

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**Equidade intraurbana na utilização de medicamentos especializados para
esquizofrenia: desafio organizacional.**

Eduardo Viegas da Silva

Porto Alegre

2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**Equidade intraurbana na utilização de medicamentos especializados para
esquizofrenia: desafio organizacional.**

Eduardo Viegas da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Avaliação e
Produção de Tecnologias para o SUS no
Programa de Pós-Graduação em Avaliação
de Tecnologias para o SUS do Grupo
Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof. Dr. André Klafke
Coorientador: Profa. Dra. Luciane Kopittke

Porto Alegre

2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



Banca examinadora:

Profa. Dra. Claunara Schilling Mendonça, Programa de Pós-Graduação em
Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Profa. Dra. Flavia Moraes Silva, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de
Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Profa. Dra. Tatiane da Silva Dal-Pizzol, Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

2017

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ronaldo e Laura, por todos os gestos com os quais abriram a casa e mostraram que a educação amplia a liberdade.

À Ana, pela cumplicidade diária e pela lucidez que emprestou à construção deste trabalho.

À avó Leocilda, pela referência ética perene.

Ao meu orientador, André Klafke, por iluminar o caminho de forma atenta, constante e serena.

À minha coorientadora, Luciane Kopittke, pela postura questionadora e por mais uma vez pertencer ao grupo dos que oportunizam campo forte de formação.

À Secretaria Estadual da Saúde do RS, por entender o benefício da qualificação e pela responsabilidade advinda.

Aos colegas da Assistência Farmacêutica da Secretaria, pela receptividade frente a esta pesquisa e por terem facilitado a coleta dos dados.

Aos trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição, colegas que ensinam teoria, prática, valores e saberes de um Sistema Único de Saúde criativo, capital, humano, comprometido, social, brasileiro.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	9
2	OBJETIVOS.....	10
	2.1 Objetivo Geral	10
	2.2 Objetivos Específicos.....	10
3	INTRODUÇÃO	11
4	REVISÃO DA LITERATURA	14
	4.1 Sistema Único de Saúde: universalidade e equidade	14
	4.2 Utilização de tecnologias em saúde.....	15
	4.3 Articulação ou <i>mix</i> público/privado na saúde.....	17
	4.4 Redes de Atenção à Saúde	18
	4.5 Porto Alegre: vulnerabilidade social e saúde na cidade	18
	4.6 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	21
	4.7 Esquizofrenia e adesão ao tratamento com medicamentos	23
	REFERÊNCIAS.....	27
5	ARTIGO	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	63
	ANEXO A - Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.....	64
	ANEXO B - Normas para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva.....	69

LISTA DE SIGLAS

AME	Sistema de Administração de Medicamentos
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREMERS	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PDC	Proporção de Dias Cobertos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Razão de Prevalência
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UDH	Unidade de Desenvolvimento Humano

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURA 1. Recorte territorial das 335 Unidades de Desenvolvimento Humano de Porto Alegre, customizadas em 2014 a partir de dados de renda média per capta do censo IBGE 2010.....	20
TABELA 1. Características dos usuários, medicamentos especializados e serviços de saúde que compõem os tratamentos de esquizofrenia. Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016 (n=1.541).....	41
TABELA 2. Características e taxas de utilização de medicamentos especializados para esquizofrenia dos quartis socioeconômicos de Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016.....	43
TABELA 3. Características dos tratamentos com medicamentos especializados para esquizofrenia por quartil socioeconômico. Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016 (n=1.541).....	44
FIGURA 1 - ARTIGO. Características dos tratamentos com medicamentos especializados para esquizofrenia por quartil socioeconômico. Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016 (n=1.541). Gráfico (A): Proporção de prescrições de serviços públicos ou privados. Gráfico (B): Proporção de prescrições de psiquiatras ou demais médicos. Gráfico (C): Proporção de tipo de estabelecimento de saúde de acompanhamento. Gráfico (D): Proporção de tipo de medicamento utilizado.....	45
TABELA 4. Associação entre baixa adesão ao tratamento (< 80%) e variáveis sociodemográficas, clínicas e do serviço de saúde de acompanhamento dos usuários, mediante regressão de Poisson simples e múltipla. Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016 (n=1.541).....	46

RESUMO

A eficiência deve ajustar-se às condições de equidade na utilização de tecnologias em saúde. A falta de conhecimento acerca do perfil dos usuários e de aspectos que impactam resultados em saúde, como a adesão aos tratamentos, repercute um processo de trabalho pouco atento à relação da estrutura social com a forma de organização de um sistema de saúde complexo e segmentado. O estudo avalia a influência de desigualdades sociais e cobertura com saúde suplementar na taxa de utilização e na adesão aos tratamentos com medicamentos especializados para esquizofrenia em Porto Alegre. A investigação longitudinal, retrospectiva, analisou dados de base informatizada e de prescrições médicas, coletados na assistência farmacêutica estadual, de todos os 1.547 indivíduos em uso destes medicamentos há pelo menos 12 meses. Foram estratificadas em quartis as 335 Unidades de Desenvolvimento Humano do território do município, para cálculo das taxas de utilização, e identificadas as proporções de prescrições oriundas de serviços públicos ou privados e de psiquiatras ou demais médicos, em cada estrato. O quartil socioeconômico 1, mais pobre, apresentou utilização inferior a todos os demais, com razão de taxas de 1,74 (IC 95% 1,41-2,07) frente ao quartil 2. A paridade entre as proporções de prescrições dos quartis 1 e 2 oriundas de serviços públicos, 74,5% e 74,9%, e de psiquiatras, 39,1% e 40,4%, respectivamente, indicou que a ausência de equidade horizontal estaria mais relacionada a falhas no empoderamento de fluxos de acesso e na coordenação do cuidado aos mais vulneráveis do que aos efeitos da dupla cobertura. Após início do uso, análise multivariada por regressão de Poisson revelou que nível socioeconômico e saúde suplementar não influenciaram a adesão aos tratamentos. A integração clínica do componente especializado da assistência farmacêutica na rede de atenção em saúde mental deve ativar itinerários terapêuticos inclusivos que garantam equidade na linha de cuidado integral.

Palavras-chave: equidade em saúde, uso de medicamentos, medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica, esquizofrenia, integração de sistemas.

ABSTRACT

Efficiency must adjust to the conditions of equity in the utilization of health technologies. The lack of knowledge about profile of users and aspects that impact health outcomes, such as adherence to treatment, reflects a labor process that is not very attentive to the relationship between social structure and the way of organization of a complex and segmented health system. The study evaluates the influence of social inequalities and supplementary health coverage on the rate of use and adherence to treatments with specialized drugs for schizophrenia in Porto Alegre. This retrospective longitudinal study analyzed computerized and medical prescriptions databases collected in the state pharmaceutical services of all 1,547 individuals in use of these drugs for at least 12 months. The 335 Human Development Units of the municipal territory were stratified into quarters to calculate utilization rates and identified the proportions of prescriptions from public or private services and from psychiatrists or other physicians in each stratum. The poorest socioeconomic quartile 1 had lower utilization than all the others, with rate ratios of 1.74 (95% CI, 1.41-2.07) compared to quartile 2. The parity between the proportions of prescriptions of quartiles 1 and 2 from public services, 74.5% and 74.9%, and from psychiatrists, 39.1% and 40.4%, respectively, indicated that the lack of horizontal equity would be more related to failures in the empowerment of access flows and in the coordination of care for the most vulnerable than to the effects of double coverage. After the beginning of the use, multivariate analysis by Poisson regression revealed that socioeconomic status and supplementary health did not influence treatment adherence. The clinical integration of the specialized component of pharmaceutical services in the mental healthcare network should activate inclusive therapeutic itineraries, which ensure equity in the line of integral care.

Keywords: health equity, drug utilization, drugs from the specialized component of pharmaceutical care, schizophrenia, systems integration.

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Equidade intraurbana na utilização de medicamentos especializados para esquizofrenia: desafio organizacional”. Foi desenvolvido nos anos de 2015, 2016 e 2017 e apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição/Ministério da Saúde, em 12 de agosto de 2017, como produto final do curso de Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Sua estrutura textual contempla as seções introdução, revisão da literatura, artigo para publicação e considerações finais. Documentos de apoio estão apresentados no apêndice e nos anexos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a influência de desigualdades sociais e cobertura com saúde suplementar na utilização de medicamentos especializados para tratamento de esquizofrenia no Sistema Único de Saúde em Porto Alegre.

2.2 Objetivos Específicos

a) Descrever o perfil sociodemográfico dos usuários, os medicamentos especializados e serviços de saúde que compõem os tratamentos de esquizofrenia.

b) Avaliar a possível associação da taxa de utilização dos psicofármacos com nível socioeconômico do local de residência e aspectos dos serviços de saúde de acompanhamento.

c) Analisar a adesão aos tratamentos e sua possível associação com características sociodemográficas, medicamentos e serviços de saúde de acompanhamento.

3 INTRODUÇÃO

Não é suficiente saber que o uso de uma tecnologia em saúde traz benefício. Efetividade e segurança devem estar ajustadas às condições de equidade em sua utilização (BRASIL, 2009). Esta concepção coaduna-se com agências europeias, que adotam a abordagem de desigualdades e de tópicos relevantes para grupos vulneráveis como critérios de qualidade de estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) (NOVAES, 2013).

Se o nível socioeconômico condiciona a situação de saúde, e a disponibilidade de atenção tende a variar inversamente à necessidade da população (HART, 1971), a equidade pressupõe atenção mais ampla aos indivíduos mais vulneráveis (RAWLS, 1981). Considerando tais valores, dois sentidos principais do conceito são encontrados com frequência. Na equidade horizontal, avaliada na presente investigação, pessoas com necessidades similares teriam utilização semelhante de tecnologias em saúde; e, por meio da equidade vertical, o processo de cuidado seria capaz de tratar de forma desigual os desiguais, conforme a singularidade de cada situação (CAMPOS, 2006; VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

A utilização de serviços de saúde, por sua vez, depende de uma multiplicidade de fatores, em meio aos quais desigualdades sociais interagem com características do próprio sistema de saúde. Oferta de estabelecimentos, profissionais e equipamentos, cobertura com saúde suplementar e organização do cuidado interferem no uso de serviços (TRAVASSOS et al, 2000) e, por consequência, das tecnologias em saúde que os configuram.

Medicamentos são itens raramente cobertos por planos privados em nível ambulatorial (BAHIA, 2002). Neste caso, não se caracteriza dupla cobertura de Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde suplementar, sendo legítimo o acesso universal ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Por outro lado, uma das interfaces conhecidas do arranjo público/privado na saúde ocorre quando pessoas que possuem seguro privado continuam usando o sistema público para as tecnologias mais complexas e custosas. O acesso torna-se mais lento e com maior custo por usuário, ao passo que desigualdades podem ser acentuadas (SANTOS, I.; SANTOS, M.; BORGES, 2013).

Em Porto Alegre a cobertura expressiva com seguros privados de saúde chegava a 50,1% da população em dezembro de 2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE

SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017). Este atributo atua em um território onde o alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de 0,805, contrasta com um índice de Gini que denota elevada concentração de renda, de 0,60 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2017), produzindo um cenário crítico para a vigilância de iniquidades intraurbanas em saúde.

O CEAF é a estratégia adotada, no âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), para garantir a integralidade do tratamento medicamentoso ambulatorial aos portadores de doenças específicas que requerem profissionais especialistas, exames e medicamentos de alto custo. Organiza-se por linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014).

O PCDT de esquizofrenia estabelece critérios diagnósticos e diretrizes da terapia com medicamentos, a fim de promover prescrição e uso racionais (BRASIL, 2013b). Contempla medicamentos do componente básico, de menor valor unitário e geridos pelos municípios, e medicamentos especializados, de maior custo e que estão sob gestão das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Dentre os medicamentos do CEAF, os deste protocolo eram, no início do ano de 2016, os com maior número de usuários em tratamento em Porto Alegre. Tal magnitude, assim como a inserção na rede de atenção psicossocial no SUS, motivaram sua escolha para objeto da avaliação.

A gestão estadual do CEAF ainda prioriza a tramitação administrativa das solicitações de medicamentos e o ciclo logístico. Visa ao atendimento eficaz da demanda que chega (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012). A falta de conhecimento sistematizado acerca do perfil dos usuários e de aspectos que influenciam resultados em saúde, como a adesão aos tratamentos, repercute um processo de trabalho pouco atento às desigualdades na utilização de tais tecnologias, que possuem alto impacto no orçamento e na resolutividade do cuidado em saúde mental.

Evidências sobre a relação da estrutura social com a forma de organização de um sistema de saúde complexo e segmentado são essenciais à sua compreensão (BAHIA, 2012). Melhor nível socioeconômico e cobertura com saúde suplementar podem atuar como fatores capacitantes e interferir no padrão de equidade na utilização e na adesão aos tratamentos.

Face a tais elementos contextuais, o estudo avalia aspectos do efeito populacional (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997) dos medicamentos especializados do PCDT de esquizofrenia e, em última análise, do CEAF, a fim de subsidiar ações promotoras de equidade no desenvolvimento de sua integração clínica com os demais serviços de saúde da rede de atenção.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Sistema Único de Saúde: universalidade e equidade

A construção do SUS foi inspirada no modelo beveridgeano de proteção social, no qual os benefícios são providos pelo Estado a toda população de forma gratuita no ato do uso (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2010). Assim, o princípio da universalidade é garantido em sua lei orgânica (BRASIL, 1990). O termo equidade, por sua vez, foi sendo incorporado pelas diversas normas operacionais com as quais o sistema foi implementado, embora seu valor intrínseco já estivesse presente na concepção da reforma sanitária brasileira.

O SUS universal busca, na medida em que efetiva ações com base em critérios epidemiológicos e sociodemográficos de alocação de recursos, alcançar a equidade. Se considerarmos as duas acepções do conceito de equidade, uma tradicional como sinônimo de igualdade e outra que remete ao julgamento da singularidade de cada situação, a construção de condições para tal dependeria tanto de programas voltados para o coletivo quanto de mecanismos que permeassem tais intervenções e regulassem sua aplicação aos casos particulares (CAMPOS, 2006).

A equidade horizontal, na qual a utilização seria igual entre grupos com necessidades iguais, é a mais abordada no escopo do uso de serviços e de tecnologias em saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Com frequência, a análise ocorre a partir de duas dimensões complementares: a geográfica e a social. O enfoque geográfico abarca as variações entre áreas. Já a dimensão social, as diferenças entre grupos sociais que habitam a mesma área. Travassos e colaboradores (2000) destacam que a distribuição equitativa de serviços e equipamentos diagnósticos e terapêuticos no território não é condição suficiente para o alcance da equidade social em saúde.

A avaliação da equidade na utilização das tecnologias considera o contexto ao avaliar o campo onde ocorre o uso. Objetiva auxiliar na decisão e planejamento de gestores e políticos, com a consciência de que constitui ferramenta de negociação entre interesses múltiplos. A pesquisa avaliativa busca o julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Circunscrita neste âmbito, a avaliação da influência das intervenções sobre os estados de saúde é definida como análise dos efeitos. Esta consiste em verificar a eficácia dos serviços, sendo que o conceito de eficácia varia conforme a finalidade do exercício de avaliação. Pode-se

estender tal conceito até o de eficácia populacional, na qual se examina o grau de cobertura da intervenção, sua aceitabilidade e sua acessibilidade na população-alvo (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Os métodos utilizados para mensurar equidade na utilização de tecnologias em saúde variam conforme a abordagem escolhida e a natureza dos dados disponíveis. As medidas mais utilizadas são a taxa de utilização, o *odds ratio* e o índice de equidade horizontal. Este último trata-se da medida mais completa, baseada na projeção de uma curva de concentração que reúne informações dos cuidados recebidos e das necessidades de saúde individuais, classificando tais variáveis em relação a uma terceira, selecionada para indicar nível socioeconômico (ALLIN et al, 2007).

A *International Society for Equity in Health*, em relatório no qual avalia as reformas dos sistemas de saúde dos países da América Latina, ocorridas desde os anos 80, refere que equidade em saúde diz respeito ao nível de morbimortalidade experimentado pelos diferentes grupos sociais, enquanto equidade no acesso a serviços ou tecnologias em saúde está ligada à forma de financiamento e de utilização entre os diferentes grupos. Mesmo após reformas que universalizaram um cuidado que se pretende integral, como a ocorrida no Brasil, permanecem iniquidades na distribuição dos recursos em favor de áreas urbanas e de populações de melhor nível socioeconômico (INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH, 2006).

4.2 Utilização de tecnologias em saúde

Acesso pode ser caracterizado como a possibilidade dos indivíduos utilizarem um serviço ou tecnologia em saúde. Permite seu uso oportuno para obtenção do melhor resultado possível (TRAVASSOS, CASTRO, 2012). A utilização, de outro modo, é uma expressão do acesso (SILVA et al, 2011).

O modelo teórico de Andersen (1995) propõe que o conceito de acesso é composto por dois elementos: o acesso potencial, caracterizado pela presença de fatores capacitantes do uso; e o acesso realizado, que representa a utilização de fato e é influenciado por razões outras além das que explicam o acesso potencial, como as necessidades de saúde.

Assim, o uso de tecnologias em saúde pode ser uma expressão da acessibilidade aos serviços, mas não se explica apenas por ela, resulta de uma

multiplicidade de fatores. A continuidade do uso também está associada a aspectos distintos daqueles que condicionam o ingresso e deve ser analisada em suas particularidades (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A utilização provém da interação do usuário que procura cuidados, geralmente responsável pelo primeiro contato, com o profissional, que propõe os encontros subsequentes e o tipo e intensidade das tecnologias consumidas. O primeiro acesso depende de o indivíduo se sentir suscetível a um problema de saúde, acreditar na gravidade das consequências e que as ações de saúde ofertadas trarão benefícios (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O padrão de utilização é afetado por fatores predisponentes, como genética, gênero e idade, e fatores capacitantes, como renda, escolaridade e cobertura com saúde suplementar. O uso equitativo ocorre quando as variáveis demográficas e o perfil epidemiológico são responsáveis pela maior parte da variação na utilização. Já as desigualdades sobrevêm quando fatores capacitantes, concernentes à estrutura econômica e social, definem quem recebe os cuidados em saúde. Agregou-se ao modelo o sistema de saúde, reconhecendo sua organização como condicionante do perfil de utilização (ANDERSEN, 1995). Neste sentido, Travassos (1997) destacou a importância do desenho assistencial local na redução das iniquidades.

A chance de uso de serviços de saúde no Brasil é expressivamente maior na população coberta com saúde suplementar frente a não coberta – 66% no nordeste e 73% no sudeste. Entre usuários cobertos, há predomínio do uso de consultórios particulares, ao passo que hospitais, unidades básicas e centros de saúde são mais usados pelos não cobertos (TRAVASSOS et al, 2000). Além disso, há maior acesso a consultas com médicos generalistas entre os de nível socioeconômico mais baixo e maior acesso da população de nível socioeconômico mais alto a consultas com especialistas (REGIDOR et al, 2008).

De modo geral, baixo nível socioeconômico reduz a probabilidade de uso de tecnologias em saúde. Entretanto, na utilização pelo SUS o padrão é outro. A partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2008, foi identificada razão de prevalência de acesso total a medicamentos prescritos no SUS 21% e 16% maior entre os pretos e pardos em relação aos brancos, respectivamente, 36% superior entre as pessoas com menor escolaridade e 61%

maior entre os mais pobres quando comparados com o quintil de maior renda (BOING et al, 2013).

Tal resultado reforça a hipótese de que o SUS promove equidade na utilização de medicamentos essenciais. No entanto, a tendência não se repete quando as tecnologias em análise são de alto custo, como quimioterápicos e o medicamento especializado interferon peguilado (CONILL et al, 2008; JOSENEIDE, 2011).

De forma semelhante, estudo que avaliou a associação de internações hospitalares pelo SUS em Porto Alegre com nível socioeconômico verificou um padrão espacial de distribuição menor nas regiões mais ricas da cidade, confirmando que populações mais pobres internam mais. O comportamento não foi mantido, todavia, em internações para procedimentos de alto custo, representados por angioplastias (MOTA, 2009).

4.3 Articulação ou *mix* público/privado na saúde

A articulação entre os serviços públicos e privados de saúde requer uma visão crítica, resistente à concepção de que os segmentos são mutuamente excludentes, para avançar na investigação dos pontos em que se imbricam (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). Pouco transparentes, estes arranjos constituem um desafio à organização dos programas assistenciais (BAHIA, 2005).

O modelo vigente, no qual ocorrem duplicidade e sobreposição da oferta, induz o SUS a funcionar como um suporte ou resseguro às lacunas de assistência dos planos privados (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). O fenômeno pode contribuir para desigualdades, em especial no tocante às tecnologias de alto custo ofertadas unicamente pelo sistema público (SANTOS, 2009). Em vista disto, o MS deve abarcar um novo objeto de regulação. O foco seria não mais apenas o mercado de seguros privados, mas o *mix*. Esta “regulação integrada” protegeria o SUS de impactos negativos da cobertura duplicada (SANTOS, I.; SANTOS, M.; BORGES, 2013).

Dados da PNAD de 1998 informaram que apenas 6,6% dos titulares estavam cobertos por planos que abrangiam acesso a medicamentos de uso ambulatorial (BAHIA, 2002). Nesta conjuntura, o CEAF atende prescrições públicas e privadas sem compreender, de forma sistematizada, os efeitos do *mix* em sua utilização.

4.4 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, definiu que a integralidade da atenção se inicia e se completa na RAS (BRASIL, 2011).

Os serviços de saúde que a compõem, tais como unidades básicas de saúde, hospitais e farmácias de medicamentos especializados, se conformam como ponto de atenção transversal a vários temas e como plataforma de busca da integralidade de uma linha de cuidado (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Os problemas persistentes de implantação da rede passam pela incompreensão da totalidade de sua estrutura operacional. Na prática há concentração de recursos organizacionais na gestão da APS e dos pontos de atenção secundários e terciários, não sendo prioritária a estruturação dos sistemas de apoio técnico, logístico e de governança, essenciais à efetividade das linhas de cuidado (MENDES, 2014).

O desafio da articulação da assistência farmacêutica na condição de sistema de apoio transversal, provedor de cuidado assistencial e ator cooperativo da integração sistêmica da RAS, requer que os diversos pontos de atenção reconheçam sua interdependência e optem por adequar seu papel aos objetivos da rede (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Em vista desta complexidade, são necessárias inovações organizacionais que considerem diferentes contextos político-administrativos e portes populacionais dos municípios. De forma estratégica, as redes temáticas, como a de atenção psicossocial, oficializada pelo MS no ano de 2011, têm potencial de induzir a expansão deste modelo de trabalho para o conjunto do sistema de saúde (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Ademais, a atuação em rede integra as proposições históricas da reforma psiquiátrica no Brasil (ASSIS et al, 2014).

4.5 Porto Alegre: vulnerabilidade social e saúde na cidade

A capital do estado do Rio Grande do Sul (RS) possui área de 496,682 km² e população de 1.409.351 habitantes, conforme censo do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010, resultando em uma densidade demográfica de 2.837,53 habitantes/km² (IBGE, 2016).

A escolha de estabelecer como unidades de análise os usuários residentes em Porto Alegre, onde as dificuldades geográficas de acesso aos serviços de saúde são menores em comparação com outros municípios, devido à concentração local de equipamentos de saúde, possibilita direcionar a avaliação para a desigualdade social intraurbana, expressa pelo alto índice de Gini da cidade, de 0,60 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2017).

Alguns estudos realizados na cidade avaliaram a associação de baixo nível socioeconômico com maior morbimortalidade por doenças crônicas transmissíveis, como a tuberculose, e não transmissíveis, como as cardiovasculares. A partir da estratificação dos bairros em quartis socioeconômicos e do emprego de método ecológico transversal, identificou-se mortalidade precoce por doença cardiovascular, na faixa dos 45 aos 64 anos, 2,6 vezes maior nos bairros classificados no pior comparado ao melhor estrato (IC 95% 1,1-3,4) (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008). Outro estudo de análise espacial, que utilizou a mesma estratificação em quartis socioeconômicos, encontrou taxa de incidência de tuberculose pulmonar seis vezes maior no quartil mais pobre (IC 95% 2,5-9,5) (ACOSTA, 2008), demonstrando que residir em regiões mais vulneráveis da cidade condiciona a situação de saúde.

A forma como se deu a urbanização no Brasil, sem contrapartida de adequação da infraestrutura, concentrou em áreas metropolitanas populações em precárias condições de vida. Os efeitos do nível educacional, por exemplo, afetam o reconhecimento dos problemas de saúde, a compreensão de informações, o empoderamento de estilos de vida saudáveis, o uso de tecnologias em saúde e a adesão aos tratamentos (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Neste quadro, o planejamento urbano em Porto Alegre, desde os primeiros projetos implantados, preocupou-se mais com melhorias no sistema viário da cidade do que com uma estrutura habitacional harmônica. O crescimento rápido e desordenado, ocorrido na fase de transição da sociedade rural para a urbana, propiciou o surgimento de inúmeras áreas irregulares. No ano de 2007, 23% da população ocupava núcleos sub-habitacionais (TROLEIS; BASSO, 2011).

É comum a presença de territórios de alta vulnerabilidade social em meio a bairros ricos, bem como de condomínios de classe alta em áreas periféricas. Por isso, quando o objetivo é estudar a anatomia da cidade e sua ressonância com políticas públicas, o nível de análise deve ser a menor unidade geográfica possível, para distinguir microáreas e captar desigualdades.

Considerando esta necessidade, Porto Alegre foi dividida, no ano de 2014, em 335 Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). O trabalho respeitou critérios definidos pelo IBGE e foi executado em conjunto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, a Fundação João Pinheiro, a Fundação Estadual de Economia e Estatística, a Fundação Estadual de Planejamento Metropolitano e Regional e o Observatório da Cidade de Porto Alegre (MARTINS; GERMANO; RANGEL, 2016).

As UDHs foram customizadas mediante agregação de setores censitários, com base em dados georreferenciados do indicador de renda média per capita do censo 2010, em critérios de homogeneidade e de identidade local (Figura 1) (MARTINS; GERMANO; RANGEL, 2016). Diversos indicadores, apresentados por UDH, encontram-se disponíveis na página do atlas do desenvolvimento humano no Brasil (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2017).

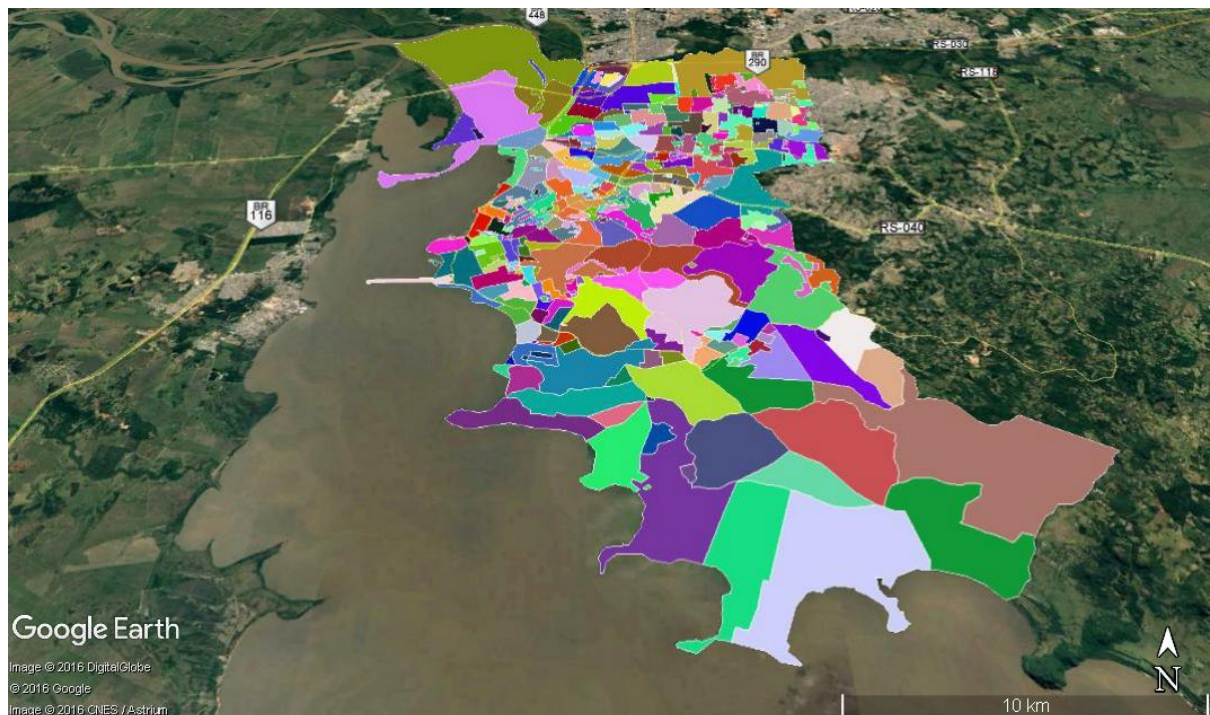


Figura 1. Recorte territorial das 335 Unidades de Desenvolvimento Humano de Porto Alegre, customizadas em 2014 a partir de dados de renda média per capita do censo IBGE 2010.

A delimitação das UDHS permite que uma comunidade com alta vulnerabilidade social, mesmo situada em meio a um bairro que apresenta indicadores socioeconômicos elevados, seja destacada como uma territorialidade que apresenta dados próprios (MARTINS; GERMANO; RANGEL, 2016).

Estudo apontou correlação positiva entre renda média per capita das UDHS e longevidade de suas populações, assim como correlação negativa entre renda média per capita e mortalidade infantil (AZAMBUJA et al, 2015), indicando que sua divisão pela variável renda também reflete desigualdades em saúde.

4.6 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O CEAF integra, junto aos componentes básico e estratégico, a estrutura de execução atual da assistência farmacêutica no SUS. Insere-se no objetivo traçado pela PNAF, no ano de 2004, de garantir acesso e uso racional das apresentações constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 2004).

A natureza das ações necessárias ao alcance deste objetivo remete à Política Nacional de Medicamentos (PNM), que em 1998 estabelecia a diretriz de reorientação da assistência farmacêutica. Tal movimento prevê a superação de um modelo que se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos, para avançar na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 1998).

Tais documentos balizadores apontam para o desenvolvimento de ações de atenção farmacêutica junto aos usuários, na prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada às equipes. A implementação destes serviços é orientada nos fluxogramas de dispensação dos PCDTs do CEAF (BRASIL, 2013b).

O componente especializado possui grande impacto no orçamento do SUS e na resolutividade da atenção. Na aquisição dos medicamentos do CEAF de compra centralizada pelo MS, no ano de 2012, foram investidos R\$ 2.888.859.206,67. Deste montante, apenas na aquisição dos medicamentos clozapina, olanzapina e quetiapina, para tratamento de esquizofrenia, foram gastos R\$ 367.736.398,60, o que representou 12,7% do orçamento total (BRASIL, 2014).

Ao abordar uma doença na forma de linha de cuidado, o componente propõe ações integradas com os demais pontos de atenção, dentre os quais o componente básico da assistência farmacêutica. Entretanto, no país como um todo, um limitante

do CEAF é a prioridade ainda dada ao ciclo logístico de fornecimento de medicamentos (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012).

O incremento dos recursos humanos nos últimos anos possibilitou reduzir o tempo de espera por avaliação técnica e consequente início do tratamento com medicamentos especializados junto à SES/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Em contrapartida, a histórica articulação das ações do componente com os demais departamentos da secretaria é incipiente, sendo comum seus indicadores de monitoramento e avaliação, presentes nos instrumentos de gestão do SUS, se circunscreverem ao grau de eficácia no atendimento mensal das demandas cadastradas.

A execução do CEAF encontra-se normatizada pela Portaria MS nº 1.554/2013. Os medicamentos são autorizados para doenças específicas, são aceitas prescrições oriundas de serviços públicos e privados de saúde e a incorporação de tecnologias ocorre mediante decisão do MS, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (BRASIL, 2013a).

O acesso ao componente envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. Para estas, além de documentos de identificação do usuário, são exigidos laudo de medicamentos especializados, prescrição médica e documentos específicos elencados no PCDT de cada doença. A avaliação técnica da solicitação examina critérios claros de inclusão e exclusão. A monitorização ocorre com periodicidade definida, no intuito de elevar a segurança e a eficiência no uso dos medicamentos (BRASIL, 2013a).

Na SES/RS, o gerenciamento dos tratamentos é realizado por meio do sistema informatizado público de Administração de Medicamentos (AME). Implantada em todos os municípios do Estado, a ferramenta permite o gerenciamento dos tratamentos com registro de dose diária e quantidade mensal prescrita para cada usuário, o controle dos estoques, das aquisições e de cada dispensação realizada, para as quais emite recibo individual detalhando o tratamento e o agendamento das retiradas subsequentes.

O reabastecimento dos estoques é vinculado aos registros de saída por dispensação e mensalmente são realizados inventários para melhorar a acurácia. Há integração com o Sistema de Informações Ambulatoriais, para uso dos registros

das dispensações do AME no faturamento das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade, que movimentam o financiamento do CEAf.

Por tais razões, a partir da base de dados do AME a captação de tratamentos e dispensações em Porto Alegre é praticamente total, garantindo uma fonte confiável e representativa. Além disso, a população residente no município acessa medicamentos especializados para tratamento ambulatorial pelo SUS em uma única farmácia. Os usuários estão sujeitos ao mesmo nível de estoque e aos mesmos procedimentos de reavaliação dos tratamentos e de orientação farmacêutica.

As avaliações técnicas da SES para acesso aos tratamentos de esquizofrenia se dão à luz do PCDT do MS. Logo, considerou-se no presente estudo que os medicamentos especializados em utilização eram adequados ao diagnóstico, custo-efetivos, necessários ao melhor funcionamento social dos usuários e à menor gravidade dos sintomas.

4.7 Esquizofrenia e adesão ao tratamento com medicamentos

A esquizofrenia e os transtornos esquizofrênicos são distúrbios mentais que provocam distorções do pensamento e da percepção, inadequação e embotamento do afeto, sem prejuízo da capacidade intelectual, embora este possa surgir ao longo do tempo. O prognóstico é variado, cerca de 30% dos casos apresentam recuperação completa ou quase completa, aproximadamente 30% prejuízo parcial de funcionamento e cerca de 30% deterioração importante da capacidade profissional, social e afetiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

As causas da doença não estão elucidadas de forma definitiva, sendo “vulnerabilidade versus estresse” a de maior aceitação. Neste modelo, a vulnerabilidade é representada por um componente biológico, que inclui predisposição genética, e interage com fatores estressores físicos, ambientais e psicológicos (SILVA, 2006).

O PCDT de esquizofrenia consolida a forma de diagnóstico e define os critérios de inclusão e exclusão ao tratamento com medicamentos especializados. Também apresenta esquemas de administração e de monitorização da segurança e da efetividade da terapia. O protocolo adota o consenso de que todos os medicamentos possuem potência semelhante para a maioria dos pacientes, não havendo ordem de preferência no uso, com exceção do fármaco clozapina, indicado como última opção terapêutica. O benefício esperado é a melhora dos sintomas,

com diminuição de pelo menos 30% no escore da escala de avaliação psiquiátrica breve (BRASIL, 2013b).

A prevalência da doença é de aproximadamente 0,6% (MARI; LEITÃO, 2000). Revisão sistemática da literatura encontrou 17 artigos que abordavam a relação entre fatores sociais e esquizofrenia, apontando que nascer e crescer em meios altamente urbanizados associa-se à maior incidência (BARROS, 2013). Além disso, quanto menor a renda, maior é o risco de desenvolver a doença (LEÃO et al, 2006).

Estudo israelense avaliou a associação de baixo status socioeconômico ao nível comunitário e chance de desenvolvimento de esquizofrenia. Os bairros de Jerusalém foram categorizados como “abaixo do padrão” e “igual ou acima do padrão”. O *odds ratio* das áreas de menor status em relação às de maior foi de 1,30 (IC 95% 1,09-1,56), ajustado para status socioeconômico ao nível individual, sexo, idade e idade paterna no ato do nascimento do filho. Os resultados sugerem que o indivíduo é afetado pela vulnerabilidade social de seu entorno (WERNER; MALASPINA; RABINOWITZ, 2007).

A adesão tem sido definida como o grau de conformidade das ações do usuário frente às recomendações relativas à dosagem a aos intervalos de tempo na administração dos medicamentos. Sua aferição é geralmente operacionalizada mediante definição de um período de tempo para o qual se calcula uma proporção ou taxa, que expressa o resultado (CRAMER et al, 2008).

Os métodos para verificar adesão são divididos em diretos e indiretos. Os primeiros apresentam duas formas clássicas, a detecção laboratorial do fármaco ou metabólito nos fluidos biológicos e o tratamento diretamente observado. Já os métodos indiretos estimam adesão por meio de: autorrelato do usuário; estimativa do profissional de saúde; contagem de doses unitárias da apresentação farmacêutica; dispositivos eletrônicos de monitoramento da medicação; e registros de dispensações em farmácia (McCAFFREY III, 2013; OBRELI-NETO et al, 2012).

Bases de dados de sistemas informatizados da assistência farmacêutica têm sido utilizadas para mensurar adesão aos tratamentos de doenças crônicas (PETERSON et al, 2007). Os registros de dispensações são um importante marcador da utilização dos serviços de referência e um instrumento válido na identificação de usuários em risco de não adesão, embora não seja possível afirmar que o medicamento retirado foi utilizado adequadamente (GOMES et al, 2009).

Neste quadro, revisão sistemática concluiu que dados de dispensações em farmácia podem ser úteis na análise de adesão e estiveram relacionados com desfechos clínicos (ROCHA, 2014). Dentre os métodos empregados, a Proporção de Dias Cobertos (PDC) tem se mostrado adequada especialmente para estudos populacionais (STEINER; PROCHAZKA, 1997; BALKRISHNAN, 2005).

Em estudos que avaliaram a qualidade do método PDC, comprovou-se a associação entre seus resultados e a detecção do fármaco no plasma (STEINER et al, 1988; STEINER et al, 1991), assim como a correlação com medida de monitorização eletrônica (HANSEN et al, 2009). Também foi encontrada relação de PDC baixa com resultados negativos em saúde (MARONDE et al, 1989; PSATY et al, 1990; STEINER et al, 1991; KARVE et al, 2008; KARVE et al, 2009), e ainda com maiores custos no tratamento (OLEEN-BURKEY et al, 2011).

A definição do termo adesão e a execução do método PDC, no presente estudo, orientaram-se na lista de checagem para estudos retrospectivos de adesão a tratamentos com medicamentos utilizando bases de dados, da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (PETERSON et al, 2007; CRAMER et al, 2008).

Ressaltamos, entretanto, que estabelecer correlação entre o resultado da PDC e o efeito terapêutico de forma isolada significaria ignorar uma série de elementos intermediários do tratamento que não foram investigados. A regularidade nas retiradas na farmácia sofre influência de diversos fatores envolvidos no seguimento (LIMA-DELLAMORA, 2017).

O valor de corte para definir baixa adesão varia conforme o tipo de doença. Uma PDC maior que 0,8 (80%) tem sido considerada indicativa de alta adesão em tratamentos de esquizofrenia (EADDY; GROGG; LOCKLEAR, 2005; MAUSKOPF et al, 2005; WANG et al, 2016).

Grupos de usuários que apresentaram resultados de PDC inferiores a 0,8 tiveram maiores taxas de internação hospitalar e maior tendência a terem aumento de dose na terapia com medicamentos (EADDY; GROGG; LOCKLEAR, 2005). Outro estudo demonstrou que pacientes com mais de 80% de adesão em tratamento de esquizofrenia apresentaram maiores porcentagens de remissão dos sintomas (30,5 frente a 25,4%, $p<0,05$) e de funcionamento psicossocial (32% frente a 17%, $p<0,001$) (BERNARDO et al, 2016).

A baixa adesão aos tratamentos nos usuários do espectro esquizofrênico é a causa mais frequente de recaídas e, conseqüentemente, de reinternações (ENTON; MCGLASHAN, 2000). Revisão sistemática com 54 estudos identificou como principais fatores associados à baixa adesão a falta de *insight* da doença, comorbidades, falta de apoio social e reações adversas a medicamentos (SILVA et al, 2012). Outro estudo de revisão sistemática com este grupo de pacientes consolidou resultados de baixa adesão de 13 estudos observacionais (n=6.235) que variaram de 5 a 52,8% (SENDET; TRACY; BHATTACHARYYA, 2015).

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L. M. W. **O mapa de Porto Alegre e a tuberculose**: distribuição espacial e determinantes sociais. 2008. 72 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS TABNET** Informações em saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_02.def>. Acesso em: 21 abr.2017.
- ALLIN, S. et al. **Measuring inequalities in access to health care**: a review of the indices. 24 f. Research Note - European Commission/The London School of Economics and Political Science, London, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes do tratamento da esquizofrenia**: formulação e implementação de um plano terapêutico. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ASSIS, J. T. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, 2014.
- ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Perfil Porto Alegre, RS**. 2017. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/porto-alegre_rs>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- AZAMBUJA, M. I. et al. Saúde urbana e indicadores intraurbanos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) - três relatos em Porto Alegre: resultados, limitações e potencialidades. **Clinical Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 233-242, 2015.
- BAHIA, L. et al. Segmentação da demanda por planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 671-686, 2002.
- BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.
- BAHIA, L. Entradas e bandeiras e o SUS do século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2878-2880, 2012.
- BALKRISHNAN, R. The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes. **Medical Care**, v. 43, n. 6, p. 517-520, 2005.
- BARROS, R. F. **Fatores sociais e esquizofrenia**: investigando possíveis associações. 2013. 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2013.
- BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à

ação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 90, n. 6, p. 403-412, 2008.

BERNARDO, M. et al. La adherencia predice la remisión sintomática y psicossocial em esquizofrenia: estudio naturalístico de la integración de los pacientes em la comunidad. **Revista de Psiquiatria y Salud Mental**, Barcelona, v. 10, n. 2, p. 1-11, 2016.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 22 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de out. de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 1998. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 01 jul. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 maio 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acesso em 01 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.690, de 05 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690_05_11_2009.html>. Acesso em 21 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 21 abr. 2017.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 22 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1554, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 2013a. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pt-gm-ms-1554-2013-alterada-1996-2013.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de esquizofrenia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 abr. 2013b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364_09_04_2013.html>. Acesso em: 21 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. 1. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, maio/ago. 2006.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

CONILL, E. M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CRAMER, J. A. et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. **Value in Health**, Lawrenceville, v. 11, n. 1, p. 44-47, 2008.

EADDY, M.; GROGG, A.; LOCKLEAR, J. Assesment of compliance with antipsychotic treatment and resource utilization in a medicaid population. **Clinical Therapeutics**, v. 27, n. 2, p. 263-272, 2005.

ENTON, W.; MCGLASHAN, T. Schizophrenia: individual psychotherapy. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. (Org.). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

GOMES, R. R. F. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 495-506, 2009.

HANSEN, R. A. et al. Comparison of methods to assess medication adherence and classify nonadherence. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 43, n. 3, p. 413-422, 2009.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, London, v. 297, n. 7696, p. 405-412, fev. 1971.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades, Rio Grande do Sul, Porto Alegre**. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH. **Equity and health sector reform in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005**: approaches and limitations. 29 f. Report, 2006.

JOSENEIDE, Q. F. **Acesso a medicamentos excepcionais na Bahia**: o caso do interferon peguilado. 2011. 159 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

KARVE, S. et al. An empirical basis for standardizing adherence measures derived from administrative claims data among diabetic patients. **Medical Care**, v. 46, n. 11, p. 1125-1133, 2008.

KARVE, S. et al. Prospective validation of eight different adherence measures for use with administrative claims data among patients with schizophrenia. **Value in Health**, Lawrenceville, v. 12, n. 6, p. 989-995, 2009.

LEÃO, T. S. et al. Incidence of schizophrenia or other psychoses in first and second generation immigrants. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Maryland, v.194, n.1, p. 27-33, 2006.

LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2387-2396, 2012.

LIMA-DELLAMORA, E. C. et al. Utilização de registros de dispensação de medicamentos na mensuração da adesão: revisão crítica da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-16, 2017.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, 2014.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 15-17, 2000.

MARONDE, R. F. et al. Underutilization of antihypertensive drugs and associated hospitalization. **Medical Care**, v. 27, n. 12, p. 1159-1166, 1989.

MARTINS, C. M. R.; GERMANO, L. R. R.; RANGEL, R. R. Metodologia das unidades de desenvolvimento humano da região metropolitana de Porto Alegre. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 43, n. 4, p. 91-108, 2016.

MAUSKOPF, J. A. et al. Drug persistence patterns for patient treated with rivastigmine or donepezil in usual care settings. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 11, n. 3, p. 231-239, 2005.

McCAFFREY III, D. J. Padrões de utilização dos medicamentos. In: YANG, Y. I.; WEST-STRUM, D. **Compreendendo a farmacoepidemiologia**. Porto Alegre: AGMH, 2013.

MENDES, E. V. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, 2014.

MOTA, L. M. M. **Internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde em Porto Alegre e determinantes de sua distribuição espacial**. 2009. 66 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 152-179.

NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. S. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. S7-S16, 2013. Suplemento 1.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 4, p. 403-410, 2012.

OLEEN-BURKEY, M. A. et al. The relationship between alternative medication possession ratio thresholds and outcomes: evidence from the use of glatiramer acetate. **Journal of Medical Economics**, v. 14, n. 6, p. 739-747, 2011.

PETERSON, A. M. et al. A checklist for medication compliance and persistence studies using retrospective databases. **Value in Health**, Lawrenceville, v. 10, n. 1, p. 3-12, 2007.

PSATY, B. M. et al. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping the use of beta-blockers. **Jama**, v. 263, n. 12, p. 1653-1657, 1990.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Vamireh Chacon. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

REGIDOR, E. et al. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 183, p. 1-9, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde: 2012-2015**. 2013. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação/Secretaria Estadual da Saúde, Porto Alegre, 2013.

ROCHA, B. S. **A contribuição da farmácia na adesão ao tratamento antirretroviral**: revisão sistemática e meta-análise. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SANTOS, I. S. **O Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. 2009. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. G.; BORGES, D. C. L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (Org.). **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 73-131.

SENDT, K. V.; TRACY, D. K.; BHATTACHARYYA, S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. **Psychiatry Research**, v. 225, n. 1, p. 14-30, 2015.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, 2013.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SILVA, T. F. C. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 242-251, 2012.

SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

STEINER, F.J. et al. A general method of compliance assesment using centralized pharmacy records: description and validation. **Medical Care**, v. 26, n. 8, p. 814-823, 1988.

STEINER, F. J. et al. Appropriate reductions in compliance among well-controlled hypertensive patients. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 44, n. 12, p. 1361-1371, 1991.

STEINER, F. J.; PROCHAZKA, A. V. The assessment of refill compliance using pharmacy records: methods, validity and applications. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 50, n. 1, p. 105-116, 1997.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 215-243.

TROLEIS, A. L.; BASSO, L. A. Porto Alegre: urbanização, sub-habitação e consequências ambientais. **Boletim Gaúcho de Geografia**, Porto Alegre, n. 37. p. 109-116, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S217-S226, 2009. Suplemento 2.

WANG, X. et al. Adherence to antipsychotic medication by community-based patients with schizophrenia in China: a cross-sectional study. **Psychiatric Services**, v. 67, n. 4, p. 431-437, 2016.

WERNER, S.; MALASPINA, D.; RABINOWITZ, J. Socioeconomic status at birth is associated with risk of schizophrenia: population-based multilevel study. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 33, n. 6, p. 1373-1378, 2007.

5 ARTIGO

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contribuiu para compreender a influência de desigualdades sociais intraurbanas e ampliar o conhecimento sobre os itinerários de acesso, através de serviços de saúde públicos e privados, aos medicamentos especializados do protocolo de esquizofrenia.

A avaliação identificou, como nó crítico das condições de equidade, maior dificuldade dos residentes nas áreas mais vulneráveis da cidade em aceder à primeira dispensação, por meio da rede de atenção do SUS. Após início do tratamento, o quartil socioeconômico não influenciou o nível de adesão.

A cobertura com saúde suplementar não foi associada à desigualdade encontrada. O CEAF deve seguir atendendo prescrições oriundas de seguros privados devido ao caráter suplementar e não substitutivo de tais planos, não obstante o *mix* público/privado exigir premente esforço regulatório de seus efeitos sobre a equidade no sistema de saúde.

Os métodos empregados mostraram-se adequados ao alcance dos objetivos do estudo. Sem embargo das reconhecidas diversidades regionais, os grandes centros urbanos do país vivenciam situações semelhantes no que tange às desigualdades sociais e aos desafios da coordenação do cuidado em saúde mental no SUS, o que nos faz crer na validade externa do estudo para outras capitais, sobretudo pelo caráter uniforme de execução do CEAF.

A base de dados do sistema AME possibilita futuras análises no âmbito da farmacoepidemiologia e da avaliação de programas. Sua utilidade seria ainda maior, na tradução do conhecimento para a gestão, se novos campos fossem incluídos, para registro das seguintes variáveis: raça/cor, renda, escolaridade, número do CNES do serviço de acompanhamento, demais medicamentos em utilização na data da dispensação, motivo da não retirada em competência anterior, reações adversas a medicamentos, desfechos clínicos e econômicos de interesse para cada PCDT.

Restou clara a necessidade de avaliar o desempenho de diferentes formas de organização da rede na superação das desigualdades. O efeito populacional do CEAF depende da cooperação com os demais serviços de saúde, em especial unidades básicas e CAPS no tratamento da esquizofrenia. A reorientação passa pela valorização do campo micropolítico do trabalho nas farmácias. Dispensações mensais seriam dispositivos para, ao se incorporarem tecnologias de acolhimento e

de orientação farmacêutica, abordar adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e transição do cuidado entre níveis assistenciais, constituindo conexão viva de linhas de cuidado integrais.

Em justaposição, quanto mais fragmentado o sistema, menos eficiente e menos capaz de mitigar iniquidades ele é. Inovações organizacionais devem articular o CEAF num processo de integração da clínica que ative itinerários terapêuticos inclusivos e regule a utilização consoante às necessidades de saúde.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Formulário produzido em planilha do programa Microsoft Excel 2007, com os seguintes títulos de colunas:

nº	data_nascimento	sexo	data_primeiro_deferimento	tipo_logradouro	logradouro

n_res	complem	cep	bairro	udh	idhm	quartil	cid_principal	medicamento_atual

unidades_mes	nome_estabelecimento	tipo_estabelecimento	sus_privado_ambos

crm_prescritor	especialidade_prescritor	dias_cobertos_estoque_previo

data_dispensacao	dias_cobertos	data_dispensacao	dias_cobertos

data_dispensacao	dias_cobertos	data_dispensacao	dias_cobertos

data_dispensacao	dias_cobertos	data_dispensacao	dias_cobertos

data_dispensacao	dias_cobertos	data_dispensacao	dias_cobertos

data_dispensacao	dias_cobertos	data_dispensacao	dias_cobertos

data_dispensacao	dias_cobertos	data_dispensacao	dias_cobertos

ANEXO A - Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO/HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA TRATAMENTO DE ESQUIZOFRENIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE: INFLUÊNCIAS DE DESIGUALDADES SOCIAIS

Pesquisador: Eduardo Viegas da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58046116.0.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.760.349

Apresentação do Projeto:

Vide parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

n/a

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências justificadas e/ou atendidas. Ficha e coleta de dados apresentada junto ao projeto de pesquisa.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11

Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO/HOSPITAL NOSSA SENHORA DA
CONCEIÇÃO**



Continuação do Parecer: 1.760.349

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICA S DO PROJETO_759402.pdf	25/09/2016 00:55:53	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEPGHC.pdf	25/09/2016 00:54:09	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_MP_GHC_Submissao CEP_re.doc	25/09/2016 00:52:43	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Relacao_integrantes_projeto_pesquisa.pdf	19/07/2016 21:10:49	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_CONEP.pdf	18/07/2016 21:51:22	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_MP_GHC_Submissao CEP.doc	18/07/2016 21:43:12	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Eduardo.pdf	13/07/2016 18:04:49	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Luciane.pdf	13/07/2016 18:04:17	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Andre.pdf	13/07/2016 18:03:49	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_Pesquisa.pdf	13/07/2016 17:58:06	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Termo_compromisso_entrega_relatorio.pdf	13/07/2016 17:56:46	Eduardo Viegas da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Outubro de 2016

Assinado por:

**Rosa Maria Levandovski
(Coordenador)**

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11

Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SECRETARIA DE SAÚDE ESP/SES/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA TRATAMENTO DE ESQUIZOFRENIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE: INFLUÊNCIAS DE DESIGUALDADES SOCIAIS

Pesquisador: Eduardo Viegas da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58046116.0.3001.5312

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.843.890

Apresentação do Projeto:

Projeto aprovado pelo CEP GHC, por ser esta a instituição proponente da pesquisa. Trata-se de projeto de pesquisa para conclusão de mestrado profissional em avaliação e produção de tecnologias em saúde do GHC. O projeto pretende avaliar perfil de usuários e a influência de desigualdades sociais e cobertura com Saúde Suplementar na utilização de medicamentos especializados do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de esquizofrenia do Ministério da Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre. A Secretaria Estadual de Saúde é instituição coparticipante da pesquisa, pois os dados serão coletados de banco de dados onde constam as solicitações de medicamentos do Sistema de Administração de Medicamentos, na Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Avaliar o perfil dos usuários e a influência de desigualdades sociais e cobertura com Saúde Suplementar na utilização de medicamentos especializados do PCDT de esquizofrenia, no SUS em Porto Alegre.

Objetivos Específicos:

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-001

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532 **Fax:** (51)3901-1509 **E-mail:** ceps-esp@saude.rs.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SECRETARIA DE SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Parecer: 1.843.890

- Descrever o perfil dos usuários que utilizam medicamentos especializados do PCDT de esquizofrenia;
- Descrever os medicamentos especializados do PCDT de esquizofrenia utilizados pelos usuários;
- Relacionar a condição socioeconômica do bairro de residência dos usuários e a origem das prescrições - SUS ou Saúde Suplementar;
- Analisar a regularidade na retirada na farmácia dos medicamentos especializados para tratamento de esquizofrenia, segundo condição socioeconômica do bairro de residência dos usuários e origem das prescrições – SUS ou Saúde Suplementar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o CEP do GHC, os riscos são inexistentes, por tratar-se de dados secundários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto classifica-se como um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico. Serão comparadas taxas de utilização por quartil socioeconômico dos bairros de residência dos usuários, previamente estratificados, e proporções de prescrições médicas com origem SUS e Saúde Suplementar. Será analisada a regularidade na retirada dos medicamentos na farmácia para cada grupo. Os sujeitos de pesquisa serão todos os residentes em Porto Alegre com tratamento para esquizofrenia em andamento há 12 meses ou mais, conforme informações da PCDT/SES/RS. O estudo permitirá analisar aspectos da implementação do PCDT de esquizofrenia face condições sócio-econômicas e existência de cobertura de Saúde Suplementar. Segundo o CEP da instituição proponente da pesquisa - GHC, o projeto de pesquisa está "adequadamente redigido e fundamentado. Referências adequadas [...] Aspectos éticos adequados. Comprometimento com a divulgação dos dados adequado. Descrição da análise estatística bastante pormenorizada e explanada."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dispensa TCLE por tratar-se de estudo documental. Apresenta Termo de Anuência assinado pela Diretora Adjunta da Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEPS-ESP/RS, por deliberação do seu colegiado, ACATA parecer de aprovação do projeto emitido pelo CEP da instituição proponente da pesquisa - GHC.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-001

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532 **Fax:** (51)3901-1509 **E-mail:** ceps-esp@saude.rs.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SECRETARIA DE SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Parecer: 1.843.890

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICA S_815185_E1.pdf	27/10/2016 20:35:04		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_CONEPpesquisa.pdf	27/10/2016 20:30:45	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICA S_DO_PROJETO_759402.pdf	25/09/2016 00:55:53	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEPGHC.pdf	25/09/2016 00:54:09	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_MP_GHC_Submissao CEP_re.doc	25/09/2016 00:52:43	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Relacao_integrantes_projeto_pesquisa.pdf	19/07/2016 21:10:49	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_CONEP.pdf	18/07/2016 21:51:22	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_MP_GHC_Submissao CEP.doc	18/07/2016 21:43:12	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Eduardo.pdf	13/07/2016 18:04:49	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Luciane.pdf	13/07/2016 18:04:17	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Andre.pdf	13/07/2016 18:03:49	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_Pesquisa.pdf	13/07/2016 17:58:06	Eduardo Viegas da Silva	Aceito
Outros	Termo_compromisso_entrega_relatorio.pdf	13/07/2016 17:56:46	Eduardo Viegas da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 30 de Novembro de 2016

Assinado por:

**Maria Elida Machado
(Coordenador)**

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

ANEXO B - Normas para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva

Revista Ciência & Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com

espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
 2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
 3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
 4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
 5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
 6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
 7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
 8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
 9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação.
- Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...
ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

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; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.