

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

ANÁLISE DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS
EM HOSPITAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

MÁRCIA AZEVEDO BASTIAN MANFREDI

FLORIANÓPOLIS
2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

ANÁLISE DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS
EM HOSPITAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

MÁRCIA AZEVEDO BASTIAN MANFREDI

Trabalho apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre
em Farmácia na Universidade Federal de
Santa Catarina

Orientador: Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel

Co-Orientadora: Dra^a Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro

FLORIANÓPOLIS

2005

Dedico este trabalho a todos os profissionais comprometidos em promover o fortalecimento e a valorização dos farmacêuticos hospitalares junto à sociedade, ao paciente e aos demais profissionais da saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Eloir Schenkel pela amizade, dedicação, conhecimentos e principalmente pelo exemplo profissional dignos de admiração.

À Cláudia Garcia Serpa Osório de Castro pelo aceite da co-orientação, pela amizade, pelo carinho e pelo grande conhecimento na área hospitalar que muito contribuíram para o desenvolvimento deste.

Às colegas de pós-graduação em especial a Lígia Hoepfner, Silvana Zucolotto, Graziela Modolon e Carine Blatt pela amizade e companheirismo durante esta etapa.

À Januária Ramos Pereira pela amizade e auxílio na coleta de dados.

Aos alunos do Curso de Farmácia da Fundação Universidade Regional pelo carinho e compreensão principalmente nos últimos meses.

À minha família pelo carinho, amor e compreensão dos muitos momentos que me fiz ausente.

Ao Otavio, pelo amor, pela amizade, pelo sentimento que fez surgir dentro de mim que com certeza me tornou uma pessoa melhor.

“Salvemos vidas respeitando o direito de receber medicamentos”.

Organização Mundial da Saúde

LISTA DE SIGLAS

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

NAF – Núcleo de Assistência Farmacêutica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SBRAFH – Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar

OECD – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo da assistência farmacêutica	40
Figura 2 – Ciclo de atividades e funções da Comissão de Farmácia e Terapêutica	57
Figura 3 – Características da implementação do Guia Farmacoterapêutico	62
Figura 4 – Delineamento dos Protocolos Clínicos.....	66
Figura 5 – Mapa político do Estado de Santa Catarina	74
Figura 6 – Localização da cidade de Blumenau.....	76
Figura 7 – Localização da cidade de Florianópolis.....	76
Figura 8 – Localização da cidade de Joinville	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipo de estrutura física dos hospitais.....	90
Tabela 2 - Estrutura organizacional utilizada pelos hospitais que define a ligação hierárquica do setor responsável pelos medicamentos.....	92
Tabela 3 - Regime jurídico dos hospitais.....	93
Tabela 4 - Titulação do farmacêuticos.....	95
Tabela 5 - Carga horária semanal dos profissionais farmacêuticos.....	96
Tabela 6 - Tempo de experiência do farmacêutico em atividades hospitalares.....	97
Tabela 7 - Profissionais que desenvolvem a padronização de medicamentos em hospitais que não possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	98
Tabela 8 - Critérios utilizados para seleção de medicamentos.....	100
Tabela 9 - Datas da últimas reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	101
Tabela 10 - Profissionais que participam da Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	102
Tabela 11 - Tipo de informação utilizada para análise de inclusões e exclusões de medicamentos na padronização.....	103
Tabela 12 - Número de horas mensais que o farmacêutico dedica-se ao processo de seleção de medicamentos.....	104
Tabela 13 - Comparação entre os medicamentos padronizados e a RENAME.....	106
Tabela 14 - Tipo de informação requisitada para preenchimento dos formulários de inclusão, exclusão e alteração de medicamentos na padronização.....	108
Tabela 15 - Meio de divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização.....	109
Tabela 16 - Informações do Formulário Terapêutico.....	114

Tabela 17 - Referências bibliográficas utilizadas para o desenvolvimento do Formulário Terapêutico.....	115
Tabela 18 - Número de medicamentos padronizados.....	116
Tabela 19 - Fornecedores de medicamentos padronizados.....	119
Tabela 20 - Fornecedores de medicamentos não padronizados.....	120
Tabela 21 - Classificação dos medicamentos estocados.....	121
Tabela 22 - Valor anual gasto com medicamentos.....	122
Tabela 23 - Encaminhamento das solicitações de medicamentos não padronizados.	125
Tabela 24 - Número de indicadores para cada componente avaliado no processo de seleção de medicamentos.....	126

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios técnicos de seleção de medicamentos	52
Quadro 2 – Fatores que interferem na implementação do processo de seleção de medicamentos	59
Quadro 3 – Conteúdo mínimo do Formulário Terapêutico	64
Quadro 4 – Principais diferenças entre os tipos de Protocolos Clínicos	69
Quadro 5 – Indicadores utilizados na análise do módulo Profissional Farmacêutico	81
Quadro 6 – Indicadores utilizados na análise do módulo Dispensação de Medicamentos	81
Quadro 7 – Indicadores utilizados na análise do módulo Comissão de Farmácia e Terapêutica	82
Quadro 8 – Indicadores utilizados na análise do módulo Relação de Medicamentos	82
Quadro 9 – Indicadores utilizados na análise do módulo Protocolos Terapêuticos	83
Quadro 10 – Indicadores utilizados na análise do módulo Formulário Terapêutico	83
Quadro 11 – Indicadores utilizados na análise do módulo Estoque de Medicamentos	83
Quadro 12 – Resultado da análise quantitativa com base nos indicadores de seleção de medicamentos	127

RESUMO

O processo de seleção de medicamentos, bem como o envolvimento do profissional farmacêutico, foram analisados em uma amostra de hospitais do Estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados em 13 instituições através da entrevista com o farmacêutico, tendo como critérios de inclusão serem hospitais com atendimento do tipo geral, com leitos de internação, classificados quanto ao nível de hierarquia em 5, 6, 7 ou 8 conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e situados em cidades com mais de 200.000 habitantes. As entrevistas foram realizadas através de um questionário estruturado, baseado em indicadores, com perguntas abertas e fechadas, que contemplou oito módulos: caracterização geral do hospital, profissional farmacêutico, comissão de farmácia e terapêutica, relação de medicamentos, formulário terapêutico, protocolos terapêuticos, estoque de medicamentos e dispensação de medicamentos. Em 31% dos hospitais foi declarada a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica, porém em apenas 8% dos casos foi declarada que a comissão atua regularmente. Em todos os hospitais foi declarada a existência da Relação de Medicamentos, contudo apenas 61% destas foram declaradas atualizadas e em 54 % dos hospitais foi declarada a disponibilização da Relação de Medicamentos no local da prescrição médica. Em 46 % dos hospitais foi declarada a existência de Protocolos Terapêuticos, porém não foi mencionado processo de atualização destes. Em 8 % dos hospitais foi declarada a existência de Guia Farmacoterapêutico. Em 77% dos hospitais foi declarada a existência de estoque de medicamentos não padronizados. Em 92 % dos hospitais foi declarada a presença do profissional farmacêutico no seu quadro de colaboradores, exercendo atividades na farmácia. Entre estes, 71 % atuam na área hospitalar a mais de quatro anos e em 38 % dos

hospitais foi declarado que o farmacêutico atua no desenvolvimento da padronização do hospital. Os resultados deste estudo revelam que, nos hospitais analisados, a seleção de medicamentos, atividade considerada central na Farmácia Hospitalar e na reorientação da Assistência Farmacêutica no país, não é desenvolvida de forma sistemática. As Comissões de Farmácia e Terapêutica, onde elas existem, são pouco atuantes. Estes fatos sugerem a necessidade de um processo de sensibilização para a importância do problema e da realização de estudos complementares para a análise do impacto que o processo de seleção exerce.

Palavras-chave: Seleção de medicamentos. Uso racional de medicamentos. Farmácia hospitalar.

RESUMEN

El proceso de selección de medicamentos, bien como el involucramiento del profesional farmacéutico, fueron analizados en una muestra de hospitales del Estado de Santa Catarina. Los datos fueron recogidos en 13 instituciones por medio de entrevistas con el farmacéutico, teniendo como criterios de inclusión ser hospitales con atendimento tipo general, con lechos de internación, clasificados en cuanto al nivel de jerarquía en 5, 6, 7 o 8 conforme Catastro Nacional de Establecimientos de Salud y situados en ciudades con más de 200.000 habitantes. Las entrevistas fueron realizadas por medio de un cuestionario estructurado, basado en indicadores, con preguntas abiertas e cerradas, que contemplaron ocho módulos: caracterización general del hospital, profesional farmacéutico, comisión de farmacia y terapéutica, relación de medicamentos, selección de medicamentos, guía farmacoterapéutica, protocolos terapéuticos, stock de medicamentos y dispensación de medicamentos. En 31 % de los hospitales fue declarada la existencia de comisión de farmacia y terapéutica, pero en apenas 8 % de los casos fue declarado que esta comisión actúa regularmente. En todos los hospitales fue declarada la existencia de Relación de Medicamentos, pero apenas 61 % de ellas fueron declaradas actualizadas y en 54 % de los hospitales fue declarada a disponibilización de la Relación de Medicamentos en el local de la prescripción médica. En 46 % de los hospitales fue declarada la existencia de protocolos terapéuticos, pero no fue mencionado proceso de actualización de ellos. En 8 % de los hospitales fue declarada la existencia de guía fármaco terapéutico y en 77 % fue declarada la existencia de medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica. En 92 % de los hospitales fue declarada la presencia del profesional farmacéutico en su cuadro de colaboradores, ejerciendo actividades en la

farmacia. Entre estos, 71 % actúan en el área hospitalaria hace más de cuatro años y en 38 % de los hospitales fue declarado que el farmacéutico actúa en el proceso de selección de medicamentos del hospital. Los resultados de este estudio revelan, que, en los hospitales analizados, la selección de medicamentos, actividad considerada central en la farmacia hospitalaria y en la reorientación de la asistencia farmacéutica en el país, no es desarrollada de forma sistemática. Las comisiones de farmacia y terapéutica, donde ellas existen, son poco actuantes. Estos hechos sugieren la necesidad de un proceso de sensibilización para la importancia del problema y de estudios complementares para el análisis del impacto que el proceso de selección ejerce.

Palabras clave: Selección de medicamentos. Uso Racional de Medicamentos. Farmacia Hospitalaria.

ABSTRACT

The process for the selection of medicines, as well as the involvement of the pharmaceutical professional was analyzed in a sample of hospitals in the state of Santa Catarina. The data were collected at 13 institutions through interviews with the pharmacist, using as inclusion criteria that the hospitals provide general care attendance and beds for admittance, that they are classified at the hierarchical level of 5, 6, 7 or 8 according to the Brazilian Register of Health Establishments and that they are located in cities with more than 200,000 inhabitants. The interviews were carried out through a structured questionnaire, based on indicators, with open and closed questions, which addressed eight modules: the general characterization of the hospital, the role of the Pharmacist, the existence of Drugs and Therapeutics Committee, Hospital Drug Formularies, Standard Treatment Guidelines, Drugs Stocks and Drugs Dispensing Activities. In 31% of the hospitals the existence of a Drugs and Therapeutics Committee was declared, however, in only 8% of the cases was it stated that this commission acts regularly. In all of the hospitals the existence of Drug Formularies was stated; and 54% of the hospitals it was stated the availability of Drug Formularies at the place of medical prescription. In 46% of the hospitals the existence of Standard Treatment Guidelines was declared, however, there was no mention of their updating process. In 8% of the hospitals the existence of a Hospital Drug Formularies was declared. In 77% of the hospitals the existence of non-standardized medicine stocks was declared. In 92% of the hospitals the presence of a pharmaceutical professional as a member of their staff was declared, carrying out activities in the pharmacy. Of these, 71% have acted in the hospital area for more than four years and in 38% of the hospitals it was declared that the pharmacist acts in the

selection of medicines for the hospital. The results of this study reveal that the selection of medicines is not developed in a systematical form, in the hospitals analyzed. This is an important result, as the selection of medicines is an activity considered central to the Hospital Pharmacy and the reorientation of Pharmaceutical Assistance in this country. The Drugs and Therapeutics Committee, where they exist, are not systematically active. These results indicate the necessity for a process to highlight the importance of the problem and demonstrate the necessity for complementary studies to analyze which impact has the selection process.

Keywords: Drugs Selection. Rational use of medicines. Hospital Pharmacy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	25
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	31
3.1 O HOSPITAL.....	31
3.1.1 Classificação dos hospitais.....	35
3.1.1.1 Hospitais filantrópicos.....	29
3.1.1.2 Hospitais públicos	36
3.1.1.3 Hospitais beneficentes	37
3.1.1.4 Hospitais privados	37
3.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	37
3.2.1 Assistência farmacêutica hospitalar	40
3.2.2 Uso racional de medicamentos	44
3.3 SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	47
3.3.1 Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	53
3.3.2 Relação de Medicamentos	57
3.3.3 Formulário Terapêutico	61
3.3.4 Protocolos Terapêuticos.....	65
3.3.5 Papel do farmacêutico na seleção de medicamentos	70
4 METODOLOGIA	74
4.1 TIPO DE ESTUDO	74
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	74
4.3 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTUDO.....	75

4.4 POPULAÇÃO E HOSPITAIS SELECIONADOS	77
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	79
4.6 SELEÇÃO DOS COMPONENTES A SEREM AVALIADOS E CONSTRUÇÃO DE INDICADORES	80
4.6.1 Indicadores.....	80
4.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	84
4.8 ESTUDO PILOTO	85
4.9 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	86
4.10 ORGANIZAÇÃO E TABULAÇÃO DOS DADOS	88
5 RESULTADOS.....	89
5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL	89
5.1.1 Corpo clínico	89
5.1.2 Número de médicos que compõe o corpo clínico.....	89
5.1.3 Tipo de estrutura física dos hospitais	90
5.1.4 Número de leitos e de leitos ativos.....	91
5.1.5 Setores responsáveis pelos medicamentos	91
5.1.6 Estrutura organizacional do setor responsável pelos medicamentos.....	92
5.1.7 Regime jurídico dos hospitais.....	93
5.1.8 Faturamento anual dos hospitais	93
5.1.9 Serviços hospitalares oferecidos segundo especialidades médicas	94
5.2 PROFISSIONAL FARMACÊUTICO	94
5.2.1 Número de profissionais farmacêuticos nos hospitais.....	94
5.2.2 Qualificação do profissional farmacêutico	95
5.2.3 Horário de funcionamento da farmácia com farmacêutico	95
5.2.4 Carga horária semanal dos farmacêuticos nos hospitais	96

5.2.5 Tempo de experiência do farmacêutico em atividades hospitalares	97
5.3 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	98
5.3.1 Existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica	98
5.3.2 Profissionais que desenvolvem a padronização de medicamentos em hospitais sem Comissão de Farmácia e Terapêutica	98
5.3.3 Critérios considerados para a seleção de medicamentos	99
5.3.4 Participação do farmacêutico como membro efetivo da Comissão de Farmácia e Terapêutica	101
5.3.5 Periodicidade das reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	101
5.3.6 Profissionais que participam da Comissão de Farmácia e Terapêutica	102
5.3.7 Tipo de informação utilizada para análise de inclusão e exclusão de medicamentos na padronização.....	103
5.3.8 Tempo dedicado do profissional farmacêutico ao processo de seleção de medicamentos	104
5.4 RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS	105
5.4.1 Existência da Relação de Medicamentos.....	105
5.4.2 Existência de formulários específicos para inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização.....	107
5.4.3 Tipo de informação solicitada para realizar inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização de medicamentos em hospitais que possuem formulários específicos.....	107
5.4.4 Meio de divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização do hospital	109
5.4.5 Disponibilidade e número de exemplares da Relação de Medicamentos no local onde realiza-se a prescrição médica.....	110

5.5 PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS	111
5.5.1 Existência de Protocolos Terapêuticos.....	111
5.5.2 Responsáveis pelo desenvolvimento e atualização dos Protocolos Terapêuticos	112
5.6 FORMULÁRIO TERAPÊUTICO	112
5.6.1 Existência de Formulário Terapêutico	112
5.6.2 Informações contidas no Formulário Terapêutico	114
5.6.3 Tipo de informação utilizada para o desenvolvimento do Formulário Terapêutico	114
5.7 ESTOQUE DE MEDICAMENTOS.....	115
5.7.1 Número de medicamentos padronizados	115
5.7.2 Setores responsáveis pela programação e aquisição de medicamentos.....	116
5.7.3 Estoque de medicamentos não padronizados.....	117
5.7.4 Quantidade de medicamentos não padronizados em estoque.....	117
5.7.5 Período de aquisição de medicamentos não padronizados e especialidades solicitantes.....	118
5.7.6 Fornecedores de medicamentos.....	119
5.7.7 Classificação dos produtos em estoque quanto ao tipo de medicamentos.....	120
5.7.8 Valores gastos com medicamentos.....	121
5.8 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	123
5.8.1 Recebimento da prescrição médica para dispensação.....	123
5.8.2 Existência de formulários específicos para solicitação de medicamentos não padronizados.....	123
5.8.3 Justificativa de solicitação de medicamentos não padronizados.....	124
5.8.4 Encaminhamento das solicitações de medicamentos não padronizados.....	124

5.9 RESULTADO DA ANÁLISE DOS INDICADORES.....	125
6 DISCUSSÃO.....	128
7 CONCLUSÕES.....	171
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
REFERÊNCIAS.....	179
APÊNDICE A - Serviços hospitalares oferecidos segundo especialidades	
médicas.....	190
APÊNDICE B - Carta de apresentação do estudo.....	191
APÊNDICE C - Declaração de consentimento livre e esclarecido.....	192
APÊNDICE D - Instrumento de coleta de dados.....	193

APRESENTAÇÃO

A proposta para a realização deste trabalho teve início após a análise das atividades essenciais da Farmácia Hospitalar. Considerou-se a seleção de medicamentos o eixo prioritário para as demais atividades que envolvem os mesmos.

Estabeleceu-se parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), através da co-orientação realizada pela Dr^a Cláudia Garcia Serpa Osório de Castro, que coordenava no momento do delineamento da pesquisa as atividades do estudo denominado “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”. O presente trabalho adotou o modelo lógico para a criação de indicadores utilizado no estudo citado. A parceria estabelecida criou a perspectiva de, em um futuro próximo, ampliar este estudo descritivo para outras regiões do país.

A introdução inclui revisão da literatura sobre a importância da seleção de medicamentos e a influência que esta exerce no uso racional de medicamentos.

A revisão da literatura demonstra a evolução dos hospitais e da farmácia hospitalar nos últimos anos, descreve a reorganização da assistência farmacêutica a partir da Política Nacional de Medicamentos e esclarece os procedimentos recomendados para a seleção adequada de medicamentos em instituições hospitalares, visando o uso racional dos mesmos.

Na descrição da metodologia, são apresentados os procedimentos de coleta de dados, os indicadores utilizados, os hospitais selecionados e as estratégias de organização e tabulação dos resultados.

Os resultados e discussões são apresentados seguindo a ordem estabelecida pelo instrumento de pesquisa que contemplou oito módulos: Caracterização Geral do Hospital, Profissional Farmacêutico, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Relação de

Medicamentos, Formulário Terapêutico, Protocolos Terapêuticos, Estoque de Medicamentos e Dispensação de Medicamentos.

As conclusões consideram a análise dos dados obtidos nos hospitais selecionados e as considerações finais destacam as recomendações para o aprimoramento das atividades de seleção de medicamentos em instituições hospitalares, considerando a medicina baseada em evidências, a farmacoeconomia e a informação sobre medicamentos.

1 INTRODUÇÃO

A organização Mundial da Saúde define o hospital como sendo parte integrante do sistema de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda atuar como centro de formação para os que trabalham na área da saúde e das pesquisas biossociais (CAVALLINI, 2002).

No ambiente hospitalar os medicamentos constituem a intervenção terapêutica mais freqüentemente utilizada, podendo ser também a mais custo-efetiva quando corretamente empregada. Estudos revelam que os custos dos medicamentos compõem uma parcela expressiva do total médio dos gastos hospitalares, recomendando estratégias custo-efetivas como único meio de superar situações críticas ocasionadas pela adoção cada vez maior de práticas de medicina intensiva e de dispendiosas novidades terapêuticas muitas vezes sem comprovação de eficácia terapêutica (ROARK, 1993).

As referências mundiais sobre o uso inapropriado de medicamentos são numerosas e apontam causas múltiplas como a grande variedade de produtos farmacêuticos disponíveis e a freqüência de novas descobertas na área que nem sempre agregam valor terapêutico, mas aumentam o custo dos tratamentos. O desenvolvimento da indústria farmacêutica, com o aprimoramento das tecnologias de produção de medicamentos em larga escala e a descoberta de novos agentes terapêuticos, levou à consolidação de um dos mercados mais rentáveis e com maior crescimento nas últimas décadas. Segundo Capela (2002), a IBM Business Consulting Services projetou que os laboratórios farmacêuticos irão faturar mais 5,3 % ao ano

na sua receita até 2010. O setor farmacêutico é responsável pelo faturamento de US\$ 365 bilhões no mundo, sendo 50% nos Estados Unidos.

Porém, entre os “novos” agentes terapêuticos lançados no mercado, pequena parcela pode ser considerada inovação, originando medicamentos com propriedades similares e muitas vezes associações medicamentosas onde as relações benefício/risco e benefício/custo, não são adequadamente avaliadas ou mesmo conhecidas. Neste panorama, pode-se prever a comercialização de medicamentos cujas indicações terapêuticas não estão bem estabelecidas, produzidos através de pequenas mudanças nas suas estruturas moleculares, que nem sempre proporcionam ou representam benefícios terapêuticos (JENKINGS, 2004).

Neste contexto, torna-se fundamental a seleção racional de medicamentos, utilizados em âmbito hospitalar, de maneira a proporcionar maior resolutividade terapêutica e conseqüentemente racionalizar os gastos com a terapia medicamentosa. Em publicações recentes na área hospitalar os autores relatam que muitos hospitais ainda desperdiçam recursos com erros corriqueiros relacionados aos medicamentos, como aquisições desnecessárias e equivocadas e dispensações exageradas, situações que podem ser evitadas por meio da utilização da Relação de Medicamentos, do Formulário Terapêutico e da participação efetiva do profissional farmacêutico na equipe de saúde (CAVALLINI, 2002).

Uma das principais estratégias para o uso racional é a seleção de medicamentos, considerada pela Organização Mundial da Saúde, o primeiro passo para a efetiva implementação de uma política de medicamentos. A seleção de medicamentos é considerada o principal eixo do Ciclo da assistência farmacêutica, tanto em nível ambulatorial como hospitalar e tem como objetivos proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos. Todas as demais atividades do ciclo da assistência

farmacêutica são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados (MARÍN, 2003).

Em 1998, o Ministério da Saúde deu início às atividades de implementação da Política Nacional de Medicamentos, visando garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, bem como, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Ao mesmo tempo foi realizada a revisão da relação de medicamentos essenciais (RENAME), formulário que contém informações relativas aos medicamentos, instrumento importante para a orientação da prescrição e da dispensação destes produtos, além de servir de parâmetro para a seleção de medicamentos em instituições hospitalares e em nível ambulatorial (BRASIL, 2002a).

Contudo, ao que parece, a implantação destes programas têm tido baixo impacto sobre os custos do setor saúde, determinando um alcance limitado, principalmente quando considerados os hospitais públicos. O grande desafio para o setor saúde na próxima década será conseguir fazer a melhor utilização dos limitados recursos para garantir uma alta qualidade na assistência a baixo custo. Considerando a atual estrutura dos serviços de saúde e a situação econômica do país, a atuação do farmacêutico nas instituições hospitalares torna-se imprescindível, uma vez que atua em todas as fases da terapia medicamentosa, acompanhando a utilização nos planos assistenciais, econômicos, de ensino e pesquisa (GOMES, 2003).

Tendo em vista, as vantagens proporcionadas pela seleção de medicamentos e pela efetiva participação do farmacêutico na equipe de saúde, no que se refere à racionalização do uso de medicamentos e dos recursos financeiros das instituições hospitalares, esta pesquisa foi delineada para descrever o processo de seleção de

medicamentos e a participação do profissional farmacêutico nestes processos em hospitais do estado de Santa Catarina.

2 OBJETIVOS

2.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

A seleção e a padronização de medicamentos nas instituições hospitalares proporcionam ao sistema de saúde benefícios de ordem terapêutica econômica e administrativa. O estabelecimento de formulários terapêuticos para o uso de medicamentos, e a utilização de protocolos terapêuticos definidos tem sido apontados como importantes estratégias utilizadas em nível hospitalar, visando racionalizar a terapia e reduzir os custos. Porém, estes processos, quando não realizados de forma apropriada, não atendem às necessidades dos hospitais.

Essa situação adquire considerável relevância na medida em que considera-se:

- a) o elevado número de medicamentos em comercialização;
- b) a constante introdução no mercado de novos medicamentos pela indústria farmacêutica;
- c) os riscos e prejuízos da utilização inadequada de medicamentos;
- d) o alto custo de manutenção de estoques;

Tendo em vista o exposto acima, estabeleceu-se como objetivo geral deste trabalho, investigar o modo de seleção de medicamentos e a participação do profissional farmacêutico neste processo em hospitais do estado de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o processo de seleção e padronização de medicamentos em instituições hospitalares no Estado de Santa Catarina;

- b) Comparar os formulários terapêuticos das instituições hospitalares com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais aprovada pelo Ministério da saúde;
- c) Verificar a participação do profissional farmacêutico no processo de seleção e padronização de medicamentos;
- d) Descrever as ações desenvolvidas pela Comissão de Farmácia e Terapêuticas quanto ao uso racional de medicamentos nos hospitais;
- e) Analisar a relação entre as atividades envolvidas nos processos de seleção e padronização de medicamentos com aquelas relacionadas aos componentes aquisição e armazenamento nos hospitais.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O HOSPITAL

Como outras instituições que surgiram simultaneamente em vários continentes e lugares do mundo antigo, não se pode identificar uma origem única para os hospitais. Eles já existiam na Grécia e na Roma Antiga, onde templos criados para homenagear aos Deuses serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos (RIBEIRO, 1993).

Esses templos eram todos bastante precários, com excesso de doentes, más condições higiênicas e grande risco de morte. Os trabalhadores dos hospitais eram em pequeno número e pouco qualificados e as atividades desenvolvidas eram consideradas como caridade ou penitência. O hospital como instituição aglutinadora de cuidados em saúde é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por um processo de transformação que promoveu a medicalização e tornou a medicina hospitalocêntrica sob vários aspectos (FOUCAULT, 1979).

Com o passar dos anos, iniciou-se a convergência entre clínica e cirurgia, uma das características principais do hospital moderno, tendo como missão, incorporar tecnologias. O hospital perdeu as missões de penitência e misericórdia da Idade Média e tornou-se, definitivamente, um lugar de tratamento e recuperação (RIBEIRO, 1993).

A produção industrial de equipamentos e o desenvolvimento dos medicamentos proporcionaram aos hospitais novas características e missões. Nos dias atuais as instituições hospitalares buscam trabalhar com uma contabilidade precisa e automatizada, com apuração real dos números de praticamente todos os indicadores

da instituição como, internações e altas, dias de permanência e taxas de morbidade e mortalidade. Planejam os investimentos e os custos e empregam tecnologias administrativas e empresariais visando obter maior eficiência e resolutividade (MARTINS, 2001).

O caráter empresarial do hospital não é dado somente por sua complexidade reconhecida, mas sim pela obrigatoriedade de uma administração profissional, onde problemas gerenciais e financeiros devem ser priorizados para elevar a eficiência e a qualidade assistencial (MARTINS, 1999).

O Ministério da Saúde do Brasil define hospital moderno como:

Parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar estabelecimentos de saúde a eles vinculados tecnicamente (BRASIL, 2001).

Segundo Machline (1983) o hospital moderno tornou-se uma organização completa que incorpora o avanço dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais dessa tecnologia representados pelas instalações de equipamentos. Ele emprega grande número de profissionais especializados, desempenhando ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade.

O modelo hospitalar atual começou a ser implantado a partir da década de 1930, com a introdução de princípios administrativos específicos. Em 1933, foi criado em Chicago (EUA), o primeiro curso de administração hospitalar do mundo, demonstrando que a evolução não se dava somente no campo tecnológico, mas também nas técnicas de gestão (ANTUNES, 1991).

Contudo, além da característica humanista, não se pode ignorar, que a assistência hospitalar é um negócio que movimenta vultuosos recursos financeiros. Do ponto de vista econômico-financeiro, os hospitais podem ser descritos como grandes empresas, pois seus ativos, passivos, custos e despesas operacionais somam milhões (CAMPOS, 1999).

As organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento muitas vezes inadequado diante da lógica do mercado. Segundo Nogueira (1994), evidenciam-se os interesses dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas; os interesses dos trabalhadores da saúde, que buscam seus proventos e boas condições de trabalho; os interesses dos acionistas em se tratando de hospital privado, que visa o lucro, das empresas seguradoras de saúde que estabelecem relação comercial com os hospitais; e principalmente os interesses da rede de fabricantes e distribuidores de insumos e medicamentos, sem contar com as políticas governamentais que muitas vezes colocam os hospitais frente à uma diversidade de interesses divergentes.

A importância dos serviços de saúde é indiscutível e estes constituem fator de extrema relevância para a qualidade de vida da população, representando preocupação de todos os gestores do setor, devido à natureza das práticas de assistência neles desenvolvidas, ou ainda pela totalidade dos recursos que são por eles absorvidos. Dessa forma, as instituições hospitalares têm como principais funções: prevenir a doença, restaurar a saúde, exercer funções educativas e promover a pesquisa (GURGEL JUNIOR, 2002).

Nos processos de restauração da saúde o hospital deve promover o diagnóstico nos serviços ambulatoriais, o tratamento curativo das enfermidades através de intervenções cirúrgicas, clínicas ou especiais, as readaptações físicas, mentais e

sociais dos pacientes e a assistência em casos de urgência. Ao desenvolver atividades de caráter educativo, os hospitais oferecem suporte a estudantes de medicina, residentes, enfermeiros, administradores de saúde, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos hospitalares (REINHARDT, 2002).

Na promoção da pesquisa, os hospitais contribuem para o desenvolvimento da saúde nos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde e da enfermidade, bem como auxiliam no desenvolvimento de métodos técnicos e administrativos da instituição (NORONHA, 1996).

Ao considerar todas as funções da instituição hospitalar, dentre os serviços técnicos, a farmácia hospitalar representa uma das principais áreas, devido ao seu comprometimento com a racionalização da terapia e dos custos, otimizando o controle das despesas e garantindo a qualidade dos insumos utilizados (GONÇALVES, 1988).

3.1.1 Classificação dos hospitais

Os hospitais podem ser classificados de diversas maneiras, destacando-se principalmente o regime jurídico, o porte, o tipo de serviço oferecido, o corpo clínico, a edificação e o tempo de permanência (CAVALLINI, 2002).

Considerando o regime jurídico, os hospitais podem ser classificados em públicos (administração direta ou autarquias e fundações) e privados (com ou sem fins lucrativos). Quanto ao porte podem ser classificados como pequeno quando apresentam menos de 50 leitos, médio com leitos entre 50 e 200, grande, entre 200 e 500 leitos e de especial quando apresentam acima de 500 leitos. O tipo de serviço oferecido pelas instituições hospitalares caracteriza o hospital como geral (oferece duas ou mais especialidades) ou especializado (oferece apenas uma especialidade). O

corpo clínico pode ser fechado ou aberto, no primeiro caso, apenas os médicos contratados podem atender os leitos, enquanto que no regime aberto, os médicos não necessariamente são funcionários da instituição (CAVALLINI, 2002).

Quanto à edificação podem ser classificados como pavilhonar, que possuem serviços distribuídos por edificações isoladas de pequeno porte; monobloco, possuem serviços concentrados em um único bloco; multibloco, serviços distribuídos por edificações de médio ou grande porte, interligadas ou não; horizontal, predominância da dimensão horizontal e vertical, predominância da dimensão vertical. Quanto ao tempo de permanência os hospitais podem ser classificados como longa ou curta permanência, correspondendo entre 30 e 60 dias e até 30 dias respectivamente (CAVALLINI, 2002).

3.1.1.1 Hospitais filantrópicos

No Brasil, um conjunto de leis conduziu ao que se denominou hospital filantrópico, motivado pelo compromisso das Santas Casas, e concede a estes a isenção do pagamento das contribuições previdenciárias, que representam 20% da folha de salários, isenção do PIS e COFINS e outros benefícios. Contudo, somente pode ser classificado como filantrópico o hospital que destinar 20 % de sua receita bruta para atendimento gratuito às pessoas carentes, pelo menos 60% dos seus leitos ao Sistema Único de Saúde e não conceder remuneração, gratificação ou vantagem de qualquer espécie aos membros da diretoria (ZANON, 2001).

3.1.1.2 Hospitais públicos

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para integrar hospitais públicos e hospitais privados credenciados. A partir da NOB-SUS 01/96 (Norma Operacional Básica) – SUS 1996, o Ministério da Saúde consolidou o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde do seu município. Esse exercício viabilizou-se com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreendendo, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde, como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atendesse, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais. Buscou-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. O objetivo prioritário do SUS é garantir que todos os cidadãos tenham tratamento efetivo e adequado ao adoecerem, além de promover o aumento da qualidade de vida da população (CAVALLINI, 2002).

Os hospitais públicos, na década de 70 passaram a diminuir os leitos públicos e investiram em hotelaria, para atender pacientes particulares ou planos de seguro-saúde, aumentando o número de pacientes que aguardam por atendimento (ZANON, 2001).

3.1.1.3 Hospitais beneficentes

Os Hospitais Beneficentes são empresas com finalidade não lucrativa, instituída e mantida por contribuições e doações particulares, destinadas à prestação de

serviços a seus associados. Não remuneraram membros de sua diretoria, aplicam integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos sociais e de seus bens (ZANON, 2001).

3.1.1.4 Hospitais privados

São classificados como empresas privadas, cujos lucros são convertidos em renda, que é apropriada pelo seu proprietário único ou dividida entre os seus sócios. Os serviços prestados devem ser pagos à vista pelos clientes (ZANON, 2001).

3.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica no Brasil, nas últimas décadas, se confundiu com a existência da Central de Medicamentos - CEME e as atividades por ela desenvolvidas, num modelo centralizado de gestão, onde o nível central estabelecia as diretrizes e participava decididamente das suas execuções. Os estados e municípios brasileiros eram excluídos praticamente de todo o processo decisório. Ao longo dos seus 26 anos de existência a CEME foi o principal ator das ações relacionadas ao medicamento e à assistência farmacêutica no país (GOMES, 2003).

A CEME foi desativada em 1997 e no ano seguinte o Ministério da Saúde (MS), aprovou, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM nº 3916/98), instrumento que passou a orientar todas as ações envolvendo medicamentos no país. Desde então a assistência farmacêutica passou a ser considerada como parte integrante de um Sistema de Saúde e componente fundamental para a efetiva implementação das

ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população (GOMES, 2003).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos destaca-se a reorientação da assistência farmacêutica, voltando-se fundamentalmente, à promoção do uso racional de medicamentos, otimizando e efetivando os sistemas de acesso e dispensação e desenvolvendo iniciativas que possibilitem a redução dos valores de medicamentos e custos de tratamentos farmacoterapêuticos. A Política Nacional de Medicamentos teve como principais objetivos garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2002b).

Nesse sentido, o medicamento passou a ter fundamental importância, representando a capacidade resolutiva dos Serviços de Saúde, sendo considerado um insumo estratégico para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2002b).

Neste contexto, a assistência farmacêutica passou a ser o termo utilizado no Brasil que reúne as atividades de atenção à saúde relacionadas ao medicamento. No âmbito da profissão farmacêutica, a retomada do medicamento como objeto de trabalho avançou nas últimas décadas, principalmente por meio da organização dos Serviços de Farmácia Hospitalar e posteriormente, das experiências referentes às ações de acompanhamento da farmacoterapia (MARÍN, 2003).

A Oficina de Trabalho de abrangência nacional Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos, promovida pela Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde e outros Órgãos Nacionais de Classe, realizada em setembro de 2001, definiu a assistência farmacêutica como um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto em

nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Estabeleceu também que a assistência farmacêutica deve englobar a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (OPAS, 2002a).

Da mesma forma a Resolução 388, do Conselho Nacional de Saúde, de 06 de maio de 2004 aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que define que a assistência farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

Para a efetiva implementação da assistência farmacêutica é fundamental conhecer e aprimorar o ciclo da assistência farmacêutica (Figura 1), caracterizado por um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.

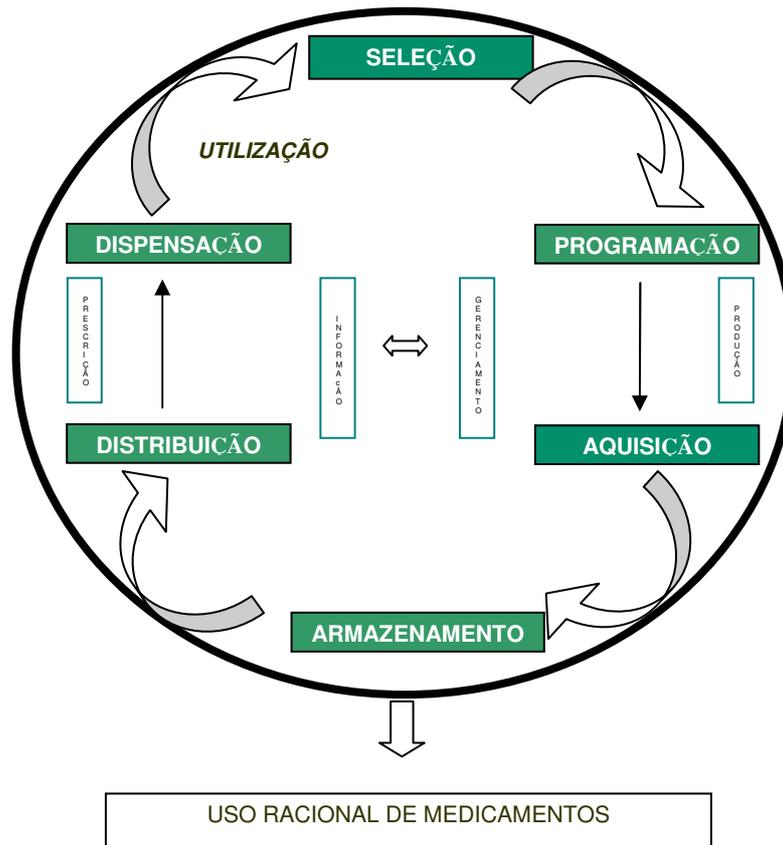


Figura 1: Ciclo da assistência farmacêutica

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica instruções técnicas para a sua organização**. Brasília, 2002b.

No ciclo da assistência farmacêutica, a seleção de medicamentos constitui o ponto de partida, representando atividade fundamental na qualidade dos serviços prestados.

3.2.1 Assistência farmacêutica hospitalar

No século XX, o farmacêutico exercia influência sobre todas as etapas do ciclo do medicamento. O farmacêutico hospitalar era o responsável pelo armazenamento e

dispensação da medicação, bem como, pela manipulação de praticamente, todo o arsenal terapêutico disponível na época (GOMES, 2001; ROSA, 1997).

As farmácias hospitalares no Brasil inicialmente foram instaladas nas Santas Casas e Hospitais Militares, onde o farmacêutico manipulava os medicamentos dispensados aos pacientes internados, obtidos de um ervanário do próprio hospital (ROSA, 1997).

A expansão da indústria farmacêutica, o abandono da prática de formulação pela classe médica e a diversificação do campo de atuação do profissional farmacêutico, levaram-no a se distanciar da área de medicamentos descaracterizando a farmácia. Neste período as farmácias hospitalares transformaram-se em serviços de distribuição de medicamentos produzidos pelas indústrias (HOLLAND, 1999).

A partir de 1950, evidenciou-se uma fase de desenvolvimento das farmácias hospitalares, os serviços de maior destaque neste período foram as Santas Casas de Misericórdia e o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, local onde atuava o Professor José Sylvio Cimino, autor da primeira publicação sobre Farmácia Hospitalar no país (GOMES, 2001).

Em 1995 foi criada a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), entidade que tem contribuído para o desenvolvimento da profissão e da produção técnico-científica nas áreas de assistência farmacêutica hospitalar (GOMES, 2001).

A evolução da Farmácia Hospital nos últimos anos tem sido percebida em muitas instituições no Brasil e no mundo, devido à modernização das atividades hospitalares que gerou a necessidade da participação efetiva do farmacêutico na equipe de saúde. A farmácia hospitalar moderna, além das tradicionais funções administrativas, econômicas e técnicas, deve ser capaz de agregar atividades relacionadas à farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e terapia baseada em

evidências, que resultem na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente (GOMES, 2001).

O enfoque da farmácia hospitalar moderna passou a ser clínico-assistencial, atuando em todas as fases da terapia medicamentosa, desde sua adequada utilização nos planos assistenciais e econômicos, até a promoção do ensino e da pesquisa (CAVALLINI, 2002).

Nas instituições hospitalares, todas as ações que estejam envolvidas com medicamentos como, a seleção, programação, aquisição, armazenamento, dentre outras que compõem o ciclo da assistência farmacêutica devem ser desenvolvidas pela Farmácia Hospitalar (GENNARO, 2004; GOMES, 2001).

A assistência farmacêutica hospitalar possui extrema relevância, uma vez que o medicamento e outros correlatos são vitais para o funcionamento de qualquer hospital que procure ser eficiente. Segundo resolução Nº 300 do Conselho Federal de Farmácia, a Farmácia Hospitalar é definida como unidade clínica de assistência técnica e administrativa, dirigida por farmacêutico, integrada, funcional e hierarquicamente, às atividades hospitalares.

Cotter e Mckee (1997), verificaram o impacto de diferentes modelos hospitalares para o controle de utilização de medicamentos em oito hospitais do Reino Unido. Os autores observaram que o envolvimento do serviço de farmácia, através do profissional farmacêutico é essencial para o desenvolvimento efetivo de políticas de controle de utilização de medicamentos.

A farmácia hospitalar tem como principal função garantir a qualidade de assistência prestada ao paciente, através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com

farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica (BOERKAMP, 1997).

Durante os últimos anos, em todos os países industrializados, tem sido relevante a progressiva e crescente limitação de recursos destinados aos serviços de saúde. Os valores destinados aos gastos com a saúde em vários países estão aumentando em taxas significativas e a freqüente introdução de novos medicamentos, a alta tecnologia empregada no diagnóstico e tratamentos são fatores que muito contribuem para a elevação dos custos da assistência (ALVAREZ, 2001).

No hospital, os medicamentos são os produtos que representam uma das maiores parcelas dos custos hospitalares. Neste contexto, a farmácia hospitalar através da promoção da racionalização do uso de medicamentos tem função essencial na otimização dos recursos da instituição. As atividades da farmácia hospitalar permeiam de forma significativa todas as atividades que envolvem o cuidado em saúde, e o produto base de suas ações, o medicamento, tem forte impacto no custo final do processo (SLOAN, 1997).

A garantia da qualidade da terapia medicamentosa realizada em ambiente hospitalar requer prescrição adequada, bem como forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento. Além disso, se faz necessária disponibilidade dos medicamentos de modo oportuno, com preços acessíveis, e que atendam aos critérios de qualidade exigidos, dispensação em condições adequadas, com as necessárias orientações e, finalmente, que o regime terapêutico prescrito seja cumprido em sua totalidade (OSORIO-DE-CASTRO, 2000).

No Brasil, o Ministério da Saúde vem demonstrando preocupação crescente com a qualidade das instituições hospitalares através da divulgação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001), da revisão atualmente em curso

deste documento e de outras estratégias. Neste contexto, destaca-se a iniciativa da pesquisa denominada “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”, estudo publicado recentemente, que envolveu a colaboração da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública (NAF/ENSP), o Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH) (OSORIO-DE-CASTRO E CASTILHO, 2004).

Considerando a Seleção de Medicamentos, a Farmácia Hospitalar recebe destaque, uma vez que a complexidade das novas terapias medicamentosas, as evidências dos resultados das intervenções farmacêuticas nos tratamentos estabelecidos aos pacientes, a relevância do papel do farmacêutico hospitalar na Comissão de Farmácia e Terapêutica e a necessidade de redução dos custos assistenciais reforçam a importância da assistência farmacêutica de qualidade.

3.2.2 Uso racional de medicamentos

Segundo o conceito proposto pela OMS, o uso racional de medicamentos caracteriza-se inicialmente pela necessidade do uso, seguido da prescrição adequada, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000).

Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente quanto à forma farmacêutica, doses e período de tratamento, devendo este estar disponível de modo oportuno, a um preço acessível e que responda os critérios de qualidade exigidos (WHO, 1987).

A ênfase no correto emprego dos medicamentos relaciona-se diretamente à natureza destes produtos. Os medicamentos são substâncias estranhas ao organismo que, quando bem indicados e administrados em dose adequada, por via correta, no momento certo e pelo tempo necessário, tem papel essencial na terapêutica contemporânea. No entanto, os tratamentos medicamentosos não são invariavelmente seguidos de melhora clínica, fato este nem sempre lembrado por médicos e pacientes tendo em vista que 50 a 70% das consultas resultam em prescrição de medicamentos (WANNMACHER, 2004).

Segundo Le Grand et al (1999), o uso irracional de medicamentos é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, com grandes conseqüências econômicas. Ainda segundo o mesmo autor, estima-se que a prescrição incorreta possa aumentar em 50-70% os gastos dos governos com medicamentos. Por sua vez, quando utilizados apropriadamente, os medicamentos são o recurso terapêutico mais freqüentemente custo-efetivo.

Uma das principais preocupações mundiais quanto ao uso racional de medicamentos está relacionada à utilização de antimicrobianos. O aumento da resistência bacteriana a vários agentes antimicrobianos acarreta dificuldades no manejo de infecções e contribui para o aumento dos custos do sistema de saúde e dos próprios hospitais (MILKOVICH, 2000).

Castro e colaboradores (2002) pesquisaram as tendências na utilização de antimicrobianos em um hospital universitário por um período de seis anos e constataram que o consumo de antimicrobianos aumentou de forma expressiva com o decorrer dos anos.

Em 1999, o estudo realizado por Heineck em um hospital universitário em Porto Alegre, demonstrou que a prática da prescrição de antimicrobiano profilático em

cirurgias apresenta falhas importantes que acabam sendo incorporadas pelos residentes que demonstraram grande carência de informação sobre o tema.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde até 75% das prescrições de antimicrobianos são inadequadas e nos países em desenvolvimento, poucos recursos são empregados para a monitorização de ações sobre o uso racional destes medicamentos (WHO, 2000).

Saisy-Callaert e colaboradores (2003) estudaram o impacto de um programa de prescrição racional de medicamentos, envolvendo a equipe multidisciplinar, em um hospital com 600 leitos na França e constataram a redução dos gastos com antibióticos, o controle das infecções hospitalares e adequação das prescrições de antimicrobianos.

Um outro fator significativo para a implantação do uso racional de medicamentos é a elevada incidência de reações adversas em ambiente hospitalar. As reações adversas são responsáveis por uma taxa que varia de 3 à 20% das admissões hospitalares e 5 à 40 % dos pacientes hospitalizados apresentam algum tipo de reação adversa aos medicamentos durante e após a internação (CLASSEN, 1997; FORSTER, 2003; PFAFFENBACH, 2002; SILVERMAN, 2003).

Lazarou (1998), através da realização de meta-análise em estudos prospectivos dos Estados Unidos, deduziu que as reações adversas aos medicamentos estão entre a quarta e sexta causa de morte em pacientes hospitalizados e a incidência de reações adversas graves notificadas em hospitais americanos é considerada alta.

O processo indutor do uso de medicamentos e o estímulo à automedicação, são fatores que promovem um aumento da demanda por medicamentos, requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas

práticas e o desenvolvimento de um processo educativo para a equipe de saúde (FEFER, 1999).

Muitos argumentos econômicos vinculam o Uso Racional de Medicamentos e o cumprimento do tratamento à redução dos gastos farmacêuticos. A prescrição irracional pode conduzir a gastos maiores, por conta da utilização de produtos muitas vezes desnecessários, caros, em doses altas e por períodos prolongados (VELAZQUEZ, 1999).

Neste contexto, a seleção de medicamentos é parte fundamental do uso racional do medicamento, por tratar-se de uma ferramenta importante na prevenção e combate às reações adversas, garantindo o acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados às doenças prevalentes, além de possibilitar a redução dos custos hospitalares através da otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis (MARÍN, 2003).

3.3 SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

A seleção é um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, tendo como base as doenças prevalentes, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2002b).

No ciclo da assistência farmacêutica, a seleção de medicamentos é considerada atividade fundamental e as demais atividades desse ciclo são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados (MARÍN, 2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde a seleção de medicamentos é um processo contínuo, multidisciplinar e participativo que deve desenvolver-se baseado em vários fatores como, eficácia, segurança, qualidade e custo, com a finalidade de garantir o uso racional dos mesmos (OMS, 1997).

A Organização Mundial de Saúde estimula os estados membros para que estabeleçam e apliquem uma política direcionada aos medicamentos, desde suas especificações técnicas até as condições propícias para seu uso racional. Da mesma forma, em hospitais, a política de medicamentos deve ser implementada visando a racionalização da terapêutica através da seleção e, conseqüentemente, da elaboração da relação de medicamentos disponíveis na instituição (GOMES, 2003).

A freqüente introdução de novos medicamentos e o uso de alta tecnologia na medicina são fatores que contribuem para a elevação dos custos de assistência à saúde e o aumento dos gastos com medicamentos cresce anualmente em taxas alarmantes (BROWN, 2003).

A indústria farmacêutica é uma das mais inovadoras e disponibiliza freqüentemente no mercado um grande número de especialidades farmacêuticas. O lançamento constante de novos produtos permite à empresa projetar-se com uma imagem de capacidade tecnológica e científica, especialmente junto ao médico, garantindo, dessa forma a sua capacidade competitiva (MARÍN, 2003).

Embora sejam necessários gastos expressivos com pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos, os lançamentos de novos produtos propiciam a comercialização com maior valor agregado e, conseqüentemente, maior lucratividade (PETROVICK, 2002).

Entretanto, a introdução de novos medicamentos que de fato signifiquem ganhos terapêuticos diminuiu sensivelmente ao longo dos anos, uma vez que as

mudanças ocorridas no campo tecnológico, não foram suficientes para que a maior parte dos novos lançamentos deixasse de ser, na realidade, a continuidade de produtos anteriormente existentes que passaram por modificações na forma de apresentação ou por mudanças secundárias em estruturas moleculares já comercializadas (VIDOTTI, 2000; WILKEN, 1999).

Essa realidade aumenta os custos das instituições hospitalares e até o momento não se demonstrou que um grande número de medicamentos disponíveis resulta em maiores benefícios para a saúde do que um número mais limitado de produtos. Ao contrário, a existência de um número elevado de medicamentos pode gerar transtornos em todo o ciclo da assistência farmacêutica, na prescrição e na utilização dos mesmos (FEFER, 1999).

Para Chaves (1999) os gastos com medicamentos preocupam cada vez mais as administrações públicas e privadas. Segundo Jacobzone (2000), os gastos com medicamentos representam de 8 a 29% do total dos gastos em saúde na maior parte dos países pertencentes à Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD).

Nesse contexto, torna-se fundamental uma seleção racional de medicamentos, de maneira a proporcionar maior eficácia administrativa e uma adequada resolutividade terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e utilização de medicamentos (MARÍN, 2003).

A adequada seleção de medicamentos deve dar origem à Relação de Medicamentos selecionados no hospital, destinados ao tratamento ou à prevenção das principais doenças atendidas na instituição. Entende-se por padronização de medicamentos a constituição de uma relação básica de produtos que atendam as principais necessidades terapêuticas dos pacientes internados nas instituições

hospitalares, considerando os fatores econômicos. Constituinte os estoques das farmácias hospitalares, esse tipo de relação objetiva o atendimento médico-hospitalar de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada instituição (LI, 2003).

Para que o processo de seleção possa efetivar-se completamente, deve-se elaborar também o Formulário Terapêutico, contemplando as informações técnico-científicas mais importantes e atualizadas de cada medicamento selecionado. As principais vantagens da seleção e padronização de medicamentos em instituições hospitalares são:

- a) Redução do custo da terapêutica sem prejuízos quanto à segurança e eficácia dos medicamentos;
- b) Racionalização do número de medicamentos, com conseqüente redução dos custos de aquisição do arsenal terapêutico;
- c) Facilidade das atividades de planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e controle dos medicamentos;
- d) Disciplinar o receituário médico e uniformização da terapêutica;
- e) Aumento da qualidade da farmacoterapia e a facilidade na vigilância farmacológica;
- f) Promoção da consciência na inclusão e exclusão de medicamentos quando necessário;
- g) Possibilidade de utilização da mesma linguagem por todos os membros da equipe de saúde;
- h) Propiciar a sistematização de informações sobre os medicamentos padronizados (ORDOVÁS, 2002).

Shepherd e Salzman (1994) descreveram na Universidade do Texas o processo de seleção de medicamentos para inclusão no Formulário Terapêutico, considerando

este uma ferramenta importante para as organizações mantenedoras da saúde. Entre os critérios preconizados para a seleção de medicamentos, os autores destacam: eficácia, segurança, custo, aceitação do paciente, facilidade na administração, exigências de estabilidade e armazenamento e a confiança no laboratório fabricante.

A seleção de medicamentos é influenciada pelas mudanças das condições epidemiológicas das instituições, das culturas e seus costumes, além dos avanços dos conhecimentos e técnicas farmacológicas e farmacêuticas (SLOAN, 1997). O processo de escolha dos medicamentos a serem padronizados deve considerar vários critérios estabelecidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica conforme ilustra o quadro 1.

1. *Número de indicações terapêuticas aprovadas;*
2. *Utilidade em pacientes alérgicos a fármacos similares;*
3. *Número e tipo de contra-indicações;*
4. *Espectro de ação;*
5. *Biodisponibilidade e sua variabilidade;*
6. *Via de eliminação;*
7. *Interação com outros fármacos e alimentos;*
8. *Necessidade de monitorização;*
9. *Segurança na gravidez;*
10. *Disponibilidade de formas farmacêuticas alternativas;*

Quadro 1: Critérios técnicos de seleção de medicamentos

Fonte: AGUILAR, N.G.; BITTNER, R.D. **Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: selección y formulario de medicamentos.** OPAS/OMS, 1997.

Embora deva ser fortemente baseada em critérios técnicos-científicos, a seleção de medicamentos é um processo altamente complexo, onde podem ocorrer conflitos entre a liberdade clínica, as influências e os interesses comerciais, os interesses da instituição hospitalar e os interesses de racionalização do consumo de medicamentos (ACURCIO, 2003).

Neste contexto a farmacoeconomia permite elucidar a relação custo/efetividade das alternativas terapêuticas farmacológicas existentes no mercado, para tratar distintas patologias. Os estudos farmacoeconômicos devem ser empregados no processo de escolha de medicamentos de uso rotineiro na prática médica, uma vez que fornecem informações complementares à eficiência, segurança e qualidade dos medicamentos (ALVAREZ, 2001; ODEDINA, 2002; SANCHEZ, 1996).

3.3.1 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A seleção de medicamentos envolve aspectos interdisciplinares e conhecimentos em várias áreas, sua implementação deve ser descentralizada e participativa, porém com uma coordenação única. Para tanto, recomenda-se a criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), com caráter multidisciplinar, que contemple profissionais das áreas de farmácia, medicina, enfermagem e outros, cujo conhecimento se fizer importante (MARÍN, 2003; WHO, 2004).

As CFT são instâncias, dentro de hospitais ou clínicas de atendimento básicos, responsáveis pela avaliação do uso clínico dos medicamentos, desenvolvendo políticas para gerenciar o uso, a administração e o sistema de seleção. Funcionam como um foro que avalia e discute todos os aspectos do tratamento medicamentoso e orientam as áreas médicas, de enfermagem, administrativas e de farmácia sobre temas relacionados a medicamentos (GREEN, 2003).

Sugere-se uma composição multiprofissional, devido a necessidade de conhecimentos especializados em farmacologia clínica, epidemiologia, saúde pública, prática clínica e farmacotécnica. A CFT deverá se valer de consultores eventuais em áreas específicas, por exemplo, farmacoeconomia. Todos os integrantes devem ser

independentes e altamente qualificados, mantendo estreito contato com grupos e instituições sanitárias de bom nível no país (WHO, 2004). Nash e colaboradores (1993), descreveram o funcionamento da Comissão de Farmácia Terapêutica de Centros Acadêmicos de Saúde dos Estados Unidos utilizando como referência o Hospital Universitário Thomas Jefferson na Pensilvânia. Verificaram que o número médio de integrantes da Comissão de Farmácia e Terapêutica nos Centros de Saúde é 18, esta se reúne pelo menos 11 vezes durante o ano e 83 % das comissões possuem sub-comissões para garantir a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

Jenkings e Barber (2004) observaram a Comissão de Farmácia e Terapêutica de dois hospitais gerais em Londres, com a finalidade de determinar como as evidências científicas interferem no processo de seleção de medicamentos. Os resultados obtidos indicaram que tanto as evidências científicas como a prática profissional são utilizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica no processo de inclusão de novos medicamentos na padronização dos hospitais.

Weekes e Brooks (1996) analisaram a atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica através de uma pesquisa realizada em 306 hospitais na Austrália e verificaram a presença desta em 92 % dos hospitais pesquisados, porém constataram que poucas possuem recursos adequadas para desenvolver e ampliar as suas atividades.

Considerando as reações adversas a medicamentos, Weekes e Day (1998) analisaram a utilização de informações sobre reações adversas como fator de seleção de medicamentos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica na Austrália. Os autores chamaram a atenção para o fato de que embora existam poucos estudos que avaliem esse contexto, as informações sobre reações adversas a medicamentos têm um papel

fundamental nos processos de seleção de medicamentos utilizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Os principais objetivos da Comissão de Farmácia e Terapêutica devem ser assessorar a equipe gestora na formulação e implementação das políticas relacionadas com seleção, programação, prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos e participar na formulação e implementação de programas relacionados com o conhecimento e uso racional de medicamentos.

Tendo em vista que a Comissão de Farmácia e Terapêutica é responsável pela política de medicamentos da instituição, suas principais funções são:

- a) Avaliar e selecionar medicamentos para a padronização e promover sua revisão periódica. Isto inclui o desenvolvimento de critérios, rigorosamente baseados em evidências, para a seleção de medicamentos, considerando a eficácia, segurança, qualidade e custo;
- b) Avaliar a utilização dos medicamentos para identificar problemas potenciais;
- c) Promover e realizar intervenções efetivas para melhorar a utilização de medicamentos, incluindo métodos educativos, gerenciais e normativos.
- d) Elaborar e manter atualizada a Relação de Medicamentos da instituição;
- e) Elaboração e manter atualizado o Formulário Terapêutico, bem como, as instruções e normas para a sua utilização;
- f) Elaborar, revisar e atualizar periodicamente as normas para prescrição no hospital;
- g) Estabelecer os critérios para utilização de produtos que não fazem parte da padronização de medicamentos da instituição;
- h) Validar Protocolos Terapêuticos elaborados pelos diferentes serviços clínicos do hospital;

- i) Fomentar a pesquisa sobre utilização de medicamentos;
- j) Assessorar todas as atividades relacionadas com o uso racional de medicamentos na instituição;
- k) Promover a divulgação das suas atividades, bem como, das deliberações realizadas;
- l) Gerenciar sistemas de detecção e prevenção das reações adversas a medicamentos;
- m) Gerenciar sistemas de detecção e prevenção dos erros de utilização de medicamentos;
- n) Promover práticas de controle de infecção hospitalar (ORDOVÁS, 2002; WHO,2004).

A Comissão de Farmácia e Terapêutica deve organizar-se de forma a garantir a objetividade e a credibilidade de suas recomendações. É primordial que se estabeleça uma política de resolução de conflitos de interesses que possam derivar-se destas recomendações. A Figura 2 mostra a inter-relação existente entre as diferentes funções e atividades da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Recomenda-se que toda atividade desenvolvida seja avaliada e monitorada, com o objetivo de verificar sua eficiência e o grau de efetividade alcançado, além das correções a serem adotadas. A avaliação das atividades pode ser realizada através da análise da estrutura, do processo de implementação e dos resultados obtidos (MARÍN, 2003).

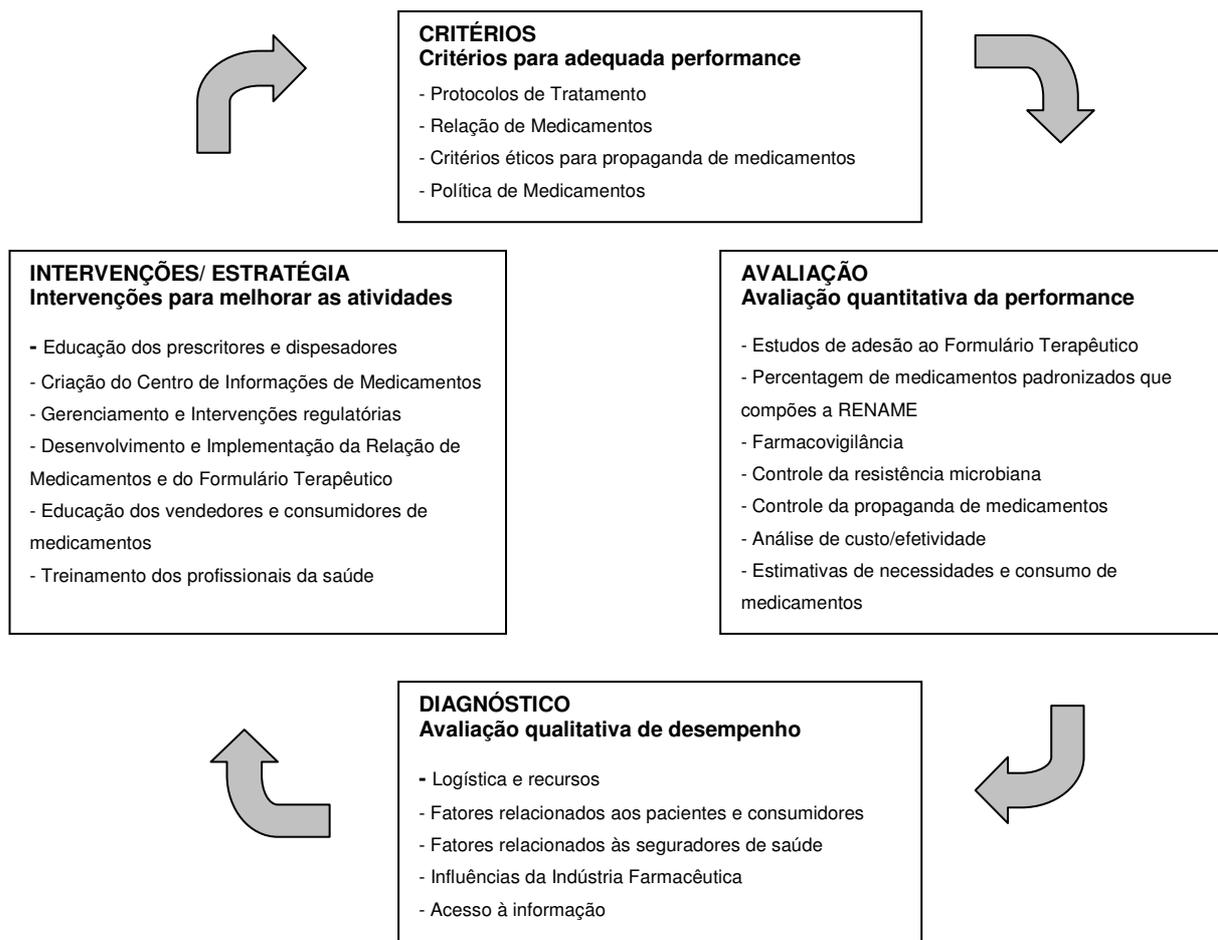


Figura 2: Ciclo de atividades e funções da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Drug and therapeutics committees: a practical guide**. Geneva. WHO: 2004.

3.3.2 Relação de Medicamentos

A Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998, no processo de implementação do Sistema Único de Saúde, apresenta como uma de suas diretrizes, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais visando assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível e como uma de suas prioridades a revisão periódica desta Relação (BRASIL, 1998).

Em 2001, através da Portaria GM nº 131/2001, foi instituída a Comissão Técnica e Multidisciplinar de atualização da Relação Nacional de Medicamentos e a partir dos resultados obtidos, foi apresentada a versão 2002 da RENAME, que passou a conter 327 fármacos.

Da mesma forma, a Organização Mundial da Saúde pública desde a década de 70, a sua lista modelo de medicamentos essenciais e tem estimulado a elaboração de listas nacionais de medicamentos como uma diretriz fundamental das políticas de saúde (OPAS, 2001).

A Relação de Medicamentos no hospital é uma publicação geralmente em forma de Manual que contém a lista atualizada de medicamentos selecionados para uso na instituição. A lista deve ser concisa, completa e de fácil consulta, e a revisão deve ser realizada periodicamente. As listas modelo, como a RENAME e a lista da OMS, no ambiente hospitalar podem ser consideradas uma referência, podendo ser adaptadas à realidade de cada instituição, de acordo com a suas características locais, perfil epidemiológico da população e da disponibilidade dos medicamentos no mercado (BRASIL, 2002a).

Fjin e colaboradores (2000) examinaram a Relação de Medicamentos em todos os hospitais com atendimento tipo geral na Alemanha e compararam os mesmos com os Protocolos Terapêuticos Nacionais e com a Lista de Medicamentos Essenciais do país, constatando que mais de 90 % dos formulários analisados seguem as recomendações dos *Guidelines* nacionais e da lista de medicamentos essenciais.

Ao se implementar a Relação de Medicamentos, o objetivo primário da Comissão de Farmácia e Terapêutica é garantir o uso racional de medicamentos e os custos sociais e institucionais. Dessa forma, é essencial que o Serviço de Farmácia incentive a difusão e o cumprimento da padronização de medicamentos do hospital. A

habilidade da Comissão de Farmácia e Terapêutica para escolher os melhores fármacos e conscientizar os médicos sobre a relevância da seleção é importante para o êxito da implementação da Relação de Medicamentos (FJIN, 2001).

No processo de seleção, devem ser considerados os fatores que possam contribuir para o sucesso ou não das atividades e é preciso estabelecer alternativas que possibilitem eliminar ou amenizar tais fatores. Os fatores que podem interferir no processo de seleção considerando a Relação de Medicamentos estão apresentados no quadro 2.

1. *Baixa qualidade técnica da Relação de Medicamentos, comprometendo a sua resolatividade e aceitação;*
2. *Desinformação e/ou desconhecimento dos prescritores e dispensadores acerca da Relação de Medicamentos;*
3. *Não aceitação da Relação de Medicamentos pela equipe de saúde;*
4. *Irregularidade e descontinuidade no suprimento dos medicamentos selecionados, comprometendo a credibilidade quanto à garantia dos tratamentos e conseqüentemente a fidelidade dos prescritores à Relação de Medicamentos*

Quadro 2: Fatores que interferem na implementação do processo de seleção de medicamentos

Fonte: MARIN, Nelly et al. **Assistência farmacêutica**: para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

Contudo, a elaboração da Relação de Medicamentos baseada em trabalhos científicos isentos e metodologicamente corretos, não impede a necessidade de medicamentos para situações clínicas específicas dando origem a prescrição de produtos que não estão contemplados neste documento. A prescrição de medicamentos não padronizados pode ocorrer em casos de pacientes com doenças raras, em situações de ausência de resposta terapêutica ou intolerância ao medicamento e para pacientes em tratamento contínuo domiciliar com fármaco não

padronizado cuja substituição não é recomendável. Cabe ressaltar que a multiplicidade de produtos farmacêuticos disponíveis, aliada à alta frequência de novas descobertas e o imenso poder da propaganda da indústria farmacêutica sobre o prescritor também são fatores que contribuem para a prescrição de medicamentos não padronizados (Bermudez, et al, 2004)

Schumock e colaboradores (2004) descreveram e compararam as opiniões de médicos, farmacêuticos e outros membros da comissão de seleção de medicamentos em relação aos fatores que exercem influência na utilização destes em alguns hospitais nos Estados Unidos. Participaram do estudo 150 profissionais e os resultados obtidos demonstraram que segurança, efetividade, disponibilidade na Relação de Medicamentos padronizados restrições de uso são considerados critérios de grande influência no momento da seleção de medicamentos por todos os profissionais participantes. No entanto, médicos relataram que amostras-grátis e a experiência profissional são os principais critérios a serem considerados. Farmacêuticos e outros membros da comissão de seleção de medicamentos mencionaram como critérios, a recomendação da utilização por especialistas, protocolos terapêuticos e custos, fatores estes pouco considerados pelos prescritores.

Para que a seleção de medicamentos em um hospital atinja os seus objetivos é necessário que esta seja o resultado concreto de um trabalho interdisciplinar, dinâmico, contínuo desenvolvido na instituição refletindo os seus critérios terapêuticos, assegurando uma terapia medicamentosa racional e de baixo custo (GOWRISANKARAN, 1999).

Visando controlar as solicitações de medicamentos não padronizados ou solicitações de inclusões de produtos na Relação de Medicamentos da instituição, a Comissão de Farmácia e Terapêutica deve normatizar estes processos através da

solicitação de justificativa da necessidade do medicamento em formulário próprio (ORDOVÁS, 2002).

3.3.3. Formulário Terapêutico

Conforme diretrizes da OMS, a elaboração do Formulário Terapêutico é considerada um dos passos para a efetiva implementação de uma política de medicamentos. Atualmente, as informações que subsidiam a farmacoterapia são numerosas e a utilização destas pelos prescritores ao definirem o tratamento mais adequado para o paciente é imprescindível. Porém, as informações existentes são, na maioria das vezes, muito complexas e estão em constante processo de mudanças e atualização, o que ocasiona dificuldades na atuação do médico e outros profissionais da saúde que prescrevem medicamentos (ORDOVÁS, 2002).

Neste contexto, o Formulário Terapêutico apresenta-se como um instrumento complementar à Relação de Medicamentos selecionados, disponibilizando as informações básicas e fundamentais sobre cada um dos medicamentos padronizados, orientando e subsidiando os prescritores através de uma visão crítica do tratamento mais adequado para o paciente (MARÍN, 2003).

O Formulário Terapêutico, também conhecido como Guia Farmacoterapêutico, é geralmente elaborado pelo Serviço de Farmácia dos hospitais, resultando de um processo multidisciplinar de seleção de medicamentos e de consenso sobre a política de utilização na instituição conforme ilustra a figura 3 (AGUILAR, 1997).

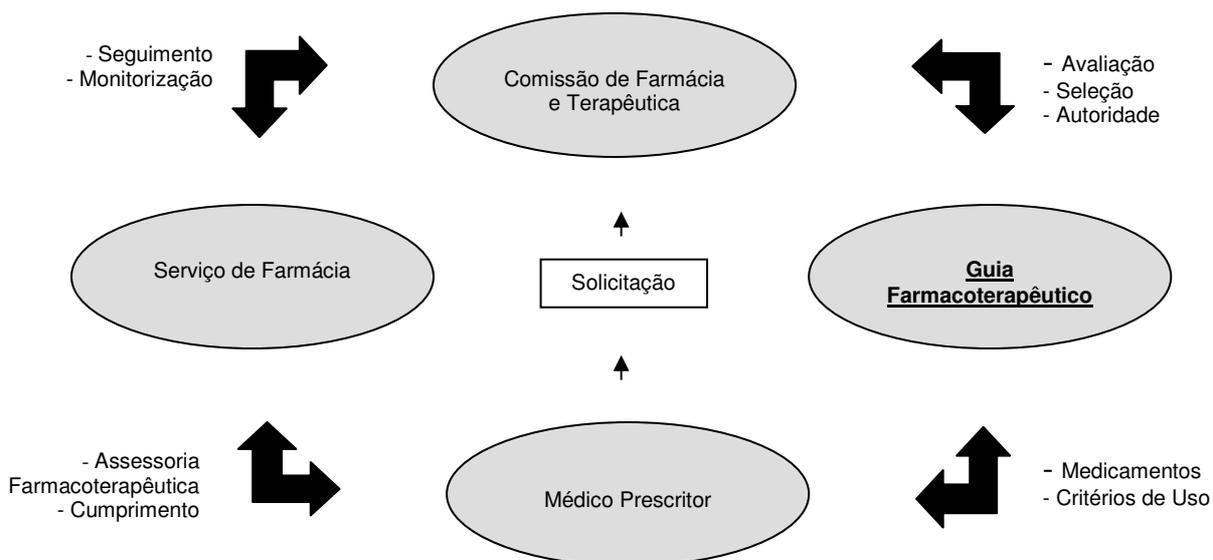


Figura 3: Características da implementação do Formulário Terapêutico

Fonte: ORDOVÁS, J. P.; CLIMENTE, M.; POVEDA, J. L. **Selección de medicamentos y guía farmacoterapêutica**. In: SOCIEDADE ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. Farmacia Hospitalaria. 3. ed. 2002. Disponível em: < www.sefh.es>. Acesso em 20 jan. 2004.

O desenvolvimento de Formulários Terapêuticos pode ser um dos métodos mais efetivos para a Comissão de Farmácia e Terapêutica garantir terapias racionais de medicamentos, uma vez que contribui para o uso mais criterioso, estimulando a aplicação do paradigma de condutas baseadas em evidências (SAX, 1999).

Huskamp e colaboradores (2003) avaliaram o efeito de um Formulário Terapêutico fechado em uma entidade de saúde nos Estados Unidos em relação gastos com medicamentos e verificaram que a utilização deste modificou o comportamento dos médicos na prescrição, promoveu a redução dos preços dos medicamentos e conseqüentemente diminuiu os valores gastos com a terapia medicamentosa.

Considerando a limitação e escassez de recursos financeiros no sistema de saúde, a utilização do Formulário Terapêutico caracteriza-se como uma importante

ferramenta que proporciona a melhor relação custo/efetividade na utilização de medicamentos (ODEDINA, 2002).

Spath e colaboradores (2003) realizaram uma pesquisa qualitativa com farmacêuticos em hospitais e clínicas na França, visando conhecer a influências dos aspectos econômicos na elaboração do Formulário Terapêutico e verificaram que as avaliações farmacoeconômicas são raramente utilizadas e as principais barreiras para o não emprego desta são: falta de tempo, as limitações da análise e falta de capacidade para realizar este tipo de estudo.

Entretanto, Sanchez (1996) considera que a utilização de estudos farmacoeconômicos na seleção de medicamentos e na elaboração do Formulário Terapêutico pode auxiliar na decisão de inclusão ou exclusão de medicamentos, na elaboração de Protocolos Terapêuticos promovendo a utilização de medicamentos custo-efetivos. Considera ainda que algumas estratégias podem ser adotadas para a melhor utilização de estudos farmacoeconômicos, entre elas cita a o uso de técnicas econômicas de modelagem, a utilização de protocolos de estudos farmacoeconômicos encontrados na literatura e a definição de critérios para análise destes estudos.

A utilização do Formulário Terapêutico pelos profissionais prescritores das instituições de saúde deve ser incentivada constantemente e para tornar mais fácil o manuseio e a consulta às informações disponíveis, a estrutura, formato, tamanho e texto devem ser adequados às necessidades específicas de cada hospital. Além disso, o Formulário deve estar disponível em quantidades suficientes que assegure a sua ampla distribuição (WHO, 1997).

A Organização Mundial da Saúde recomenda como conteúdo mínimo do Formulário Terapêutico as informações apresentadas no quadro 3.

- Título, nome do hospital, ano de publicação, comissão ou serviço responsável pela edição;
- Índice;
- Informação sobre normas e procedimentos do hospital:
 - a) Normas de prescrição;
 - b) Normas de funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - c) Normas para utilização do Formulário Terapêutico;
 - d) Normas para utilização de medicamentos em pesquisa clínica
- Descrição de cada especialidade farmacêutica por grupos terapêuticos devidamente codificados
- Informação científica de todos os medicamentos incluindo:
 - Grupo Farmacológico ao qual pertence o medicamento
 - a) Nome da substância ativa
 - b) Forma farmacêutica
 - c) Via de administração
 - d) Doses usuais (máxima e pediátricas)
 - e) Indicações
 - f) Duração do tratamento
 - g) Contra-indicações

Quadro 3: Conteúdo mínimo do Formulário Terapêutico

Fonte: AGUILAR, N.G.; BITTNER, R.D. **Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: selección y formulario de medicamentos.** OPAS/OMS, 1997

Neste contexto cabe ressaltar que o Formulário Terapêutico deve apresentar um conteúdo atualizado e respaldado cientificamente. Sua construção deve apoiar-se essencialmente em evidência científica, incorporando, em determinados casos, a opinião de especialistas. É necessário realizar extensa e crítica revisão das melhores evidências disponíveis, provenientes de amplos e prolongados estudos farmacológico-clínicos, isentos e metodologicamente corretos, desenhados para avaliar desfechos de

real interesse e capazes de gerar graus de recomendação de condutas terapêuticas (NOBRE, 2003).

McGettigan e colaboradores (2001) analisaram as informações utilizadas por clínicos gerais e especialistas para avaliar e prescrever medicamentos na Austrália. Participaram da pesquisa 430 médicos e constataram que 42 % dos clínicos gerais utilizam as informações sobre novos medicamentos fornecidas pelos representantes da indústria, enquanto que 18 % dos especialistas fazem uso deste material. Os autores chamam a atenção que apesar da diferença significativa entre as categorias médicas, ambos grupos superestimam a importância dos representantes da indústria farmacêutica.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem papel fundamental no incentivo à utilização do Formulário Terapêutico pela equipe de saúde, devendo promover atividades educativas dirigidas principalmente ao médico visando informá-lo sobre os critérios de seleção utilizados e as vantagens terapêuticas e econômicas que o elenco de medicamentos padronizados possui quando comparado com outras alternativas terapêuticas (WHO, 2004).

3.3.4 Protocolos Terapêuticos

Protocolos Terapêuticos constituem-se em posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidos para orientar médicos, profissionais da saúde e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados, em circunstâncias clínicas específicas, conforme ilustra a figura 4 (BRASIL, 2004).

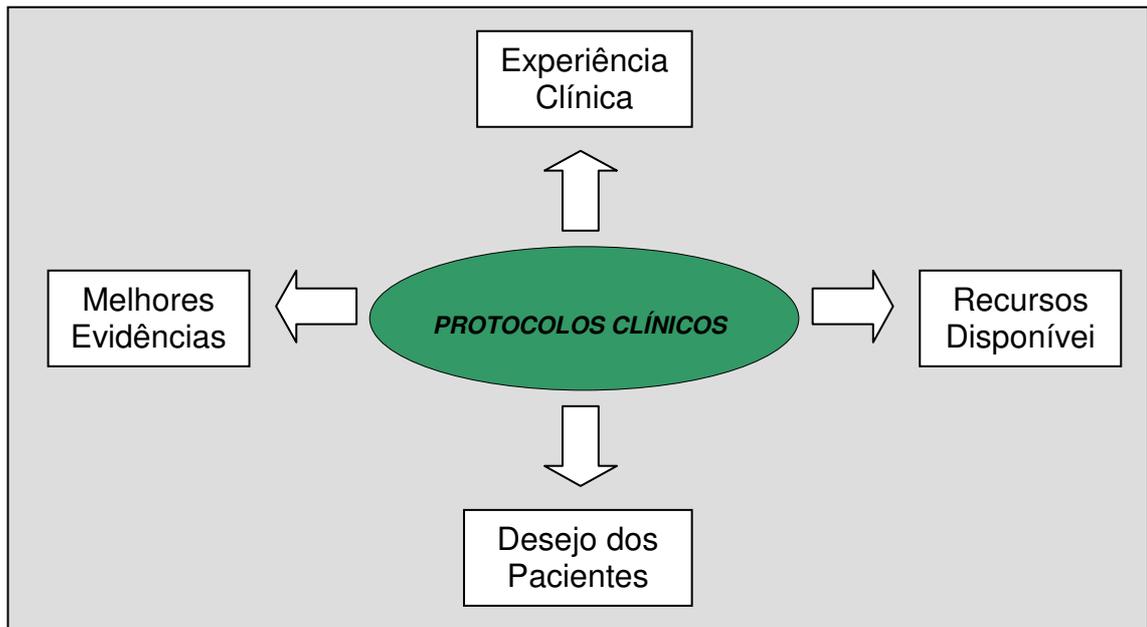


Figura 4: Delineamento dos Protocolos Clínicos

Fonte: NUCLEO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. Diretrizes baseadas em evidências. Disponível em: < www.evidencias.com.br/aulas>. Acesso em 20 out. 2004.

Eles contemplam indicações e contra-indicações, bem como benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos, etc) para grupos de pacientes definidos. Podem ser utilizados com os propósitos de garantia de qualidade e subsídio para a definição de políticas medicamentos e de reembolso ou cobertura (BRASIL, 2004).

A literatura médica está repleta de artigos demonstrando que a variabilidade da prescrição médica tem enorme impacto, tanto na qualidade da atenção prestada às comunidades, quanto nos crescentes custos desta atenção, representando em algumas situações verdadeiro risco aos usuários. Identificando a força da evidência para certas práticas médicas, os Protocolos Terapêuticos podem subsidiar a determinação de prioridades para a melhoria e padronização de cuidados específicos, bem como determinar a necessidade de estudos específicos relativos à efetividade de intervenções (BONAFONT, 2002).

A Organização Mundial da Saúde tem desenvolvido vários esforços no intuito de estimular a criação de políticas de saúde baseadas em evidência científica e dirigidas especificamente ao uso racional de medicamentos (WHO, 2000).

Neste contexto, a construção de Protocolos Terapêuticos tem como principais objetivos:

- a) Limitar as variações da prática clínica que podem afetar a qualidade dos serviços;
- b) Eliminar ou reduzir os custos desnecessários derivados da variabilidade das condutas terapêuticas;
- c) Conduzir os serviços médicos e farmacêuticos à decisões científicas, contribuindo para o desenvolvimento da cultura da evidência;
- d) Facilitar aos profissionais o acesso às melhores práticas embasadas em evidências científicas.

Os protocolos podem promover impacto em todo o ciclo da assistência farmacêutica, desde a seleção dos medicamentos até os momentos de dispensação e de uso. Considerando a seleção de medicamentos, o desenvolvimento de Protocolos Terapêuticos representa uma atividade complementar que visa aumentar os ganhos pretendidos com a utilização da Relação de Medicamentos e do Formulário Terapêutico (MARÍN, 2003).

Para elaborar Protocolos Terapêuticos é recomendável contar com um comitê multidisciplinar, que dará primazia às enfermidades que mereçam ter protocolos, e considerará, em sua escolha, a complexidade, o caráter endêmico e o difícil manejo destas moléstias (ROZENFELD E PEPE, 1993; MOSEGUI, 2002). Por vezes, a elaboração de protocolos conta com o trabalho interativo, desde a escolha dos tópicos, passando pela pesquisa na literatura e pela consulta a especialistas, até se chegar aos

rascunhos, à revisão externa, à aprovação, a proposta de atualização em dois anos e avaliação. Em geral, a aprovação dá-se junto às sociedades médicas (BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION, 2002).

Petitta (2000) estudou o papel dos Protocolos Terapêuticos nos cuidados à saúde inseridos no contexto de racionalização do uso de medicamentos em hospitais nos Estados Unidos. Os fatores que aumentaram a adesão aos Protocolos Terapêuticos foram analisados e entre estes se destacaram a origem do desenvolvimento, técnicas de divulgação e estratégias de implementação.

Na Colômbia, em 1988, foram estabelecidos, nos serviços oficiais do sistema de saúde, alguns protocolos, ou esquemas de tratamento para malária, doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão arterial e outras. E houve resultados muito positivos na racionalização da prescrição (MOSEGUI, 2002). No Reino Unido, a preocupação com a efetividade das práticas médicas levou à disseminação de diretrizes clínicas nacionais, o que facilita e melhora a atuação de médicos (GOMES, 2003).

Os protocolos Terapêuticos quando bem elaborados, trazem vantagens para todos envolvidos nos cuidados em saúde. Promovem práticas médicas eficazes, seguras e homogêneas, melhoram a qualidade da decisão clínica, servem como referência para programas de qualidade em saúde e auxiliam na otimização de recursos. Entretanto, a explosão da criação de protocolos terapêuticos pode muitas vezes significar problemas. Estas ferramentas deveriam servir como padrão para a prescrição, mas acabam perdendo sua função, quando centenas de diretrizes, formuladas por organizações distintas, nem todas com a mesma finalidade, estão disponíveis (BRASIL, 2004).

Com tantas referências, o prescritor sempre terá um *guideline* no qual poderá basear-se para justificar sua escolha terapêutica e pode, inclusive, ele mesmo criar seus padrões prescritivos, baseados em sua experiência clínica. Os problemas mais diretamente ligados à existência de tantos *guidelines* estão relacionados ao uso irracional dos medicamentos e ao próprio tratamento (BRASIL, 2004).

A análise de custo-efetividade destes protocolos pode ser uma forma eficaz e rápida de selecionar quais podem ser usados com maior segurança. Propor um método de cálculo de custo do uso direto dos medicamentos constantes de *guidelines* é um primeiro e importante passo para realizar-se este tipo de análise (OPAS, 2004).

Além disso, a qualidade da análise das informações utilizadas para a construção dos protocolos terapêuticos é essencial, e verifica-se que, quando baseadas em evidências científicas tendem a trazer melhores resultados para os objetivos propostos. No quadro 4, estão descritas as principais diferenças entre os protocolos baseados em evidências e aqueles realizados por consenso.

Quesitos	Baseados em Evidências	Baseados em Consensos
Assunto	Situação clínica específica	Abrangente
Qualidade	Superior	Variável
Recomendações	Claras e específicas	Generalizadas
Desenvolvimento	Sistematizado	Aleatório
Análise Crítica de Estudos	Obrigatória	Não é realizada
Síntese estatística	Sempre que necessária	Não é realizada
Grupo de Desenvolvimento	Multi-profissional	Especialistas de uma mesma área
Reprodutibilidade	Sempre possível	Questionável
Grau de dificuldade para realização	Alto	Baixo

Quadro 4 - Principais diferenças entre os tipos de Protocolos Clínicos

Fonte: NUCLEO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. Diretrizes baseadas em evidências. Disponível em: < www.evidencias.com.br/aulas>. Acesso em 20 out. 2004.

A pesquisa das fontes de evidência para construção de Protocolos Terapêuticos requer habilidade para avaliar a qualidade das informações publicadas e os desenhos de estudos mais adequados para responder questões de tratamento são os estudos clínicos randomizados, metodologia que evita que o pesquisador ou o próprio paciente introduzam alguma tendenciosidade nos grupos que serão estudados (NUCLEO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS, 2004).

Uma vez desenvolvido o Protocolo Terapêutico, a divulgação ativa do documento em ambiente hospitalar é essencial para a sua implantação e esta fase é considerada a mais difícil, uma vez que a existência de protocolos não assegura o seu uso na prática diária dos profissionais da saúde (BONAFONT, 2002).

3.3.5 Papel do farmacêutico na seleção de medicamentos

O farmacêutico hospitalar é um membro da equipe multidisciplinar de saúde, cujas funções técnicas, gerenciais e assistenciais são essenciais nos cuidados do paciente hospitalizado. O êxito da terapêutica e do prognóstico do paciente depende em boa parte, dos cuidados realizados pela equipe multiprofissional (STEPHENS, 2003).

A seleção de medicamentos é um processo complexo e que requer o emprego de conhecimentos de farmacoeconomia, farmacoepidemiologia, farmacologia e terapêutica clínica, farmacovigilância, farmacotécnica e farmacovigilância (WAN PO, 1996). Caracteriza uma estratégia de atuação em todos os níveis das atividades do farmacêutico hospitalar, e possibilita a sua integração com os demais profissionais da área da saúde.

De modo geral, a seleção e a padronização de medicamentos estão sob responsabilidade de Comissões de Farmácia e Terapêutica, compostas por médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais conforme interesse das instituições (GOMES, 2001). A atuação do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica, integrado aos demais profissionais da saúde, possibilita a combinação de conhecimentos especializados e complementares, facilitando o alcance de resultados eficientes e conseqüentemente beneficiando o paciente (PEPE e OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000).

Scroccaro (2000) descreveu o processo de desenvolvimento do Formulário Terapêutico na Itália e ressaltou o papel fundamental que o farmacêutico exerce na elaboração deste, através do seu envolvimento em processos complexos como análise de custo/efetividade e estratégias de educação para os profissionais de saúde.

O farmacêutico, como profissional do medicamento, no processo de seleção de medicamentos, pode contribuir para:

- a) O estabelecimento de normas e procedimentos relacionados à seleção, à distribuição, à produção, à utilização e à administração de medicamentos e agentes diagnóstico;
- b) A promoção e avaliação do uso seguro e racional de medicamentos prescritos no hospital;
- c) O desenvolvimento do Formulário Terapêutico;
- d) Disciplinar a ação dos representantes da indústria farmacêutica dentro do hospital;
- e) O desenvolvimento de estudos sobre medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmacêutico e químico, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica, como critério de escolha;

f) A divulgação de informações relacionadas a estudos clínicos relativos aos medicamentos incluídos e excluídos do Formulário Terapêutico (WHO, 2004).

A informação sobre medicamentos exerce papel crucial na utilização e conseqüentemente na solicitação de padronização destes pelos prescritores. As informações produzidas e difundidas aos profissionais e consumidores nem sempre são isentas, tornando necessária uma atitude crítica frente a elas. A velocidade na adoção de “inovações” entre os profissionais médicos muitas vezes pode levar à prescrição de medicamentos cuja eficácia e segurança não se encontram bem estabelecidas (ARRAIS, 2002).

Considerando a informação sobre medicamentos determinante no processo de seleção de medicamentos, a formação de farmacêuticos como disseminadores de conhecimentos sobre estes produtos pode ser considerada uma das alternativas para o acesso da equipe de saúde à informações objetivas e independentes sobre medicamentos (ORDOVÁS, 2002).

O farmacêutico pode e deve contribuir ativamente na promoção do uso racional de medicamentos, cabendo a ele assumir o seu papel na equipe de saúde como orientador e interventor nas questões relativas à farmacoterapia. O questionamento da prescrição irracional deve ser realizado por meio de evidências científicas bem fundamentadas, auxiliando na escolha de terapias mais indicadas (MARÍN, 2003).

A atuação do farmacêutico, sugerindo ao médico substituição terapêutica ou farmacêutica e incentivando a utilização de medicamentos que fazem parte da Relação de Medicamentos e do Formulário Terapêutico são atividades que contribuem para a implementação do processo de seleção e reduzem substancialmente os custos relacionados com os medicamentos na instituição (INDRITZ, 1999; PUIGVENTÓS, 2002).

A seleção e padronização de medicamentos é o primeiro passo para a implementação de uma política de medicamentos e de assistência farmacêutica em qualquer nível, e a participação do farmacêutico neste processo é essencial, garantindo terapia medicamentosa eficaz, disponibilidade dos produtos e segurança (MILKOVICH, 2000).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A proposta deste estudo foi analisar o processo de seleção de medicamentos em 13 hospitais nas três maiores cidades do Estado de Santa Catarina, utilizando-se do modelo do estudo descritivo com análise quantitativa das variáveis. Foram desenvolvidos um questionário estruturado e indicadores do processo de seleção de medicamentos.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em treze hospitais situados nas cidades de Blumenau, Joinville e Florianópolis no estado de Santa Catarina (figura 5).



Figura 5 – Mapa Político do Estado de Santa Catarina

Fonte: SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. **Mapas e Distâncias de Santa Catarina**. Disponível em: < www.sc.gov.br>. Acesso em 18 de novembro de 2004.

4.3 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTUDO

O Estado de Santa Catarina encontra-se situado ao Sul do Brasil entre os estados do Paraná e Rio Grande do Sul e possui um pouco mais de seis milhões de habitantes distribuídos em 95,4 mil Km². Possui 15.879 leitos hospitalares, segundo Secretaria Estadual de Saúde em agosto de 2004, sendo que destes 3828 são públicos e 12.051 são privados. Constam cadastrados no Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina 211 farmácias hospitalares com registro de responsabilidade técnica de profissionais farmacêuticos.

A cidade de Blumenau (figura 6) possui como principais atividades econômicas o turismo, o comércio e a indústria, com destaque para a produção têxtil e de cristais. Sua população encontra-se em torno de 250.000 habitantes, apresenta alta renda per capita e baixos índices de analfabetismo e violência. Conforme estabelece o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a rede hospitalar da cidade de Blumenau é composta por seis hospitais, sendo que destes, um é classificado como hospital especializado (dois leitos), três como hospital geral (440 leitos) e dois como hospital-dia (41 leitos) (BRASIL, 2000; SANTA CATARINA, 2004).



Figura 6. Localização da cidade de Blumenau

Fonte: SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. **Mapas e Distâncias de Santa Catarina**. Disponível em: < www.sc.gov.br>. Acesso em 18 de novembro de 2004.

Florianópolis (figura 7) é a capital do Estado, suas principais atividades econômicas são o turismo e o comércio. Possui cerca de 342.000 habitantes e a rede hospitalar, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é composta por 16 hospitais, sendo que destes, seis são classificados como hospital geral (854 leitos), sete como hospital especializado (555 leitos) e cinco como hospital-dia (53 leitos) (BRASIL, 2000; SANTA CATARINA, 2004).



Figura 7. Localização da cidade de Florianópolis

Fonte: SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. **Mapas e Distâncias de Santa Catarina**. Disponível em: < www.sc.gov.br>. Acesso em 18 de novembro de 2004.

Joinville (figura 8) é a maior cidade do Estado de Santa Catarina e a base de sua economia é a indústria, seguida pelo comércio e turismo de eventos. A população de Joinville encontra-se em torno de 450.000 habitantes e a rede hospitalar, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, é composta por sete hospitais, sendo que destes dois são classificados como hospital especializado (162 leitos) e cinco como hospital geral (798 leitos) (BRASIL, 2000; SANTA CATARINA, 2004).



Figura 8. Localização da cidade de Joinville

Fonte: SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. Mapas e Distâncias de Santa Catarina. Disponível em: < www.sc.gov.br>. Acesso em 18 de novembro de 2004.

4.4 POPULAÇÃO E HOSPITAIS SELECIONADOS

A população constou de 246 hospitais do Estado de Santa Catarina cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, criado através da Portaria MS/SAS nº 376, de três de outubro de 2000 (Brasil, 2000), com a finalidade de estabelecer código único de acesso ao Banco de Dados Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, para os diversos Sistemas de Informações.

Para selecionar os hospitais, utilizou-se os indicadores de níveis de hierarquia do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde que classifica o tipo de atendimento das instituições de saúde conforme complexidade em 8 categorias:

- a) Nível 1 - PAB – PABA: estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica (PAB) e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada (PABA) definidos pela NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde);

- b) Nível 2 - Média - M1: estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 1^o nível de referência;
- c) Nível 3 - Média - M2 e M3: estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza procedimentos de média complexidade definido pela NOAS como de 2^o nível de referência (M2) e como de 3^o nível de referência (M3);
- d) Nível 4 - Alta - AMB: estabelecimento de saúde ambulatorial capacitado a realizar procedimentos de alta complexidade definidos pelo Ministério da Saúde;
- e) Nível 5 - Baixa - M1 e M2: estabelecimento de saúde que realiza além dos procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 1 e 2, efetua primeiro atendimento hospitalar, em pediatria e clínica médica, partos e outros procedimentos hospitalares de menor complexidade em clínica médica, cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetrícia;
- f) Nível 6 - Média - M2 e M3: estabelecimento de saúde que realiza procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 2 e 3, além de procedimentos hospitalares de média complexidade. Por definição enquadram-se nesta categoria os hospitais especializados.
- g) Nível 7 - Média - M3: estabelecimento de saúde que realiza procedimentos de média complexidade. Realiza procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 2 e 3 abrangendo SADT de alta complexidade;
- h) Nível 8 – Alta HOSP/AMB: estabelecimento de saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e ambulatorial;

Foram considerados critérios de inclusão na seleção de instituições de estudo, os hospitais com atendimento do tipo geral, com leitos de internação, classificados

quanto ao nível de hierarquia em 5, 6, 7 ou 8 conforme CNES e estabelecidos em cidades com mais de 200.000 habitantes.

A avaliação do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde indicou, no ano de 2004, a existência de 13 hospitais que atendiam a esses critérios de inclusão.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Estado de Santa Catarina obedecendo às recomendações da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 2002c).

Após a obtenção do parecer favorável deste órgão encaminhou-se às instituições selecionadas, documento informando as características do estudo, prazo de coleta de dados e identificação do entrevistado, com a finalidade de obter autorização para a realização da pesquisa.

Os sujeitos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), elaborado conforme a Resolução 196/96 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde.

4.6 SELEÇÃO DOS COMPONENTES A SEREM AVALIADOS E CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

Para viabilizar o desenvolvimento do instrumento de pesquisa adequado para a coleta de dados fez-se necessária à criação de indicadores para cada componente

avaliado. A construção dos indicadores baseou-se no modelo lógico estabelecido no projeto “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil” (OSÓRIO-DE-CASTRO E CASTILHO, 2004).

Os indicadores foram estabelecidos buscando atender os seguintes critérios:

- a) Clareza (o indicador é facilmente entendido e calculado);
- b) Utilidade (o indicador reflete uma importante dimensão de desempenho);
- c) Mensurabilidade (o indicador deve ser definido em termos qualitativos ou quantitativos);
- d) Confiabilidade (o indicador permite a avaliação através do tempo e entre diferentes observadores);
- e) Validade (o indicador realiza uma medida verdadeira do que se quer medir);
- f) Importância (COSENDEY, 2000).

4.6.1 Indicadores

Com base nos critérios citados e considerando recomendações da Organização Pan-americana da Saúde (OMS, 1993) e Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997), bem como a legislação vigente, os indicadores, suas definições e métodos de cálculo foram desenvolvidos conforme mostram os quadros 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11.

Profissional Farmacêutico			
	DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
1	Porcentagem de profissionais farmacêuticos atuando regularmente no hospital	A Farmácia hospitalar deve ser dirigida por profissional farmacêutico devidamente inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua região, conforme legislação vigente ¹ .	Nº de hospitais que possuem profissional farmacêutico atuando regularmente no hospital dividido pelo número de hospitais visitados (x100).
2	Porcentagem de profissionais farmacêuticos entrevistados com experiência na área hospitalar	Pare efeito deste indicador considerou-se profissional com experiência na área hospitalar aquele que atua há mais de 4 anos em atividades hospitalares.	Nº de profissionais farmacêuticos entrevistados com experiência na área hospitalar dividido pelo número total de farmacêuticos contratados nos hospitais visitados (x 100).
3	Porcentagem de hospitais que possuem profissionais farmacêuticos atuando no desenvolvimento da padronização de medicamentos nos hospitais.	A padronização de medicamentos envolve aspectos interdisciplinares e o seu desenvolvimento deve ser descentralizado e participativo contemplando profissionais nas áreas de farmácia, medicina, enfermagem e outros ² .	Nº de hospitais que possuem profissionais farmacêuticos atuando no desenvolvimento da padronização de medicamentos dividido pelo número de hospitais visitados (x 100).

Quadro 5: Indicadores utilizados na análise do módulo Profissional Farmacêutico

Dispensação de Medicamentos			
	DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
1	Porcentagem de hospitais que possuem procedimento definido para a prescrição de medicamentos não padronizados	Medicamentos não padronizados são aqueles que não fazem parte da Relação de Medicamentos elaborada pela CFT, conseqüentemente não estão a priori disponíveis no estoque da farmácia. Entende-se por procedimento definido o preenchimento de formulário específico com justificativa de solicitação ³	Nº de hospitais que possuem procedimento definido para a prescrição de medicamentos não padronizados dividido pelo número de hospitais visitados (x100).

Quadro 6: Indicadores utilizados na análise do módulo Dispensação de Medicamentos

¹ CFF, 1997.

² Adaptado de OPAS, 1997

³ Marin e Colaboradores, 2003.

Comissão de Farmácia e Terapêutica			
	DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
1	Porcentagem de hospitais que possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	Comissão de Farmácia e Terapêutica é um comitê assessor formado por membros da equipe de saúde. É responsável por estabelecer a política de medicamentos do hospital ⁴ .	Nº de hospitais que possuem formalmente a Comissão de Farmácia e Terapêutica, dividido pelo número de hospitais visitados (x100).
2	Porcentagem de hospitais que possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica funcionando regularmente	Entende-se por funcionamento regular da Comissão de Farmácia e Terapêutica a realização de uma reunião bimestral pelo menos ⁵ .	Nº de hospitais que possuem formalmente a Comissão de Farmácia e Terapêutica funcionando regularmente, dividido pelo número de hospitais visitados (x100).
3	Porcentagem de hospitais, através da CFT ou não, que utilizam evidências oriundas de fontes primárias e secundárias para análise de inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização	Consideram-se como fontes primárias revistas clínicas qualificadas ⁶ através da revisão por pares e publicações de coletânea de evidências. Como fonte secundária ⁷ encontram-se as bases informatizadas. Também foram consideradas para efeito do indicador a utilização da Rename e da Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS.	Nº de hospitais que através da CFT ou não, utilizam evidências oriundas de fontes primárias e secundárias para análise de inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização, dividido pelo número de hospitais visitados (x100).

Quadro 7: Indicadores utilizados na análise do módulo Comissão de Farmácia e Terapêutica

Relação de Medicamentos			
	DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
1	Porcentagem de Hospitais que possuem Relação de Medicamentos.	Relação de Medicamentos é a seleção de medicamentos com os critérios de eficácia, segurança e qualidade para tratar as enfermidades mais frequentes no hospital, elaborada pela CFT ⁸ .	Nº de Hospitais que possuem Relação de Medicamentos dividido pelo número de Hospitais visitados (x100).
2	Porcentagem de hospitais que possuem Relação de Medicamentos atualizada.	A Relação de Medicamentos é considerada atualizada, caso tenha sido elaborada uma nova versão dentro dos últimos 2 anos.	Nº de hospitais que possuem Relação de Medicamentos atualizada dividido pelo número de hospitais visitados (x100).
3	Porcentagem de hospitais que possuem Relação de Medicamentos disponível no local onde é realizada a prescrição médica.	A Relação de Medicamentos é o instrumento considerado mais adequado para orientar a equipe de saúde no momento da escolha do medicamento para uma determinada condição patológica, devendo estar disponível no local da prescrição.	Nº de hospitais que possuem Relação de medicamentos disponível no local onde é realizada a prescrição dividido pelo número de hospitais visitados (x100).

Quadro 8: Indicadores utilizados na análise do módulo Relação de Medicamentos

⁴ (MARÍN, 2003).

⁵ (ORDOVÁS, 2002).

⁶ NEJM, JAMA, ACP Journal Club, American Journal of Health-System Pharmacy, British Medical of Clinical Pharmacology, British Medical Journal, Clinical Pharmacology, Clinical Pharmacokinetics Drugs, Drugs and Therapeutics Bulletin, Drug intelligence and Clinical Pharmacy, European Journal of Clinical Pharmacology, Trends in Pharmacological Sciences.

⁷ Cochrane Library, Evidence-Based Medicine Reviews, Center for Evidence Based Medicine, MEDLINE.

⁸ (MARÍN, 2003.)

Protocolos Terapêuticos			
	DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
1	Porcentagem de hospitais em que existem protocolos terapêuticos.	Protocolos terapêuticos são normas de uso de medicamentos em que constam indicações, posologia, dose e duração do tratamento, para cada enfermidade ⁹ .	Nº de hospitais que dispõe protocolos terapêuticos, dividido pelo número de hospitais visitados (x100).
2	Porcentagem de hospitais em que existem protocolos terapêuticos atualizados	Para efeitos deste indicador é aceita a existência de pelo menos 1 protocolo, atualizado nos últimos 2 anos.	Nº de hospitais que dispõe protocolos terapêuticos atualizados, dividido pelo número de hospitais visitados (x100).

Quadro 9: Indicadores utilizados na análise do módulo Protocolos Terapêuticos

Formulário Terapêutico			
	DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
1	Porcentagem de hospitais em que existe formulário ou guia terapêutico.	O Formulário Terapêutico é uma compilação de dados farmacoterapêuticos, continuamente revisada que reflete a opinião clínica atual da equipe de saúde ¹⁰ .	Nº de hospitais que dispõem de formulário terapêutico, dividido pelo número de hospitais visitados (x100).
2	Porcentagem de hospitais em que existe formulário ou guia terapêutico atualizado.	Para efeitos deste indicador considera-se atualizado o Formulário Terapêutico revisado pelo menos a cada dois anos.	Nº de hospitais que dispõem de formulário terapêutico atualizado, dividido pelo número de FH visitadas (x100)

Quadro 10: Indicadores utilizados na análise do módulo Formulário Terapêutico

Estoque de Medicamentos			
	DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
1	Porcentagem de medicamentos em estoque na farmácia que constam na RENAME	Os medicamentos em estoque na farmácia devem ser aqueles com eficácia e segurança comprovadas indicadas para o tratamento das doenças prevalentes na população alvo e a RENAME é considerado documento mestre para a realização do processo de seleção.	Nº de medicamentos em estoque na farmácia em concordância com a RENAME dividido pelo número total de fármacos em estoque (x100).
2	Porcentagem de hospitais que possui medicamentos não padronizados em estoque na farmácia	Medicamentos não padronizados são aqueles que não fazem parte da Relação de Medicamentos elaborada pela CFT.	Nº de FH que possuem estoque de medicamentos não padronizados dividido pelo número total de FH visitadas (X100).

Quadro 11: Indicadores utilizados na análise do módulo Estoque de Medicamentos

⁹ (BRASIL, 2004).

¹⁰ (WHO, 2004)

4.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento estruturado (Apêndice D) intitulado “Instrumento de investigação dos Processos de Seleção de Medicamentos em Hospitais no Estado de Santa Catarina”. O instrumento de pesquisa possibilitou apurar dados relacionados com o objeto de estudo da pesquisa, especificamente aqueles sugeridos para a mensuração dos indicadores pré-estabelecidos e permitiu o registro dos depoimentos dos farmacêuticos entrevistados.

A construção do instrumento foi adaptada do instrumento utilizado no estudo “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil” coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, desenvolvido pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica da Fundação Oswaldo Cruz com a colaboração da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e do Conselho Federal de Farmácia financiado pelo Ministério da Saúde. A adequação do instrumento utilizado para o desenvolvimento deste estudo contou com a validação do mesmo, uma vez que este foi submetido a avaliação de 3 consultores externos, farmacêuticos e professores universitários com conhecimento na temática pesquisada e experiência na área da farmácia hospitalar, além de ser apresentado na forma de seminário para o grupo de pesquisa em assistência farmacêutica da Universidade Federal do Estado de Santa Catarina.

Os consultores e o grupo de pesquisa acima especificado foram instruídos a analisar os itens do instrumento, quanto ao conteúdo, forma de apresentação, clareza, compreensão e pertinência.

Após o cumprimento desta etapa o instrumento de pesquisa sofre as seguintes alterações:

- a) exclusão do Módulo de análise denominado “Nível de Envolvimento do corpo clínico na seleção de medicamentos”;
- b) inclusão do Módulo de análise denominado “Profissional Farmacêutico”
- c) alteração de algumas palavras dos itens, adequando-se a compreensão do entrevistado.

Após as alterações sugeridas o instrumento final ficou constituído de sessenta e duas (62) perguntas, sendo que destas 56 são abertas e 06 são perguntas fechadas divididas em 8 módulos de investigação denominados a seguir:

- a) Módulo 1: Caracterização Geral do Hospital
- b) Módulo 2: Profissional Farmacêutico
- c) Módulo 3: Comissão de Farmácia e Terapêutica
- d) Módulo 4: Relação de Medicamentos
- e) Módulo 5: Protocolos Terapêuticos
- f) Módulo 6: Formulário Terapêutico
- g) Módulo 7: Estoque de Medicamentos
- h) Módulo 8: Dispensação de Medicamentos

4.8 ESTUDO PILOTO

O instrumento foi aplicado em dois (2) hospitais situados na região do Vale do Itajaí com características similares aos hospitais da amostra, com atendimento do tipo geral, com leitos de internação, classificados quanto ao nível de hierarquia em 5, 6, 7 ou 8 conforme CNES. O critério de escolha destes hospitais teve como eixo norteador a aplicação do instrumento em instituições com e sem farmacêuticos atuantes na área

hospitalar, com a finalidade de verificar a necessidade de adequação do instrumento de pesquisa.

Os participantes responderam ao instrumento com anuência da Direção dos Hospitais e apontaram o mesmo como de fácil entendimento, clareza e rapidez na aplicação. Dessa forma, o teste piloto não sugeriu mudanças a serem realizadas no instrumento de pesquisa.

4.9 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados deste estudo ocorreu em três (3) etapas:

- a) 1ª etapa: coleta de dados em 5 hospitais situados na cidade de Joinville;
- b) 2ª etapa: coleta de dados em 5 hospitais situados na cidade de Florianópolis;
- c) 3ª etapa: coleta de dados em 3 hospitais situados na cidade de Blumenau.

As três etapas de coleta de dados foram realizadas no período compreendido entre julho e setembro de 2004 e tiveram início a partir da anuência das Instituições com a realização do estudo e após agendamento no período acima assinalado.

A entrevista foi realizada com o farmacêutico responsável ou com o responsável pelos medicamentos na Instituição. Em casos de questionamentos de caráter administrativo, no qual o farmacêutico não soube fornecer a resposta, foi solicitada a participação do responsável pela área. O tempo máximo utilizado para realização de toda a entrevista não ultrapassou 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos.

Considerou-se na coleta de dados as seguintes definições segundo Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2001c):

- a) Medicamento Referência - produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia,

segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro;

- b) Medicamento Genérico - medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI;
- c) Medicamento Similar - aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, e que é equivalente ao medicamento registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca;
- d) Medicamento farmacopeico – medicamentos que constam na Farmacopéia Brasileira, código oficial farmacêutico do País, onde se estabelece a qualidade dos medicamentos em uso no Brasil;
- e) Amostras Grátis – medicamentos que não podem ser comercializados e contém na embalagem a expressão "AMOSTRA GRÁTIS" em destaque com caracteres nunca inferior a 70% do tamanho do nome comercial (marca), tratando se de medicamento genérico 70% de sua DCB/DCI, geralmente oferecidos pela Indústria fabricante;
- f) Medicamento Magistral – medicamento prescrito com receita magistral exclusiva para um paciente individualizado, preparado pela farmácia sob responsabilidade técnica de um farmacêutico, detalhando no rótulo do mesmo a composição

qualitativa e quantitativa das substâncias ativas, a forma farmacêutica e a via de administração, dispensado na farmácia, seguindo a RDC 33/2000, Regulamento Técnico de Boas Práticas de Manipulação em Farmácia;

4.10 ORGANIZAÇÃO E TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos foram agrupados através da criação de um banco de dados e submetidos a tratamento estatístico de padrão descritivo, apresentados na forma de frequência e percentagem e, posteriormente, analisados e discutidos.

5 RESULTADOS

Os tópicos abordados a seguir seguem a estrutura do instrumento de pesquisa apresentado no Apêndice D. Os dados apresentados referem-se ao conjunto de resultados obtidos com a pesquisa realizada.

5.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Os hospitais analisados conforme já estabelecido na metodologia proposta para a realização deste estudo possuem tipo de atendimento classificado como geral, uma vez que atendem pacientes de várias especialidades clínicas e cirúrgicas, podendo ser limitado a um grupo etário. Dentre os 13 hospitais pesquisados, somente um foi classificado como Hospital Geral limitado a um grupo etário.

5.1.1 Corpo clínico

Com os resultados obtidos na caracterização geral dos treze hospitais incluídos na pesquisa, observou-se que sete (54 %) hospitais apresentam corpo clínico aberto, enquanto que seis (46 %) hospitais apresentam corpo clínico fechado.

5.1.2 Número de médicos que compõe o corpo clínico

O número de médicos do corpo clínico dos hospitais pesquisados variou entre 25 e 495 profissionais dependendo do número de leitos de cada instituição. Cinco dos profissionais farmacêuticos entrevistados não souberam informar no momento da entrevista quantos médicos faziam parte do corpo clínico dos hospitais em que

trabalham, sendo que destes três farmacêuticos atuavam em hospitais com corpo clínico fechado e dois em hospitais com corpo clínico aberto.

5.1.3 Tipo de estrutura física dos hospitais

Outro critério utilizado na caracterização geral dos hospitais foi a estrutura física das instituições, classificada como vertical, horizontal, monobloco e pavilhonar conforme tabela 1.

Tabela 1 – Tipo de estrutura física dos hospitais

Estrutura Física	Número de Hospitais	%
Vertical	6	46
Horizontal	4	31
Monobloco	-	-
Pavilhonar	2	15
Outro	1	8

A tabela 1 mostra que seis hospitais (46 %) possuem estrutura física vertical. Estabeleceu-se que os hospitais classificados com estrutura física vertical seriam aqueles que apresentassem predominância de sua dimensão vertical sobre a horizontal. Dentre estes hospitais variou o número de andares entre quatro e sete. Verificou-se também que quatro (31 %) hospitais possuem estrutura física considerada horizontal, por apresentarem predominância de sua dimensão horizontal sobre a vertical. Em duas outras instituições (15 %), a estrutura física foi classificada como pavilhonar por apresentar serviços que estão distribuídos por edificações isoladas de pequeno porte que podem ou não estar interligadas. Uma das instituições (8 %)

visitadas foi classificada na categoria outros, por apresentar estrutura física definida como multibloco, onde os seus serviços estão distribuídos em edificações de médio ou grande porte que podem ou não estar interligadas.

5.1.4 Número de leitos e de leitos ativos

As instituições que fizeram parte da amostra foram classificadas quanto ao porte em Pequeno, Médio, Grande Porte e Porte Especial (CAVALLINI, 2002). Considerando o número de leitos ativos, um dos hospitais (8 %) pesquisados foi classificado como Pequeno Porte (até 49 leitos), cinco hospitais (38 %) como Médio Porte (de 50 à 149 leitos), sete hospitais (54 %) como Grande Porte (de 150 à 500 leitos) e na amostra pesquisada não houve hospital classificado como Porte Especial (acima de 500 leitos). Ao se analisar a relação farmacêutico/leito esta pesquisa observou a relação de um farmacêutico para cada 81 leitos hospitalares.

Percebeu-se também que um dos hospitais pesquisados desenvolve suas atividades com número de leitos ativos muito acima do número de leitos estabelecidos na instituição. Esta situação ocorre tipicamente quando pacientes aguardam leitos disponíveis para internação em leitos improvisados em unidades de atendimento de emergência e unidades intermediárias.

5.1.5 Setores responsáveis pelos medicamentos

Procurou-se identificar qual setor do hospital é o responsável pelos medicamentos. Em todos os hospitais observou-se que o setor, departamento, ou

serviço de farmácia é o órgão responsável pelos medicamentos utilizados na instituição.

5.1.6 Estrutura organizacional do setor responsável pelos medicamentos

Na tabela 2 encontra-se descrita a estrutura organizacional utilizada pelos hospitais que define a ligação hierárquica da farmácia, o setor responsável pelos medicamentos em todos os hospitais visitados.

Tabela 2 - Estrutura organizacional utilizada pelos hospitais que define a ligação hierárquica do setor responsável pelos medicamentos.

Área	Número de Hospitais	%
Área Clínica	6	46
Área Administrativa	4	31
Área Clínica e Área Administrativa	2	15
Direção Geral	1	8

A tabela 2 mostra que em seis hospitais (46 %) pesquisados a farmácia está ligada direta e exclusivamente à área clínica, dirigida por um profissional médico, e em outros quatro hospitais (31 %) a farmácia responde exclusivamente à área administrativa, geralmente coordenada por contadores, administradores ou economistas. Em um hospital (8 %) a farmácia está ligada diretamente à direção do mesmo. Contudo em dois hospitais (15 %) a farmácia está ligada hierarquicamente tanto à área clínica como à área administrativa.

5.1.7 Regime jurídico dos hospitais

Com o intuito de estabelecer relação entre a seleção de medicamentos e o regime jurídico das instituições procurou-se classificar os hospitais pesquisados como privados, públicos, filantrópicos, beneficentes e universitários.

Na tabela 3 encontra-se descrito o regime jurídico dos hospitais pesquisados. A classificação foi realizada de acordo com Borba (1988), e Zanon (2001).

TABELA 3 – Regime Jurídico dos Hospitais

Regime Jurídico	Número de Hospitais	%
Filantrópico	6	46
Público	5	38
Privado	1	8
Universitário	1	8
Beneficente	-	-

Com os dados da tabela 3 percebe-se que os hospitais pesquisados são classificados como filantrópicos (46 %), públicos (38 %), privados (8 %), e universitário (8 %) quanto ao regime jurídico. Na amostra analisada, não houve hospital classificado como beneficente.

5.1.8 Faturamento anual dos hospitais

Os farmacêuticos foram questionados quanto ao faturamento anual do hospital e em nove instituições, o que representou 69 % dos entrevistados, os profissionais não souberam, no momento da entrevista, informar o faturamento anual do hospital em que

trabalham. Em outros quatro hospitais (31 %), os entrevistados responderam a pesquisa informando que os valores faturados variam entre 0,84 e 18 milhões de Reais. Estes números apresentam grande variação devido às diferenças quanto ao número de leitos das instituições.

5.1.9 Serviços hospitalares oferecidos segundo especialidades médicas

A maioria das especialidades médicas foi encontrada como parte dos serviços oferecidos pelas instituições hospitalares pesquisadas, uma vez que se tratavam de hospitais com atendimento do tipo geral. Porém, algumas especialidades variaram conforme instituição pesquisada e observou-se que em dois hospitais (15 %) são prestados serviços na especialidade acupuntura, em quatro (30 %) em dermatologia e imunologia e em um (8 %) em homeopatia.

5.2 PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

5.2.1 Número de profissionais farmacêuticos nos hospitais

Todos os hospitais incluídos no estudo possuem farmacêutico em seu quadro de funcionários. Em relação ao número de farmacêuticos atuando nas instituições, em quatro dos hospitais (31 %) pesquisados há apenas um farmacêutico na instituição, em seis hospitais (46 %) atuam dois farmacêuticos, em dois hospitais (15 %) atuam três farmacêuticos e em um hospital (8 %) atuam seis farmacêuticos, totalizando 28 profissionais em 13 hospitais.

5.2.2 Qualificação do profissional farmacêutico

A pesquisa realizada buscou identificar a qualificação dos profissionais entrevistados. A tabela 4 mostra a titulação dos farmacêuticos nos hospitais pesquisados.

Tabela 4 – Titulação dos farmacêuticos

Titulação	Número de Farmacêuticos	
	(n=28)	%
Especialização	14	50
Graduação	10	36
Aperfeiçoamento	2	7
Mestrado	1	3,5
Doutorado	1	3,5

A tabela 4 mostra que dos 28 farmacêuticos que atuam nos hospitais da amostra, dez (36 %) possuem a graduação em farmácia, dois (7 %) possuem aperfeiçoamento na área hospitalar, 14 (50 %) possuem especialização na área hospitalar, sendo considerado nesta categoria um profissional que estava cursando a especialização no momento da entrevista, um (3,5 %) possui mestrado em farmácia e um (3,5 %) possui doutorado em farmácia.

5.2.3 Horário de funcionamento da farmácia com farmacêutico

Em todos os hospitais pesquisados a farmácia hospitalar desenvolve atividades durante as 24 horas, porém o horário de funcionamento com o profissional

farmacêutico presente é bastante variado. Os dados avaliados demonstram que em dois hospitais (15 %), a área de farmácia desenvolve suas atividades com a presença do profissional farmacêutico durante quatro horas diárias. Em três hospitais (23 %), a farmácia conta com o profissional farmacêutico durante nove horas diárias, em um hospital (8 %) durante nove horas e trinta minutos, em um hospital (8 %) durante dez horas, em quatro hospitais (31 %) durante 12 horas diárias e em um hospital (8 %) durante 13 horas.

Cabe ressaltar que nas instituições em que foi declarado o desenvolvimento de atividades na farmácia acima de nove horas com a presença do farmacêutico, foi também declarada a presença de mais de um profissional farmacêutico em seu quadro de funcionários.

5.2.4 Carga horária semanal dos farmacêuticos nos hospitais

A tabela 5 mostra distribuição da carga horária semanal dos profissionais farmacêuticos nas instituições pesquisadas.

Tabela 5 – Carga horária semanal dos profissionais farmacêuticos

Carga Horária Semanal	Número de Farmacêuticos	%
44 horas	16	57
Entre 20 e 39 horas	12	43
40 horas DE	-	-

Com a tabela 5 percebe-se que 16 farmacêuticos (57 %) desenvolvem as suas atividades nos hospitais por 44 horas semanais e 12 farmacêuticos (43 %)

permanecem nas instituições durante o período compreendido entre 20 e 39 horas semanais.

Em uma das instituições observou-se que o farmacêutico responsável, não desenvolve horas atividade na farmácia do hospital, mas sim atua na área de análises clínicas no laboratório da instituição.

5.2.5 Tempo de experiência do farmacêutico em atividades hospitalares

A tabela 6 mostra o tempo de experiência dos farmacêuticos em atividades hospitalares.

Tabela 6 – Tempo de atividades do profissional farmacêutico na área hospitalar

Tempo de experiência em atividades hospitalares	Número de Farmacêuticos (n=28)	%
Acima de onze anos	6	21
De oito a onze anos	9	32
De quatro a sete anos	5	18
De um a três anos	6	21
Menos de um ano	2	7

A tabela 6 demonstra que 15 farmacêuticos (53 %) que atuam nos hospitais pesquisados possuem pelo menos oito anos de atividades na área hospitalar, dentre estes, 14 profissionais sempre atuaram na farmácia hospitalar, enquanto que um encontrava-se somente há dois anos nesta área no momento da pesquisa, tendo exercido, nos anos anteriores, atividades no laboratório de análises clínicas da instituição. Outros cinco farmacêuticos (18 %) exercem atividades na área hospitalar entre o período compreendido de quatro a sete anos, seis farmacêuticos (21 %) atuam

nesta área de um a três anos e dois farmacêuticos (7 %) atuam em hospitais há menos de um ano.

5.3 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

5.3.1 Existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Os farmacêuticos participantes da pesquisa foram questionados sobre a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) nas suas instituições de trabalho e observou-se que em apenas quatro hospitais (31 %) houve relato da existência da CFT. Em nove hospitais (69 %) observou-se que a CFT não se encontra formalmente estabelecida.

5.3.2 Profissionais que desenvolvem a padronização de medicamentos em hospitais sem CFT

No caso dos hospitais que não possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica, solicitou-se informar quem são os profissionais que desenvolvem a padronização de medicamentos na instituição e os resultados obtidos estão apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Profissionais que desenvolvem a padronização de medicamentos em hospitais que não possuem CFT.

Profissionais		%
Outros ¹¹	3	33,3
Médicos	2	22,2
Enfermeiros/ Médicos/ Farmacêuticos/Administrador	2	22,2
Enfermeiros/ Médicos	1	11,1
Enfermeiros/ Médicos/ Farmacêuticos	1	11,1

A tabela 7 mostra em dois hospitais (22,2 %) que não possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica, exclusivamente profissionais médicos elaboram a padronização de medicamentos sem contar com a colaboração de outros profissionais da área da saúde. Em outros dois hospitais (22,2 %), atua na padronização uma equipe formada por profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos e representantes da administração. Em um hospital (11,1 %) observou-se a participação de enfermeiros e médicos na elaboração da padronização e em um outro (11,1 %) observou-se a participação de profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Em três hospitais (33 %) observou-se que não possuem grupo de elaboração de padronização de medicamentos, pois seguem a padronização estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde. O elenco de medicamentos disponíveis para prescrição é elaborado a partir da demanda de utilização, conforme prescrição médica e disponível na padronização estabelecida pelo órgão acima citado.

¹¹ Divisão de Assistência Farmacêutica (DIAF)- Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Santa Catarina.

5.3.3 Critérios considerados para a seleção de medicamentos

Nos hospitais pesquisados buscou-se identificar quais critérios técnicos e/ou administrativos são considerados para realizar a seleção de medicamentos padronizados na instituição. Os critérios mencionados estão apresentados na tabela 8 a qual reúne aqueles adotados em instituições que possuem CFT e aqueles em instituições nas quais esta comissão não existe.

Tabela 8 – Critérios utilizados para seleção de medicamentos

Critérios utilizados para seleção de medicamentos	Hospital com CFT		Hospital sem CFT	
	Nº (n=4)	%	Nº (n=9)	%
Custo do Medicamento	4	100	6	67
Apresentação disponível no mercado	2	50	-	-
Eficácia comprovada	2	50	-	-
Facilidade de administração	1	25	2	22
Comodidade posológica	1	25	1	11
Prescrição do medicamento	1	25	1	11
Efeitos Colaterais	1	25	-	-
Gravidade da patologia	1	25	-	-
Posologia	1	25	-	-
Publicação no DOU	1	25	-	-
Registro no MS	1	25	-	-
Segurança comprovada	1	25	-	-
Vantagens reconhecidas sobre os similares padronizados	1	25	-	-
Solicitação médica	-	-	9	100
Indicação para mais de uma patologia	-	-	1	11
Marketing	-	-	1	11
Número de prescrições do medicamento	-	-	1	11
Padronização da apresentação com menor dosagem	-	-	1	11
Possibilidade de exclusão de outro medicamento	-	-	1	11
Seletividade dos fármacos	-	-	1	11
Vantagens econômicas	-	-	1	11

Através da tabela 8 percebe-se que apenas quatro critérios foram comuns entre as instituições. Estes critérios são: comodidade posológica, o custo do medicamento, a facilidade na administração e a prescrição do medicamento.

Observa-se que os demais critérios variaram de forma bastante significativa entre os hospitais com CFT e sem a mesma, indicando que existe diferença na abordagem da seleção de medicamentos conforme presença ou não da CFT. Esta situação é evidente no critério “Solicitação Médica” onde 100 % dos hospitais que não

possuem CFT, declararam a solicitação do médico ser um dos critérios utilizados para selecionar e conseqüentemente padronizar um medicamento na instituição.

Ressalta-se que os critérios citados não são únicos nos hospitais, ou seja, a seleção de medicamentos em algumas instituições é desenvolvida com base na utilização de vários dos critérios acima citados.

5.3.4 Participação do farmacêutico como membro efetivo da CFT

No caso dos hospitais que declararam possuir CFT formalmente estabelecida, foi questionado se o profissional farmacêutico participa como membro efetivo da mesma. Constatou-se que em todas as instituições onde foi declarada a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica, o farmacêutico é integrante da mesma e possui participação ativa dentro do que é considerada uma comissão em atividade plena pela instituição.

5.3.5 Periodicidade das reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Com a finalidade de avaliar se as Comissões de Farmácia e Terapêutica dos hospitais são atuantes, questionou-se aos profissionais farmacêuticos das instituições as datas em que ocorreram as três últimas reuniões da Comissão. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9 – Datas das últimas reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Hospital/ Datas	Antepenúltima		
Reuniões	Última reunião	Penúltima reunião	reunião
Hospital 1	06/04	NSI	NSI
Hospital 2	10/03	NSI	NSI
Hospital 3	08/04	NSI	NSI
Hospital 4	07/04	04/04	03/04

A tabela 9 mostra que as reuniões da CFT nos hospitais que relataram possuir a mesma, com exceção de um dos casos, não ocorrem de forma periódica e uniforme. No hospital denominado Hospital 2 percebe-se que a última reunião da CFT ocorreu no ano de 2003 e até o momento da coleta de dados, 8 meses após, ainda não havia sido convocada formalmente nova reunião. Em outras duas instituições apesar de terem mencionado a realização de reuniões no ano de 2004, foi possível observar que não há periodicidade definida para a realização das mesmas, uma vez que o farmacêutico não soube responder quando ocorreram a penúltima e antepenúltima reuniões. Em apenas um hospital pesquisado, a Comissão de Farmácia e Terapêutica reuniu-se de forma sistemática, realizando as três últimas reuniões no período compreendido entre março e julho do ano de 2004.

5.3.6 Profissionais que participam da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Aos entrevistados perguntou-se quais profissionais participam da Comissão de Farmácia e Terapêutica da instituição, os resultados obtidos estão apresentados na tabela 10.

Tabela 10 – Profissionais que participam da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Hospital/Profissionais	Farmacêutico	Médico	Enfermeiro	Outros
Hospital 1	1	4	1	1
Hospital 2	1	1	1	0
Hospital 3	1	6	1	2
Hospital 4	2	1	3	1
TOTAL	5	12	6	4

A tabela 10 mostra que os componentes da Comissão de Farmácia e Terapêutica dos hospitais variou conforme a instituição pesquisada, porém em todas os grupos de trabalho contatou-se a presença de profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Ressalta-se, porém que o profissional farmacêutico, considerando os quatro hospitais que possuem CFT, encontra-se como o profissional com menor participação numérica nestas comissões, sendo mais expressiva a participação de médicos e enfermeiros. Verificou-se também que o administrador ou representante da área administrativa não participam da comissão. Foram também mencionados profissionais que atuam em outras áreas como compras, representante de materiais especiais e informática.

5.3.7 Tipo de Informação utilizada para análise de inclusão e exclusão de medicamentos na padronização

Questionou-se a todos os farmacêuticos entrevistados que tipo de informação é utilizada para análise de inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização do hospital. As respostas obtidas estão demonstradas na tabela 11.

Tabela 11 – Tipo de informação utilizada para análise de inclusões e exclusões de medicamentos na padronização.

Tipo de Informação	Número de Hospitais (n=13)	
	Nº	%
Qualquer trabalho científico	4	31
Material de laboratório farmacêutico	3	23
Não sabe informar	3	23
Revistas indexadas	3	23
Monografia do produto	2	15
Solicitação do corpo clínico	2	15
Comunicação com colegas	1	8
Conhecimento do corpo clínico	1	8
Documentos disponíveis na internet	1	8
Justificativa de solicitação	1	8
Material de congressos	1	8
Programas do Ministério da Saúde	1	8
Recomendações da Anvisa	1	8
Relato médico verbal	1	8

A tabela 11 mostra que a adoção de qualquer trabalho científico para analisar as inclusões e exclusões de medicamentos na padronização foi citada em 31 % dos hospitais como um dos tipos de informação utilizada. Em 23 % das instituições os materiais de laboratórios farmacêuticos e revistas indexadas foram citados, porém o mesmo percentual é observado para as instituições nas quais os farmacêuticos não sabem responder que tipo de material é utilizado para esta finalidade. A monografia do produto e a solicitação do corpo clínico foram citadas em 15 % das instituições como um dos tipos de informação e em 8% dos hospitais foram mencionados a comunicação com colegas, o relato médico verbal, os documentos disponíveis na Internet, o conhecimento do corpo clínico, a justificativas da solicitação, os materiais de congressos, os programas do MS e as recomendações da Anvisa como uma das fontes de informação para análise de inclusões e exclusões de medicamentos na padronização.

5.3.8 Tempo dedicado do profissional farmacêutico ao processo de seleção de medicamentos

Perguntou-se aos farmacêuticos quantas horas por mês dedicam-se ao processo de seleção de medicamentos. As respostas obtidas encontram-se demonstradas da tabela 12.

Tabela 12 – Número de horas mensais que o farmacêutico dedica-se ao processo de seleção de medicamentos

Nº horas trabalhadas	Nº de profissionais	%
Não atua	5	38
6 à 10 horas	4	31
11 à 20 horas	3	23
1 à 5 horas	1	8

A tabela 12 mostra que cinco farmacêuticos (38 %) pesquisados não se dedicam à seleção de medicamentos na instituição, três (23 %) ocupam de 11 à 20 horas mensais no processo de seleção de medicamentos, sendo que um dos entrevistados relatou que as horas acima mencionadas são realizadas além da jornada mensal de trabalho, uma vez que durante o período laborado não há tempo disponível para desenvolver esta atividade. Outros quatro farmacêuticos (31 %) declararam de 6 à 10 horas mensais para o processo de seleção de medicamentos e 1 farmacêutico (8 %) considerou que utiliza de 1 à 5 horas mensais do seu tempo de trabalho para o processo de seleção de medicamentos.

5.4 RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS

5.4.1 Existência da Relação de Medicamentos

Aos entrevistados perguntou-se sobre a existência de relação de medicamentos, definida nesta pesquisa como seleção de medicamentos para tratar as enfermidades mais freqüentes no hospital.

Em todos os hospitais visitados o farmacêutico respondeu existir relação de medicamentos. A última atualização desta relação ocorreu no ano de 2002 em três hospitais (23 %), em 2003 em sete (54 %), em 2004 em dois (15 %) e em um hospital (8 %) o farmacêutico não soube informar quando ocorreu a última atualização da relação de medicamentos. Ao solicitar informações quanto a periodicidade de atualização da relação de medicamentos verificou-se que em quatro hospitais (31%) não há periodicidade definida para atualização da mesma, em dois (15%) a atualização ocorre de forma bienal, em outros dois (15%) a periodicidade de atualização foi definida como contínua e em um hospital (8%) a atualização ocorre anualmente. Contudo, em um hospital (8%), o farmacêutico informou não haver atualização da relação de medicamentos e em outros três hospitais (23%) o farmacêutico não soube informar sobre a periodicidade de atualização da relação de medicamentos.

Em todas as instituições de estudo foi solicitada a cópia da Relação de Medicamentos padronizados, com o intuito de relacionar estes com os medicamentos que compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Somente nove instituições permitiram a reprodução da lista. Os resultados obtidos nesta análise encontram-se na tabela 13.

Tabela 13 - Comparação entre os medicamentos padronizados e a RENAME

Hospital	Total de medicamentos padronizados informado pelos farmacêuticos	Número de medicamentos que compõem a lista e não constam na RENAME	% de medicamentos padronizados que não constam na RENAME
HA	500	178	47
HB	200	Relação de Medicamentos não disponibilizada	-
HC	300	282	50
HD	920	Relação de Medicamentos não disponibilizada	-
HE	700	189	49
HF	300	221	55
HG	828	282	50
HH	NSI	282	50
HI	600	282	50
HJ	400	Relação de Medicamentos não disponibilizada	-
HK	800	213	56
HL	600	119	46
HM	100	Relação de Medicamentos não disponibilizada	-

A análise realizada possibilitou estabelecer através da média aritmética, o percentual de medicamentos padronizados nos hospitais que não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos e constatou-se que aproximadamente 50 % dos medicamentos utilizados nas instituições incluídas no estudo não constam na RENAME.

5.4.2 Existência de formulários específicos para inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização

Perguntou-se aos farmacêuticos se existem formulários específicos para inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização. Observou-se que em dez hospitais (77 %), os farmacêuticos entrevistados declararam possuir

formulários específicos para inclusões e exclusões de medicamentos na padronização, nove hospitais (69 %), declararam possuir formulários específicos para alterações de medicamentos na padronização e em três hospitais (23 %), observou-se que não existe qualquer tipo de formulário com a finalidade de inclusão, exclusão ou alteração de medicamentos na padronização.

5.4.3 Tipo de informação solicitada para realizar inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização em hospitais que possuem formulários específicos

Nos hospitais em que a resposta sobre existência de formulários para inclusões e exclusões de medicamentos foi positiva, perguntou-se aos farmacêuticos que tipo de informação é requisitada aos solicitantes para proceder inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização. As respostas obtidas foram ordenadas conforme mostra a tabela 14.

Tabela 14 – Tipo de informação requisitada para preenchimento dos formulários de inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização

Tipo de Informação	Número de Hospitais (n=10)	
	Nº	%
Qualquer trabalho científico	6	60
Solicitação do corpo clínico	6	60
Justificativa do médico solicitante	2	20
Programas do Ministério da Saúde	1	10
Rename	1	10
Material de Laboratório Farmacêutico	1	10
Trabalhos em revistas indexadas	1	10

A tabela 14 mostra que em 10 % dos hospitais, o farmacêutico entrevistado relatou utilizarem artigos publicados em revistas indexadas, a RENAME, os programas do Ministério da Saúde e materiais de laboratório farmacêutico como tipos de informação para avaliar a solicitação de inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização. Em dois hospitais (20 %) o farmacêutico relatou que a justificativa do médico é considerada um dos critérios para preenchimento dos formulários de inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização. Em seis hospitais (60 %), considera-se como tipo de informação para padronização qualquer trabalho científico e a solicitação do corpo clínico.

Ressalta-se que em todas as instituições visitadas o farmacêutico informou mais de um tipo de informação requisitada para preenchimento dos formulários de inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização, evidenciando que os tipos de informação acima citados não são em nenhum hospital únicos.

5.4.4 Meio de divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização do hospital.

Aos farmacêuticos entrevistados perguntou-se como é realizada a divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização do hospital. As respostas obtidas encontram-se apresentadas na tabela 15.

Tabela 15 – Meio de divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização.

Meio de Divulgação	Número de Hospitais (n=13)	
	Nº	%
Comunicação ao médico solicitante	3	23
Comunicação aos chefes de serviço	3	23
Boletim de atualização para os setores	2	15
Comunicação interna para as unidades	2	15
Lista fixada em mural	2	15
Lista fixada no local de prescrição	2	15
Comunicação ao diretor clínico	1	8
Comunicação para o corpo clínico	1	8
Intranet	1	8
Lista a parte no posto de enfermagem	1	8
Publicação imediata de uma nova lista	1	8
O fabricante divulga em unidades de internação e ambulatório	1	8
Não há divulgação	1	8

A tabela 15 mostra que uma das formas de divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização ocorrem através da comunicação ao médico solicitante e comunicação aos chefes de serviço em 23 % dos hospitais. A utilização de boletins de atualização, comunicação interna para todas as unidades,

lista fixada em mural e lista fixada no local onde é realizada a prescrição médica foram um dos meios de divulgação citados em 15 % dos hospitais e em 8 % dos hospitais observou-se a comunicação ao diretor clínico, a comunicação para o corpo clínico, a lista a parte no posto de enfermagem e a publicação imediata de uma nova lista, como um dos recursos utilizados para a divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização. Chama a atenção a resposta obtida em um dos hospitais, informando a atuação do próprio fabricante, na figura do representante da indústria, na difusão das alterações da lista de padronização.

Além disso, em um hospital (8 %) o farmacêutico informou que não há divulgação das alterações, inclusões ou exclusões realizadas na padronização de medicamentos.

5.4.5 Disponibilidade e número de exemplares da Relação de Medicamentos no local onde realiza-se a prescrição médica

Perguntou-se aos farmacêuticos se a relação de medicamentos padronizados encontra-se disponível no local onde o médico realiza a prescrição médica e em caso de resposta afirmativa foi solicitado informar a quantidade de listas disponíveis.

Em sete hospitais (54 %) os farmacêuticos entrevistados declararam que a lista de medicamentos padronizados encontra-se disponível no local onde é realizada a prescrição médica. Dentre estas instituições observou-se que em duas (15 %) cada prescritor possui sua lista de medicamentos padronizados, em três (23 %) existe uma lista em cada unidade de internação, em uma (8 %) não existem listas impressas, somente disponíveis via intranet e em outra (8 %) existe apenas uma lista disponível

em toda a instituição. Em seis hospitais (46 %), o farmacêutico entrevistado declarou não existirem listas disponíveis para o prescritor no momento da prescrição.

5.5 PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS

5.5.1 Existência de Protocolos Terapêuticos

Perguntou-se aos farmacêuticos a existência de protocolos terapêuticos escritos para utilização de medicamentos específicos. Observou-se que em seis hospitais (46 %) o farmacêutico declarou possuir protocolos terapêuticos escritos para utilização de medicamentos específicos, enquanto que sete hospitais (54 %) não possuem protocolos definidos. Contudo observou-se que nos hospitais onde o farmacêutico declarou possuir protocolos, não há clareza quanto ao significado do termo “protocolos terapêuticos”, sendo muitas vezes necessário esclarecimento do conceito para que fosse possível a resposta do entrevistado. Foram mencionados pelos entrevistados os protocolos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, que regulamentam o uso de antimicrobianos e protocolos de oncologia utilizados para o tratamento de neoplasias. Além disso, observou-se a existência de protocolos de restrição de uso, assim denominado pela instituição pesquisada, fornecidos ao médico solicitante, em casos de medicamentos de alto custo visando garantir a utilização do mesmo somente em casos de real necessidade.

5.5.2 Responsáveis pelo desenvolvimento e atualização dos Protocolos Terapêuticos

Nos hospitais que declararam possuir protocolos definidos e escritos para a utilização de medicamentos, procurou-se saber quem eram os responsáveis pelo desenvolvimento destes protocolos, bem como a data da última atualização e periodicidade de atualização dos mesmos.

Dentre os seis hospitais (46 %) que declararam possuir Protocolos Terapêuticos observou-se que em 100 % destes o médico é o responsável pelo desenvolvimento dos mesmos, sendo que em um dos hospitais (8 %) ocorre a atuação conjunta com a equipe de enfermeiros e em outro (8 %) há a participação dos farmacêuticos da instituição. Em um hospital (8 %) o farmacêutico entrevistado não soube informar quem são os responsáveis pelo desenvolvimento dos protocolos terapêuticos.

Quanto à atualização dos Protocolos Terapêuticos, nenhum farmacêutico entrevistado soube informar a data da última atualização, tampouco a periodicidade de atualização dos mesmos. Os farmacêuticos entrevistados não disponibilizaram e tampouco mostraram os protocolos existentes.

5.6 FORMULÁRIO TERAPÊUTICO

5.6.1 Existência de Formulário Terapêutico

Perguntou-se aos farmacêuticos a existência de formulário terapêutico, instrumento complementar à relação de medicamentos selecionados que deve disponibilizar informações básicas e fundamentais sobre cada um dos medicamentos constantes na padronização, orientando e subsidiando os prescritores, contribuindo

dessa forma para o uso racional de medicamentos. Observou-se que em dois hospitais (15 %) o farmacêutico relatou existir Formulário Terapêutico, em outros dois (15 %) o Formulário Terapêutico encontrava-se em fase de construção e em nove (70 %) hospitais não existia este instrumento.

Considerando as quatro instituições em que foi declarada a existência do Formulário Terapêutico ou em fase de desenvolvimento deste, verificou-se que em todos esses hospitais o farmacêutico é um dos profissionais responsáveis pelo desenvolvimento do Formulário. Contudo, em um hospital atua conjuntamente com profissionais médicos e enfermeiros, em outro somente com médicos e em outro somente com enfermeiros. Constatou-se que, em um dos hospitais pesquisados o farmacêutico é o único responsável pelo desenvolvimento do Formulário Terapêutico na instituição.

A atualização do Formulário Terapêutico foi informada somente nas duas instituições que declararam possuir o mesmo, uma vez que os instrumentos em fase de desenvolvimento nas outras duas instituições ainda não foram publicados. Dessa forma, verificou-se que um dos farmacêuticos entrevistados não soube responder quando foi realizada a última atualização do instrumento e o outro farmacêutico entrevistado declarou que a última atualização foi realizada no ano de 2002.

5.6.2 Informações contidas no Formulário Terapêutico

A entrevista com os farmacêuticos buscou identificar quais informações estavam contidas no Formulário Terapêutico. Os resultados obtidos estão apresentados nas tabelas 16.

Tabela 16 – Informações do Formulário Terapêutico

Informações contidas no Formulário Terapêutico	Número de Hospitais (n=4)	
	Nº	%
Grupo Farmacológico	3	75
Diluições	2	50
Indicações	2	50
Interações	2	50
Aspectos Farmacêuticos	1	25
Efeitos adversos	1	25
Estabilidade	1	25
Precauções	1	25

A tabela 16 mostra que o grupo farmacológico foi mencionado em três hospitais (75 %) como sendo informação contida nos Formulários Terapêuticos, informações sobre diluições, indicações e interações foram mencionadas em dois hospitais (50 %) e aspectos farmacêuticos, efeitos adversos, estabilidade e precauções foram mencionados em um hospital (25 %).

5.6.3 Tipo de informação utilizada para o desenvolvimento do Formulário Terapêutico

Perguntou-se aos farmacêuticos que declararam existir Formulário Terapêutico em suas instituições de trabalho, que tipo de informação é utilizada para o desenvolvimento deste. Os resultados obtidos estão apresentados na tabela 17.

Tabela 17 – Referências Bibliográficas utilizadas para o desenvolvimento do Formulário Terapêutico

Referências Bibliográficas utilizadas para o desenvolvimento do FT	Número de Hospitais (n=4)	
	Nº	%
Publicações Técnico Científicas em Geral	4	100
Livros Texto	4	100
DEF	1	25
Monografias	1	25
Divulgação de Campanhas publicitárias	1	25
Legislação	1	25
Revistas	1	25

A tabela 17 mostra que todos os farmacêuticos que declararam a existência do Formulário Terapêutico mencionaram como uma das referências bibliográficas utilizadas para o desenvolvimento deste, publicações técnico científicas em geral e livros texto. Foram citados em 25 % dos hospitais, os Dicionários de Especialidades Farmacêuticas, as monografias dos produtos, o material de divulgação de campanhas publicitárias, a legislação e as revistas como uma das fontes bibliográficas para a construção do Formulário Terapêutico.

5.7 ESTOQUE DE MEDICAMENTOS

5.7.1 Número de medicamentos padronizados

Considerando-se o estoque de medicamentos nas instituições pesquisadas, perguntou-se ao farmacêutico quantos medicamentos fazem parte da padronização. As respostas obtidas estão apresentadas na tabela 18.

Tabela 18 – Número de medicamentos padronizados

Número de medicamentos padronizados	Número de Hospitais (n=13)	
	Nº	%
100 à 300	4	31
301 à 500	2	15
501 à 700	3	23
701 à 900	2	15
Acima de 900	1	8
NSI	1	8

A tabela 18 mostra que entre os hospitais pesquisados quatro (31 %) possuem entre 100 a 300 medicamentos padronizados, três (23 %) possuem entre 301 à 500 medicamentos padronizados, outros três (23 %) possuem entre 501 à 700 medicamentos padronizados, dois (15 %) possuem entre 701 à 900 medicamentos padronizados, um (8 %) possui acima de 900 medicamentos padronizados e em um (8 %) hospital o farmacêutico entrevistado não soube informar quantos medicamentos estão padronizados.

Chama a atenção que em seis hospitais (46 %) o número de medicamentos padronizados é superior a 500 itens.

Os resultados obtidos demonstraram que, a relação entre o número de leitos e o número de medicamentos padronizados em hospitais com corpo clínico Aberto, obteve-se o resultado de 5,2 medicamentos/leito padronizados na instituição, enquanto que em hospitais com corpo clínico fechado a média obtida foi de 3,3 medicamentos/leito.

5.7.2 Setores responsáveis pela programação e aquisição de medicamentos

Questionou-se aos farmacêuticos quais setores são responsáveis pela programação e aquisição de medicamentos. Em todos os treze hospitais pesquisados a farmácia é o setor responsável pela programação de medicamentos, no entanto, a aquisição dos mesmos variou conforme regime jurídico e estrutura organizacional do hospital. Em quatro hospitais (31 %) a farmácia também é o setor responsável pela aquisição de medicamentos, em cinco (38 %) a aquisição é realizada pelo setor de compras e em quatro (31 %) a aquisição é realizada pela Secretaria Estadual de Saúde.

5.7.3 Estoque de medicamentos não padronizados

Com a finalidade de avaliar a seleção de medicamentos realizada na instituição, perguntou-se aos farmacêuticos se existiam medicamentos não padronizados armazenados na farmácia e verificou-se que em dez hospitais (78 %) estes produtos estavam presentes nos estoques.

Ao analisar os relatos verbais, foi possível observar que a declaração do farmacêutico em três hospitais (22 %) quanto ao fato não possuir medicamentos não padronizados em estoque, não necessariamente indica que estes não sejam adquiridos pela instituição. Foi relatado que em alguns casos, é solicitado ao familiar a aquisição do medicamento ou então é feita a doação e até comercialização deste com o paciente.

5.7.4 Quantidade de medicamentos não padronizados em estoque

Após identificar a presença de medicamentos não padronizados no estoque de medicamentos das instituições, os farmacêuticos foram questionados em relação à quantidade dos mesmos presentes em estoque. Os resultados obtidos demonstraram que entre as dez instituições que afirmaram possuir medicamentos não padronizados em estoque, em quatro (40 %) havia mais de 40 medicamentos NP, em uma (10 %) havia entre 11 e 20 medicamentos NP, em duas (20 %) havia entre 6 e 10 medicamentos, em duas (20 %) entre 1 e 5 medicamentos e em um (10 %) hospital o farmacêutico entrevistado não soube responder a quantidade de medicamentos não padronizados existente em estoque. Foi possível constatar que alguns hospitais não possuem estoque de medicamentos não padronizados, pois fazem a doação destes aos pacientes após a alta hospitalar.

5.7.5 Período de aquisição de medicamentos não padronizados e especialidades solicitantes

Nos hospitais que declararam possuir estoque de medicamentos não padronizados perguntou-se aos farmacêuticos em que período estes medicamentos passaram a ser estocados na farmácia do hospital, bem como quais as especialidades médicas que mais prescrevem os medicamentos não padronizados.

Os resultados obtidos demonstraram que em cinco hospitais (50 %) a solicitação de medicamentos não padronizados ocorre de forma constante e não foi possível ao farmacêutico precisar a data de início para solicitação destes. Em dois

hospitais (20 %) os medicamentos não padronizados passaram a ser solicitados em 2002 e em outros dois hospitais (20 %) em 2003.

Considerando as especialidades médicas foram mencionados pelos farmacêuticos entrevistados como principais prescritores de medicamentos não padronizados os neurologistas, geriatras, urologistas, oftalmologistas, oncologistas, hematologistas, clínicos geral, cirurgiões vasculares, psiquiatras, cardiologistas e gastroenterologistas.

5.7.6 Fornecedores de medicamentos

Com a finalidade de obter informações sobre a aquisição de medicamentos padronizados e não padronizados, perguntou-se ao farmacêutico quem são os fornecedores de medicamentos do hospital. Os resultados obtidos estão apresentados na tabela 19 e 20.

Tabela 19 – Fornecedores de medicamentos padronizados

Fornecedores de medicamentos	Número de Hospitais (n=13)	
	Nº	%
Distribuidoras	9	69
Indústrias Farmacêuticas	6	46
Não sabe informar	4	31
Farmácias	3	23
Fabricação Própria	1	8
Postos de Saúde	1	8

Na tabela 19, considerando os medicamentos padronizados os resultados obtidos mostraram que nove hospitais (69 %) pesquisados mencionaram abastecer o

seu estoques através de distribuidoras, seis hospitais (46 %) através de indústrias farmacêuticas, três hospitais (23 %) através de farmácias, um hospital (8 %) através da fabricação própria e um hospital (8 %) através de postos de saúde. Observou-se que o abastecimento de medicamentos pode ser realizado por mais de um dos fornecedores acima citados no mesmo hospital. Em quatro hospitais (31 %) o farmacêutico entrevistado não soube responder a origem dos estoques de medicamentos da farmácia.

Ressalta-se que os fornecedores acima citados não são únicos em nenhum hospital visitado.

Tabela 20 – Fornecedores de medicamentos não padronizados

Fornecedores de medicamentos	Número de Hospitais (n=13)	
	Nº	%
Farmácias	10	77
Distribuidoras	7	54
Não sabe informar	3	23
Indústrias Farmacêuticas	1	8
Postos de Saúde	1	8
Fabricação Própria	-	-

A tabela 20 mostra que sete farmacêuticos (54 %) mencionaram adquirir os medicamentos não padronizados através de distribuidoras, dez (77 %) através de farmácias, um (8 %) através de postos de saúde e um (8 %) através da indústria farmacêutica. Em três hospitais (23 %) o farmacêutico não soube informar onde são adquiridos os medicamentos não padronizados.

5.7.7 Classificação dos produtos em estoque quanto ao tipo de medicamentos

Perguntou-se aos farmacêuticos entrevistados qual a classificação dos produtos estocados, entre genéricos, similares, referência, amostras grátis, produtos farmacopeicos, produtos magistrais e outros. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 21.

Tabela 21 – Classificação dos medicamentos estocados

Classificação dos medicamentos	Número de Hospitais (n=13)	
	Nº	%
Medicamentos Genéricos	12	92
Medicamentos Similares	11	85
Medicamentos Referências	10	77
Amostras Grátis	7	54
Produtos Magistrais	7	54
Produtos Farmacopeicos	2	15

A tabela 21 mostra que em sete hospitais (54 %) o farmacêutico mencionou possuir medicamentos amostras-grátis em estoque, em dois (15 %) produtos farmacopeicos, em sete (54 %) produtos magistrais, em 11 (85 %) medicamentos similares, em dez (77 %) medicamentos referência e em 12 (92 %) medicamentos genéricos.

5.7.8 Valores gastos com medicamentos

Com o objetivo de conhecer os valores gastos com medicamentos nos hospitais visitados, perguntou-se aos farmacêuticos o valor gasto (anual) com medicamentos e medicamentos não padronizados em suas instituições. As respostas obtidas para o

questionamento realizado encontram-se descritas na tabela 22. Observa-se que os valores obtidos através da entrevista não podem ser considerados como valores absolutos e os mesmos não foram verificados na área administrativa da instituição, uma vez que a metodologia proposta teve somente o farmacêutico como entrevistado.

Tabela 22 – Valor anual gasto com medicamentos

Hospital	Classificação quanto ao número de leitos	Valor gasto com medicamentos padronizados	Valor gasto com medicamentos não padronizados
1	Grande Porte	R\$ 5.424.000,00	R\$ 24.000,00
7	Grande Porte	R\$ 4.800.000,00	R\$ 40.000,00
11	Grande Porte	R\$ 3.600.000,00	R\$ 1.200,00
6	Grande Porte	R\$ 3.000.000,00	NSI *
4	Médio Porte	R\$ 3.000.000,00	NSI
9	Médio Porte	R\$ 2.400.000,00	NSI
12	Grande Porte	R\$ 1.920.000,00	NSI
5	Grande Porte	R\$ 1.680.000,00	R\$ 3.600,00
3	Grande Porte	R\$ 1.440.000,00	NSI
8	Médio Porte	R\$ 720.000,00	NSI
13	Pequeno Porte	R\$ 300.000,00	R\$ 1.000,00
2	Médio Porte	NSI	NSI
10	Médio Porte	NSI	NSI

* NSI = Não sabe informar

A tabela 22 mostra que entre os hospitais classificados como grande porte (150 à 500 leitos) o valor gasto com medicamentos padronizados variou de R\$ 1.440.000,00 à R\$ 5.424.000,00, entre os hospitais classificados como médio porte (50

à 149 leitos) o valor variou de R\$ 720.000,00 à R\$ 3.000.000,00, sendo que entre estes, dois farmacêuticos entrevistados não souberam responder o valor gasto com medicamentos na instituição. O hospital classificado como pequeno porte informou que gasta anualmente com medicamentos padronizados aproximadamente R\$ 300.000,00.

Considerando os gastos com medicamentos não padronizados verificou-se que em oito hospitais (61 %) o farmacêutico não soube responder o valor gasto com esses medicamentos, analisando os hospitais de grande porte o valor variou de R\$ 1.200,00 à R\$ 40.000,00 e o hospital classificado com pequeno porte informou que gasta anualmente R\$ 1.000,00 com medicamentos não padronizados.

5.8 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

5.8.1 Recebimento da prescrição médica para dispensação

Perguntou-se aos farmacêuticos se o setor responsável pelos medicamentos na instituição recebe a prescrição médica para realizar o atendimento da mesma. Em 12 hospitais (92 %), a farmácia recebe a prescrição médica para atendimento na forma de cópia carbonada ou através de digitação eletrônica, contudo em um hospital (8 %), verificou-se que o atendimento da prescrição médica é realizado através da transcrição da prescrição pela equipe de enfermagem.

5.8.2 Existência de formulários específicos para solicitação de medicamentos não padronizados

Em relação aos medicamentos não padronizados procurou-se verificar se existe no hospital algum tipo de formulário específico para a solicitação destes pelo prescritor. Verificou-se que em nove hospitais (69 %) os medicamentos não padronizados são solicitados pelo médico através do preenchimento de um formulário específico elaborado na instituição. Porém, em quatro hospitais (30 %) não há formulários específicos e o prescritor solicita o não padronizado através da prescrição médica.

5.8.3 Justificativa de solicitação de medicamentos não padronizados

Perguntou-se aos farmacêuticos se o médico justifica a necessidade de utilização de medicamentos não padronizados na instituição. Observou-se que em nove hospitais (69 %) o médico solicitante deve preencher formulário específico justificando a necessidade de uso de medicamentos não padronizados e em quatro hospitais (30 %), não há exigência de justificativa para a prescrição destes medicamentos. Observa-se que ao analisar os resultados obtidos foi possível constatar que, apesar da mesma porcentagem obtida na análise do item 6.8.2, os hospitais que não solicitam justificativa não são necessariamente os mesmos que não possuem o formulário específico para solicitação de medicamentos não padronizados, evidenciando que o preenchimento do formulário específico nem sempre vem acompanhado da justificativa de utilização, bem como, em alguns casos a justificativa é solicitada mesmo sem a existência de formulários específicos.

5.8.4 Encaminhamento das solicitações de medicamentos não padronizados

Procurou-se identificar como se dá nos hospitais o encaminhamento de solicitações de medicamentos não padronizados. A tabela 23 mostra os resultados obtidos.

Tabela 23 – Encaminhamento das solicitações de medicamentos não padronizados.

Forma de atendimento das solicitações de medicamentos NP	Número de Hospitais (n=13)	
	Nº	%
O setor responsável pelos medicamentos efetua a compra	8	62
O farmacêutico solicita substituição do medicamento ao médico prescritor	2	15
O hospital solicita aos responsáveis pelo paciente a compra do medicamento não padronizado	2	15
A solicitação do medicamento não padronizado é encaminhada à direção médica	1	8
A farmácia solicita o medicamento via Secretaria Estadual de Saúde	1	8

A tabela 23 mostra que os medicamentos não padronizados são providenciados pela farmácia em oito hospitais (62 %), não havendo qualquer diálogo entre os profissionais da saúde da instituição sobre a necessidade do medicamento ou tentativa de substituição por itens padronizados. Encaminhar a solicitação à Direção Clínica é a medida adotada pela farmácia de um hospital (8 %), solicitar a substituição do medicamento é a forma utilizada por dois hospitais (15 %), em um hospital (8 %) a farmácia solicita os medicamentos não padronizados via Secretaria Estadual de Saúde

e dois hospitais (15 %) informaram que é solicitado aos familiares do paciente que providenciem o medicamento não padronizado quando prescrito.

5.9 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS INDICADORES

Para a análise dos diferentes componentes envolvidos neste estudo utilizaram-se de indicadores específicos, conforme descrito na metodologia. O número de indicadores estabelecidos para cada componente encontra-se descrito na tabela 24.

Tabela 24 – Número de indicadores para cada componente avaliado no processo de seleção de medicamentos

COMPONENTE	Nº DE INDICADORES
Profissional Farmacêutico	03
Dispensação de Medicamentos	01
Comissão de Farmácia e Terapêutica	03
Relação de Medicamentos	03
Protocolos Terapêuticos	02
Formulário Terapêutico	02
Estoque de Medicamentos	02
TOTAL	16

A construção de indicadores permitiu uma análise quantitativa e o quadro 12 apresenta os resultados obtidos através do conjunto de dados coletados.

Nº	Denominação do Indicador	Resultado
1	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica	31 % (4/13)
2	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica funcionando regularmente	8 % (1/13)
3	Porcentagem de Hospitais em que é declarada a existência de Relação de Medicamentos.	100 % (13/13)
4	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência de Relação de Medicamentos atualizada.	61 % (8/13)
5	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência de Relação de Medicamentos disponível no local onde é realizada a prescrição médica.	54 % (7/13)
6	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência de protocolos terapêuticos.	46 % (6/13)
7	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência de protocolos terapêuticos atualizados.	0 % (0/13)
8	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência de formulário ou guia farmacoterapêutico.	15 % (2/13)
9	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência de formulário ou guia farmacoterapêutico atualizado.	8 % (1/13)
10	Porcentagem de fármacos em estoque na farmácia dos hospitais que não constam na RENAME.	50 %
11	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência de medicamentos não padronizados em estoque na farmácia	77 % (10/13)
12	Porcentagem de hospitais em que é declarada a existência de procedimento definido para a prescrição de medicamentos não padronizados.	61 % (8/13)
13	Porcentagem de profissionais farmacêutico atuando regularmente no hospital.	92 % (12/13)
14	Porcentagem de profissionais farmacêuticos com experiência na área hospitalar.	71 % (20/28)
15	Porcentagem de profissionais que declararam utilizar fontes informação primárias e secundárias para análise de inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização.	23 % (3/13)
16	Porcentagem de hospitais que declararam possuir profissionais farmacêuticos atuando no desenvolvimento da padronização de medicamentos nos hospitais.	38 % (5/13)

Quadro 12 - Resultados da análise com base nos indicadores de seleção de medicamentos

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa está ordenada seguindo a estrutura estabelecida pelo instrumento de coleta de dados realizando inter-relação entre os tópicos abordados.

Caracterização Geral do Hospital

No hospital, por ser esta uma organização complexa em que diversos profissionais atuam com o objetivo de cuidar de forma adequada e segura do paciente, a qualidade dos serviços hospitalares é fundamental para o bom desempenho e eficiência. O conhecimento da atuação dos prescritores e a forma como estes se organizam é, um dos fatores para assegurar a racionalização e conseqüentemente a padronização de medicamentos.

Neste contexto, chama a atenção que dentre os farmacêuticos entrevistados, 38 % revelaram falta de conhecimento do número de prescritores nas instituições em que trabalham sendo que destes, três farmacêuticos atuam em hospitais com corpo clínico fechado e dois em hospitais com corpo clínico aberto.

O corpo clínico das instituições hospitalares pode ser definido como o conjunto de médicos efetivos do hospital que deve agir de acordo com regulamentação do próprio regimento. Os hospitais de corpo clínico aberto são aqueles que tendo ou não médicos efetivos, permitem a outros médicos a internação e cuidados de seus pacientes. Em caso de hospitais com corpo clínico fechado, o exercício de profissionais não efetivos na instituição é permitido apenas em caráter eventual e mediante fornecimento de autorização especial (BITTAR, 1996).

O não conhecimento do número total de médicos que compõem o corpo clínico, pelo profissional farmacêutico, pode ser considerado aceitável em instituições que apresentam corpo clínico aberto, visto que o número de médicos nestes hospitais tende a ser maior que em hospitais com corpo clínico fechado, dificultando muitas vezes a interdisciplinaridade.

O número de médicos que compõe o corpo clínico está diretamente relacionado com o número de leitos do hospital e este pode se refletir significativamente na padronização de medicamentos da instituição. Quanto maior o número de profissionais médicos prescritores, maior a possibilidade de solicitações de medicamentos não padronizados e inclusões, pois um maior número de profissionais, com diferentes experiências e abordagens terapêuticas distintas estarão prescrevendo medicamentos.

Em relação ao tipo de estrutura física dos hospitais observou-se predominância da estrutura física do tipo vertical, contudo entre os profissionais que declararam não conhecer o número de médicos que compõem o corpo clínico verificou-se predominância da estrutura física horizontal ou pavilhonar.

Segundo Boing (2003), os edifícios hospitalares sofreram evoluções ao longo da história e modelos tipológicos podem ser identificados conforme cada período, destacando-se sua importância histórica, capacidade de responder às expectativas de sua época, inovações na medicina, arquitetura, construção civil, e os conceitos introduzidos nos projetos hospitalares ao longo da história.

Neste mesmo estudo, Boing enfatiza que os hospitais de tipologia horizontal apresentam grandes distâncias a serem percorridas por seus usuários, dificultando na maioria das vezes a comunicação necessária entre os setores. Quanto maior a distância a ser percorrida pelos usuários maior a dificuldade existente para realizar troca de informações.

Em consonância com essa análise, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar aprovado em 25 de outubro de 2001 (BRASIL, 2001a), estabelece que a estrutura física das instituições hospitalares deve definir as vias de acesso ao hospital, facilitando as circulações internas, promovendo a sinalização e a racionalização dos fluxos, independentemente da posição vertical ou horizontal, monobloco ou pavilhonar.

Ao considerar a prescrição de medicamentos, a estrutura física das instituições hospitalares pode interferir na utilização de medicamentos quando o prescritor não tem conhecimento dos medicamentos disponíveis na instituição e passa a utilizar produtos que sejam de seu conhecimento e de sua experiência prévia ou de sua prática fora do ambiente hospitalar, muitas vezes não existentes nos estoques de medicamentos do hospital.

De um modo geral, a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002c), que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde não estabelece uma tipologia de edifícios de saúde, e considera todos os tipos de edificações como sendo estabelecimentos assistenciais de saúde - EAS, que devem se adequar as peculiaridades epidemiológicas, populacionais e geográficas da região onde estão inseridos. O programa arquitetônico de um hospital deve variar caso à caso, na medida em que atividades distintas ocorram em cada um deles.

Os hospitais visitados, conforme estabeleceu a metodologia da pesquisa, são classificados quanto ao atendimento como do tipo geral e a análise do número de leitos possibilitou constatar que as três cidades visitadas oferecem serviços hospitalares em hospitais de pequeno, médio e grande porte, obedecendo a capacidade nominal estabelecida quanto a estes. Contudo, chama a atenção que, em uma instituição as atividades são desenvolvidas em número de leitos ativos muito

acima do número de leitos declarados indicando possíveis dificuldades para realizar atendimentos com qualidade e eficiência. O atendimento de pacientes em leitos improvisados pode interferir na prescrição de medicamentos selecionados na instituição, devido ao grande volume de atendimentos, o que nem sempre permite consultar a padronização, falta de tempo para comunicação entre os profissionais e sobrecarga de trabalho em áreas estratégicas, como enfermagem e farmácia.

Quanto ao regime jurídico dos hospitais, constatou-se que aproximadamente 50 % das instituições visitadas são classificadas como filantrópicas, o que significa que devem destinar 20% de sua receita bruta para atendimento gratuito às pessoas carentes; destinar, pelo menos, 60% dos seus leitos ao Sistema Único de Saúde; não conceder remuneração, gratificação ou vantagem de qualquer espécie aos membros da diretoria (BORBA, 1988). O governo brasileiro concede aos hospitais filantrópicos isenção de pagamento das contribuições previdenciárias, que representam 20% da folha de salários, isenção do PIS e COFINS e outros benefícios.

O conhecimento do regime jurídico dos hospitais pesquisados contribuiu para identificar a origem dos medicamentos estocados na farmácia hospitalar e conseqüentemente, avaliar se este pode ser considerado como fator diferencial no processo de seleção e padronização de medicamentos. Constatou-se que nos hospitais classificados como públicos a seleção de medicamentos é realizada através da Divisão de Assistência Farmacêutica (DIAF) da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina, sendo de responsabilidade da farmácia hospitalar padronizar os medicamentos conforme características epidemiológicas e populacionais de cada região onde se encontra o hospital.

Entre os hospitais que declararam possuir Comissão de Farmácia e Terapêutica, 50% são classificados como hospital público. Este fato pode estar

relacionado com a preocupação com os custos envolvidos na utilização de medicamentos, bem como, com os incentivos oferecidos pelo governo a estas instituições para o desenvolvimento de Comissões Hospitalares especializadas. Os demais hospitais que declararam a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica são classificados como hospitais filantrópicos.

Buscando identificar a influência que as especialidades médicas exercem na padronização de medicamentos, esta pesquisa identificou os serviços hospitalares oferecidos segundo as especialidades médicas e constatou-se que por se tratar de hospitais com atendimento do tipo geral, uma grande variedade de especialistas exerce atividades nos hospitais visitados. Entretanto, destaca-se que um dos farmacêuticos entrevistados não soube responder no momento da entrevista quais especialidades médicas são oferecidas no hospital em que trabalha sugerindo novamente conseqüências diretas nos resultados da terapêutica devido à falta de interação farmacêutico/médico.

Estruturação do Setor Responsável pelos Medicamentos

De acordo com a Resolução nº 300, de 30 de janeiro de 1997 do Conselho Federal de Farmácia, compete a Farmácia Hospitalar, desenvolver atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos, sendo dirigida por profissional farmacêutico e integrada funcional e hierarquicamente as demais unidades hospitalares. Em todos os hospitais do estudo, era denominada como Farmácia o setor responsável pelos medicamentos, porém este fato não comprova o seu envolvimento na realização das atividades consideradas essenciais em relação a estes.

Considerando a ligação hierárquica, percebeu-se que em aproximadamente 50 % das instituições a farmácia hospitalar encontra-se subordinada à área clínica que é dirigida por um profissional médico, conforme recomenda a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH, 1996).

Segundo esta mesma entidade, a farmácia hospitalar é definida como uma unidade clínica, administrativa e econômica que desenvolve atividades nas áreas assistenciais, técnicas, científicas e administrativas, e recomenda-se a vinculação da mesma à direção clínica ou geral da instituição.

Em estudo que avaliou a estrutura organizacional das instituições hospitalares, Gonçalves (1999), publicou uma proposta para o hospital moderno, vinculando o serviço de farmácia à gerência de materiais devido a atividades como processos e políticas de aquisição de medicamentos e equipamentos, distribuição e controle de medicamentos, faturamento, auditorias, manutenção de equipamentos e gestão de estoques. No entanto, especialistas consideram a farmácia como um serviço clínico e, portanto, é recomendável que esteja ligada à direção, à área clínica ou assistencial do hospital. A farmácia hospitalar moderna, devido a grande diversidade de atividades que vem desenvolvendo deve possuir relacionamento integrado tanto com as áreas clínicas, como administrativas (GOMES, 2000).

Ao se analisar o faturamento anual dos hospitais visitados, percebeu-se que, de modo geral, os farmacêuticos pouco sabem sobre o assunto, uma vez que 70% dos entrevistados declararam não conhecer o faturamento anual das instituições que trabalham.

Estudos realizados na Espanha revelaram que o gasto com medicamentos representa cerca de 25 % do gasto sanitário total na Espanha, e nos últimos anos o aumento dos custos estiveram acima da inflação. Chama a atenção neste estudo que

os maiores gastos estão relacionados à medicamentos com menos de dez anos de comercialização (ALVAREZ, 2001; CAMEO et al, 1998).

Sloan e colaboradores (1997), em pesquisa realizada em 103 hospitais nos Estados Unidos, revelam que, embora em algumas instituições a farmácia represente apenas 4-8 % do total dos gastos hospitalares, a preocupação com a contenção das despesas já existe, uma vez que fatores como o aumento real dos produtos farmacêuticos, aumento da complexidade das patologias e a adoção de novas tecnologias, tendem a elevar rapidamente esses percentuais.

Em 2003, pesquisa realizada na Universidade de Louisville (USA) relata o aumento do custo dos produtos farmacêuticos e descreve que no período compreendido entre 1990 e 2000 os gastos oriundos da prescrição de medicamentos aumentaram na taxa de 200 % (FRANKLIN, 2003). A estreita relação entre a economia e a saúde é reconhecida há muitos anos, e neste contexto a farmácia hospitalar é um setor que, por necessitar elevados valores orçamentários e apresentar significativa complexidade em seus processos de gestão, deve incorporar técnicas administrativas mais apuradas, evitando o empirismo (ASSIS et al, 2003).

Atuação do Profissional Farmacêutico

Todos os hospitais do estudo apresentam farmacêuticos responsáveis, desenvolvendo atividades na Farmácia Hospitalar, com exceção de um onde o profissional atua na área de análises clínicas no laboratório da instituição.

A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar na publicação em 1997 dos padrões mínimos para a farmácia hospitalar, estabeleceu como padrão mínimo para recursos humanos, um farmacêutico para cada cinqüenta leitos hospitalares (SBRAFH, 1996).

O Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, ao analisar a relação farmacêutico/leito, encontrou o resultado de um farmacêutico para cada 72 leitos enquanto em hospitais europeus a média é de um farmacêutico para 226 leitos (OSÓRIO-DE-CASTRO e CASTILHO, 2004). Ao se analisar a relação farmacêutico/leito esta pesquisa observou a relação de um farmacêutico para cada 81 leitos, porém a simples análise desta relação é pouco informativa, e faz-se necessária a correlação do número de farmacêuticos e das atividades desenvolvidas, uma vez que instituições com apenas dois farmacêuticos declararam desenvolver atividades de seleção, enquanto que em instituições com 6 farmacêuticos apresentam atividade incipiente nesta área.

A falta do farmacêutico desenvolvendo atividades na farmácia compromete a qualidade dos serviços prestados e pode interferir de forma significativa na prescrição de medicamentos e conseqüentemente na seleção e padronização destes, uma vez que não se encontra na farmácia o profissional legalmente habilitado para contribuir para a racionalização do uso de medicamentos.

Segundo Ortolá et al (2001), em estudo que descreveu a experiência da Fundação Hospital Manacor, na Espanha, na implantação do programa de qualidade que segue as normas da ISO 9002, o serviço de farmácia é unidade central na garantia do uso racional de medicamentos, dando suporte a todas as áreas assistenciais, através das atividades de seleção, aquisição, preparação e conservação de medicamentos. Também são de responsabilidade da farmácia hospitalar garantir um sistema eficaz de distribuição de medicamentos, bem como, fornecer informações sobre os mesmos e estabelecer vias de comunicação em todos os níveis com os demais profissionais que atuam no hospital. Analisando as considerações do autor, percebe-se que o desenvolvimento das atividades acima especificadas torna-se

irrelevante e muitas vezes até inexistente sem a participação do profissional farmacêutico na instituição.

Em publicações direcionadas para a avaliação do valor agregado à saúde através do profissional farmacêutico em Harvard e Pittsburgh nos Estados Unidos, constatou-se que este contribui na contenção de gastos, devido a especificidade dos conhecimentos, informações oferecidas e qualidade dos serviços prestados (INDRITZ, 1999). No entanto, os resultados obtidos no presente trabalho revelaram, que o farmacêutico quase não disponibiliza horas mensais da sua carga horária de trabalho para o processo de seleção de medicamentos.

Dessa forma a revisão da distribuição das funções nas farmácias hospitalares se faz necessária buscando identificar as potencialidades e qualificações dos profissionais envolvidos para o desenvolvimento pelo menos das atividades consideradas essenciais, como seleção, logística e dispensação de medicamentos.

Constatou-se também que a farmácia hospitalar em grande parte dos hospitais possui horário de funcionamento de 24 horas, porém a presença do farmacêutico durante essa jornada é variável, sendo que 57 % dos profissionais atuam durante 44 horas semanais. Porém em algumas instituições o farmacêutico permanece somente durante 4 horas diárias. Ambas as situações encontram-se em desacordo com a legislação vigente, uma vez que esta determina a presença do profissional farmacêutico nos estabelecimentos de saúde durante todo o período de funcionamento deste. Este fato, não parece ser motivo de preocupação das instituições hospitalares, tendo em vista que o número de farmacêuticos contratados é incompatível com o horário de funcionamento em algumas instituições e em outras não ocorre a alocação de profissionais para o período noturno, apesar do número suficiente de farmacêuticos para o desenvolvimento das atividades durante 24 horas, conforme preconiza a

Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH, 1996). Além disso, em alguns hospitais a limitada carga horária, pode significar prejuízo em algumas atividades essenciais entre estas a seleção de medicamentos.

Este fato merece destaque, enfatizando a atuação dos órgãos da categoria profissional através da qualificação do profissional para atuar no processo de seleção de medicamentos.

Experiência Profissional

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997), a seleção de medicamentos é um processo contínuo, multidisciplinar e participativo, que deve desenvolver-se baseado na eficácia, segurança, qualidade e custo dos medicamentos, visando promover o uso racional dos mesmos. Dessa forma, as atividades de seleção de medicamentos requerem tempo hábil para pesquisa, habilidades para análise de dados e troca de informações com a equipe de saúde.

A análise do resultado do indicador que considerou o tempo de experiência dos farmacêuticos em atividades hospitalares demonstrou que 71 % dos profissionais já atuam nesta área há mais de quatro anos. A análise da titulação dos farmacêuticos revelou que 50 % dos profissionais realizaram curso de especialização na área de atuação, identificando interesse por estes na continuidade e aperfeiçoamento do aprendizado.

Embora a maioria dos hospitais conte com profissionais com tempo de atuação na área hospitalar superior a quatro anos e com pós-graduação, constatou-se que a seleção de medicamentos não é considerada atividade essencial.

Considerando a situação acima exposta, ressalta-se a necessidade dos órgãos competentes em promover e regulamentar a criação de cursos de pós-graduação e de educação continuada enfatizando a importância do papel do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica e no processo de seleção de medicamentos.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Ao se analisar a existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) nas instituições visitadas, observou-se que apenas 31 % dos hospitais declararam apresentar esta comissão, demonstrando que, a seleção de medicamentos não está sendo considerada atividade essencial nas farmácias hospitalares. O estabelecimento da CFT nas instituições hospitalares assinala a intenção de implementar uma política de uso racional de medicamentos.

Confirmando a baixa frequência de Comissões de Farmácia e Terapêutica nos hospitais, o Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil (OSÓRIO-DE-CASTRO & CASTILHO, 2004) revelou que somente 11 % dos hospitais visitados apresentam Comissão de Farmácia e Terapêutica, sendo que destas apenas 3 % funcionam regularmente.

As CFT são instâncias, dentro de hospitais, responsáveis pela avaliação do uso clínico dos medicamentos, desenvolvendo políticas para gerenciar o uso, a administração e o sistema de seleção. Atuando como um foro para avaliar e discutir os aspectos do tratamento medicamentoso, as CFT orientam o corpo clínico, de enfermagem, de farmácia e a área administrativa sobre temas relacionados a medicamentos (GREEN, 2003).

Entre os hospitais que declararam a existência da CFT constatou-se que o farmacêutico é um dos profissionais integrantes da mesma conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (MARÍN, 2003). Contudo, verificou-se que o farmacêutico é o profissional em menor número nas Comissões de Farmácia e Terapêutica das instituições de estudo. Os médicos e enfermeiros compõem de forma mais expressiva as CFT. Apesar de encontrar-se em menor número de profissionais que integram a Comissão de Farmácia e Terapêutica, o farmacêutico representa o Serviço de Farmácia e possui papel fundamental que não pode ser delegado para outros profissionais.

Um dos indicadores de qualidade das Comissões de Farmácia e Terapêutica é o número de reuniões anuais realizadas. A análise da periodicidade das reuniões da CFT nos hospitais que declararam possuir a mesma, revelou que estas, com exceção de uma, não ocorrem de forma periódica e uniforme, sugerindo baixo grau de interesse na política de uso racional e o compromisso de seus membros e da instituição precisam ser reavaliados, para que os objetivos iniciais estabelecidos sejam alcançados.

Segundo Jimenez (2000), a CFT é uma das comissões clínicas hospitalares de maior relevância constituindo um órgão de assessoramento, consulta, coordenação e informação sobre os assuntos relacionados a medicamentos e deve atuar tanto de forma passiva, analisando solicitações de inclusões e exclusões de medicamentos, como também de forma ativa, estabelecendo critérios explícitos de utilização de medicamentos, publicando boletins de atualização periódicos, buscando o uso racional de medicamentos, bem como o conhecimento dos mesmos pelos profissionais prescritores.

Destaca-se, de acordo com Fijin, 2002, a complexidade das atividades das Comissões de Farmácia e Terapêutica, uma vez que se encontram freqüentemente avaliando princípios contraditórios: fazer o melhor para os pacientes atuais e ao mesmo tempo reservar recursos para os pacientes futuros, o que muitas vezes pode requerer uma equipe devidamente capacitada, que além dos conhecimentos científicos agregue criticidade, ética e até filosofia para analisar a seleção de medicamentos em uma instituição hospitalar.

Em alguns países existem estudos que demonstram que as CFT podem ter impacto significativo na promoção do uso racional de medicamentos, monitorando a sua utilização e controlando os seus custos (WEEKES, 1996). Nos países em desenvolvimento, a evidência é menos convincente, mas suficiente para mostrar que as funções específicas da CFT constituem intervenções efetivas para melhorar a utilização de medicamentos (WHO, 2004).

Entre os hospitais que declararam não possuir Comissão de Farmácia e Terapêutica, constatou-se que da mesma forma como nos hospitais que possuem essa comissão, os médicos e enfermeiros são os profissionais que em maior número estão envolvidos com a seleção de medicamentos da instituição. Este fato mais uma vez reforça a necessidade de estabelecimentos de padrões de atuação para as atividades da CFT, uma vez que a implementação desta nos hospitais pesquisados, não indicou, considerando os aspectos técnicos da seleção de medicamentos, diferencial quanto à utilização de medicamentos.

Processo de Seleção de Medicamentos

Os critérios de seleção de medicamentos dependem de vários fatores como o padrão de prevalência das patologias, as facilidades do tratamento, o treinamento e a experiência dos avaliadores, bem como dos recursos financeiros entre outros. Ao se analisar os critérios de seleção de medicamentos nos hospitais de estudo constatou-se que estes variaram de forma significativa entre os hospitais que não possuem CFT e os que declararam a sua existência. Nos hospitais com CFT o principal critério declarado para a seleção de medicamentos foi o custo do medicamento, enquanto que nos hospitais sem CFT a solicitação médica foi considerada o critério de seleção de medicamentos. A adoção da solicitação médica como critério de inclusão de medicamentos na padronização, sem que seja feita uma análise criteriosa através de comparações fundamentadas cientificamente pode resultar na disponibilização, pela instituição, de medicamentos que não possuem eficácia e segurança comprovadas, e conseqüentemente, no emprego desnecessário de recursos financeiros. Ressalta-se a pouca clareza nos critérios a serem estabelecidos para a seleção de medicamentos e a sobreposição dos aspectos econômicos em relação aos aspectos técnicos.

Os principais critérios para seleção de medicamentos devem considerar a não existência na padronização de medicamentos específicos para tratar determinada patologia, eficácia terapêutica, perfil de segurança do medicamento, versatilidade das dosagens, facilidade na dispensação individualizada e custo/benefício (MANNEBACH, 1999).

Analysaram-se também as informações utilizadas para subsidiar a seleção de medicamentos nos hospitais e verificou-se que a maioria dos profissionais entrevistados considera qualquer trabalho científico suficiente para esta atividade.

Chama a atenção que um número não muito menor de profissionais utilizam os materiais de laboratório farmacêutico para avaliar possíveis inclusões e exclusões de medicamentos na padronização.

Estudos recentes revelam que as indústrias farmacêuticas gastam um valor estimado de um a 1,5 bilhão de dólares, por ano, promovendo os seus medicamentos em países desenvolvidos e relatam que muitas vezes os dados sobre medicamentos novos, fornecidos pelos fabricantes podem conter vieses, fato que se tornou notório recentemente, com a necessidade da retirada do mercado de uma das marcas de antiinflamatórios inibidores seletivos da cicloxigenase-2 (MANSFIELD, 2003).

Lexchin (2004) comentou sobre a influência da indústria no financiamento de pesquisas científicas, e relatou a dificuldade em obter financiamento de algumas fontes para a pesquisa de medicamentos com valor comercial limitado. Ressaltou também, que a falta de comunicação entre investigadores pode impedir o progresso científico, e em alguns casos a interrupção da pesquisa antes que os resultados significativos estejam disponíveis pode representar riscos. Além disso, a publicação suprimida ou atrasada dos dados da pesquisa pode interferir nos resultados das meta-análises, tendo por resultado perfis incorretos do risco-benefício para os medicamentos. Chama a atenção as conclusões do autor, quando este revela que pesquisa clínica comercialmente financiada tem maior probabilidade de resultados positivos do que aquelas financiadas por outras fontes.

Dessa forma, desenvolver a seleção de medicamentos baseada em qualquer trabalho científico patrocinado, ou em material de divulgação do laboratório fabricante pode representar risco na qualidade do trabalho desenvolvido e não representa de forma real o benefício terapêutico dos produtos selecionados. Considerando os medicamentos novos, dada a falta de evidência que a maior parte destes apresenta

sobre vantagem terapêutica em relação aos tratamentos existentes, se faz necessária a análise de fontes bibliográficas confiáveis, priorizando as meta-análises e as revisões sistemáticas de estudos controle randomizados com muito baixo risco de vieses (LEXCHIN, 2002).

Em publicação recente, constatou-se que as revisões em busca da melhor evidência científica, que incluem artigo de revisão e livros texto, são consideradas com força de evidência científica precária, já que não podem ser reproduzidos por outros autores. Estes textos, geralmente são gerados segundo a opinião do autor, que decide quais as informações são mais relevantes, sem explicitar a forma como são obtidas. Em alguns casos, o autor pode escolher de forma arbitrária os artigos de onde provem a informação e as orientações do texto estão sujeitas ao viés de seleção (BERNARDO, 2004).

Sempre que possível as revisões para selecionar medicamentos devem ser desenvolvidas de forma sistemática, com ou sem meta-análise, através de bibliografia que utilize metodologia reprodutível, explícita, critérios de pesquisa e seleção de informação, de tal forma que outros autores que queiram reproduzir a mesma metodologia possam chegar as mesmas conclusões (BERNARDO, 2004).

Relação de Medicamentos

A Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS 2001), desde a década de 70, tem estimulado a elaboração de listas nacionais de medicamentos essenciais como uma diretriz fundamental das políticas de saúde e, a partir de análises de um comitê de especialistas, publica uma lista modelo de medicamentos essenciais, a qual tem sido periodicamente atualizada. É importante ressaltar que essa lista modelo é considerada

uma referência, podendo ser adaptada à realidade de cada país, de acordo com sua própria política no campo da saúde e com as características locais, seja do perfil epidemiológico de sua população, seja da disponibilidade dos medicamentos em seu mercado (JACOBZONE, 2000). Cabe destacar que antes mesmo do estabelecimento da lista de medicamentos essenciais da OMS foi estabelecida no Brasil uma relação de medicamentos essenciais, denominada Rename e a Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998, no processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, estabeleceu como uma de suas diretrizes, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (BRASIL, 2002a).

Nos hospitais o processo de seleção de medicamentos não está finalizado após a escolha dos medicamentos que farão parte da padronização. Pode-se dizer que o processo de seleção de medicamentos desenvolve-se em duas etapas: seleção propriamente dita que dará origem a uma lista de medicamentos utilizada principalmente para fins logísticos como aquisição e controles; e uma segunda etapa, cujo resultado deve ser a elaboração do formulário terapêutico que difere da Relação de Medicamentos por conter informação técnico-científica relevante e atualizada sobre os medicamentos que tenham sido selecionados (AGUILÁR, 1997).

Considerando a Relação de Medicamentos, percebeu-se que todos os farmacêuticos entrevistados declararam a existência desta nas instituições em que trabalham. Porém, não se evidenciou definição clara da metodologia para a avaliação científica e terapêutica dos medicamentos no processo de sua elaboração.

Em contrapartida, o diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil (OSÓRIO-DE-CASTRO e CASTILHO, 2004) revelou que somente 27 % dos hospitais visitados possuíam Relação de Medicamentos atualizada. No ambiente hospitalar um

complemento às listas de medicamentos essenciais é o desenvolvimento da Relação de Medicamentos para cada instituição, adotando a sua própria seleção de medicamentos.

Os objetivos básicos da Relação de Medicamentos devem ser, possibilitar ao corpo clínico e às demais áreas de interesse o conhecimento dos medicamentos selecionados, com base na segurança e eficácia, otimizando a prescrição medicamentosa e facilitando a atuação da área administrativa da instituição. Além disso, deve representar, juntamente com o Formulário Terapêutico, fonte de informação, contribuindo para consolidar o papel do Serviço de Farmácia no desenvolvimento do uso racional de medicamentos.

Os dados analisados revelam que a importância da Relação de Medicamentos não está devidamente considerada, uma vez que identificou-se a existência de listas desatualizadas, e sem periodicidade definida para a atualização. A Relação de Medicamentos deve ser revisada periodicamente, a cada dois anos, para ajustá-la às necessidades e às mudanças e evoluções que possam ocorrer na terapêutica e evitar que esse instrumento torne-se desatualizado e sem credibilidade (MARÍN, 2003).

A Utilização de Medicamentos Não Padronizados

Considerando que a Relação de Medicamentos é um documento que serve de orientação fundamental ao prescritor, uma vez que disponibiliza informações básicas que lhe permitem prescrever o tratamento apropriado a cada caso particular, a necessidade de utilizar medicamentos que não pertencem à Relação de Medicamentos adotada no hospital, deve ser prevista e procedimentos para a solicitação destes produtos devem ser estabelecidos, definindo os responsáveis pela

autorização de compra, bem como, os critérios utilizados para aprovar ou rejeitar a solicitação.

A seleção adequada e racional de medicamentos em ambiente hospitalar tem sido considerada absolutamente necessária, devido a grande amplitude do mercado farmacêutico e a necessidade de reduzir a um número apropriado os medicamentos disponíveis na instituição.

Os resultados obtidos revelaram que em 23 % dos hospitais visitados não existe qualquer tipo de formulário para solicitação de inclusões de produtos que não constem na Relação de medicamentos. Este é um fato relevante, uma vez que pode permitir ao médico, sem justificativa alguma, prescrever medicamentos que não façam parte da padronização do hospital.

A prescrição de medicamentos não constantes na Relação de Medicamentos pode estar relacionada ao grande número de especialidades farmacêuticas disponíveis no mercado, acrescentada anualmente de novos lançamentos, e o agressivo trabalho de marketing da indústria farmacêutica, realizado de forma constante sobre o médico, estabelecendo em alguns casos, vínculos de confiança nas informações produzidas e veiculadas pela indústria farmacêutica que irão influenciar os hábitos de prescrição.

Segundo Acurcio (2003), a maioria das “novidades” farmacêuticas ainda é representada pelos chamados medicamentos *me too*, que nem sempre oferecem vantagens sobre os produtos já existentes no mercado, mas que, como estratégia mercadológica no âmbito da sociedade consumidora, são lançados e apresentados como medicamentos mais poderosos, como tecnologias de última geração.

A adoção de formulários específicos para a inclusão, exclusão e alteração de medicamentos na padronização visa permitir a avaliação dos medicamentos solicitados e compará-los com os medicamentos padronizados. Esta análise deve ser

feita considerando os benefícios terapêuticos, e em caso de condições de igualdade de eficácia e segurança, avaliar o fator custo. A combinação dos fatores acima relacionados pode favorecer a categorização do medicamento solicitado, classificando-o como produto que possibilita importante melhora terapêutica, moderada melhora terapêutica, produto de uso restrito e produto que possibilita pouca ou nula vantagem terapêutica.

Dessa forma, a análise da solicitação pela Comissão de Farmácia e Terapêutica deve possibilitar a inclusão, alteração ou exclusão de algum medicamento na padronização, através de estudos pertinentes para cada produto proposto, analisando a existência de alternativa não sugerida, considerando as informações técnico-científicas dos medicamentos.

Tendo em vista o tipo de informação requisitada para preenchimento dos formulários de inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização das instituições, observa-se que a solicitação médica e a utilização de qualquer tipo de trabalho científico foram as principais fontes de informações utilizadas nos hospitais visitados.

A utilização de formulários específicos para a solicitação de inclusão, exclusão ou alteração de medicamentos garantem o caráter dinâmico e flexível da seleção de medicamentos, contudo, os mesmos devem estar acompanhados de referência bibliográficas atualizadas, respaldadas cientificamente como periódicos internacionais indexados, consensos de especialistas, livros tradicionais e bases de dados como Medline e Lilacs.

Utilização de Medicamentos constantes na Relação de Medicamentos

A utilização dos medicamentos constantes na Relação de Medicamentos padronizados está diretamente relacionada à disponibilidade e divulgação deste documento no hospital. Para tornar obrigatório o uso somente dos medicamentos padronizados na instituição, se faz necessário o envolvimento e a sensibilização de toda a equipe de saúde, principalmente o corpo clínico, esclarecendo as vantagens terapêuticas e também econômicas na prescrição de medicamentos selecionados. Os resultados obtidos quanto aos meios de comunicação utilizados pelos hospitais visitados para realizar a divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização, sugerem baixa eficácia no alcance dos objetivos propostos, uma vez que os métodos mais utilizados são a informação direta ao médico solicitante e a comunicação direta ao Chefe de Serviço, não garantindo que a informação seja repassada para todo o corpo clínico da instituição.

As alterações realizadas na Relação de Medicamentos e também no Formulário Terapêutico devem ser comunicadas ao corpo clínico e aos demais profissionais envolvidos com medicamentos, como farmacêuticos e enfermeiros, e a área administrativa. A divulgação dos trabalhos pode ser realizada através de conferências semanais com prescritores, cartas, encontros de especialistas e através da publicação dos resultados obtidos em locais estratégicos, como postos de enfermagem e locais destinados à prescrição médica (MOORE et al, 1997). Recursos tecnológicos também podem ser adotados como a intranet, palms, site do hospital etc., visando garantir a difusão das informações de forma mais completa e imediata possível (ORDOVÁS, 2002).

Praticamente a metade das instituições visitadas não relatou a existência da Relação de Medicamentos no local onde é realizada a prescrição médica. Este fato, chama a atenção para a possibilidade de prescrição de medicamentos não padronizados, bem como da solicitação de inclusões e alterações na padronização, tendo em vista que, o prescritor, em alguns hospitais não tem conhecimento dos medicamentos disponíveis para prescrição.

Esta situação pode ser amenizada através da implementação da comunicação efetiva entre o Serviço de Farmácia e demais áreas, disponibilizando no local da prescrição, em rede ou impressos, a relação de medicamentos padronizados, bem como os pareceres emitidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica quanto à padronização de medicamentos (LARA, 2004).

A participação do Serviço de Farmácia e da Comissão de Farmácia e Terapêutica é de fundamental importância, realizando a divulgação da relação de medicamentos padronizados e criando formulários específicos, que somente mediante justificativas baseadas em caráter científico, permitirão a inclusão de medicamentos na padronização, bem como a aquisição de medicamentos não padronizados, após a apreciação da CFT.

Protocolos Terapêuticos

A utilização de protocolos terapêuticos como ferramenta na tomada de decisão quanto ao emprego de determinada terapia farmacológica tende a trazer benefícios a todos os envolvidos no processo de desenvolvimento, aos profissionais que adotam os mesmos e principalmente aos pacientes (RICHMAN, 2000).

Da mesma forma, os resultados obtidos no Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil (OSÓRIO-DE-CASTRO e CASTILHO, 2004) mostram que apenas 2 % dos hospitais visitados declararam a existência de Protocolos Terapêuticos.

O Protocolo Terapêutico, também chamado de diretriz clínica, é um conjunto de recomendações desenvolvidas de maneira sistematizada, que se destinam a apoiar o médico e o paciente na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde, em situações clínicas específicas (BRASIL, 2004).

A utilização de Protocolos Terapêuticos pode ser considerada como atividade complementar para atingir os objetivos pretendidos com a Relação de Medicamentos e com o Formulário Terapêutico, contribuindo de forma bastante significativa para o processo de seleção de medicamentos nas instituições (MARÍN et al, 2003).

As vantagens da elaboração das diretrizes são específicas para os pacientes, os profissionais e o sistema de saúde. Para os pacientes os protocolos devem:

- a) contribuir para a melhoria dos resultados e da qualidade em saúde, promovendo práticas eficazes e seguras e desaconselhando as outras;
- b) contribuir para a melhoria da consistência dos cuidados, com redução da variação da prática médica;
- c) oferecer informações de boa qualidade;
- d) servir como instrumentos de alteração de políticas de saúde, com identificação de novas carências e distribuição mais justa dos recursos.

Para os profissionais de saúde:

- a) contribuir para a melhoria da qualidade da decisão clínica, através da indicação de recomendações claras, diminuindo a variação da prática clínica e substanciando as opções técnicas;

- b) oferecer informações sobre que intervenções são eficazes e em que contextos, em oposição àquelas que a evidência científica desaconselha, por serem inúteis ou perigosas;
- c) servir como base de referência para programas de qualidade em saúde;
- d) auxiliar na identificação de áreas necessitando de investigação clínica apropriada;
- e) servir como esquema referencial da melhor prática médica.

Para os sistemas de saúde:

- a) contribuir para a melhoria da eficiência dos serviços;
- b) auxiliar na otimização da aplicação dos recursos (BRASIL, 2004).

A área da assistência à saúde e, mais especificamente da assistência médica, tem sido marcada, desde a década de 90, por uma crescente preocupação com o estímulo ao uso e efetiva utilização de práticas endossadas pelo conhecimento científico corrente. A motivação maior é a perspectiva de melhoria da qualidade da assistência, mas de forma progressiva também ganha importância à perspectiva de alocação mais eficiente de recursos, comumente limitados (PORTELA, 2004). A utilização de medicamentos e de qualquer outro recurso, sem obedecer aos critérios de evidência científica e eficiência clínica, pressupõe elevado custo da terapia e possui implicações na qualidade da assistência oferecida (SACKETT, 2000).

A discussão em torno de diretrizes clínicas origina-se da percepção de variações dos padrões de prática e utilização de serviços de saúde, uso inapropriado de serviços e incerteza acerca dos resultados obtidos pelo uso ou não de serviços ou procedimentos (PORTELA, 2004). Certamente, a maior razão para o desenvolvimento e uso de diretrizes clínicas é o seu potencial para melhorar a qualidade da assistência à saúde, porém devido aos limitados recursos disponíveis nesta área, considerar

fatores econômicos no desenvolvimento de Protocolos Clínicos é fator indispensável, uma vez que existe variabilidade clara na prática clínica, descrita em estudos, tanto na utilização de recursos, como nos resultados obtidos (BONAFONT, 2002)

Em algumas instituições visitadas observou-se a existência de protocolos de restrição de uso, fornecidos ao médico solicitante, em casos de medicamentos de alto custo, visando garantir a utilização do mesmo somente em casos de real necessidade. No que concerne às preocupações com a contenção de custos, prevalece o entendimento de que as diretrizes clínicas têm o potencial de contribuir positivamente para a racionalização na prestação de cuidados de saúde, através do melhor direcionamento dos recursos e limitação de variações inapropriadas na prática médica (GRIMSHAW e HUTCHINSON, 1995).

Também é apontada na literatura a importância de que as diretrizes clínicas sejam desenvolvidas ou endossadas pelas organizações profissionais e por médicos reconhecidos como líderes nas áreas em foco (MOODY-WILLIAMS et al, 2002).

Outros estudos demonstram que os Protocolos Clínicos devem ser desenvolvidos por médicos especialistas, pesquisadores, farmacêuticos, administradores e pacientes (consumidores), considerando a experiência clínica, os recursos disponíveis, as melhores evidências e o desejo dos pacientes (SACKETT, 2000).

Os resultados obtidos revelaram que o médico é único profissional envolvido no desenvolvimento de protocolos nas instituições, sugerindo necessidade de avaliação deste processo, tendo em vista que o desenvolvimento de Protocolos ou Diretrizes Clínicas requer também habilidades não clínicas, como o uso de base de dados (Evidence-based Medicine Reviews, Cochrane Library, Centre for Evidence Based Medicine, MEDLINE), epidemiologia clínica, administração financeira, bioestatística,

legislação e redação, demonstrando a necessidade da participação de profissionais com conhecimentos específicos.

Ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada. Assim, em plena conformidade com a Política Nacional de Medicamentos e promover o uso racional de medicamentos, o Ministério da Saúde lançou-se ao desafio de formular, para os medicamentos de alto custo, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (OPAS, 2002b).

O exercício da medicina deve dar-se de forma coerente com as normas éticas e profissionais e com condutas clinicamente relevantes e cientificamente válidas. Dessa forma, os Protocolos Terapêuticos devem ser desenvolvidos através da revisão sistemática das evidências científicas e considerar os Guias de Prática Clínica publicados pelas sociedades científicas através de *Guidelines*.

Estudo canadense recente revela que as doenças infecciosas, cardiocirculatórias e as neoplasias são as patologias mais freqüentemente abordadas nos protocolos terapêuticos, por tratar-se de doenças que, na maioria das vezes, os medicamentos indicados para tratamento são de alto custo (GRAHAM et al, 2001). Os farmacêuticos que declararam a existência de Protocolos Terapêuticos mencionaram, em consonância com o estudo acima citado, a existência de protocolos técnicos para tratamentos da oncologia clínica e protocolos para utilização de antibióticos estabelecidos pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Analisando a periodicidade de atualização dos Protocolos Terapêuticos nos hospitais visitados que declararam a existência dos mesmos, não foi verificada a sua revisão sistemática. Os Protocolos Terapêuticos devem ser atualizados sempre que surgirem novas provas convincentes que alterem a eficácia das recomendações. Em

estudo recente, mais de 75 % dos protocolos da *US Agency of Healthcare Research and Quality*, necessitavam atualização, e recomendam a atualização dos documentos a cada três anos (SHEKELLE et al, 2001).

Formulário Terapêutico

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o Formulário Terapêutico deve possuir conteúdo mínimo que contemple os objetivos deste documento que são disponibilizar informações básicas e fundamentais sobre cada um dos medicamentos constantes na Relação de Medicamentos do hospital, subsidiar os prescritores através de informações críticas sobre os tratamentos e estimular a aplicação das condutas baseadas em evidência. Além disso, o Formulário Terapêutico pode promover a educação continuada para os profissionais de saúde, consolidando o papel do Serviço de Farmácia no que se refere a informação sobre medicamentos no hospital (SAX, 1999).

A prescrição racional é realizada quando um profissional bem informado, fazendo uso dos melhores critérios, prescreve ao paciente um medicamento adequado, em doses apropriadas, durante o período de tempo necessário e ao menor custo possível (OLMSTEAD, 1999; WHO, 2004).

Uma das ferramentas utilizadas para racionalizar a prescrição médica é o Formulário Terapêutico, também chamado de Guia Farmacoterapêutico. Neste estudo, constatou-se que em 15 % dos hospitais visitados foi declarada a existência desse documento. Os resultados obtidos no Diagnóstico da Farmácia Hospital no Brasil (OSÓRIO-DE-CASTRO e CASTILHOS, 2004), revelam um percentual ainda menor para a existência de Formulários Terapêuticos nos hospitais brasileiros (5,6 %),

contudo a análise qualitativa dos processos de elaboração e atualização dos Formulários Terapêuticos não indica que a existência destes possa ser considerada mais significativa nos hospitais em Santa Catarina.

Neste estudo evidenciou-se que o Formulário Terapêutico, quando existente, foi desenvolvido somente pelo farmacêutico, e em outros casos contou com a colaboração de enfermeiros e médicos. Estudo recente revelou que a participação de outros profissionais na elaboração do Formulário Terapêutico e a avaliação deste pela Comissão de Farmácia e Terapêutica tendem a contribuir para a tomada de decisão aumentando os fatores a serem considerados, devido a experiências distintas de cada profissional, no que se refere aos medicamentos (MARTIN, et al, 2003).

Contatou-se também que, neste módulo da pesquisa, houve maior dificuldade nas respostas dos entrevistados, do que nos demais módulos, pois o farmacêutico, na maioria das instituições visitadas, desconhecia o significado do termo Formulário Terapêutico, reforçando a importância das atividades de educação continuada e treinamento na farmácia hospitalar, destacados pela ASHP (2002) e em outros estudos (WILKEN, 1999; OSÓRIO-DE-CASTRO e CASTILHO, 2004).

A atualização e revisão do Formulário Terapêutico devem ser periódicas e não ultrapassar o período de dois anos. Estudos demonstram que, de uma maneira geral, um Formulário Terapêutico com mais de dois anos de existência, sem revisão e atualização, pode ser considerado obsoleto e inútil (ASHP, 2002).

Neste contexto, os resultados obtidos sugerem que os hospitais visitados que declararam possuir Formulário Terapêutico utilizam o documento de forma desatualizada, o que pode interferir significativamente na qualidade da assistência prestada, bem como na confiabilidade dos serviços prestados pela farmácia do hospital.

Ao analisar as características do Formulário Terapêutico considera-se que este deve incluir um número limitado de medicamentos, os mais adequados, para serem utilizados no hospital a qual se destina. Em contrapartida, os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento do mesmo, não devem esquecer que a mudança dos padrões reais de utilização dos medicamentos é um dos fatores principais para a utilização do FT não devendo unicamente colocar à disposição do prescritor, uma recompilação de conhecimentos farmacológicos (ARNAU e LAPORTE, 1989).

Considerando os resultados obtidos quanto às informações contidas nos Formulários Terapêuticos dos hospitais que declararam a sua existência, percebe-se que poucas são as informações disponibilizadas, restringindo-se, na maioria dos casos, a dados relativos a diluições, indicações e interações e grupos farmacológicos. Este fato revela que os formulários terapêuticos, assim declarados pelos entrevistados, não podem ser considerados como tal. Pesquisas recentes revelam que, os Formulários Terapêuticos somente possibilitam o uso racional de medicamentos, se forem elaborados de forma adequada (GARCÍA, 2000).

O Formulário Terapêutico, segundo a literatura, deve ser de fácil manuseio e conter informações relevantes selecionadas, destinadas aos prescritores, enfermeiros e outros profissionais envolvidos com medicamentos. As informações normalmente contidas são o nome da substância ativa, indicações, dosagens, contra indicações efeitos adversos e informações consideradas importantes para serem repassadas aos pacientes (AGUILAR, 1997).

Ao se analisar as declarações dos farmacêuticos quanto às referências bibliográficas utilizadas para a elaboração do Formulário Terapêutico, percebeu-se que os livros texto e qualquer trabalho científico são considerados satisfatórios para esta atividade. A construção do Formulário Terapêutico pode ser realizada através de uma

revisão narrativa, que não requer tão grande rigor metodológico, como o imprescindível para a seleção de medicamentos. Contudo, a utilização de material fornecido pela Indústria farmacêutica e o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) mencionados por alguns farmacêuticos entrevistados, devem ser avaliados com cuidado.

Barros (2002), ao avaliar a qualidade do Dicionário de Especialidades Farmacêuticas detectou diferenças no conteúdo das informações veiculadas, quando comparado à literatura similar americana, com omissão de importantes informações acerca de reações adversas e interações. Da mesma forma, segundo a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, a Indústria farmacêutica tende a exagerar benefícios e a reduzir os riscos inerentes, na publicidade dos medicamentos.

Dal Pizzol et al (1999), compararam propagandas de medicamentos em revistas Médicas latino-americanas e revistas de circulação internacional e os resultados obtidos demonstraram diferenças significativas nas informações que mostram os riscos dos medicamentos, reações adversas, interações medicamentosas e precauções ao produto. Neste mesmo estudo, apesar dos problemas detectados com a publicidade de medicamentos, os autores revelaram ainda que a propaganda de medicamentos tem sido uma importante fonte de informação para todos os profissionais da saúde dos países subdesenvolvidos. Neste contexto, a utilização do material bibliográfico fornecido pela indústria farmacêutica requer análise cautelosa e comparativa com a literatura científica.

Número de Medicamentos Padronizados

Ao analisar o número de medicamentos que fazem parte da padronização das instituições visitadas, verificou-se que, considerando hospitais de médio e grande porte, o número de substâncias ativas selecionadas variou entre 300 e 830. A lista de medicamentos essenciais e o Formulário Terapêutico da OMS estão baseados em 316 substâncias, e a Relação Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2002a) contém 327 fármacos, em 520 apresentações. Considerando estas informações, e analisando o resultado do indicador que comparou a Rename com a Relação de medicamentos dos hospitais, verifica-se que 50 % dos medicamentos padronizados nos hospitais de estudo não constam na lista nacional de medicamentos essenciais. Este fato sugere que a Rename, apesar de possuir medicamentos de uso hospitalar, nas instituições visitadas, não está sendo utilizada como referência para a elaboração da Relação de Medicamentos.

A Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar estabelece que um hospital com as mesmas características, trabalha rotineiramente com 500 a 800 fármacos. Em consonância com esta entidade a quantidade de medicamentos padronizados nos hospitais deste estudo encontram-se dentro do preconizado (ORDOVÁS, 2002)

Considerando que todos os hospitais visitados são classificados como do tipo Geral, os medicamentos padronizados nas instituições deveriam possibilitar o tratamento medicamentoso em várias especialidades clínicas e cirúrgicas, não divergindo de forma significativa na quantidade das substâncias ativas padronizadas, tendo em vista a similaridade dos serviços prestados.

Chama a atenção o fato de que não houve grande diferença entre o número de medicamentos padronizados nas instituições com até 149 leitos (médio porte) e

instituições com até 500 leitos (grande porte), sugerindo que neste estudo o número de leitos não interfere na quantidade de medicamentos selecionados nas instituições.

Considerando a relação entre o número de leitos e o número de medicamentos padronizados em hospitais com corpo clínico aberto, obteve-se o resultado de 5,2 medicamentos/leito padronizados na instituição, enquanto que em hospitais com corpo clínico fechado a média obtida foi de 3,3 medicamentos/leito. Este fato comprova que em hospitais com corpo clínico aberto existe uma tendência natural de haver maior número de medicamentos padronizados na instituição, uma vez que, quanto maior o número de médicos prescritores maior a possibilidade de utilização de medicamentos conforme experiência de cada profissional.

Analisando a influência que a Comissão de Farmácia e Terapêutica exerce na seleção de medicamentos nas instituições que declararam possuir a mesma, constatou-se que entre os hospitais de grande porte, instituições onde a maioria das CFT foi encontrada, surpreendentemente não foram observadas diferenças consideradas significativas no número de medicamentos padronizados quando comparados aos hospitais que declararam não existir a CFT.

Estudos realizados em países desenvolvidos demonstram que as CFT podem ter um impacto significativo na promoção do uso racional de medicamentos, monitorando a sua utilização e controlando os custos. Entretanto em países em desenvolvimento, as evidências são menos convincentes, mas suficientes para mostrar que as funções específicas de uma CFT oferecem intervenções efetivas para promover a melhor utilização dos medicamentos e conseqüentemente a racionalização dos custos. Estas afirmações reforçam a necessidade do funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica de forma ativa nos hospitais e principalmente da criação de

incentivos à implantação destas nas instituições visando racionalizar a terapêutica e os recursos financeiros (GREEN, 2003).

Neste contexto, os resultados sugerem que faz-se necessária a reestruturação das atividades da Comissão de Farmácia e Terapêutica dos hospitais de estudo, estabelecendo como prioridade as intervenções comprovadamente bem sucedidas, como estabelecimento e implementação da Relação de Medicamentos, Protocolos de Tratamento Padronizados e o uso de técnicas educativas, especialmente métodos interativos baseados em problemas nos contextos reais e sessões repetidas com prescritores diferentes. Cabe ressaltar que o sucesso da CFT está diretamente relacionado com o estabelecimento de auditoria e controles, realizando a monitorização constante da utilização de medicamentos e dos hábitos de prescrição do corpo clínico, visando adequar os procedimentos adotados aos estabelecidos na instituição através das instâncias competentes.

Aquisição de Medicamentos Padronizados e Não padronizados

Os fabricantes, em sua maioria, não vendem seus produtos diretamente para os consumidores finais e entre eles podem existir vários intermediários que realizam diversas funções, constituindo um canal de marketing.

Kotler (2000) afirma que os fabricantes obtêm diversas vantagens com a utilização de intermediários: 1) muitos fabricantes não dispõem de recursos financeiros para comercializar seus produtos diretamente; 2) em alguns casos, a comercialização direta simplesmente não é viável; e 3) os fabricantes que estabelecem seus próprios canais podem obter um retorno maior, investindo mais em seu negócio principal, pois

se uma empresa obtém um retorno de 20% sobre a fabricação e de apenas 10% sobre o varejo, não tem sentido pensar em estabelecer um varejo próprio.

Em todos os hospitais visitados verificou-se que a Farmácia é o setor responsável pela programação de medicamentos para a aquisição. No entanto, nesta pesquisa não se verificou se a programação de medicamentos é realizada adequadamente, uma vez que existem vários métodos para programar medicamentos, devendo este ser escolhido considerando os recursos e as informações disponíveis. Castro e Castilhos (2004) demonstraram a baixa adequação das Farmácias Hospitalares quanto a esta atividade.

A estimativa das necessidades de medicamentos das instituições hospitalares representa ponto crucial do ciclo da assistência farmacêutica, uma vez que possui relação direta com o acesso aos medicamentos bem como com as perdas desses produtos (MARÍN, 2003).

Estudos demonstram que a participação do profissional farmacêutico no processo logístico de abastecimento e gerenciamento de medicamentos é de suma importância, exigindo do profissional além do domínio técnico, a capacidade para realizar a gestão de estoques, provendo os produtos na quantidade necessária, assegurando a qualidade e garantindo a aquisição ao menor custo possível (ORDOVÁS, 2002).

A aquisição de medicamentos nos hospitais visitados é realizada pela farmácia e pelo setor de compras nos classificados quanto ao regime jurídico como hospitais privados, filantrópicos e públicos municipais e através da Secretaria Estadual de Saúde, para os hospitais públicos estaduais.

O processo de aquisição de medicamentos, independente da forma como é realizado, deve contribuir para o sucesso e credibilidade dos serviços farmacêuticos e

as suas ações devem estar pautadas visando promover a agilidade das compras, confiabilidade nos produtos adquiridos e alcance de preços competitivos (MARÍN, 2003).

A aquisição de medicamentos não padronizados foi evidenciada em 77 % das instituições visitadas, devido à presença destes nos estoques das farmácias hospitalares. Este fato sugere a não adequação do corpo clínico à Relação de Medicamentos utilizada pelo hospital, pode significar ainda a falta de atualização e de critérios pré-estabelecidos para o desenvolvimento da Relação de Medicamentos. Um outro fato a ser mencionado é que algumas instituições podem considerar os medicamentos de alto custo como não padronizados visando restringir a utilização dos mesmos.

Observou-se que a utilização de medicamentos não padronizados em 40 % das instituições é constante e somente em um hospital, que declarou a existência da CFT, não se constatou a utilização destes. Este fato sugere novamente, a pouca influência que exerce a CFT nas decisões do corpo clínico quanto ao tratamento utilizado. Chama a atenção que, apesar da última atualização da Relação de Medicamentos nos hospitais visitados ter sido realizada no ano de 2003, os farmacêuticos declararam que a utilização de medicamentos não padronizados sempre ocorreu ou se manteve mesmo após a revisão da Relação de Medicamentos.

A não adesão à Relação de Medicamentos estabelecida no hospital pode estar relacionada vários fatores, entre estes se destacam o marketing exercido pela indústria farmacêutica na promoção de novos medicamentos, à utilização contínua pelo paciente de medicamento não padronizado no hospital, a prescrição de medicamentos classificados como *me too* e a prescrição de medicamentos restritos (FIJIN, 2001).

A análise do consumo de medicamentos não padronizados pode fornecer informações sobre as necessidades terapêuticas não cobertas pela seleção de medicamentos utilizada, limitações de disponibilidade, grau de conhecimento, utilização e descumprimento da Relação de Medicamentos, eficiência dos sistemas de informação e divulgação e controle de qualidade dos Serviços de Farmácia (WEEKS, 1998)

Segundo Indritz (1999) e Summers et al (1993), a atuação do farmacêutico, sugerindo ao médico substituição terapêutica ou farmacêutica e a prescrição de medicamentos padronizados na instituição, implementam o sistema e reduzem custos. Outros estudos analisados reforçam a idéia de que a intervenção do farmacêutico pode reduzir o número de internações e a utilização de medicamentos associados a RAMs (ASPH, 2002). De uma forma geral, as intervenções farmacêuticas mostram resultados positivos, reduzindo custos e melhorando as prescrições, porém, a natureza das intervenções não deve restringir-se somente às diferentes possibilidades de aconselhamento ao prescritor de medicamentos, uma vez que a falta de posicionamento mais pró-ativo do profissional farmacêutico, buscando também a adequação do medicamento ao usuário, reduz o seu papel no sistema de saúde e compromete o atendimento das necessidades de países como o Brasil (ROMANO-LIEBER, et al, 2002).

A análise das especialidades médicas que prescrevem medicamentos não padronizados nas instituições visitadas evidenciou que não existem diferenças significativas entre as especialidades médicas solicitantes, de uma forma geral, a prescrição de produtos que não constam na Relação de Medicamentos ocorre entre todas as áreas médicas. Este fato foi também apontado por Fijn e colaboradores, (2001), quando demonstrou que ao contrário do que se imagina, a não adesão à

Relação de Medicamentos ou ao Formulário Terapêutico independe da especialidade médica, da área terapêutica de atuação e das características do paciente.

As informações sobre a aquisição de medicamentos padronizados e não padronizados permitiram verificar os fornecedores dos produtos, bem como classificar os medicamentos estocados. Neste contexto, destacam-se as distribuidoras de medicamentos, que foram citadas como fornecedores de medicamentos padronizados em aproximadamente 70 % da amostra deste estudo. A indústria farmacêutica foi o segundo fornecedor de medicamentos citado e chama a atenção o fato de que 31 % dos farmacêuticos entrevistados não souberam informar os fornecedores de medicamentos do hospital.

As empresas distribuidoras de medicamentos são empresas intermediárias que permitem a comercialização com o varejo, principalmente aqueles em que não há um interesse direto da indústria farmacêutica. As distribuidoras de medicamentos vendem para clientes institucionais, que compram produtos e serviços, para revendê-los para suas atividades profissionais, geralmente, oferecendo uma série de vantagens logísticas sobre a compra direta com o fabricante, destacando-se o prazo de entrega que na maioria das empresas é de 24 horas após a solicitação. Além disso, quando considerado o fator custo, de modo geral, as distribuidoras de medicamentos repassam descontos angariados com os fabricantes para o consumidor final e exigem pedidos mínimos com valores inferiores aos solicitados pela Indústria farmacêutica. Dessa forma, o hospital, neste caso consumidor, de modo geral realiza a aquisição de medicamentos com menor custo e o prazo de entrega curto viabiliza redução de estoques.

Em contrapartida, foi mencionada pelo farmacêutico em 70 % dos hospitais visitados, que a compra de medicamentos não padronizados é realizada através de

farmácias. As farmácias consideradas como mercado varejista, compram, recebem, e estocam produtos de fabricantes ou atacadistas para oferecer aos consumidores finais a conveniência de tempo e lugar para aquisição de produtos. Contudo, quando considerado o valor final dos medicamentos os hospitais quase sempre perdem, uma vez que a farmácia comercializa medicamentos com valores pré-estabelecidos, que encontram-se muito acima dos valores praticados pela indústria e pelas distribuidoras de medicamentos.

Estoque de Medicamentos

A classificação do estoque de medicamentos permitiu constatar que entre os hospitais escolhidos para estudo nesta pesquisa, 92 % dos farmacêuticos entrevistados mencionaram possuir medicamentos genéricos em estoque. A utilização de medicamentos genéricos tem sido considerada uma das alternativas empregadas para diminuir o valor do tratamento prescrito, sem detrimento da qualidade terapêutica (CAMEO et al, 1998).

A OMS aponta como marco central da estratégia de uma política de medicamentos essenciais a aprovação de programas de medicamentos genéricos e esta questão tornou-se tendência mundial, não apenas nos países do Terceiro Mundo, motivada pela necessidade de contenção de gastos (BERMUDEZ, 1999).

Alguns estudos demonstram o sucesso de uma política de genéricos esbarra em argumentos médicos que são familiares em praticamente todos os países onde foram introduzidos com ou sem êxito os genéricos. Entre estes, destacam-se a liberdade de prescrição e a experiência clínica.

Considerando a efetiva implementação de uma política de medicamento genéricos, deve-se considerar a ligação entre a denominação genérica e o nome de marca dos medicamentos previamente existentes, através da utilização da Denominação Comum Brasileira na Relação de Medicamentos, nos Protocolos Terapêuticos e no Formulário Terapêutico, reafirmando as diretrizes para os profissionais de saúde quanto a utilização com segurança de medicamentos genéricos, bioequivalentes e intercambiáveis. A adesão dos profissionais de saúde à política de medicamentos genéricos é fundamental para sua efetiva consolidação no sistema de saúde (BERMUDEZ, 1999).

Teve destaque também a presença, em 46 % das instituições visitadas, de medicamentos Amostras-Grátis nos estoques. Este fato sugere a pressão exercida pela indústria farmacêutica, visando a adição de seus produtos à Relação de Medicamentos disponíveis ao corpo clínico para prescrição. Ressalta-se, porém que a comercialização de amostras grátis caracteriza-se como procedimento ilícito.

No âmbito hospitalar a utilização de amostras grátis pode interferir na prescrição médica e conseqüentemente induzir a padronização de medicamentos que não apresentam benefícios terapêuticos adicionais quando comparados com os já existentes na instituição. Além disso, as amostras-grátis, possuem forte apelo econômico, uma vez que são inicialmente fornecidas pela indústria, proporcionando economia momentânea que provavelmente se transformarão em custos adicionais, através da padronização de novos medicamentos que nem sempre possuem valor terapêutico adicional agregado, mas certamente agregam custo financeiro.

Visando identificar se a seleção de medicamentos causa impacto financeiro nas instituições hospitalares, observou-se que o farmacêutico não participa de forma ativa na área econômica financeira das instituições visitadas, tendo em vista que apenas em

quatro hospitais o profissional soube declarar qual o faturamento anual da instituição. Analisando estas informações verificou-se que os medicamentos representam, em média, nestas instituições 26 % dos custos hospitalares.

Ryan e Yule (1993), relataram que os gastos com medicamentos em relação aos gastos totais de um hospital americano podem variar de 5 % a 20 %, e no Brasil, segundo o Manual Básico de Farmácia Hospitalar do Ministério da Saúde (CFF, 1997), os medicamentos representam cerca de 1/3 do custeio de um hospital.

Contudo, este estudo verificou que o farmacêutico, pouco interage com a área administrativa do hospital. Este fato remete a necessidade de avaliação das atividades desenvolvidas e principalmente a necessidade de implantar estudos de farmacoeconomia, que visem integrar o processo de seleção de medicamentos e os custos hospitalares, e forneçam subsídios aos administradores e profissionais membros da CFT para avaliar os trabalhos desenvolvidos por esta comissão (ODEDINA, 2002).

Dispensação de Medicamentos

Considerando que a seleção de medicamentos interfere de forma significativa na dispensação, os resultados obtidos quanto ao recebimento da prescrição médica pelo setores responsáveis pelos medicamentos permitiu verificar que na maioria dos hospitais visitados encaminha-se a segunda via da prescrição médica para o atendimento, o que permite ao farmacêutico a revisão das prescrições médicas e conseqüentemente a análise de solicitações de medicamentos que não compõem a Relação de Medicamentos adotada pelo hospital. Além disso, a dispensação de medicamentos não padronizados pode ser acompanhada de informações relevantes à

administração do medicamento para a equipe médica e de enfermagem, tendo em vista que o farmacêutico não tem familiaridade com o produto solicitado e a sua solicitação em grande parte das instituições é realizada em caráter de emergência, o que inviabiliza o maior conhecimento dos profissionais sobre a utilização do mesmo.

A existência de formulários específicos para inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização pode ser considerada um dos critérios nos quais se baseará a instituição para a obtenção de medicamentos que não tenham sido selecionados para uso regular, ou seja, que não integram a Relação de Medicamentos.

Aproximadamente 70 % das instituições visitadas solicitam ao médico prescritor justificativa para a aquisição e dispensação de medicamentos não padronizados. A solicitação de justificativas para prescrição de medicamentos não padronizados é considerada uma das medidas que tendem a inibir a utilização dos mesmos e quanto maior o número de informações solicitadas no formulário de justificativas, menor a possibilidade de prescrição pelo corpo clínico.

Neste contexto, a solicitação de justificativas para a utilização de medicamentos não padronizados faz parte de um processo definido para a obtenção de medicamentos não contemplados na Relação de Medicamentos e possibilita ao farmacêutico, através das informações fornecidas, verificar se existe a possibilidade de realizar a substituição dos produtos solicitados por outros similares ou iguais dentro da padronização adotada (AGUILAR, 1997).

Além disso, a justificativa da solicitação de medicamentos não padronizados pode indicar pouca utilização da Relação de Medicamentos e do Formulário Terapêutico pela categoria médica, indicar falhas da divulgação, falta de apoio da administração do hospital ao uso dos instrumentos e principalmente a necessidade de

revisar ou elaborar a política de visitas de representantes da indústria farmacêutica no hospital (ORDOVÁS, 2002).

A análise dos encaminhamentos das solicitações de medicamentos não padronizados possibilitou verificar que em 62 % dos hospitais, mesmo nos que declararam existir CFT, não há avaliação da prescrição de medicamentos não padronizados realizadas pelo médico. Os hospitais adotam como rotina encaminhar os pedidos ao setor responsável pelos medicamentos e este efetua a compra do mesmo.

O elevado número de prescrições contendo medicamentos não padronizados pode revelar necessidade de revisão da padronização e em alguns casos a flexibilidade na utilização de medicamentos não constantes na Relação de Medicamentos é necessária. Os resultados obtidos nesta fase da pesquisa reforçam a necessidade de estabelecer através da Comissão de Farmácia e Terapêutica, políticas definidas diante da solicitação de medicamentos não padronizados e que o Serviço de Farmácia seja o responsável em avaliar a solicitação, sempre com o máximo de informações possíveis conjuntamente com o médico prescritor e CFT, informando periodicamente nos encontros desta comissão a freqüência de solicitações para análise (ORDOVÁS, 2002).

7 CONCLUSÕES

Diante dos dados analisados e discutidos, conclui-se que:

- a) Em todos os hospitais visitados o setor departamento, ou serviço de farmácia é o órgão responsável pelos medicamentos utilizados na instituição.
- b) 64 % dos farmacêuticos entrevistados possuem pós-graduação *strictu* ou *latu senso*.
- c) 71 % dos farmacêuticos entrevistados atuam na área hospitalar há mais de quatro anos.
- d) Em 31 % dos hospitais existe a Comissão de Farmácia e Terapêutica, porém não há evidências que esta funcione regularmente nas instituições.
- e) Entre os profissionais que desenvolvem a padronização em hospitais que não possuem CFT, o farmacêutico foi citado em 33 % dos hospitais como um dos responsáveis pela seleção de medicamentos. No entanto, o farmacêutico é o profissional em menor número, considerando a quantidade de profissionais por área específica nas Comissões de Farmácia e Terapêutica declaradas.
- f) Entre os critérios considerados para a seleção de medicamentos em instituições que declararam a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica destacaram-se: custo do medicamento, eficácia comprovada e disponibilidade no mercado.
- g) Entre os critérios considerados para a seleção de medicamentos em instituições onde não existe Comissão de Farmácia e Terapêutica destacaram-se: solicitação médica e custo do medicamento.

- h) A atividade dos farmacêuticos hospitalares no processo de seleção de medicamentos é ainda incipiente em 62 % dos hospitais e inexistente em 38 % destes.
- i) A Relação de Medicamentos existe em todos os hospitais visitados, porém apesar de atualizadas, não se evidenciou periodicidade de atualização definida.
- j) Em 23 % dos hospitais visitados foram constatados formulários específicos para inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização.
- k) A divulgação das inclusões, exclusões e alterações de medicamentos na padronização é um processo que não está estabelecido formalmente nas instituições visitadas.
- l) Em 46 % dos hospitais visitados não foi constatada a disponibilidade da Relação de Medicamentos no local da prescrição para consulta do médico.
- m) Em 46 % dos hospitais o farmacêutico entrevistado declarou a existência de protocolos terapêuticos, porém não participa do desenvolvimento destes.
- n) Em 70 % dos hospitais visitados não foi constatada a existência de Formulário Terapêutico, nas instituições em que este existe, o mesmo é desenvolvido com a participação do profissional farmacêutico.
- o) A presença de medicamentos não padronizados em estoque foi constatada em 78 % dos hospitais visitados e a não existência destes não representa a não utilização dos mesmos pelos prescritores.
- p) A utilização de medicamentos não padronizados ocorre de forma rotineira em 50 % dos hospitais.
- q) Os principais fornecedores de medicamentos padronizados são a indústria farmacêutica e os distribuidores, enquanto que os produtos não padronizados são adquiridos com maior frequência em farmácias e drogarias.

- r) O estoque de medicamentos das farmácias dos hospitais visitados é composto na grande maioria por medicamentos genéricos, similares e de referência.
- s) Em 61 % dos hospitais o farmacêutico não soube informar o valor gasto com medicamentos não padronizados.
- t) Em 30 % dos hospitais não existem formulários específicos para a solicitação de medicamentos não padronizados.
- u) Em 62 % dos hospitais não existe análise prévia baseada em evidência científica das solicitações de medicamentos não padronizados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições hospitalares evoluíram através dos tempos. O hospital onde a preocupação com o cuidado médico era colocada em segundo plano deu lugar a instituições que são produtos de mudanças políticas e sociais, onde a meta principal é o cuidado médico cuja provisão é norteadada pelo desenvolvimento de medicamentos e produtos médico-hospitalares, de base científica e tecnológica recentes, bem como por requisitos de racionalidade e economia organizacional.

O Ministério da Saúde vem demonstrando preocupação crescente com a qualidade das instituições hospitalares através do estabelecimento e da divulgação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001) e mais recentemente está discutindo a proposta para a elaboração da Política Nacional de Implementação das Farmácias de Hospitais do SUS, além de outras ações vinculadas a programas de gestão da qualidade.

A maioria dos atendimentos realizados em ambiente hospitalar faz uso de medicamentos, importante ferramentas para o tratamento de diversas patologias podendo ser considerados como tecnologia altamente custo-efetiva, uma vez que podem influenciar, de modo substantivo, as demais condutas médicas. Neste contexto, a utilização de medicamentos de forma racional é imprescindível para que a qualidade da assistência prestada e ações educativas voltadas a este tema sejam asseguradas. Entretanto a informação por si só não é suficiente para modificar as práticas de prescrição. Atualmente, não existe escassez de informações objetivas e atualizadas, sobre o uso apropriado de medicamentos o que falta é a distribuição e aplicação da informação existente.

Recentemente foram publicados os resultados obtidos no estudo “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil” realizado com o apoio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) através do qual foram visitados 250 hospitais, amostra considerada representativa dos hospitais brasileiros. A avaliação realizada constatou a necessidade da implementação de políticas nacionais voltadas a melhorias das farmácias hospitalares. Atualmente a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar está colaborando com o Ministério da Saúde no sentido da elaboração de uma Política Nacional de Implementação das Farmácias de Hospitais do SUS.

Embora o estudo citado tenha já apontado as deficiências nos processos de seleção e especificamente em relação à constituição de comissões de farmácia e terapêutica e estado incipiente dos processos relacionados com formulários terapêuticos e protocolos terapêuticos, a dimensão de tal levantamento em nível nacional não permitiu o detalhamento de alguns aspectos importantes. O presente estudo descritivo analisou a seleção de medicamentos em 13 hospitais gerais das três cidades com maior densidade populacional do estado de Santa Catarina e apesar da presença do farmacêutico praticamente durante todo o período de funcionamento da farmácia, e do amplo período desenvolvendo atividades no âmbito hospitalar da maioria dos profissionais entrevistados, os dados obtidos indicam insuficiência em vários processos, como inexistência em muitas instituições da Comissão de Farmácia e Terapêutica, do Formulário Terapêutico e de Protocolos Terapêuticos definidos, dificuldade na identificação de fontes fidedignas, relevantes e atualizadas sobre medicamentos, utilização quase que constante de medicamentos que não fazem parte

da Relação de Medicamentos e pouca atuação do farmacêutico nas atividades relacionadas à seleção.

O mercado farmacêutico continuará crescendo devido a fatores já conhecidos: envelhecimento da população, urbanização, atitudes e comportamentos, patologias crônicas, patologias emergentes e o desenvolvimento de novos produtos devido ao conhecimento científico dos processos em nível celular e molecular. Neste contexto a seleção de medicamentos tende a adquirir ainda maior relevância, no intuito de disponibilizar nos hospitais medicamentos efetivos e seguros racionalizando os recursos financeiros.

O consumo de medicamentos dentro dos hospitais deve ser monitorado através de estudos de utilização de medicamentos que permitam identificar práticas inadequadas de prescrição. Os resultados poderão confirmar deficiências no processo de seleção e darão respaldo a implantação de estratégias que implementem o processo, entre estas destaca-se a revisão e divulgação pelo Ministério da Saúde da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), para que sirva como base para o desenvolvimento de padronizações locais de farmácias hospitalares. Talvez se deva refletir neste momento, a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos Hospitalares, como uma das diretrizes da Política Nacional de Implementação das Farmácias de Hospitais do SUS, visando atender as necessidades das instituições, na maioria das vezes não contempladas pela RENAME, devido ao grande número de medicamentos de caráter ambulatorial nela contidos.

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram a necessidade de estudos complementares para a análise do impacto que o processo de seleção exerce, quando não realizado de forma adequada, sobre a área econômica da instituição hospitalar e principalmente sobre os resultados da terapia medicamentosa utilizada

nos pacientes. Também são considerados relevantes estudos complementares em hospitais localizados em pequenos municípios onde o acesso às informações sobre medicamentos possa representar uma dificuldade.

A atuação em ambiente hospitalar não é tarefa fácil, uma vez que existem duas fontes de autoridade para tomada de decisões: o médico e o administrador. Neste contexto, encontra-se a atividade do farmacêutico que além de atividades clínicas, desenvolve atividades gerenciais administrativas importantes ao hospital.

O conhecimento da farmacologia clínica, no sentido de definir eficácia, efetividade e segurança dos medicamentos, a familiarização com os conceitos estabelecidos pela medicina baseada em evidências e as análises de custo-efetividade das diferentes alternativas terapêuticas são importantes ferramentas no sucesso do processo de seleção de medicamentos. Muitas vezes devido a problemas de ordem pessoal e falta de experiência profissional o farmacêutico hospitalar desenvolve somente atividades administrativas, distanciando-se de atividades clínicas e, conseqüentemente da equipe de saúde e do paciente.

Entre as atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica, o processo de seleção de medicamentos é um dos mais complexos, por requerer dos profissionais envolvidos abordagens filosóficas, éticas e morais concomitantes com interesses comerciais e falta de regulação da promoção de medicamentos.

É crescente a preocupação por parte dos editores das principais revistas médicas do mundo com relação à vinculação dos autores dos trabalhos científicos à indústria. Editores de importantes revistas médicas estão atualmente muito preocupados com as evidências produzidas e com o grau de distorção dos resultados decorrentes da vinculação academia-indústria. Alguns editores são muito explícitos ao denunciar uma verdadeira manipulação de dados imposta pelos agentes

financiadores, tanto no planejamento dos estudos quanto na confecção e publicação dos textos.

Neste contexto, a introdução nos cursos de farmácia de métodos didáticos que estimulem o auto-aprendizado, bem como de cursos de Epidemiologia Aplicada aos Problemas Clínicos e de Análise Crítica de Trabalhos Científicos, deverá contribuir para a formação de profissionais capazes de selecionar adequadamente a fonte do conhecimento e de avaliar criteriosamente como se transferir a informação para a prática. Os Cursos de Farmácia podem e devem desempenhar importantes papéis nesse sentido, através dos seus programas em nível graduação, de educação continuada e de pós-graduação.

A aplicação da farmacoeconomia nas condutas adotadas deve ser incorporada à ciência dos medicamentos, apesar das limitações atuais para a realização de avaliações econômicas rigorosas, as aproximações devem ser feitas, através da revisão da literatura sobre custos de medicamentos ou tratamentos em países de alto nível de desenvolvimento.

O presente trabalho foi realizado com intuito de analisar a seleção de medicamentos nos hospitais, bem como a participação do profissional farmacêutico neste processo. É de se destacar o pequeno número de estudos a esse respeito no país apesar da importância do tema para a racionalização da terapia medicamentosa. Nesse sentido, este estudo visa colaborar com o desenvolvimento e aprimoramento das atividades da farmácia hospitalar e contribuir para uma reflexão sobre a importância do processo de seleção de medicamentos que promova a conscientização de todas as esferas envolvidas.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. de A. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. 124 p.
- AGUILAR, N.G.; BITTNER, R.D. **Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: selección y formulario de medicamentos**. OPAS/OMS, 1997.
- ALVAREZ, S. J. Estudos de farmacoeconomia: ¿ Por qué, como, cuándo y para qué? **MEDIFAM**, V. 11, n. 3, p 147-155, 2001.
- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEMS PHARMACISTS. **Best practices for health-system pharmacy: positions and guidance documents of ASHP**. Bethesda: American Society of Health-Systems Pharmacy, 2002.
- ANTUNES, J. L. F. **Hospital Instituição e História Social**. São Paulo: Letras & Artes, 1991. 168 p.
- ARNAU, J. M.; LAPORTE, J. R. Promoção do uso racional dos medicamentos e preparação de guias farmacológicos. In: LAPORTE, J. R; TOGNONI, G; ROZENFELD, S, et al (Org). **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. Sao Paulo : Hucitec, 1989. 264p.
- ARRAIS, P. S. D. O uso irracional de medicamentos e a farmacovigilância no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, V.18, n. 5, p. 1478-1479, 2002.
- BARROS, J.A.C.; A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de condutas das empresas farmacêuticas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 421-427, 2000.
- BERMUDEZ, J. Informação e regulamentação com qualidade: as bases para uma política de medicamentos genéricos. In: In: BERMUDEZ, J.A Z.; BONFIM, J.R. A (Org.) **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: UCITEC, 1999. p.111-125.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. **Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2004. 274 p.
- BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R.C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências – parte II. Buscando as evidências em fontes de informação. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 1, p. 104-108, 2004.
- BITTAR, O. J. N. V. Hospital productivity in the light of hospital indicators. **Rev. Saúde Pública**, 30(1), p.53-60,1996.
- BOING, C. V. A. **Sistemas de circulação vertical e horizontal no deslocamento dos funcionários em edifícios hospitalares**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

BOERKAMP, E. J. C.; REUIJL, J. C.; HAAIJER-RUSKAMP, F. M. The pharmacist as a drug information supplier in hospitals: a view from services marketing. **Journal of Business Research**, 40: 207-218, 1997.

BONAFONT, X.; CASASÍN, T. Protocolos terapéuticos e vías clínicas. In: SOCIEDADE ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. **Farmacia Hospitalaria**. 3. ed. 2002. Disponível em: < www.sefh.es >. Acesso em 20 jan. 2004.

BORBA, V. B. **Administração Hospitalar Princípios Básicos**. São Paulo: CEDAS, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 376, de 3 de outubro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 de outubro. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, 31 de janeiro de 2001. Institui a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. **Diário Oficial União**, Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Decreto 3961, de 10 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. 3 ed. Brasília: 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica instruções técnicas para a sua organização**. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de março. 2002c.

_____. Conep. Resolução 196, de 10 de out. de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília: MS, 2002d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004b.

BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION. Informações sobre a regulação do mercado de medicamentos e *guidelines*. Disponível em: <http://hlth.gob.bc.ca/msp/protoguides/gps/>>. Acesso em 10 de julho de 2004.

BROWN, C.; ARNETZ, B.; PETERSSON, O.; Downsizing within a hospital: cutting care or just costs? **Social Science & Medicine**, article in press, 2003.

CAMEO, S. C.; LATORRE, F. J. G.; GOROSTIAGA, J. M. et al. Um estudio de minimización de costes em la prescripción de antiinfecciosos em dos áreas de atención primaria. **Rev Esp Salud Pública**, 72(1): 33-42, 1998.

CAMPOS, J. Q.; MARTINHO, E. **Administração Financeira e Custos Hospitalares**. São Paulo: Jotacê, 1999. 143 p.

CAPELA, Maurício. Laboratórios irão faturar mais 5,3% ao ano, projeta IBM. **Jornal Valor Econômico**, São Paulo, 23 dez 2002b, Ano 3, N.º 664. Disponível em <www.valoronline.com.br> . Acesso em: 20 de janeiro de 2004.

CASTRO, M. S.; PILGER, D.; FERREIRA, M. B. C.; KOPITKE, L. Tendências na utilização de antimicrobianos em um hospital universitário, 1990-1996. **Rev. Saúde Pública**, 36(5):553-8, 2002.

CAVALLINI, M.E.; BISSON, M. P. **Farmácia Hospitalar: Um Enfoque em Sistemas de Saúde**. São Paulo: Manole, 2002. p. 5-22; 104-114.

CHAVES A. Estudos de Utilización de Medicamentos: aplicaciones. In: BERMUDEZ, J.A Z.; BONFIM, J.R. A (Org.) **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: UCITEC, 1999. p.111-125.

CLASSEN, D. C.; PESTOTNIK, S. L.; EVANS, R. S.; LLOYD, J. F. & BURKE, J. P. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. **Journal of the American Medical Association**, 277:301-306. 1997

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF) 1997. Resolução n. 300 de 30 de janeiro de 1997.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA & MINISTÉRIO DA SAÚDE (CFF/MS). **Manual Básico de Farmácia Hospitalar**. Brasília: CFF/MS, 1997.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. 2000. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Ensp.

COTTER, S. M.; MCKEE, M. Models of hospital drug policy in the UK. **J. Health Serv Res Policy**, 2 (3): 144-153, 1997.

DAL-PIZZOL, F.; SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; Análise da qualidade das propagandas de medicamentos em revistas médicas. **Acta Farm Bonaerense.**, v. 18 (1), p. 69-74, 1999.

FEFER, E. Uso racional de medicamentos. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R, de A. (Org.). Medicamentos e a reforma do setor saúde .São Paulo: Hucitec, 1999.

FJIN, R.; ENGELS, S. A.; BROUWERS, J. R.; KNAAP, R. J.; DE JONG-VAN DENBERG L, T. Dutch hospital drug formularies: pharmacotherapeutic variation and conservation, but concurrence with national pharmacoterapeutic guidelines. **Br J Clin Pharmacol**, 49 (3): 254-263, 2000.

FJIN, R.; LENDERINK, A. W.; EGBERTS A. C.; BROUWERS, J. R.; DE JONG-VAN DENBERG L, T. Assessment of indicators for hospital drug formulary non-adherence. **Eur J Clin Pharmacol**, 57(9): 677-84, 2001.

FJIN, R.; EPENHUYSEN, S. V.; PEIJNENBURG, A. J. M. et al. Is there a need for critical ethical and philosophical evaluation of hospital Drugs and Therapeutics (D&T) Committees? **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, 11:247-252, 2002.

FORSTER, A. J.; MURFF, H. J.; PETERSON, J. F. et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. **Ann Intern Med**, 138: 161-167, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 99-112.

FRANKLIN, G.A. The driving force in hospital formularies: economics versus efficacy. **The American Journal os Surgery**, 186/5A: 55s-60s, 2003.

GARCÍA, A. I. R.; JUANES, V. G. Selección de indicadores para evaluar la adhesión a una guía farmacoterapéutica por los médicos generales de un área de atención primaria. **Rev Esp Salud Pública**, v. 74, n. 1, 2000.

GENNARO, A. R. **Remington: a ciência e a prática da farmácia**. 20. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004. 2208 p, il. Tradução de: Remington : the science and practice of pharmacy.

GOMES, M.J.V.M.; REIS, A.M.M. **Ciências Farmacêuticas: Uma Abordagem em Farmácia Hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 275-347.

GOMES, C. A. P. **A assistência Farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas**. In: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. A formação em farmácia, perspectivas e necessidades da área de medicamentos, 2003. Disponível em: <www.cgee.org.br>. Acesso em 10 out. 2004.

GONÇALVES, E.L.; Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **Revista de Administração de Empresas**, 38:80-90, 1988.

GOWRISANKARAN, G.; TOWN, R. J. Estimating the quality of care in hospitals using instrumental variables. **Journal of Health Economics**, 18: 747-767, 1999.

GRAHAM I.D., BEARDALL S. , CARTER A. O., et al. What is the quality of drug therapy clinical practice guidelines in Canada? **CMAJ**, 165:157-63, 2001.

GREEN, T.; BEITH, A.; CHALKER, J. **Drug ans therapeutics committees: vehicles for improving rational drug use**. WHO. Essential Drugs Monitor, 32: 10-11, 2003.

GRIMSHAW JM, HUTCHINSON A. Clinical practice guidelines: do they enhance value for money in health care? **Br Med Bull** 1995; 51:927-940.

GURGEL, G. D. J.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2): 325-334, 2002.

HEINECK, I. **Antibioticoprofilaxia cirúrgica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 1999. 166p. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

HOLLAND, R. W.; NIMNO, C. M. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. **Am J Health Syst Pharm**, 56: 1756-1764, 1999.

HUSKAMP, H. A.; EPSTEIN, A. M.; BLUMENTHAL, D. The impacto of a national prescription drug formulary on prices, market share, and spending: lessons for Medicare? **Health Aff**, 22 (3): 149-159, 2003.

INDRITZ, M. E. S.; ARTZ, M. B. Value added to health by pharmacists. **Social Science & Medicine**, 48:647-660, 1999.

JACOBZONE, S. Labour Market and Social Policy – Occasional Paper Nº 40. **Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals**. Directorate for Education, Employment, Labour an Social Affairs Committee: Organization for Economic Co-operation and Development, april, 2000.

JENKINGS, K. N.; BARBER, N. What constitutes evidence in hospital new drug decision making? **Soc Sci Med**, 58 (9): 1757-1766, 2004.

JIMENEZ, T. N. V. CLIMENTE, M. M. JUAN, C. J. et al. Metodologias para lá selección de medicamentos em el hospital. **Farm Hosp**. v. 24, n. 1, p. 1-11, 2000.

KOTLER, P. **Administração de marketing**. 10ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LARA, N. S.; NOGUERA, F. I.; GAUDE, L. V.; BRIZ, L. E.; PASCUAL, M. J. M.; ANDRÉS, P. L. J. Programa de calidad aplicado a la sustitución de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del hospital. **Farm Hosp** (Madrid), 24(4): 266-274, 2004.

LAZAROU, J.; POMERANZ, B. H.; COREY, P. N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. **JAMA**, 279: 1220-5, 1998.

LE GRAND, A.; HOGERZEIL, H. V; HAAIJER-RUSKAMP, F. M. Intervention in rational use of drugs: a review. **Health Policy and Planning**, 14(2):89-102, 1999.

LEXCHIN, J. New drugs with novel therapeutics. Have they been subject to randomized controlled trials? **Can Fam Physician**, 48: 1487-92, 2002.

LEXCHIN, J. Implications of Pharmaceutical Industry Funding on Clinical Research. **Pharmacotherapy**, 39 (1): 194-197,2004.

LI, L.; BENTON, W. C.; Hospital capacity management decisions: emphasis on cost control and quality enhancement. **European Journal of Operational Research**, 146: 596-614, 2003.

MACHLINE, C. et al. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

MANNEBACH, M. A.; ASCIONE, F. J.; GAITHER, C. et al. Activities, functions, and structure of pharmacy and therapeutics committees in large teaching hospitals. **Am J Health-Syst Pharm**, n. 56, p. 622-628, 1999.

MANSFIELD, P. R. Spending on drug promotion. Estimates spending on drug promotion in Austrália in 2003. *Healthy Skepticism*. Disponível em: <<http://www.healthyskepticism.org/index.htm>> Acesso em: 11 de novembro de 2004.

MARIN, Nelly et al. **Assistência farmacêutica**: para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARTIN, D. K.; HOLLENBERG, D.; MACRAE, S. et al. Priority setting in a hospital drug formulary: a qualitative case study and evaluation. *Health Policy*, 66, p. 295-303, 2003.

MARTINS, D. **Gestão Financeira de Hospitais**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 29-35.

MARTINS, M.; TRAVASSOS C.; NORONHA, J.C.; Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Rev. Saúde Pública**, 35(2): 185-192, 2001.

MCGETTIGAN, P.; GOLDEN, J.; FRYER, J.; CHAN, R.; FEELY, J. Prescribers prefer people: The source of information used by doctors for prescribing suggest that the medium is more important than the message. *Br J Clin Pharmacol*, 51(2): 184-189, 2001.

MILKOVICH, G. The role of the hospital pharmacist in cost control and antibiotic policy. **International Journal of Antimicrobial Agents**, 16: 291-294, 2000.

MOODY-WILLIAMS JD, KRUG S, O'CONNOR R, SHOOK JE, ATHEY J, HOLLERAN RS. Practice guidelines and performance measures in emergency medical services for children. **Ann Emerg Med** 2002; 39: 404-412.

MOORE, T.; BYKOV, A.; SAVELLI, T.; ZAGORSKI, A. **Guidelines for implementing drug utilization review programs in hospitals**. MSH, Moscow, 1997.

MOSEGUI, G. B. G. **Custo Social de Tratamentos Farmacológicos: uma proposta de modelo**. 2002. 164p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NASH, D. B.; CATALANO, M. L.; WORDELL, C. J. The formulary decision-making process in a US academic medical centre. **Pharmacoeconomics**, 3 (1): 22-35, 1993.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte I – Questões clínicas bem construídas. **Rev Assoc Méd Bras**, 49 (4): 445-9, 2003.

NOGUEIRA, R.;P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NORONHA, M. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Proposta de indicadores e padrões para a avaliação de qualidade da atenção hospitalar: o caso da asma brônquica. **Cad. Saúde Pública**, 12(2): 43-58, 1996.

NUCLEO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. Diretrizes baseadas em evidências. Disponível em: < www.evidencias.com.br/aulas>. Acesso em 20 out. 2004.

ODEDINA, F. T.; SULLIVAN, J.; NASH, R.; CLEMMONS, C. D. Use of pharmacoeconomic data in making hospital formulary decisions. **American Journal of Health System Pharmacy**, 59(15): 1441-1444, 2002.

OLMSTEAD, T.; ZECKHAUSER, R. The menu-setting problem and subsidized prices: drug formulary illustration. **Journal of Health Economics**, 18: 523-550, 1999.

ORDOVÁS, J. P.; CLIMENTE, M.; POVEDA, J. L. **Selección de medicamentos y guía farmacoterapéutica**. In: SOCIEDADE ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. Farmacia Hospitalaria. 3. ed. 2002. Disponível em: < www.sefh.es>. Acesso em 20 jan. 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Como investigar el Uso de Medicamentos en los Servicios de Salud: indicadores seleccionados del uso de medicamentos**. Ginebra: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Proposta da OMS para Revisão da lista modelo de medicamentos essenciais da OMS: discussão do processo de participação dos estados membros**. Portaria CD 43/5, Washington, 27 de agosto de 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001/2002**. Brasília, 2002a. Disponível em: < www.opas.org.br > Acesso em 23 out. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estrutura e Montagem dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Ministério da Saúde: 2002b. Disponível em:< www.opas.org.br>. Acesso em 20 jan. 2004.

ORTOLÁ, V. L.; RIERA, M. A. M.; ROSELLO, X. P.; SUNYER, X. V. Acreditación de um Servicio de Farmácia según la norma ISO 9002. Experiência em la Fundación Hospital Manacor. **Farmácia Hosp**, 25(4): 229-239, 2001.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S (coord.) et al. **Estudos de Utilização de Medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; CASTILHO, S. R. **Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004. 152 p.

PEPE, V. L. E.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Caderno de Saúde Pública**, 16(3):815-822, 2000.

PETTITA, A. Assessing the value of pharmacists' health-systemwide services: clinical pathways and treatment guidelines. *Pharmacotherapy*. v. 20. n. 10. p. 327-332, 2000.

PETROVICK, P. R.; MAYORGA, P. E. B; PEREIRA, M.A.C. **O Perfil da Indústria Farmacêutica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Gráfica UFRGS, 2002. p. 23-33.

PAFFENBACH, G.; CARVALHO, O. M.; BERGSTEN-MENDES, G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Rev Assoc Med Bras**, 48 (3): 237-41, 2002.

PORTELA, M. C. **Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade e da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde**. In: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Bibliografia fundamental. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal>. Acesso em 15 de setembro de 2004.

PUIGVENTÓS, F.; VENTAYOL, P.; DELGADO, O. **Intercambio terapêutico**. In: SOCIEDADE ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. Farmacia Hospitalaria. 3. ed. 2002. Disponível em: < www.sefh.es>. Acesso em 20 jan. 2004.

REINHARDT, W. F.; NETO, G.V. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 2002. p. 7-13.

RIBEIRO, P. R. **O Hospital: História e Crise**. São Paulo: Cortez, 1993.135 p.

ROARK, M., Slowing rate of cost increases in the pharmacy. **Hospitals**, 67:56, 1993

RICHMAN, R.; LANCASTER, D. R. The clinical guideline process within a managed care organization. **Int J Technol Assess Health Care**, 2000; 16: 1061-1076.

ROMANO-LIEBER, N. S.; TEIXEIRA, J. J. V.; FARHAT, F. C. L. G. et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad Saúde Pública**, v. 18, n. 6. p. 1499-1507, 2002.

ROSA, M.; B. **Farmácia Hospitalar: histórico, conceito, objetivos, atribuições e perfil do farmacêutico**. In: Conselho Federal de Farmácia, Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde, ed. Manual básico de farmácia hospitalar. Brasília: CFF, 1997.

ROZENFELD, S.; PEPE, V.L.E (Org.). **Guia Terapêutico Ambulatorial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992/93.

RYAN, M, YULE, B. The way to economic prescribing. **Health Policy**, 25(1-2):25-38, 1993.

SACKETT, D. L.; STRAUS, S. E.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R. B. **Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM**. London: ChurchillLivingstone, 2nd edition, 2000, 261p.

SAIZY-CALLAERT, S.; CAUSSE, R.; FURHMAN, C. et al. Impact of a multidisciplinary approach to the control of antibiotic prescription in a general hospital. **Journal of Hospital Infection**. V 53:177-182, 2002.

SANCHEZ, L. A. Pharmacoeconomics and formulary decision making. **Pharmacoeconomics**, 9(1): 16-25, 1996.

SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. Mapas e Distâncias de Santa Catarina. Disponível em: < www.sc.gov.br>. Acesso em 18 de novembro de 2004.

SAX, M. Manages Care Formularies in the United States. **Journal of Managed Care Pharmacy** 5 (4): 289-95, 1999.

SCHUMOCK, G.T.; WALTON, S. M.; PARK, H. Y. et al. Factors that influence prescribing decisions. **Pharmacoeconomics**. V. 38:557-562, 2004.

SCROCCARO, G. Formulary Management. **Pharmacotherapy**, 20 (10): 317S-321S, 2000.

SHEKELLE, P.G., ORTIZ, E., RHODES, S., et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines become outdated?. **JAMA**, 286:1461-7, 2001.

SHEPHERD, M. D.; SALZMAN, R. D. The formulary decision-making process in a health maintenance organisation setting. **Pharmacoeconomics**, 5 (1): 29-38, 1994.

SILVERMAN, J. B.; STAPINSKI, C. D.; CHURCHILL, W. W. et al. Multifaceted approach to reducing preventable adverse drug events. **Am J Health Syst Pharm**, 60: 582-6, 2003.

SLOAN, F. A.; WHETTEN-GOLDSTEIN, K.; WILSON, A. Hospital Pharmacy decisions, cost containment, and the use of cost-effectiveness analysis. **Soc. Sci. Med.**, 45(4): 523-533, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR (SBRAFH). **Padrões Mínimos em Farmácia Hospitalar**. São Paulo: SBRAFH, 1996.

SPATH, H. M.; CHARAVEL, M.; MORELLE, M.; CARRERE, M. O. A qualitative approach to the use of economic data in the selection of medicines for hospital formularies: a French survey. **Pharm World Sci**, 25 (6): 269-275, 2003.

STEPHENS, Martin. **Hospital pharmacy**. London : Pharmaceutical, 2003. xxv, 285p.

SUMMERS, K. H; SZEINNBACH, S. L. Formularies: the role of pharmacy and therapeutics (P&T) committees. **Clin Ther.**, 15: 433-441, 1993.

VELÁSQUEZ, G. Impacto económico del uso racional de medicamentos. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R, de A. (Org.). Medicamentos e a reforma do setor saúde .São Paulo: Hucitec, 1999.

VIDOTTI, C. C. F.; SILVA, E. V.; HOEFLER, R. **Centro de informações sobre medicamentos e sua importância para o uso racional dos medicamentos**. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS. A. M. M. R. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. Belo Horizonte: Atheneu, 2000. p. 311-327.

WAN PO, A. L. Evidence-Based Pharmacotherapy. **The pharmaceutical Journal**, 255: 308-312, 1996.

WANNMACHER, L. Uso racional de medicamentos: medida facilitadora do acesso. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A; ESHER (Org.). Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del estado. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

WEEKES, L. M.; BROOKS, C. Drug and Therapeutic Committees in Australia: expected and actual performance. **Br J Clin Pharmacol**, 42 (5): 551-557, 1996.

WEEKES, L. M.; DAY, R. O. The application of adverse drug data to drug choice decision made by pharmacy and therapeutic committees. An Australian perspective. **Drug Saf.**, 18 (3): 153-159, 1998.

WILKEN, P. R.C.; BERMUDEZ, J. A. Z. **A Farmácia no Hospital: como avaliar?** Rio de Janeiro: Agora da Ilha, 1999. 170 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs**. Report of the conference of experts, Nairóbi, 25-29 nov. 1985. Geneva. WHO: 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Managing Drug Supply; the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals**. West hartford: Kumarian Press, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for Developing national Drug Policies**. 2 ed. Geneva. WHO: 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Drug and therapeutics committees: a practical guide**. Geneva. WHO: 2004.

ZANON, U. **Qualidade da Assistência Hospitalar: Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 19-45; 65-78.

APÊNDICE B - Carta de Apresentação do Estudo



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**



Florianópolis de de 2004

Prezado Senhor,

Meu nome é Márcia Azevedo Bastian Manfredi, sou estudante do Programa de Pós-graduação em Farmácia, nível mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou realizando uma pesquisa que visa avaliar os processos de seleção e padronização de medicamentos nos hospitais do estado de Santa Catarina, sob a orientação dos professores Dr. Eloir Paulo Schenkel, da Universidade Federal de Santa Catarina e Dra. Claudia G. Serpa Osório de Castro, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A participação doé essencial para a condução do projeto citado. Assim, gostaríamos de formalizar o pedido de colaboração desta instituição no fornecimento de dados. Estaremos visitando 13 hospitais no Estado de Santa Catarina, com a perspectiva de, em um futuro próximo, ampliar este estudo diagnóstico para outras regiões do país, em vista do grande impacto que a seleção e padronização de medicamentos exercem na qualidade e na racionalização dos recursos das instituições hospitalares.

Vale ressaltar que o projeto não tem qualquer conotação de fiscalização ou auditoria, tendo tão somente propósito acadêmico. A coleta é confidencial e os dados serão mantidos sob total sigilo. O nome do hospital não será, em nenhum momento, divulgado. A análise não será individual, e sim do grupo como um todo.

A partir de julho de 2004 os hospitais selecionados receberão visita para a realização do trabalho de campo. Antes desta data, estarei entrando em contato com V.S. para agendar a visita, dentro do período assinalado.

A entrevista deverá ser realizada com o farmacêutico responsável ou com o responsável pelos medicamentos na Instituição. Caso haja algum questionamento de caráter administrativo, no qual o farmacêutico não possa fornecer a resposta, será solicitada a participação do responsável pela área. O tempo máximo previsto, para toda a visita é de 1 (uma) hora.

Antecipadamente agradecemos a atenção

Farm. Márcia Azevedo Bastian Manfredi
Fone: (47) 340 3560 e (47) 9982 2211

Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel
Fone: (48) 331 5076 e (48) 9113 6217

APÊNDICE C – Declaração de consentimento livre e esclarecido



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA



PROTOCOLO DE PESQUISA CIENTÍFICA DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resoluções nº 196/96 e nº 251/97, do Conselho Nacional de Saúde/MS)

Título do projeto: Análise dos Processos de Seleção de Medicamentos em Hospitais no Estado de Santa Catarina

Objetivos e finalidades do projeto:

Investigar o modo de seleção e padronização de medicamentos e suas repercussões econômicas em instituições hospitalares do estado de Santa Catarina.

Coordenação do projeto:

Prof^a. Eloir Paulo Schenkel, Dr Rer Nat. (UFSC) (fone: 048.3319350)

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do entrevistado:

Doc. Identificação:

Nome do responsável legal: (quando for o caso)

Doc. Identificação:

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

1. Declaro que, em ___/___/____, concordei em participar, na qualidade de entrevistado, do projeto de pesquisa acima referido, após devidamente informado sobre os objetivos e finalidades do mesmo.
2. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos coordenadores.
3. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro pelo meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.
4. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa, em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isto comunicarei minha decisão ao coordenador do projeto, acima identificado.

Blumenau, ___/___/____

**Assinatura do
entrevistado**

Assinatura do entrevistador

APENDICÊ D – Instrumento de coleta de dados



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**



**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS EM
HOSPITAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Código do Hospital: _____

Nome do Hospital: _____

Endereço: _____

UF: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS			
MÓDULO	NOME	FUNÇÃO	TEL. OU E-MAIL
Características gerais do hospital			
Características da Farmácia Hospitalar			

Módulo 1: Caracterização Geral do Hospital

P1. O corpo clínico é:

1. Aberto
2. Fechado

P2. Quantos médicos compõem o corpo clínico deste hospital? |_|_|_|_|_|

P3. Tipo de estrutura física (**MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIOS**)

1. Vertical nº de pavimentos: |_|_|
2. Horizontal
3. Monobloco
4. Pavilhonar nº de prédios: |_|_|
5. Outro

P4. Tipo de atendimento:

1. Geral
2. Especializado

P5. Número total de leitos: |_|_|_|_|_|

P6. Número total de leitos ativos: |_|_|_|_|_|

P7. Existe no hospital, algum órgão, divisão, departamento, serviço ou seção responsável pelos medicamentos?

1. SIM. Qual? _____
2. NÃO

P8. A estrutura organizacional do hospital mostra esse órgão, setor ou seção ligado à:

1. Área clínica
2. Área administrativa
3. Direção Geral
4. Outro. Qual? _____

P9. Qual o faturamento anual do hospital? |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

P10. Qual o regime jurídico do hospital?

1. Privado
2. Público
3. Filantrópico
4. Beneficente
5. Universitário

P11. Serviços hospitalares segundo as especialidades médicas: (ASSINALAR COM UM X OS SERVIÇOS EXISTENTES)

Especialidade Médica/ Hospital	HA	HB	HC	HD	HE	HF	HG	HH	HI	HJ	HK	HL	HM
Acupuntura				X	X								
Anestesiologia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cardiologia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cirurgia Buco-maxilo-facial	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	
Cirurgia Cardíaca			X	X	X	X			X	X	X		
Cirurgia cabeça e pescoço	X		X	X		X		X	X	X	X	X	
Cirurgia Geral	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cirurgia Pediátrica	X		X	X	X				X	X	X	X	X
Cirurgia Plástica	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Cirurgia Torácica	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Cirúrgica Vascular	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Clínica Médica	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dermatologia				X	X				X				X
Endocrinologia				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Gastroenterologia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Ginecologia			X	X	X		X	X		X	X	X	X
Hematologia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Homeopatia					X								
Imunologia					X	X			X	X			
Nefrologia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Neurocirurgia	X			X		X	X	X	X	X	X	X	
Neurologia	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	
Obstetrícia				X	X					X	X	X	X
Oftalmologia	X		X	X	X		X		X	X	X		X
Oncologia	X			X	X	X	X		X	X	X	X	
Otorrinolaringologia	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Pediatria	X		X	X	X				X	X	X	X	X
Pneumologia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Proctologia	X		X	X	X	X		X		X	X	X	
Psiquiatria			X							X	X	X	X
Reumatologia	X		X	X	X	X			X	X	X	X	
Traumato-ortopedia	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Urologia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Outras	X		X		X	X							X
NSI		x											

EM CASO DE OUTRAS ESPECIALIDADES ESPECIFICAR QUAIS:

Módulo 2: Profissional Farmacêutico

P12. O Hospital possui farmacêutico em seu quadro de funcionários?

1. SIM – IR PARA A **P.14**
2. NÃO – IR PARA A **P.13**

P13. Qual a qualificação do profissional responsável pelos medicamentos no hospital?

1. Outro Profissional de nível superior
2. Profissional de nível médio
3. Profissional de nível elementar
4. Não há profissional responsável

P14. Número de farmacêuticos na instituição: |_|_|

P15. Horário de funcionamento com farmacêutico: |_|_| às |_|_|

P16. Qual a carga horária semanal dos farmacêuticos na instituição?

1. 40 horas dedicação exclusiva
2. 44 horas semanais
3. Entre 20 e 39 horas semanais
4. Entre 10 e 19 horas semanais
5. Menos de 10 horas semanais

P17. Qual a titulação do(s) profissional (is) farmacêutico (s)?

1. Graduação Quantidade: |_|
2. Aperfeiçoamento Quantidade: |_|
3. Especialização Quantidade: |_|
4. Mestrado Quantidade: |_|
5. Doutorado Quantidade: |_|

P18. Qual o tempo de atividade do farmacêutico na área hospitalar?

1. menos de 1 ano
2. De 1 à 3 anos
3. De 4 à 7 anos
4. De 8 à 11 anos
5. Acima de 11 anos

Módulo 3: Comissão de Farmácia e Terapêutica

P19. Existe no Hospital Comissão de Farmácia e Terapêutica?

1. SIM – IR PARA A P.21
2. NÃO – IR PARA A P.20
3. NSI

P20. Se não existe CFT no hospital, quem realiza a padronização de medicamentos?

1. Médicos
2. Enfermeiros
3. Farmacêuticos
4. Administrador
5. Outros Quem? _____

P21. O farmacêutico participa como membro efetivo da Comissão de Farmácia e Terapêutica?

1. SIM
2. NÃO

P22. Quando ocorreram as últimas reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica?

1. Última reunião ocorreu em ___/___/___(dd/mm/aaaa)
2. Penúltima reunião ocorreu em ___/___/___(dd/mm/aaaa)
3. Antepenúltima reunião ocorreu em ___/___/___(dd/mm/aaaa)

P23. Quais critérios técnicos e/ou administrativos são considerados pela CFT para a seleção de medicamentos?

1. EFICÁCIA COMPROVADA
2. SEGURANÇA COMPROVADA
3. FARMACOCINÉTICA FAVORÁVEL
4. FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
5. COMODIDADE POSOLÓGICA
6. DISPONIBILIDADE NO MERCADO
7. CUSTO DO MEDICAMENTO
8. INDICAÇÃO PARA MAIS DE UMA PATOLOGIA
9. MEDICAMENTOS COM UMA ÚNICA SUBSTÂNCIA ATIVA
10. OUTROS: _____

P24. Que tipo de informação é utilizada pela CFT para análise da inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização?

1. COLETÂNEA DE EVIDÊNCIAS (ESPECIALIZADOS EX.: COCHRANE, EBM, ETC)
2. TRABALHOS CIENTÍFICOS CLASSE A (GRANDE ECR METANÁLISE)
3. TRABALHOS EM REVISTAS INDEXADAS
4. QUALQUER TRABALHO CIENTÍFICO
5. MATERIAL DE LABORATÓRIO FARMACÊUTICO
6. LIVROS TEXTO
7. DEF
8. RENAME
9. DIVULGAÇÃO DE CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS
10. COMUNICAÇÃO COM COLEGAS
11. SOLICITAÇÃO DO CORPO CLÍNICO
12. PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
13. OUTROS: _____

P25. Quais profissionais participam da Comissão de Farmácia e Terapêutica?

1. Farmacêutico Quantidade: |_|_|
2. Médico Quantidade: |_|_|
3. Enfermeiro Quantidade: |_|_|
4. Administrador
5. Outros

Quem? _____

P26. Quantas horas por mês o farmacêutico se dedica à seleção de medicamentos?

1. 1 à 5 horas
2. 6 à 10 horas
3. 11 à 20 horas
4. 21 à 30 horas
5. 30 à 40 horas
6. NSI

Módulo 4: Relação de Medicamentos

P27. O hospital possui Relação de Medicamentos selecionados?

1. SIM – **SOLICITAR A CÓPIA DA RELAÇÃO**
2. NÃO – IR PARA A **P30**

P28. Qual a data da última atualização? ___/___/___ (dd/mm/aaaa)

P29. Qual a periodicidade para a atualização desta relação?

1. SEMESTRAL
2. ANUAL
3. BIENAL
4. QUINQUENAL
5. OUTRA Qual? _____
6. NSI

P30. Existem formulários específicos para inclusão/exclusão de medicamentos na lista?

1. Para inclusão
2. Para exclusão
3. Para alteração (forma farmacêutica, dosagem e etc.)
4. Não existem formulários

P31. Em caso de resposta afirmativa, que tipo de informação é requisitada para inclusões, exclusões ou alterações de medicamentos na lista?

1. COLETÂNEA DE EVIDÊNCIAS (ESPECIALIZADOS EX.: COCHRANE, EBM, ETC)
2. TRABALHOS CIENTÍFICOS CLASSE A (GRANDE ECR METANÁLISE)
3. TRABALHOS EM REVISTAS INDEXADAS
4. QUALQUER TRABALHO CIENTÍFICO
5. MATERIAL DE LABORATÓRIO FARMACÊUTICO
6. LIVROS TEXTO
7. DEF
8. RENAME
9. DIVULGAÇÃO DE CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS
10. COMUNICAÇÃO COM COLEGAS
11. SOLICITAÇÃO DO CORPO CLÍNICO
12. PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
13. OUTROS: _____

P32. Como é realizada a divulgação da inclusão/exclusão/alteração de medicamentos no hospital? **(MARQUE TANTOS ITENS FOREM NECESSÁRIOS)**

1. INTRANET
2. COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL (carta, e-mail, telefone)
3. LISTA A PARTE NO POSTO DE ENFERMAGEM
4. PUBLICAÇÃO IMEDIATA DE UMA NOVA LISTA
5. BOLETIM DE ATUALIZAÇÃO
6. LISTA A PARTE NA FARMÁCIA
7. NÃO HÁ DIVULGAÇÃO
8. OUTROS: _____

P33. A lista está disponível para consulta do corpo clínico no local da prescrição?

1. SIM
2. NÃO

P34. Quantas listas estão disponíveis para o corpo clínico no local da prescrição? |_|_|

Módulo 5: Protocolos Terapêuticos

P35. Existem neste hospital protocolos escritos para uso de medicamentos específicos?

1. SIM – solicitar uma cópia se possível.
2. NÃO – IR PARA A **P39**

P36. Quem desenvolve os protocolos utilizados no Hospital?

1. MÉDICOS
2. FARMACÊUTICOS
3. ENFERMEIROS
4. EQUIPE INTERDISCIPLINAR
5. OUTROS Quais? _____

P37. Qual a data da última atualização dos protocolos? ___/___/___ (dd/mm/aaaa)

P38. Qual a periodicidade para a atualização destes protocolos?

1. SEMESTRAL
2. ANUAL
3. BIENAL
4. QUINQUENAL
5. OUTRA Qual? _____
6. NSI

Módulo 6: Formulário Terapêutico

P39. Existe neste hospital documento com informações atualizadas sobre produtos farmacêuticos (formulário ou guia terapêutico para a equipe de saúde, elaborado pela farmácia hospitalar ou pela Comissão de Farmácia e Terapêutica)?

1. SIM – **Solicitar cópia de um formulário**
2. NÃO- IR PARA A **P45**

P40. Que informações contém o Formulário Terapêutico?

1. GRUPO FARMACOLÓGICO
2. INDICAÇÕES
3. PRECAUÇÕES
4. EFEITOS ADVERSOS
5. INTERAÇÕES
6. PRESCRIÇÃO
7. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE
8. ASPECTOS FARMACÊUTICOS
9. OUTROS Quais? _____

P41. Quem desenvolve o Formulário Terapêutico utilizado no Hospital?

1. MÉDICOS
2. FARMACÊUTICOS
3. ENFERMEIROS
4. EQUIPE INTERDISCIPLINAR
5. OUTROS Quais? _____

P42. Que tipo de informação é utilizada para construção do Formulário Terapêutico?

1. COLETÂNEA DE EVIDÊNCIAS (ESPECIALIZADOS EX.: COCHRANE, EBM, ETC)
2. TRABALHOS CIENTÍFICOS CLASSE A (GRANDE ECR METANÁLISE)
3. TRABALHOS EM REVISTAS INDEXADAS
4. QUALQUER TRABALHO CIENTÍFICO
5. MATERIAL DE LABORATÓRIO FARMACÊUTICO
6. LIVROS TEXTO
7. DEF
8. RENAME
9. DIVULGAÇÃO DE CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS
10. COMUNICAÇÃO COM COLEGAS
11. SOLICITAÇÃO DO CORPO CLÍNICO
12. PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
13. OUTROS: _____

P43. Qual a data da última atualização? ___/___/___(dd/mm/aaaa)

P44. Qual a periodicidade para a atualização deste formulário?

1. SEMESTRAL
2. ANUAL
3. BIENAL
4. QUINQUENAL
5. OUTRA Qual? _____
6. NSI

Módulo 7: Estoque de Medicamentos

P45. Quantos medicamentos fazem parte da padronização deste hospital? |_|_|_|_|_|

P46. Qual o setor responsável pela programação de medicamentos?

1. COMPRAS
2. ALMOXARIFADO
3. FARMÁCIA
4. ENFERMAGEM
5. OUTROS Quais? _____

P47. Qual o setor responsável pela aquisição de medicamentos?

1. COMPRAS
2. ALMOXARIFADO
3. FARMÁCIA
4. ENFERMAGEM
5. OUTROS Quais? _____

P48. Existe no hospital estoque de medicamentos não padronizados?

1. SIM – SOLICITAR A VISTA DO ESTOQUE
2. NÃO – IR PARA A **P53**

P49. Quantos medicamentos (itens) não padronizados existem em estoque?

1. 1 à 5
2. 6 À 10
3. 11 à 20
4. 21 à 30
5. 31 à 40
6. Acima de 40 medicamentos

P50. Quais medicamentos não padronizados estão estocados no hospital?

P51. Quando os medicamentos não padronizados entraram no estoque? ___/___/___

P52. Quais as especialidades médicas que prescrevem medicamentos não padronizados?

P53. De quais fornecedores é realizada a aquisição de medicamentos padronizados?

(MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM NECESSÁRIAS)

1. DISTRIBUIDORAS
2. INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS
3. FARMÁCIAS
4. FABRICAÇÃO PRÓPRIA
5. OUTROS Quais? _____

P54. De quais fornecedores é realizada a aquisição de medicamentos não padronizados?

(MARQUE QUANTOS ITENS FOREM NECESSÁRIOS)

1. DISTRIBUIDORAS
2. INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS
3. FARMÁCIAS
4. FABRICAÇÃO PRÓPRIA
5. OUTROS Quais? _____

P55. O estoque de medicamentos deste hospital é composto por:

(MARQUE QUANTOS ITENS FOREM NECESSÁRIOS)

1. Medicamentos genéricos
2. Medicamentos similares
3. Medicamentos referência
4. Amostras grátis
5. Produtos Farmacopeicos
6. Produtos magistrais
5. Outros Quais? _____

P56. Qual o valor gasto (anual) com medicamentos?

1. SABE INFORMAR – VALOR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- NSI

P57. Qual o valor gasto (anual) com medicamentos não padronizados?

1. SABE INFORMAR – VALOR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2. NSI

Módulo 8: Dispensação de Medicamentos

P58. O SF/setor responsável pelos medicamentos recebe a prescrição médica para atendimento?

1. SIM — IR PARA A **P60**
2. NÃO – IR PARA A **P59**

P59. Em caso negativo, que tipo de documento o SF/setor responsável recebe?

1. TRANSCRIÇÃO DA ENFERMAGEM
2. TRANSCRIÇÃO POR ESCRITURÁRIO
3. SOLICITAÇÃO ORAL OU POR TELEFONE SEM FORMALIZAÇÃO
4. LISTA MENSAL
5. LISTA SEMANAL

P60. Como ocorre o atendimento de solicitações de medicamentos não padronizados?

1. O SETOR RESPONSÁVEL PELOS MEDICAMENTOS EFETUA A COMPRA
2. A SOLICITAÇÃO É ENCAMINHADA À CFT
3. O HOSPITAL SOLICITA AOS RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE A COMPRA DO MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO
4. SOLICITA-SE AO MÉDICO AMOSTRAS-GRÁTIS

P61. Existe algum tipo de formulário para o medico solicitar medicamentos não padronizados? (solicitar se possível a vista de um formulário)

1. SIM
2. NÃO

P62. O médico prescritor justifica a necessidade de utilização de medicamento não padronizado? (solicitar se possível a vista de um formulário)

1. SIM
2. NÃO