133-3279>, Daniela Oliveira de Melo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953>, Airton Tetelbom Stein⁴

Instituições: ¹Vértice – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Universidade Federal de São Paulo – Diadema – São Paulo – Brasil, ³Unifeso – Diadema – São Paulo – Brasil, ⁴Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) orienta o financiamento, a oferta e o uso racional de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Na oncologia, a adequação desse elenco é estratégica para garantir acesso oportuno, implementação das diretrizes clínicas e integralidade do cuidado. Entretanto, a rápida incorporação de tecnologias e a complexidade terapêutica do câncer podem gerar descompasso entre listas oficiais, recomendações assistenciais e necessidades da população. Dessa forma, foi analisado o componente oncológico da Rename quanto aos critérios de essencialidade e integralidade da atenção à saúde, considerando referências internacionais, diretrizes nacionais e incorporações aprovadas no SUS. **Material e Método:** Estudo descritivo documental. O elenco da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco) vigente em 10 de março de 2026 foi comparado à 24ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS). Também foram levantados os medicamentos constantes em 29 diretrizes clínico-assistenciais vigentes em 02 de abril de 2026 e em 52 relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) com decisões favoráveis publicadas entre 2012 e março de 2026. As listas foram comparadas ao AF-Onco/Rename para avaliação de essencialidade e integralidade. Medicamentos sem registro sanitário vigente no Brasil foram excluídos. **Resultados:** O AF-Onco continha 56 fármacos, dos quais 13 (23,2%) não constavam na lista modelo da OMS. Foram identificadas 21 discrepâncias entre recomendações internacionais e a Rename, concentradas principalmente em medicamentos citotóxicos indicados para leucemias e linfomas. Entre 79 fármacos recomendados nas diretrizes nacionais, 24 (30,4%) não estavam contemplados na Rename, sendo que apenas um possuía alternativa terapêutica padronizada. Dos 42 fármacos avaliados pela Conitec e incorporados ou com ampliação de uso no SUS desde 2012, apenas 15 (35,7%) estavam incluídos no AF-Onco, havendo equivalente terapêutico para dois medicamentos não listados. As lacunas observadas comprometiam linhas de cuidado de 24 neoplasias, incluindo câncer de mama, pulmão, próstata, ovário, estômago, fígado, rim, melanoma, tumores do sistema nervoso central e neoplasias hematológicas. O impacto foi mais expressivo em estágios avançado, metastático ou paliativo, nos quais 17 medicamentos incorporados permaneciam ausentes da Rename. **Conclusões:** A Rename apresenta insuficiência relevante para responder às necessidades terapêuticas em oncologia no SUS, com desalinhamento entre lista nacional, recomendações internacionais, diretrizes clínicas vigentes e incorporações formalmente aprovadas. Essas lacunas podem dificultar a implementação das políticas assistenciais e comprometer a integralidade do cuidado oncológico. Recomenda-se atualização periódica e transparente do componente oncológico da Rename, alinhada às evidências científicas, às decisões regulatórias e às necessidades epidemiológicas da população brasileira.

Palavras-chave: Medicamentos Essenciais; Oncologia; Assistência farmacêutica; Sistema Único de Saúde

Referências:

1. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e políticas públicas: análise da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais no contexto do SUS. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):975-86.
2. Medeiros ALS, Melo DO, et al. Integralidade e acesso a medicamentos oncológicos no SUS: desafios da Rename e da assistência farmacêutica em oncologia. *Physis (Rio J)*. 2024;34:e34034.

Farmacovigilância do Cemiplimab no Câncer de Pele Não Melanoma no Brasil: Implicações Clínicas e Econômicas dos Eventos Adversos Reportados

Autores: Price Udo Price¹ <https://orcid.org/0000-0002-5426-0719>, Lara Riboli Bortolato¹ <https://orcid.org/0009-0003-1759-7093>, Marília Silveira de Almeida Campos¹ <https://orcid.org/0000-0003-2420-4641>, Leonardo Regis Leira Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0002-8609-1390>

Instituição: ¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP/USP) – Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): O câncer de pele não melanoma, incluindo o carcinoma espinocelular cutâneo avançado, é um importante problema de saúde pública¹. É o câncer mais comum no Brasil, com cerca de 220.490 novos casos anuais (2023–2025)². Inibidores de checkpoint imunológico, como o cemiplimabe, melhoraram os desfechos, mas estão associados a eventos adversos relacionados ao sistema imune (irAEs), que podem afetar a continuidade do tratamento, a segurança e os custos³⁻⁴. Estudos de farmacovigilância sobre anticorpos monoclonais no Brasil ainda são limitados. Além disso, eventos adversos representam importante fonte de custos em saúde, especialmente quando associados à hospitalização e interrupção terapêutica. O objetivo do estudo foi caracterizar os eventos adversos a medicamentos associados ao cemiplimabe no Brasil entre 2018 e 2025. **Material e Método:** Análise descritiva retrospectiva utilizando dados abertos do VigiMed. Foram selecionadas notificações contendo “Cemiplimab”, “Cemiplimabe” e “Cemiplimab rwlc” na coluna de princípios ativos (WHODrug). Foram avaliadas características demográficas, indicações, descrição, gravidade, sistemas orgânicos afetados, manejo e desfechos clínicos. O impacto clínico foi avaliado pela ação tomada (interrupção do tratamento, hospitalização, incluindo prolongamento da internação) e desfechos. **Resultados:** Foram obtidas 102 linhas com cemiplimabe, distribuídas em 52 notificações. A idade média foi de 69 anos; 47% eram do sexo feminino e 32% do masculino. A principal indicação foi carcinoma espinocelular cutâneo (14%). Os eventos adversos mais reportados foram óbito (7%) e dor nas costas (6%). Eventos graves representaram 49% dos casos. Hospitalização ou prolongamento da internação ocorreu em 16% dos casos, e 20% resultaram em interrupção ou descontinuação do tratamento. A categoria grave mais frequente foi “outro efeito clinicamente significativo” (19%). Quanto aos desfechos, 28% se recuperaram, 10% estavam em recuperação, 11% não se recuperaram e 14% evoluíram para óbito. Em 33% dos casos, os desfechos foram classificados como desconhecidos. **Conclusões:** Os eventos adversos ao cemiplimabe representam relevante carga clínica no Brasil. A alta frequência de eventos graves e seu impacto na hospitalização e continuidade do tratamento reforçam a necessidade de monitoramento ativo. A variabilidade dos eventos e os desfechos fatais evidenciam a complexidade do manejo dos AEs. A elevada proporção de desfechos desconhecidos indica limitações nos dados de farmacovigilância. Do ponto de vista econômico, eventos adversos são importantes determinantes de custos, com morbidade relacionada a medicamentos estimada em cerca de R\$101,6 bilhões anuais⁵. Eventos graves ampliam esse impacto por meio de hospitalizações e cuidados. Esses achados reforçam a necessidade de aprimorar a detecção precoce, padronizar os relatos e otimizar o manejo dos eventos adversos. A incorporação de dados de farmacovigilância do mundo real em avaliações de tecnologias em saúde (ATS) pode fortalecer a tomada de decisão baseada em evidências quanto à segurança e ao valor das imunoterapias. Eventos adversos ao cemiplimabe geram relevante impacto clínico e econômico no Brasil. Embora derivados de notificações espontâneas, sujeitas à subnotificação e vieses, esses dados são fundamentais para a detecção precoce de sinais. O fortalecimento da farmacovigilância, a melhoria da qualidade dos dados e sua incorporação em decisões regulatórias e de reembolso são essenciais para otimizar desfechos e o uso de recursos em saúde.

Palavras-chave: Cemiplimabe; Câncer de pele não melanoma; Farmacovigilância; Eventos adversos a medicamentos; Economia da saúde.

Referências:

1. Wang C, Du Z, Tan Y, et al. Global burden of non-melanoma skin cancer among elder adults and projections to 2071: a systematic and comprehensive analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2025;18:3103-16. doi: 10.2147/CCID.S569517.
2. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimate 2023: cancer incidence in Brazil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [cited 2025 May 21]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
3. Valentin J, Gérard E, Ferte T, et al. Real-world safety outcomes using cemiplimab for cutaneous squamous cell carcinoma. *J Geriatr Oncol*. 2021;12(7):1110-3. doi: 10.1016/j.jgo.2021.02.026.
4. Liang X, Chen X, Li H, Li Y. Cost-effectiveness of cemiplimab plus chemotherapy versus chemotherapy for the treatment of advanced non-small cell lung cancer. *Front Oncol*. 2023;13:1113374. doi: 10.3389/fonc.2023.1113374.
5. de Freitas GRM, Neyeloff JL, Balbinotto Neto G, Heineck I. Drug-related morbidity in Brazil: a cost-of-illness model. *Value Health Reg Issues*. 2018;17:150-7. doi: 10.1016/j.vhri.2018.07.002.

Financiamento e organização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Paraíba: análise dos grupos de financiamento em 2025

Autores: Isadora dos Santos Maciel¹ <https://orcid.org/0000-0002-7812-5706>, Luiza Elena dos Santos Silva¹, Ângela Maria de Lima Soares¹, Anderson Fellyp Avelino Diniz¹, Daiene Martins Beltrão¹, Ana Rafaela Silva¹, Wênia Brito Faheina¹

Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica – João Pessoa – Paraíba – Brasil

Introdução (com objetivo): O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) estrutura-se a partir de responsabilidades compartilhadas entre as esferas de gestão, configurando um arranjo complexo de financiamento no Sistema Único de Saúde. A compreensão dessa dinâmica é essencial para o planejamento, a eficiência alocativa e a sustentabilidade da assistência farmacêutica. Este estudo teve como objetivo analisar a distribuição de recursos e a organização do financiamento do CEAF na Paraíba em 2025. **Material e Método:** Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários provenientes de sistemas oficiais da assistência farmacêutica estadual. **Resultados:** O valor total dispensado com medicamentos do CEAF foi de R\$ 295.057.135,99, distribuído entre os grupos 1A (R\$ 234.803.245,97; 79,6%), 1B (R\$ 37.836.001,55; 12,8%) e 2 (R\$ 22.417.888,47; 7,6%). Observa-se forte concentração de recursos no Grupo 1A, financiado e adquirido pelo Ministério da Saúde, evidenciando o peso das tecnologias de alto custo no orçamento. O Grupo 1B, embora financiado pela esfera federal, apresenta aquisição descentralizada pelos estados, impondo maior complexidade operacional e exigindo capacidade técnico-gerencial em logística e compras. O Grupo 2, integralmente financiado e adquirido pelo ente estadual, representa menor participação relativa no financiamento total, porém maior responsabilidade direta sobre a execução orçamentária. No que se refere à oferta terapêutica, foram identificadas 133 apresentações de medicamentos no Grupo 1A (49,6% do total), 48 no Grupo 1B (17,9%) e, no âmbito estadual, 77 medicamentos e 3 suplementos nutricionais no Grupo 2 (32,5%), evidenciando a amplitude e diversidade do elenco. A análise integrada dos dados revela uma dissociação entre concentração de recursos e complexidade operacional, uma vez que, embora o financiamento esteja majoritariamente centralizado na esfera federal, a execução envolve significativa descentralização, especialmente nos grupos 1B e 2. Esse descompasso evidencia desafios estruturais relacionados à governança, capacidade de gestão e regularidade do abastecimento. **Conclusões:** Conclui-se que o modelo de financiamento do CEAF na Paraíba é caracterizado por elevada dependência de recursos federais (92,4%), associada à corresponsabilização estadual na execução, configurando um arranjo híbrido que demanda aprimoramento contínuo dos mecanismos de planejamento, coordenação interfederativa e gestão, a fim de garantir eficiência, sustentabilidade e qualidade da assistência farmacêutica no SUS.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde; CEAF; Assistência farmacêutica; SUS.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Regulamentação e financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [cited 2026 Jun 27]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf/regulamentacao-e-financiamento>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Linha do tempo do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [cited 2026 Jun 27]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf/linha-do-tempo>

Framework de ATS para governança de acesso à tecnologia experimental: estudo de caso da polilaminina

Autores: Aldenora Maria Ximenes Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0002-8625-6706>, Mônica Vinhas de Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-4673-0637>

Instituição: ¹Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande – Paraíba – Brasil

Introdução (com objetivo): Tecnologias em desenvolvimento clínico podem ser demandadas excepcionalmente para uso assistencial individual antes da consolidação de evidências de eficácia e segurança. Esse descompasso pode motivar heterogeneidade de critérios de acesso, monitoramento e geração de evidência, com implicações para decisões em saúde pública. A polilaminina constitui um caso relevante no Brasil por coexistirem autorização regulatória para pesquisa clínica, registro público de estudo e relatos de solicitações de acesso excepcional. O objetivo do estudo foi descrever o desalinhamento entre o estágio de evidência da polilaminina e a demanda por uso a partir de um framework de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) para governança do acesso excepcional. **Material e Método:** Estudo documental com análise de fontes públicas a partir de publicações, comunicados regulatórios, registros de estudos clínicos, autorizações judiciais e posicionamento público de entidades científicas. As informações foram extraídas por formulário padronizado, organizadas e sintetizadas pela matriz Evidência–Demanda–Implementação (EDI). A partir da síntese, foi derivado um conjunto de requisitos de governança aplicáveis ao acesso excepcional, independentemente da via de acesso. **Resultados:** Na dimensão Evidência, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária autorizou pesquisa clínica de fase 1 com objetivo de avaliar segurança do uso de polilaminina (N=5; 18–72 anos) com lesão medular torácica aguda completa, com menos de 72 horas e indicação cirúrgica. O registro do protocolo de pesquisa descreve o estudo como aberto e de braço único, com critérios de inclusão e desfechos declarados. A evidência clínica apresenta um estudo piloto em humanos (N=8), indicando base clínica ainda preliminar. Na dimensão Demanda, foram identificadas autorizações judiciais de uso compassivo de polilaminina em pacientes com lesão medular, com justificativa associada a gravidade/urgência e reconhecimento do caráter experimental. Em contrapartida, entidades científicas publicaram posicionamentos recomendando cautela e discussão tecnicamente fundamentada. Na dimensão Implementação, o registro de pesquisa descreve implantação controlada por critérios clínicos e contexto assistencial definidos. Entretanto, nas publicações institucionais analisadas sobre autorizações de uso compassivo, não foi possível verificar a aderência do uso excepcional aos componentes operacionais do protocolo registrado (elegibilidade, local de aplicação/serviço habilitado, conjunto mínimo de desfechos, seguimento e fluxo de notificação de eventos adversos). Com base na matriz EDI, estruturou-se um conjunto mínimo de requisitos de governança do acesso excepcional, incluindo (a) elegibilidade clínica alinhada ao protocolo vigente; (b) execução em serviços habilitados com capacidade técnica compatível; (c) consentimento informado com explicitação de incertezas e alternativas; (d) registro padronizado de desfechos clínicos e eventos adversos com rastreabilidade; (e) critérios pré-especificados para suspensão do uso em caso de eventos de segurança; (f) reavaliação periódica condicionada à maturação de evidências e atualizações regulatórias. **Conclusões:** A partir da matriz EDI demonstra-se desalinhamento entre estágio de evidência e demanda por uso excepcional. Propôs-se requisitos mínimos de governança para acesso excepcional, com ênfase em padronização de critérios, monitoramento e geração de evidência, contribuindo para decisões de ATS em contextos de incerteza.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Polilaminina; Acesso excepcional; Governança.

Referências:

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Anvisa autoriza pesquisa clínica para avaliar a segurança do uso de polilaminina em humanos [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2026 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2026/anvisa-autoriza-pesquisa-clinica-para-avaliar-a-seguranca-do-uso-de-polilaminina-em-humanos>
2. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos. RBR-9dfvgpm: Polylaminin for acute spinal cord injury [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-9dfvgpm>
3. Return of voluntary motor contraction after complete spinal cord injury: a pilot human study on polylaminin [preprint on the Internet]. medRxiv; 2024 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.02.19.24301010v1>
4. Tribunal Regional Federal da 3ª Região (BR). Justiça Federal autoriza uso compassivo de polilaminina [Internet]. São Paulo: TRF3; 2026 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://web.trf3.jus.br/noticias-sjsp/Noticiar/ExibirNoticia/2048-justica-federal-autoriza-uso-compassivo-de-polilaminina>
5. Poder360. Pesquisadores pedem cautela em debates sobre polilaminina [Internet]. Brasília, DF: Poder360; 2026 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.poder360.com.br/poder-saude/pesquisadores-pedem-cautela-em-debates-sobre-polilaminina/>

Impacto Clínico e Econômico da Indicação de Broncoscopia e Galactomanana com navegação farmacêutica em uma Linha de Cuidado de Infecções Fúngicas Invasivas

Autores: Beatriz Nayra Dias de Andrade¹ <https://orcid.org/0000-0003-2007-2741>, Harli Pasquini-Netto¹ <https://orcid.org/0000-0002-4391-676X>, Laura Almeida Lanzoni¹ <https://orcid.org/0009-0002-0207-0830>, Marinei Campos Ricieri¹ <https://orcid.org/0000-0002-7827-7750>, Fábio Araújo Motta¹ <https://orcid.org/0000-0001-6241-0302>

Instituição: ¹Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com objetivo): Introdução: Infecções fúngicas invasivas (IFI) têm alta morbimortalidade em pacientes imunocomprometidos. Em crianças, manifestam-se com sintomas inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce. Em imunocomprometidos, a principal IFI é aspergilose, sendo o pulmão o foco mais acometido. Pela distribuição de conídios de *Aspergillus* no ar, o diagnóstico de aspergilose pulmonar consiste no uso de amostras do trato respiratório inferior, como o lavado broncoalveolar (LBA). Assim, a indicação de broncoscopia com coleta de LBA é enfatizada para o diagnóstico infeccioso. Apesar disso, a coleta de amostras estéreis é dificultada em pacientes com trombocitopenia, o que exige seleção precisa de pacientes elegíveis para o procedimento. A linha de cuidado de infecções fúngicas invasivas (LC-IFI) navegada pela farmácia clínica foi idealizada como norteadora do manejo de IFI em crianças, justificada pela dificuldade de diagnóstico e alto custo dos tratamentos. **Objetivos:** Avaliar o impacto clínico e econômico da indicação de broncoscopia com lavado broncoalveolar e galactomanana pelo farmacêutico navegador da LC-IFI para pacientes com suspeita de IFI pulmonar. **Material e Método:** Estudo descritivo, observacional, com análise de sete meses pré e pós a implantação da LC-IFI em um hospital pediátrico terciário. Foram incluídos os dados de pacientes admitidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que coletaram o teste rápido de galactomanana (Immy®) no lavado broncoalveolar (GM-LBA) para triagem de IFI pulmonar. Foi calculada a taxa de positividade do exame por período e por amostra, seguido do cálculo de custo evitado com antifúngicos sistêmicos fornecidos pelo programa Micosis do Ministério da Saúde (MS) para pacientes com galactomanana $\geq 0,8$. CAAE: 83381224.9.0000.0097. **Resultados:** Foram incluídas 60 coletas (pré: 24; pós: 36). Antes da implantação da LC-IFI, broncoscopia com lavado broncoalveolar e galactomanana foi realizada para 12,5 % (n=3/24) dos pacientes com suspeita de IFI e 24,2 % (n=8/33) no período pós-intervenção. A taxa de positividade no período pós-intervenção foi de 87,5 % (n=7/8), em comparação com 0 % no período anterior à criação da linha de cuidado. Três pacientes com GM-LBA positiva foram submetidos ao sistema Micosis, com posterior liberação de anfotericina B complexo lipídico, voriconazol e isavuconazol. O custo médio para realização de broncoscopia com lavado broncoalveolar e galactomanana totalizou, para o hospital, cerca de R\$ 12.000,00 para os três procedimentos. O resultado médio da GM-LBA foi de 1,62. Foram recebidas do MS 144 cápsulas de isavuconazol 100 mg, 634 comprimidos de voriconazol 200 mg e 30 frascos de anfotericina B complexo lipídico 50 mg, com custo de R\$ 96.368,00. Na perspectiva hospitalar, o custo evitado dos três tratamentos foi de R\$ 84.368,00, e os três pacientes foram desospitalizados com tratamento antifúngico oral e seguimento clínico com exames de imagem de controle ambulatoriais. **Conclusões:** O estabelecimento da LC-IFI com a indicação de broncoscopia para pacientes com suspeita de infecção fúngica invasiva permitiu maior precisão diagnóstica e estabelecimento de tratamento antifúngico direcionado. Além disso, houve expressivo custo evitado com antifúngicos de uso sistêmico em pacientes do SUS, enfatizando o papel estratégico do stewardship de antifúngicos com destaque do papel ao farmacêutico clínico como navegador do cuidado, tanto para os desfechos clínicos dos pacientes quanto para a sustentabilidade hospitalar.

Palavras-chave: Galactomanana; Infecções fúngicas invasivas; Assistência Farmacêutica; Pediatria.

Referências:

1. Castro-Fuentes CA, Cabrera-Guerrero JP, Duarte-Escalante E, Hernández Silva G, Chinney Herrera A, Reyes-Montes MR. Aspergillosis: an update on epidemiology, risk factors, diagnosis, susceptibility, and treatment. *J Fungi (Basel)* [Internet]. 2026;12(3):229 [cited 2026 Apr 6]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13027440/>
2. He M, Chen F, Xian X, Guo Z. Diagnosis and treatment of invasive fungal disease in children with hematological malignancies after chemotherapy: challenges and strategies (review). *Exp Ther Med* [Internet]. 2026;31(1):1-17 [cited 2026 Feb 16]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12683645/>
3. Puerta-Alcalde P, Garcia-Vidal C. Changing epidemiology of invasive fungal disease in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *J Fungi (Basel)* [Internet]. 2021;7(10):848 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8539090/>

Impacto da Terapia Tripla Fixa para DPOC no Rio Grande do Sul: da judicialização à incorporação no SUS

Autores: Edson Fauth Vargas Filho¹ <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>, Carla Rios da Cruz² <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>, Agnes Gossenheimer¹ <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>, Ismael Pretto Sauter² <https://orcid.org/0000-0002-5824-445X>, Frederico Sallum² <https://orcid.org/0000-0002-9760-7073>, Glícia Pinheiro Bezerra³ <https://orcid.org/0000-0001-5672-265X>, Isabella Sonoda Laba² <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>, Wender Aparecido Oliveira² <https://orcid.org/0009-0008-2800-7382>

Instituições: ¹Chiesi – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Chiesi – São Paulo – São Paulo – Brasil, ³Chiesi – Brasília – Distrito Federal – Brasil.

Introdução (com objetivo): A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) acomete mais de 14 milhões de brasileiros, configurando-se como uma das principais causas de morbidade respiratória no país [1]. No Rio Grande do Sul, o cenário é agravado por um perfil demográfico de envelhecimento acelerado, o maior do país, e por exposições ambientais específicas, como o uso de biomassa para fins domésticos e ocupacionais. Com uma população de aproximadamente 5,5 milhões de pessoas acima de 40 anos e uma prevalência estimada de 12%, o estado possui cerca de 660 mil potenciais pacientes [2]. Atualmente, a DPOC gera um impacto severo no sistema, com mais de 200 mil hospitalizações anuais no Brasil, custando aproximadamente R\$ 103 milhões aos cofres públicos [3]. **Objetivos:** Analisar o panorama epidemiológico e assistencial da DPOC no Rio Grande do Sul, destacando os custos associados à judicialização e o potencial impacto clínico e econômico da incorporação da terapia tripla fixa no Sistema Único de Saúde (SUS). **Material e Método:** Foi conduzida uma análise descritiva do cenário epidemiológico e econômico da DPOC no estado do Rio Grande do Sul, a partir do cruzamento de dados do DATASUS [4], IBGE [2] e registros de compras públicas [5]. A análise focou na consolidação de métricas de desfecho clínico e custos associados à judicialização da terapia tripla no Rio Grande do Sul. **Resultados:** Em 2024, o RS registrou 4.682 óbitos atribuídos à DPOC (CID J44) e 9.648 hospitalizações relacionadas à doença. Até novembro de 2025, 43.395 pessoas estavam diagnosticadas na rede pública, o que representa apenas 6,6% da prevalência estimada, evidenciando um expressivo grau de subdiagnóstico no estado. O impacto financeiro é crítico: em 2024, o gasto estadual com demandas administrativas e judiciais totais somou R\$ 811,7 milhões. Especificamente para as terapias triplas para o tratamento da DPOC, as compras judiciais no RS totalizaram mais de R\$ 2,2 milhões entre fevereiro de 2024 e maio de 2025 [5]. Em contrapartida, a oferta estruturada da terapia tripla fixa em spray, disponível no Rio Grande do Sul desde janeiro de 2026 para casos graves e muito graves, deve beneficiar 25% dos pacientes assistidos. Estimativas indicam que a substituição das combinações vigentes por essa terapia pode gerar uma economia de R\$ 293 milhões em cinco anos para o sistema público. **Conclusões:** O Rio Grande do Sul enfrenta um desafio epidemiológico singular no manejo da DPOC, devido ao seu perfil demográfico e altos índices de hospitalização. A transição da via judicial para a oferta organizada da terapia tripla no SUS é um avanço estratégico para a política pública de saúde. Além de otimizar a adesão terapêutica e reduzir exacerbações, a medida assegura a sustentabilidade financeira do sistema ao mitigar os custos elevados da judicialização e das internações evitáveis, essa estratégia fortalece a equidade no acesso, promove maior eficiência assistencial e alinha o cuidado da DPOC às melhores práticas baseadas em evidências no âmbito do SUS.

Palavras-chave: DPOC; PCDT; Judicialização e Incorporação

Referências:

1. Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JRB, Muiño A, Lopez MV, Valdivia G, et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO study in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1565-73.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pirâmide etária [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [cited 2026 Apr 4]. Available from: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>
3. Rabahi MF. Epidemiologia da DPOC: enfrentando desafios. *Pulmao RJ* [Internet]. 2013;22(2):4-8. Available from: 04_pulmaorj_2013_2_art_epidemiologia.pdf
4. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de saúde (TABNET) [Internet]. Brasília, DF: DATASUS [cited 2026 Feb 11]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
5. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Relatório Anual de Gestão 2024 [Internet]. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul [cited 2026 Apr 9]. Available from: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202503/28144755-rag-2024>

Impacto financeiro-orçamentário e otimização de custos assistenciais na incorporação do carfilzomibe no Sistema Único de Saúde (SUS)

Autores: Thales Brendon Castano Silva¹, Eduardo David Gomes Sousa¹, Paula Elaine Diniz Reis¹

Instituições: ¹Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN) – Departamento de Atenção Especializada e Temática (DECAN) – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) – Ministério da Saúde (MS) – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com objetivo): O carfilzomibe foi incorporado ao SUS em 2023 para o tratamento do mieloma múltiplo recidivado ou refratário, mas sua disponibilização efetiva à rede assistencial ocorrendo no exercício de 2026 devido a implementação do Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-ONCO), estabelecido pela Portaria GM/MS nº 8.477/2025, que altera a lógica de financiamento oncológico ao centralizar a aquisição de medicamentos de alto custo na União. Tal mudança exige a reestruturação da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) para evitar distorções financeiras, uma vez que o modelo anterior de faturamento por linha terapêutica não isolava o valor do fármaco dos custos operacionais das unidades de saúde. Analisar o impacto financeiro-orçamentário da incorporação do carfilzomibe para o exercício de 2026 ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, comparando o modelo de faturamento por pacote com a proposta de um procedimento dual focado no medicamento e na sustentabilidade assistencial. **Material e Método:** Estudo descritivo de análise de impacto orçamentário sob a perspectiva da União. Utilizou-se a estimativa epidemiológica de 3.692 pacientes elegíveis para 2026. Comparou-se o custo de oportunidade entre o procedimento vigente de 2ª linha (R\$ 5.224,65) e a criação de um novo procedimento operacional de R\$ 146,00, desenhado para cobrir insumos descentralizados (240 mg de dexametasona/mês e materiais de infusão para 6 sessões) e de um para monitorar o acesso ao carfilzomibe. **Resultados:** A manutenção do faturamento genérico geraria um impacto assistencial anual de R\$ 231.472.893,60. A implementação do novo valor de R\$ 146,10 reduziu o custo per capita mensal em 97,2%, resultando em um impacto assistencial anualizado de apenas R\$ 6.472.814,40. Esta reestruturação garante o ressarcimento dos custos diretos das unidades executoras (CACON/UNACON) enquanto isola financeiramente o fármaco centralizado pela União. A implementação do carfilzomibe sob a égide da Portaria GM/MS nº 8.477/2025 marca uma mudança paradigmática no financiamento da oncologia no SUS. A transição para o modelo de centralização via AF-ONCO permite a correção de distorções históricas na Tabela SIGTAP, onde pacotes genéricos por linha de tratamento impossibilitavam a desoneração do Teto MAC após a incorporação de fármacos de alto custo. A redução do valor do procedimento assistencial para R\$ 146,10 é estrategicamente viável, pois isola o custo do medicamento centralizado e foca estritamente no ressarcimento operacional das unidades (CACON/UNACON), cobrindo a dexametasona e insumos de infusão. **Conclusões:** A adoção de uma estrutura dual de procedimentos permite a incorporação tecnológica com responsabilidade orçamentária. A economia gerada demonstra que a gestão técnica da tabela de procedimentos é essencial para a viabilidade do novo modelo de assistência farmacêutica oncológica no Brasil.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Mieloma Múltiplo; Economia da Saúde; Gestão em saúde.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.477, de 2025. Altera normas de financiamento da assistência oncológica. Diário Oficial da União. 2025.
2. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Carfilzomibe para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo recidivado ou refratário: relatório de recomendação nº 847. Brasília, DF: SE/CONITEC; 2023.
3. Dimopoulos MA, Moreau P, Palumbo A, et al. Carfilzomib and dexamethasone versus bortezomib and dexamethasone for patients with relapsed or refractory multiple myeloma (ENDEAVOR): a randomised, phase 3, open-label, multicentre study. *Lancet Oncol*. 2016;17(1):27-38.
4. Ministério da Saúde (BR). Banco de Preços em Saúde (BPS) [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2026. Available from: <https://bps.saude.gov.br>
5. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.

Impactos do Programa QUALIFAR-SUS na Assistência Farmacêutica do SUS: revisão integrativa da literatura

Autores: Larissa de Santana Silva¹, Joslene Lacerda Barreto¹, Marcelo Tavares Pereira¹

Instituições: ¹Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com objetivo): O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS) constitui uma estratégia voltada ao fortalecimento da Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Básica, com o propósito de aprimorar e integrar suas ações aos serviços de saúde. O programa organiza-se em quatro eixos estruturantes: Estrutura, direcionado à qualificação das condições físicas e de recursos; Informação, voltado ao monitoramento e avaliação das ações; Cuidado, que integra a AF às práticas clínicas; e Educação, destinado à capacitação profissional. Esta revisão integrativa teve como objetivo analisar criticamente a produção científica acerca do QUALIFAR-SUS desde sua implementação em 2012.

Material e Método: A busca foi realizada nas bases SciELO, Google Scholar, Periódicos CAPES e repositórios institucionais, contemplando publicações entre 2012 e 2025. Foram incluídos estudos qualitativos, quantitativos e relatos técnicos que abordassem centralmente a implementação, os efeitos ou a estruturação da AF no âmbito do programa. Sete estudos atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** Foram incluídos estudos com diferentes abordagens metodológicas, avaliações normativas e de implantação, estudos transversais, análises observacionais, relatos de experiência e documentos institucionais. De modo geral, os estudos indicam que o programa contribuiu para melhorias na infraestrutura, informatização dos serviços e organização da AF municipal. Os avanços ocorreram de forma desigual entre os municípios, influenciados pela capacidade de gestão local, disponibilidade de recursos humanos e condições socioeconômicas. Foram identificadas fragilidades na institucionalização da AF, na integração do planejamento municipal e na regularidade e utilização dos recursos financeiros. Os achados foram organizados em cinco categorias analíticas: infraestrutura da farmácia; gestão e planejamento da AF; pactuação interfederativa; institucionalização da AF; e efeitos do programa e lacunas identificadas. **Discussão:** A literatura indica que o QUALIFAR-SUS tem contribuído para melhorias estruturais na AF, como adequação de espaços, informatização e aprimoramento das centrais de abastecimento. Contudo, os efeitos do programa ocorrem de forma desigual entre os municípios, sendo fortemente influenciados pela capacidade de gestão local, disponibilidade de recursos humanos e condições socioeconômicas. Fragilidades no planejamento, limitações institucionais e irregularidades no financiamento também interferem na sustentabilidade das ações. Além disso, a produção científica ainda é limitada e concentrada em análises locais, com escassez de estudos avaliativos robustos. Esses achados indicam que, embora o programa possua potencial indutor de melhorias, sua efetividade depende do fortalecimento da governança, da articulação interfederativa e da ampliação de evidências sistematizadas sobre seus resultados. **Conclusão:** A revisão integrativa evidencia que o QUALIFAR-SUS tem contribuído para avanços relevantes na qualificação da AF no SUS, especialmente no fortalecimento da infraestrutura, na organização dos serviços e na ampliação da atuação farmacêutica na Atenção Básica. Entretanto, a efetividade do programa apresenta variações entre os municípios, influenciadas por desigualdades regionais, capacidade de gestão local e disponibilidade de recursos humanos e financeiros. Além disso, observa-se escassez de estudos avaliativos com abrangência nacional e uso de indicadores de impacto.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Atenção primária à saúde; Políticas de saúde; Revisão integrativa; Gestão em saúde.

Referências:

1. Rodrigues PS. Análise da implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica para a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica [dissertation on the Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2016 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <http://dx.doi.org/10.26512/2016.03.D.23172>
2. Kreutz LM. Análise do Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS) em municípios do RS [dissertation on the Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2021 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/231512>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017: consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html
4. Mendes SJ, et al. Fatores sociais e técnicos relacionados ao desenvolvimento da gestão municipal da Assistência Farmacêutica: resultados do Qualifica AF. Saude Debate. 2024;48(143). doi: 10.1590/2358-289820241438833P.
5. Souza LS, Silva MMP, Santos MA, et al. Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS): avanços e desafios para a assistência farmacêutica na atenção básica. Rev Saude Publica. 2021;55. doi: 10.11606/S1518-8787.201705100supl2ap.

Implantação de Linha de cuidado de infecções fúngicas invasivas gerenciada pela farmácia clínica: indicadores clínicos, econômicos e de desempenho em um hospital pediátrico terciário

Autores: Beatriz Nayra Dias de Andrade¹ <https://orcid.org/0000-0003-2007-2741>, Harli Pasquini-Netto¹ <https://orcid.org/0000-0002-4391-676X>, Marinei Campos Ricieri¹ <https://orcid.org/0000-0002-7827-7750>, Laura de Almeida Lanzoni¹ <https://orcid.org/0009-0002-0207-0830>, Isabela Antunes da Silva Chemin² <https://orcid.org/0009-0008-0768-8596>, Fábio Araújo Motta¹ <https://orcid.org/0000-0001-6241-0302>.

Instituições: ¹Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com o objetivo): As infecções fúngicas invasivas (IFI) representam uma importante causa de morbimortalidade em crianças imunocomprometidas. Modelos de linhas de cuidado (LC) de IFI gerenciadas por farmacêutico clínico especialista em stewardship de antifúngicos são estratégias promissoras, porém ainda pouco descritas na literatura pediátrica. **Objetivo:** Avaliar a implantação de uma LC-IFI gerenciada pela farmácia clínica em hospital pediátrico, através de indicadores clínicos, econômicos e de desempenho. **Descrição:** **Materiais e Métodos:** Estudo quasi-experimental de pacientes internados para transplante de células-tronco hematopoiéticas com infecção fúngica invasiva em hospital pediátrico terciário. Estabeleceu-se o grupo pre-LC-IFI entre setembro/24 e maio/25 como comparador. O grupo pós-LC-IFI (junho/25-fevereiro/26) integrou o gerenciamento de antifúngicos com os serviços de farmácia clínica, microbiologia e equipes médicas de onco-hematologia, transplante de medula óssea e terapia intensiva pediátrica. Os dados foram coletados através de revisão de prontuários. Avaliaram-se, apenas no pós -LC-IFI, indicadores de acompanhamento, intervenções farmacoterapêuticas, aceitabilidade, custo evitado na perspectiva hospitalar. Ao passo que, o EQUAL Candida Score, mortalidade e taxa de transição oral foram comparados entre os grupos. CAAE: 83381224.9.0000.0097. **Resultados:** Foram incluídos 48 pacientes (pré-LC: 29; pós LC: 19). Os indicadores decorrentes das intervenções realizadas pelos integrantes da LC-IFI compreenderam ajustes de doses, indicação de antifúngico terapêutico ou profilático, tempo de tratamento e sugestão de exames diagnósticos ou de acompanhamento do tratamento antifúngico. No período, foram acompanhadas 351 terapias antifúngicas de 306 atendimentos hospitalares (média: 38 atendimentos acompanhados/mês), com 319 intervenções pela LC e aceitabilidade de 95,3% pelas equipes. As intervenções mais realizadas foram de solicitação de exames laboratoriais e microbiológicos (33%) e identificação de farmacoterapia inapropriada (22,2%), com 70,7% das intervenções relacionadas à indicação de antifúngicos. O custo evitado por meio das intervenções da linha de cuidado foi de R\$ 295.193,00. Na candidemia, a mediana da pontuação EQUAL aumentou de 18 para 21 (Teste de Mann-Whitney; p-valor <0,001), houve uma tendência de aumento da taxa de transição oral de 24% para 47% (Teste Exato de Fisher; p-valor= 0,124) e a mortalidade por todas as causas em até 30 dias tendeu uma redução de 10,3% para 5,3 % (Teste Exato de Fisher; p-valor= 1,000). **Conclusão:** A implantação de linha de cuidado de infecções fúngicas invasivas pediátricas gerenciada por um farmacêutico clínico exclusivo apresentou excelentes indicadores de processo assistencial e evitou custos relacionados ao cuidado. Além disso, houve melhora na qualidade do manejo clínico da candidemia, evidenciada pelo EQUAL Candida Score, e pela alta aceitabilidade das intervenções pela equipe assistencial. Os achados sugerem que o modelo de navegação farmacêutica de LC-IFI é promissor e potencialmente replicável em hospitais pediátricos de alta complexidade.

Palavras-chave: Infecções fúngicas invasivas; Gerenciamento de Antimicrobianos; Farmácia Clínica; Pediatria.

Referências:

1. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2016;62(4):e1-50. doi: 10.1093/cid/civ933.
2. Bal AM, Steinmann J, Bassetti M, Lehrnbecher T, Groll AH, Castagnola E, et al. The Paediatric European Confederation of Medical Mycology (ECMM) Quality (Paed-EQUAL) Candida Score for the management of candidaemia in children and neonates. Mycoses. 2025;68(3). doi: 10.1111/myc.14272.
3. Blyth CC, Palasanthiran P, O'Brien TA. Antifungal therapy in children with invasive fungal infections: a systematic review. Pediatrics. 2007;119(4):772-84. doi: 10.1542/peds.2006-2409.
4. Howard P, Pulcini C, Levy Hara G, West RM, Gould IM, Harbarth S, et al. An international cross-sectional survey of antimicrobial stewardship programmes in hospitals. J Antimicrob Chemother. 2015;70(4):1245-55. doi: 10.1093/jac/dku497.
5. Lehrnbecher T, Robinson PD, Fisher BT, Alexander S, Ammann RA, Beauchemin M, et al. Galactomannan, beta-D-glucan, and PCR-based assays for diagnosis of invasive fungal disease in pediatric cancer and hematopoietic stem-cell transplantation: a systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis. 2016;63(10):1340-8. doi: 10.1093/cid/ciw592.

Implementação de Modelo Preditivo e Controle Estatístico para Gestão de Estoque em Farmácia Hospitalar de Alta Complexidade

Autores: Hermes Augusto Santos¹ <https://orcid.org/0009-0002-7210-4936>, Daniel Jesus Ribeiro¹, Fernanda Reis Da Silva Pereira Alves², Glaucia Santos Noblat¹, Leonardo Toledo Kister¹

Instituições: ¹Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Salvador – Bahia – Brasil, ²Universidade Federal Da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com o objetivo): A gestão de medicamentos em hospitais de alta complexidade exige precisão e análise para evitar o desabastecimento de itens críticos, além evitar capital imobilizado. Modelos tradicionais de ressurgimento são frequentemente baseados em médias simples e falham ao não considerar a sazonalidade e a variabilidade intrínseca do consumo hospitalar, como também a utilização de medicamentos para tratamentos específicos. A utilização de ferramentas analíticas acessíveis, como planilhas eletrônicas, permite transformar dados históricos em inteligência logística, facilitando o ressurgimento do estoque de medicamentos. **OBJETIVOS:** Relatar a implementação de um modelo de predição de demanda de medicamentos baseado em suavização exponencial e estabelecer um sistema de alertas precoces para picos de consumo intra-mês em uma farmácia hospitalar. **Descrição:** **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência sobre a aplicação de métodos estatísticos em uma série histórica de consumo de 12 meses e o consumo apurado no mês extraído do sistema de gestão de estoques e transportado para planilhas eletrônicas. A metodologia dividiu-se em duas frentes: 1. Predição de demanda futura: Aplicação do algoritmo da Suavização Exponencial Tripla (ETS) para capturar tendências e sazonalidades. Esta ferramenta decompõe a série histórica em nível, tendência e sazonalidade, permitindo que o modelo se ajuste às variações de consumo, atribuindo pesos maiores aos dados mais recentes, o que confere maior acurácia em cenários de alta variabilidade no consumo. 2. Monitoramento de desvios: Implementou-se a projeção linear do consumo vigente, comparando-a com o limite superior de consumo definido pelo cálculo da Média acrescida de dois Desvios Padrões (Média + 2x Desvio Padrão). A normalização dos dados permitiu a identificação de itens com consumo atípico antes do fechamento do período mensal. **RESULTADOS:** Na primeira aplicação do novo modelo, foram identificados 34 medicamentos para aquisição em um elenco de 686 itens, os quais não haviam sido indicados no modelo anterior. A aplicação do modelo resultou em uma melhoria significativa na previsibilidade das necessidades de compra, tanto pela identificação de picos de consumo quanto pela predição do nível de estoque de medicamentos. A indicação de picos de consumo dentro do próprio mês, antes apenas observados em momentos críticos ou quando do desabastecimento do item, passaram a ser melhor monitorados por meio do desvio padrão, permitindo que a equipe pudesse intervir proativamente, evitando compras emergenciais e rupturas de estoque. Observou-se que itens de alta variabilidade foram melhor monitorados, permitindo ajustes finos no estoque disponível. A metodologia conferiu maior segurança ao processo de aquisição, alinhando o planejamento físico-financeiro à realidade assistencial da instituição. **Conclusão:** A integração de métodos estatísticos avançados à rotina da farmácia hospitalar demonstra que a análise e uso de dados é uma competência estratégica para o farmacêutico gestor. O modelo proposto mostrou-se eficaz, de baixo custo de implementação e replicável, utilizando ferramentas disponíveis, contribuindo para a eficiência operacional e a sustentabilidade econômica do serviço de saúde. Este tipo de análise não elimina ou reduz a análise clínica do farmacêutico gestor em avaliar criticamente o uso de medicamentos no hospital, mas trata-se de uma proposta de uma ferramenta para auxiliar a tomada de decisões.

Palavras-chave: Farmácia Hospitalar; Gestão de Estoques; Estatística Aplicada.

Referências:

1. Marin S, Mesquita AM, Rocha BS. Gestão de estoques em farmácia hospitalar: uma revisão integrativa. J Assist Farm Farmacocon. 2021;6(1):15-28.
2. Makridakis S, Hyndman RJ, Petropoulos F. Forecasting: theory and practice. Int J Forecast. 2020;36(1):4-38.
3. Bisquerra R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica hospitalar: boas práticas. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Montgomery DC. Introdução ao controle estatístico da qualidade. 7. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2016.

Incorporação de tecnologias para doenças raras na ATS brasileira: estudo descritivo, 2012–2025

Autores: Aldenora Maria Ximenes Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0002-8625-6706>, Mônica Vinhas de Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-4673-0637>

Instituição: ¹Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande – Paraíba – Brasil

Introdução (com objetivo): A incorporação de tecnologias de saúde para doenças raras desafia os sistemas de saúde devido ao elevado custo, à limitada evidência clínica e à complexidade regulatória, associada a uma crescente pressão dos grupos de pacientes e familiares. No Brasil, a crescente demanda por terapias de alto custo pressiona a decisão e a sustentabilidade do SUS. Apesar da relevância do tema, há pouca sistematização sobre o perfil das demandas e os desfechos dessas avaliações no processo de ATS. O objetivo do trabalho foi descrever o perfil de incorporação de tecnologias relacionadas a doenças raras no processo brasileiro de ATS no SUS. **Material e Método:** Estudo descritivo retrospectivo com dados secundários dos painéis públicos “Tecnologias Demandadas” e “Recomendações” da CONITEC (2012–setembro/2025), comparando tecnologias demandadas para doenças raras e ‘não-raras’. Foram extraídas variáveis: demandante, tipo de tecnologia, decisão final, justificativas de não incorporação, datas e indicação clínica. As demandas foram classificadas como relacionadas a doenças raras quando a indicação atendia à definição brasileira oficial. Para padronização e redução de duplicidades, aplicou-se semelhança textual ao nome da tecnologia e indicação, com revisão manual posterior. A unidade de análise foi a demanda (fluxo e tempo) e, para taxa de incorporação, a tecnologia avaliada no subconjunto de demandas de incorporação. Taxas foram comparadas por qui-quadrado e tempo até decisão por Mann–Whitney U ($\alpha=5\%$). **Resultados:** Foram identificadas 1.133 demandas, sendo 900 direcionadas à novas tecnologias. Entre estas, 191/900 (21,2%) foram relacionadas a doenças raras, incluindo demandas de incorporação (171/191; 89,5%), ampliação (12/191; 6,3%) e exclusão (8/191; 4,3%). As 171 demandas de incorporação corresponderam a 139 tecnologias totais para doenças raras: 76,9% medicamentos, 21,6% procedimentos e 1,4% produtos. A taxa de incorporação por tecnologia foi 59,7% (83/139) em doenças raras e 66,1% (303/459) em tecnologias não raras ($p=0,208$). O tempo até decisão apresentou mediana de 229 dias (IIQ 137–305) para raras e 223 dias (IIQ 182–312) para não raras ($p=0,081$). Entre as tecnologias não incorporadas relacionadas a doenças raras, os motivos mais frequentes para decisão negativa incluíram fragilidade das evidências, custo-efetividade desfavorável e impacto orçamentário elevado. A distribuição anual das incorporações de tecnologias para doenças raras apresentou tendência de crescimento, com três incorporações em 2012 e nove em 2025. **Conclusões:** O padrão observado sugere que o principal desafio da ATS em doenças raras não é a tramitação do processo, mas a redução de incertezas clínicas e econômicas que condicionam decisões. Esse perfil indica a necessidade de uso de estratégias de manejo de incerteza e sustentabilidade após a decisão, com governança de evidência (obtenção e sistematização de dados de mundo real e reavaliações) e, quando pertinente, arranjos condicionais de acesso.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Doenças raras; Incorporação; Economia da Saúde.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Tecnologias demandadas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [citado 2026 abr 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/tecnologias-demandadas>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Recomendações Conitec [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [citado 2026 abr 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-conitec>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2026 abr 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html
4. O'Rourke B, Oortwijn W, Schuller T; International Joint Task Group. The new definition of health technology assessment: a milestone in international collaboration. *Int J Technol Assess Health Care*. 2020;36(3):187-90. doi:10.1017/S0266462320000215.
5. Biglia LV, Aguiar PM, et al. Incorporation of drugs for rare diseases in Brazil: is it possible to have full access to these patients? *Cien Saude Colet*. 2021;26(11). doi:10.1590/1413-812320212611.26722020.

Índice de Recebimento de Custeio como indicador complementar do QualifarSUS

Autores: Marcelo Tavares Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0001-6919-4016>, Pablo de Moura Santos¹ <https://orcid.org/0000-0001-6821-0141>, Joslene Lacerda Barreto¹ <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>

Instituição: ¹ Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com objetivo): O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS) foi instituído em 2012 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de aprimorar a gestão e a oferta de serviços farmacêuticos na atenção primária do SUS. O Eixo Estrutura repassa para municípios habilitados recurso inicial para investimentos na estruturação de farmácia e trimestralmente, recursos para custeio, condicionado ao monitoramento do envio de informações para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Bnafar) [1,2,3]. Embora a Portaria nº 1.214/2012 preveja o monitoramento dessas condicionalidades, observa-se a ausência de uma métrica de sustentabilidade financeira no município. Diante deste cenário, propõe-se o Índice de Recebimento de Custeio (IRC) como indicador complementar que avalie a transferência financeira no município. Fundamentado nos conceitos de efetividade, o IRC se configura como uma ferramenta para identificar o desempenho no recebimento do recurso de custeio para estruturação de farmácias de atenção primária[4]. **Objetivos:** apresentar o IRC como indicador complementar de desempenho municipal e demonstrar sua aplicabilidade e sensibilidade em mapear disparidades na manutenção do recebimento do recurso de custeio em 453 municípios habilitados no primeiro ciclo (2012) do QualifarSUS, servindo como ferramenta de avaliação institucional, bem como para o controle social. **Material e Método:** Estudo quantitativo, retrospectivo e longitudinal de validação de indicador. Abrangeu 453 municípios habilitados no ciclo inaugural (2012) do programa, com informações coletadas no Painel QualifarSuS do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde. O IRC foi estruturado como uma razão aritmética calculada entre o valor efetivamente recebido e o teto planejado (R\$336.000,00/município). Os municípios foram estratificados em cinco faixas de desempenho (Excelência IRC = 100%; Alto IRC 75-99%; Médio IRC=50-74%); Baixo IRC=25-49%; e Muito baixo IRC=0-24%. A validação estatística incluiu o teste de correlação de Pearson para verificar a validade divergente do IRC em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) testando a hipótese de independência do indicador frente a variáveis socioeconômicas estruturais. **Resultados:** O IRC foi heterogêneo entre os municípios da amostra, variando entre 8,9% e 100%. A análise bivariada entre o IRC e o IDHM apontou fraca correlação, o que comprovou a independência do IRC nas variáveis socioeconômicas e estruturais medidas no IDHM. **Conclusões:** O IRC é uma ferramenta de avaliação complementar capaz de estratificar municípios por níveis de desempenho: excelente, alto, médio, baixo e muito baixo, podendo ser usado como métrica específica de governança municipal e monitoramento para o controle social. Com fraca correlação com o IDHM, o índice aponta para os casos de sucesso (alto desempenho no recebimento de custeio) e para as lacunas técnico-administrativas (perda de recursos). Estes resultados apontam para a necessidade de buscar outras variáveis intervenientes, o que será realizado com estudo qualitativo de uma amostra desses casos, na perspectiva do Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon, para explicar a causalidade do sucesso ou da perda de recursos [5].

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Indicador de Saúde Assistência Farmacêutica; Financiamento dos Sistemas de Saúde.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Diário Oficial da União. 2012 jun 14.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2017 out 3.
3. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Nota técnica: QUALIFAR-SUS [Internet]. Brasília: CONASEMS; 2022 [citado 2026 jun 10]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br>
4. Zucatto LC, Hein N, Rodrigues Junior MM. Proposição de indicadores de desempenho na gestão pública. ConTexto. 2009;9(16):1-19.
5. Gottens LBD, Pires MRGM, Guilhem D, Alves ED. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. Saude Soc. 2013;22(2):511-20.

Influência do Modelo Institucional na Combinação de Fontes Pagadoras Hospitalares: Implicações para Acesso ao Mercado e Farmacoeconomia no Brasil

Autores: Miriam Allein Zago Marcolino¹ <https://orcid.org/0000-0001-5333-3173>, João Pedro Mazuco Rodriguez², Luana Queiroz de Moraes³, Daniela Vuolo⁴, Rafael Correa Dela Roveri⁵, Alan Man Kar Sing⁴, Angelo Orru Neto⁴, Karlyse Claudino Belli⁶

Instituições: ¹iHealth – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²iHealth – Passo Fundo – Rio Grande do Sul – Brasil, ³iHealth – Taubaté – São Paulo – Brasil, ⁴iHealth – São Paulo – São Paulo – Brasil, ⁵iHealth – São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil, ⁶iHealth – Guarujá – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): A dinâmica de acesso à saúde no Brasil ocorre em instituições de saúde com diversificadas fontes de financiamento, público, privado ou misto [1]. Compreender o perfil do pagador em cada cenário é essencial para desenhar estratégias de acesso mais assertivas. O objetivo foi demonstrar como a natureza administrativa do prestador de serviço (privado ou misto) influencia a composição da carteira de fontes pagadoras. A análise visou quantificar a variabilidade de diferentes fontes pagadoras em cada modelo institucional, explorando o posicionamento das fontes pagadoras da saúde suplementar em diferentes modelos institucionais. **Material e Método:** Levantamento exploratório utilizando a base de dados de mundo real processada pela Plataforma Smart Health Connect (SHC) da iHealth. Foram selecionados os registros da base para os quais a fonte pagadora detalhada estava disponível, em hospitais “privados” (N=9) e “mistos” (N=8), localizadas em 6 estados brasileiros, 13 cidades, incluindo atendimentos registrados até fevereiro de 2026. Analisou-se a distribuição percentual das fontes pagadoras por atendimento, classificando as fontes da saúde suplementar de acordo com a modalidade organizacional da ANS. Empresas e outras fontes pagadoras sem registro identificado na ANS foram classificadas como “Outras” e o Sistema Único de Saúde, Prefeituras e outras autarquias governamentais foram agregadas na categoria “Público/Governamental”, além dos pagamentos particulares. **Resultados:** A partir das 17 instituições selecionadas, 971.815 pacientes com 4.620.499 registros de atendimento (81% em instituições mistas) foram classificados de acordo com a fonte pagadora. Em hospitais mistos, a maioria dos atendimentos foram realizados com financiamento Público/Governamental (78%), seguidos por Cooperativas Médicas (8%) e Medicina de Grupo (5%). Para hospitais privados, a maior parte dos atendimentos foram de Cooperativas Médicas (48%), seguido por Público/Governamental (25%) e Seguradoras Especializadas (10%). Atendimentos particulares compuseram aproximadamente 5% em instituições privadas e 2% em instituições mistas. **Conclusões:** A natureza administrativa dos hospitais influencia diretamente a combinação de fontes pagadoras, evidenciando padrões distintos de financiamento e acesso. Instituições mistas apresentam predominância de financiamento público, enquanto instituições privadas concentram maior participação da saúde suplementar. Para a indústria farmacêutica e a farmacoeconomia, esses achados reforçam a necessidade de estratégias segmentadas de acesso e precificação. O uso de dados de mundo real permite compreender variações institucionais e regionais, apoiando decisões mais precisas e otimizando a alocação de recursos.

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde; Cobertura de serviços de saúde; Sistemas de Custos em Instituições de Saúde.

Referências:

1. Machado JP, Martins M, Leite IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saude Debate*. 2015;39(spe):39-50. doi:10.5935/0103-1104.2015S00 5245.

Inteligência Farmacoeconômica Aplicada: otimização de doses e sustentabilidade na gestão de medicamentos de alto custo

Autores: Bárbara Venturini¹ <https://orcid.org/0009-0006-5275-8958>, Denise Bárbara de Amorim¹

Instituição: ¹Hospital Dom Malan – Petrolina – Pernambuco – Brasil

Introdução (com o objetivo): A gestão de medicamentos de alto custo em ambientes de alta complexidade exige estratégias que transcendam a logística convencional, demandando o que se define como inteligência farmacoeconômica. No contexto da neonatologia do Hospital Dom Malan, identificou-se uma ineficiência estrutural na utilização do surfactante porcino (poractante alfa): o cenário pré-intervenção era caracterizado pelo uso recorrente de duas ampolas de 1,5 ml para compor doses terapêuticas únicas, gerando um custo por procedimento de R\$ 3.606,92, muito superior ao custo de uma ampola de 3,0ml. Tal prática evidenciava uma lacuna de sustentabilidade e uma oportunidade crítica para a otimização de recursos. O objetivo deste trabalho é descrever a implementação de uma estratégia de otimização de doses baseada na atualização do elenco e na intervenção farmacêutica ativa, quantificando o impacto financeiro e a sustentabilidade dessa melhoria ao longo de doze meses. **Descrição:** A intervenção pautou-se na transição para um modelo de governança clínica ativa. As etapas consistiram em: 1) Análise de minimização de custos, comparando o custo-oportunidade entre apresentações comerciais; 2) Reengenharia do elenco, com a padronização estratégica da ampola de 3,0 ml (Custo: R\$ 2.440,33); 3) Protocolo de intervenção direta, conferindo autonomia ao farmacêutico clínico para a revisão sistemática das prescrições e substituição imediata da solicitação fracionada pela otimizada; 4) Monitoramento em tempo real, assegurando que a decisão clínica estivesse alinhada à eficiência administrativa. Resultados: O estudo consolidou os dados do primeiro ano de implementação (março de 2025 a março de 2026). A substituição da dose fracionada pela dose única de 3,0 ml reduziu o custo direto por aplicação em 32,3%, gerando uma economia de R\$ 1.166,59 por dose. Ao longo de doze meses, o consumo de 136 ampolas de 3,0 ml resultou em um custo evitado acumulado de R\$ 158.656,24. A análise de tendência demonstrou estabilidade absoluta na melhoria, com 100% de adesão institucional desde o primeiro mês, comprovando que a barreira farmacêutica ativa é um método sustentável e eficaz para o controle de gastos em saúde pública. **Conclusão:** A inteligência farmacoeconômica aplicada demonstrou que a otimização de doses é um mecanismo vital para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto comprovou que a intervenção farmacêutica estratégica transforma a gestão de medicamentos de alto custo, entregando uma economia superior a R\$ 150 mil reais em um único item terapêutico. Este relato ratifica o papel do farmacêutico como gestor de valor, capaz de converter análises técnicas em resultados financeiros robustos e preservação da qualidade assistencial.

Palavras-chave: Farmacoeconomia; Gestão de Recursos em Saúde; Farmácia Hospitalar; Neonatologia.

Referências:

1. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(12):986-92.
2. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
3. Polin RA, Carlo WA. Surfactant replacement therapy for preterm and term neonates. *Pediatrics.* 2014;133(1):156-63.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: estudos de avaliação econômica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos clínicos em unidades de farmácia hospitalar. Brasília: CFF; 2021.

Intervenções Farmacêuticas na Gestão de Medicamentos não Padronizados: estratégias para otimização de recursos em um hospital materno-infantil

Autores: Bárbara Venturini¹ <https://orcid.org/0009-0006-5275-8958>, Jamilly Bárbara Araujo¹

Instituição: ¹Hospital Dom Malan – Petrolina – Pernambuco – Brasil

Introdução (com o objetivo): A gestão farmacêutica em unidades hospitalares de alta complexidade exige estratégias rigorosas para o controle de custos sem prejuízo à segurança do paciente. A aquisição de medicamentos não padronizados (NP) representa um desafio logístico e financeiro devido ao custo unitário elevado e à necessidade de compras emergenciais. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de implantação de um fluxo de intervenção farmacêutica para a redução da aquisição de itens não padronizados e quantificar a economia gerada no Hospital Dom Malan em um período de 30 dias. **Descrição:** Trata-se de um relato de experiência sobre uma estratégia de gestão clínica onde o farmacêutico recebeu autonomia da direção para realizar intervenções diretas antes da abertura de processos de compra. As estratégias basearam-se em cinco pilares: 1) Revisão técnica do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP); 2) Discussão presencial com a equipe assistencial no setor para análise do contexto clínico; 3) Proposição de substituição por medicamentos padronizados de mesma classe terapêutica; 4) Suspensão de solicitações feitas por residentes até o endosso formal do médico preceptor ou coordenador do setor; 5) Instituição de análise de 24 horas para pacientes em Pronto Socorro, verificando a efetiva internação antes da aquisição. No período de 30 dias, foram registradas 81 solicitações de medicamentos NP. Após as intervenções, 16 solicitações (19,7%) foram evitadas através da adequação terapêutica. A análise financeira das solicitações evitadas, considerando posologia e tempo de tratamento, demonstrou um custo evitado total de R\$ 1.230,74 no mês. **Conclusão:** A autonomia técnica conferida ao farmacêutico permitiu um filtro clínico-administrativo eficaz. A estratégia demonstrou que a intervenção presencial e a revisão sistemática de prontuários otimizam recursos financeiros e promovem o uso racional de medicamentos. O projeto fortaleceu a integração da farmácia com o corpo clínico e residentes, comprovando a eficácia da farmácia clínica como ferramenta de sustentabilidade e melhoria da qualidade na gestão hospitalar.

Palavras-chave: Farmácia Hospitalar; Gestão de Recursos; Economia da Saúde; Intervenção Farmacêutica.

Referências:

1. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on the pharmacist's role in the formulary management process. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(1):67-76.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência farmacêutica em hospitais e outras unidades de saúde. Brasília: ANVISA; 2013.
3. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos clínicos em unidades de farmácia hospitalar. Brasília: CFF; 2021.
4. Barber N. Designing safer systems to avoid medication errors. *Qual Saf Health Care.* 2002;11(3):258-61.

Intoxicações medicamentosas no Brasil: qual é a carne mais barata do mercado?

Autores: Larissa de Santana Silva¹ <https://orcid.org/0009-0003-0776-277X>

Instituição: ¹Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com o objetivo): As manifestações do racismo institucional, a menor escuta qualificada, dificuldades de acesso da população negra a serviços de saúde de alta complexidade, além do não reconhecimento das intoxicações medicamentosas como eventos de agravos, tornam fundamental a discussão da letalidade das intoxicações medicamentosas considerando grupos de raça/cor. O objetivo desse estudo é estimar a letalidade das intoxicações medicamentosas no Brasil (2018-2022) segundo circunstâncias uso habitual, acidental, uso terapêutico, prescrição médica, erro de administração e automedicação e investigar variáveis no quesito raça/cor. **Material e Método:** Estudo epidemiológico descritivo, individuado, com recorte transversal, utilizando casos notificados de intoxicações medicamentosas no Brasil disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2018-2022). Será estimada letalidade dividindo-se os óbitos pelos casos de intoxicação segundo raça. A incidência será calculada pela divisão das notificações pelo total de habitantes no período. Os dados estimados serão estratificados segundo raça (branca, parda e preta), faixa etária (< 1 ano a 80 anos ou mais) e circunstância (uso habitual, acidental, uso terapêutico, prescrição médica, erro de administração, automedicação), considerando que o agente tóxico envolvido seja medicamento. **Resultados:** Durante o período analisado, foram registradas 97.666 notificações, com perda de informação sobre raça/cor para 14.101 (14,4%). A incidência por 100 mil habitantes foi de 9,3 para brancos, 6,8 para pardos e 3,9 para pretos, as taxas de letalidade foram semelhantes entre os grupos: 0,407%, 0,414% e 0,401% respectivamente. Além da maior letalidade entre pessoas negras, observou-se que a média de idade dos casos de intoxicações nesse grupo (22,4 anos) foi inferior à da população branca (24,1 anos). No recorte temporal, observou-se aumento proporcional de 5,2% nas notificações entre brancos, 10,6% entre pardos e 23% entre pretos. Em relação às circunstâncias, a população preta apresentou maior proporção de casos por automedicação (29,7%) e uso habitual (21,7%) em comparação com a população branca (26% e 18,2%, respectivamente). **Conclusão:** Embora a maior incidência tenha sido observada entre brancos, e a menor entre pretos reflete a subnotificação associada a desigualdades no acesso aos serviços de saúde, populações socialmente vulneráveis tendem a apresentar maior subnotificação, seja por menor procura por serviços, por barreiras estruturais no acesso ao diagnóstico e registro dos casos. As taxas de letalidade foram semelhantes entre os grupos. Além disso, a menor média de idade entre pessoas pretas, quando comparada aos brancos, sugere que as intoxicações nesse grupo atingem indivíduos mais jovens, associados a maior exposição a contextos de vulnerabilidade social. Observa-se também um aumento proporcional mais expressivo nas notificações entre pessoas pretas, seguido por pardos e brancos. Esse crescimento pode refletir mudanças no acesso aos serviços, maior sensibilização para a notificação ou transformações no padrão de uso de medicamentos na população.

Palavras-chave: Intoxicação; Medicamento; População Negra; SINAN; Saúde Pública.

Referências:

1. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Racismo como determinante social de saúde [Internet]. Brasília: SEPPIR; 2011 [citado 2025 maio 18]. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). TABNET: Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [citado 2025 maio 15]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
3. Silva NN, et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20180834. doi:10.1590/0034-7167-2018-0834
4. Tomasiello DB, et al. Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2023 [citado 2025 maio 18]. (Texto para Discussão; n. 2832). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>

Investigação das Principais Interações Fármaco-Nutriente em Adultos e Idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Salvador-BA

Autores: Larissa Helen Silva¹ <https://orcid.org/0009-0007-6657-0048>, Sara Santos Jesus¹ <https://orcid.org/0009-0002-6368-2822>, Gabriel Matos Santana¹ <https://orcid.org/0009-0005-2554-9221>, Matheus Sant'Ana Santos¹ <https://orcid.org/0009-0007-1744-5689>, Érica Tupiniquim Abreu¹ <https://orcid.org/0009-0008-4679-5597>

Instituição: ¹UNIFTC – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com objetivo): A Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica não transmissível de caráter metabólico, caracterizada pela hiperglicemia resultante de defeitos na secreção ou ação da insulina. Sua prevalência aumentou em todo o mundo, em especial em Salvador (BA), atingindo principalmente adultos e idosos, o que representa um desafio para o sistema de saúde (1). Nesse contexto, a alimentação desempenha um papel crucial no controle da diabetes, uma vez que afeta diretamente a resposta glicêmica e a maneira como o corpo utiliza a insulina (2). Por esse motivo, é essencial levar em consideração a interação entre a terapia nutricional e o tratamento medicamentoso, visto que os alimentos podem alterar a ação dos hipoglicemiantes no corpo e impactar a eficácia do tratamento (3). O presente trabalho tem como objetivo conhecer as principais interações fármaco-nutriente em diabéticos em Salvador (BA). Busca-se listar os principais fármacos utilizados por pacientes adultos e idosos com diabetes, relatar as principais interações fármaco-nutriente e investigar dificuldades de acesso a informações sobre o tratamento farmacológico. **Material e Método:** Esse estudo tem caráter observacional, com abordagem descritiva quali-quantitativa, na qual o embasamento foi logrado por meio de dados estatísticos e vivências compartilhadas pelos participantes. O presente trabalho foi realizado nos meses de agosto a novembro de 2025, a pesquisa teve início apenas após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número 7.709.362 e CAAE 88769725.0.0000.5032. A pesquisa foi realizada com a técnica snowball, por meio do questionário virtual, via Google Forms. A amostra foi caracterizada como não probabilística por conveniência. Para análise de dados, o software Microsoft Excel foi utilizado para compilar dados e cálculos estatísticos. **Resultados:** A pesquisa respondida por 32 soteropolitanos, identificou predominância do gênero feminino e faixa etária entre 40 e 50 anos. A metformina foi o fármaco mais utilizado, havendo relatos de outros medicamentos para outras comorbidades, evidenciando a polifarmácia. Verificou-se que 68,7% dos participantes não receberam orientação profissional sobre interações fármaco-nutriente. Apenas 16,7% dos usuários de metformina realizam reposição de vitamina B12, indicando possível risco de deficiência não monitorada. **Conclusões:** O estudo evidenciou a relevância das interações fármaco-nutrientes, destacando a alta incidência de polifarmácia e o uso predominante da metformina, com baixa reposição de vitamina B12. Tal cenário implica na diminuição da absorção desta vitamina no organismo, trazendo malefícios para o indivíduo. Verificou-se a falta de orientação profissional sobre interações fármaco-nutrientes. Esta pesquisa enfrentou limitações; uma delas está na amostra reduzida, composta por 32 participantes, o que, apesar de estar alinhado com estudos semelhantes, limita a capacidade de generalizar os achados. Além disso, a pesquisa revelou que a literatura sobre as interações entre medicamentos e nutrientes é bastante limitada, indicando a vulnerabilidade das equipes de saúde em identificar possíveis interações. Isto reforça a necessidade de capacitação das equipes de saúde e de uma abordagem multiprofissional para promover maior segurança terapêutica e adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo II; Interação alimento-medimento; Nutrientes; Saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2025 Mar 13]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>
2. Pereira LKM, Silva KL, Lima RLF, et al. Interações entre hipoglicemiantes orais e nutrientes: um estudo com idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2. In: Anais do IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 2015; Campina Grande, PB. Campina Grande: Realize Editora; 2015.
3. Iizuka K, Yabe D. Dietary and nutritional guidelines for people with diabetes. *Nutrients*. 2023;15(20):4314. doi: 10.3390/nu15204314.

Mapeamento das Tecnologias de Saúde para o Tratamento de Doenças Negligenciadas em Crianças no SUS

Autores: Bárbara Cristiane da Silva¹ <https://orcid.org/0000-0002-1449-5548>, Alice Santos Melo da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0004-0893-0242>, Gilson Pires Dorneles¹ <https://orcid.org/0000-0001-6524-3204>, Bruna Marmett¹ <https://orcid.org/0000-0002-2982-0323>

Instituição: ¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) afetam principalmente populações vulneráveis, com alta prevalência em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, onde doenças como hanseníase, leishmanioses e doença de Chagas representam importante problema de saúde pública. Na população pediátrica, a exposição precoce a condições ambientais desfavoráveis aumenta a incidência de infecções como malária e doença de Chagas, elevando a morbidade e a demanda por serviços de saúde. Nesse cenário, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é essencial para orientar a adoção de intervenções eficazes e acessíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a redução da carga dessas doenças e a melhoria da qualidade de vida infantil. Mapear as recomendações de tecnologias sobre DTN para a população pediátrica disponíveis no Sistema Único de Saúde. **Material e Método:** Trata-se de uma análise documental, descritiva e retrospectiva dos relatórios de recomendação referentes a medicamentos, produtos e procedimentos de DTN em crianças e adolescentes, publicados no sítio eletrônico da Conitec entre 2015 e janeiro de 2026. A identificação e seleção dos relatórios foi realizada em abril por um pesquisador, sendo posteriormente revisada por um segundo pesquisador. Os dados foram extraídos dos relatórios de recomendação disponíveis em planilha de Excel. O protocolo foi publicado no Open Science Framework (doi: 10.17605/OSF.IO/2XPQ5). **Resultados:** Durante o período analisado foram identificadas 23 tecnologias, das quais 16 (69,57%) são medicamentos, 6 (26,09%) procedimentos e 1 (4,35%) equipamento. Destas, 17 tecnologias (73,91%) tiveram a decisão final de incorporação no SUS, enquanto 5 (21,73%) receberam a decisão de ampliação de uso. Apenas 1 tecnologia (4,35%) foi excluída após a análise. A maioria das tecnologias (95,6%) foi destinada à população pediátrica em conjunto com a população em geral, com exceção de uma tecnologia que é exclusiva para crianças menores de 10 anos. Quanto ao demandante dessas tecnologias, a grande parte (91,3%) foi originada de departamentos ou secretarias do Ministério da Saúde, enquanto 1 tecnologia (4,35%) teve origem na indústria farmacêutica e outra (4,35%) foi demandada por sociedade médica. As doenças mais tratadas pelas tecnologias avaliadas foram a hanseníase, a tuberculose e a malária, que são algumas das principais doenças tropicais negligenciadas que afetam a população brasileira. Em relação à síntese de evidências, apenas 12 relatórios (52,17%) relataram análise de risco de viés ou avaliação da certeza da evidência pela metodologia GRADE. No que se refere à avaliação econômica em saúde (AES), 14 relatórios (60,87%) realizaram algum tipo de análise econômica. Desses, sendo a Análise de Custo-Efetividade a mais prevalente (10 relatórios, 71,43%). **Conclusões:** A análise mostra um avanço na incorporação de tecnologias eficazes no SUS para o tratamento de doenças tropicais negligenciadas. A maioria das tecnologias foi demandada pelo Ministério da Saúde, destacando a prioridade governamental no acesso ao tratamento. Essas ações têm o potencial de melhorar a saúde infantil, especialmente em populações vulneráveis. Assim, busca-se reduzir a carga dessas doenças e promover um atendimento mais acessível.

Palavras-chave: Doenças Tropicais Negligenciadas; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Recomendações da Conitec [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026 [citado 2026 abr 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-da-conitec>

Ocorrência de Fraturas e Perfil de Cuidado em Idosos Frágeis com Osteoporose e Osteopenia Atendidos na Atenção Secundária do SUS em Minas Gerais

Autores: Lucas Lopes Barbosa¹, Fernanda Campos Pinheiro¹, Cristina Mariano Ruas¹

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Introdução (com objetivo): A osteoporose e a osteopenia estão associadas ao aumento do risco de fraturas em idosos, especialmente em indivíduos frágeis, configurando importante problema de saúde pública devido ao impacto sobre morbimortalidade, perda de autonomia e aumento da demanda por serviços de saúde¹. A identificação do perfil clínico e de cuidado dessa população é essencial para o aprimoramento das estratégias de prevenção e manejo no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Descrever a ocorrência de fraturas e o perfil de cuidado em idosos frágeis com osteopenia e osteoporose atendidos em serviço de referência da atenção secundária². **Material e Método:** Estudo observacional transversal, de caráter descritivo, conduzido por meio de inquérito telefônico. A população incluiu idosos frágeis com diagnóstico de osteopenia ou osteoporose previamente atendidos em serviço de referência da atenção secundária e acompanhados na rede de atenção à saúde. As entrevistas foram realizadas com pacientes ou respondentes substitutos. As variáveis analisadas incluíram características sociodemográficas, prática de atividade física, exposição solar, histórico de fraturas e uso de medicamentos ou suplementos. Foi realizada análise descritiva dos dados. Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Foram contatados 624 indivíduos, com predominância do sexo feminino. A ocorrência de fraturas foi elevada, sendo relatada por 47,2% dos pacientes ao longo da vida. Observou-se elevada frequência de fatores de risco modificáveis descritos na literatura, incluindo inatividade física (77,0%) e baixa exposição solar regular (68,8%). Apenas 20,5% dos pacientes relataram prática de atividade física, sendo a caminhada a principal modalidade. Em relação ao uso de medicamentos ou suplementos para saúde óssea, 44,8% relataram utilização, enquanto 17,2% não souberam especificar o tratamento em uso. **Discussão:** Os resultados demonstram elevada ocorrência de fraturas em idosos frágeis com osteopenia e osteoporose, especialmente em mulheres, associada à presença significativa de fatores de risco modificáveis, como sedentarismo e baixa exposição solar. Esses achados reforçam a importância de intervenções voltadas à promoção da saúde óssea, considerando o impacto das fraturas na funcionalidade, qualidade de vida e mortalidade dessa população. Apesar de parte dos pacientes relatar uso de terapias medicamentosas, observam-se lacunas na adesão, no conhecimento sobre o tratamento e na continuidade do cuidado. **Conclusões:** A alta ocorrência de fraturas em idosos frágeis, associada a fatores de risco modificáveis, evidencia a necessidade de fortalecer estratégias integradas de cuidado no SUS, com uso adequado de terapias, acompanhamento contínuo e atuação da assistência farmacêutica na prevenção e promoção da saúde óssea.

Palavras-chave: Osteoporose; Fraturas; Idoso Fragilizado; Assistência farmacêutica; Atenção Secundária.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria SCTIE nº 19, de 2 de outubro de 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
2. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 2.603, de 7 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. Diário Oficial de Minas Gerais. 2010;230(1):68.

Panorama das Evidências sobre Toxicidade Financeira em Oncologia: revisão narrativa de revisões

Autores: Fernanda Alves de Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0003-0342-4397>, Mariana Andrade Fiorino Monteiro Novo², Joao Paulo da Silveira Nogueira Lima³, Alessandro Gonçalves Campolina¹

Instituições: ¹Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Universidade Estadual Paulista – São Paulo – São Paulo – Brasil, ³A.C. Camargo Cancer Center – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): Toxicidade financeira (TF) está sendo reconhecida como um efeito adverso do custo do câncer, análogo a toxicidade clínica, capaz de comprometer os resultados do tratamento. O objetivo desta revisão é sintetizar as evidências relacionadas à prevalência do fenômeno e aos fatores associados. O objetivo desta revisão é sintetizar as evidências sobre a TF, como fatores de risco, consequências, conceito, mensuração e estratégia de mitigação. **Material e Método:** Trata-se de uma revisão narrativa de revisões (“overview of reviews”). O estudo seguiu uma abordagem estruturada, conforme as recomendações metodológicas para revisões de revisões proposta pela Cochrane e o checklist PRISMA 2020, adaptado para o formato narrativo. A busca bibliográfica foi realizada na base de dados PubMed/MEDLINE, sem restrição de idioma, tipo de publicação ou período temporal, em 07 de junho de 2025. **Resultados:** Dentre os 34 estudos incluídos, 28 estudos são revisões sistemáticas e 6 artigos são revisões de escopo. A maioria das pesquisas foi realizada em países de alta renda, especialmente nos Estados Unidos. Os estudos abordaram vários tipos de câncer, com foco mais notável nos cânceres de mama, colorretal, próstata, bexiga e pulmão. Metade dos estudos abordaram “prevalência” como tópico; o segundo tópico mais estudado foi fatores de risco associados a TF. Dentre os demais temas estão: impacto da TF, métodos de triagem, intervenção e formas de se mensurar a TF. Existe uma heterogeneidade significativa na forma como a toxicidade financeira é definida e medida. Atualmente, ela é vista como um problema universal, que afeta pacientes mesmo em sistemas de saúde com financiamento público e cobertura universal. A prevalência varia de acordo como a TF é medida; de forma geral, a TF em pacientes oncológicos apresenta uma prevalência global estimada em torno de 45 a 48% segundo meta-análises que utilizaram ferramentas de autorrelato, como a escala COST. A TF é mais frequente em contextos de menor desenvolvimento econômico, atingindo até 78,8% em países de baixo e médio rendimento, enquanto em países de alto rendimento a prevalência é menor. O conceito de TF é multifacetado, abrangendo não apenas os custos objetivos relacionados ao tratamento, mas também o sofrimento subjetivo relacionado ao estresse financeiro, no entanto, as avaliações realizadas nos estudos revisados frequentemente não contemplam a complexidade desse fenômeno, concentrando-se majoritariamente em indicadores econômicos objetivos ou em ferramentas que não abrangem os todos os domínios envolvidos nesta problemática, como, por exemplo FACIT- COST. Esta mensuração heterogênea impossibilita comparações consistentes entre diferentes contextos. Uma das conclusões mais fortes e consistentes é a associação negativa entre TF e qualidade de vida. **Conclusões:** A TF em pacientes oncológicos exige uma abordagem multidimensional que considere os aspectos objetivos e subjetivos. A padronização de instrumentos de avaliação e a ampliação do escopo dos estudos são passos necessários para documentação de dados para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas clínicas que minimizem esse problema, melhorando a qualidade de vida e os resultados clínicos dos pacientes oncológicos. Apesar do crescente volume de pesquisas, há uma necessidade urgente de estudos longitudinais, maior diversidade geográfica e avaliações da eficácia de intervenções que possam minimizar esse problema, sobretudo em países de baixa e média renda.

Palavras-chave: Toxicidade Financeira; Câncer; Despesas Catastróficas em Saúde; Revisão.

Referências:

1. Carrera PM, Kantarjian HM, Blinder VS. The financial burden and distress of patients with cancer. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(2):153-65. doi:10.3322/caac.21443.
2. Zafar SY, Peppercorn JM, Schrag D, Taylor DH, Goetzinger AM, Zhong X, et al. The financial toxicity of cancer treatment: a pilot study assessing out-of-pocket costs and patient-reported financial hardship. *Oncologist.* 2013;18(4):381-90. doi:10.1634/theoncologist.2012-0279.
3. Altice CK, Banegas MP, Tucker-Seeley RD, Yabroff KR. Financial hardships experienced by cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2017;109(2):djw205. doi:10.1093/jnci/djw205.
4. Witte J, Mehlis K, Surmann B, Lingnau R, Damm O, Greiner W, Winkler EC. Methods for measuring financial toxicity after cancer diagnosis and treatment: a systematic review and its implications. *Ann Oncol.* 2019;30(7):1061-70. doi:10.1093/annonc/mdz140.
5. Jiahui L, Li X, Wang L, Li X, Li J, Fang Y, et al. Breast cancer patients' experiences of coping with financial toxicity: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Psychooncology.* 2025.

Perfil Clínico e Epidemiológico de Indivíduos com Atraso ou Regressão do Desenvolvimento Neuropsicomotor Acompanhados em um Centro de Referência em Salvador-Bahia

Autores: Luan Guanais Soriano¹, Emília Embiruçu Leão², Genario Oliveira Santos Junior³ <https://orcid.org/0000-0001-7766-2238>, Sibeles Tozetto Klein¹

Instituições: ¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador – Bahia – Brasil, ²Hospital Universitário Prof. Edgard Santos – Salvador – Bahia – Brasil, ³Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com objetivo): O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é um processo dinâmico, contínuo e sequencial de maturação neurológica e aquisição de habilidades cognitivas, motoras, sociais e afetivas, que reflete a interação entre fatores genéticos, biológicos e ambientais. Estima-se que, em todo o mundo, aproximadamente 200 milhões de crianças menores de cinco anos estejam em risco de apresentar algum grau de atraso no desenvolvimento. Ferramentas como o sequenciamento de nova geração (NGS) e o uso de inteligência artificial em bancos de dados clínicos têm permitido identificar padrões genotípicos e fenotípicos precoces, melhorando significativamente a acurácia diagnóstica. Logo, este estudo teve como objetivo identificar os determinantes epidemiológicos, clínicos e genéticos associados ao atraso ou à regressão do desenvolvimento neuropsicomotor em indivíduos atendidos no Ambulatório de Neurogenética de um Hospital Universitário da Bahia. **Material e Método:** Trata-se de um estudo transversal com dados retrospectivos envolvendo pacientes atendidos no ambulatório de Neurogenética de um hospital universitário em Salvador, Bahia, no período de 2015 a 2020. A população do estudo foi composta por pacientes da faixa etária pediátrica com história de atraso ou regressão do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) iniciada na primeira década de vida. Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes com diagnóstico ou em investigação, que apresentavam atraso ou regressão do DNPM. As variáveis analisadas foram definidas em três categorias principais: variáveis epidemiológicas, variáveis clínicas e variáveis genéticas. A análise descritiva foi realizada utilizando o software PSP. **Resultados:** 97 participantes foram incluídos. A idade média foi de 106,71 meses (DP 42,3). 55, 7% eram do sexo masculino. 71,1% apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM). A maioria (65%) dos pacientes realizou análise do cariótipo. Ainda nesse contexto, 40,2% dos pacientes realizaram o sequenciamento de nova geração (NGS), análise do exoma em 33%. Os exames de maior profundidade, Exoma e Genoma, demonstraram positividade de 93,7% e 100%, respectivamente. A taxa global de detecção de variantes genéticas clinicamente relevantes 58% foram classificadas como patogênicas, 10% como provavelmente patogênicas e 31% como variantes de significado incerto. **Conclusões:** Os testes genéticos de maior resolução apresentaram maiores taxas de positividade, especialmente o exoma e o genoma. Os achados reforçam a relevância da investigação genética na definição etiológica dos distúrbios do neurodesenvolvimento e apontam para a necessidade de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce no sistema de saúde. No estudo, destacou-se o intervalo tardio entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo, evidenciando barreiras no acesso à investigação genética especializada. Os resultados reforçam a importância da incorporação de tecnologias genômicas, como o sequenciamento de nova geração (NGS), no diagnóstico de distúrbios do neurodesenvolvimento, bem como da capacitação das equipes multiprofissionais na identificação precoce de sinais de alerta. O perfil clínico e epidemiológico observado evidencia a heterogeneidade genética dos distúrbios do neurodesenvolvimento e as desigualdades regionais no acesso ao diagnóstico especializado. Os achados reforçam a importância da incorporação de tecnologias genômicas, como o exoma e genoma, na investigação etiológica do atraso e regressão do DNPM.

Palavras-chave: Neurodesenvolvimento; Transtornos do desenvolvimento neurológico; Doenças genéticas; Testes genéticos.

Referências:

1. Albanji M, et al. Central and peripheral hypotonia in children: differential diagnosis and approach. *Neurol Clin Pract.* 2020.
2. Almansa A, et al. Motor phenotypes associated with genetic neurodevelopmental disorders: spectrum and implications. *J Med Genet.* 2024.
3. Almansa AL, et al. Genetic movement disorders in childhood: expanding phenotypes beyond cerebral palsy. *J Med Genet.* 2024;61(2):145-54.
4. AllClinicalTrials. Challenges in retrospective clinical data extraction for genomic research. *Clin Data J.* 2024;5(1):11-22.
5. Amâncio OM, Scalco FS, Coelho CR. Doenças metabólicas hereditárias: diagnóstico e tratamento. *Rev Paul Pediatr.* 2007.
6. Baxter SM, et al. Reclassification dynamics of variants of uncertain significance in clinical exome sequencing. *Genet Med.* 2021;23(8):1506-14.
7. Boa Sorte E. Programa Nacional de Triagem Neonatal: avanços e desafios. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2010.
8. Borowicz-Reutt A, Czernia A, Krawczyk A. Genetic epilepsies in children: clinical outcomes and therapeutic challenges. *Epilepsy Behav.* 2023;144:109157.
9. Boyarchuk O, et al. Diagnostic yield of whole-exome sequencing and genome sequencing in children with developmental delay: a cohort analysis. *Eur J Paediatr Neurol.* 2024;48:12-21.

Perfil clínico, qualidade de vida e acesso ao tratamento em pacientes com doenças respiratórias crônicas no Brasil: estudo transversal

Autores: Verônica Stasiak Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-9528-9374>, Vinícius Bednarczuk Oliveira² <https://orcid.org/0000-0001-7821-7742>, Marise Basso Amaral³ <https://orcid.org/0000-0002-6259-7194>

Instituições: ¹Instituto Unidos pela Vida – Curitiba – Paraná – Brasil, ²Supera Consultoria – Curitiba – Paraná – Brasil, ³Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução (com objetivo): As doenças respiratórias crônicas constituem importante causa de morbidade no Brasil, com impacto significativo sobre a qualidade de vida, a capacidade funcional e o acesso a tratamentos(1,2). Asma, DPOC e outras DRC continuam frequentes, sobretudo em idosos e populações socialmente vulneráveis(3). Estudos que caracterizam o perfil clínico e o burden a partir da perspectiva do paciente ainda são escassos no contexto brasileiro, especialmente de forma comparativa entre diferentes condições. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil sociodemográfico e clínico, bem como o impacto na qualidade de vida de pacientes com doenças respiratórias crônicas no Brasil, avaliando o padrão de uso de serviços, o acesso a medicamentos, os gastos em saúde e as barreiras à adesão ao tratamento. **Material e Método:** Estudo transversal descritivo com dados primários coletados por survey online estruturado, aplicado a pacientes adultos com diagnóstico autorreferido de doença respiratória crônica. Foram coletadas informações sobre diagnóstico (resposta múltipla), faixa etária, sexo, estado de residência, local de tratamento, fonte de obtenção de medicamentos, gastos mensais e barreiras à adesão. A dispnéia foi avaliada pela escala modified Medical Research Council (mMRC; 0–4). A qualidade de vida foi mensurada pelo EQ-5D-5L, com cálculo do índice de utilidade por método crosswalk (value set do Reino Unido como proxy, na ausência de tarifa nacional validada para a versão 5L), processado no software R (versão 4.5.2), utilizando o pacote eq5d, além da Escala Visual Analógica (VAS). A análise foi conduzida por estatística descritiva. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob n. 7.879.815. **Resultados:** Foram incluídos 365 respondentes, provenientes de 23 estados brasileiros. A maioria era do sexo feminino (81,9%) e tinha 50 anos ou mais (60,5%). As condições mais frequentes foram Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (40,3%), asma (33,2%), hipertensão pulmonar arterial (18,1%) e fibrose pulmonar idiopática (8,2%); 30,7% relataram duas ou mais doenças concomitantes. O índice de utilidade médio pelo EQ-5D-5L foi de 0,625 (DP 0,256), inferior ao observado na população geral (~0,85–0,90), indicando comprometimento moderado a grave do estado de saúde. O VAS médio foi de 62,6 (DP 18,4). As dimensões mais afetadas foram ansiedade/depressão (74,0% com algum grau de comprometimento), atividades habituais (71,2%) e dor/desconforto (69,3%). O escore médio de mMRC foi de 2,6, indicando limitação funcional moderada, com 47,9% dos participantes em grau ≥ 3 , compatível com dispnéia incapacitante. Quanto ao acesso, 55,3% obtinham medicamentos pelo SUS e 37,8% por compra direta, com gasto médio de R\$272/mês; 24,4% relataram gastos superiores a R\$300 mensais. As principais barreiras à adesão foram custo (43,0%), esquecimento (28,5%) e dificuldade de acesso ao médico (25,2%). **Conclusões:** Pacientes com doenças respiratórias crônicas no Brasil apresentam comprometimento relevante da qualidade de vida, com impacto predominante nas dimensões de saúde mental e capacidade funcional. Apesar da utilização do SUS como principal fonte de acesso, o custo permanece como a principal barreira à adesão ao tratamento. Os achados evidenciam lacunas na integralidade do cuidado e reforçam a necessidade de estratégias que ampliem o acesso, qualifiquem o acompanhamento clínico e reduzam o ônus financeiro para os pacientes.

Palavras-chave: Doenças respiratórias; Qualidade de vida; Acesso ao tratamento; Dados de mundo real.

Referências:

1. Leal LF, Cousin E, Bidinotto AB, Sganzerla D, Borges RB, Malta DC, et al. Epidemiology and burden of chronic respiratory diseases in Brazil from 1990 to 2017: analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200031. doi:10.1590/1980-549720200031.
2. Oliveira MSD, Montovani EH, Santana MFE, Ponce de Leon ACM, Marques MC. Mortalidade por doença respiratória crônica no Brasil: tendência temporal e projeções. *Rev Saude Publica.* 2022;56:52. doi:10.11606/S1518-8787.2022056003672.
3. Leal LF, Bertoldi AD, Menezes AMB, Borges RB, Mengue SS, Gazzana MB, et al. Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014. *Cad Saude Publica.* 2018;34(10):e00208217. doi:10.1590/0102-311X00208217.

Perfil de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Paraíba em 2025

Autores: Isadora dos Santos Maciel¹, Luiza Elena dos Santos Silva¹, Ângela Maria de Lima Soares¹, Daiene Martins Beltrão¹, Anderson Fellyp Avelino Diniz¹, Ana Rafaela Silva Soares¹, Wênia Brito Faheina¹

Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica – João Pessoa – Paraíba – Brasil

Introdução (com objetivo): O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) desempenha papel central no Sistema Único de Saúde ao assegurar o acesso a medicamentos para condições crônicas e de maior complexidade. A análise do padrão de dispensação permite identificar demandas prioritárias e subsidiar a organização dos serviços, em consonância com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), atualmente totalizando 98 protocolos. Este estudo teve como objetivo analisar os medicamentos mais dispensados no CEAF da Paraíba em 2025, relacionando-os ao volume de atendimentos e às principais linhas de cuidado. **Material e Método:** Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, baseado em dados secundários de sistemas oficiais da assistência farmacêutica. **Resultados:** Foram atendidos 84.441 usuários até dezembro de 2025, com 2.930.840 atendimentos até novembro (média de 34,7 atendimentos/usuário/ano) e 42.261 ligações telefônicas, evidenciando elevada demanda assistencial. O ranking dos medicamentos mais dispensados foi liderado por formoterol + budesonida (4.821.451 UF; 26,6%), seguido de dapagliflozina (3.159.761 UF; 17,4%) e sevelamer (2.262.229 UF; 12,5%). Em conjunto, os três primeiros concentraram 56,5% do volume entre os dez mais dispensados. Na sequência, destacam-se olanzapina (9,0%), calcitriol (7,7%), gabapentina 400 mg (6,9%), gabapentina 300 mg (5,5%), tacrolimo (5,3%), quetiapina (4,7%) e clozapina (4,4%), totalizando 18.137.139 unidades farmacológicas. Os medicamentos concentram-se em linhas de cuidado relacionadas a doenças crônicas de alta prevalência e impacto clínico, como doenças respiratórias, diabetes, doença renal crônica, transtornos mentais e condições pós-transplante, evidenciando a predominância de terapias contínuas. A elevada razão entre atendimentos e usuários, associada ao volume dispensado, indica demanda longitudinal intensiva e reforça o papel do CEAF na garantia do acesso. Por outro lado, evidencia desafios relacionados à capacidade operacional, organização dos fluxos e qualificação do cuidado, especialmente quanto ao acompanhamento farmacoterapêutico, adesão aos PCDT e integração entre níveis de atenção. **Conclusões:** Conclui-se que o perfil de dispensação no CEAF da Paraíba em 2025 é fortemente orientado por doenças crônicas, com elevada concentração entre os medicamentos mais utilizados, evidenciando a centralidade da assistência farmacêutica na organização do cuidado e no uso racional de medicamentos no SUS.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Doenças Crônicas; PCDT; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf>. Acesso em: 27/04/2026.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 27/04/2026.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Regulamentação e financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf/regulamentacao-e-financiamento>. Acesso em: 27/06/2026.

Polimorfismos Genéticos e Farmacoterapia no Contexto Da COVID-19: revisão de escopo

Autores: Esttela Costa da Conceição¹, Izabel Cristina Rodrigues da Silva¹

Instituição: ¹Faculdade De Ciências e Tecnologias Em Saúde – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com objetivo): O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura para analisar como os polimorfismos genéticos influenciam a eficácia e a segurança das terapias antivirais e imunomoduladores no tratamento da COVID-19. Busca-se, com esta análise, sistematizar as evidências científicas que corroboram a importância da individualização farmacoterapêutica baseada no perfil genético do hospedeiro. **Material e Método:** Revisão de escopo, de caráter exploratório e descritivo, orientada pelo protocolo PRISMA. A busca foi realizada em fevereiro de 2026 nas bases de dados PubMed, SciELO, Cochrane Library e BVS, utilizando os descritores “Pharmacogenetics”, “Genetic Polymorphism”, “COVID-19” e “Drug Therapy”. Foram incluídos artigos originais e revisões publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. Excluíram-se estudos sobre suscetibilidade à infecção, artigos anteriores a 2021 ou sem acesso ao texto integral. A amostra final consistiu em 8 estudos. **Resultados:** As evidências demonstram que variantes em enzimas metabolizadoras, como o complexo CYP450 (CYP3A4/5 e CYP2D6), estão associadas a riscos de toxicidade e falha terapêutica em antivirais como o remdesivir. Além disso, polimorfismos no gene TMPRSS2 (rs12329760) e no receptor de interferon (IFNAR2) mostraram-se determinantes na gravidade da doença e na resposta aos corticoides, indicando que portadores de genótipos específicos apresentam pior prognóstico sob protocolos padrão. **Conclusões:** A variabilidade genética individual modula significativamente os desfechos clínicos na COVID-19. A implementação da farmacogenética na rotina clínica hospitalar é essencial para superar o modelo de prescrição generalista, garantindo uma assistência farmacêutica de precisão que otimize a eficácia terapêutica e minimize eventos adversos evitáveis.

Palavras-chave: Pharmacogenetics; Genetic Polymorphism; COVID-19; Drug Therapy.

Referências:

1. Abdelazim AM, Mahfouz MS, Hassan M, Soliman AM, El-Sebaey AS, Ibrahim MA, et al. In-silico screening and analysis of missense SNPs in human CYP3A4/5 affecting drug-enzyme interactions of FDA-approved COVID-19 antiviral drugs. *Sci Rep.* 2025;15(1):1-15. Available from: https://doi.org/10.1038/s41598-025-85595-x
2. Badary OA. Pharmacogenomics and COVID-19: clinical implications of human genome interactions with repurposed drugs. *Pharmacogenomics J.* 2021;21(5):535-44. Available from: https://doi.org/10.1038/s41397-021-00209-9
3. Fricke-Galindo I, Falfán-Valencia R. Pharmacogenetics Approach for the Improvement of COVID-19 Treatment. *Viruses.* 2021;13(3):413. Available from: https://doi.org/10.3390/v13030413
4. Jalkanen J, Hollmén M, Laitinen I, Piippo N, Karaman S, Salmi M, et al. Polymorphism in interferon alpha/beta receptor contributes to glucocorticoid response and outcome of ARDS and COVID-19. *Crit Care.* 2023;27(1):53. Available from: https://doi.org/10.1186/s13054-023-04388-8
5. Özen M, Kaymaz Belen S, Gürkan H, Atlı E, Erden B, Yalçın-tepe S, et al. Pharmacogenomic Insights: The Role of CYP2D6 Allelic Variants in Drug Metabolism Among COVID-19 Patients With Comorbidities. *In Vivo.* 2025;39(1):450-8. Available from: https://doi.org/10.21873/invivo.14154
6. Pairo-Castineira E, Clohisey S, Klaric L, Bretherick AD, Rawlik K, Pasko D, et al. Genetic mechanisms of critical illness in COVID-19. *Nature.* 2021;591(7848):92-8. Available from: https://doi.org/10.1038/s41586-020-03065-y
7. Serra-Llovich M, Colom-Condom M, Morales-Álvarez S, Martínez-Mármol EV, Gausí-Gallego S, Ferrandiz-Mendoza J, et al. Pharmacogenomic Study of SARS-CoV-2 Treatments: Identifying Polymorphisms Associated with Treatment Response in COVID-19 Patients. *Biomedicines.* 2025;13(3):553. Available from: https://doi.org/10.3390/biomedicines13030553
8. Sokolenko VL, Sokolenko SV, Shevchenko OV, Zhurnov VV, Shcherbyna NM, Guryanov VG, et al. Antiviral Intervention of COVID-19: Linkage of Disease Severity with Genetic Markers FGB (rs1800790), NOS3 (rs2070744) and TMPRSS2 (rs12329760). *Viruses.* 2025;17(6):792. Available from: https://doi.org/10.3390/v17060792

Recomendações para técnica inalatória em ventilação mecânica invasiva: desenvolvimento, validação e avaliação metodológica de um protocolo de administração de medicamento

Autores: Kathleen Asturian¹ <https://orcid.org/0000-0003-3433-0385>, Diogo Pilger¹ <https://orcid.org/0000-0002-8171-2688>

Instituição: ¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): A administração de medicamentos inalatórios em spray dosimetrado (pMDI) a pacientes em ventilação mecânica invasiva (VM) é uma prática comum em unidades de terapia intensiva. A terapia com aerossol, entretanto, é afetada por uma série de fatores que podem comprometer significativamente a deposição pulmonar do fármaco às vias aéreas inferiores. Neste contexto, a efetividade terapêutica depende da administração do medicamento a partir de uma técnica inalatória adequada e a ausência de protocolos pode comprometer o cuidado e a segurança do paciente. O objetivo deste estudo foi descrever o processo de desenvolvimento, validação e avaliação metodológica de um protocolo de administração de medicamento destinado à prática clínica intensiva. **Material e Método:** O estudo foi composto por 4 etapas sucessivas e complementares. Na primeira etapa conduziu-se uma revisão de escopo conforme as diretrizes propostas pelo PRISMA-ScR com o objetivo de identificar aspectos relacionados à técnica inalatória durante VM. Após o levantamento bibliográfico, iniciou-se a elaboração do constructo (etapa 2). A etapa 3 consistiu na validação de conteúdo e aparência por um painel de 4 especialistas em terapia intensiva e 35 profissionais de saúde que avaliaram os objetivos, apresentação, relevância e aparência do documento. Já a etapa 4 consistiu na avaliação da qualidade metodológica do protocolo desenvolvido por meio do instrumento AGREE II. Seis domínios de qualidade foram avaliados: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial. **Resultados:** Vinte e três estudos foram incluídos na revisão de escopo. As melhores práticas incluíam o uso de aerocâmara ou adaptador associado ao pMDI, posicionamento do paciente em decúbito semirreclinado, inserção do pMDI no ramo inspiratório do circuito e sincronização do disparo do jato com o início da fase inspiratória. A partir destes estudos, o protocolo foi elaborado (etapa 2) utilizando as evidências encontradas para dar suporte às recomendações e foi estruturado a partir de texto, fluxograma e ilustrações. A validação de conteúdo e aparência obteve índices de validade superiores a 0,90 nas quatro rodadas avaliativas. Sugestões foram realizadas pelos profissionais a fim de melhorar o conteúdo e apresentação das figuras do protocolo. Como última etapa, o protocolo foi avaliado quanto à sua qualidade metodológica por um painel de 3 professores doutores a partir do instrumento AGREE II. Cinco dos seis domínios avaliados apresentaram escores acima de 90%, com qualidade global considerada excelente e recomendação unânime para uso clínico. O domínio “envolvimento das partes interessadas” obteve pontuação inferior a 90% e foi ajustado. **Conclusões:** O protocolo desenvolvido apresentou elevada qualidade metodológica e validade, constituindo ferramenta confiável para padronização da administração de medicamentos inalatórios em spray dosimetrado a pacientes submetidos à VM. Sua aplicação pode contribuir para a melhoria da prática clínica, segurança do paciente e efetividade terapêutica.

Palavras-chave: Comunicação Interdisciplinar; Administração de Terapia Medicamentosa; Cuidados Críticos; Guia de prática clínica.

Referências:

1. Dhand R. How should aerosols be delivered during invasive mechanical ventilation? *Respir Care*. 2017;62(10):1343-67. doi: 10.4187/respcare.05803.
2. Maccari JG, Teixeira C, Gazzana MB, Savi A, Dexheimer-Neto FL, Knorst MM. Inhalation therapy in mechanical ventilation. *J Bras Pneumol*. 2015;41(5):467-72. doi: 10.1590/S1806-37132015000000035.
3. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington (DC): National Academies Press; 1990.
4. Asturian K, Balhego-Rocha M, Pilger D. Bronchodilator administration by pressurized inhaler during invasive mechanical ventilation in adults: a scoping review. *Farm Hosp*. 2025;49(1):53-8. doi: 10.1016/j.farma.2024.03.012.
5. Asturian K, Pilger D. Recomendações para técnica inalatória com spray dosimetrado em ventilação mecânica invasiva: protocolo de administração de medicamento. Porto Alegre: [publisher unknown]; 2024.
6. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449.

Ritmo de Incorporação de Tecnologias em Saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar 2019 - 2025

Autores: Ligiane Alves de Oliveira Silva¹ <https://orcid.org/0009-0006-7533-7478>, Erika Resende¹, Helaine Capucho¹, Renato Porto¹, Danilo Moreira Simões², Maurício França Júnior², Rafael Miranda Magno Freixo²

Instituições: ¹Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa - São Paulo - São Paulo - Brasil, ²L.E.K Consulting - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução (com objetivo): Introdução: Em 2021, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou a RN nº 470/2021, que reestruturou o rito processual de atualização do Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde, passando a receber e analisar propostas de atualização de forma contínua. Com isso, a revisão do Rol passou a ser semestral, ao invés de bianual. No ano seguinte, a RN nº 555/2022 estabeleceu o rito processual vigente de atualização do Rol, com submissões e atualização contínua. Objetivo: Este estudo apresenta dados da trajetória de incorporação de tecnologias em saúde, comparando os períodos 2019-2020 e 2021-2025 para responder à seguinte pergunta: como as mudanças impactaram o ritmo de incorporações de medicamentos ao Rol da ANS? **Material e Método:** Foram incluídas todas as Propostas de Atualização do Rol (PAR) ao nível de UAT (Unidade de Análise Técnica) do ciclo 2019-2020 e 2021-2025 elegíveis. As UAT foram selecionadas e classificadas de acordo com os seguintes critérios: “medicamentos”, “incorporados”, “ano de submissão”. Em seguida foram quantificados quantos medicamentos foram incorporados anualmente, contando-se apenas a primeira incorporação da tecnologia ao Rol da ANS, não incluindo aprovações subsequentes para novas indicações. As bases de dados obtidas foram atualizadas em 25/02/2026. **Resultados:** As UAT analisadas concentram-se em duas categorias principais: medicamentos orais para tumores avançados ou metastáticos (frequentemente em linhas tardias ou de manutenção e com forte presença de populações definidas por biomarcadores, refletindo o avanço da medicina de precisão em oncologia) e imunobiológicos subcutâneos para doenças inflamatórias imunomediadas a pacientes moderados a graves (geralmente após falha das terapias padrão). No ciclo 2019-2020, foram incorporadas ao Rol da ANS 37 novas entidades moleculares. Entre 2021 e 2025, esse número foi de 29 moléculas, podendo chegar a 34, quando concluídas as 5 PAR de primeira aprovação ainda em análise na data de análise. Comparando-se os dois períodos, observa-se queda tanto no número absoluto de novas moléculas incorporadas quanto no ritmo de incorporação: 37 em 2 anos (18,5 por ano, em média), contra 28 medicamentos em 4 anos (7 por ano). Em relação às expansões de indicação de moléculas previamente incorporadas, observou-se padrão semelhante: foram 12 expansões no ciclo 2019-2020 (6 em média por ano), contra 23 expansões entre 2021 e 2024 (5,8 em média por ano). Dessa forma, a mudança no rito processual de atualização do Rol não se traduziu em maior ritmo de ampliação do acesso – nem para novas moléculas, nem para novas indicações de terapias já incorporadas. Observou-se ainda um aumento do número de decisões desfavoráveis à incorporação entre 2022 e 2024, principalmente sob o argumento de que os estudos clínicos que embasavam as submissões apresentavam baixo nível de certeza da evidência. Ressalta-se que a análise referente a 2025 ainda não permite conclusões robustas. **Conclusões:** As evidências apontam que a alteração nas regras de atualização do Rol da ANS não gerou aumento da quantidade de medicamentos incorporados ou acelerou o ritmo de incorporação. Faz-se necessário aprofundar estudo para avaliar as razões pelas quais o ritmo de incorporações na saúde suplementar foi reduzido neste período.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Referências:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Propostas de atualização do Rol (PAR) [Internet]. Rio de Janeiro: ANS [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/propostas-de-atualizacao-do-rol-par>
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ciclo de Atualização 2019-2020 [Internet]. Rio de Janeiro: ANS [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/historico-das-atualizacoes-1/ciclo-de-atualizacao-2019-2020>

Selumetinibe e Neurofibromatose Tipo 1: Evidências de Mundo Real sobre a Carga da Doença e a Jornada do Paciente

Autores: Patricia Souza Marimon¹ <https://orcid.org/0009-0003-8534-7491>, Letícia Albuquerque Cossich¹ <https://orcid.org/0009-0009-4040-5751>, Letícia Santiago da Silva Ferreira¹ <https://orcid.org/0009-0005-6638-8946>, Lorena Melo de Jesus¹ <https://orcid.org/0009-0001-6838-9062>, Gleyson da Cruz Pinto¹ <https://orcid.org/0009-0000-8111-7777>, Nathalia Correia Krause dos Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-1864-4141>, Gustavo Henrique Torraca Lorangeira¹ <https://orcid.org/0000-0002-7039-7539>, Márcia Gonçalves Ribeiro¹ <https://orcid.org/0000-0001-8906-0189>

Instituição: ¹Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil

Introdução (com objetivo): Introdução: A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma condição genética multissistêmica com prevalência estimada de 1 em 3.000 pessoas. Os neurofibromas plexiformes (NP), presentes em até 50% dos pacientes, são tumores benignos que crescem ao longo dos nervos, causando dor crônica, deformidades e prejuízos funcionais. O selumetinibe, um inibidor seletivo da MEK 1/2, representa um marco terapêutico por ser o primeiro medicamento aprovado para NPs inoperáveis em crianças, com redução de 89% no risco de progressão tumoral (HR 0,11) em estudos pivotais. No Brasil, entretanto, a incorporação no sistema público de saúde foi dificultada pela recomendação negativa da CONITEC. Essa barreira regulatória impõe desafios à assistência farmacêutica e restringe o acesso à judicialização, gerando atrasos no tratamento de alto custo. Diante deste cenário, a geração de evidências de mundo real é essencial para mapear a jornada do paciente e fundamentar o uso racional da tecnologia no país. **Objetivos:** Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de uma coorte pediátrica com NF1 e analisar as barreiras sistêmicas de acesso e os desfechos terapêuticos do selumetinibe no manejo de neurofibromas plexiformes. **Material e Método:** Estudo observacional transversal com 38 pacientes pediátricos diagnosticados com NF1. A coleta de dados ocorreu via questionários estruturados com cuidadores, abrangendo o fenótipo clínico, o impacto funcional da dor e o mapeamento cronológico da jornada de acesso ao selumetinibe. Analisaram-se os entraves logísticos e jurídicos do percurso entre prescrição e dispensação. **Resultados:** A amostra incluiu 38 participantes (60,5% masculinos) com mediana de idade de 8,8 anos (1,9 a 17,3). Quinze apresentavam histórico familiar de NF1. Clinicamente, 100% possuíam manchas café-com-leite, 92,1% efélides, 57,8% nódulos de Lisch e 28,9% neurofibromas cutâneos. Não houve registro de Tumores Malignos da Bainha do Nervo Periférico. Neurofibromas plexiformes (NP) foram identificados em 17 participantes (44,7%), localizados predominantemente em cabeça, tronco e membros inferiores. Nove participantes relataram dor e sete apresentaram prejuízos em atividades diárias. Incluindo dificuldade em manter a frequência escolar, impossibilidade de praticar educação física, dor intensa ao vestir-se, dispneia e incapacidade de mastigar alimentos duros. Casos críticos envolveram disfagia e indicações de traqueostomia. Oito participantes tiveram indicação para selumetinibe e precisaram recorrer a judicialização. Cinco participantes obtiveram acesso a medicação, com tempo médio para aprovação de 13,8 meses (variando de 5 a 21). A jornada foi marcada por morosidade burocrática, negativas judiciais seguidas de múltiplos recursos e falhas logísticas na entrega física do medicamento. Dois participantes ainda aguardam recebimento da medicação e um aguarda a aprovação. Os desfechos observados com o uso do selumetinibe incluíram regressão completa da dor, redução volumétrica tumoral e suspensão de indicações de traqueostomia. **Conclusão:** O uso de selumetinibe leva a benefícios clínicos consideráveis na redução da carga da doença e na preservação funcional, porém o acesso efetivo é comprometido por entraves sistêmicos e pela dependência da judicialização. A discrepância entre a indicação clínica e o longo tempo de espera evidencia a urgência de políticas públicas e fluxos administrativos mais ágeis, visando garantir o tratamento oportuno e mitigar danos irreversíveis aos pacientes com NF1.

Palavras-chave: Neurofibromatose tipo 1; Neurofibroma plexiforme; Selumetinibe; Acesso a medicamentos.

Referências:

1. Adeyemi A, Gross AM, Baldwin A, Dombi E, Widemann BC, Sint KJ. Selumetinib in pediatric patients with neurofibromatosis type 1 and plexiform neurofibroma: propensity score analysis of SPRINT vs. natural history control arm. *Neurooncol Adv.* 2025;7(1):vdaf101. doi:10.1093/noajnl/vdaf101.
2. Gross AM, Wolters PL, Dombi E, Baldwin A, Whitcomb P, Fisher MJ, et al. Selumetinib in children with inoperable plexiform neurofibromas. *N Engl J Med.* 2020;382(15):1430-42. doi:10.1056/NEJMoa1912735.
3. Nishida Y, Kitajima A, Ishii T. Real-world outcomes for selumetinib in pediatric patients with neurofibromatosis type 1 and plexiform neurofibromas in Japan: a 1-year interim analysis. *Neurooncol Adv.* 2026;8(1):vdag042. doi:10.1093/noajnl/vdag042.
4. Friedman JM. Neurofibromatosis 1. In: Adam MP, Mirzaa GM, et al., editors. *GeneReviews®* [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2026 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1109/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 74, de 24 de setembro de 2025. Torna pública a decisão de não incorporar o selumetinibe para o tratamento de pacientes pediátricos com neurofibromatose tipo 1 (NF1) e neurofibroma plexiforme inoperável sintomático no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 2025 set 25; Seção 1.

Sustentabilidade econômica da incorporação do belimumabe no SUS-MG: análise de impacto orçamentário para tratamento de nefrite lúpica

Autores: Luciana Cássia Oliveira Barbosa¹ <https://orcid.org/0009-0004-2086-4524>, Samira Nascimento Mateus Nunes Lyra¹ <https://orcid.org/0009-0006-2365-5298>

Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Introdução (com objetivo): A nefrite lúpica é uma complicação grave do lúpus eritematoso sistêmico, associada a elevada morbidade, risco de progressão para doença renal terminal e alto custo assistencial. O belimumabe, terapia biológica adjuvante, apresenta benefício clínico relevante, porém com impacto financeiro significativo para o SUS. O objetivo do trabalho foi estimar o impacto orçamentário da incorporação do belimumabe para tratamento da nefrite lúpica ativa no SUS-MG. **Material e Método:** Análise de impacto orçamentário sob perspectiva do gestor público, com horizonte de 5 anos (2026–2030). O modelo considerou população elegível estimada por método epidemiológico, taxas de adoção progressiva (20% a 50%), custo anual por paciente e cenários de difusão da tecnologia. **Resultados:** A população elegível foi estimada em até 264 pacientes, com adoção progressiva até 50% ao longo do período. O custo anual médio por paciente foi de aproximadamente R\$ 56.187,42 na apresentação subcutânea. O impacto orçamentário incremental foi estimado em R\$ 2,9 milhões no primeiro ano, com aumento progressivo até cerca de R\$ 7,4 milhões anuais a partir do quarto ano, totalizando aproximadamente R\$ 28,2 milhões em cinco anos. A apresentação subcutânea demonstrou vantagem econômica ao reduzir custos de administração hospitalar e melhorar a adesão. **Conclusões:** A incorporação do belimumabe implica aumento relevante e progressivo do gasto público, exigindo planejamento orçamentário estruturado. Estratégias como implementação gradual, acesso em centros de referência e priorização de subgrupos de maior benefício clínico são essenciais para garantir sustentabilidade econômica.

Palavras-chave: Impacto Orçamentário; Belimumabe; Nefrite lúpica; SUS.

Referências:

1. Furie R et al. N Engl J Med. 2020;383:1117-28.
2. Rovin BH et al. Kidney Int. 2022;101:403-13.
3. Lin S et al. Rheumatology. 2025;64:614-22.
4. Anders HJ et al. Nephrol Dial Transplant. 2023;38:2733-42.
5. Singh JA et al. Cochrane Database Syst Rev. 2021;CD010668.

Talidomida no SUS: monitoramento da dispensação como ferramenta de gestão, segurança do paciente e qualificação do cuidado na rede estadual da Paraíba

Autores: Anderson Fellyp Avelino Diniz¹ <https://orcid.org/0000-0002-9659-1495>, Daiene Martins Beltrão¹, Luiza Elena dos Santos Silva¹, Isadora dos Santos Maciel¹, Ângela Maria de Lima Soares¹, Luciana da Silva Nunes Ramalho¹, Natália Rodrigues Tavares¹, Wênia Brito Barreto Faheina¹

Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica (GEAF/SES-PB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil

Introdução (com objetivo): A talidomida permanece como medicamento estratégico no Sistema Único de Saúde (SUS), amplamente empregada no manejo da hanseníase, além de indicações específicas, como no lúpus eritematoso sistêmico (1). Apesar de sua reconhecida eficácia terapêutica, seu uso está associado a elevado potencial teratogênico, o que impõe rigorosos mecanismos de controle sanitário, incluindo dispensação altamente regulamentada, rastreabilidade dos usuários e monitoramento contínuo no âmbito da assistência farmacêutica (2). Nesse cenário, a organização da assistência farmacêutica assume papel estratégico na garantia do uso seguro e racional da talidomida, exigindo articulação entre gestão, serviços de saúde e ações sistematizadas de farmacovigilância (3). O monitoramento da dispensação, para além do cumprimento de exigências normativas, configura-se como ferramenta essencial para análise do perfil epidemiológico dos usuários, identificação de padrões de utilização e qualificação das práticas assistenciais. Assim, o monitoramento estruturado da talidomida consolida-se como eixo central da governança da assistência farmacêutica, contribuindo diretamente para a segurança do paciente, a eficiência do sistema e a sustentabilidade das políticas públicas no SUS. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico e assistencial da dispensação de talidomida na rede estadual da Paraíba, no primeiro trimestre de 2026. **Material e Método:** Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, baseado em registros administrativos provenientes de 10 estabelecimentos de saúde habilitados como unidades dispensadoras de talidomida no estado da Paraíba. Foram analisadas variáveis relacionadas ao quantitativo dispensado, número de usuários ativos, distribuição regional, perfil demográfico e principais agravos atendidos no período de janeiro a março de 2026. **Resultados:** No período analisado, foram acompanhados em média 220 usuários/mês, totalizando cerca de 520 registros no trimestre. A dispensação média mensal foi de 6.600 comprimidos, somando 19.740 unidades, com maior volume em janeiro (8.490), seguido de fevereiro (7.770) e março (3.480), indicando variação na demanda. Observou-se concentração na 1ª Gerência Regional de Saúde (10.520 comprimidos), seguida da 3ª (3.420) e 6ª (3.000), sugerindo centralização assistencial. O Hospital Clementino Fraga destacou-se como principal unidade dispensadora. O perfil dos usuários foi predominantemente masculino (≈ 145) e com idade superior a 60 anos ($\approx 85\%$). A hanseníase foi a principal indicação, com menor participação do lúpus eritematoso sistêmico. **Conclusões:** Os achados evidenciam que o monitoramento sistemático da dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial, como a talidomida, constitui ferramenta estratégica para garantia da segurança terapêutica, planejamento logístico e qualificação da assistência farmacêutica. Além disso, permite maior compreensão do perfil epidemiológico dos usuários, subsidiando a tomada de decisão e o fortalecimento das ações de cuidado no SUS.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Hanseníase; Talidomida; SUS.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 11, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre o controle da substância talidomida e do medicamento que a contenha. Brasília, DF: ANVISA; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Tenecteplase no infarto agudo do miocárdio: evidência integrada de valor clínico, econômico e impacto sistêmico baseada em revisão rápida e modelagem exploratória de custos

Autores: Kathiaja Miranda Souza¹ <https://orcid.org/0000-0002-9054-4794>, Leticia Lucia dos Santos Dias² <https://orcid.org/0000-0002-8082-7280>, Vanessa da Silva Gomes² <https://orcid.org/0000-0003-4311-8781>, Pedro Allan Sousa Veras² <https://orcid.org/0009-0000-6158-2524>, Gabriel Leonel Marasco² <https://orcid.org/0009-0009-0817-2388>

Instituição: ¹Boehringer Ingelheim – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Origin – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): O infarto agudo do miocárdio (IAM) representa uma das principais causas de morte no Brasil, com mais de 1 milhão de óbitos entre 2013 e 2023 e mais de 440 mil internações apenas entre 2020 e 2024. Apesar das diretrizes nacionais e internacionais recomendarem a reperfusão precoce como estratégia central para redução de mortalidade e complicações, o acesso à intervenção coronária percutânea primária (ICPP) permanece limitado no país, com apenas cerca de 15% dos hospitais dispondo de serviços de hemodinâmica. Essa restrição estrutural contribui para atrasos no tratamento, piores desfechos clínicos e ampliação das desigualdades regionais em saúde. Nesse contexto, estratégias farmacológicas de reperfusão que aliem eficácia clínica, segurança e viabilidade operacional tornam-se fundamentais para fortalecer as linhas de cuidado do IAM, reduzir mortalidade evitável e reduzir desigualdades assistenciais. Objetivos: Avaliar a eficácia, segurança, e custo-efetividade da tenecteplase em relação à alteplase no IAM, e estimar o impacto econômico associado à sua adoção.

Material e Método: Foi conduzida uma revisão da literatura, para identificação e síntese de evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas com ou sem meta-análises e estudos econômicos que avaliaram a eficácia, segurança e custo-efetividade da tenecteplase em comparação à alteplase no IAM. As evidências identificadas foram utilizadas no desenvolvimento de uma modelagem exploratória de custos para estimar o impacto econômico da substituição da alteplase por tenecteplase, incorporando custos operacionais do tratamento, incluindo o uso de recursos assistenciais e os custos de aquisição dos medicamentos. A considerou um horizonte temporal de 10 anos, assumindo substituição gradual ao longo de 5 anos, com adoção exclusiva de tenecteplase a partir do sexto ano. **Resultados:** Entre os estudos identificados, a tenecteplase e a alteplase apresentaram eficácia semelhante no tratamento do IAM. A mortalidade em 30 dias foi de aproximadamente 6%, sem diferença estatisticamente significativa entre os tratamentos (RR = 1,01; IC95%: 0,89–1,13; p = 0,82). Também não foram observadas diferenças na incidência de reinfarto, choque cardiogênico ou AVC. Em relação à segurança, a tenecteplase esteve associada a menor incidência de sangramento total (RR = 0,92; p = 0,0003) e de sangramento maior (RR = 0,79; p = 0,0002). Do ponto de vista operacional, a administração da tenecteplase em bolus único intravenoso esteve associada a menor complexidade assistencial, viabilidade de uso em ambientes pré-hospitalares e hospitalares e potencial redução do tempo até a reperfusão, especialmente em cenários sem acesso imediato à ICPP. Estudos econômicos corroboraram essas vantagens, indicando perfil favorável de custo-efetividade. Na análise de substituição da alteplase para a tenecteplase, observou-se redução dos custos totais, com economia acumulada de R\$ 55,5 milhões no período total de 10 anos, quando simulada uma coorte de 31.874 pacientes. **Conclusões:** De forma integrada, os achados indicam que a tenecteplase entrega valor clínico, operacional e econômico no manejo do infarto agudo do miocárdio. Com desempenho clínico equivalente, vantagens operacionais relevantes, incluindo viabilidade em ambientes pré-hospitalares, e impacto econômico favorável ao longo do tempo, a estratégia com tenecteplase contribui para maior eficiência da linha de cuidado do IAM e melhor uso dos recursos do sistema de saúde.

Palavras-chave: Tenecteplase; Infarto agudo do miocárdio; Trombólise.

Referências:

1. Moura PHA, Leite SN, Souza NMLA, Andrade CE, Silva KA, Almeida Neto RCL, et al. Epidemiological profile of acute myocardial infarction mortality from 2013 to 2023 in Brazil. Arch Community Med Public Health. 2024;10(4):35-40.
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2025 [cited 2025 Nov 16]. Available from: <http://sihd.datasus.gov.br/>
3. Amaral Baruzzi AC, Stefanini E, Pispico A. Infarto agudo do miocárdio com supra de ST: trombólise em qualquer local que a medicação esteja disponível. Rev Soc Cardiol Estado Sao Paulo. 2018;28(4):409-20.
4. Bashzar S, Nikfar S, Sabermahani A. A systematic review and meta-analysis of the safety and effectiveness of tenecteplase versus alteplase in treatment of patients with ST-elevation myocardial infarction. J Adv Med Biomed Res. 2020;28(130):265-75. doi: 10.30699/jambs.28.130.265.
5. Araújo DV, Tura BR, Brasileiro AL, Luz Neto H, Pavão ALB, Teich V. Custo-efetividade da trombólise pré-hospitalar versus intra-hospitalar no infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Cardiol. 2008;90(2):100-7.

Tratamento à Base da Cannabis no Manejo da dor Crônica: uma revisão sistemática de revisões sistemáticas

Autores: Karina Rocha Back¹ <https://orcid.org/0009-0007-3832-6320>, Hesron Gabriel Mendes Pereira¹ <https://orcid.org/0009-0007-8117-8271>, Helena Hiemisch Lobo Borba¹, <https://orcid.org/0000-0001-9723-584X>

Instituição: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com objetivo): A dor crônica impacta substancialmente a qualidade de vida e constitui um relevante problema de saúde pública. Apesar das opções terapêuticas, o manejo desta condição ainda permanece desafiador, uma vez que os medicamentos atualmente disponíveis apresentam eficácia limitada ou estão associados ao desenvolvimento de tolerância, dependência ou a efeitos adversos relevantes (1). Na busca por estratégias terapêuticas alternativas ou adjuvantes, a cannabis medicinal tem emergido como potencial opção terapêutica em razão da atuação sobre o sistema endocanabinoide, um sistema fisiológico envolvido na modulação da dor e da inflamação (2). Apesar do crescente número de pesquisas sobre o uso da cannabis no tratamento da dor crônica, ainda persistem lacunas de conhecimento quanto a sua eficácia, segurança e aplicação clínica (3). Destarte, o objetivo do presente trabalho foi sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia e a segurança da cannabis e seus derivados no manejo da dor crônica. **Material e Método:** Foi conduzida uma revisão sistemática de revisões sistemáticas seguindo as diretrizes do Instituto Joanna Briggs (4) e da Colaboração Cochrane (5) (registro PROSPERO - CRD420250653672). As buscas eletrônicas foram realizadas no PubMed, Web of Science e Scopus e incluíram revisões sistemáticas que avaliaram a eficácia, a segurança ou o impacto na qualidade de vida do tratamento à base de cannabis em indivíduos com dor crônica, em comparação a placebo, tratamento ativo ou nenhuma intervenção. A qualidade metodológica das revisões foi avaliada por meio da ferramenta AMSTAR-2 e a sobreposição dos estudos primários foi calculada pela fórmula da Área Coberta Corrigida (CCA). **Resultados:** Foram identificados inicialmente 606 registros, dos quais 36 atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos no estudo. Observou-se que formulações ricas em THC promoveram maior magnitude de redução da dor e resultados mais consistentes em comparação ao CBD isolado, demonstrando que o efeito analgésico é influenciado pela composição do medicamento. De forma geral, o efeito analgésico foi estatisticamente significativo, com destaque para formulações inaladas, porém, de magnitude modesta quando comparados ao placebo e sem evidência clara de superioridade sobre terapias padrão. Observou-se ainda benefício clinicamente perceptível na qualidade de vida, especialmente na qualidade do sono. Os eventos adversos foram predominantemente leves a moderados, transitórios e bem tolerados, sendo os mais frequentes boca seca, tontura, sonolência e sedação. A qualidade metodológica da maioria das revisões sistemáticas incluídas foi criticamente baixa, e a sobreposição dos estudos primários foi considerada moderada (CCA=9%). **Conclusões:** Os achados sugerem potencial benefício da cannabis como terapia adjuvante no manejo da dor crônica em populações refratárias ao tratamento usual. No entanto, a elevada heterogeneidade, a baixa qualidade das revisões sistemáticas e o moderado grau de sobreposição dos estudos primários limitam a confiabilidade da evidência, sendo necessários ensaios clínicos metodologicamente rigorosos e padronizados para embasar recomendações mais consistentes.

Palavras-chave: Cannabis medicinal; Canabinoides; Dor crônica; Revisão sistemática.

Referências:

1. Duarte N, Martins JP, Garcia-Domingo M, Garcia-Pedraza JA, Santos M. Medication review improves pain management and quality of life in chronic pain: a pilot randomized controlled study. *Sci Rep.* 2025;15(1):44689.
2. Briques W, Pereira CL, Feliz PS. Aspectos práticos do uso da cannabis medicinal em dor crônica. *Br J Pain.* 2023;6(Suppl 2):S114-9.
3. Neto PAP, Pierro LMC, Fernandes ST. Cannabis: 12.000 anos de experiências e preconceitos. *Br J Pain.* 2023;6(Suppl 2):S80-4.
4. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2024 [cited 2026 Apr 29]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. doi: 10.46658/JBIMES-24-01.
5. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al., editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. Version 6.5. London: Cochrane; 2024 [cited 2026 Apr 29]. Available from: <https://www.cochrane.org/handbook>

Análise da implementação da teleorientação farmacêutica no atendimento de pacientes pediátricos em seguimento ambulatorial em um hospital terciário da cidade de São Paulo

Autores: Rosiane Santos de Souza¹ <https://orcid.org/0009-0003-4630-9142>, Rayane Justino Pereira¹, Tatiane Benedita Sosnowski¹, Rafael Justino Teixeira¹, Rayane Felix Soares¹, Camila Nozella Di Petta¹

Instituição: ¹Instituto da Criança e do adolescente (ICr-HC-FMUSP) – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com o objetivo): Os medicamentos podem apresentar riscos e efeitos adversos que exigem acompanhamento rigoroso. Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam alguns efeitos indesejáveis, como as reações adversas. Nesse cenário, a farmácia clínica atua como um pilar indispensável de cuidado, com foco na segurança, recuperação da saúde e bem-estar do paciente. A presença ativa do farmacêutico clínico no ambiente ambulatorial promove uma assistência colaborativa que reduz erros de medicação, custos e mortalidade. Contudo, o acompanhamento presencial nas consultas farmacêuticas configura um desafio. Fatores socioeconômicos e a sobrecarga do sistema de saúde, atuam como barreiras que comprometem não apenas a adesão ao tratamento, mas também o estabelecimento de um vínculo efetivo entre o profissional e o núcleo familiar. **Objetivo:** Avaliar o perfil e a frequência das teleorientações farmacêuticas, bem como sua contribuição para a adesão, segurança e efetividade do tratamento dos pacientes acompanhados. **Descrição:** Estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo com dados de 01/2025 a 12/2025, obtidos de prontuários de pacientes acompanhados pela farmácia clínica ambulatorial do ICr-HC-FMUSP via teleorientação por celular institucional, com consentimento do responsável. As teleorientações foram realizadas através do celular corporativo, fornecido pela Instituição. O contato foi realizado através de aplicativo de mensagem com autorização prévia do responsável, com o intuito de acompanhar o tratamento farmacoterapêutico. Em 2025, foram contabilizadas 364 teleorientações. O acompanhamento de adesão predominou, com 207 (56,87%) registros voltados ao monitoramento do cumprimento do plano de tratamento estabelecido em consulta. As orientações farmacêuticas totalizaram 110 (30,22%) das teleorientações, sendo a maior parte motivada por dúvidas ou ajustes no modo de uso (30%), o que engloba instruções sobre posologia e administração. Monitoramento da frequência e absenteísmo, por falta de retirada de medicamentos na farmácia (20,91%) e as substituições de itens da prescrição (15,45%), decorrentes de necessidades clínicas ou logísticas, também apresentaram volume expressivo. Além disso, observaram-se inclusões de tratamentos (9,10%), manejo de reações adversas aos medicamentos (9,10%), fundamentais para a segurança do paciente. Foram registradas falhas de adesão (3,63%), agravos à saúde (3,63%) e erros de prescrição (3,63%), prevenindo potenciais eventos adversos, demandas administrativas paralelas que impactam o tratamento do paciente (4,55%). Complementarmente, realizaram-se 42 (11,54%) doses assistidas, com supervisão direta da administração do fármaco e 5 (1,37%) ações de educação farmacêutica, visando aumentar a autonomia do paciente. **Conclusão:** O estudo destaca que a teleorientação não substitui o atendimento presencial, mas atua como complemento estratégico, especialmente no seguimento de pacientes crônicos e na resolução de demandas pontuais. Os resultados apresentados reforçam que essa modalidade contribui para a melhoria da qualidade do cuidado, otimização de recursos e fortalecimento da assistência farmacêutica clínica. Predominaram ações de adesão (56,87%), evidenciando o papel do farmacêutico na efetividade e prevenção de PRM. A teleorientação permitiu monitoramento, identificação de falhas, eventos adversos e erros. Demandas sobre uso e absenteísmo indicam fragilidades mitigáveis, reforçando educação, vínculo e segurança do paciente.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Tecnologias em Saúde; Farmácia Clínica.

Referências:

1. Ferreira ASSBS. E-care Sentinela: rede virtual multiprofissional de apoio à saúde [thesis]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2023.
2. Viktil KK, Blix HS. The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2008;102(3):275-80. doi: 10.1111/j.1742-7843.2007.00206.x.
3. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2006;166(9):955-64. doi: 10.1001/archinte.166.9.955.
4. Brasil. Lei nº 14.510, de 28 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a prática da telessaúde no Brasil [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2022 Dec 29 [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/lei14510_28_12_2022_pr.html
5. Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução nº 727, de 30 de junho de 2022. Dispõe sobre a regulamentação das atribuições do farmacêutico na dispensação de medicamentos e outros produtos correlatos em farmácias e drogarias [Internet]. Brasília, DF: CFF; 2022 [cited 2026 Apr 24].

Avaliação da Utilização de Sensores de Monitoramento Contínuo de Glicose em Pacientes do SUS: Experiência do Programa Liberte em Dourados-Ms

Autores: Carolina Queiroz da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0007-6280-3334>, Débora Lima Siqueira² <https://orcid.org/0009-0002-8040-9852>, Laureana Perez de Souza³ <https://orcid.org/0009-0005-7465-9160>, Karimi Sater Gebara² <https://orcid.org/0000-0002-0860-3047>

Instituições: ¹Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil, ²Centro Universitário da Grande Dourados – Dourados – Mato Grosso do Sul – Brasil, ³Universidade Federal da Grande – Dourados – Dourados – Mato Grosso do Sul – Brasil

Introdução (com o objetivo): Introdução: O monitoramento contínuo da glicose (MCG) representa uma tecnologia relevante no manejo do diabetes mellitus tipo 1 (DM1), especialmente em crianças e adolescentes, por permitir melhor acompanhamento glicêmico e redução de complicações agudas e crônicas^{1,2}. Entretanto, sua efetividade depende da adesão ao uso adequado e da existência de suporte assistencial estruturado³. **Objetivos:** Avaliar o perfil glicêmico e a adesão ao uso do MCG em crianças e adolescentes com DM1 acompanhados em programa municipal especializado. **Descrição:** Métodos: Estudo transversal, descritivo, realizado com 37 crianças e adolescentes com DM1, a partir de dados secundários anonimizados extraídos da plataforma LibreView®. Foram analisados tempo no alvo (TIR), indicador de manejo glicêmico (GMI), coeficiente de variação (CV), glicose média e frequência diária de escaneamentos, conforme parâmetros internacionalmente recomendados para interpretação clínica do MCG^{1,4}. Foram utilizados exclusivamente dados estatísticos e anonimizados, sem identificação individual dos pacientes, não havendo necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a legislação vigente. **Resultados:** Observou-se controle glicêmico aquém das metas recomendadas: 21,6% atingiram TIR $\geq$ 70% e 16,2% apresentaram GMI $<$ 7%^{1,2}. Além disso, 40,5% apresentaram CV $>$ 36% e glicose média superior a 180 mg/dL. Em relação à adesão ao dispositivo, 24,3% registraram menos de seis escaneamentos diários. Também foi observada diferença entre os sexos, sugerindo padrões distintos de adesão ao monitoramento. **Conclusão:** Embora os resultados demonstrem que o controle glicêmico ainda se encontra abaixo das metas recomendadas para parte significativa dos pacientes, o monitoramento contínuo da glicose representa uma tecnologia de grande relevância no cuidado do diabetes mellitus tipo 1, por favorecer maior segurança clínica, redução de episódios agudos e potencial diminuição de hospitalizações. Além disso, contribui para a melhoria da qualidade de vida de crianças, adolescentes e seus familiares, ao reduzir punções capilares frequentes e ampliar a autonomia no autocuidado. No entanto, a disponibilidade do MCG, isoladamente, não se mostrou suficiente para potencializar os desfechos glicêmicos. Os achados reforçam a necessidade de educação em diabetes, acompanhamento multiprofissional e suporte assistencial estruturado no SUS para ampliar a efetividade dessa tecnologia^{3,5}.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 1; Monitorização Contínua da Glicose; Tecnologias em Saúde; Cuidado multiprofissional.

Referências:

1. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, Amiel SA, Beck R, Biester T, et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the International Consensus on Time in Range. *Diabetes Care*. 2019;42(8):1593-603.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 14. Children and adolescents: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1):S258-S281.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024. São Paulo: Clannad; 2024.
4. Beck RW, Bergenstal RM, Riddlesworth TD, Kollman C, Li Z, Brown AS, et al. Validation of time in range as an outcome measure for diabetes clinical trials. *Diabetes Care*. 2019;42(3):400-5.
5. Aleppo G, Webb KM. Continuous glucose monitoring integration in clinical practice: a stepped guide to data review and interpretation. *J Diabetes Sci Technol*. 2019;13(4):664-73.

Da incorporação ao acesso real: atraso na dispensação e inequidades territoriais de medicamentos incorporados ao SUS (2024–2025)

Autores: Ísis Nalin Fernandes Nonato¹ <https://orcid.org/0009-0002-0711-1048>, Daniele Yukari Kawakam¹ <https://orcid.org/0000-0002-0895-5317>, Karen Kariny Gomes¹ <https://orcid.org/0009-0001-6229-5102>, Nadya Lie Fattori¹ <https://orcid.org/0009-0006-0524-775X>, Daniela Oliveira de Melo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953>, Airton Tetelborn Stein²

Instituições: ¹Vértice – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): Após decisão favorável da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), o prazo legal para oferta é de 180 dias; contudo, a dispensação depende de codificação no SIGTAP, elaboração de Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e organização da rede nas Unidades Federativas (UFs). O Tribunal de Contas da União (TCU) identificou, em 2026, que 33 das 110 tecnologias incorporadas entre 2021 e 2023 foram ofertadas após esse prazo. Entretanto, evidências sobre o cumprimento do prazo e a equidade territorial no acesso a incorporações mais recentes são escassas portanto propomos analisar o tempo entre a publicação da incorporação e o início da dispensação de medicamentos recentemente incorporados ao SUS, verificar a proporção dispensada dentro do prazo legal de 180 dias e identificar inequidades entre as UFs. **Material e Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, com dados secundários de domínio público. Incluíram-se medicamentos novos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), com indicação única, incorporados pela Conitec entre janeiro de 2024 e julho de 2025 (excluídas ampliações de uso). Verificou-se a existência de código no SIGTAP e a dispensação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), com dados até fevereiro de 2026. O desfecho principal foi o tempo, em dias, entre publicação da incorporação e primeiro registro de dispensação, tendo como parâmetro o prazo legal de 180 dias (Decreto nº 7.646/2011, art. 25). Identificou-se a UF do primeiro registro. Análise descritiva: frequências absolutas e relativas; tempo descrito por amplitude e valor máximo. **Resultados:** Identificaram-se 36 novas incorporações; somente 8 (22,2%) possuíam código no SIGTAP. Desses 8, apenas 4 (50%) — correspondentes a 11,1% do total — apresentaram dispensação ativa até fevereiro de 2026. Nenhuma das 36 incorporações foi dispensada dentro do prazo legal de 180 dias. O maior intervalo entre incorporação e dispensação foi de 604 dias (424 dias além do prazo) para o ravulizumabe (hemoglobínúria paroxística noturna); o menor, de 301 dias (121 dias além do prazo) para a hidróxiureia (anemia falciforme). O tafamidis (cardiopatia amiloide por transtirretina) apresentou 712 dias (532 além do prazo) e as terapias inaláveis triplas, 452 dias (272 além do prazo). A distribuição entre UFs foi heterogênea: a hidróxiureia iniciou na Bahia e dois meses depois apenas quatro UFs registravam dispensação ativa; o tafamidis teve um único registro em São Paulo; as terapias inaláveis iniciaram no Rio Grande do Sul com concentração posterior em Goiás. **Conclusões:** Nenhuma das incorporações analisadas foi disponibilizada no prazo legal, e a maioria permaneceu sem codificação operacional até fevereiro de 2026. Atrasos expressivos e concentração inicial do acesso em poucas UFs evidenciam gargalos administrativos e desigualdade territorial. O estudo amplia a perspectiva do TCU ao demonstrar que a implementação pós-incorporação deve ser avaliada não apenas pelo tempo, mas também pela equidade federativa. Recomenda-se fortalecer o monitoramento, a codificação tempestiva e a coordenação interfederativa para assegurar efetividade das decisões e acesso equânime às tecnologias no SUS.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos; CONITEC; Pós-incorporação; Equidade em saúde; Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Recomendações da Conitec por ano [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2026 Apr 24]. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-da-conitec>
2. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Tabwin [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026 [cited 2026 Apr 18]. Available from: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
4. Brasil. Tribunal de Contas da União. TC 039.346/2023-4. Relatório de auditoria operacional sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Brasília, DF: TCU; 2026.
5. Brasil. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2011 Dec 22.

Desalinhamento entre PCDTs e SIGTAP: fragilidades de governança e risco financeiro na execução do CEAF

Autores: Nadya Lie Fattori¹ <https://orcid.org/0009-0006-0524-775X>, Alessandro Rossi Carro² <https://orcid.org/0009-0003-3048-8078>, Daniele Yukari Kawakami¹ <https://orcid.org/0000-0002-0895-5317>, Andréa da Silva Dourado¹ <https://orcid.org/0000-0003-2288-9739>, Adriane Lopes Medeiros Simone¹ <https://orcid.org/0000-0002-6291-0857>, Daniela Oliveira de Melo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953>, Airtton Tetelbom Stein³

Instituições: ¹Vértice – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Diadema – São Paulo – Brasil, ³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) regulamentam o acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no SUS com base em evidências científicas e critérios clínicos, incluindo restrições de faixa etária. O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) operacionaliza o registro e o ressarcimento dessas dispensações. Inconsistências entre as faixas etárias definidas nos PCDTs e cadastradas no SIGTAP configuram problema de governança: a dispensação conforme critérios clínicos pode ser posteriormente questionada em auditoria, gerando risco de glosa e redução de repasses aos estados; inversamente, o SIGTAP pode restringir acesso autorizado pelo PCDT. Ambos os cenários ameaçam a execução financeira do CEAF e a integralidade do cuidado. A identificação e análise dessas inconsistências podem contribuir para melhorar a governança da Assistência Farmacêutica (AF) no SUS. **Material e Método:** Estudo transversal, descritivo e documental com estatística descritiva. A unidade de análise foi a especialidade farmacêutica, definida como combinação de princípio ativo, concentração e forma farmacêutica. Incluíram-se especialidades farmacêuticas recomendadas em PCDTs vigentes até novembro de 2022 com restrição de faixa etária. Excluíram-se especialidades sem código ativo no SIGTAP. Compararam-se as faixas etárias dos PCDTs com as registradas no SIGTAP, com dados até abril de 2026. As inconsistências foram categorizadas em: SIGTAP sem limite mínimo de idade quando o PCDT restringe; SIGTAP mais restritivo que PCDT; e incompatibilidade de CID-10. Especialidades sem inconsistência foram classificadas como convergentes. Realizou-se análise por frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Identificaram-se 280 especialidades farmacêuticas com restrição de faixa etária em PCDTs. Destas, 112 (40,0%) foram excluídas por ausência de código ativo no SIGTAP. Entre as 168 especialidades analisáveis, 82 (48,8%) apresentaram inconsistências. A principal inconsistência ocorreu em 71 (42,3%), nas quais o SIGTAP exibia faixa ampla de 0 a 130 anos, convenção do sistema para ausência de restrição cadastrada, sem refletir a idade mínima definida no PCDT, criando divergência entre regra clínica e parâmetro operacional. Em sentido inverso, 2 (1,2%) especialidades apresentaram restrição etária mais severa no SIGTAP do que no PCDT, com potencial bloqueio de acesso: abatacepte e mepolizumabe, indicados para uso pediátrico nos PCDTs de artrite idiopática juvenil e asma, respectivamente, mas registrados com idade mínima de 18 anos no SIGTAP. Adicionalmente, 9 (5,2%) especialidades apresentaram incompatibilidade de CID-10. Das 86 especialidades convergentes, 45 (26,8%) não tinham restrição etária e 41 (24,4%) apresentaram concordância plena entre PCDT e SIGTAP. **Conclusões:** Quase metade das especialidades farmacêuticas analisáveis apresentou desalinhamento entre PCDTs e SIGTAP, revelando fragilidade de governança entre normas clínicas e sistemas operacionais do CEAF. As inconsistências identificadas podem favorecer glosas em auditorias, restrição indevida de acesso e insegurança administrativa para gestores estaduais. Recomenda-se implementar mecanismo sistemático e tempestivo de atualização sincronizada do SIGTAP após revisões de PCDTs, com definição de responsabilidade institucional e prazo normativo, como medida estratégica para fortalecer a sustentabilidade do CEAF e a equidade no acesso às tecnologias do SUS.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Governança em Saúde; Sistema Único de Saúde; Financiamento da Saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [cited 2026 Apr 29]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [cited 2026 Apr 29]. Available from: <http://sigtap.datasus.gov.br/>
3. Dourado AS. Medicamentos recomendados em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas sob ótica da comparação com diretrizes clínicas e indicações de uso off-label [dissertation]. Diadema: Universidade Federal de São Paulo; 2024.
4. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2013 Jul 31.

Efeito do monitoramento contínuo de glicose com os sistemas FreeStyle Libre no controle glicêmico e hipoglicemia em pessoas com diabetes mellitus tipo 1: revisão sistemática e metanálise

Autores: Nayê Balzan Schneider¹ <https://orcid.org/0000-0003-0985-6510>, Gabrielle Nunes Escher¹ <https://orcid.org/0009-0001-6255-6720>, Laura Chabrol Haas², Jellin Zambon⁴, Fleur Levrat-Guillen³ <https://orcid.org/0000-0003-4741-3681>

Instituições: ¹Inova Evidência em Saúde e Acesso a Mercado LTDA (Inova HTA) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Abbott GmbH – Wiesbaden – Alemanha, ³Abbott Laboratories Ltd – Maidenhead – Reino Unido, ⁴Abbott Laboratórios do Brasil LTDA – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): A hiperglicemia cumulativa e a variabilidade glicêmica estão associadas à redução da qualidade de vida e ao aumento do risco de complicações de longo prazo em pessoas com diabetes mellitus tipo 1 (DM1). O controle glicêmico sustentado, comumente avaliado pela hemoglobina glicada (HbA1c), é um determinante fundamental na prevenção de desfechos micro e macrovasculares. O automonitoramento tradicional da glicemia capilar (SMBG) baseia-se em medições intermitentes por punção digital e oferece visão limitada das flutuações glicêmicas diárias. Os sistemas de monitoramento contínuo de glicose (CGM) possibilitam uma avaliação dinâmica dos padrões glicêmicos, apoiando um manejo do diabetes mais informado e individualizado. O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto do CGM utilizando os sistemas FreeStyle Libre (FSL) nos desfechos clínicos de pessoas com DM1. **Material e Método:** Foi realizada uma revisão sistemática em 29 de outubro de 2025 nas bases de dados PubMed, Embase e Global Index Medicus. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados e não randomizados, bem como estudos observacionais que avaliaram o uso do FSL em comparação ao SMBG ou sem comparador, em pessoas com DM1 de qualquer faixa etária. Os desfechos avaliados incluíram mudanças na HbA1c, tempo no alvo (TIR), tempo abaixo do alvo (TBR) e hospitalizações decorrentes de hipoglicemia. A seleção dos estudos, a extração de dados e a avaliação do risco de viés foram realizadas de forma independente por dois revisores. Meta-análises com modelo de efeitos aleatórios foram conduzidas para comparar os desfechos médios antes e após a intervenção, além de análises de meta-regressão para avaliar a magnitude da redução da HbA1c de acordo com os valores basais. **Resultados:** Entre 9.022 referências únicas identificadas, 67 estudos foram incluídos, sendo 9 ensaios clínicos randomizados e 58 estudos não randomizados. As análises pré e pós-intervenção demonstraram uma redução média significativa da HbA1c de -0,40% (IC 95%: -0,53 a -0,28) após o uso do FSL. As análises de meta-regressão evidenciaram um benefício proporcional ao controle glicêmico basal, com reduções estimadas de 0,32%, 0,69%, 1,06% e 1,42% para valores basais de HbA1c de 8%, 9%, 10% e 11%, respectivamente. O uso do FSL também esteve associado a um aumento significativo do TIR (70–180 mg/dL), com incremento médio de 4,67% (IC 95%: 2,92 a 6,41), correspondente a aproximadamente 1 hora e 7 minutos adicionais por dia dentro da faixa glicêmica desejada. Observou-se uma tendência à redução do TBR (<54 e <70 mg/dL), sendo o tempo abaixo de 70 mg/dL significativamente menor com o uso do FSL em comparação ao SMBG, com diferença média de -3,13% (IC 95%: -5,70 a -0,56). Adicionalmente, o uso do FSL foi associado a uma redução de 29% no risco de hospitalização por hipoglicemia (RR 0,71; IC 95%: 0,59 a 0,86). **Conclusões:** O uso dos sistemas FreeStyle Libre está associado a melhorias clinicamente relevantes no controle glicêmico em pessoas com DM1, com redução da HbA1c, aumento do tempo no alvo e menor exposição à hipoglicemia, inclusive com menos hospitalizações. Esses benefícios são mais pronunciados em indivíduos com pior controle basal e reforçam o valor clínico e para o sistema de saúde do FreeStyle Libre como tecnologia relevante para o manejo do DM1 no Brasil.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 1; FreeStyle Libre; Monitoramento contínuo de glicose; Revisão sistemática.

Referências:

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 1. Improving care and promoting health in populations: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1):S14-26.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento SBD nº 01/2023. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre a disponibilização do sistema flash de monitoramento contínuo de glicose (SFMG) em políticas públicas de saúde [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2023 [cited 2025 Sep 25]. Available from: https://profissional.diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/12/Posicionamento_SBD_01_2023.pdf
3. Wagner J, Malchoff C, Abbott G. Invasiveness as a barrier to self-monitoring of blood glucose in diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2005;7(4):612-9.
4. Eeg-Olofsson K, Nathanson D, Spelman T, Kyhlstedt M, Bülow E, et al. Initiation of intermittently scanned continuous glucose monitoring is associated with reduced hospitalization for acute diabetes events and cardiovascular complications in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2024;47(12):2164-71. doi: 10.2337/dc24-0690.
5. Evans M, Welsh Z, Seibold A. Reductions in HbA1c with flash glucose monitoring are sustained for up to 24 months: a meta-analysis of 75 real-world observational studies. *Diabetes Ther*. 2022;13(6):1175-85.

Reversão das decisões da Conitec sobre incorporação de medicamentos oncológicos em Consultas Públicas em 2025

Autores: Sofia Fernandes Vilas Boas Santos¹ <https://orcid.org/0009-0009-3240-5516>, Bianca Sacramento Pereira Ruchinski¹ <https://orcid.org/0009-0007-4947-4839>, Beatriz Montalvão Eloi¹ <https://orcid.org/0009-0009-2383-6306>, Vanessa Brito Caetano¹ <https://orcid.org/0009-0000-0800-9868>, Vitória Batista Calmon de Passos¹ <https://orcid.org/0000-0002-2693-3517>, Juliana Ferreira Fernandes Machado¹ <https://orcid.org/0000-0002-5193-3009>, Pablo de Moura Santos¹ <https://orcid.org/0000-0001-6821-0141>, Lindemberg Assunção-Costa¹ <https://orcid.org/0000-0002-8752-7301>

Instituição: ¹Instituto Nacional de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia - Salvador - Bahia - Brasil

Introdução (com objetivo): As Consultas Públicas (CP) da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) constituem mecanismos estratégicos de participação social. Em oncologia, onde as evidências frequentemente baseiam-se em desfechos substitutos ou amostras restritas, as CP permitem a inclusão de dados sobre qualidade de vida, tolerabilidade e necessidades não atendidas sob a perspectiva de pacientes e cuidadores. Tais contribuições possuem potencial para mitigar incertezas clínicas e modificar recomendações preliminares. O trabalho teve como objetivo analisar o panorama das CP de medicamentos oncológicos em 2025 e o papel das contribuições na reversão de pareceres preliminares. **Material e Método:** Estudo descritivo com levantamento de dados secundários no sítio eletrônico da Conitec, abrangendo todas as CP de antineoplásicos finalizadas no ano de 2025. **Resultados:** Identificaram-se 15 CP no período. No estágio de recomendação preliminar, 3 (20%) apresentavam parecer favorável e 12 (80%) desfavoráveis. Após o processo de consulta e deliberação final, o cenário alterou-se para 7 (46,6%) pareceres favoráveis e 8 (53,4%) desfavoráveis. Nos 4 casos de reversão (de não incorporação para incorporação), a participação social e o engajamento das partes interessadas foram decisivos. Os argumentos centrais que sustentaram a mudança de entendimento incluíram: evidências de efetividade e segurança no mundo real (real-world evidence); maior conveniência posológica reduzindo custos indiretos (tratamento ambulatorial/oral); aceitação de incertezas clínicas em condições raras ou graves pela demonstração de modificação do curso da doença; e propostas de flexibilização de preços pelas fabricantes durante o processo. **Conclusões:** As Consultas Públicas da Conitec demonstram papel central na redução de incertezas inerentes à avaliação de tecnologias oncológicas, especialmente diante de evidências limitadas por desfechos substitutos e populações pequenas. Os achados evidenciam que a transição de 80% para 53,4% de pareceres desfavoráveis após a CP não é apenas quantitativa, mas reflete como a participação social atua como mecanismo de ampliação da validade externa das evidências, sobretudo por meio de dados de mundo real e da explicitação de necessidades clínicas não atendidas. Adicionalmente, observa-se que fatores econômicos e operacionais desempenham papel colaborativo às contribuições sociais, indicando que a CP também funciona como espaço de ajuste dinâmico entre evidência, custo e valor social. Esse processo reforça a natureza deliberativa da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no SUS, em que decisões não são exclusivamente técnico-econômicas, mas socialmente contextualizadas. Contudo, a dependência de mobilização ativa das partes interessadas pode introduzir assimetrias de representação, apontando para a necessidade de estratégias que garantam equidade participativa e transparência no peso atribuído às contribuições. A participação social nas CP é um componente crítico da ATS no Brasil. Os achados demonstram que a mobilização da sociedade e a renegociação de parâmetros econômicos pós-consulta são fundamentais para reverter desfechos preliminares negativos, ampliando o acesso a tecnologias oncológicas essenciais no SUS.

Palavras-chave: Participação Social; Consulta Pública; Oncologia; Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Referências:

1. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011 Apr 29.
2. Brasil. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Diário Oficial da União. 2011 Dec 22.
3. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes metodológicas: avaliação de tecnologias em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
4. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Guia para participação social em consultas públicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
5. Novaes HMD, Soárez PC. Health technology assessment (HTA) in Brazil: challenges and perspectives. Cad Saude Publica. 2016;32 Suppl 2:e00052515.
6. Davis C, Naci H, Gurpinar E, Poplavska E, Pinto A, Aggarwal A. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study. BMJ. 2017;359:j4530.

Eficiência Alocativa e Governança na Gestão Estadual de Fios de Sutura: uma Análise de Evitação de Custos e Otimização do Planejamento Anual

Autora: Izabele Izaura Brandão Cavalcante Sena¹ <https://orcid.org/0009-0009-7525-5853>

Instituição: ¹Coordenadoria Geral da Assistência Farmacêutica de Roraima – Boa Vista – Roraima – Brasil

Introdução (com o objetivo): A gestão de materiais médico-hospitalares exige estratégias que integrem segurança clínica e responsabilidade fiscal. Frequentemente, planejamentos históricos superestimados geram fragmentação de estoque e bloqueio desnecessário de dotação orçamentária. A Coordenadoria Geral da Assistência Farmacêutica (CGAF) de Roraima identificou lacuna crítica: portfólio excessivamente fragmentado de fios de sutura (111 itens padronizados) resultando em índice de desabastecimento de 17,11% em 2024, classificado como nível de risco LARANJA (10,1%-20%), indicativo de necessidade urgente de racionalização. Essa fragmentação criava ineficiências nas licitações e desperdiçava recursos por obsolescência. Otimizar o portfólio de fios de sutura da Relação Estadual de Insumos Técnicos (RESIT) através de revisão farmacotécnica e auditoria reversa, mensurado pela redução de itens padronizados e impacto na projeção orçamentária para 2026. **Descrição:** MÉTODOS: Relato de melhoria de qualidade e análise de impacto orçamentário (dezembro/2024 a fevereiro/2026). A intervenção compreendeu: 1) Revisão farmacotécnica e biomecânica para identificação de itens redundantes baseada em propriedades técnicas e compatibilidade clínica por especialidade; 2) Auditoria Reversa: confronto entre planejamento histórico e consumo real (2023-2025) das unidades de saúde; 3) Análise de impacto orçamentário sob perspectiva do gestor SUS. Metodologia seguiu diretrizes SQUIRE 2.0 e CHEERS 2022. Validação clínica pela Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica com representantes de especialidades usuárias (oftalmologia, cirurgia vascular, microcirurgia) garantindo segurança clínica na despadronização. **Resultados:** A intervenção reduziu o portfólio de 111 para 74 itens (33,3% de redução). A estimativa orçamentária reduziu de R\$ 5.017.090,78 para R\$ 2.183.406,24. A evitação de custos (cost avoidance) de R\$ 2.833.684,54 (56,5% de redução) decorre primordialmente do ajuste de quantitativos superestimados à necessidade real auditada. Exemplos: Nylon 10-0 (de 7.324 para 336 unidades) reduz custo de R\$ 314.932,00 para R\$ 14.448,00; Nylon 3-0 (de 26.484 para 11.000 unidades). O índice de desabastecimento absoluto (itens em ruptura) diminuiu de 19 para 13 itens. A concentração de demanda qualificou o estoque e simplificou processos licitatórios. **Conclusão:** A racionalização estratégica baseada em critérios técnicos e clínicos demonstrou ser ferramenta de gestão eficaz, gerando economia orçamentária superior a 50% sem comprometer a assistência clínica. A adoção de portfólios enxutos qualifica os processos de compras públicas, fortifica a sustentabilidade do SUS e assegura processos mais ágeis e transparentes alinhados à real necessidade de demanda.

Palavras-chave: Gestão farmacêutica; Impacto Orçamentário; Otimização de portfólio; Auditoria de demanda.

Referências:

1. Santos AP, et al. Padronização e racionalização de fios de sutura. Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde; 2019.
2. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(12):743-8. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004411.
3. Brasil. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. *Diário Oficial da União.* 2021 Apr 1.
4. Zogbi L, et al. Sutura cirúrgica. *Vitalle Rev Cienc Saude.* 2021;33(1):29-44.
5. Ferreira-da-Silva AL, Ribeiro RA, Santos VCC, Elias FTS, d'Oliveira ALP, Barbosa MM, et al. Diretrizes metodológicas: estudos de impacto orçamentário: manual para o Sistema de Saúde do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(7):1223-38.

Equidade na tomada de decisão em avaliação de tecnologias em saúde: revisão comparativa de agências internacionais

Autores: Júlia Lima¹ <https://orcid.org/0000-0003-2454-3256>, Amanda Veiga Barbosa¹ <https://orcid.org/0000-0003-2728-9652>, Ana Júlia Martins Silva¹ <https://orcid.org/0009-0001-8848-1456>, Diego Lima Gomes¹, Larissa Faia¹, Juliana Yukari Kodaira Viscondi¹ <https://orcid.org/0000-0003-2641-0887>, Aline Frossard Ribeiro Bortoluzzi¹ <https://orcid.org/0009-0004-2631-7302>

Instituição: ¹IQVIA Solutions – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): A incorporação da equidade na avaliação de tecnologias em saúde (ATS) tem sido cada vez mais reconhecida como relevante para apoiar decisões mais justas e alinhadas às necessidades populacionais. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi mapear como a equidade é considerada nos processos decisórios de ATS em diferentes agências internacionais e sintetizar as principais abordagens metodológicas utilizadas para sua incorporação. **Material e Método:** Realizou-se uma revisão narrativa de diretrizes metodológicas, documentos institucionais e literatura científica internacional publicados até janeiro de 2026. Os documentos foram analisados quanto ao reconhecimento explícito da equidade como princípio decisório e à forma como essa dimensão é incorporada em frameworks de avaliação, análises econômicas e processos deliberativos. **Resultados:** Todas as agências avaliadas reconhecem a equidade como um aspecto relevante na ATS, embora com aplicação heterogênea. (1-3) No Reino Unido, o NICE tem explorado o uso de análises de custo-efetividade distributiva como abordagem complementar para avaliar desigualdades em saúde, além de modificadores relacionados à gravidade da doença e tecnologias altamente especializadas. (4-6) No Canadá, o CADTH incorpora a equidade ao longo do ciclo da ATS, utilizando frameworks analíticos, como o PROGRESS-Plus, para orientar o escopo, a geração de evidências e o engajamento de stakeholders. (2) Na Austrália, o PBAC/MSAC considera a equidade de forma implícita por meio da avaliação de necessidade clínica e necessidades não atendidas, incluindo abordagens direcionadas a populações vulneráveis. (3,9,10) Na Escócia, o Scottish Medicines Consortium utiliza mecanismos deliberativos, como o processo Patient and Clinician Engagement (PACE), para incorporar perspectivas de pacientes e profissionais de saúde sobre benefícios não capturados por avaliações tradicionais, especialmente em doenças raras ou em fim de vida. (7,8) No Brasil, a CONITEC reconhece a equidade como princípio do sistema público de saúde e adota limiares diferenciados de disposição a pagar para condições prioritárias, como doenças raras, pediátricas, graves e negligenciadas. (11) **Conclusões:** A equidade é amplamente reconhecida entre agências de ATS, porém sua incorporação na tomada de decisão permanece heterogênea. Embora algumas agências tenham avançado na adoção de abordagens metodológicas mais explícitas, a equidade ainda é predominantemente considerada por meio de processos qualitativos ou adaptações pontuais nas regras decisórias. Esses achados evidenciam a diversidade de abordagens e os desafios metodológicos ainda existentes para a operacionalização da equidade na ATS.

Palavras-chave: Equidade em saúde; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Tomada de decisão; Políticas de saúde.

Referências:

1. Pearson-Stuttard J, Richardson M, Griffin S, Lübker C, Duffield S. Closing the gap: do we need a framework for embedding equity in health technology assessment? *Int J Technol Assess Health Care*. 2026.
2. Axler R, Reddy A, Husein F, Mittmann N. Equity-focused health technology assessment at CADTH. *Can J Health Technol*. 2023;3(10).
3. Boujaoude MA, Devlin N, Bourke M, Dalziel K, Carvalho N. What role does equity play in Australia's health technology assessment processes? A review of the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee recommendations regarding vaccines. *Value Health Reg Issues*. 2026;51:101559.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Health inequalities: distributional cost-effectiveness analysis methods [Internet]. London: NICE; 2022 [updated 2026]. Available from: <https://www.nice.org.uk>
5. NICE Decision Support Unit. TSD23: a guide to calculating severity shortfall for NICE evaluations [Internet]. Sheffield: The University of Sheffield; 2026. Available from: <https://sheffield.ac.uk>
6. National Institute for Health and Care Excellence. NICE health technology evaluation topic selection: the manual (PMG37) – highly specialised technologies [Internet]. London: NICE; 2022. Available from: <https://www.nice.org.uk>
7. Scottish Medicines Consortium. PACE: Patient and Clinician Engagement process – medicines for end of life and rare conditions [Internet]. Glasgow: SMC. Available from: <https://www.scottishmedicines.org.uk>
8. Scottish Medicines Consortium. Patient and Clinician Engagement (PACE) meetings overview [Internet]. Glasgow: SMC. Available from: <https://www.scottishmedicines.org.uk>
9. Australian Government Department of Health and Aged Care. Health Technology Assessment Policy and Methods Review: full recommendations [Internet]. Canberra: Department of Health and Aged Care; 2024. Available from: <https://www.health.gov.au>
10. Medical Services Advisory Committee. Guidelines for preparing assessments for the Medical Services Advisory Committee: summary for stakeholders [Internet]. Canberra: Australian Government; 2021. Available from: <https://www.msac.gov.au>
11. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. O uso de limiares de custo-efetividade nas decisões em saúde: recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.

Inserção da Assistência Farmacêutica no Auxílio da Qualificação das Demandas de Judicialização de Medicamentos

Autores: Paulo Maximiliano Correa¹ <https://orcid.org/0000-0002-9851-4119>, Luana Raatz Klug¹, Adrize Mendes Rivaroli¹, Laura Vojtichwski Lige¹, Claiton Leoneti Lencina¹

Instituição: ¹Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): A saúde é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e operacionalizado, no Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a assistência farmacêutica desempenha papel estratégico não apenas no fornecimento de medicamentos, mas também na promoção do uso racional e na organização do cuidado. Nesse contexto, a Política Nacional de Medicamentos e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) orientam o acesso a tratamentos considerados prioritários. Contudo, as limitações dessas listas frente à complexidade das demandas clínicas atuais contribuem para o crescimento da judicialização de medicamentos. Esse fenômeno, embora represente a concretização do direito individual, impõe desafios à gestão pública, especialmente no que se refere à equidade, à sustentabilidade do sistema e à alocação eficiente de recursos. O presente estudo teve como objetivo avaliar as solicitações de medicamentos por via judicial, encaminhadas à Defensoria Pública da União, seccional Pelotas, caracterizando o perfil dessas demandas e propondo estratégias para qualificar os processos. **Material e Método:** Trata-se de uma pesquisa analítico-descritiva, baseada na avaliação técnico-científica individualizada realizada pelo Grupo de Estudos do Uso e do Acesso a Medicamentos (GEUAM), vinculado ao curso de Farmácia da Universidade Federal de Pelotas e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). As análises foram fundamentadas na Medicina Baseada em Evidências (MBE) e no Uso Racional de Medicamentos (URM), considerando critérios como indicação clínica, eficácia, segurança, custo-efetividade e disponibilidade no SUS. **Resultados:** Entre abril de 2024 e março de 2026, foram emitidos 39 pareceres, envolvendo 46 medicamentos. Segundo a Classificação Anatômica Terapêutica Química, os medicamentos mais demandados pertenciam ao grupo de antineoplásicos e imunomoduladores (56,5%), seguidos por fármacos do sistema nervoso (19,5%). Apenas 24% estavam presentes em listas públicas de medicamentos, como a RENAME, enquanto 76% não constavam nessas fontes. Apesar disso, observou-se predominância de pareceres favoráveis à judicialização, respaldados por evidências científicas. Os pareceres desfavoráveis ocorreram principalmente por ausência de eficácia comprovada ou pela não utilização prévia de alternativas disponíveis no SUS para o caso em questão. Observou-se ainda que 91% das prescrições apresentavam nome comercial, contrariando a obrigatoriedade de prescrição pelo nome genérico (Denominação Comum Brasileira), sendo inadequadas em parte dos casos com genérico disponível no mercado. Diante disso, reforça-se a importância dos pareceres, que além de embasar tecnicamente as demandas judiciais, possibilitando decisões mais fundamentadas, também evidenciam práticas que se afastam das diretrizes de uso racional de medicamentos. **Conclusões:** Conclui-se que a atuação farmacêutica nesse contexto fortalece a equidade, a racionalidade no uso de medicamentos e a sustentabilidade do SUS, ao equilibrar o direito individual ao acesso com a necessidade de uso eficiente dos recursos públicos.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde; Acesso a medicamentos; Medicamentos Essenciais.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. 5. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. 285 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Sep 20;128(182):18055-9.
3. Vieira FS. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. Rev Saude Publica. 2023;57:1.

Interoperabilidade de Dados do Laudo de Avaliação e Autorização de Medicamentos Baseada no Padrão HL7 Fhir®

Autores: Livia Morais Vilela¹ <https://orcid.org/0009-0005-3386-9401>, Carlos Augusto Gonçalves Tibiriça¹ <https://orcid.org/0000-0002-1455-0906>, Luiselena Luna Esmeraldo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7135-5947>, Renata Dutra Braga² <https://orcid.org/0000-0002-3448-0343>, Juliana Pereira de Souza Zinader² <https://orcid.org/0009-0005-7780-4626>, Daniel Nogueira da Costa² <https://orcid.org/0009-0003-0957-959X>, Adriano de Castro Freitas³ <https://orcid.org/0009-0006-4214-4864>, Wanderson da Silva Marques³ <https://orcid.org/0000-0003-2965-5759>

Instituições: ¹Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) — Goiânia — Goiás — Brasil, ²Instituto de Informática, Universidade Federal de Goiás (UFG) — Goiânia — Goiás — Brasil, ³Indra Group / Minsait — Barueri — São Paulo — Brasil

Introdução (com o objetivo): A ausência de padronização nos registros eletrônicos e a fragmentação dos dados em saúde dificultam a troca segura e eficiente de informações entre sistemas. No âmbito da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS), o Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) constitui instrumento essencial para o acesso a medicamentos do Componente Especializado. Diante desse cenário, o padrão internacional HL7 FHIR® (Fast Healthcare Interoperability Resources) surge como solução para interoperabilidade de dados em saúde, alinhado às diretrizes da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Este estudo propõe a Modelagem Informacional e Computacional padronizada dos dados do LME, com foco na interoperabilidade semântica e estrutural entre sistemas de informação em saúde. **Objetivos:** Desenvolver e implementar a Modelagem Informacional e Computacional padronizada para os dados do LME, fundamentada no padrão HL7 FHIR®. **Descrição:** Trata-se de um estudo de desenvolvimento tecnológico, de natureza aplicada, conduzido em ambiente institucional. A metodologia incluiu análise documental do formulário LME, das diretrizes do Repositório de Modelos de Informação da RNDS e da especificação do HL7 FHIR®. Os dados foram organizados em planilha eletrônica, contemplando campos, descrições, hierarquia, cardinalidade, tipos de dados e terminologias clínicas. A modelagem foi construída por meio de análise comparativa com o Modelo de Informação do Registro Eletrônico de Prescrição de Medicamentos (REPM) do Ministério da Saúde, estabelecendo alinhamento conceitual. Na sequência, foi desenvolvido o Modelo Computacional e o respectivo Guia de Implementação no padrão FHIR®. Resultados: A análise resultou em uma matriz comparativa entre os elementos do LME e o modelo REPM, permitindo identificar correspondências e lacunas informacionais. A modelagem informacional definiu o uso de recursos FHIR, tais como: Patient, Practitioner, Organization, MedicationRequest, Observation, Condition e ClinicalImpression. O modelo apresenta estrutura hierárquica, definição de cardinalidade, tipos de dados e vinculação a terminologias clínicas adotadas pelo Ministério da Saúde (MS), incluindo ValueSets e CodeSystems, alcançando 100% do formulário, com mapeamento integral dos campos clínico-administrativos. Também foi gerado o Guia de Implementação (IG), consolidando os artefatos de interoperabilidade. A solução proposta viabiliza a troca segura e padronizada de dados em saúde. **Conclusão:** A modelagem proposta demonstra viabilidade técnica e aderência às diretrizes nacionais de saúde digital, contribuindo para a modernização da Assistência Farmacêutica e para a redução de retrabalho, erros e inconsistências. O uso do HL7 FHIR® oferece escalabilidade, interoperabilidade e replicabilidade da solução em diferentes contextos institucionais. Conclui-se que a adoção desse modelo informacional qualifica o processo de solicitação e autorização de medicamentos no SUS, fortalece a governança de dados e promove maior segurança e eficiência na gestão da informação. Recomenda-se a implementação gradual do modelo, associada à capacitação técnica das equipes e à avaliação contínua de desempenho e impacto.

Palavras-chave: Interoperabilidade em Saúde; Assistência farmacêutica; HL7 FHIR; Saúde Digital.

Referências:

1. Anjos Junior AJS, Pimentel LS, Castro NA, Almeida ACG. O componente especializado da assistência farmacêutica: acesso a medicamento de alto custo. Res Soc Dev. 2022;11(7):e47811730447. doi: 10.33448/rsd-v11i7.30447.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.100, de 17 de dezembro de 2024. Institui os modelos de informação de Registro Eletrônico da Prescrição de Medicamentos (REPM) e de Registro Eletrônico de Dispensação ou Fornecimento de Medicamentos (REDFM) na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Diário Oficial da União. 2024 Dec 18.
3. Carneiro JMM, Fernandes RDC, Palma M, Miranda T. Gestão dos serviços farmacêuticos na promoção do acesso aos medicamentos do Componente Especializado em uma unidade de referência. J Assist Farmac Farmacocon. 2022;1(Suppl 1):43. doi: 10.22563/2525-7323.2022.v1.s1.p.43.
4. HL7 International. FHIR Release 4 [Internet]. Ann Arbor (MI): HL7 International; 2019. Available from: <http://hl7.org/fhir/r4>
5. Queiroz JEA, Neves GN, Santos PX, Mendes L, Mato RWM, Santana RS. Prescrição eletrônica como instrumento de qualificação da Assistência Farmacêutica no Brasil. J Assist Farmac Farmacocon. 2024;9(4):18-26.

Perfil das tecnologias para doenças raras submetidas à Conitec: análise epidemiológica, econômica e do processo regulatório (2023–2025)

Autores: Vinícius Bednarczuk Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-7821-7742>, Verônica Stasiak Bednarczuk Oliveira¹.

Instituição: Supera Consultoria – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com objetivo): A incorporação de tecnologias para doenças raras no Sistema Único de Saúde (SUS) envolve um conjunto heterogêneo de condições clínicas, demandantes e percursos regulatórios(1–3). A caracterização das submissões à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) é fundamental para compreender a dinâmica de acesso a medicamentos órfãos no Brasil e identificar possíveis gargalos no processo de avaliação. O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil epidemiológico, terapêutico, econômico e regulatório das tecnologias para doenças raras submetidas à Conitec entre 2023 e 2026, caracterizando as submissões quanto à área terapêutica, tipo de demandante, métricas de avaliação econômica, tempos do processo regulatório e população impactada. **Material e Método:** Estudo descritivo-exploratório com base em dados secundários. As recomendações foram obtidas no site da Conitec. As tecnologias foram classificadas de acordo com o preconizado pela OMS, até 65 casos por 100.000 pessoas. Para cada tecnologia elegível, os relatórios de recomendação foram analisados e categorizados quanto à área terapêutica, tipo de demandante, métrica de avaliação econômica, desfecho de saúde reportado, tempo entre registro na Anvisa e protocolo na Conitec, tempo entre protocolo e decisão, população estimada e número de contribuições à consulta pública. A análise foi conduzida por estatística descritiva. **Resultados:** Foram identificadas 49 submissões para doenças raras no período, todas referentes a medicamentos, sendo 48 solicitações de incorporação e uma de ampliação de uso. Cânceres raros corresponderam a 24,5% das submissões (n=12). As áreas terapêuticas mais representadas foram Hematologia (n=14; 28,6%), Neurologia (n=11; 22,4%) e Oncologia (n=6; 12,2%). As submissões envolveram 31 demandantes distintos, com predominância da indústria farmacêutica (n=44; 89,8%); 10 demandantes concentraram 57% das submissões. A razão de custo-efetividade incremental (RCEI) foi a métrica econômica mais utilizada (73%; n=36), com QALY como desfecho em 38,8% dos casos e AVAQ em 30,6%. O tempo mediano entre o registro na Anvisa e o protocolo na Conitec foi de 1.262 dias (~3,5 anos), enquanto o tempo mediano entre protocolo e decisão foi de 308 dias (~10 meses). A população estimada total foi de 59.657 pessoas, sendo 24.488 associadas a tecnologias incorporadas e 35.169 a tecnologias não incorporadas. A mediana de contribuições à consulta pública foi de 402 por tecnologia, sem diferença relevante entre os grupos. **Conclusões:** O pipeline de tecnologias para doenças raras na Conitec apresenta concentração em áreas terapêuticas específicas e em um subconjunto de demandantes recorrentes. O intervalo mediano de aproximadamente 3,5 anos entre o registro sanitário e a submissão à Conitec evidencia uma lacuna relevante no acesso oportuno. Além disso, as tecnologias não incorporadas no período correspondem a uma população estimada de mais de 35 mil pessoas, reforçando o impacto clínico e social das decisões no contexto das doenças raras no SUS.

Palavras-chave: Doenças raras; Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS); Economia da Saúde.

Referências:

1. Capucho HC, Brito A, Maiolino A, Kaliks RA, Pinto RP. Incorporação de medicamentos no SUS: comparação entre oncologia e componente especializado da assistência farmacêutica. *Ciênc saúde coletiva*. 2022 Jun;27(6):2471–9. doi:10.1590/1413-81232022276.16282021
2. Caetano R, Silva RMD, Pedro EM, Oliveira IAGD, Biz AN, Santana P. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. *Ciênc saúde coletiva*. 2017 Aug;22(8):2513–25. doi:10.1590/1413-81232017228.02002017
3. D Athayde Rodrigues F, Sousa Borges S, Bento Dos Santos B, Siqueira Sardinha Da Costa N, Corah Lucas Prado C, Costa Xavier L, et al. Doenças raras: uma análise das avaliações realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde do Brasil (Conitec). *JAFF*. 2023 Nov 8;8(s. 2). doi:10.22563/2525-7323.2023.v1.s2.p.157

Quedas em Idosos: Fatores de Risco, Vulnerabilidade e Uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados por Idosos de uma Unidade Básica de Saúde

Autores: Lorena Soares Gomes¹, Pamella Luizy Cabral Ribeiro¹, Waléria Paula¹, Carmen Aparecida Paula¹, Renata Cristina Rezende Macedo Nascimento¹

Instituição: ¹Universidade Federal de Ouro Preto – Ouro Preto – Minas Gerais – Brasil

Introdução (com objetivo): O aumento da expectativa de vida traz consigo o desafio de repensar as políticas públicas para os idosos. O envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilidade e as quedas em idosos constituem um importante problema de saúde pública. Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivos avaliar a ocorrência de quedas em idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Ouro Preto, Minas Gerais (MG), e os fatores de risco associados à queda. **Material e Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado entre 2024 e 2025, com idosos cadastrados no prontuário eletrônico e-SUS, em uma UBS de Ouro Preto, MG. Pessoa idosa foi definida como indivíduo com idade igual ou maior que 60 anos. O questionário Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - 20 (IVCF-20) foi utilizado para a estratificação do risco de fragilidade, classificando os idosos em robusto, risco de fragilidade e frágil. Os medicamentos foram classificados como potencialmente inapropriados para idosos (MPIs) de acordo com o Critério Beers 2023. Polifarmácia foi definida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos. Construiu-se uma base de dados em planilha Microsoft Excel®. As variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão, e calculou-se as razões de chance (RC) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) utilizando-se o software STATA 13.0. **Resultados:** O estudo incluiu 456 idosos, predominantemente do sexo feminino (68,4%), com idade média de 69,9 anos (DP=7,5). A maioria foi classificada como em baixa vulnerabilidade clínico-funcional (55,0%). No que diz respeito à queda, 10,5% (n=48) dos entrevistados relataram histórico de duas ou mais quedas nos últimos 12 meses. Com relação ao uso de medicamentos, 39,3% dos idosos estavam em polifarmácia, e entre os relataram queda, 58,3% usavam ao menos um MPI, sendo observada a associação estatisticamente positiva entre estas duas condições e o desfecho de queda. O risco de queda foi até 10 vezes maior em idosos frágeis (RC=10,1; IC95%: 4,0 – 25,3). **Discussão:** A elevada frequência de uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e sua associação com a ocorrência de quedas identificadas neste estudo, reforçam evidências contemporâneas que reconhecem esses fármacos como determinantes relevantes de eventos adversos na população idosa. A literatura recente aponta que prescrições inadequadas são altamente prevalentes entre indivíduos que já experimentaram quedas, destacando principalmente medicamentos com ação sobre o sistema nervoso central como os mais implicados. **Conclusões:** As associações observadas demonstram a relevância do IVCF-20 como instrumento de triagem, de maneira a contribuir para o planejamento de intervenções, revisões terapêuticas e monitoramento de idosos em maior risco de queda.

Palavras-chave: Idoso; Fragilidade; Queda; Medicamento Potencialmente Inapropriado para Idoso; Atenção primária à saúde.

Referências:

1. Barbosa SR, Mansur HN, Colugnati FAB. Impacts of frailty on the negative health outcomes of elderly Brazilians. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2017;20(6):836-44. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170069>
2. Bolina AF, Gomes NC, Marchiori GF, Pegorari MS, Tavares DMS. Potentially inappropriate medication use and frailty phenotype among community-dwelling older adults: a population-based study. J Clin Nurs. 2019;28:3914-22. doi: 10.1111/jocn.14976.
3. Moraes EN, Carmo JA, Lanna FM, Azevedo RS, Machado CJ, Romero DEM. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saude Publica. 2016;50:81. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006963.
4. Moraes EN, Lopes PRR. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE – Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2023 [cited 2026 Apr 6]. 110 p. Available from: <https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Manual-de-Avaliacao-Multidimensional-da-Pessoa-Idosa-para-a-Atencao-Primaria-a-Saude.-Aplicacoes-do-IVCF-20-e-do-ICOPE.pdf>
5. O'Reilly T, Lemus JG, Booth L, Clyne B, McCarthy C, Ibrahim K, et al. Potentially inappropriate prescribing and falls-risk increasing drugs in people who have experienced a fall: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing [Internet]. 2025;54(1):afaf300. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf300>

Índice de Complexidade da Farmacoterapia de Pacientes Transplantados Renais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Autores: Joane Andrade Xavier¹ <https://orcid.org/0009-0007-9660-4544>, Juliana da Silva Winter¹ <https://orcid.org/0000-0002-8946-7197>, Diogo Pilger¹ <https://orcid.org/0000-0002-8171-2688>

Instituição: ¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): Pacientes submetidos a transplante renal necessitam de terapia imunossupressora contínua para prevenir a rejeição do enxerto, bem como complicações clínicas e óbito. O monitoramento terapêutico é essencial, sendo imprescindível avaliar a complexidade da farmacoterapia, que pode impactar diretamente a adesão ao tratamento imunossupressor. O Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) é um instrumento que quantifica o regime posológico com base na forma de dosagem (seção A), frequência (seção B) e instruções de uso (seção C), servindo como indicador clínico para identificar pacientes com menor e maior carga terapêutica. O objetivo do trabalho é descrever o perfil e a evolução da complexidade da farmacoterapia de pacientes transplantados renais após 30 dias da alta hospitalar e 6 meses após o transplante. **Material e Método:** Estudo longitudinal prospectivo de 12 meses com amostragem consecutiva, realizada com pacientes transplantados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As variáveis incluíram dados sociodemográficos, clínicos e escore do ICFT. A coleta de dados teve início em agosto de 2025, e os participantes foram recrutados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, conforme parecer número 82627124.1.0000.5327. **Resultados:** Foram incluídos 106 pacientes: 38 do sexo feminino e 68 do sexo masculino. A média de idade foi de $50,52 \pm 14,7$ anos. Em relação ao nível de instrução, observou-se predominância de pacientes com Ensino Fundamental incompleto (26,4%; $n=28$) e Ensino Médio completo (24,5%; $n=26$), que juntos representam pouco mais da metade da amostra. Os demais pacientes (49,1%; $n=52$) distribuíram-se entre os outros níveis de escolaridade básica e superior. Na primeira avaliação, realizada aos 30 dias, a média do ICFT foi de 52,71, reduzindo-se para 39,47 após 6 meses do transplante. Essa redução progressiva na carga terapêutica demonstrou alta significância estatística ($p<0,001$). Na estratificação por sexo, o ICFT médio aos 30 dias foi de $49,99 \pm 10,45$ entre as mulheres e $54,23 \pm 11,12$ entre os homens. Após 6 meses, os valores reduziram para $37,82 \pm 11,30$ e $40,39 \pm 12,69$, respectivamente, tendência constante e proporcional em todas as subseções do instrumento. Apesar das variações numéricas, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, nem aos 30 dias ($p=0,057$) nem aos 6 meses ($p=0,301$), indicando que o sexo não é fator determinante para a complexidade da prescrição. A faixa etária apresentou correlação linear positiva e estatisticamente significativa com os níveis de ICFT: aos 30 dias, $r=0,357$ e $p<0,001$, demonstrando que, à medida que a idade avança, há aumento proporcional na complexidade da farmacoterapia. Em contrapartida, o nível de escolaridade não exerceu influência sobre a complexidade do regime terapêutico ($p=0,061$ aos 30 dias; $p=0,419$ aos 6 meses). **Conclusões:** A complexidade da farmacoterapia é consideravelmente elevada no período imediato pós-transplante, com redução progressiva ao longo dos primeiros meses. A idade avançada destaca-se como o principal fator clínico, dentre os analisados, associado à necessidade de regimes terapêuticos mais complexos.

Palavras-chave: Transplante Renal; Índice de Complexidade; Farmacoterapia; Uso de Medicamentos.

Referências:

1. Melchior AC, Correr CJ, Fernández-Llímós F. Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(4):210-8.

Mapeamento de custos diretos em bloco cirúrgico em um hospital referência em urgência e emergência

Autores: Natália Santos da Gama¹ <https://orcid.org/0009-0004-0742-556X>, Lauren Feijó Gonçalves² <https://orcid.org/0009-0000-7640-7972> · Matheus William Becker² <https://orcid.org/0000-0002-0190-3688> · Karin Hepp Schwambach¹ <https://orcid.org/0000-0003-3271-2566>

Instituições: ¹Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): Os custos envolvidos em procedimentos cirúrgicos podem apresentar uma grande variação dependendo da especialidade médica, da técnica utilizada e da complexidade dos pacientes. Os pacientes vítimas de trauma ou queimaduras podem demandar múltiplas intervenções cirúrgicas, uso de materiais especializados, com maior consumo de medicamentos e longos períodos de internação^{1,2}. Ao saber quanto se gasta em um procedimento pode-se identificar falhas nos processos de trabalho e/ou desperdícios, entre outros problemas. Conhecer os custos envolvidos em diferentes etapas do cuidado em saúde contribui para aumentar a eficiência do uso dos recursos disponíveis, com impacto na qualidade do atendimento e na segurança dos pacientes atendidos na **Instituição**³. O objetivo deste trabalho é identificar e comparar os custos diretos de materiais e medicamentos utilizados em procedimentos cirúrgicos de diferentes especialidades em um hospital público referência em urgência e emergência. **Material e Método:** O estudo seguiu um modelo transversal, conduzido no período de setembro de 2025 a fevereiro de 2026. O número de cirurgias realizadas, bem como a especialidade responsável pelo procedimento, relatórios de consumo de material médico-hospitalar e medicamentos foram extraídos do sistema informatizado hospitalar, incluindo as funcionalidades de agenda e notas de sala. A consulta de preços de medicamentos, materiais médico-hospitalares e órteses, próteses e materiais especiais (OPME) foi realizada no sistema de gerenciamento de estoque. O presente estudo faz parte do projeto da área de Farmácia, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE 81329124.0.0000.5338, Parecer 6.940.106). **Resultados:** No período do estudo, foram realizadas 1.683 cirurgias. O custo com materiais e medicamentos por cirurgia variou de R\$183,40 a R\$1.810,43. A especialidade Cirurgia geral e do trauma apresentou maior demanda, com 446 intervenções cirúrgicas e maior custo total R\$ 807.450,06 e por cirurgia R\$1.810,43. Deste, 84% referem-se a materiais médico-hospitalares. A cirurgia plástica reparadora (pacientes queimados) realizou 317 procedimentos, com custo total de R\$ 430.874,03 e de R\$1.359,22 por cirurgia. As cirurgias de traumatologia representam 382 intervenções e um custo total de R\$195.761,96 e R\$512,47 por paciente, sendo 35% referente a OPME. Já na especialidade de bucomaxilofacial, foram realizados 150 procedimentos e 47% do custo total (R\$ 197.153,78) se refere a OPME. O menor custo, total e por cirurgia, foi da especialidade da endoscopia, com 75 intervenções e R\$183,40 cada. Este trabalho apresentou limitações, como a dificuldade de compilar todos os custos diretos envolvidos, incluindo o registro de utilização de OPME, que tem um custo significativo em procedimentos cirúrgicos. **Conclusões:** O presente estudo faz parte de um projeto de qualificação dos processos de trabalho do bloco cirúrgico, incluindo a rastreabilidade de insumos utilizados e gerenciamento de recursos. Os dados demonstram que o custo médio por procedimento apresenta grande variação de acordo com a especialidade, refletindo diferenças na complexidade e no uso de materiais e medicamentos entre as áreas.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico Hospitalar; Custos Hospitalares; Hospitais de Emergência.

Referências:

1. Zhang C, Chen X, Ying W, et al. Global burden of plastic-surgery-related conditions, 1990-2021: a composition-aware analysis with projections to 2050. *Front Public Health*. 2025;13:1676386. doi: 10.3389/fpubh.2025.1676386.
2. Petrides GA, Dunn M, Sharman AR, et al. Economic evaluation of microvascular reconstruction of the jaw: a micro-costing analysis and identification of key cost-drivers. *Oral Oncol*. 2026;174:107885. doi: 10.1016/j.oraloncology.2026.107885.
3. Corrêa LH, Siqueira MM. Financiamento das cirurgias no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; 2024. Available from: [https://www.einstein.br/DocumentosAcessoLivre/Financiamento_Cirurgias_SUS%20-%2029.12.23%20\(template%20final\)%20\(1\).pdf](https://www.einstein.br/DocumentosAcessoLivre/Financiamento_Cirurgias_SUS%20-%2029.12.23%20(template%20final)%20(1).pdf)

Transição da insulina NPH para glargina na Paraíba: o papel do REAP QUALI-PB na qualificação da assistência farmacêutica

Autores: Anderson Fellyp Avelino Diniz¹ <https://orcid.org/0000-0002-9659-1495>, Daiene Martins Beltrão¹, Diogo Rafael da Silva Borges¹, Neurislene Maciel Dantas¹, Eduardo Bezerra de Almeida¹, Vandiar Martins Moreira¹, Francisca Wigma de Medeiros¹, Wênia Brito Barreto Faheina¹

Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica (GEAF/SES-PB) – João Pessoa – Paraíba – Brasil

Introdução (com o objetivo): A incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) requer planejamento, integração interfederativa e qualificação da assistência farmacêutica para assegurar uso racional, segurança e continuidade do cuidado (1). No diabetes mellitus, condição de elevada carga epidemiológica, a otimização da insulinoterapia é essencial para o controle glicêmico e redução de complicações (2,4). As insulinas de ação prolongada, como a glargina, apresentam perfil farmacocinético mais estável e menor risco de hipoglicemias (3). Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu projeto-piloto de transição da insulina NPH para glargina em grupos prioritários (5). O projeto REAP QUALI (Rede de Apoio à Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS) consiste em estratégia nacional de apoio institucional voltada ao fortalecimento da gestão, qualificação dos serviços e integração entre assistência farmacêutica e cuidado em saúde. Na Paraíba, o REAP QUALI-PB exerce papel central na mediação entre gestão e serviços, apoiando a implementação dessa política. Analisar a contribuição do eixo 8 (Assistência Farmacêutica) do REAP QUALI-PB na organização e qualificação da assistência farmacêutica durante a implementação do projeto-piloto de transição da insulina NPH para glargina na Paraíba. **Descrição:** Estudo descritivo, quantitativo e documental, baseado nas ações desenvolvidas pelos apoiadores do eixo 8 junto à gestão estadual, gerências regionais de saúde e municípios. Foram analisadas atividades como capacitações, apoio logístico, disseminação normativa, levantamento de usuários elegíveis, produção de notas técnicas e implantação de instrumentos de monitoramento clínico e operacional. No início da implementação do projeto-piloto na Paraíba (março de 2026), o REAP QUALI-PB atuou na articulação entre gestão estadual, 13 gerências regionais de saúde, municípios, Ministério da Saúde e setor produtivo, apoiando a operacionalização nos 223 municípios. Os resultados apresentados referem-se à fase inicial do projeto. Foram realizadas capacitações remotas e presenciais sobre o sistema Hórus, abrangendo cadastro, dispensação e controle de estoque, além do levantamento de pacientes elegíveis, totalizando 2.235 usuários aptos à transição nesse primeiro momento. Ocorreram oficinas presenciais nas três macrorregiões, com 693 profissionais capacitados (260 farmacêuticos, 202 enfermeiros e 231 médicos). No primeiro mês do projeto piloto, foram distribuídos 7.377 carpules às gerências regionais de saúde. Também foram implantados instrumentos de monitoramento semanal voltados à segurança, farmacoterapia e farmacovigilância, evidenciando a estruturação inicial dos processos assistenciais e logísticos. **Conclusão:** O eixo 8 da Assistência Farmacêutica do REAP QUALI-PB mostrou-se estratégico na implementação da transição da insulina NPH para glargina, promovendo apoio institucional, integração entre níveis de gestão e qualificação profissional. Sua atuação contribuiu para organização dos fluxos assistenciais, maior segurança na introdução da tecnologia e fortalecimento da assistência farmacêutica, destacando a relevância de estratégias regionalizadas no sucesso de implementação de políticas públicas no SUS.

Palavras-chave: Projeto piloto; Diabetes Mellitus; Insulinas; Cuidado farmacêutico; SUS.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1-S350. doi: 10.2337/dc24-SINT.
3. Rosenstock J, Park G, Zimmerman J. Baseline to endpoint glycemic control with insulin glargine versus NPH insulin in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2001;24(4):631-6. doi: 10.2337/diacare.24.4.631.
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
5. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica Conjunta nº 32/2026-DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026.

Reações adversas associadas à cannabis no sistema nacional de farmacovigilância da França

Autores: Thais Santana¹, Maria Laura Silva², Amélie Daveluy², Anne Batisse², Marine Auffret², Cecile Chevalier², Emilie Bouquet², Cristina Ruas¹ <https://orcid.org/0000-0003-0275-8416>

Instituições: ¹Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil, ²Universidade de Bordeaux – Bordeaux – França

Introdução (com objetivo): O aumento global do uso medicinal e não medicinal de produtos à base de cannabis impõe desafios relevantes aos sistemas de farmacovigilância, especialmente diante da complexidade clínica dos pacientes e da diversidade de substâncias utilizadas. Nesse contexto, a análise de dados de mundo real é essencial para o monitoramento da segurança e para o aprimoramento de políticas regulatórias. O objetivo deste trabalho é caracterizar o perfil de reações adversas relacionadas a produtos à base de cannabis notificadas em sistema nacional de farmacovigilância. **Material e Método:** Estudo descritivo exploratório baseado em notificações registradas na Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), França. Os dados foram organizados e padronizados com auxílio de ferramentas computacionais para padronização de dados. As reações adversas foram classificadas segundo o Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA), considerando os níveis Low Level Term (LLT) e System Organ Class (SOC). Foram analisadas variáveis relacionadas à origem da notificação, gravidade, desfechos clínicos, perfil de uso e indicação terapêutica. **Resultados:** Foram analisadas 12.149 notificações envolvendo 1.128 substâncias, das quais 113 corresponderam a produtos à base de cannabis. A maioria das notificações foi oriunda de ambiente hospitalar (84,1%) e reportada por médicos especialistas (49,4%). Observou-se predominância de casos classificados como graves (56,9%), sendo a hospitalização o principal desfecho (52,1%). Em relação ao padrão de uso, 41,1% das notificações referiram-se ao uso exclusivo de cannabis, enquanto 58,9% envolveram uso concomitante de outros medicamentos ou substâncias. A dor neuropática foi a principal indicação terapêutica (29,8%). Os eventos adversos mais frequentes, segundo classificação MedDRA, foram relacionados a transtornos psiquiátricos (41,7%), com destaque para termos associados ao uso abusivo de substâncias (9,2%). A farmacodependência foi o tipo de caso mais frequentemente reportado (83,3%). **Conclusões:** Os resultados evidenciam elevada frequência de eventos adversos graves e predominância de manifestações psiquiátricas associadas ao uso de produtos à base de cannabis em contexto de mundo real. A frequência de uso concomitante de substâncias indica maior complexidade clínica na interpretação desses eventos. A predominância de eventos psiquiátricos e farmacodependência aponta para a necessidade de critérios mais rigorosos de prescrição e acompanhamento clínico. No contexto brasileiro, esses achados reforçam a importância do fortalecimento da farmacovigilância e do monitoramento contínuo dos pacientes, contribuindo para o uso mais seguro e para o aprimoramento de estratégias regulatórias no SUS.

Palavras-chave: Dados de mundo real; Eventos adversos a medicamentos; Farmacovigilância; Cannabis medicinal.

Referências:

1. Théophile H, André M, Miremont-Salamé G, Haramburu F, Bégaud B, Pariente A. An updated method improved the assessment of adverse drug reaction in routine pharmacovigilance. *J Clin Epidemiol.* 2012;65(10):1069-77.
2. Daveluy A, Jouanjus E, Micallef J, Mallaret M, Lapeyre-Mestre M, French Addictovigilance Network. From regional signal to alert in addictovigilance. *Thérapie.* 2025;80(2):213-22. doi: 10.1016/j.therap.2024.10.056.
3. MedDRA – Medical Dictionary for Regulatory Activities [Internet]. McLean (VA): International Council for Harmonisation; [cited 2025 May 3]. Available from: <https://www.meddra.org/>
4. Chesney E, Oliver D, Green A, Sovi S, Wilson J, Englund A, et al. Adverse effects of cannabidiol: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Neuropsychopharmacology.* 2020;45:1799-806. doi: 10.1038/s41386-020-0667-2.
5. Erku DA, Shrestha S, Scuffham P. Cost-effectiveness of medicinal cannabis for management of refractory symptoms associated with chronic conditions: a systematic review of economic evaluations. *Value Health.* 2021;24(10):1538-48. doi: 10.1016/j.jval.2021.04.1276.

Terapia fotodinâmica na cicatrização de feridas: revisão de escopo de evidências de eficácia, segurança e qualidade de vida

Autores: Flávia Deffert¹ <https://orcid.org/0000-0002-2188-9967>, Maria Luiza Soares¹ <https://orcid.org/0009-0003-0582-1721>, Jaqueline Carneiro¹ <https://orcid.org/0000-0002-2037-0215>, Inajara Rotta¹ <https://orcid.org/0000-0002-9099-7216>

Instituição: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com objetivo): Introdução: A terapia fotodinâmica (PDT) é uma abordagem que combina fotossensibilizador, luz em comprimento de onda específico e oxigênio, gerando espécies reativas com efeito terapêutico local. Tem sido investigada como estratégia adjuvante no manejo de feridas, devido ao seu potencial antimicrobiano, modulador da inflamação e promotor do reparo tecidual. Entretanto, a variabilidade dos protocolos de aplicação e dos desfechos avaliados limita a interpretação de sua efetividade clínica e sua incorporação na prática. **Objetivos:** Mapear as evidências disponíveis sobre eficácia, segurança, qualidade de vida e avaliar a qualidade de reporte de estudos clínicos que investigaram a PDT na cicatrização de feridas. **Material e Método:** Métodos: Revisão de escopo conduzida conforme recomendações do Joanna Briggs Institute e reportada segundo PRISMA-ScR (protocolo: 10.17605/OSF.IO/R6VUK). As buscas foram realizadas em PubMed, Scopus e Web of Science, com complementação no Google Acadêmico (outubro/2025). Foram incluídos estudos clínicos intervencionais e observacionais com grupo comparador. A síntese foi descritiva, contemplando desfechos de eficácia, segurança e qualidade de vida. A qualidade de reporte foi avaliada pela CONSORT 2025, com adaptação para os estudos não randomizados. **Resultados:** Resultados: Foram incluídos 20 estudos clínicos (13 randomizados e 7 não randomizados), evidenciando heterogeneidade relevante nas intervenções, com variação de fotossensibilizadores, parâmetros de irradiação e regimes terapêuticos, bem como diversidade de desfechos clínicos. Nos estudos randomizados, apenas 38,5% (n=5) identificaram o delineamento no título ou resumo, 46,2% (n=6) relataram registro e 30,8% (n=4) descreveram cegamento. Nos estudos não randomizados, todos itens estruturais foram adequadamente reportados, porém, em nenhum estudo, houve relato de cálculo amostral, avaliação de malefícios ou envolvimento de pacientes. Quanto à eficácia, a PDT foi favorável para dor em 75% dos estudos (6/8) e para cicatrização em 85,7% (6/7). Redução da carga microbiana (n=6), área da ferida (n=6), inchaço (n=3) e desfechos histológicos (n=5) foi consistentemente observada nos estudos que avaliaram esses desfechos. Em contrapartida, os resultados dos parâmetros periodontais foram neutros, e desfechos relacionados à barreira cutânea e resposta inflamatória apresentaram resultados predominantemente neutros ou desfavoráveis. A segurança foi favorável: eventos adversos não graves foram relatados em 33,3% (2/6) dos estudos no grupo PDT e 66,7% (4/6) nos comparadores, sendo principalmente locais, leves e autolimitados, como dor, eritema, edema, exsudação discreta e sensação de queimação, com resolução em até três dias. Eventos adversos graves foram raros e reportados em apenas um estudo, ocorrendo em ambos os grupos, sem descrição detalhada ou atribuição causal à PDT. Desfechos de qualidade de vida (relacionada a ferida e saúde bucal) foram reportados em 2 estudos, ambos favoráveis ao PDT. **Conclusões:** Conclusão: A PDT apresenta evidências favoráveis de eficácia e segurança como terapia adjuvante na cicatrização de feridas, com impacto positivo na qualidade de vida. Entretanto, a heterogeneidade das intervenções e dos desfechos avaliados, associada a limitações na qualidade de reporte, compromete a comparabilidade dos achados e reforça a necessidade de maior padronização metodológica e desenvolvimento de protocolos clínicos.

Palavras-chave: Terapia fotodinâmica; Cicatrização de feridas; Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Referências:

1. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, et al. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020. doi: 10.46658/JBIMES-20-12.
2. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. doi: 10.7326/M18-0850.
3. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMJ*. 2010;340:c332. doi: 10.1136/bmj.c332.
4. Castano AP, Demidova TN, Hamblin MR. Mechanisms in photodynamic therapy: Part one—photosensitizers, photochemistry and cellular localization. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2006;3(4):279-93. doi: 10.1016/j.pdpdt.2006.09.003.
5. Oyama J, Fernandes H, Yamada A, et al. Photodynamic therapy in wound healing in vivo: a systematic review. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2020;30:101682. doi: 10.1016/j.pdpdt.2020.101682.
6. Fonda-Pascual P, Alegre-Sánchez A, Saceda-Corralo D, et al. Photodynamic therapy in dermatology. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(2):83-102. doi: 10.1016/j.ad.2015.09.004.
7. Abrahamse H, Hamblin MR. New photosensitizers for photodynamic therapy. *Biochem J*. 2016;473(4):347-64. doi: 10.1042/BJ20150942.
8. Brown SB, Brown EA, Walker I. The present and future role of photodynamic therapy in cancer treatment. *Lancet Oncol*. 2004;5(8):497-508. doi: 10.1016/S1470-2045(04)01529-3.
9. Gunaydin G, Gedik ME, Ayan S. Photodynamic therapy—current limitations and novel approaches. *Front Chem*. 2021;9:691697. doi: 10.3389/fchem.2021.691697.
10. Kwiatkowski S, Knap B, Przystupski D, et al. Photodynamic therapy—mechanisms, photosensitizers and combinations. *Biomed Pharmacother*. 2018;106:1098-107. doi: 10.1016/j.biopha.2018.07.049.

Eficácia e segurança de atezolizumabe combinado a quimioterapia como primeira linha de tratamento de pacientes adultos com câncer de mama triplo negativo localmente avançado irressecável ou metastático com expressão de PD-L1: revisão sistemática

Autores: Andreia Rosa Borges¹ <https://orcid.org/0009-0002-3596-7740>, Alexander Itria¹ <https://orcid.org/0000-0001-7500-0230>, Bruna Marmett¹ <https://orcid.org/0000-0002-2982-0323>, Ísis Nalin Fernandes Nonato¹ <https://orcid.org/0009-0002-0711-1048>, Meline Rossetto Kron-Rodrigues¹ <https://orcid.org/0000-0003-2174-268X>, Layssa Andrade Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0001-9036-3056>

Instituição: ¹Hospital Alemão Oswaldo Cruz – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): O câncer de mama triplo-negativo (CMTN) avançado permanece um dos maiores desafios da oncologia, caracterizado por elevada agressividade, rápida progressão e opções terapêuticas limitadas (1). A imunoterapia anti-PD-L1 surge como estratégia promissora ao restaurar a resposta imune antitumoral, particularmente em pacientes com expressão de PD-L1, grupo biologicamente mais responsivo (2,3). O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia e a segurança do atezolizumabe associado à quimioterapia como tratamento de primeira linha em pacientes com CMTN avançado ou metastático PD-L1 positivo. **Material e Método:** Revisão sistemática com meta-análise conduzida conforme recomendações da Cochrane e reportada segundo PRISMA checklist (4,5), com protocolo registrado no PROSPERO (CRD420251181138). Foram realizadas buscas em MEDLINE (via buscador PudMed), Embase, Cochrane CENTRAL, LILACS e ClinicalTrials.gov até outubro de 2025. Incluíram-se ensaios clínicos randomizados comparando atezolizumabe associado à quimioterapia versus quimioterapia isolada ou combinada a placebo. A seleção e extração foram realizadas por revisores independentes. As meta-análises utilizaram modelo de efeitos aleatórios (Mantel-Haenszel e inverso da variância). O risco de viés foi avaliado pelo RoB 2 e a certeza da evidência pelo GRADE, por revisores independentes. **Resultados:** Foram incluídos três ensaios clínicos randomizados (n=1.064). Na população PD-L1 positiva, o atezolizumabe associado à quimioterapia reduziu o risco de progressão da doença (HR=0,63; IC95% 0,51–0,78; certeza moderada) e de mortalidade (HR=0,67; IC95% 0,53–0,86; alta certeza), além de aumentar a taxa de resposta objetiva (OR=1,96; IC95% 1,29–2,98; alta certeza) (2,3). Esses resultados correspondem a uma redução absoluta de aproximadamente 161 eventos de progressão por 1.000 pacientes tratados. No entanto, a evidência de sobrevida global baseia-se predominantemente em um único ensaio clínico. Não foi observado benefício consistente em qualidade de vida (HR=0,94; IC95% 0,69–1,28, baixa certeza). Em comparação à quimioterapia isolada, houve aumento do risco de eventos adversos graves (RR=1,53; IC95% 1,15–2,02; muito baixa), sem diferença significativa para eventos adversos gerais (RR=1,15; IC95% 0,87–1,53; muito baixa). A heterogeneidade entre os estudos, incluindo diferenças nos regimes quimioterápicos, contribui para a incerteza, especialmente nos desfechos de segurança. **Conclusões:** A adição de atezolizumabe à quimioterapia está associada a benefícios clínicos relevantes em pacientes com CMTN PD-L1 positivo, especialmente na redução da progressão da doença e da mortalidade. Contudo, a dependência de evidência de um número limitado de estudos, a ausência de benefício consistente em qualidade de vida e a baixa certeza da evidência para desfechos de segurança indicam que esses resultados devem ser interpretados com cautela. A tomada de decisão clínica deve considerar o equilíbrio entre benefícios e riscos, bem como a seleção criteriosa de pacientes.

Palavras-chave: Câncer de mama triplo-negativo; Atezolizumabe; Imunoterapia; Metanálise.

Referências:

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
2. Schmid P, Adams S, Rugo HS, Schneeweiss A, Barrios CH, Iwata H, et al. Atezolizumab and nab-paclitaxel in advanced triple-negative breast cancer. *N Engl J Med.* 2018;379(22):2108-21.
3. Emens LA, Adams S, Loi S, Schneeweiss A, Rugo HS, Winer EP, et al. IMpassion130 final overall survival analysis. *Ann Oncol.* 2021;32(8):983-93.
4. Higgins JPT, Sterne JAC, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.* Version 5.1.0. London: The Cochrane Collaboration; 2011.
5. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

Avaliação econômica comparativa de esquemas com anticorpos monoclonais no mieloma múltiplo: análise de custo efetividade e custo consequência sob a perspectiva da gestão em saúde privada

Autores: Juliana Antal¹ <https://orcid.org/0009-0008-5408-4381>, Elder Luciano Deodato² <https://orcid.org/0009-0001-9344-4473>, Maria Clara Nascimento Rodrigues³ <https://orcid.org/0000-0002-0298-8628>, Karina Rocha da Silva³ <https://orcid.org/0009-0003-4101-6287>, Janicleia Rosa da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0004-4925-7592>

Instituições: ¹Rede Américas — São Paulo — São Paulo — Brasil, ²Rede Américas — Rio de Janeiro — Rio de Janeiro — Brasil, ³Rede Américas — Salvador — Bahia — Brasil

Introdução (com objetivo): A incorporação de terapias oncológicas de alto custo impacta diretamente a padronização, o acesso e a sustentabilidade das instituições de saúde, exigindo do farmacêutico atuação estratégica na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). Neste contexto, o farmacêutico transforma evidências clínicas e econômicas em subsídios para decisões institucionais. Embora a análise de custo-efetividade seja amplamente utilizada, nossa experiência no serviço evidenciou limitações na sua aplicação isolada para orientar decisões relacionadas ao uso racional e à priorização de recursos. Nesse contexto, a análise de custo-consequência mostrou-se abordagem complementar relevante para aproximar a avaliação econômica da prática da assistência farmacêutica. **Objetivo:** Analisar a contribuição de análises de custo-efetividade e custo-consequência, conduzidas no âmbito de um Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), para o suporte às decisões institucionais relacionadas à incorporação e ao uso de terapias de alto custo no mieloma múltiplo. **Material e Método:** Foi realizada uma avaliação econômica comparativa entre os esquemas Isa-VRd (isatuximabe, bortezomibe e lenalidomida) e D-VRd (daratumumabe, bortezomibe e lenalidomida), com base em modelo de árvore de decisão, horizonte temporal de 1 ano e perspectiva de custos diretos médicos, conforme diretrizes metodológicas nacionais. A análise de custo-efetividade estimou a razão de custo-efetividade incremental utilizando anos de vida ajustados por qualidade (QALY) derivados da sobrevida livre de progressão (PFS). Complementarmente, realizamos uma análise de custo-consequência, apresentando de forma desagregada a variação percentual dos custos e os principais desfechos clínicos e assistenciais relevantes para a prática farmacêutica. A avaliação foi baseada em dados disponíveis no serviço, sem extrapolações ou recálculos adicionais. **Resultados:** A comparação entre os esquemas demonstrou que a alternativa associada ao maior custo apresentou incremento da ordem de 30% a 40% no custo total por paciente tratado no primeiro ano. O ganho clínico incremental foi modesto, com aumento de cerca de seis meses em sobrevida livre de progressão, correspondendo a 0,325 QALY. A análise de custo-efetividade indicou que o custo adicional estimado de aproximadamente R\$ 531.153 por QALY, substancialmente superior ao limiar de aceitabilidade comumente adotado no Brasil. Na análise de custo-consequência, observou-se que o aumento percentual do custo não foi acompanhado por redução clinicamente relevante dos custos assistenciais relacionados a eventos adversos, evidenciando ausência de compensações econômicas significativas no horizonte analisado. Esses achados subsidiaram discussões institucionais sobre uso racional, critérios de elegibilidade e priorização de recursos. **Conclusões:** Os resultados indicam que a análise de custo-efetividade, quando utilizada de forma isolada, mostrou-se insuficiente para apoiar decisões institucionais relacionadas à incorporação e ao uso de terapias de alto custo. A análise de custo-consequência complementou essa avaliação ao traduzir os resultados econômicos em faixas percentuais conservadoras, diretamente aplicáveis à prática do farmacêutico clínico e gestão. Essa experiência demonstra como o farmacêutico, atuando em um NATS, pode transformar análises econômicas em instrumentos efetivos de governança clínica e sustentabilidade institucional, ampliando seu papel estratégico na assistência farmacêutica.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Custo-efetividade; Custo-consequência.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
2. World Health Organization. Access to medicines. Geneva: WHO; 2017.
3. Management Sciences for Health. Managing access to medicines. Arlington (VA): Management Sciences for Health; 2012.
4. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. Health Policy Plan. 2013;28(7):692-704. doi: 10.1093/heapol/czs108.
5. Goodman LA. Snowball sampling. Ann Math Stat. 1961;32(1):148-70. doi: 10.1214/aoms/1177705148.

Qualificação da Assistência Farmacêutica nos Municípios Baianos: Relato de Inovação e Melhoria da Qualidade a partir do Monitoramento Sistemático de Indicadores

Autores: Pablo Maciel Brasil Moreira¹ <https://orcid.org/0000-0002-0197-2894>, Milena Flores Melo² <https://orcid.org/0009-0001-2208-1169>

Instituições: ¹Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA) — Vitória da Conquista — Bahia — Brasil, ²Universidade Federal da Bahia (UFBA) — Vitória da Conquista — Bahia — Brasil

Introdução (com o objetivo): A Assistência Farmacêutica (AF) é área estratégica para o acesso a medicamentos essenciais e o uso racional no âmbito municipal, constituindo pilar para a sustentabilidade do SUS.¹ Na Bahia, indicadores de execução do Componente Básico da AF (CBAF), envio de dados à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR) e adesão ao Registro de Preços Compartilhado (RPC) revelaram lacunas críticas em 2024: 29 municípios com pendências na prestação de contas do CBAF; 38 não aderentes ao RPC; e apenas 202 com envio regular ao BNAFAR.^{2,3} Evidenciando gestão intuitiva e vulnerável a desperdícios, desabastecimentos e riscos jurídicos. Deste modo, este trabalho tem como objetivo apresentar a estruturação de um modelo de articulação entre a Consultoria Técnica em AF e o Apoio Institucional do COSEMS/BA para monitoramento sistemático de indicadores da gestão administrativa da AF, com implementação de estratégias de suporte aos municípios para superação de resultados abaixo das metas. **Descrição:** Este relato de inovação e melhoria de qualidade, estruturado conforme o SQUIRE 2.0,⁴ com análise comparativa de indicadores nos 417 municípios baianos entre 2024 (pré-intervenção) e 2025 (pós-intervenção). O painel de monitoramento contemplou: execução da contrapartida do CBAF; adesão e uso do RPC; e regularidade do envio ao BNAFAR, sistematizados em planilhas com segmentação por macrorregião, região de saúde e apoiador institucional. Dados financeiros e de RPC foram fornecidos mensalmente pela DAS/SESAB; dados do BNAFAR extraídos das bases do Ministério da Saúde. A Consultoria realizava análise situacional mensal e encaminhava estratégias aos apoiadores, que pautavam os indicadores nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR). Em situações complexas, eram realizadas reuniões individuais ou participação direta da Consultoria na CIR. A AF foi consolidada como pauta permanente na Assembleia Mensal do COSEMS/BA, espaço no qual eram apresentadas as análises de desempenho, os pontos de fragilidade e as propostas de intervenção para mitigar os desafios identificados. No CBAF, a execução municipal saltou de R\$ 173,2 milhões (2024) para R\$ 192,1 milhões (2025), incremento de 11%, com redução de 83% nas pendências de prestação de contas (de 29 para 5 municípios). No RPC, municípios não aderentes recuaram de 38 para 8 (redução de 79%) e usuários regulares avançaram de 210 para 282 (34%). O envio ao BNAFAR teve o impacto mais expressivo: municípios regulares subiram de 202 para 369 (83%), com recursos do QUALIFAR-SUS ampliados de R\$ 7,9 para R\$ 10 milhões (27%). A habilitação na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos avançou de 82 para 126 municípios (54%). **Conclusão:** A análise comparativa entre 2024 e 2025 evidencia a transição de uma gestão intuitiva para uma baseada em evidências e dados produzidos através de indicadores-chaves. A sinergia entre a Consultoria Técnica e o Apoio Institucional do COSEMS/BA converteu a coleta e análise sistemática de indicadores em ações resolutivas, com resultados mensuráveis na AF municipal baiana. O modelo demonstra potencial de replicação no SUS, reafirmando o monitoramento sistemático como indutor de qualidade e sustentabilidade.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Indicadores de Monitoramento; Apoio Institucional.

Referências:

1. Pinto RS, Castro MS. Caminhos da assistência farmacêutica na atenção básica: o desafio da garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. *Saude Redes*. 2022;8(2):341-60.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS). *Diário Oficial da União*. 2012 Jun 14.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017 Oct 3.
4. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-92. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004411.

Viabilidade econômica da incorporação de semaglutida e liraglutida no SUS-MG: análise de impacto orçamentário em cenários de difusão

Autores: Luciana Cássia Oliveira Barbosa¹ <https://orcid.org/0009-0004-2086-4524>, Samira Nascimento Mateus Nunes Lyra¹ <https://orcid.org/0009-0006-2365-5298>

Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Introdução (com objetivo): A obesidade apresenta elevada prevalência e impacto crescente sobre os custos do SUS, sendo responsável por importante carga de morbimortalidade. A incorporação de terapias farmacológicas eficazes, porém de alto custo, exige avaliação econômica detalhada para subsidiar decisões de financiamento. O objetivo do trabalho foi estimar o impacto orçamentário da incorporação da semaglutida e da liraglutida para o tratamento da obesidade grau II e III no SUS-MG. **Material e Método:** Análise de impacto orçamentário com horizonte de 5 anos, sob perspectiva do SUS. A população elegível foi estimada com base em dados do IBGE, SISVAN e ANS, considerando indivíduos adultos com obesidade grau II e III usuários do SUS. Foram modelados cenários de difusão (lenta, base e rápida) e cenários de uso contínuo versus limitado a dois anos. **Resultados:** A população elegível estimada ultrapassa 1,3 milhão de indivíduos, representando elevado risco orçamentário. No cenário base, a adoção progressiva pode atingir até 50% dos elegíveis. O impacto financeiro é substancial em todos os cenários, sendo significativamente maior no uso contínuo devido ao caráter crônico da doença e ao alto custo unitário das tecnologias. A limitação do tempo de tratamento para até dois anos reduz expressivamente o custo acumulado e melhora a previsibilidade orçamentária. Diferenças de custo entre semaglutida e liraglutida e variações na velocidade de difusão influenciam diretamente a magnitude do impacto. **Conclusões:** A incorporação de agonistas do GLP-1 no SUS apresenta impacto orçamentário elevado e potencialmente insustentável em cenários de ampla difusão. A adoção de critérios restritivos, limitação temporal do tratamento e implementação gradual são estratégias fundamentais para viabilizar o acesso, equilibrando benefícios clínicos e a sustentabilidade financeira.

Palavras-chave: Obesidade; Impacto Orçamentário; Avaliação econômica; SUS.

Referências:

1. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med*. 2021;384(11):989-1002. doi: 10.1056/NEJMoa2032183.
2. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, et al. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med*. 2015;373(1):11-22. doi: 10.1056/NEJMoa1411892.
3. Rubino DM, Greenway FL, Khalid U, O'Neil PM, Rosenstock J, Sørrig R, et al. Effect of weekly subcutaneous semaglutide vs daily liraglutide on body weight in adults with overweight or obesity without diabetes: the STEP 8 randomized clinical trial. *JAMA*. 2021;325(14):1414-25. doi: 10.1001/jama.2021.23619.
4. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, Kushner RF, Lewin A, Skjøth TV, et al. Efficacy of liraglutide for weight loss among patients with type 2 diabetes: the SCALE Diabetes randomized clinical trial. *Lancet*. 2015;386(10001):2059-69. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60108-9.
5. Wadden TA, Bailey TS, Billings LK, Davies M, Frias JP, Koroleva A, et al. Effect of subcutaneous semaglutide vs placebo as an adjunct to intensive behavioral therapy on body weight in adults with overweight or obesity: the STEP 3 randomized clinical trial. *JAMA*. 2021;325(14):1403-13. doi: 10.1001/jama.2021.1831.

Construção da Relação Estadual de Medicamentos de Alagoas como Instrumento de Gestão e Assistência Farmacêutica

Autores: Julio Henrique Rodrigues Gomes¹ <https://orcid.org/0000-0003-2252-9186>, Maria Erivanda Castelo Meireles¹ <https://orcid.org/0000-0001-7902-7369>, Danielle Bezerra de Santana¹ <https://orcid.org/0000-0002-2912-3560>, Natalia da Silva Alves¹ <https://orcid.org/0000-0003-3876-0833>, Gilberto Alexandre Barbosa Moura¹ <https://orcid.org/0009-0000-8826-3785>, Amanda Maria Paixão Soares¹ <https://orcid.org/0009-0000-1462-2490>

Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas – Maceió – Alagoas – Brasil

Introdução (com o objetivo): A organização da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde exige instrumentos capazes de orientar o ciclo da assistência farmacêutica.¹⁻⁴ Nesse contexto, a Relação Estadual de Medicamentos de Alagoas (RESME/AL) foi desenvolvida como ferramenta estratégica para consolidar os medicamentos utilizados na rede estadual, qualificar o acesso e subsidiar decisões de gestão baseadas em critérios técnicos, epidemiológicos e assistenciais.⁵⁻⁸ Essa construção dialoga com as recomendações nacionais e internacionais sobre listas de medicamentos essenciais, que devem considerar as necessidades prioritárias de saúde da população, o perfil epidemiológico, as evidências de eficácia e segurança, a disponibilidade nos serviços e a racionalidade no uso dos recursos públicos.^{3,5-7} Relatar o processo de construção da RESME/AL, descrevendo sua metodologia, os principais resultados alcançados e sua contribuição para a organização da Assistência Farmacêutica no estado.

Descrição: Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido a partir do processo de elaboração da RESME/AL, coordenado pela Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Grupo de Trabalho Multiprofissional. A construção ocorreu entre 2024 e 2025, por meio da análise dos medicamentos e insumos em uso na rede estadual, levantamento das demandas dos serviços de saúde, avaliação de solicitações de inclusão e exclusão, verificação da disponibilidade nos serviços, forma farmacêutica, concentração, classificação ATC, componente da Assistência Farmacêutica e local de dispensação. O processo contemplou os componentes Básico, Estratégico e Especializado, além de itens da rede hospitalar. A análise identificou 853 itens, distribuídos entre medicamentos e insumos organizados por componente da Assistência Farmacêutica, disponibilidade na rede estadual e classificação ATC. Em relação aos componentes, observou-se predominância de itens sem componente específico, vinculados à rede hospitalar (290), seguidos pelo Componente Especializado (279), Componente Básico (173), e Componente Estratégico (99). Também foram identificados classificados simultaneamente como Básico e Estratégico (10), Especializado e Estratégico (1) e Básico e Especializado (1). Quanto à disponibilidade na rede, a maior concentração ocorreu na Rede Hospitalar (464), seguida pelo CEFAP (251), Atenção Primária (36), Atenção Primária Especializada (30) e as UDM (30). Pela classificação ATC, verificou-se maior concentração nos grupos J — anti-infecciosos de uso sistêmico (147); N — sistema nervoso (133); C — sistema cardiovascular (92); A — trato alimentar e metabolismo (81); e L — antineoplásicos e imunomoduladores (70). Também foram identificados 64 itens relacionados ao grupo B — sangue e órgãos hematopoéticos, 44 ao R — sistema respiratório, 34 ao M — sistema musculoesquelético, 32 ao D — dermatológicos, 32 ao H — preparações hormonais sistêmicas, 32 ao V — vários, 30 ao G — sistema geniturinário e hormônios sexuais, 26 ao P — antiparasitários, inseticidas e repelentes, 25 ao S — órgãos sensoriais e 11 itens sem classificação ATC definida ou classificados como Não Consta. **Conclusão:** Esses dados evidenciam a amplitude da RESME/AL como instrumento técnico de organização da Assistência Farmacêutica, permitindo visualizar a composição terapêutica da rede, a distribuição dos medicamentos entre componentes e serviços, além de subsidiar o planejamento das aquisições, a programação anual, a gestão de estoques e o fortalecimento do acesso no SUS em Alagoas.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Medicamentos Essenciais; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 2004 May 20.
2. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 2011 Jun 29.
3. Ministério da Saúde (BR). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
4. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. Cien Saude Colet. 2014;19(9):3859-68.
5. World Health Organization. The selection and use of essential medicines 2025: report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines. Geneva: World Health Organization; 2025.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. MEDLIST: plataforma para listas de medicamentos essenciais [Internet]. Washington (DC): OPAS. Available from: <https://www.paho.org>
7. Cunha CR, Seta MH, Castro RA, Luiza VL. Listas de medicamentos disponíveis no sistema público de saúde da Inglaterra e do Brasil para enfrentamento da carga de doenças. Cien Saude Colet. 2017;22(4):1125-36.
8. Alagoas. Secretaria de Estado da Saúde. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais de Alagoas: RESME/AL 2026. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas; 2026.

Inteligência Farmacoeconômica e Gestão de Rentabilidade: Modelo Estratégico para Sustentabilidade em Instituição Privada de Oncologia

Autores: Juliana Antal¹ <https://orcid.org/0009-0008-5408-4381>, Elder Luciano Deodato² <https://orcid.org/0009-0001-9344-4473>, Karina Rocha da Silva³ <https://orcid.org/0009-0003-4101-6287>, Maria Clara Nascimento Rodrigues³ <https://orcid.org/0000-0002-0298-8628>, Janicleia Rosa da Silva¹ <https://orcid.org/0009-0004-4925-7592>

Instituições: ¹Rede Américas — São Paulo — São Paulo — Brasil, ²Rede Américas — Rio de Janeiro — Rio de Janeiro — Brasil, ³Rede Américas — Salvador — Bahia — Brasil

Introdução (com objetivo): A crescente incorporação de antineoplásicos e biossimilares exige modelos de gestão que transcendam a análise clínica, focando na sustentabilidade financeira. A integração entre inteligência farmacêutica e farmacoeconomia é vital para equilibrar o acesso à inovação com a viabilidade econômica de operadoras e prestadores. **Objetivos:** Descrever um modelo estratégico apoiado em ferramenta própria para análise de rentabilidade e sustentabilidade, visando a otimização de custos e margens operacionais em uma rede oncológica. **Material e Método:** O modelo estruturado baseou-se na atuação do núcleo farmacêutico corporativo (NIFATS) e no desenvolvimento de uma ferramenta analítica proprietária. O fluxo metodológico da ferramenta contempla: Visão de Custos: Integração do custo real de aquisição de medicamentos, insumos, impostos, custos assistenciais e glosas (custos variáveis). Engenharia Tributária: Cálculo automatizado das variações de ICMS por estado e regime de compra. Modelagem Comercial: Confronto de dados com os acordos comerciais vigentes (operadoras de saúde), permitindo a projeção da margem líquida por protocolo. **Resultados:** O NIFATS, composto por cinco especialistas, provê suporte a 42 unidades, ambulatoriais e hospitalares, com atendimento em oncologia. A ferramenta automatizada permite que, em minutos, sejam gerados pareceres que cruzam a expertise clínica com parâmetros de margem e rentabilidade. Desde sua implantação, janeiro de 2024 até o final de abril de 2026, foram realizados 2010 pareceres (média de 100/mês). 56% das avaliações foram favoráveis à incorporação, fundamentadas não apenas na eficácia, mas na análise de impacto econômico e na aderência às negociações comerciais locais, garantindo que a margem do protocolo suporte a operação. A automação eliminou gargalos no cálculo de impostos e precificação junto às operadoras, conferindo agilidade à tomada de decisão. **Conclusões:** A utilização de uma ferramenta própria, capaz de integrar custos de medicamentos, variáveis tributárias (ICMS) e acordos comerciais, demonstrou ser uma estratégia eficaz para a manutenção da sustentabilidade. O modelo garante que a incorporação tecnológica seja acompanhada de rentabilidade institucional, transformando o núcleo farmacêutico em uma unidade estratégica de geração de valor na oncologia suplementar.

Palavras-chave: Farmacoeconomia; Automação; Inteligência Farmacêutica; Sustentabilidade; Modelo de Valor.

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Listas de preços de medicamentos [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2026 [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>

Adoção de Fórmulas Hipoalergênicas e não Alergênicas para Tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca: uma análise de impacto orçamentário sob a perspectiva estado de Mato Grosso, Brasil

Autores: Kelli Carneiro de Freitas Nakata¹ <https://orcid.org/0000-0002-0664-2480>, Marina Petrasí Guahnon² <https://orcid.org/0000-0003-2178-314X>, Gilson Yugi Nakata¹ <https://orcid.org/0000-0003-0511-005X>, Luci Emília Grzybowski de Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-5287-7125>, Zenóbia Quinderé Barreto¹ <https://orcid.org/0009-0008-4867-8837>, Ana Paula Blankenheim² <https://orcid.org/0000-0002-5113-4012>, Ana Cláudia Machado de Oliveira¹ <https://orcid.org/0009-0009-9483-9459>.

Instituições: ¹Núcleo de Avaliação de Tecnologias da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso – Cuiabá – Mato Grosso – Brasil, ²Hospital Moinhos de Vento – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma condição imunológica caracterizada pela resposta adversa do sistema imune às proteínas presentes no leite de vaca. Ela pode manifestar-se por mecanismos mediados por imunoglobulina E (IgE), não IgE ou mistos, com ampla variabilidade clínica envolvendo sistemas cutâneo, gastrointestinal e respiratório. Nesse contexto, as fórmulas especiais têm papel central no manejo da APLV. Este trabalho buscou avaliar as consequências financeiras da adoção de fórmulas hipoalergênicas (à base de proteína de soja e extensamente hidrolisada) e não alergênicas (à base de aminoácidos) para tratamento de APLV na perspectiva do Sistema Único de Saúde na esfera estadual. **Material e Método:** Realizou-se uma avaliação do impacto orçamentário sob a perspectiva do sistema público de saúde estadual, com horizonte temporal de cinco anos. O trabalho foi elaborado por meio de modelagem estática, levando em conta custos, população elegível e taxa de adoção, utilizando-se o Excel. Na ausência de política pública vigente para o manejo da APLV no estado, adotou-se impacto orçamentário nulo para o cenário de referência. A população elegível foi estimada pelo método epidemiológico, com base na projeção da população residente de até 24 meses para 2027–2031 e na prevalência de APLV. Os custos foram modelados por meio da construção de uma árvore de decisão no software amua, simulando quatro cenários fundamentados na fonte dos preços praticados e na fórmula de primeira escolha para casos de APLV IgE-mediado em crianças menores de 6 meses. Empregou-se uma taxa de implantação progressiva, variando de 30% a 70%, baseada em um painel de especialistas. A robustez do modelo foi verificada por meio de cenários e de uma análise de sensibilidade bivariada, em que se ajustaram concomitantemente a população e a taxa de implantação. O trabalho não realizou correções inflacionárias, em consonância com as diretrizes metodológicas brasileiras para esse tipo de avaliação, e adotou o real (R\$) como unidade monetária. **Resultados:** A adoção de fórmulas especiais para crianças com APLV implica num custo médio anual por criança situado entre R\$ 9.597,64 e R\$ 12.035,02, conforme o cenário e o custo unitário adotados. O gasto com o tratamento de casos mediados por IgE variou de R\$ 8.578,43 a R\$ 12.183,89; já nos casos não mediados por IgE os valores oscilaram entre R\$ 10.786,84 e R\$ 11.861,31, a depender do cenário. O impacto orçamentário total estimado para o estado de Mato Grosso flutuou entre R\$ 3,3 milhões no primeiro ano e R\$ 9,5 milhões no quinto ano. A análise de sensibilidade por cenários apontou que a adoção de fórmulas à base de aminoácidos como primeira linha terapêutica para crianças menores de 6 meses com APLV mediadas por IgE resulta em maior impacto orçamentário. Por sua vez, a análise bivariada mostrou que, em cenários conservadores com menor prevalência e implantação gradual, o impacto pode ficar entre R\$ 2,3 milhões e R\$ 4,3 milhões. **Conclusões:** Este estudo possibilita que a decisão de adotar fórmulas nutricionais para o manejo da APLV no estado de Mato Grosso seja realizada de maneira técnica, considerando a sustentabilidade do sistema de saúde e a transparência na gestão pública. Com uma projeção de impacto orçamentário variando entre R\$ 3,3 milhões e R\$ 9,5 milhões ao longo de cinco anos, a pesquisa oferece suporte concreto para que o estado planeje a oferta de assistência às crianças acometidas por APLV de maneira estruturada, preenchendo a atual lacuna na oferta oficial.

Palavras-chave: Alergia a Proteína de Leite de Vaca; Análise de Impacto Orçamentário de Avanços Terapêuticos; Fórmulas Infantis.

Referências:

1. Santos RXOG, Bataglia TCM, Xavier EG, Santana MT, Santos AMC, Teixeira ABS. Alergia à proteína do leite de vaca: abordagem nutricional e impacto no desenvolvimento infantil. Rev Eletr Acervo Saude. 2025;11(11):6085-97 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/22413>
2. Ferreira-Da-Silva AL, Ribeiro RA, Santos VCC, Elias FTS, d'Oliveira ALP, Polanczyk CA. Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012;28(7):1223-38 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700002>
3. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni ROS, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Arq Asma Alerg Imunol [Internet]. 2018;2(1):7-38 [cited 2026 Apr 10]. Available from: https://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=851
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2026 Apr 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_alergia_proteina_leite_vaca.pdf
5. Ferreira-Da-Silva AL, Ribeiro RA, Santos VCC, Elias FTS, d'Oliveira ALP, Polanczyk CA. Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012;28(7):1223-38 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700002>

Análise da Representatividade dos Custos Atribuíveis às Infecções Fúngicas Invasivas no Contexto do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas

Autores: Beatriz Nayra Dias de Andrade¹ <https://orcid.org/0000-0003-2007-2741>, Karyn Gabriela de Almeida Camargo² <https://orcid.org/0009-0008-8830-475X>, Harli Pasquini-Netto¹ <https://orcid.org/0000-0002-4391-676X>, Fábio Araújo Motta¹ <https://orcid.org/0000-0001-6241-0302>, Carmem Sílvia Valente Barbas Bonfim³ <https://orcid.org/0000-0003-0343-2610>.

Instituições: ¹ Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba – Paraná – Brasil, ² Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba – Paraná – Brasil, ³Duke University – Durham – Carolina do Norte – Estados Unidos

Introdução (com objetivo): Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma estratégia curativa para diversas doenças, porém associado a complicações infecciosas, destacando-se as infecções fúngicas invasivas (IFIs), pela imunossupressão intensa e disfunção de barreiras, configurando importante causa de mortalidade. O manejo das IFIs envolve diagnóstico complexo e tratamento prolongado, frequentemente de alto custo. A classificação diagnóstica da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), pode influenciar a intensidade da investigação e do tratamento, impactando o consumo de recursos. Apesar disso, o impacto econômico das IFIs no TCTH ainda é pouco caracterizado, sendo necessária a avaliação da representatividade desses custos. **Objetivos:** Avaliar o impacto econômico das IFIs em pacientes submetidos ao TCTH, determinando a representatividade dos custos atribuíveis às IFIs em relação ao custo total do transplante, bem como analisar a distribuição desses custos conforme a classificação diagnóstica. **Material e Método:** Trata-se de uma coorte de braço único que incluiu pacientes submetidos ao primeiro TCTH e com diagnóstico de IFI entre o início do condicionamento e o dia +100 pós-transplante, de 2020 a 2025. Sob a perspectiva hospitalar, foram coletados os custos totais do TCTH, incluindo materiais, medicamentos, exames laboratoriais e de imagem e hotelaria. Paralelamente, por revisão de prontuário eletrônico, foram identificados os custos diretos atribuíveis ao diagnóstico e tratamento das IFIs, incluindo medicamentos e exames. Calculou-se a representatividade percentual dos custos da IFI em relação ao custo total do TCTH. As IFIs foram classificadas conforme critérios do EORTC em possíveis, prováveis e comprovadas, de acordo com a presença de evidências clínicas e micológicas de IFI, sendo analisada a distribuição dos custos entre essas categorias. Todos os custos foram ajustados pelo IPCA de dezembro de 2025. A análise estatística incluiu avaliação da normalidade dos dados. Variáveis com distribuição não paramétrica foram avaliadas pelo teste de Mann-Whitney, adotando-se intervalo de confiança de 95 %. CAEE 92590025.0.0000.5580. **Resultados:** Foram analisados 46 pacientes com IFI, classificadas como possíveis (n=31), prováveis (n=5) e comprovadas (n=10). A mediana dos custos totais do TCTH foi de R\$ 196.869,38 para IFI possível, R\$ 171.215,31 para provável e R\$ 265.092,81 para comprovada, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste de Mann-Whitney; p=0,235). Em relação aos custos diretamente atribuíveis à IFI, as medianas foram de R\$ 27.400,55 (representatividade de 12,09%) para IFI possível, R\$ 25.354,74 (16,87%) para provável e R\$ 76.472,83 (31,86%) para comprovada. Observou-se diferença significativa na distribuição desses custos (Mann-Whitney; p=0,033), evidenciando maior impacto econômico nas infecções comprovadas. **Conclusões:** Não houve diferença estatisticamente significativa nos custos totais do TCTH entre os grupos de IFI; entretanto, os custos diretamente atribuíveis à infecção diferiram de forma significativa, sendo mais elevados nas IFI comprovadas. A maior magnitude e representatividade desses custos reforçam a relevância clínica e financeira das infecções comprovadas no contexto do transplante. Assim, os achados destacam a necessidade de estratégias aprimoradas de profilaxia, diagnóstico precoce e manejo das IFIs, visando à redução do ônus econômico e à otimização dos desfechos clínicos.

Palavras-chave: Infecções fúngicas invasivas; Micoses; Transplante; Pediatria.

Referências:

1. Donnelly JP, Chen SC, Kauffman CA, Steinbach WJ, Baddley JW, Verweij PE, et al. Revision and update of the consensus definitions of invasive fungal disease from the European Organization for Research and Treatment of Cancer and the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. Clin Infect Dis. 2020;71(6):1367-76. doi: 10.1093/cid/ciz1008.
2. Carlesse F, Daudt LE, Seber A, Dutra AP, Salles A, Simões BP, et al. A consensus document for the clinical management of invasive fungal diseases in pediatric patients with hematologic cancer and/or undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Brazilian medical centers. Braz J Infect Dis. 2019;23(6):395-409. doi: 10.1016/j.bjid.2019.09.004.

Impacto da judicialização no sistema de saúde suplementar brasileiro: Um estudo descritivo exploratório

Autores: Ligiane Alves de Oliveira Sillva¹ <https://orcid.org/0009-0006-7533-7478>, Erika Resende¹, Felipe Alves¹, Helaine Capucho², Renato Porto¹, Danilo Moreira Simões³, Maurício França Júnior³, Rafael Miranda Magno Freixo³

Instituições: ¹Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – Brasília – Distrito Federal – Brasil, ³L.E.K. Consulting – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): A judicialização da saúde no sistema suplementar tem sido comumente interpretada como mecanismo de acesso à saúde para além das coberturas previstas em contrato, no entanto, é necessário avaliar suas causas para fundamentar a afirmativa. **Objetivos:** Avaliar os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para responder à seguinte pergunta: qual é o principal tipo de despesa com judicialização na saúde suplementar e qual foi o impacto para o setor entre 2020 e 2025? **Material e Método:** Estudo descritivo de caráter exploratório de dados públicos. Para o período analisado, foram consultados os dados de despesas judiciais da saúde suplementar no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar (ANS). Na sequência, foram coletados o número de processos judiciais referentes a medicamentos na saúde suplementar por meio do Painel Estatísticas Processuais de Direito à Saúde (CNJ), bem como o número de NIP, por meio do Painel de Demandas de Reclamações NIP (ANS). Por fim, foi calculada, ajustada pelo IPCA, a participação das despesas judiciais na receita operacional do setor e por porte de operadora. **Resultados:** Foi identificada tendência de crescimento das NIP e de processos judiciais para medicamentos entre 2020 e 2025, observando-se queda pontual das NIP em 2025. No período, as despesas judiciais representaram, em média, 1% das receitas arrecadadas com mensalidades pelas operadoras. Destes 1%, 57% referiram-se a despesas com eventos cobertos nos contratos. Quanto aos tipos de operadoras, percebe-se que as operadoras de grande porte são as mais acionadas, com participação de, em média, 1,3% das despesas judiciais em sua receita operacional. Esta porcentagem foi, em média, de 0,3%, tanto para operadoras de médio, quanto de pequeno porte. **Conclusões:** Os dados apontam que a judicialização do tipo “evento coberto pelos contratos” é a que mais impacta a saúde suplementar. Considerando estes dados e a tendência de crescimento conjunto das NIP e de processos judiciais de medicamentos, abre-se espaço para uma agenda de pesquisa que investigue (i) a relação entre negativas administrativas de eventos cobertos pelos contratos, NIP, judicialização e sustentabilidade da saúde suplementar; e (ii) como aprimorar os processos assistenciais do setor para garantir acesso e evitar o desperdício que mais o impactou no período: despesas com judicialização do tipo “eventos cobertos no contrato”. Por fim, torna-se prioritária a agenda de integridade de dados para a melhoria do sistema de saúde suplementar no Brasil.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde Suplementar; Incorporação de Tecnologias em Saúde; Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Referências:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: ANS [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiM2EyNGY3OGItNWZmYy00ZTJkLW15YjAtMWU3OTFIZWNmNTYxliwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Painel de Demandas de Reclamações NIP [Internet]. Rio de Janeiro: ANS [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNTdmZTY1OWEtYmY5ZC00M2NjLTkyN2YtOTQ4NjA5NTZIMTZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>
3. Conselho Nacional de Justiça. Painel Estatísticas Processuais de Direito à Saúde [Internet]. Brasília, DF: CNJ [cited 2026 Apr 26]. Available from: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>

AjudAí: inovação digital para gestão colaborativa de medicamentos entre instituições de saúde no Brasil

Autores: Mariana Del Grossi Moura¹ <https://orcid.org/0000-0003-4268-4298>, Ana Lígia Passos Meira² <https://orcid.org/0000-0003-0776-5543>, Renata Sasaki³ <https://orcid.org/0000-0002-3684-3275>, Rafael Moreno¹, Gabriel Sales Dorea¹, Luciane Cruz Lopes¹.

Instituições: ¹Universidade de Sorocaba (UNISO) – Sorocaba – São Paulo – Brasil, ² Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil, ³ Instituto Ar – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com o objetivo): O desperdício de medicamentos e insumos em serviços de saúde representa um desafio relevante para a gestão de recursos. No Brasil, entre 2019 e 2023, foram descartados aproximadamente R\$ 2,2 bilhões em produtos não utilizados dentro do prazo de validade. Esse cenário está associado à coexistência de estoques excedentes e desabastecimento, decorrente de variações na demanda, mudanças em protocolos assistenciais, baixa rotatividade de estoques refletindo ineficiências na gestão e, sobretudo, na falta de mecanismos estruturados de comunicação entre instituições, ainda dependentes de contatos informais, e-mails ou telefonemas. O objetivo deste estudo é apresentar uma solução digital para promover a gestão colaborativa de medicamentos, com foco na redução de desperdícios e na ampliação do acesso entre instituições de saúde. **Descrição:** Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento do AjudAí, uma plataforma digital que permite o cadastro gratuito de instituições de saúde, incluindo hospitais públicos e privados, secretarias de saúde e farmácias filantrópicas. A ferramenta possibilita a publicação de anúncios de medicamentos disponíveis ou procurados, além da busca ativa por itens, com o objetivo de facilitar trocas, empréstimos ou doações entre instituições. A plataforma estrutura a comunicação entre instituições, substituindo mecanismos informais como contatos pessoais, e-mails ou telefonemas. O sistema permite o cadastro institucional e a publicação de anúncios de medicamentos disponíveis ou demandados, com funcionalidades de busca e visualização de produtos entre diferentes instituições. Entre seus principais atributos, destacam-se a ampliação da rede colaborativa e o acesso a informações atualizadas sobre disponibilidade e necessidade de medicamentos. A plataforma encontra-se ativa, com participação de 85 usuários, distribuídos em 28 municípios de 7 estados brasileiros. A iniciativa demonstra viabilidade prática e potencial para reduzir perdas evitáveis e mitigar desabastecimentos. **Conclusão:** O AjudAí representa uma inovação digital escalável de apoio à comunicação entre instituições de saúde, permitindo a divulgação estruturada de informações sobre disponibilidade e necessidade de medicamentos e apoiando processos de redistribuição entre serviços. Ao estruturar a comunicação e viabilizar a redistribuição de medicamentos, a plataforma contribui para o uso mais eficiente de recursos públicos e privados, com impacto direto na sustentabilidade e no acesso à assistência farmacêutica.

Palavras-chave: Software; Gestão em saúde; Medicamentos; Logística em Saúde; Desabastecimento de Medicamentos.

Referências:

1. Reis MPM. Gestão estratégica da cadeia de abastecimento hospitalar: análise do fluxo logístico de materiais médico-hospitalares em uma unidade assistencial da Fhemig [monograph]. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho; 2017.
2. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Estado acata sugestão do MPMG e rede solidária é criada para promover remanejamento de estoques de medicamentos entre entidades que prestam serviço de saúde em Minas [Internet]. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/comunicacao/noticias/estado-acata-sugestao-do-mpmg-e-rede-solidaria-e-criada-para-promover-remanejamento-de-estoques-de-medicamentos-entre-entidades-que-prestam-servico-de-saude-em-minas.shtml>
3. Rio Grande do Sul (BR). Assembleia Legislativa. Lei nº 15.880, de 29 de julho de 2022. Dispõe sobre o fluxo de empréstimo, permuta e doação de medicamentos e fórmulas nutricionais entre Estado, municípios e estabelecimentos de saúde no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências [Internet]. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul; 2022 [cited 2023 Sep 19]. Available from: https://ww3.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.asp?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=72814&Hid_IDNorma=72814

Atenção Farmacêutica na Análise da Polifarmácia, Medicamentos Potencialmente Inapropriados, Interações Medicamentosas e Comorbidades nas Pessoas Idosas Americanas

Autores: Viviane Maura Rubert¹ <https://orcid.org/0000-0003-0197-1848>, Emili Victória Ilha Tenedini² <https://orcid.org/0009-0002-7922-3372>, Karen H. Frith³ <https://orcid.org/0000-0003-0747-1297>, Ângelo José Gonçalves Bós⁴ <https://orcid.org/0000-0003-4901-3155>, Cristiane Regina Guerino Furini¹ <https://orcid.org/0000-0003-1609-7727>

Instituições: ¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Centro Universitário CESUCA – Cachoeirinha – Rio Grande do Sul – Brasil, ³Universidade do Alabama – Huntsville – Alabama – Estados Unidos, ⁴Centro Universitário IDEAU – Getúlio Vargas – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): Introdução: O envelhecimento populacional está associado a uma das transformações demográficas mais relevantes do século XXI. Assim como no Brasil, o envelhecimento populacional ainda ocorre em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, onde a população idosa (65 anos ou mais) alcançará 83,7 milhões até 2050, quase o dobro dos 43,1 milhões de 2012. Esse cenário demográfico está associado à transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que demandam regimes terapêuticos mais complexos, com maior prevalência de polifarmácia, risco de reações adversas, interações medicamentosas (IM) e uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) pelas pessoas idosas. **Objetivo:** Analisar o número de medicamentos utilizados por pessoas idosas americanas, suas comorbidades e ocorrência de polifarmácia, IM e MPI. **Material e Método:** Método: Trata-se de um estudo retrospectivo com pacientes atendidos pela primeira vez em um Centro de Cuidados para Pessoas Idosas em Huntsville, Alabama (EUA). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Alabama em Huntsville. Em dezembro de 2025 os prontuários eletrônicos das pessoas idosas elegíveis foram revisados para obter as informações sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas pertinentes à pesquisa. A polifarmácia foi definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, as IM foram classificadas segundo o drugs.com e os MPI conforme os Critérios de Beers (2023). A análise foi conduzida por estatística descritiva. **Resultados:** Resultados: Foram avaliados os dados de 150 pacientes, com idade média de 79 anos (66–95), 59,3% mulheres, 86% brancos, apresentando 48 comorbidades distintas, destes, 63,3% eram pacientes em polifarmácia. Entre as 20 comorbidades mais frequentes, 17 (85%) eram mais prevalentes entre os pacientes em polifarmácia (hipertensão arterial, colesterol alto, refluxo gastroesofágico, depressão, ansiedade, diabetes, osteoartrite, demência, hipotireoidismo, câncer, doença cardíaca, fibrilação atrial, síndrome do intestino irritável, DPOC/Enfisema, diverticulite, neuropatia periférica e artrite reumatoide). Identificaram-se 1.068 IM (9,27% maiores, 74,35% moderadas e 16,38% menores) e 326 MPI (82,7% das prescrições). As IM maiores mais prevalentes foram: ácido salicílico e apixabana (4 casos), citalopram e inibidores da bomba de prótons (IBPs) (3 casos) e clopidogrel e IBPs (3 casos). Destaca-se entre as IM moderadas mais prevalentes: atorvastatina e IBPs (16 casos), IBPs e levotiroxina (16 casos), ácido acetilsalicílico e anlodipina (8 casos), ácido acetilsalicílico e losartana (8 casos) e anlodipino e atorvastatina (8 casos). Os MPI com maior frequência foram: ácido acetilsalicílico (38 casos), omeprazol (20 casos), pantoprazol (16 casos), escitalopram (15 vezes) e donepezila (13 vezes). **Conclusões:** Conclusão: Os resultados evidenciam elevada prevalência de polifarmácia entre as pessoas idosas americanas, acompanhada de número expressivo de interações medicamentosas e uso de medicamentos potencialmente inapropriados. A maior concentração de comorbidades entre pacientes em polifarmácia reforça a associação entre multimorbidades e maior complexidade farmacoterapêutica. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação do farmacêutico na revisão sistemática da farmacoterapia, promovendo a desprescrição e o cuidado centrado no paciente.

Palavras-chave: Polifarmácia; Envelhecimento; Medicamentos; Farmacoterapia.

Referências:

1. American Geriatrics Society. Achieving high-quality multicultural geriatric care. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(2):255-60.
2. World Health Organization. Global burden of preventable medication-related harm in health care: a systematic review. Geneva: WHO; 2024.
3. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):230. doi: 10.1186/s12877-017-0621-2.
4. Drugs.com. Drug interactions checker [Internet]. [place unknown]: Drugs.com; [cited 2026 May 24]. Available from: https://www.drugs.com/drug_interactions.html
5. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052-81. doi: 10.1111/jgs.18372.

Cadastro Nacional da AME: Integrando Evidências do Mundo Real e Advocacy para Transformar Políticas Públicas de Saúde

Autores: Edmar Zanoteli¹, Renata Helena Mendonça¹, João Antonio de Godoi², Isabela Vidal de Araujo² <https://orcid.org/0009-0006-5262-4431>.

Instituições: ¹Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) — São Paulo — São Paulo — Brasil, ²INAME — Instituto Nacional da Atrofia Muscular Espinhal — São Paulo — São Paulo — Brasil.

Introdução (com o objetivo): 1. Introdução Os registros de pacientes são ferramentas fundamentais para a geração de evidências do mundo real (real-world evidence – RWE) em doenças raras, apoiando tanto a pesquisa clínica quanto a formulação de políticas públicas. No Brasil, o Cadastro Nacional da AME, coordenado pelo INAME, tem desempenhado papel essencial no preenchimento de lacunas de conhecimento relacionadas à epidemiologia, diagnóstico e acesso ao cuidado na Atrofia Muscular Espinhal (AME). 2. Objetivos Apresentar a evolução do registro e demonstrar como seus dados influenciaram diretamente mudanças regulatórias e de políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Descrição:** 3. Métodos • Base de dados ampliada de pacientes 2019–2026 ~ 2.000 indivíduos registrados • Fase 1 – estudo retrospectivo 2019–2025 706 pacientes com AME 5q geneticamente confirmada Foco: história natural, características genéticas, tratamento medicamentoso e cuidado multidisciplinar O estudo resultou na primeira publicação científica revisada por pares sobre AME no Brasil. • Fase 2 Coleta de respostas iniciada em setembro de 2025 730 pacientes incluídos até o momento Foco em: acompanhamento longitudinal de longo prazo; progressão da doença; acesso a novas terapias; triagem neonatal ampliada; qualidade de vida dos cuidadores; pacientes recém-diagnosticados. 4. Fase 2: Status Atual e Resultados Preliminares • Distribuição dos pacientes por tipo de AME • Distribuição dos pacientes por faixa etária • Distribuição geográfica dos pacientes por estado • Atraso diagnóstico: comparação entre as fases 1 e 2 • Tratamento • Triagem neonatal 5. Impacto no Advocacy e nas Políticas Públicas de Saúde As evidências do mundo real geradas pelo Registro Nacional Brasileiro de AME contribuíram diretamente para discussões regulatórias na CONITEC, órgão brasileiro de avaliação de tecnologias em saúde. 2019: Evidências demonstraram que menos de 0,6% dos pacientes atendiam aos critérios iniciais para nusinersena; isso levou à ampliação do acesso sem limite de idade. 2021: Dados sobre início dos sintomas versus idade ao diagnóstico em pacientes Tipo 2 contribuíram para mudança de política, incluindo pacientes com base no critério “início dos sintomas antes dos 18 meses”. 2021: Evidências mostraram que quase 50% dos pacientes Tipo 2 não atenderiam aos critérios iniciais de elegibilidade para nusinersena (idade até 12 anos no início do tratamento); isso levou à adoção de um critério composto, considerando não apenas idade, mas também função motora no início do tratamento. 2021: Dados demonstraram que 56% dos pacientes apresentavam escoliose com ângulo de Cobb >40°, inicialmente recomendado como critério de exclusão. Após evidências do mundo real provenientes do registro, a CONITEC revisou o critério para excluir apenas casos de escoliose grave que impedem administração intratecal. 2025: Dados do registro (prevalência de 160 pacientes Tipo 3) foram utilizados no relatório preliminar da CONITEC para apoiar a inclusão da nusinersena para AME Tipo 3. Esses avanços demonstram como evidências do mundo real baseadas em relatos de pacientes podem atuar como ponte entre a experiência vivida da doença e a tomada de decisão regulatória, redefinindo critérios de acesso dentro de um sistema universal de saúde pública. **Conclusão:** O Cadastro Nacional da AME demonstra que dados estruturados gerados por pacientes podem impulsionar mudanças encuráveis em políticas públicas de saúde e servir como ferramenta estratégica de advocacy, promovendo equidade e justiça em saúde.

Palavras-chave: Atrofia Muscular Espinhal; Registro de pacientes; Advocacy.

Referências:

1. Instituto Nacional da Atrofia Muscular Espinhal. Cadastro Nacional da AME. Resultados preliminares. 2026.

Desigualdades regionais e fragilidades na gestão da Assistência Farmacêutica no SUS: evidências de um estudo multicêntrico na Paraíba

Autores: Anderson Fellyp Avelino Diniz¹ <https://orcid.org/0000-0002-9659-1495>· Daiene Martins Beltrão¹, Bruna Pereira da Silva¹· Vinicius Soares Ribeiro¹, Welyson Geiel Lopes de Lima¹, Giulyane Targino Aires Moreno¹· João Victor Nunes Isidro¹, Wênia Brito Barreto Faheina¹

Instituição: ¹Gerência Executiva de Assistência Farmacêutica (GEAF/SES-PB) — João Pessoa — Paraíba — Brasil

Introdução (com objetivo): A Assistência Farmacêutica (AF) constitui um componente estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), essencial para garantir acesso, qualidade e uso racional de medicamentos (1,2). Em sistemas descentralizados, sua efetividade depende da capacidade de gestão local, da qualificação da força de trabalho e da articulação entre os níveis de atenção (3). Nesse contexto, desigualdades regionais e fragilidades estruturais podem comprometer a equidade e a integralidade do cuidado. Avaliar o nível de desenvolvimento da AF na Paraíba, comparando macrorregiões e categorias profissionais, além de analisar a interdependência entre seus domínios. **Material e Método:** Estudo transversal, quantitativo, com 293 profissionais da AF em diferentes níveis do SUS. Utilizou-se instrumento baseado no IAPAF (4), contemplando oito domínios. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais, com testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, além de correlação de Spearman ($p < 0,05$). A amostragem foi obtida por snowball sampling (5). Comitê de ética (78053224.00000.5188). **Resultados:** Evidenciou-se heterogeneidade no desenvolvimento da AF entre as macrorregiões. Diferenças significativas foram observadas nos domínios “Seleção de Medicamentos” ($p = 0,007$) e “Recursos Humanos” ($p = 0,004$), com melhores desempenhos na macrorregião mais próxima à capital. Entre as categorias profissionais, destacaram-se diferenças nos domínios “Gestão” ($p < 0,001$) e “Recursos Humanos” ($p = 0,030$), com maiores escores entre profissionais em funções gerenciais. A análise de correlação indicou associações moderadas entre gestão, seleção e programação, bem como entre prescrição, dispensação e farmacovigilância, evidenciando a interdependência dos componentes da AF. **Conclusões:** A Assistência Farmacêutica na Paraíba apresenta desenvolvimento heterogêneo, marcado por fragilidades estruturais e assimetrias na qualificação da força de trabalho, refletindo desafios inerentes à organização de sistemas descentralizados de saúde. O fortalecimento da gestão e a qualificação dos recursos humanos configuram-se como estratégias centrais para a promoção da equidade e da integralidade no SUS. Destaca-se o apoio institucional promovido pelo Estado como iniciativa estruturante, ao estimular processos de qualificação, integração e governança nos territórios. Assim, reforça-se o papel da educação permanente e do apoio institucional como dispositivos estratégicos para a transformação dos processos de trabalho e para o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS frente às demandas em saúde.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Gestão em saúde; Recursos Humanos em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
2. World Health Organization. Access to medicines. Geneva: WHO; 2017.
3. Management Sciences for Health. Managing access to medicines. [place unknown]: Management Sciences for Health; 2012.
4. Bigdeli M, et al. Health Policy Plan. 2013;28(7):692–704.
5. Goodman LA. Ann Math Stat. 1961;32(1):148–170.

Doenças Raras na CONITEC: padrões de submissão, tempo de avaliação e incorporação de tecnologias no SUS (2012–2026)

Autores: Livia de Araujo Grunho¹ <https://orcid.org/0009-0002-9141-2336>, Julia do Nascimento Santos Costa¹ <https://orcid.org/0000-0001-5845-9090>, Maria Fernanda Mussolino¹ <https://orcid.org/0009-0008-7789-2461>

Instituição: ¹Moka Info – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): Introdução: As doenças raras representam importante desafio para os sistemas de saúde devido à baixa prevalência, elevada complexidade diagnóstica, alto custo terapêutico e à frequente dependência de tecnologias de alto impacto orçamentário. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras define diretrizes para ampliação do acesso e da integralidade do cuidado. Nesse contexto, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) possui papel central na avaliação e recomendação de incorporação dessas tecnologias, especialmente diante do desafio de equilibrar equidade no acesso e sustentabilidade orçamentária. **Objetivos:** Analisar o perfil das tecnologias submetidas à CONITEC para doenças raras entre 2012 e 2026, avaliando padrões de submissão, tempo de avaliação, taxa de recomendação favorável e potenciais implicações econômicas e assistenciais. **Material e Método:** Método: Estudo quantitativo, exploratório, retrospectivo e descritivo, com base em dados secundários extraídos dos relatórios de tecnologias avaliadas pela CONITEC, considerando medicamentos avaliados no período de janeiro de 2012 a março de 2026. Foram selecionados os medicamentos classificados como indicados para doenças raras e comparadas às demais submissões quanto a taxa de incorporação[FM1.1][JC1.2], natureza do demandante, área terapêutica, tempo entre submissão e decisão final, e mudança de decisão após consulta pública. **Resultados:** Resultados: Observou-se que as submissões de tecnologias destinadas às doenças raras representaram 35,6% do total de medicamentos analisadas. Dentre os 199 medicamentos relacionados a doenças raras, 47,7%[FM2.1][JC2.2] (n=95) receberam parecer favorável, incluindo recomendações de incorporação ou ampliação de uso, enquanto, para as demais tecnologias esse percentual é de 51%. Além disso, 56,3% das tecnologias avaliadas tiveram a indústria farmacêutica como demandante, enquanto, entre as demais tecnologias esse percentual foi de 38,2%. Para doenças raras houve predominância das submissões nas áreas de endocrinologia (28,1%), oncologia (18,6%), e neurologia (17%), já para as demais doenças, destacaram-se infectologia (19,8%), oncologia (14,7%), e doenças osteomusculares (11,5%). [FM3.1][JC3.2]O tempo médio de avaliação mostrou-se superior ao observado para tecnologias não classificadas como raras (9,4 meses para raras, 8,7 meses para as demais), evidenciando maior complexidade no processo decisório.[FM4.1] Também foi identificada uma incidência ligeiramente superior de mudanças de recomendação após consulta pública para doenças raras, com 31,3% das decisões inicialmente negativas, em comparação com 27,9% [FM5.1]nas demais tecnologias. **Conclusões:** Conclusão: As doenças raras apresentaram dinâmica distinta no processo de avaliação da CONITEC, marcada por maior complexidade decisória, maior participação da indústria como demandante, maior sensibilidade à participação social e importantes desafios relacionados à sustentabilidade do SUS. Os achados reforçam a necessidade de modelos avaliativos mais adaptados às especificidades dessas tecnologias, contribuindo para decisões mais transparentes, equitativas e sustentáveis na incorporação de terapias de alto custo.

Palavras-chave: Doenças raras; CONITEC; Incorporação de tecnologias; Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Diário Oficial da União. 2014 Jan 31.
2. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Tecnologias demandadas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026 [cited 2026 May 24]. Available from: <https://www.gov.br/conitec>
3. Ministério da Saúde (BR). Doenças raras: governo, especialistas e pacientes juntos por um sistema de saúde público inclusivo [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2026 May 24]. Available from: <https://www.gov.br/saude>
4. Prado CCL, Maldonado TLF, Borges SS, et al. Análise das solicitações de incorporação de tecnologias para doenças raras pela CONITEC de 2012 a 2022. J Assist Farmac Farmacoecon. 2025;9 Suppl 3:74. doi: 10.22563/2525-7323.2025.v9.s3.p.74.
5. Ministério da Saúde (BR). Incorporação de tecnologia [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [cited 2026 May 24]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/doencas-raras/incorporacao-de-tecnologia>

Estimativa de Impacto Orçamentário da Centralização do Financiamento de Medicamentos Oncológicos no Sus via Af-Onco para 2026

Autores: Thales Brendon Castano Silva¹, Dalmare Anderson Bezerra Oliveira Falcão Sá², Eduardo David Gomes Sousa³, Paula Elaine Diniz Reis¹

Instituições: ¹Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN) – Departamento de Atenção Especializada e Temática (DECAN) – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) – Ministério da Saúde (MS) – Brasília – Distrito Federal – Brasil, ²Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFAE) – Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS/MS) – Brasília – Distrito Federal – Brasil, ³Coordenação-Geral de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CGITEC) – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) – Ministério da Saúde (MS) – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com objetivo): A Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-ONCO) no SUS passa por uma transição que inclui um modelo de financiamento centralizado. Este modelo visa a efetivação da oferta de medicamentos incorporados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) mediante a criação de procedimentos específicos na Tabela SIGTAP, financiados inicialmente pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Estimar o impacto orçamentário anual da compra centralizada de dez medicamentos oncológicos estratégicos e de alto custo e analisar a projeção de gastos do Ministério da Saúde para o exercício de 2026 sob o novo modelo de financiamento. **Material e Método:** Estudo descritivo de impacto orçamentário baseado em dados técnicos de incorporação de procedimentos na Tabela SIGTAP/AF-ONCO. Foram analisados os valores de impacto anual total para atendimento da demanda total ou progressiva de dez fármacos (Acetato de lanreotida, Brigatinibe, Carfilzomibe, Lenalidomida, Nivolumabe, Olaparibe, Sunitinibe, Rituximabe e Trastuzumabe) estimados para o Plano Orçamentário 2026. **Discussão:** A análise dos medicamentos selecionados indica um impacto para atendimento da demanda total de R\$ 1.205.562.324,83 (R\$ 1.2 BI) e um de R\$ 742,2 milhões para atendimento progressivo. O Nivolumabe apresenta o maior impacto financeiro individual (R\$ 409,9 milhões), seguido pelo Carfilzomibe (R\$ 268,8 milhões) e pelo Olaparibe (R\$ 180,1 milhões), evidenciando a alta concentração de recursos em terapias de alvo molecular e imunoterápicos. Estima-se que a incorporação dessas tecnologias beneficiará diretamente cerca de X pacientes. **Conclusões:** Os dados revelam uma elevada concentração de recursos em imunoterápicos e terapias de alvo molecular, com o Nivolumabe isoladamente representando 33,9% do impacto anual total projetado. A discrepância entre o impacto total (R\$ 1,2 bi) e o market-share inicial (R\$ 742 mi) ressalta o desafio da transição epidemiológica e a velocidade de adoção dessas tecnologias no SUS. Medicamentos como o Carfilzomibe (R\$ 268,8 mi) e Olaparibe (R\$ 180 mi) demonstram o alto custo unitário do tratamento de neoplasias hematológicas e ginecológicas, respectivamente. A centralização do financiamento busca mitigar as disparidades regionais na oferta, mas a sustentabilidade do modelo depende da precisão das estimativas de market-share, visto que subestimar a demanda pode gerar desabastecimento ou pressão orçamentária imprevista no fundo FAEC antes da consolidação do teto MAC. **Conclusão:** A centralização do financiamento via AF-ONCO permite uma regulação mais estrita da oferta de antineoplásicos. Contudo, o expressivo impacto orçamentário projetado para 2026 (R\$ 1.2 BI) exige um planejamento fiscal robusto, visto que a incorporação de novas tecnologias oncológicas demanda uma alocação de recursos EXPRESSIVA.

Palavras-chave: Oncologia; Financiamento da Assistência Farmacêutica; Impacto Orçamentário; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de incorporação de procedimentos oncológicos na Tabela SIGTAP. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
2. Ministério da Saúde (BR). Manual de bases técnicas da oncologia: SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. 25. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
3. Vieira FS. O financiamento da oncologia no SUS: desafios e perspectivas. Rev Planej Polit Publicas. 2022;58:11-34.
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência farmacêutica no SUS. Brasília, DF: CONASS; 2021. (Coleção Progestores).
5. Ministério da Saúde (BR). Relatório de gestão do Fundo Nacional de Saúde: exercício 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025.

Evidências Clínicas e Econômicas da Tripla Combinação Fixa (BDP/FOR/G) para DPOC: Da Análise à Incorporação no SUS

Autores: Carla Rios da Cruz¹ <https://orcid.org/0000-0003-2308-9020>, Edson V. F. Fauth Vargas² <https://orcid.org/0009-0008-7406-2083>, Agnes Nogueira Gossenhimer² <https://orcid.org/0000-0002-7424-8426>, Frederico Sallum¹ <https://orcid.org/0000-0002-9760-7073>, Glícia Pinheiro Bezerra³ <https://orcid.org/0000-0001-5672-265X>, Ismael Pretto Sauter¹ <https://orcid.org/0000-0002-5824-445X>, Isabella Sonoda Laba¹ <https://orcid.org/0009-0003-7005-8427>, Wender Aparecido Oliveira¹ <https://orcid.org/0009-0008-2800-7382>.

Instituições: ¹Chiesi Farmacêutica – São Paulo – São Paulo – Brasil, ²Chiesi Farmacêutica – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ³Chiesi Farmacêutica – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com objetivo): A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) permanece como um dos principais desafios da saúde pública no Brasil, com elevada carga de morbimortalidade. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) apontam que, em 2024, a DPOC foi responsável por 49.557 óbitos na população brasileira com idade acima de 40 anos (CID-10 J44) (1). Diante da necessidade de estratégias que otimizem a capacidade funcional e reduzam exacerbações, o Ministério da Saúde oficializou, via Portaria SECTICS/MS nº 44/2024, a incorporação da terapia tripla em dispositivo único (BDP/FOR/G 100/6/12,5 µg). Este trabalho analisa criticamente as evidências do Relatório da CONITEC que sustentam essa decisão para pacientes com DPOC grave e muito grave. O objetivo desse trabalho é analisar e descrever as evidências científicas, econômicas e sociais que fundamentaram a decisão da CONITEC de incorporar a tripla terapia fixa extrafina (BDP/FOR/G) ao SUS para o tratamento de pacientes com DPOC grave e muito grave (2). **Material e Método:** A evidência clínica baseou-se na revisão de ensaios clínicos randomizados que avaliaram a eficácia e segurança da combinação BDP/FOR/G frente às terapias duplas (LABA/LAMA e CI/LABA) e à terapia tripla aberta. A avaliação econômica considerou um modelo de transição de Markov com horizonte temporal lifetime, aplicando Análise de Custo-Utilidade (QALY). Complementarmente, realizou-se uma Análise de Impacto Orçamentário (AIO) para cinco anos e a análise técnico-social das 1.907 contribuições da Consulta Pública nº 42/2023, contemplando percepções de pacientes, profissionais de saúde e demais partes interessadas. **Resultados:** Clinicamente, o BDP/FOR/G demonstrou superioridade na redução de exacerbações moderadas a graves (29% vs. terapia dupla) e não-inferioridade na melhora da função pulmonar em relação à terapia tripla aberta. Na análise farmacoeconômica, a combinação fixa gerou 12,23 QALYs (vs. 11,11 da tripla aberta), apresentando-se altamente custo-efetiva com uma RCU de R\$ 6.406,83 por QALY incremental. A AIO projetou uma economia superior a R\$ 2,5 bilhões ao SUS em cinco anos, impulsionada pela redução de custos diretos com internações. Socialmente, a tecnologia obteve 98,8% de aprovação na consulta pública, com forte engajamento de profissionais de saúde (54%). Relatos qualitativos enfatizaram que a tecnologia extrafina em dispositivo único otimiza a deposição pulmonar e reduz a polifarmácia, favorecendo a adesão ao tratamento (1,2). **Conclusões:** A incorporação da tripla terapia extrafina foi sustentada em evidências robustas de eficácia clínica e custo efetividade, sendo crucial para reduzir a morbimortalidade associada à DPOC no Brasil. Diante da economia projetada e do ganho expressivo de QALYs, a tecnologia foi formalmente integrada à linha de cuidado do SUS através da Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 29, de 27 de novembro de 2025, que aprovou o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença. Com o respaldo de profissionais e pacientes, essa medida representa um avanço prático na gestão da saúde pública, garantindo o acesso a uma terapia que mitiga a polifarmácia e promove a independência funcional de pacientes graves e exacerbadores em todo o território nacional.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Terapia Tripla Fixa.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026 [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório de recomendação nº 936: dipropionato de beclometasona, fumarato de formoterol e brometo de glicopirrônio para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-no-936-beclometasona/view>

Filosofia de Prática em Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica: Expectativa X Realidade

Autores: Hermes Augusto Santos¹ <https://orcid.org/0009-0002-7210-4936>, Daniel Jesus Ribeiro¹, Fernanda Reis da Silva Pereira², Glaucia Santos Noblat¹, Leonardo Toledo Kister¹

Instituições: ¹Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) – Salvador – Bahia – Brasil, ²Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com o objetivo): Introdução: A Atenção Farmacêutica (AF) enfrenta no Brasil uma “penumbra paradigmática”: um cenário de heterogeneidade conceitual onde a prática clínica coexiste de forma híbrida e subordinada ao modelo logístico tradicional (Penaforte e Castro, 2021). A principal lacuna de qualidade identificada é a ausência de uma discussão filosófica aprofundada que sustente a responsabilidade moral do farmacêutico pelos desfechos terapêuticos, tornando a prática clínica fragmentada e desprovida de um ethos claro (Hepler, 1996). **Objetivos:** Propor e fundamentar um modelo de prática baseado em quatro eixos ético-filosóficos destinados a preencher o hiato entre a teoria normativa e a rotina assistencial. **Descrição:** Métodos: Estudo de natureza teórico-conceitual e qualitativa, estruturado como um Relato de Inovação em Gestão da Prática. A “intervenção” consistiu na síntese dialética da literatura clássica (Hepler e Strand) e contemporânea (Oliveira, Silva et al.) para a construção de uma matriz de orientação profissional organizada em quatro eixos estratégicos: Formação Ética, Debate Epistemológico, Reorganização Estrutural e Reconhecimento da Subjetividade. Resultados: A análise identificou que a frustração profissional decorre da ausência de uma “identidade cuidadora” sólida frente às rotinas administrativas (Pereira e Nascimento, 2011). Como resultado da inovação teórica, estabeleceu-se um arcabouço que redireciona o foco do medicamento para a “construção da realidade” clínica (Oliveira, 2009). O modelo proposto define que a competência técnica é insuficiente sem o compromisso moral de beneficência e justiça (Buerki e Vottero, 2003), oferecendo um guia para que o farmacêutico atue em sistemas complexos sem perder a essência do cuidado fenomenológico. **Conclusão:** A necessidade de uma discussão filosófica não é apenas um exercício acadêmico, mas um pré-requisito para a legitimidade política e clínica da profissão. O marco epistemológico proposto serve como base para futuras implementações, garantindo que a reorganização dos serviços não seja apenas física ou burocrática, mas fundamentada em uma ética profissional que transforme a Atenção Farmacêutica em uma realidade transformadora para o sistema de saúde.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica; Epistemologia; Ética Farmacêutica; Prática Clínica.

Referências:

1. Penaforte TR, Castro SPS. A situação da atenção farmacêutica: revolução ou penumbra paradigmática? Saude Debate. 2021;45:1049-59.
2. Hepler CD. Philosophical issues raised by pharmaceutical care. In: Ethical dimensions of pharmaceutical care. Cincinnati (OH): Harvey Whitney Books; 1996. p. 5-19.
3. Oliveira DR. Atenção farmacêutica como construção da realidade. Rev Racine. 2009;109:95-102.
4. Buerki RA, Vottero LD. Ethics and pharmaceutical care. In: Buerki RA, Vottero LD, editors. Pharmaceutical care. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 301-18.
5. Pereira ML, Nascimento MMG. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. Rev Bras Farm. 2011;92(4):245-52.

Gestão da Assistência Farmacêutica na Implementação de Sistemas de Monitoramento Contínuo da Glicose Em Um Município Do Sul Do Brasil

Autores: Gracieli Pilla Migliorin¹ <https://orcid.org/0000-0003-4724-6510>, Fabiana Chiela Ribeiro¹ <https://orcid.org/0000-0002-6314-0233>

Instituição: ¹Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo – São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com o objetivo): O controle glicêmico na pediatria é um desafio central no manejo do Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1). A Assistência Farmacêutica (AF) no setor público evoluiu da logística para a garantia do acesso a tecnologias que qualifiquem o cuidado clínico. A transição do monitoramento capilar para o monitoramento contínuo da glicose (MCG) exige fluxos estruturados que garantam viabilidade técnica e sustentabilidade, assegurando que a inovação tecnológica resulte em melhores desfechos em saúde. **OBJETIVOS:** Descrever a estruturação do fluxo de dispensação, controle de estoque e acompanhamento de pacientes pediátricos beneficiados com sensores de MCG via Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito municipal. **Descrição:** **MÉTODOS:** Relato de experiência focado na gestão farmacêutica para distribuição de sensores de glicemia. A viabilização financeira ocorreu via emenda parlamentar. A AF estabeleceu critérios técnicos para a seleção do dispositivo: idade até 19 anos, diagnóstico de DM1 em acompanhamento no Instituto da Criança com Diabetes (ICD) ou via endocrinologista da rede municipal e criação de um fluxo de entrega mensal. O farmacêutico atua na conferência dos laudos médicos, na gestão do estoque especializado e para qualificação da linha de cuidado, promove educação em saúde para o uso adequado do dispositivo. **Resultados:** A estruturação permitiu o atendimento de 25 crianças e adolescentes em cinco meses, podendo contemplar até 50 pacientes. A centralização da dispensação na farmácia municipal garantiu 100% de rastreabilidade dos lotes e controle rigoroso de validade, reduzindo perdas por vencimento a zero. Observou-se uma redução na fragmentação do cuidado, pois o contato mensal com o farmacêutico possibilitou identificar precocemente dificuldades técnicas de uso dos sensores. Dados preliminares indicam melhor adesão ao tratamento e maior satisfação dos cuidadores com a redução das punções diárias dos dedos. **Conclusão:** O protagonismo da AF na gestão de tecnologias em saúde é fundamental para o sucesso de projetos inovadores. A organização logística e o controle da distribuição não apenas garantem a eficiência administrativa, mas promovem a equidade e a qualificação da linha de cuidado ao paciente com DM1. A experiência demonstra que a AF é o elo essencial para transformar recursos financeiros em benefícios clínicos sustentáveis.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Diabetes Mellitus Tipo 1; Monitoramento Contínuo da Glicose; Gestão em saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S126-44. doi: 10.2337/dc24-S007.
3. Correr CJ, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Rio de Janeiro: Artmed; 2013.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2025. São Paulo: Clannad; 2025.
5. Hilliard ME, Levy W, Anderson BJ, Whitehouse AL, Commissariat PV, Harrington KR, et al. Benefits and barriers of continuous glucose monitoring in young children with type 1 diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2019;21(9):493-8. doi: 10.1089/dia.2019.0142.

Implementação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica: uma Análise sob a ótica da administração política

Autores: Marcelo Ney de Jesus Paixão¹ <https://orcid.org/0009-0002-2492-2571> Joslene Lacerda Barreto² <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>

Instituições: ¹Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Salvador – Bahia – Brasil, ²Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com objetivo): A realização de estudos sobre a gestão das políticas de Assistência Farmacêutica (AF) é essencial para compreender fatores causais e orientar ações estratégicas que aprimorem esse importante setor da saúde. Nessa perspectiva, a Teoria da Administração Política (AP) oferece importantes bases conceituais e metodológicas para ampliar a compreensão da gestão de políticas públicas. A AP define o conceito de gestão como o ato de conceber (gestar) uma política, enquanto a gerência assume a função de implementar (gerenciar) a política concebida. Considerando que são dois campos indissociáveis, esse trabalho tem como objetivo avaliar a capacidade dos municípios de um estado brasileiro para implementação da Política de AF, sob a ótica da Administração Política. **Material e Método:** Realizou-se um estudo descritivo-exploratório com dados qualitativos e quantitativos. Foi elaborada e validada, para a AF, uma matriz de análise baseada nas dimensões validadas por Andrade (2022) para avaliar a capacidade de implementação de políticas públicas à luz da AP. As dimensões Desenho Institucional da Política e Participação Social representam a capacidade de gestão, enquanto Recursos para Implementação, Burocratas Implementadores e Contexto Local refletem a capacidade de gerência da política. O levantamento foi censitário, realizado no mês de julho de 2025, com envio de questionário eletrônico aos e-mails institucionais da AF de todos os municípios do estado, direcionado a farmacêuticos da Atenção Primária. As afirmativas buscaram captar percepções sobre a AF municipal. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi aplicada juntamente com métodos estatísticos robustos, como o Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) e Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Local (nº 7.522.750). **Resultados:** Os testes estatísticos validaram o instrumento com 21 indicadores de gestão e gerência para avaliar a capacidade municipal de implementação da política de AF. Participaram 163 farmacêuticos de todas as macrorregionais, sendo 88% de municípios com menos de 40 mil habitantes. Em 63% dos municípios, a Política de AF não é institucionalizada, e 25% dos respondentes desconhecem sua existência. Entre os indicadores de gestão, destacaram-se percepções positivas sobre a clareza das ações da AF no PMS (64%) e prestação de contas ao CMS (63%). As percepções negativas concentraram-se na participação dos usuários (59%), aprovação de projetos pelo CMS (44%, com 24% de desconhecimento) e existência de ouvidoria da AF (55%). No âmbito da gerência, houve destaques positivos para recursos físicos e tecnológicos (65%), financeiros (79%), rede de apoio (80%), autonomia no gerenciamento de medicamentos (90%) e valorização pela população (60%), prefeitos (73%) e secretários de saúde (64%). As percepções negativas foram associadas ao número de profissionais (58%), estrutura física das farmácias (52%) e oferta de capacitações (68%). Por fim, percebeu-se melhores avaliações no campo da gerência, indicando predomínio de práticas mais tecnicistas, prevalecendo sobre as ações estratégicas (capacidade de gestão). **Conclusões:** Este estudo traz uma relevante contribuição ao apresentar os resultados de um novo instrumento metodológico validado, com base nos conceitos de gestão e gerência da Teoria da AP, possibilitando aprofundar a investigação sobre a capacidade de implementação da política de AF nos municípios.

Palavras-chave: Políticas de saúde; Assistência farmacêutica; Administração Política; Modelo de Avaliação

Referências:

1. Andrade JRG. Capacidade de implementação de políticas públicas municipais: contribuições dos constructos teórico-metodológicos da Administração Política [thesis]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Pós-Graduação em Administração; 2022. 130 p.
2. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1207-20.
3. Liu H. Evaluating model fit in confirmatory factor analysis: comparative analysis of fit indices. *Struct Equ Model*. 2020;27(2):174-82.
4. Roberts T, Kumar S. Evaluating model fit of measurement models in confirmatory factor analysis. *Educ Psychol Meas*. 2024;84(1):29-54. doi: 10.1177/00131644231163813.
5. Santos RS, Ribeiro EM, Ribeiro MM, Pinto FLB. Administração política e políticas públicas: em busca de uma nova abordagem teórico-metodológica para a (re)interpretação das relações sociais de produção, circulação e distribuição. *Cad EBAPE.BR*. 2017;15(4):939-59.

Modelo de Avaliação da Capacidade de Implementação da Política de Assistência Farmacêutica Municipal: uma proposta metodológica fundamentada na administração política

Autores: Marcelo Ney de Jesus Paixão¹ <https://orcid.org/0009-0002-2492-2571> Joslene Lacerda Barreto² <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>

Instituições: ¹Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Salvador – Bahia – Brasil, ²Universidade Federal da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com objetivo): Pesquisas em Assistência Farmacêutica (AF) mostram que muitos municípios ainda enfrentam desafios decorrentes, em parte, do descompasso entre a formulação das políticas e a capacidade municipal de executá-las. Nesse cenário, a Administração Política (AP) oferece um arcabouço teórico relevante para compreender a implementação das políticas públicas, ao integrar de forma indissociável os processos de gestão (formulação) e gerência (execução). Ao propor uma metodologia de avaliação da capacidade de implementação da política municipal de AF baseada na Teoria da AP, este trabalho busca subsidiar ações estratégicas que fortaleçam a AF nos municípios. O objetivo do trabalho é apresentar um modelo validado, fundamentado na Teoria da Administração Política, para avaliação da capacidade dos municípios em implementarem a Política de AF. **Material e Método:** Foi construída uma matriz de análise com indicadores da AF alinhados às seis dimensões da Administração Política validadas por Andrade (2022), determinantes para avaliação da capacidade de implementação de políticas públicas. As dimensões Desenho Institucional, Relacionamento Intergovernamental e Participação Social representam a gestão (concepção), enquanto Recursos para Implementação, Burocratas Implementadores e Contexto Local refletem a gerência (execução). A validação do instrumento utilizou a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e diversos métodos estatísticos para garantir rigor metodológico, incluindo Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) e o Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). As métricas Ômega Total (ω_t) e G6 de Revelle avaliaram consistência e robustez, enquanto os testes Alpha de Cronbach (α), Qui-quadrado, Fisher, Shapiro-Wilk, Wilcoxon-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram aplicados conforme suas finalidades para a validação final do modelo. **Resultados:** Inicialmente, o modelo que compreendia 32 indicadores distribuídos por seis dimensões, ficou comprometido por um conjunto de indicadores com baixa validade para medir a Capacidade de Implementação da Política de AF. Após processo de ajuste estatístico, que excluiu 11 indicadores e a dimensão “Relacionamento Intergovernamental”, gerou-se um modelo final confiável, com os indicadores apresentando cargas fatoriais padronizadas significativas ($p < 0.001$) e magnitude média substancialmente elevada. Os testes CFI e TLI atingiram o limiar de excelência (0,954 e 0,949, respectivamente); o SRMR posicionou-se abaixo do limite de 0,08 (0,079); o coeficiente “G6” obteve o valor 0,957, reforçando a robustez do construto; e os testes Ômega Total (ω) e Alpha de Cronbach (α) reportaram valores finais de 0,933, cuja variância da pontuação é atribuível à Capacidade de Implementação da Política. Os demais testes estatísticos também obtiveram excelentes desempenhos estatísticos, dentro dos padrões desejáveis, confirmando a validação final de um modelo estatisticamente robusto, composto por 21 indicadores de gestão e gerência distribuídos em 5 dimensões de avaliação de políticas públicas. Esse resultado propicia um valioso instrumento de avaliação da formalização e execução da política de AF nos municípios. **Conclusões:** É essencial avançar em estudos teóricos e analíticos para aprimorar a capacidade de gestão e gerência da AF nos municípios. Com base na Teoria da Administração Política, este trabalho pretende sensibilizar gestores e pesquisadores para o uso de um novo instrumento metodológico validado para avaliação da capacidade de implementação da Política de AF municipal.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Assistência farmacêutica; Administração Política; Modelo de Avaliação; Gestão Municipal.

Referências:

1. Andrade JRG. Capacidade de implementação de políticas públicas municipais: contribuições dos constructos teórico-metodológicos da Administração Política [thesis]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Pós-Graduação em Administração; 2022. 130 p.
2. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad Saude Publica. 2010;26(6):1207-20.
3. Liu H. Evaluating model fit in confirmatory factor analysis: comparative analysis of fit indices. Struct Equ Modeling. 2020;27(2):174-82.
4. Roberts T, Kumar S. Evaluating model fit of measurement models in confirmatory factor analysis. Educ Psychol Meas. 2024;84(1):29-54. doi: 10.1177/00131644231163813.
5. Santos RS, Ribeiro EM, Ribeiro MM, Pinto FLB. Administração política e políticas públicas: em busca de uma nova abordagem teórico-metodológica para a (re)interpretação das relações sociais de produção, circulação e distribuição. Cad EBAPE.BR. 2017;15(4):939-59.

Alteração farmacocinética de tacrolimo após realização de derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) em paciente transplantado renal: um relato de caso

Autores: Rosiane Santos de Souza Souza¹ <https://orcid.org/0009-0003-4630-9142>, Andreia Watanabe¹, Juliana Caires de Oliveira Achilli Ferreira¹, Cleide da Costa Xavier¹, João Gonçalves Pereira Filho¹, Camila Cardoso Metran¹

Instituição: ¹Instituto da Criança e do adolescente – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com objetivo): Pacientes com cirrose apresentam alterações fisiológicas que impactam diretamente na farmacocinética (PK) de fármacos, comprometimento de enzimas metabolizadoras, a diminuição da síntese de proteínas plasmáticas e modificações no fluxo sanguíneo esplênico, fatores que, em conjunto, tendem a aumentar a biodisponibilidade sistêmica de diversos fármacos^{1,2}. A derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) é uma intervenção utilizada para amenizar as sequelas da hipertensão portal, como o sangramento varicoso e a ascite refratária ao tratamento clínico. O TIPS atua reduzindo a pressão portal ao criar um desvio que permite que o sangue flua diretamente do sistema venoso portal para a veia cava inferior, contornando os leitos capilares hepáticos^{2,3}. **Objetivo:** Avaliar a mudança do PK do tacrolimo (TAC) em paciente transplantado renal (TxR) pós TIPS. **Material e Método:** Foi realizada coletas de sangue medir as concentrações de TAC, utilizando o método padronizado da **Instituição**, o Imunoensaio Quimioluminescente de Micropartículas (CMIA). Nos tempos 0 (vale), 0,5, 1, 2, 3, 4 e 6 horas, pós dose do TAC. Também optou-se por realizar uma coleta simultânea comparando os métodos CMIA e HPLC-LC para avaliar a concentração mínima de TAC. Realizamos uma pesquisa nos principais bancos de dados científicos (Pubmed, Scielo, revistas científicas) com o tema TIPS e farmacocinética. Foram encontrados 7 artigos que contribuíram para elaboração e composição do relato de caso. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 16 anos, 61 kg, 176,5 cm de altura, com Doença Renal Policística Autossômica Recessiva e TxR há 11 anos. Medicamentoso contínuo incluía terapia imunossupressora com TAC, entre outros fármacos de manutenção. Devido à progressão da doença de base para cirrose hepática com complicações associadas à hipertensão portal, o paciente realizou o TIPS. Dois meses após o procedimento, constatou-se que o paciente apresentava níveis supratrapêuticos de TAC (25 ng/mL), mantendo a mesma dose pré-procedimento de 2 mg/dia. Diante do risco de nefrotoxicidade, a dose de TAC foi reduzida para 0,5 mg/dia e foi realizada coletas nos tempos 0 (vale), 0,5, 1, 2, 3, 4 e 6 horas, as concentrações obtidas foram: 8,7; 7,8; 8,0; 8,2; 8,2; 8,8 e 8,0 ng/mL, respectivamente. As concentrações foram medidas utilizando o método CMIA. A AUC₀₋₁₂ estimada foi de 90,27 ng/mL/h, com volume de distribuição (V_d) de 1 a 2 L/kg, clearance aparente de 2,78 L/h e tempo de meia-vida estimado entre 25 e 40 horas. A dose foi ajustada para 1mg/dia e após 21 dias foi coletado o vale pelo método CMIA (5,3ng/ml) e HPLC-LC (4,5ng/ml), apresentando uma variação de 15% entre eles. **Conclusões:** Embora beneficie a hemodinâmica portal, a TIPS pode causar alterações farmacocinéticas da cirrose ao eliminar quase que totalmente o metabolismo hepático de primeira passagem. Nosso relato elucidou o risco de toxicidade por TAC, exigindo reduções da dose (de 2 mg para 1 mg/dia) para manter níveis terapêuticos seguros. Além disso, mostrou a superestimação dos níveis de TAC por CMIA, devido ao acúmulo de metabólitos na disfunção hepática. A análise com um método analítico mais específico, como o HPLC pode ser fundamental em paciente com cirrose hepática, para garantir a eficácia imunossupressora sem induzir toxicidade. Profissionais de saúde devem implementar um monitoramento terapêutico proativo e individualizado para todos os medicamentos de janela terapêutica estreita no período pós-TIPS.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Farmácia Clínica; Monitoramento terapêutico de medicamentos; Imunossupressores; Toxicidade

Referências:

- Owen OE, Mozzoli MA, Reichle FA, Kreulen TH, Owen RS, Boden G, et al. Hepatic and renal metabolism before and after portosystemic shunts in patients with cirrhosis. *J Clin Invest.* 1975;76(3):1209-17. doi: 10.1172/JCI112076.
- Chalasani N, Gorski JC, Patel NH, Hall SD, Galinsky RE. Hepatic and intestinal cytochrome P450 3A activity in cirrhosis: effects of transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Hepatology.* 2001;34(6):1103-8. doi: 10.1053/jhep.2001.29306.
- Bassell T, Aminlari A, Hayden S, Del Rosso J, Ly BT. Phenytoin toxicity after transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS). *J Emerg Med.* 2021;60(1):54-57.e1. doi: 10.1016/j.jemermed.2020.09.010.
- De Winter S, Verelst S, Wauters J, Van der Linden L, Verslype C, Willems L, et al. Pharmacokinetic changes after placement of a transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70(3):377-8. doi: 10.1007/s00228-013-1629-y.
- Swei EC, Brar AK, Rice JD, Kim II, Knez VM, Doe CF, et al. Statin-induced rhabdomyolysis associated with transjugular intrahepatic portosystemic shunt placement. *ACG Case Rep J.* 2022;9(5):e00774. doi: 10.14309/crj.0000000000000774.
- Iwasaki K. Metabolism of tacrolimus (FK506) and recent topics in clinical pharmacokinetics. *Drug Metab Pharmacokinet.* 2007;22(5):328-35. doi: 10.2133/dmpk.22.328.
- Guy-Viterbo V, Scohy A, Verbeeck RK, Reding R, Wallemacq P, Musuamba FT. Population pharmacokinetic analysis of tacrolimus in the first year after pediatric liver transplantation. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69(8):1533-42. doi: 10.1007/s00228-013-1501-0.

Educação Permanente: Estratégia Para a Qualificação da Atuação da Assistência Farmacêutica em Farmácias Comerciais

Autores: Leo Rodrigo de Sousa Silva Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-2305-1228>, Andréa Wander Bonamigo¹ <https://orcid.org/0000-0001-6435-704X>.

Instituição: ¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) — Porto Alegre — Rio Grande do Sul — Brasil.

Introdução (com objetivo): As farmácias comerciais têm conquistado um papel cada vez mais relevante na sociedade, contribuindo para a promoção da saúde por meio da implementação de serviços farmacêuticos clínicos (Andrade; Baiense, 2023). Entretanto, a prática da assistência farmacêutica (AF) tem implicações tanto para a formação de novos profissionais quanto para aqueles que já estão no mercado, de acordo com a literatura (Dias; Fonseca, 2015). No contexto da prática farmacêutica, ficam evidentes a necessidade e a importância de se explorar a educação permanente para os profissionais farmacêuticos atuantes em farmácias comerciais. O intuito é fortalecer essa importante ferramenta para a formação, bem como incentivar sua utilização no cotidiano dos serviços e do ensino. Diante de tal lacuna na literatura, o objetivo deste estudo foi explorar e discutir as contribuições da educação permanente para a prática dos serviços farmacêuticos em farmácias comerciais a partir do ensaio teórico e das percepções dos profissionais. **Método:** Realizou-se uma pesquisa descritiva exploratória de caráter qualitativo, no primeiro semestre de 2024. A pesquisa contou com a participação de dez farmacêuticos, que exercem suas atividades em farmácias comerciais de uma capital do sul do Brasil. Foi desenvolvido em duas etapas: 1. Ensaio teórico; 2. Oficina dialogada utilizando o Google Meet e o questionário do tipo escala Likert para coleta dos dados. A técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004) foi empregada para examinar os dados. A pesquisa original respeitou as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o número CAAE: 74563823200005345. **Resultados:** O estudo foi organizado em duas categorias analíticas: “sistematização do ensaio teórico” e “percepções profissionais: um enfoque na educação permanente”. A categoria “sistematização do ensaio teórico” abrange documentos científicos nacionais e internacionais, documentos legais, manuais do Ministério da Saúde do Brasil e livros sobre a temática, com base em uma busca iterativa da literatura disponível nos últimos 20 anos. Outrossim, foi possível verificar uma lacuna acerca da prática da educação permanente para os profissionais nestes estabelecimentos. Este contexto vem ao encontro das informações que foram levantadas na categoria “percepções profissionais: um enfoque na educação permanente”. Os participantes foram indagados sobre a busca por cursos relacionados à prática da AF, como educação continuada, especialização, extensão e capacitação profissional para farmácias e drogarias. Oito deles disseram que não, enquanto apenas dois afirmaram que sim. Nesta mesma linha, os dez farmacêuticos concordaram em responder negativamente à pergunta sobre a existência de processos de formação em serviço ou capacitação contínua ofertados pelo estabelecimento. **Conclusão:** A complexidade da temática em questão surge do fato de que ela abrange dois domínios do conhecimento: saúde e educação, cada um com suas próprias vertentes e paradigmas. Além disso, o estudo trouxe percepções valiosas dos profissionais farmacêuticos sobre o desafio da atuação farmacêutica em farmácias comerciais, em especial a falta da educação permanente para qualificar os serviços. Espera-se que este estudo contribua para o ensino e a qualificação da assistência farmacêutica, tanto na academia quanto na prática dos serviços farmacêuticos.

Palavras-chave: Ensino na Saúde; Profissão Farmacêutica; Ensino Farmacêutico; Educação Permanente.

Referências:

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
2. Dias RFNC, Fonseca VM. Avaliação da aprendizagem na metodologia PBL: aprendizagem baseada em problemas. In: Anais do 8º Encontro de Pesquisa em Educação; 2015; Uberaba, MG. Uberaba: Universidade de Uberaba; 2015. Available from: <https://www.uniube.br/eventos/epeduc/2015/completos/04.pdf>
3. Silva GLM, Andrade LG, Baiense ASR. Atuação do farmacêutico clínico em farmácia comunitária. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2023;9(4):1589-600. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/9366>

O acordo de acesso gerenciado do onasemnogeno abeparvoveque trará economia para o Sistema Único de Saúde (SUS)? Uma análise de impacto orçamentário

Autores: Carolina Felix Fortis¹ <https://orcid.org/0000-0001-9041-6103>, Bruna Bento dos Santos¹ <https://orcid.org/0000-0002-6291-0857>, Camila de Oliveira Cezar Faria¹ <https://orcid.org/0000-0002-1930-4528>, Ida Vanessa Doederlein Schwartz² <https://orcid.org/0000-0002-7933-6687>, Helena Nunes Cirilo¹ <https://orcid.org/0000-0001-7307-4594>.

Instituições: ¹Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde em Doenças Raras do InRaras (NATS Raras) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Instituto Nacional de Doenças Raras (INRaras) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): Em março de 2025, foi formalizado um Acordo de Acesso Gerenciado (AAG) entre o Ministério da Saúde e a empresa detentora do registro do onasemnogeno abeparvoveque (OA) para o tratamento de pacientes com Atrofia Muscular Espinhal (AME) no SUS. O acordo contempla pacientes com até seis meses de idade com diagnóstico genético confirmado de AME 5q tipo 1, com até três cópias de SMN2, que não estejam submetidos à ventilação mecânica invasiva por mais de 16 horas diárias. Para mitigar o impacto financeiro e as incertezas clínicas, o acordo atrelou o pagamento ao desempenho clínico da terapia, definido como aumento da sobrevida sem ventilação permanente, alcance e manutenção de marcos motores. O modelo prevê 40% do pagamento na infusão e parcelas de 20% nos 24, 36 e 48 meses subsequentes, condicionadas ao atingimento dos desfechos [1]. **Objetivo:** Estimar o impacto orçamentário da implementação do AAG para o OA sob a perspectiva do SUS. **Material e Método:** Desenvolveu-se um modelo de corte aberto, utilizando o método epidemiológico para casos incidentes [2,3,4]. A análise abrangeu custos médicos diretos, sem aplicação de taxas de desconto, em um horizonte temporal de cinco anos. O cenário de referência estimou os custos da terapia sem o AAG. O cenário alternativo estimou o custo da terapia conforme negociação do AAG, no qual as parcelas de pagamento faltantes serão canceladas de acordo com a trajetória do paciente. Foi assumido que 100% das compras da terapia se dariam pelo AAG. Foi realizada análise de sensibilidade para avaliar as incertezas. **Resultados:** O custo total acumulado em 5 anos pelo parcelamento e atingimento de resultados pactuados via AAG foi de R\$ 1,3 bilhão, comparado a R\$ 1,9 bilhão do cenário de referência com desembolso com OA antes do AAG. O custo incremental resultante foi de -R\$ 608.458.836. O custo evitado projetado devido à suspensão de pagamentos em caso de falha terapêutica foi de R\$ 154.622.098. A análise de sensibilidade demonstrou que o modelo é mais sensível à taxa de sucesso clínico no 36º mês e ao cenário de fonte de evidência diferente [4]. Os parâmetros utilizados no caso base consideraram a evidência disponível quando o acordo foi firmado. A análise de cenário considerando 100% de sobrevida livre de eventos e atingimento de marcos foi equivalente ao adiamento de parcelas, conferindo a vantagem de diluir o desembolso ao longo do tempo quando observados os custos médicos diretos, com a ressalva que 70% da população do estudo utilizou outras terapias farmacológicas para AME ao longo do tempo. A mitigação de incertezas pode se dar com o acesso aos registros de desfechos de acompanhamento do AAG e entendimento dos custos operacionais para viabilizá-lo. Considerando os custos administrativos, a dificuldade em gerar dados clínicos agregados e o atraso no acesso (manutenção da judicialização por um período maior), é possível que os acordos baseados em desempenho não tragam vantagens que superem suas limitações. **Conclusões:** Apesar do AAG modelado projetar uma economia de R\$ 154 mil em riscos associados a falhas terapêuticas ao longo de 5 anos, há incertezas a serem endereçadas pelo acompanhamento do registro próprio para AAG de desfechos obtidos. O adiamento de parcelas através do AAG pode promover a sustentabilidade da incorporação da terapia avançada no SUS. Ainda, é necessário ponderar se a mitigação do risco financeiro com custos diretos é compensada pela viabilidade administrativa e operacional de modelos alternativos de pagamento.

Palavras-chave: Análise de Impacto Orçamentário; Atrofia Muscular Espinhal; Zolgensma; Acordo de acesso gerenciado.

Referências:

1. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Acordo vai viabilizar oferta do Zolgensma para pacientes com AME no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2026 Apr 2]. Available from: <http://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/acordo-vai-viabilizar-oferta-do-zolgensma-para-pacientes-com-ame-no-sus>
2. Fernandes BD, Rodrigues FD, Cirilo HNC, Borges SS, et al. Efficacy and safety of onasemnogene abeparvovec for the treatment of patients with spinal muscular atrophy type 1: a systematic review with meta-analysis. *PLoS One*. 2024;19(5):e0302860. doi: 10.1371/journal.pone.0302860.
3. Mercuri E, Muntoni F, Baranello G, Masson R, Boespflug-Tanguy O, Bruno C, et al. Onasemnogene abeparvovec gene therapy for symptomatic infantile-onset spinal muscular atrophy type 1 (STRIVE-EU): an open-label, single-arm, multicentre, phase 3 trial. *Lancet Neurol*. 2021;20(10):832-41. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00251-9.
4. Waldrop M, Escudero R, Yang L, et al. Safety and efficacy of intravenous onasemnogene abeparvovec gene therapy in patients with spinal muscular atrophy type 1: interim analysis from LT-001, a long-term follow-up study of patients from the START study. *EClinicalMedicine*. 2026;94:103867. doi: 10.1016/j.eclinm.2026.103867.

O Custo do Paciente Queimado no SUS: Análise de Mundo Real com Ênfase em Infecções e Recursos Terapêuticos

Autores: Eduarda Schneider Ludwig¹ <https://orcid.org/0009-0004-2455-4152>, Matheus William Becker¹ <https://orcid.org/0000-0002-0190-3688>, Murillo Cipolat¹ <https://orcid.org/0009-0000-0635-8618>, Karin Hepp Schwambach¹ <https://orcid.org/0000-0003-3271-2566>, Ilana Saute Glock Slud¹ <https://orcid.org/0009-0002-3857-3317>

Instituição: ¹Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – Porto Alegre – Rio Grande Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): As queimaduras representam um dos traumas mais graves e complexos, exigindo cuidados intensivos, prolongados e de alto custo para o sistema hospitalar (1). Este estudo analisa os custos diretos de pacientes grandes queimados sob a perspectiva do SUS, em um hospital terciário. O objetivo foi analisar os custos diretos assistenciais associados à internação de pacientes adultos com queimaduras graves no ano de 2024 em uma unidade hospitalar de alta complexidade, com ênfase em medicamentos, dispositivos invasivos e curativos de alto custo, considerando fatores clínicos como infecções e uso de dispositivos invasivos. **Material e Método:** Estudo observacional retrospectivo, com abordagem quantitativa e análise de dados secundários via prontuário eletrônico. Foram analisados os custos diretos durante a internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) considerando-se o preço de compra do registro de preços do sistema informatizado hospitalar. O horizonte temporal foi restrito ao período de internação (curto prazo), dispensando a aplicação de taxa de desconto. Os comparadores foram definidos pelo perfil de resistência bacteriana (com Bactérias Multirresistentes (BMR) vs. sem BMR), e Superfície Corporal Queimada (SCQ). A análise estatística foi descritiva (médias e frequências). **Resultados:** Foram incluídos 87 pacientes, 77,0% do sexo masculino, média de 43 anos. O tempo de internação foi em média, 26 dias em UTI e 33 dias no hospital. 31,0% foram a óbito, 52,9% tiveram alta, e 16,1% foram transferidos. O valor total foi de R\$1.029.180,58, sendo R\$94.921,70 em curativos, R\$913.900,43 em medicamentos (R\$326.389,42 para sedoanalgesia, R\$321.398,07 para antimicrobianos, e R\$266.112,94 para o restante), e R\$20.358,45 em dispositivos. Foram encontradas BMR em 40 pacientes, 75,5% eram do sexo masculino, com média de 44,3 anos. Permaneceram internados, em média, 37 dias em UTI e 42,9 dias no hospital. 50,0% foram a óbito, 35,0% tiveram alta, e 15,0% foram transferidos. O valor total foi de R\$755.926,74, sendo R\$14.837,72 em curativos, R\$730.183,46 em medicamentos (R\$258.822,84 para sedoanalgesia, R\$294.757,04 para antimicrobianos, e R\$176.603,58 para o restante), e R\$10.905,56 em dispositivos. Os antimicrobianos com maior custo foram Ceftazidima+Avibactam e Meropenem. As bactérias mais prevalentes foram *Acinetobacter baumannii* e *Enterobacterales* ambas resistentes a Carbapenêmicos. Dos 47 pacientes sem BMR, 80,9% eram do sexo masculino, com média de 42 anos. Permaneceram internados, em média, 17 dias em UTI e 25 dias no hospital. 14,9% foram a óbito, 68,1% receberam alta, e 14,0% foram transferidos. O valor total foi de R\$273.253,84, sendo R\$80.083,98 em curativos, R\$183.716,97 em medicamentos (R\$67.566,58 para sedoanalgesia, R\$26.641,03 para antimicrobianos, e R\$89.509,36 para o restante), e R\$9.452,89 em dispositivos. O custo médio diário em UTI aumentou conforme a faixa de SCQ: R\$265,64 ($\leq 20\%$), R\$349,52 ($21-40\%$) e R\$736,15 ($>40\%$). **Conclusões:** O subgrupo de pacientes com BMR apresentou piores desfechos clínicos e econômicos, com maior tempo de internação, maior letalidade e concentração de cerca de 73% dos custos totais da amostra. Adicionalmente, o custo diário em UTI quase triplicou em pacientes com SCQ $>40\%$. O monitoramento desses indicadores é fundamental para otimizar o planejamento orçamentário no SUS.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Custos de Cuidados de Saúde; Queimaduras; Hospitais Públicos.

Referências:

1. World Health Organization. Burns [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
2. Gomes HMS, Borgert A. Custos da saúde pública no Brasil: uma análise entre 2004 e 2021. Cien Saude Colet. 2025;30(Suppl 1). Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xtSLFdTHmbMcbbyWG5HgMNqM/>
3. Dolp R, Rehoul S, McCann MR, Jeschke MG. Contributors to the length-of-stay trajectory in burn-injured patients. Burns. 2018;44(8):2011-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30104050/>
4. Graner M, Gutierrez M, Salgado LS, Mishaly A, Baptista J, Calheiros G, et al. Who gets burned in Brazil? J Burn Care Res. 2023;44(4):803-11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37139956/>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf

Tirzepatida comparada a semaglutida no tratamento da obesidade: uma análise econômica sob a perspectiva do estado de Mato Grosso

Autores: Kelli Carneiro de Freitas Nakata¹, Gilson Yugi Nakata¹, Priscilla Perez da Silva Pereira², Helder Cássio de Oliveira¹, Ternize Mariana Guenkka¹, Luci Emilia Grzybowski de Oliveira¹, Zenóbia Quinderé Barreto¹, Alytissa Kalyne da Silva Cosme²

Instituições: ¹Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (NATS/SES-MT) – Cuiabá – Mato Grosso – Brasil, ²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução (com objetivo): A obesidade é uma condição crônica, recidivante e multifatorial, associada a comorbidades como doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, sendo considerada uma epidemia global com alta prevalência em Mato Grosso. O tratamento farmacológico da obesidade ganhou novas perspectivas na última década com o advento dos agonistas de GLP-1. Recentemente, a tirzepatida surgiu como uma alternativa de alta eficácia, porém com custo elevado. **Objetivos:** Realizar avaliação econômica da tirzepatida em comparação com a semaglutida no tratamento da obesidade para apoiar a decisão de incorporação de drogas antiobesidade no Sistema Único de Saúde de Mato Grosso. **Material e Método:** Uma análise de custo efetividade de curto prazo (72 semanas) foi conduzida comparando os custos e os resultados clínicos do uso da tirzepatida e semaglutida no manejo da obesidade. A análise foi desenvolvida por modelagem determinística no Excel e avaliou os custos associados ao alcance de metas de perda de peso de $\geq 10\%$, $\geq 15\%$, $\geq 20\%$ e $\geq 25\%$. Os dados de eficácia imputados no modelo foram provenientes de uma síntese de evidência desenvolvida anteriormente. Não foram consideradas taxa de desconto e os custos relativos para calcular o valor gasto para atingir a meta por unidade de moeda foram calculados referenciando o custo da tirzepatida. Adicionalmente realizou-se uma análise do impacto orçamentário para um horizonte temporal de cinco anos, considerando a perspectiva do pagador por meio de um modelo determinístico no Excel. Dois cenários foram considerados: um com uma população ampla (adultos com sobrepeso e pelo menos uma comorbidade e obesos) e outro com uma população restrita (indivíduos com IMC ≥ 35 com múltiplas comorbidades), com uma taxa de implantação progressiva de 10% a 50%. Em ambos os cenários apenas os custos diretos médicos foram considerados. Os custos da intervenção e do comparador foram estimados com base nas recomendações de bula: posologia; escalonamento da dose; dose de manutenção e o custo/dose. A robustez do modelo foi testada através de uma análise de sensibilidade bivariada reduzindo simultaneamente as taxas de difusão e o preço do medicamento, levando em consideração a redução de custo esperada da semaglutida em decorrência da queda de patente do produto no ano de 2026. **Resultados:** A custo-efetividade em um período de 72 semanas indicou que, para atingir uma redução de peso de pelo menos 10%, o custo/paciente com tirzepatida é de R\$ 48.586,76, enquanto com semaglutida é de R\$ 35.761,17. Isso significa que, para cada unidade de moeda investida em tirzepatida para alcançar as metas de redução de peso de $\geq 10\%$, $\geq 15\%$, $\geq 20\%$ e $\geq 25\%$ com semaglutida, seriam necessários R\$ 0,74, R\$ 0,88, R\$ 0,97 e R\$ 1,07, respectivamente. O impacto orçamentário estimado para população ampla variou de R\$ 3,14 a R\$ 16,82 bilhões do ano 1 ao 5 com tirzepatida. Já se opção for semaglutida, o impacto estimado varia de R\$ 1,61 e R\$ 10,11 bilhões. Considerando a população restrita o impacto pode variar de R\$ 390,9 milhões a R\$ 2,09 bilhões com tirzepatida e de R\$ 200,29 milhões a R\$ 1,25 bilhões com semaglutida. **Conclusões:** A tirzepatida é mais custo-efetiva do que a semaglutida para atingir metas de redução de peso mais ambiciosas ($\geq 25\%$), enquanto a semaglutida é mais eficiente no alcance de metas mais moderadas (redução de peso de $\geq 10\%$ e $\geq 15\%$). As duas tecnologias apresentaram um impacto orçamentário expressivo, especialmente para o cenário de população mais ampla (obesidade e sobrepeso).

Palavras-Chave: Avaliação Econômica em Saúde; Obesidade; Tirzepatida; Semaglutida.

Referências:

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2026 Apr]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Ferreira-da-Silva AL, Ribeiro RA, Santos VCC, Elias FTS, d'Oliveira ALP, Polanczyk CA. Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2012;28(7):1223-1238. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700002>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
4. Aronne LJ, Horn DB, le Roux CW, Ho W, Falcon BL, Gomez Valderas E, Das S, Lee CJ, Glass LC, Senyucel C, Dunn JP, SURMOUNT-5 Trial Investigators. Tirzepatide as compared with semaglutide for the treatment of obesity. N Engl J Med. 2025;393(1):26-36. doi:10.1056/NEJMoa2416394.
5. Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI). Consulta à Base de Dados do INPI [Internet]. Rio de Janeiro: INPI; [cited 2025 Sep 18]. Available from: <https://busca.inpi.gov.br/pepi/servlet/PatenteServletControlle>

Uso da ferramenta AGREE-HS em diretrizes de sistemas de saúde: revisão de escopo e implicações para o SUS

Autores: Flávia Deffert¹ <https://orcid.org/0000-0002-2188-9967>, Daniela Gorski¹ <https://orcid.org/0009-0006-5569-6588>, Roberto Pontarolo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7049-4363>, Helena Hiemisch Lobo Borba¹ <https://orcid.org/0000-0001-9723-584X>

Instituição: ¹Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná – Brasil

Introdução (com objetivo): Introdução: Diretrizes metodologicamente robustas, transparentes e implementáveis são fundamentais para orientar decisões em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, diretrizes voltadas a sistemas de saúde (Health Systems Guidance, HSG) apresentam variabilidade de qualidade e limitada padronização, o que compromete sua aplicabilidade e impacto nas políticas públicas. Nesse contexto, o AGREE-HS é um instrumento estruturado para avaliar a qualidade metodológica dessas diretrizes por meio de domínios que abrangem definição do problema, participação de stakeholders, rigor metodológico, recomendações e implementabilidade, contemplando dimensões estruturais e contextuais não abordadas pelo AGREE II. No Brasil, sua utilização ainda não está institucionalizada, representando uma lacuna relevante para a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e para o fortalecimento da governança no SUS. **Objetivo:** Mapear e analisar criticamente o uso da ferramenta AGREE-HS na literatura internacional e discutir suas implicações para o fortalecimento das diretrizes e da governança no SUS. **Material e Método:** Revisão de escopo conduzida conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute e reportada segundo o PRISMA-ScR (Protocolo: 10.17605/OSF.IO/BMERX). As buscas foram realizadas em setembro de 2025 nas bases PubMed, Web of Science, Scopus e Dimensions.ai, incluindo estudos que aplicaram integralmente o AGREE-HS na avaliação de HSG. Os dados foram sintetizados de forma descritiva, complementados por análise inferencial não paramétrica (testes de Friedman e Kruskal-Wallis; IC95%). **Resultados:** Foram incluídos sete estudos (2021–2025), totalizando 186 diretrizes, majoritariamente produzidas pela OMS, CDC e ECDC. Observou-se desempenho superior nos domínios Tópico e Recomendações e fragilidades em Participantes, Métodos e Implementabilidade ($p < 0,001$). Identificou-se heterogeneidade na aplicação da ferramenta, com variações no número de avaliadores, métodos de consolidação dos escores e forma de apresentação dos resultados, comprometendo comparabilidade e reprodutibilidade. **Discussão:** Os achados evidenciam lacunas estruturais que comprometem a aplicabilidade das HSG, especialmente na operacionalização das recomendações e na participação de stakeholders. Para implementação do AGREE-HS no SUS, destacam-se medidas estruturantes, incluindo sua incorporação nas Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde e nos processos da Conitec, capacitação de avaliadores nos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), padronização nacional de critérios de pontuação e interpretação, integração com frameworks como GRADE/EtD e fortalecimento de mecanismos de transparência e participação social. A ampliação do uso do AGREE-HS converge com os princípios e diretrizes do SUS ao promover transparência, participação social e decisões baseadas em evidências, fortalecendo a equidade, a integralidade e a eficiência na organização dos serviços de saúde. **Conclusões:** O AGREE-HS apresenta potencial relevante para qualificar diretrizes de sistemas de saúde e fortalecer a governança baseada em evidências no SUS, contribuindo para decisões mais consistentes, equitativas e sustentáveis.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Diretrizes para a Prática Clínica; Sistemas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Ako-Arrey DE, Brouwers MC, Lavis JN, et al. Health systems guidance appraisal: a critical interpretive synthesis. *Implement Sci.* 2016;11:9. doi: 10.1186/s13012-016-0373-y.
2. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449.
3. Brouwers MC, Lavis JN, Spithoff K, et al. Assessment of health systems guidance using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation–Health Systems (AGREE-HS) instrument. *Health Policy.* 2019;123(7):646-51. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.05.004.
4. The AGREE Collaboration. AGREE-HS: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation–Health Systems [Internet]. Hamilton (CA): AGREE Next Steps Consortium; 2018. Available from: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2018/03/AGREE-HS-Manual-March-2018.pdf>
5. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ.* 2016;353:i2016. doi: 10.1136/bmj.i2016.
6. Te Brake H, Willems A, Steen C, et al. Appraising evidence-based mental health and psychosocial support (MHPSS) guidelines – Part I: a systematic review on methodological quality using AGREE-HS. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(5):3107. doi: 10.3390/ijerph19053107.
7. Olsen WM, Freeman C, Adewami A, et al. A scoping review of health system guidelines for pharmacist responsibilities when dispensing opioids. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2023;12:100382. doi: 10.1016/j.rcsop.2023.100382.
8. Ursić L, Žuljević MF, Vuković M, et al. Assessing the quality and completeness of reporting in health systems guidance for pandemics using the AGREE-HS tool. *J Glob Health.* 2023;13:06050. doi: 10.7189/jogh.13.06050.

Uso de Componentes de Custo do Mundo Real para Informar a Avaliação de Tecnologias em Saúde na Doença de Alzheimer no Brasil

Autores: Price Udo Price¹, Robert Heggie², Julio Cesar Moriguti³, Leonardo Regis Leira Pereira Leira Pereira¹

Instituições: ¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil, ²Health Economics and Health Technology Assessment (HEHTA) – School of Health and Wellbeing – University of Glasgow – Glasgow – Reino Unido, ³Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – São Paulo Brasil

Introdução (com objetivo): A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) de intervenções para a doença de Alzheimer (DA) requer dados confiáveis do mundo real sobre utilização de serviços de saúde, composição de custos e uso de recursos não médicos. No Brasil, a disponibilidade limitada de parâmetros de custo derivados localmente restringe a modelagem econômica, as análises de impacto orçamentário e a tomada de decisão baseada em valor 1,2,3. **Objetivos:** Este estudo gera componentes de custo e padrões de utilização relevantes para ATS na DA no Brasil, com ênfase nos parâmetros mais influentes para avaliações econômicas e decisões de reembolso. **Material e Método:** Os dados foram obtidos a partir de um estudo observacional com 133 pacientes brasileiros com DA. A utilização de serviços de saúde incluiu atendimento ambulatorial, hospitalizações, farmacoterapia, serviços diagnósticos, cuidados institucionais e cuidado informal. Os custos foram estimados sob a perspectiva societal e desagregados em custos diretos médicos, diretos não médicos e indiretos. As análises focaram na distribuição dos custos, contribuição relativa dos componentes e variação por gravidade da doença e cenário de cuidado, em vez da estimativa do custo total. **Resultados:** A composição dos custos variou substancialmente conforme a gravidade da doença. O custo médio anual por paciente foi de R\$34.328,50 para casos leves, R\$133.690,54 para moderados e R\$210.616,73 para casos graves, sendo estes últimos responsáveis por 56% da utilização total de recursos. Os custos diretos médicos foram dominados por hospitalizações, enquanto os custos indiretos — principalmente cuidados institucionais, cuidado informal e perda de produtividade dos cuidadores — representaram uma parcela crescente dos custos totais nos estágios moderado (R\$129.852,78) e grave (R\$206.516,89). O cuidado institucional esteve associado a mudanças marcantes na estrutura de custos, com maior peso dos gastos formais em saúde. Esses padrões indicam que os custos indiretos e a progressão da doença são determinantes críticos da variabilidade nos resultados de modelos de ATS. **Resultados:** Este estudo destaca variações substanciais na composição dos custos ao longo dos diferentes estágios da doença de Alzheimer no Brasil, com os estágios avançados sendo desproporcionalmente responsáveis pela maior parte da utilização de recursos. Os custos indiretos — especialmente o cuidado informal, o cuidado institucional e as perdas de produtividade — emergem como importantes contribuintes, particularmente nos estágios moderado e grave, evidenciando as limitações de perspectivas restritas ao pagador nas avaliações de tecnologias em saúde (ATS). As hospitalizações predominam entre os custos diretos médicos, refletindo o aumento da complexidade clínica com a progressão da doença. Esses achados reforçam a importância de incorporar a gravidade da doença e componentes de custo sob a perspectiva societal em modelos econômicos, a fim de melhorar a precisão e a relevância para a tomada de decisão. Apesar de baseado em dados de um único centro, o estudo fornece insumos valiosos do mundo real que podem aprimorar a modelagem em ATS e reduzir a incerteza nas decisões no contexto brasileiro. **Conclusões:** Este estudo fornece componentes de custo e padrões de utilização específicos do contexto brasileiro que podem ser diretamente incorporados em modelos econômicos da DA. A incorporação da gravidade da doença e do cuidado informal nos frameworks de ATS é essencial para capturar adequadamente o valor e reduzir a incerteza na tomada de decisão.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS); Componentes de custo; Utilização de recursos em saúde; Brasil.

Referências:

1. Alkhalidi M, Matos M, Sweid A, et al. A deep dive into Brazilian health technology assessment: structure, policies, and processes. *PLOS Glob Public Health*. 2026;6(2):e0005914. doi: 10.1371/journal.pgph.0005914.
2. Faleiros DR, Alvares-Teodoro J, Silva EN, Godman B, Gonçalves Pereira R, Gurgel Andrade EI, et al. Budget impact analysis of medicines: estimated values versus real-world evidence and the implications. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2022;22(2):271-81. doi: 10.1080/14737167.2021.1927716.
3. Yuba TY, Novaes HMD, Soárez PC. Challenges to decision-making processes in the national HTA agency in Brazil: operational procedures, evidence use and recommendations. *Health Res Policy Syst*. 2018;16:40. doi: 10.1186/s12961-018-0319-8.

Variações regionais nos padrões de tratamento e difusão de novas tecnologias incorporadas para o tratamento de artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde (SUS)

Autores: Miriam Allein Zago Marcolin¹ <https://orcid.org/0000-0001-5333-3173>, Rodrigo Antonini Ribeiro¹ <https://orcid.org/0000-0003-3080-3704>

Instituição: ¹TruEvidence – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): Em 2021 foi publicado o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para artrite reumatoide (AR) no Sistema Único de Saúde (SUS) [1]. A atualização incorporou uma variedade maior de medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCDs), biológicos (MMCDBio) e alvo-específicos (MMCDsae). O objetivo deste estudo foi explorar diferenças regionais nos padrões de prescrição de tratamento para AR no Brasil, antes e depois da publicação do PCDT. **Material e Método:** Estudo ecológico, retrospectivo baseado em dados de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) de Medicamentos para o tratamento de AR em um período de 5 anos ao redor da publicação do PCDT (2019 a 2023). Mudanças nos padrões de dispensação de medicamentos foram avaliados pela variação da proporção de pacientes que receberam ao menos uma dose de cada classe medicamentosa em cada ano, por região geográfica, comparando os números verificados em 2023 com os de 2019. Os percentuais foram calculados em relação ao número de pacientes atendidos no ano, podendo haver sobreposição de tratamentos para um mesmo paciente. **Resultados:** Um total de 8.076.398 medicações para AR foram dispensadas para 289.188 pacientes no SUS entre 2019 e 2023, 51,4% residentes no Sudeste, 23,7% Sul, 14,5% Nordeste, 6,9% Centro-Oeste e 3,4% Norte. Todas as regiões apresentaram um aumento no volume de pacientes tratados, com maior crescimento na região Norte (+50,7%) e menor no Sudeste (+30,4%). Em 2019 verificavam-se diferenças na distribuição de tratamentos entre regiões: enquanto Sul, Nordeste e Sudeste apresentavam predominância de MMCDs (77,8%, 67,2% e 65,7%), no Norte e Centro-Oeste os MMCDBio lideravam (61,7% e 57,8%). Em 2023, o uso de MMCDBio reduziu em todas as regiões (Nordeste -6%, Centro-Oeste -13,6%, Sul -14,4%, Norte -15,5% e Sudeste -21%). MMCDs apresentou tendências distintas, com discreta redução nas regiões Centro-Oeste (-1,7%), Nordeste (-2,7%) e Sul (-3,7%), e aumento no Norte (+5,5%) e Sudeste (+5,8%). O impacto da incorporação de dois novos MMCDsae no SUS, baricitinibe em 2020 e upadacitinibe em 2021, foi perceptível em todas as regiões, acompanhado por um aumento no uso de tofacitinibe. A região Centro-Oeste apresentava maior dispensação de MMCDsae em 2019 (6,4%) em comparação com outras regiões (2-2,7%), sendo a região com menor aumento relativo na dispensação desta classe (2,5 vezes). Demais regiões apresentaram um aumento de 4,4 (Sul, Norte e Nordeste) a 5,1 vezes (Norte) no uso de MMCDsae, variando de 9% a 16% dos pacientes em 2023. Menos de 1% dos pacientes receberam imunossuppressores ou anti-inflamatórios não-esteroidais no período. **Conclusões:** A variabilidade regional no acesso e padrões de tratamento de doenças, assim como da difusão de novas tecnologias incorporadas, é um desafio para o SUS. Observou-se com esse estudo um aumento geral no número de pacientes com AR tratados no SUS entre 2019 e 2023. Com a expansão de opções de tratamento no SUS, MMCDsae apresentaram um aumento substancial, acompanhado por redução de uso de MMCDBio em todas as regiões.

Palavras-chave: Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde; Guia de prática clínica; Artrite Reumatoide.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.

Os agonistas do receptor GLP-1 no tratamento da obesidade e as implicações para a incorporação no SUS

Autores: Luciana Cássia Oliveira Barbosa¹ <https://orcid.org/0009-0004-2086-4524>, Samira Nascimento Mateus Nunes Lyra¹ <https://orcid.org/0009-0006-2365-5298>

Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

Introdução (com objetivo): A obesidade é uma doença crônica, progressiva e multifatorial, associada a aumento do risco de diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e mortalidade precoce. No Brasil, sua elevada prevalência impõe carga crescente ao sistema de saúde. No SUS, o manejo permanece centrado em intervenções não farmacológicas, evidenciando lacuna terapêutica para pacientes com obesidade moderada a grave. O objetivo do trabalho foi avaliar a eficácia clínica, segurança e implicações econômicas da semaglutida e da liraglutida no tratamento da obesidade em adultos. **Material e Método:** Revisão de evidências baseada em ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas identificadas em bases internacionais. Foram analisados desfechos de perda de peso ($\geq 5\%$ e $\geq 10\%$), parâmetros cardiometabólicos, eventos adversos e adesão. A qualidade da evidência foi avaliada pelo sistema GRADE. **Resultados:** A liraglutida demonstrou perda média de peso de aproximadamente 5% a 8% do peso corporal, com melhora significativa de parâmetros glicêmicos, pressão arterial e perfil lipídico. A semaglutida apresentou maior eficácia, com reduções de 10% a 15% do peso corporal, além de maior proporção de pacientes atingindo metas clínicas relevantes. A administração semanal da semaglutida favorece adesão em comparação ao regime diário da liraglutida. Ambas apresentaram perfil de segurança semelhante, com eventos adversos predominantemente gastrointestinais (náuseas, vômitos e diarreia), geralmente leves a moderados e transitórios. Contudo, os custos elevados dessas terapias representam barreira relevante à incorporação em larga escala, especialmente considerando a alta prevalência da obesidade e o uso potencialmente prolongado. **Conclusões:** Semaglutida e liraglutida são eficazes e seguras no tratamento da obesidade, com superioridade clínica consistente da semaglutida. Entretanto, o alto custo e o impacto orçamentário potencial limitam sua incorporação ampla no SUS, sendo necessária a adoção de critérios clínicos rigorosos de elegibilidade e estratégias de priorização para garantir a sustentabilidade.

Palavras-chave: Obesidade; Semaglutida; Liraglutida; Tratamento farmacológico.

Referências:

1. Wilding JPH, et al. N Engl J Med. 2021;384:989-1002.
2. Pi-Sunyer X, et al. N Engl J Med. 2015;373:11-22.
3. Rubino DM, et al. JAMA. 2021;325:1414-25.
4. Davies MJ, et al. Lancet. 2015;386:2059-69.
5. Wadden TA, et al. Obesity (Silver Spring). 2020;28:1050-61.

Educação na Diabetes Mellitus como Estratégia de Gestão no Componente Básico de Assistência Farmacêutica: Experiência de uma Secretaria Estadual de Saúde

Autores: Juliana Patrícia Oliveira de Faria Mota¹ <https://orcid.org/0009-0001-3386-9576>, Natália Carvalho de Lima¹ <https://orcid.org/0000-0001-7390-8587>, Marina Moraes¹ <https://orcid.org/0009-0008-8857-9876>, Samira Santos El-Adji¹ <https://orcid.org/0009-0002-6193-3210>

Instituição: ¹Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução (com objetivo): A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível, que se destaca como uma condição crônica de alta prevalência global e de grande relevância na Saúde Pública. Para alcance do sucesso terapêutico, a adesão ao tratamento farmacológico é determinante para garantir o controle adequado da glicemia e minimização dos riscos de complicações (1). Em estudo realizado sobre a construção e validação de ferramenta educativa sobre insulinoterapia para adultos com diabetes mellitus, nota-se que a construção de ferramentas educativas direcionadas ao autocuidado, contribui para melhora da percepção individual sobre saúde e, consequentemente, os cuidados necessários a ela relacionados (2). Nesse contexto, além do papel essencial da Assistência Farmacêutica (AF), no que tange à gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), para disponibilização dos medicamentos e insumos, o profissional farmacêutico tem um papel fundamental no tratamento da DM, por sua atuação técnica-assistencial e na orientação aos usuários, visando à promoção do uso racional de medicamentos, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (3). Este estudo busca identificar os desafios da implementação de insulina NPH e regular, na apresentação carpule associada à caneta reutilizável, no tratamento de pacientes insulínos dependentes, na perspectiva dos municípios, no âmbito do estado. **Material e Método:** Foi realizado um estudo observacional descritivo, em agosto de 2025 na Secretaria de Estado de Saúde, a partir de atividade educacional com profissionais farmacêuticos atuantes na atenção básica no estado, promovida por entes estadual, federal e indústria farmacêutica produtora. A atividade teve como foco o treinamento teórico e prático para a implementação da caneta reutilizável de insulina, visando o atendimento de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e 2. **Resultados:** Compareceram 117 pessoas, indicando 35% do total da gestão municipal do estado. Durante o treinamento foram discutidos os principais desafios enfrentados pela gestão municipal, na perspectiva dos profissionais atuantes na assistência ao paciente insulínos dependente, permitindo o reconhecimento de aspectos sobre o uso racional de medicamentos. Entre as situações relatadas destacam-se: o desconhecimento ou resistência do paciente em proceder com a troca da agulha a cada administração realizada, dúvidas sobre a temperatura ideal para armazenamento em geladeira, o manuseio inadequado da caneta reutilizável como encaixe do carpule, regulação da dose, ocorrendo assim avarias e inutilização do material. **Conclusões:** A adesão de pacientes tem-se mostrado desafiador, especialmente, para pacientes idosos, pela resistência à adaptação relacionada ao manuseio da caneta reutilizável. A introdução da insulina, na apresentação refil, associada à caneta reutilizável exige a qualificação dos profissionais para compreensão de técnicas práticas e informativas, a fim de promover a atenção farmacêutica qualificada. A peculiaridade da nova tecnologia indica também a necessidade de fortalecimento de estratégias educativas contínuas, na gestão municipal, de modo a disseminar o uso racional do medicamento para o tratamento da Diabetes Mellitus.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Diabetes Mellitus; Uso Racional de Medicamentos; Adesão a medicamentos.

Referências:

1. Gomes-Villas Boas LC, Lima MLSAP, Pace AE. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 Jan-Feb;22(1).
2. Miranda LHD, Santos CB, Figueiredo RM, et al. Construção e validação de ferramenta educativa sobre insulinoterapia para adultos com diabetes mellitus. *Cien Saude Colet*. 2023;28(5):1513-24.
3. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3277-83.

Judicialização da saúde e avaliação de tecnologias em saúde no Rio Grande do Norte: análise do perfil das demandas, incorporação e impacto orçamentário (2023-2024).

Autores: Kátia Maria Cabral de Araujo¹ <https://orcid.org/0009-0007-6342-9436>, Italo Henrique Medeiros Damasceno² <https://orcid.org/0009-0008-2526-9029>, Gustavo Henrique de Medeiros Oliveira² <https://orcid.org/0000-0001-6127-7327>, Sylvia Patrícia Dantas Pereira¹ <https://orcid.org/0000-0003-2707-1063>, Bruna Marmett¹ <https://orcid.org/0000-0002-2982-0323>, Ana Paula Blankenheim³ <https://orcid.org/0000-0002-5113-4012>, Jéssica Escorel Chaves Cavalcanti² <https://orcid.org/0000-0003-2547-8142>

Instituições: ¹Secretaria de Estado da Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte – Natal – Rio Grande do Norte – Brasil, ²Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (NATS/ SESAP/RN) – Natal - Rio Grande do Norte – Brasil, ³Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução (com objetivo): A judicialização da saúde representa um dos principais desafios à sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo diante da crescente demanda por tecnologias de alto custo. Nesse contexto, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) configura-se como instrumento estratégico para subsidiar decisões baseadas em evidências e promover eficiência no uso dos recursos. Compreender a interface entre judicialização e ATS é essencial para o aprimoramento da governança e da alocação de recursos no sistema público de saúde. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar o perfil das demandas judiciais em saúde no Rio Grande do Norte e das solicitações de tecnologias submetidas ao Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS/SESA/RN), bem como sua correlação e o impacto orçamentário das tecnologias incorporadas. **Material e Método:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, com utilização de dados secundários do NATS/SESA/RN, Demanda Judicial e Sistema Hórus, no período de 2023 a 2024. Foram analisadas variáveis relacionadas ao tipo de tecnologia, origem da demanda, status de incorporação ao SUS e custos. Realizou-se análise descritiva comparativa entre demandas judiciais e solicitações técnicas, com avaliação do impacto financeiro. **Resultados:** Observou-se incremento de 46% nos gastos com judicialização em saúde entre 2023 e 2024, predominantemente relacionados a medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS. As demandas concentraram-se, sobretudo, nas áreas de oncologia, doenças pulmonares crônicas e doenças raras, destacando-se brentuximabe vedotina, pembrolizumabe, nintedanibe e eculizumabe. Verificou-se elevada concentração orçamentária, sendo que apenas 10 medicamentos responderam por 60,2% dos custos totais em 2023 e 67,9% em 2024. No âmbito da ATS, as solicitações ao NATS foram majoritariamente referentes a tecnologias não incorporadas ao SUS, com expressivo quantitativo de pareceres pendentes, sugerindo elevada demanda por avaliações técnico-científicas e necessidade de fortalecimento da capacidade institucional de resposta. Identificou-se baixo alinhamento entre judicialização e ATS, havendo apenas uma tecnologia coincidente entre ambos os fluxos (acalabrutinibe), o que sugere dissociação entre a demanda judicializada e os processos formais de incorporação baseados em evidências. No período analisado, a única tecnologia incorporada foi a tenecteplase, com financiamento federal integral e sem impacto orçamentário direto para o ente estadual. **Conclusões:** A judicialização exerce maior pressão financeira sobre o sistema de saúde estadual do que os processos formais de incorporação tecnológica. A concentração de custos em poucos medicamentos, associada ao desalinhamento com a ATS, evidencia ineficiência alocativa e fragilidades na governança do sistema. Os achados reforçam a necessidade de fortalecimento institucional do NATS e de estratégias que promovam maior integração entre decisões judiciais e evidências científicas, visando sustentabilidade, eficiência e equidade no SUS.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Sistema Único de Saúde; Economia da Saúde.

Referências:

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2023 [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://www.planalto.gov.br/>
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Sep 20.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
4. Ferraz OLM. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. Rev Direito GV [Internet]. 2019 [cited 2025 Aug 3];15(3):e1934.
5. Ramos F, Amaral Júnior A. A judicialização da saúde no Brasil: um panorama do debate e propostas de enfrentamento. Saúde Debate. 2023;47(136):234-48.

Modelo preditivo explicável baseado na composição de formulações para estimativa da palatabilidade de suspensões orais pediátricas de amoxicilina

Autores: Marina Ferrari Nasser¹ <https://orcid.org/0009-0005-2630-5018>, Valéria Weiss Angeli¹ <https://orcid.org/0000-0002-1019-7949>, Janini Boniatti² <https://orcid.org/0000-0003-0510-9323>, Gabriel Luiz de Brito Araujo³ <https://orcid.org/0000-0001-7590-3587>

Instituições: ¹Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Caxias do Sul – Rio Grande do Sul – Brasil, ²Institut Mines-Télécom – Paris – França, ³ Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução (com o objetivo): A palatabilidade é um dos principais determinantes da adesão ao tratamento medicamentoso em pediatria, impactando diretamente o sucesso terapêutico e o risco de resistência antimicrobiana. Medicamentos com características sensoriais desfavoráveis são frequentemente recusados por crianças, resultando em administração incompleta ou incorreta¹. Apesar da relevância clínica, sua avaliação ainda é predominantemente baseada em métodos experimentais, com limitações operacionais e aplicação tardia². Nesse contexto, observa-se lacuna no desenvolvimento de modelos preditivos aplicáveis em fases iniciais. O objetivo deste estudo foi desenvolver um modelo preditivo explicável para estimativa da palatabilidade de suspensões orais pediátricas de amoxicilina, baseado na composição das formulações descritas em bula. **Descrição:** Estudo exploratório baseado na análise de bulas oficiais de medicamentos comercializados no Brasil. Foram selecionadas três formulações de amoxicilina suspensão oral (referência, genérico e similar). Os excipientes foram identificados e classificados conforme função farmacotécnica e impacto sensorial, sendo organizados em cinco domínios: doçura/mascaramento de sabor, contribuição aromática, textura oral (mouthfeel), modulação sensorial auxiliar e penalidade sensorial³. Foi aplicado sistema de pontuação ordinal (0–2) para construção de escore teórico de palatabilidade. O modelo caracteriza-se como explicável, com potencial de integração futura com modelos contínuos baseados em inteligência artificial. Os escores de palatabilidade obtidos foram 7 para a formulação de referência, 9 para a genérica e 10 para a similar, evidenciando diferença entre os perfis sensoriais. Formulações com maior presença de excipientes associados ao mascaramento de sabor e modulação sensorial apresentaram melhor desempenho. A diversidade funcional dos excipientes contribuiu positivamente para a aceitabilidade, enquanto componentes com potencial de gosto residual ou irritação foram associados a menor pontuação⁴. Esses achados corroboram evidências de que estratégias combinadas de mascaramento de sabor são mais eficazes que abordagens isoladas⁵, com implicações diretas na adesão terapêutica em pediatria. **Conclusão:** O modelo permitiu estimar a palatabilidade de formulações pediátricas de amoxicilina a partir de dados composicionais, demonstrando aplicabilidade como ferramenta de análise comparativa e suporte à decisão farmacêutica. A abordagem apresenta caráter inovador ao converter dados qualitativos em métrica estruturada e interpretável, com potencial uso em fases iniciais do desenvolvimento farmacêutico. Estudos futuros deverão incluir validação experimental para aprimoramento da acurácia preditiva.

Palavras-chave: Palatabilidade pediátrica; Amoxicilina; Excipientes; Modelo Preditivo.

Referências:

1. Ranmal SR, Walsh J, Tuleu C. Poor-tasting pediatric medicines: impact on acceptability and adherence. *Front Drug Deliv.* 2025.
2. Schluterman HM, Linardos CG, Drulia T, Marshall JD, Kearns GL. Evaluating palatability in young children: a mini-review of relevant physiology and assessment techniques. *Front Pediatr.* 2024;12:1350662. doi: 10.3389/fped.2024.1350662.
3. Mennella JA, Spector AC, Reed DR, Coldwell SE. The bad taste of medicines. *Clin Ther.* 2013.
4. Bobillot M, et al. Potentially harmful excipients in pediatric formulations. *Pharmaceutics.* 2024.
5. Lohare RS, et al. Taste masking strategies in pharmaceuticals. *RSC Pharm.* 2025.

Ampliação Orçamentária como Premissa de Acesso: estratégias de inovação na assistência farmacêutica hospitalar via pactuação estadual

Autores: Hermes Augusto Santos Neto ¹ <https://orcid.org/0009-0002-7210-4936>, Gláucia Santos Noblat¹, Daniel Jesus Ribeiro¹, Leonardo Toledo Kister¹

Instituição: Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução (com o objetivo): O financiamento da assistência farmacêutica hospitalar enfrenta o desafio de equilibrar a expansão do acesso, a incorporação de tecnologias de alto custo e a judicialização da saúde, que frequentemente consome o orçamento regular para atender demandas individuais. No Complexo HUPES, identificou-se uma lacuna na continuidade do cuidado e no provimento de tecnologias não padronizadas, exigindo uma reestruturação do financiamento local. Para mitigar esse problema e garantir equidade, elaborou-se um plano de ampliação do orçamento focado em pacientes judicializados, no cadastro intra-hospitalar para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e na incorporação de novas tecnologias, através da expansão de orçamento próprio. **OBJETIVOS:** Relatar a inovação no processo de gestão e ampliação orçamentária do Setor de Farmácia do Complexo HUPES, por meio de pactuação com a SESAB, visando o aumento do acesso da população a terapias de alto impacto assistencial, acolhimento de pacientes judicializados e desburocratização do acesso ao CEAF. **Descrição: MÉTODOS:** Trata-se de um Relato de Inovação e Melhoria de Qualidade, estruturado conforme as diretrizes SQUIRE 2.0, descrevendo a intervenção gerencial realizada no Setor de Farmácia do Complexo HUPES no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2025. A intervenção estruturou-se em três frentes de pactuação com a SESAB: 1) Ampliação do acolhimento de pacientes com ações judiciais com medicamentos advindos da aquisição estadual; 2) Integração de fluxo para cadastro de pacientes no CEAF ainda durante a internação ou logo após a alta, garantindo a continuidade do tratamento; 3) Aporte de orçamento local para a incorporação de tecnologias de grande impacto clínico ainda indisponíveis na rotina, com avaliação contínua e apoio da Comissão de Farmácia e Terapêutica e do Núcleo de Tecnologias em Saúde. A avaliação foi baseada em indicadores financeiros pré e pós-intervenção, analisando a alteração do volume financeiro de cada fonte de financiamento. **RESULTADOS:** A pactuação direta permitiu a transição do financiamento, mitigando o impacto orçamentário não planejado. Observou-se o acolhimento total de 608 pacientes judiciais entre os anos de 2023-2025, cujo fornecimento é coberto pelo financiamento estadual, gerando um incremento orçamentário anual de R\$45.384.212,71 (2023) para R\$70.589.415,47 (2025), ou seja 55,54% no período. Quanto ao CEAF, o cadastro precoce em regime hospitalar reduziu o tempo de espera pós-alta, garantindo a transição segura do cuidado e um incremento orçamentário anual de R\$21.828.989,16 (2023) para R\$57.204.307,57 (2025), sendo este de 162,06%. O incremento orçamentário local resultou na incorporação e disponibilidade imediata de novas tecnologias de alto impacto, cujas aquisições foram consolidadas de forma célere, com um aumento sustentável do acesso à população atendida no complexo com um incremento orçamentário anual de R\$12.129.321,51 (2023) para R\$18.173.643,38 (2025), sendo este de 49,83%. A análise de tendência ao longo de 36 meses demonstrou a consolidação e a reprodutibilidade do modelo de pactuação. **Conclusão:** A reestruturação orçamentária via pactuação com a SESAB demonstrou-se uma inovação gerencial altamente efetiva. A estratégia não apenas ampliou o acesso a tecnologias de alto custo e resolveu gargalos da judicialização, mas também integrou os fluxos do componente especializado à rotina hospitalar, fortalecendo a assistência farmacêutica como eixo central do cuidado ao paciente.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Financiamento da Saúde; Judicialização da Saúde; Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Assistência farmacêutica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [cited 2026]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmaceutica>
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Biblioteca CONASS [Internet]. Brasília, DF: CONASS [cited 2026]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca-conass/>
3. Scientific Electronic Library Online. Pesquisa: assistência farmacêutica hospitalar financiamento [Internet]. [cited 2026]. Available from: <https://search.scielo.org/?q=assist%C3%A2ncia+farmac%C3%Aautica+hospitalar+financiamento&lang=pt>

NORMAS EDITORIAIS

LINHA EDITORIAL

O **JAFF** publica trabalhos nos campos da Assistência Farmacêutica, da Avaliação de Tecnologias em Saúde e da Farmacoeconomia entendidos como:

- No campo da **Assistência Farmacêutica**, se inserem as questões que envolvem as áreas da Política de Assistência Farmacêutica, acesso a medicamentos, uso racional de medicamentos, implantação de novos serviços, monitoramento e avaliação, financiamento, gestão e protocolo. Aos clínicos. Inserem-se, também, aquelas relacionadas à Farmácia Hospitalar, à Farmácia Clínica, Atenção Farmacêutica, Farmacovigilância e Erros de Medicação.
- No campo da **Avaliação de Tecnologias em Saúde**, incluem-se questões relacionadas à avaliação e gestão de tecnologias, particularmente quanto a eficácia, efetividade, dados de vida de real e tecnologias emergentes.
- No campo da **Farmacoeconomia**, incluem-se questões relacionadas a avaliações econômicas incluindo os estudos sobre o custo das doenças, análise de custos, análise de custo-consequência, custo-efetividade, custo-utilidade, custo-benefício, custo-minimização e estudos de impacto orçamentário e de financiamento.

Política Editorial

O **JAFF** realiza **publicações de forma contínua**, disponibilizando os artigos online assim que finalizados. A revista publica quatro edições por ano e aceita submissões em português, espanhol e inglês, incluindo os seguintes tipos de manuscritos: artigos originais, artigos de revisão, relatos de caso, comentários, protocolos de estudo, cartas ao editor, comunicações breves e artigos de perspectiva.

São aceitos apenas trabalhos **originais e inéditos**.

Os manuscritos são submetidos à avaliação preliminar pelo Editor Científico – quanto a sua adequação à linha editorial e às normas da revista – e pelo Conselho Editorial – quanto ao mérito científico, qualidade do material e à relevância da contribuição. Em caso positivo, uma segunda avaliação é feita por especialistas no tema do trabalho, sob o regime de revisão duplo-cega por pares (double-blind peer review).

A publicação de artigos na revista se faz sem ônus para seus autores ou instituições e o acesso à revista e seus conteúdos é gratuito, por meio eletrônico.

Estrutura

A revista tem as seguintes seções: artigos originais, artigos de revisão, relato de caso, comentários, protocolo de estudo, carta ao editor, comunicação breve e artigo de perspectiva.

A seção de **'artigos originais'** publica trabalhos originais de tema livre, desde que adequados à linha editorial do **JAFF**, submetidos à publicação por demanda espontânea dos autores ou por convite do Conselho Editorial, acompanhados de resumo em português e inglês.

A seção de **'artigos de revisão'** publica trabalhos obtidos a partir de revisões narrativas, integrativas, de escopo, sistemáticas com ou sem meta-análise, desde que adequados à linha editorial do **JAFF**.

A seção publica **'estudo de caso, relato de caso ou outra descrição de um caso'**, contanto que o conteúdo esteja adequado à linha editorial do **JAFF**.

A seção **"comentários"** publica artigos que comentam outros artigos. Este tipo de documento pode ser usado quando o editor de uma publicação convida um autor com uma opinião oposta para comentar um artigo controverso e então publica os dois artigos juntos.

A seção **"editorial"** publica artigo de opinião, declaração política ou comentário geral escrito por membro da equipe editorial (com autoria e título próprio diferente do título da seção).

A seção publica artigos de **"protocolos de estudo"**, que devem fornecer uma descrição detalhada da hipótese, justificativa, metodologia e resultados esperados a ser desenvolvido.

A seção de **"cartas ao editor"** publica, a critério do Editor Científico, cartas que tratem de crítica ou contribuição relevante a um trabalho publicado na revista ou de assunto de grande relevância para o momento.

A seção **"comunicações breves"** publica relatos de resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentadas de forma sucinta.

A seção de **"perspectiva"** publica artigos de opinião e se destina ao estudo e debate de temas atuais no âmbito da Assistência Farmacêutica, Avaliação de Tecnologias em Saúde e Farmacoeconomia.

Para conhecer as características de cada espécie de matéria e as normas para apresentação, acesse a aba **"diretrizes para submissão"**.

CORPO EDITORIAL

Responsável, em cooperação com o Conselho Editorial, pela política editorial da revista; por suas relações institucionais e pela comunicação com o editor institucional, parceiros, colaboradores e financiadores.

Editor chefe

Responsável, em cooperação com o Conselho Editorial, pela política editorial da revista; por suas relações institucionais e pela comunicação com o editor institucional, parceiros, colaboradores e financiadores.

Editor científico

Responsável pelo gerenciamento da revista; pela coordenação da equipe editorial no que diz respeito à normalização, tradução, revisão e projeto gráfico; e pela comunicação do Corpo Editorial da revista com autores, Conselho Editorial e avaliadores.

É competência do Editor Científico a avaliação preliminar dos materiais submetidos a publicação quanto a sua adequação à linha editorial e às normas da revista, deliberando quanto a sua admissibilidade para iniciar o processo de seleção e edição.

CONSELHO EDITORIAL

O Conselho Editorial é responsável pela política editorial e pela qualidade científica da revista.

Manifesta-se sobre a aceitação ou não de materiais submetidos a publicação por demanda espontânea, segundo critérios de mérito científico e relevância da contribuição para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, da avaliação de tecnologias em saúde e/ou da Farmacoeconomia, deliberando quanto a sua admissibilidade para iniciar o processo de avaliação duplo cego por pares.

Delibera, em cooperação com o Editor Científico, sobre a publicação de matérias e números especiais; o convite a autores para a produção desses materiais; e o convite a especialistas para atuarem como avaliadores-parceiristas.

AVALIADORES

O corpo de avaliadores é composto por especialistas em Farmácia, Avaliação de Tecnologias em Saúde, Farmacoeconomia, Saúde Pública, Saúde Coletiva e outras áreas de conhecimento afins com o escopo da revista, com notória atuação acadêmica, científica ou profissional, interessados em contribuir com a revista.

Especialistas não participantes desse grupo poderão, eventualmente, ser convidados em razão de seu conhecimento ou experiência em alguma matéria específica objeto de trabalho submetido à publicação na revista.

O avaliador deverá opinar sobre se o material preenche ou não os critérios de possuir mérito científico e contribuir para o estudo e/ou o aprimoramento da assistência farmacêutica, da avaliação de tecnologias de saúde ou da Farmacoeconomia. Em havendo, a seu critério, necessidade de promover alterações ou aprimoramentos no material antes da publicação, as modificações sugeridas deverão ser explicitadas.

Adotar-se-á o sistema de **avaliação duplo cego por pares (double-blind peer review)** por avaliadores escolhidos entre profissionais de instituições diferentes da que se vinculam os autores.

INSTRUÇÕES PARA AUTORES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE ARTIGOS

Políticas

Acesso aberto

Este é um periódico de acesso aberto, o que significa que todo o conteúdo está disponível gratuitamente, sem custo para o usuário ou sua instituição. Os usuários podem ler, baixar, copiar, distribuir, imprimir, pesquisar ou vincular os textos completos dos artigos, ou usá-los para qualquer outro propósito legal, sem pedir permissão prévia do editor ou do autor, desde que o autor e a fonte original sejam devidamente citados.

Licenciamento

O JAFF aplica a licença Creative Commons Attribution (CC BY) aos trabalhos publicados no jornal. Sob esta licença, os autores concordam em disponibilizar legalmente os artigos para reutilização, sem permissão ou taxas, para praticamente qualquer finalidade. Qualquer pessoa pode copiar, distribuir ou reutilizar esses artigos, desde que o autor e a fonte original sejam devidamente citados.

Ao submeter um artigo para publicação no JAFF, o autor principal deverá certificar que:

1. Está autorizado pelos meus coautores a celebrar esses acordos.
2. Garante, em meu nome e de meus coautores, que:

O artigo é original, não foi publicado formalmente em nenhum outro periódico com revisão por pares, não está sob consideração de nenhum outro periódico e não infringe nenhum direito autoral existente ou quaisquer outros direitos de terceiros;

Eu sou (somos) o(s) único(s) autor(es) do artigo e tenho total autoridade para celebrar este contrato e, ao conceder direitos ao JAFF, não violamos qualquer outra obrigação;

O artigo não contém nada que seja ilegal, calunioso ou que, se publicado, constituiria uma quebra de contrato ou de confiança ou de compromisso de sigilo;

Eu (nós) tomo o devido cuidado para garantir a integridade do artigo. Para meu/nosso conhecimento - e científico atualmente aceito - todas as declarações contidas nele que pretendem ser fatos são verdadeiras e qualquer fórmula ou instrução contida no artigo não causará, se seguida com precisão, qualquer lesão, doença ou dano ao usuário.

Eu e todos os coautores concordamos que o artigo, se aceito editorialmente para publicação, será licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution 4.0.

Direitos autorais

Os direitos autorais de qualquer artigo de acesso aberto publicado no JAFF são retidos pelo(s) autor(es).

Os autores concedem ao JAFF uma licença para publicar o artigo e identificam-se como o editor original.

Os autores também concedem a qualquer terceiro o direito de usar o artigo livremente, desde que sua integridade seja mantida e seus autores originais, detalhes de citação e editor sejam identificados.

A Licença Creative Commons Attribution 4.0 formaliza estes e outros termos e condições de publicação de artigos.

Quando um autor é impedido de ser o detentor dos direitos autorais (por exemplo, no caso de servidores públicos), pequenas variações podem ser necessárias. Nesses casos, a linha de direitos autorais e a declaração de licença em artigos individuais serão ajustadas, por exemplo, para indicar '© 2016 Crown copyright'. Os autores que necessitarem de uma variação deste tipo deverão informar ao JAFF durante ou imediatamente após a submissão do seu artigo. Alterações na linha de direitos autorais não podem ser feitas após a publicação de um artigo.

Exceções à política de direitos autorais:

Nossas páginas de políticas fornecem detalhes sobre direitos autorais e licenciamento de artigos que foram publicados anteriormente sob políticas diferentes das acima. Por exemplo, ocasionalmente o JAFF pode co-publicar artigos em conjunto com outros editores, podendo então aplicar-se diferentes condições de licenciamento. Em todos estes casos, contudo, o acesso a estes artigos é isento de taxas ou quaisquer outras restrições de acesso.

Informações específicas sobre permissões e reimpressões podem ser encontradas aqui. Entre em contato conosco se houver dúvidas.

Ética e Plágio

O uso de textos ou ideias de outras pessoas sem o crédito de sua fonte não é aceito. Todas as fontes utilizadas no manuscrito devem ser divulgadas.

Para fazer uso de imagens de outras fontes é necessário obter uma permissão explícita do detentor dos direitos autorais.

O JAFF utiliza o software de plágio CopySpider® para identificar semelhanças, que são analisadas caso a caso.

Os editores e o Conselho Editorial são responsáveis por preservar os aspectos éticos do Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia e devem resolver quaisquer conflitos de forma transparente, objetivando sempre a manutenção da credibilidade do periódico.

Condutas em casos de suspeita de infração ética

São consideradas infrações éticas: plágio, publicação duplicada, fabricação de dados, questões relacionadas à autoria (mudança, autor fantasma e etc.), conflitos de interesse não mencionados, apropriação indevida de ideias ou dados por parecerista e outras questões éticas relacionadas à pesquisa.

As recomendações do *Committee on Publication Ethics* (COPE) <https://publicationethics.org/guidance> serão seguidas em caso de suspeita de infração ética.

Em casos de suspeita de má conduta ética, pode ser necessário que o Editor solicite dados do estudo ao(s) autor(es) para inspeção ou verificação. O editor poderá rejeitar um manuscrito e entrar em contato com, por exemplo, instituição(ões) do(s) autor(es) e comitê(s) de ética. Quaisquer questões sobre a integridade dos dados levantadas durante ou após o processo de revisão por pares serão encaminhadas ao Editor.

Taxas de publicação e processamento de artigos

O Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia é um periódico com acesso aberto sem taxas de submissão, publicação ou de processamento de manuscritos.

Financiamento

O INAFF apoia integralmente os custos de publicação do JAFF, o que está alinhado a missão do instituto de promover o desenvolvimento técnico-científico através de pesquisas científicas.

Processo de seleção e revisão por pares

Os materiais recebidos serão preliminarmente avaliados pelo Editor Científico quanto a sua adequação à linha editorial e às normas da revista.

Em caso de atenderem ao escopo do JAFF, o material é submetido à apreciação do Conselho Editorial, sem detalhes de identificação dos autores, que se manifestará quanto a sua admissibilidade para iniciar o processo de avaliação, segundo critérios de mérito científico e relevância da contribuição para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, da avaliação de tecnologias de saúde e/ou da Farmacoeconomia. Admitido, o manuscrito sem identificação dos autores é avaliado por especialistas sob o regime de *double-blind peer review*, que deverão opinar sobre se o material pode ser publicado no formato em que foi apresentado, se necessita alterações ou aprimoramentos antes da publicação, ou se não merece ser publicado por apresentar problemas ou falhas graves.

O JAFF incentiva os revisores a enviar dois conjuntos diferentes de comentários:

1. Relatório anônimo dirigido aos autores contendo as orientações para correção do manuscrito submetido, sugestões e quaisquer alterações que o revisor julgar necessárias;
2. Relatório para o editor científico do jornal, especificando detalhadamente sobre a avaliação de mérito científico, metodologia e qualidade do manuscrito submetido e um resumo das correções solicitadas aos autores.

Por recomendação do Conselho Editorial, dos avaliadores ou do Editor Científico, as matérias aceitas para publicação poderão ser reeditadas, disso resultando alterações do texto, supressão ou relocação de ilustrações ou de outros elementos, correção ou adaptação de referências bibliográficas e citações. Nesses casos, a versão reeditada será submetida à aprovação do autor, antes da publicação. Caso a revisão seja validada, o manuscrito será diagramado e publicado na edição corrente.

Os avaliadores são escolhidos entre profissionais de instituições diferentes da que se vinculam os autores, considerando a área de pesquisa relacionada ao trabalho submetido avaliam os manuscritos quanto à relevância, originalidade e validade e opinam se o manuscrito preenche os critérios

INSTRUÇÕES PARA AUTORES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE ARTIGOS

para ser publicado no periódico, se será solicitada revisão ou se o mesmo será rejeitado.

Diretrizes para Autores

O JAFF publica trabalhos originais com mérito científico que contribuam para o estudo da Assistência Farmacêutica, da Avaliação de Tecnologias em saúde e da Farmacoeconomia.

Os autores dos artigos submetidos ao JAFF devem apresentar uma declaração de que o estudo obteve aprovação ética (ou uma declaração de dispensa de aprovação ética, justificando os motivos), conforme descrito no tópico número 7 - Declaração de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

O JAFF realiza a **identificação da integridade da investigação** de acordo com as Declarações de Singapura e de Hong Kong.

O JAFF funciona sob o regime de **recepção contínua de trabalhos** e, eventualmente, emite editais de chamada para submissão de manuscritos.

Categorias de artigos aceitos para publicação

Revise as especificações de tipo de artigo no link abaixo, incluindo o tamanho do artigo, ilustrações, tabelas e referências. A contagem de palavras exclui a página de rosto, resumo, tabelas, agradecimentos, contribuições e referências.

<https://ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/about/submissions>

Preparação do Manuscrito

Todos os trabalhos submetidos à publicação no JAFF devem ser preparados em computador, utilizando fonte de 12 pt, com espaçamento 1.5 entre linhas, e margens de 2,4 cm, para serem impressos em papel A4, em um único lado da folha.

Deverão ser enviados três arquivos em separado, sendo eles:

1. Página de Título
2. Documento principal (Manuscrito)
3. Declaração de licença para publicação do artigo

Página de Título

A página de título deverá conter os seguintes elementos:

1. **Título** no idioma em que o material está redigido e em inglês (máximo de 15 palavras);
2. **Espécie de matéria** (artigo original, artigo de revisão, artigo de perspectiva, carta, comentário, protocolo de estudo, editorial, relato de caso);
3. **Nomes dos autores** (na ordem em que serão publicados), com as respectivas especificações completas das instituições às quais são vinculados, cidade, estado e país. O ORCID de todos os autores do trabalho deverá ser informado no momento da submissão do manuscrito, na página de título.

Formato:

Nome Sobrenome - ORCID. Instituições de vinculação (ex: departamento-faculdade-universidade; programa de pós-graduação - faculdade - universidade), cidade, estado e país.

Deverá ser fornecido o nome, telefone e endereços institucional e eletrônico (e-mail) do autor principal ou daquele que se responsabilizará pela comunicação com a revista. O autor correspondente é o contato principal da revista e o único autor capaz de visualizar ou alterar o manuscrito enquanto estiver sob consideração editorial.

5. Declarações

5.1 Financiamento

No caso de a pesquisa que originou o trabalho submetido à publicação ter sido financiada, identificar o organismo financiador;

5.2 Conflitos de interesse

Todos os autores deverão declarar existência ou inexistência de conflitos de interesse.

5.3 Declaração de autoria e contribuições dos autores

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo segundo os critérios de autoria das deliberações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), determinando que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;

2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;

3) Aprovação final da versão a ser publicada;

4) Responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

O autor da submissão é responsável por preencher essas informações no momento da submissão, e esperamos que todos os autores tenham revisado, discutido e concordado com suas contribuições individuais antes desse período.

Exemplos de contribuições:

Conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, administração e planejamento, desenvolvimento de programas, supervisão, validação, redação, revisão e edição.

6. Agradecimentos

Os colaboradores que não atendem aos critérios de autoria devem ser mencionados nos Agradecimentos. Espera-se que aqueles que estão sendo reconhecidos tenham dado sua permissão para serem nomeados.

7. Declaração de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa

Os autores dos artigos submetidos ao JAFF devem incluir uma declaração de que o estudo obteve aprovação ética (ou uma declaração de dispensa de aprovação ética, justificando os motivos), incluindo o nome do comitê de ética (que aprovou ou dispensou a aprovação) e o número do parecer de aprovação.

Documento principal

Deve conter o título e o corpo do artigo, conforme informações descritas para cada tipo de trabalho submetido ao JAFF.

O documento principal não poderá conter o nome dos autores do artigo submetido para avaliação.

Declaração de licença para publicação de artigo

Ao submeter um artigo para o JAFF, certifico que;

1. Estou autorizado pelos meus coautores a celebrar esses acordos;

2. Garanto, em meu nome e de meus coautores, que: o artigo é original, não foi publicado formalmente em nenhum outro periódico com revisão por pares, não está sob consideração de nenhum outro periódico e não infringe nenhum direito autoral existente ou quaisquer outros direitos de terceiros; Eu (nós) sou (somos) o(s) único(s) autor(es) do artigo e tenho total autoridade para celebrar este contrato e, ao conceder direitos ao JAFF, não violamos qualquer outra obrigação;

O artigo não contém nada que seja ilegal, calunioso ou que, se publicado, constituiria uma quebra de contrato ou de confiança ou de compromisso de sigilo;

Eu (nós) tomamos o devido cuidado para garantir a integridade do artigo. Para meu (nosso) conhecimento - e científico atualmente aceito - todas as declarações contidas nele que pretendem ser fatos são verdadeiras e qualquer fórmula ou instrução contida no artigo não causará, se seguida com precisão, qualquer lesão, doença ou dano ao usuário.

3. Eu e todos os coautores concordamos que o artigo, se aceite editorialmente para publicação, será licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution 4.0 .

Ao submeter seu trabalho à publicação no Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, os autores declaram que o mesmo não foi publicado previamente e que não será apresentado a nenhuma outra revista antes de a decisão do JAFF ser conhecida.

A declaração de licença para publicação de artigo deverá ser assinada pelo autor correspondente e enviado em formato pdf.

Referenciamento

Todas as obras citadas no texto das matérias submetidas à publicação devem ser apresentadas no final do artigo segundo o **Estilo Vancouver**, de acordo com os exemplos apresentados em nosso site no link abaixo:

<https://ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/about/submissions>

EDITORIAL GUIDELINES

EDITORIAL LINE

JAFF publishes works in the fields of Pharmaceutical Care, Health Technology Assessment and Pharmacoeconomics understood as:

- In the field of **Pharmaceutical Care**, issues involving the areas of policy, access to medicines, rational use of medicines, implementation of new services, monitoring and evaluation, financing, management and clinical protocols are included. Those related to Hospital Pharmacy, Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, Pharmacovigilance and Medication Errors are also included.
- In the field of **Health Technology Assessment**, issues related to the evaluation and management of technologies are included, particularly regarding efficacy, effectiveness, real-life data and emerging technologies.
- In the field of **Pharmacoeconomics**, issues related to economic evaluations are included, including studies on the cost of diseases, cost analysis, cost-consequence analysis, cost-effectiveness, cost-utility, cost-benefit, cost-minimization, and budget and financing impact studies.

Editorial Policy

JAFF publishes **continuously**, making articles available online as soon as they are finished. The journal publishes four issues per year and accepts submissions in Portuguese, Spanish, and English, including the following types of manuscripts: original articles, review articles, case reports, commentaries, study protocols, letters to the editor, brief communications, and perspective articles.

Only original **and** unpublished **works are accepted**.

The manuscripts are submitted to preliminary evaluation by the Scientific Editor – regarding their adequacy to the editorial line and the journal's standards – and by the Editorial Board – regarding scientific merit, quality of the material and the relevance of the contribution. If so, a second evaluation is made by experts in the subject of the work, under the double-blind peer review regime.

The publication of articles in the journal is done at no cost to their authors or institutions, and access to the journal and its contents is free of charge, by electronic means.

Structure

The journal has the following sections: original articles, review articles, case reports, comments, study protocol, letter to the editor, brief communication and perspective article.

The **'original articles' section** publishes original works of free theme, as long as they are appropriate to the editorial line of JAFF, submitted for publication by spontaneous demand of the authors or by invitation of the Editorial Board, accompanied by an abstract in Portuguese and English.

The **'review articles' section** publishes works obtained from narrative, integrative, scope, systematic reviews with or without meta-analysis, as long as they are appropriate to the editorial line of JAFF.

The section publishes **'case study, case report or other description of a case'**, as long as the content is appropriate to the editorial line of JAFF.

The **"comments" section** publishes articles that comment on other articles. This type of document can be used when the editor of a publication invites an author with an opposing opinion to comment on a controversial article and then publishes the two articles together.

The **"editorial" section** publishes an opinion piece, political statement, or general comment written by a member of the editorial staff (with authorship and title different from the section title).

The section publishes **"study protocols" articles**, which should provide a detailed description of the hypothesis, rationale, methodology, and expected results to be developed.

The **"letters to the editor" section** publishes, at the discretion of the Scientific Editor, letters that deal with criticism or relevant contribution to a work published in the journal or a subject of great relevance to the moment.

The **"brief communications"** section publishes reports of preliminary research results, or results of original studies that can be presented succinctly.

The **"perspective" section** publishes opinion articles and is intended for the study and debate of current issues in the field of Pharmaceutical Care, Health Technology Assessment and Pharmacoeconomics.

To know the characteristics of each type of article and the rules for presentation, access the **"submission guidelines" tab**.

EDITORIAL BOARD

Responsible, in cooperation with the Editorial Board, for the journal's editorial policy; for its institutional relations and communication with the institutional editor, partners, collaborators and funders.

Editor-in-Chief

Responsible, in cooperation with the Editorial Board, for the journal's editorial policy; for its institutional relations and communication with the institutional editor, partners, collaborators and funders.

Scientific Editor

Responsible for the management of the journal; the coordination of the editorial team with regard to standardization, translation, revision and graphic design; and for the communication of the journal's Editorial Board with authors, Editorial Board and reviewers.

It is the responsibility of the Scientific Editor to make a preliminary evaluation of the materials submitted for publication as to their adequacy to the editorial line and the journal's standards, deliberating on their admissibility to start the selection and editing process.

The Editorial Board is responsible for the editorial policy and scientific quality of the journal.

It expresses its opinion on the acceptance or not of materials submitted for publication by spontaneous demand, according to criteria of scientific merit and relevance of the contribution to the development of Pharmaceutical Care, the evaluation of health technologies and/or Pharmacoeconomics, deliberating on its admissibility to start the process of double-blind peer review.

Deliberates, in cooperation with the Scientific Editor, on the publication of articles and special issues; the invitation to authors to produce these materials; and the invitation to experts to act as reviewers.

EVALUATORS

The body of evaluators is composed of specialists in Pharmacy, Health Technology Assessment, Pharmacoeconomics, Public Health, Collective Health and other areas of knowledge related to the scope of the journal, with notorious academic, scientific or professional performance, interested in contributing to the journal.

Specialists who are not part of this group may eventually be invited due to their knowledge or experience in a specific subject submitted for publication in the journal.

The evaluator must give an opinion on whether or not the material meets the criteria of having scientific merit and contributing to the study and/or improvement of Pharmaceutical Care, health technology assessment or pharmacoeconomics. If, at its discretion, there is a need to promote changes or improvements in the material before publication, the suggested modifications must be made explicit.

The system of **double-blind peer review will be adopted** by evaluators chosen from professionals from institutions other than the one to which the authors are affiliated.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS FOR PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Policies

Open access

This is an open access journal, which means that all content is available for free, at no cost to the user or their institution. Users may read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full texts of the articles, or use them for any other lawful purpose, without asking for prior permission from the publisher or the author, provided that the author and the original source are properly cited.

Licensing

JAFF applies the Creative Commons Attribution (CC BY) license to the works published in the journal. Under this license, authors agree to make the articles legally available for reuse, without permission or fees, for virtually any purpose. Anyone can copy, distribute, or reuse these articles, as long as the author and original source are properly cited.

When submitting an article for publication in JAFF, the lead author must certify that:

1. You are authorized by my co-authors to enter into such agreements.
2. I guarantee, on behalf of myself and my co-authors, that:

The article is original, has not been formally published in any other peer-reviewed journal, is not under consideration by any other journal, and does not infringe any existing copyright or any other rights of any third party;

I am (are) the sole author(s) of the article and have full authority to enter into this agreement and, by granting rights to JAFF, we do not violate any other obligation;

The article does not contain anything that is illegal, libelous or that, if published, would constitute a breach of contract or trust or commitment to secrecy;

I (we) take due care to ensure the integrity of the article. To my/our knowledge – and currently accepted scientific – all statements contained therein that purport to be facts are true and any formula or instruction contained in the article will not, if accurately followed, cause any injury, illness or harm to the user.

I and all co-authors agree that the article, if editorially accepted for publication, will be licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 License.

Copyright

The copyright of any open access article published in JAFF is retained by the author(s).

Authors grant JAFF a license to publish the article and identify themselves as the original publisher.

Authors also grant any third party the right to use the article freely, provided that its integrity is maintained and its original authors, citation details, and editor are identified.

The Creative Commons Attribution 4.0 License formalizes these and other terms and conditions of publication of articles.

When an author is prevented from being the copyright holder (e.g., in the case of public servants), slight variations may be necessary. In such cases, the copyright line and license statement on individual articles will be adjusted, for example, to indicate '© 2016 Crown copyright'. Authors who require such a variation should inform JAFF during or immediately after the submission of their paper. Changes to the copyright line cannot be made after an article has been published.

Exceptions to the copyright policy:

Our policy pages provide details about copyright and licensing of articles that were previously published under policies other than those above. For example, occasionally JAFF may co-publish articles together with other

publishers, so different licensing conditions may apply. In all these cases, however, access to these items is free of fees or any other access restrictions.

Specific information about permissions and reprints can be found here. Please contact us if you have any questions.

Ethics and Plagiarism

The use of other people's texts or ideas without the credit of their source is not accepted. All sources used in the manuscript must be disclosed.

To make use of images from other sources, it is necessary to obtain explicit permission from the copyright holder.

JAFF uses the CopySpider® plagiarism software to identify similarities, which are analyzed on a case-by-case basis.

The editors and the Editorial Board are responsible for preserving the ethical aspects of the Journal of Pharmaceutical Care and Pharmacoeconomics and must resolve any conflicts in a transparent manner, always aiming to maintain the credibility of the journal.

Conduct in cases of suspected ethical infraction

The following are considered ethical infractions: plagiarism, duplicate publication, fabrication of data, issues related to authorship (change, ghost author, etc.), unmentioned conflicts of interest, misappropriation of ideas or data by a reviewer, and other ethical issues related to research.

The recommendations of the *Committee on Publication Ethics* (COPE) <https://publicationethics.org/guidance> will be followed in case of suspected ethical infraction.

In cases of suspected ethical misconduct, it may be necessary for the Editor to request study data from the author(s) for inspection or verification. The editor may reject a manuscript and contact, for example, the author(s)'s institution(s) and ethics committee(s). Any questions about the integrity of the data raised during or after the peer review process will be referred to the Editor.

Article Publishing and Processing Fees

The Journal of Pharmaceutical Care and Pharmacoeconomics is an open access journal with no submission, publication, or manuscript processing fees.

Financing

INAFF fully supports the publication costs of JAFF, which is in line with the institute's mission to promote technical-scientific development through scientific research.

Selection and peer review process

The materials received will be preliminarily evaluated by the Scientific Editor as to their adequacy to the editorial line and the journal's standards. If they meet the scope of the JAFF, the material is submitted to the Editorial Board for consideration, without identifying details of the authors, which will express its admissibility to start the evaluation process, according to criteria of scientific merit and relevance of the contribution to the development of Pharmaceutical Care, health technology assessment and/or Pharmacoeconomics.

Once admitted, manuscripts without identifying the authors are evaluated by experts under the *double-blind peer review regime*, who must give their opinion on whether the material can be published in the format in which it was presented, if it needs changes or improvements before publication, or if it does not deserve to be published because it has serious problems or flaws.

JAFF encourages reviewers to submit two different sets of comments:

1. Anonymous report addressed to the authors containing guidelines for correcting the submitted manuscript, suggestions and any changes that the reviewer deems necessary;

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS FOR PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

2. Report to the scientific editor of the journal, specifying in detail the evaluation of scientific merit, methodology and quality of the submitted manuscript and a summary of the corrections requested from the authors.

On the recommendation of the Editorial Board, the evaluators or the Scientific Editor, the articles accepted for publication may be republished, resulting in changes to the text, suppression or relocation of illustrations or other elements, correction or adaptation of bibliographic references and citations. In these cases, the reedited version will be submitted to the author's approval before publication. If the revision is validated, the manuscript will be designed and published in the current edition.

The evaluators are chosen among professionals from institutions other than the one to which the authors are linked, considering the area of research related to the submitted work, evaluate the manuscripts for relevance, originality and validity and give their opinion on whether the manuscript meets the criteria to be published in the journal, if a review will be requested or if it will be rejected.

Guidelines for Authors

JAFF publishes original papers with scientific merit that contribute to the study of Pharmaceutical Care, Health Technology Assessment and Pharmacoeconomics.

The authors of articles submitted to JAFF must present a statement that the study has obtained ethical approval (or a statement of exemption from ethical approval, justifying the reasons), as described in topic number 7 - Statement of approval by the Research Ethics Committee.

JAFF carries out **the identification of the integrity of the investigation** in accordance with the [Singapore](#) and [Hong Kong Declarations](#).

JAFF operates under the regime of **continuous reception of papers** and, occasionally, issues calls for submission of manuscripts.

Categories of articles accepted for publication

Review the article type specifications at the link below, including article length, illustrations, tables, and references. The word count excludes the title page, abstract, tables, acknowledgments, contributions, and references.

<https://ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/about/submissions>

6. Acknowledgments

Contributors who do not meet the authorship criteria should be mentioned in the Acknowledgments. Those who are being recognized are expected to have given their permission to be appointed.

7. Declaration of approval by the Research Ethics Committee

Authors of articles submitted to JAFF must include a statement that the study has obtained ethical approval (or a statement of exemption from ethical approval, justifying the reasons), including the name of the ethics committee (which approved or waived approval) and the number of the approval opinion.

Main document

It must contain the title and body of the article, according to the information described for each type of work submitted to JAFF.

The main document cannot contain the name of the authors of the article submitted for evaluation.

Statement of License for Article Publication

By submitting an article to JAFF, I certify that;

1. I am authorized by my co-authors to enter into these agreements;

2. I warrant, on behalf of myself and my co-authors, that: the article is original, has not been formally published in any other peer-reviewed journal, is not under consideration by any other journal, and does not infringe any existing copyright or any other rights of any third party; I (we) are the sole author(s) of the article and have full authority to enter into this agreement and, by granting rights to JAFF, we do not breach any other obligation; The article does not contain anything that is illegal, libelous or that, if published, would constitute a breach of contract or trust or commitment to secrecy; I (we) take due care to ensure the integrity of the article. To my (our) knowledge – and currently accepted scientific knowledge – all statements contained therein purporting to be facts are true and any formula or instruction contained in the article will not, if accurately followed, cause any injury, illness or harm to the user.

- 3 I and all co-authors agree that the article, if editorially accepted for publication, will be licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 License.

By submitting their work for publication in the Journal of Pharmaceutical Care and Pharmacoeconomics, the authors declare that it has not been previously published and that it will not be presented to any other journal before the JAFF decision is known.

The declaration of license for publication of the article must be signed by the corresponding author and sent in pdf format.

Referencing

All works cited in the text of the articles submitted for publication must be presented at the end of the article according to the **Vancouver Style**, according to the examples presented on our website at the link below:

<https://ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/about/submissions>

Realização:

