



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS: INDICADORES,  
ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E CONTRIBUIÇÕES  
PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**RAFAEL SANTOS SANTANA**

**SÃO CRISTÓVÃO-SE**

**2013**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS: INDICADORES,  
ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E CONTRIBUIÇÕES  
PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**RAFAEL SANTOS SANTANA**

Dissertação apresentada à banca de defesa do Núcleo de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

**Orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva  
Co-orientação: Profa. Dra. Iza Maria Fraga Lobo**

**SÃO CRISTÓVÃO-SE**

**2013**

SANTANA, RAFAEL S.

SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS: INDICADORES,  
ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E  
CONTRIBUIÇÕES PARA O SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central/ UFS

Santana, Rafael Santos

Seleção de Medicamentos: Indicadores, Estratégias de Implantação e Contribuições para o Sistema Único de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva.

Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Núcleo de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

CDU

**RAFAEL SANTOS SANTANA**

**SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS: INDICADORES,  
ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E CONTRIBUIÇÕES  
PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à banca de defesa do Núcleo de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

---

Orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva  
Universidade Federal de Sergipe

---

---

1º Examinador Prof. Dr. Divaldo Pereira de Lyra Júnior  
Universidade Federal de Sergipe

---

---

2º Examinadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Nair Leite Contezini  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

---

## Dedicatória

Dedico este trabalho às principais vítimas da mercantilização da saúde: os usuários do SUS. Pessoas que ainda sonham com um serviço efetivo e humanizado. Dedico também a todos os profissionais que lutam dia-a-dia para tornar esse sonho uma realidade.

## **Agradecimentos**

“Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade, tampouco sem ela a sociedade muda”, frase literal do grande mestre Paulo Freire, um admirável intelectual que entendeu que num mundo repleto de mazelas é egoísmo demais acreditar em uma universidade autossuficiente. É na construção do conhecimento aplicado a sociedade que se justifica o fato de estudarmos sempre.

Agradeço ao Professor Wellington Barros, que como Freire, me fez perceber que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção”.

Agradeço aos demais professores da UFS nas pessoas de Divaldo Lyra Junior, Paulo Marcellini e Humberto Matos que ainda antes do mestrado se tornaram pra mim a exemplificação de outra máxima freiriana: “A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”.

Agradeço aos bravos profissionais de saúde que me apoiaram nesse projeto e batalham todos os dias pelo fortalecimento do SUS, nas pessoas de Iza Lobo, Ellen Vieira e Elizabeth Keller. Sem vocês esse trabalho não seria possível. O poeta que cito neste texto ao encontrar com vocês diria que onde houver mulheres como vocês “há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender”.

"Não se pode falar de educação sem amor" e é esse sentimento que me move, me alimenta. Agradeço ao meu avô Antônio, prático de farmácia, que despertou em mim o amor por essa profissão, aos meus pais e irmãos, sem eles jamais teria sequer estado na universidade e a amada Geovanna, pessoa mais generosa que pude conhecer e que tenho a sorte ser companheiro nessa rápida passagem que é a vida.

Rafael Santana, “apud” Paulo Freire.

“Nenhum sistema público de saúde sem organização, protocolos de conduta ou critérios de incorporação de tecnologias dará conta de atender à demanda cada vez mais sofisticada e que muitas vezes tem muito mais a ver com interesses financeiros do que com interesses humanísticos.”  
**(Lenir Santos, 2006)**

“A primeira lista de medicamentos essenciais constituiu a maior revolução na história da medicina, farmácia e saúde pública.”  
**(Médecins Sans Frontières, 2000)**

“A luta pelo uso racional de medicamentos, não é apenas mais uma área de atuação do Farmacêutico, é sua razão de ser.”  
**(O Autor, 2012)**

## RESUMO

SANTANA, R. S. **SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS: INDICADORES, ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E CONTRIBUIÇÕES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Sergipe, 2013.

Uma das principais políticas mundialmente aceitas para a promoção do uso racional de medicamentos é o estabelecimento de listas de medicamentos essenciais. Apesar do avanço nos países desenvolvidos, em países como o Brasil as dificuldades de implantação de Comissões de Farmácia e Terapêutica, bem como a manutenção de suas atividades se caracterizam como um desafio para os gestores dos serviços de saúde. O presente estudo teve o objetivo de identificar indicadores, estratégias para a implantação e o impacto de políticas de seleção de medicamentos em hospitais públicos. Por meio de uma abordagem de pesquisa avaliativa em serviço, o trabalho se dividiu em três etapas: 1) Fase Exploratória (planejamento inicial da pesquisa e revisão da literatura); 2) Fase de Campo (institucionalização do processo de seleção de medicamentos nos serviços de saúde por meio do Planejamento Estratégico Situacional); 3) Fase de Análise dos Dados (aferição e tratamento dos dados coletados durante o estudo). Como resultado da revisão integrativa da literatura realizada, foi constituído um painel de 45 indicadores para avaliação da seleção de medicamentos. O estudo possibilitou ainda, verificar as etapas necessárias para implantação de uma política de medicamentos essenciais e os impactos na racionalização da lista de medicamentos em serviços do SUS. A institucionalização de uma política de medicamentos essenciais resultou em redução de 27,8% do quantitativo total de itens, aumento do percentual de itens com adequação à RENAME, Lista da OMS e Diretrizes Clínicas. Após a implantação das CFT, foi constatado também um menor percentual de medicamentos com patente na lista, aumento do percentual de genéricos e redução de aproximadamente 12% dos custos relacionados à lista nos hospitais avaliados.

**Palavras-chave:** Seleção de Medicamentos, Uso Racional de Medicamentos, Avaliação de Serviços de Saúde, Assistência Farmacêutica.

## **ABSTRACT**

**SANTANA, R. S. The Selection of Essential Medicines: indicators, implementation strategies and contributions to Brazilian Health System.**

Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Sergipe, 2013.

The development of essential medicines list is one of the main policies, globally accepted, for promoting rational drug use. Despite advances in developed countries, in countries like Brazil difficulties of establishing pharmacy and therapeutics committees, as well as the maintenance of its activities are characterized as a challenge for managers of health services. This study aimed to identify indicators, strategies for implementation and impact of policies on medicines selection in public hospitals. Through an approach of evaluative research in service work is divided into three steps: 1) Exploratory Phase (initial planning of the research and literature review), 2) Field Work Phase (institutionalizing the process of medicines selection in health services using the Situational and Strategic Planning - SSP), 3) Analysis of data (measurement and processing of data collected during the study). In this study, it was possible to perform an integrative literature review that results in 45 indicators for the evaluation of drug selection in health services and to construct optimal strategies for implementation of this activity in public hospitals through the SSP. The study culminated in analysis of economic-assistance impact, establishment of DTC and definition of essential medicine lists in public hospitals.

**Keywords:** Evaluation of Medicines, Rational Use of Medicines, Health Care Quality Assessment, Pharmaceutical Services.

## **LISTA DE SIGLAS**

ASPH – American Society of Health System Pharmacists

ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEBRIM – Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

CIHI – Canadian Institute for Health Information

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FDA - Food and Drug Administration

IOM – Institute of Medicine

PES – Planejamento Estratégico Situacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO - World Health Organization

# SUMÁRIO

<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>14</b>
1.1 Medicamentos, necessidade, efetividade e segurança .....	14
1.2 Assistência Farmacêutica e o impacto nos custos da saúde .....	16
1.3 As políticas de medicamentos essenciais .....	17
1.4 As Comissões de Farmácia e Terapêutica.....	18
1.5 Planejamento para implantação da política de medicamentos essenciais	19
1.6 Objetivos .....	21
1.6.1 Objetivo Geral.....	21
1.6.2 Objetivos Específicos.....	22
1.7 Estrutura do Trabalho.....	22
<b>CAPÍTULO I – Indicadores para Implantação e Avaliação da Seleção de Medicamentos em Sistemas de Saúde: uma Revisão Integrativa</b> .....	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO II – A Institucionalização da Seleção de Medicamentos em Hospitais Públicos por meio do Planejamento Estratégico Situacional</b> ...	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO III – Racionalizando Listas de Medicamentos em Hospitais do SUS: o Impacto da Implantação de CFT</b> .....	<b>63</b>
<b>CONCLUSÃO GERAL</b> .....	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>82</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>85</b>
Resolução com normas para seleção de medicamentos .....	85
Termo de Declaração de Interesses .....	94
Formulário para Alteração da Lista .....	95
Formulário para Solicitação de Não Padronizado .....	97
Fluxo proposto para alteração de itens da lista .....	99
Fluxo proposto para solicitação de não padronizado .....	100
Reportagens de Divulgação da Seleção .....	101
Divulgação da Consulta Pública.....	102

## ÍNDICE DE FIGURAS

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Figura 1 Fases da pesquisa..... 22

### CAPÍTULO 1

Figura 1 Fluxograma de tratamento dos estudos durante o processo de  
revisão..... 28

### CAPÍTULO 2

Figura 1 Momentos do Planejamento Estratégico Situacional..... 48

# ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

## CAPÍTULO 1

Quadro 1	Características dos artigos selecionados.....	29
Quadro 2	Indicadores de estrutura da Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	30
Quadro 3	Indicadores dos processos de seleção de medicamentos.....	31
Quadro 4	Indicadores de resultado para seleção de medicamentos.....	32

## CAPÍTULO 2

Quadro 1	Características dos serviços de saúde avaliados.....	48
Quadro 2	Matriz do momento normativo: definição de objetivos, operações e ações.....	50
Quadro 3	Matriz do momento estratégico: análise da viabilidade e factibilidade.....	52
Quadro 4	Matriz do momento tático-operacional: atores, prazos e indicadores.....	53
Quadro 5	Painel de resultados obtidos mediante o PES.....	55

## CAPÍTULO 3

Tabela 1	Estrutura das CFT implantadas e unidades participantes.....	67
Tabela 2	Quantitativo de itens antes e depois da seleção de medicamentos pela CFT.....	70
Tabela 3	Nível de essencialidade das relações de medicamentos antes e depois da CFT.....	72
Tabela 4	Nível de disponibilidade no mercado.....	74
Tabela 5	Análise de custo-minimização da demanda de consumo.....	75

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1. Medicamentos, necessidade, efetividade e segurança

Não se podem negar os ganhos na qualidade de vida propiciados pela ciência e tecnologia. Neste sentido, bastaria considerar o aumento da expectativa de vida média alcançado na atualidade – em torno dos 70, 80 anos – em grande número de países e cuja dimensão se tornará palpável se compararmos com os 45, 55 anos, possíveis, no início do século XX (BARROS, 2008).

No campo da prevenção primária, por exemplo, o avanço tecnológico das imunizações permitiu a erradicação mundial de doenças letais ou incapacitantes, como a varíola, e a erradicação em muitos países do sarampo e da poliomielite. O surgimento dos antibióticos revolucionou o tratamento das doenças infectocontagiosas. O advento dos anti-hipertensivos, da insulina e hipoglicemiantes orais melhoraram a qualidade e expectativa de vida para portadores das principais doenças crônicas que assolam a humanidade (VILARTA *et al.*, 2007).

Ademais, os medicamentos são parte importante da atenção à saúde. Não só salvam vidas e promovem saúde, como previnem epidemias e doenças. Acesso a medicamentos é direito humano fundamental (KAR *et al.*, 2010; WANNMACHER, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que:

[...] há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade. (WHO, 1987).

Em contraposição a este conceito e aos benefícios conhecidos da utilização dessa tecnologia, cada vez mais aumenta a preocupação quanto aos seus efeitos deletérios. Isso porque, apesar dos avanços na regulamentação

sanitária, ainda nos deparamos com fármacos desnecessários, não efetivos e inseguros disponíveis no mercado mundial.

Nos Estados Unidos (EUA), dos 110 medicamentos aprovados no período de 1996 a 1998, 72 (65,5%) foram categorizados pela *Food and Drug Administration* (FDA) como fármacos que não representam nenhum avanço terapêutico. Trouiller e col. (2002) relatam que, no período de 1975 a 1999, na Europa e nos EUA, a média anual de fármacos novos foi de 55,7, sendo que 68,7% não eram terapeuticamente inovadores e poderiam ser classificados como “*me too*” expressão usada para medicamentos considerados “duplicados” ou sem nenhuma vantagem terapêutica adicional aos medicamentos já existentes (VIDOTTI e CASTRO, 2009).

Em posicionamento oficial em 2004, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) declarou sobre a dificuldade de se classificar um medicamento como “*me too*” ainda na fase de registro. Afirmou ainda que a legislação brasileira vigente não subsidia o indeferimento de pedidos de registro de medicamentos por este argumento e, por isso, a agência não faz restrição a analisar pedidos de registro de medicamentos que, preliminarmente, pareçam ser “*me-too*” (BRASIL, 2004).

A possibilidade de registro de medicamentos sem avaliação de incremento contribui para aumentar ainda mais os dados do uso irracional de medicamentos. No mundo, mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inadequadamente e cerca de 50% dos pacientes não os utilizam de maneira correta (OMS, 2002a; KAR e col., 2010).

Do ponto de vista sanitário, o manejo inadequado dos medicamentos pode produzir resultados desastrosos. Nos EUA, metade das mortes causadas por intervenções do sistema de atenção à saúde foi determinada por reações adversas ao uso de medicamentos, o que poderia representar até 50 mil mortes por ano. Nesse mesmo país, o uso inadequado de medicamentos foi responsável por nove milhões de internações hospitalares por ano. Na América Latina, verificou-se, por meio de 644 estudos, que menos de 40% das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde foram tratadas com medicamentos

segundo padrões definidos em diretrizes clínicas. Em São Paulo, no período de janeiro de 2005 a março de 2006, o Núcleo de Farmacovigilância da Secretaria de Estado da Saúde recebeu, aproximadamente, 9.000 notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos (IOM, 1999; MENDES, 2011).

## **1.2. Assistência Farmacêutica e o impacto nos custos da saúde**

O Ministério da Saúde brasileiro define Assistência Farmacêutica como:

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. Este conjunto envolve 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 para melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004).

Dentre as razões para incorporar as atividades que promovem o uso racional de medicamentos, destacam-se a ética e a economia: o tratamento de um indivíduo deve oferecer o máximo benefício com o mínimo de risco e, ao mesmo tempo, a sociedade deve maximizar os recursos financeiros. Muitos países gastam com medicamentos de 30 a 40% de seus orçamentos em saúde. Contudo, grande parte desses recursos é desperdiçada com fármacos ineficazes, não seguros ou inapropriados (MARQUES e ZUCCHI, 2006).

Certamente não parece adequado, ou mesmo lícito, questionar se o preço de um tratamento é elevado demais para se salvar uma vida ou melhorar sua qualidade. No entanto, as discussões relativas à ética dos lucros de indústrias, distribuidores e provedores de produtos e serviços em saúde além da viabilidade de tratamentos na área de saúde pública devem ser objeto de ampla discussão socioeconômica (GUIMARÃES e *col.*, 2007).

Na perspectiva econômica, os gastos com Assistência Farmacêutica constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde e permanece em crescimento, o que decorre da conjunção de três fatores: o

aumento do número de pessoas que consomem medicamentos, o aumento do número de prescrições por pessoas e o custo das prescrições que decorrem de inovações tecnológicas. Em geral, esse crescimento dos gastos supera o incremento do Produto Interno Bruto dos países, gerando problemas de financiamento. No Canadá, o gasto com medicamentos em relação aos gastos totais de saúde subiu de 9,5% em 1985 para 17,0% em 2006. Os gastos per capita com medicamentos aumentaram de 735 dólares canadenses em 2005 para 773 dólares em 2006, um incremento de 5,1% muito superior à inflação (CIHI, 2007; MENDES, 2011).

No Brasil, devido aos investimentos tardios nas políticas públicas de assistência farmacêutica observamos um quadro de incremento financeiro ainda maior. Na esfera federal, enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6%, aqueles com medicamentos tiveram incremento de 123,9% no período de 2002 a 2006. A participação do gasto com medicamentos no gasto total do Ministério da Saúde aumentou de 5,4% em 2002 para 10,7% em 2007. Nesse mesmo período, o gasto com os medicamentos da atenção básica teve aumento de 75% e com medicamentos dos programas estratégicos, de 124% (VIEIRA, 2009).

### **1.3. As políticas de medicamentos essenciais**

Como estratégia consolidada para promoção da utilização adequada de medicamentos e otimização de recursos está à instituição de políticas de medicamentos essenciais. Estes são definidos pela OMS (2002b) como medicamentos que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados em saúde da população.

As políticas de promoção de medicamentos essenciais tiveram início em 1977, quando a OMS publicou a primeira lista modelo de medicamentos essenciais com 205 itens (186 medicamentos). Desde então, 17 edições foram publicadas, e a maioria dos 193 países membros adotaram listas de medicamentos essenciais. Isso faz com que a questão dos medicamentos

essenciais continue como ponto-chave nas estratégias da OMS para 2008-2013 (WANNMACHER, 2010).

Atualmente, a promoção de sistemas de formulários de medicamentos é considerada uma ferramenta essencial para organizações de saúde, tem crescido de simples listas de medicamentos para sistemas abrangentes de políticas destinadas a garantir o uso seguro, adequado e rentável de produtos farmacêuticos na assistência ao paciente (ASHP, 2008).

Trabalhar com conceito de lista de medicamentos essenciais selecionados por critérios fortemente embasados em evidências faz parte das dez recomendações para melhorar o uso de medicamentos nos países em desenvolvimento (LAING e col., 2001). Segundo Wannmacher (2006), o impacto da adoção de tal política, se efetivamente posta em prática, é o manejo de medicamentos mais eficazes, mais seguros e de menor custo, por consequência, garantindo maior acesso à população.

Usadas como ferramentas para a tomada de decisão em saúde pública, as listas têm auxiliado gestores e profissionais da saúde a lidar com o ônus econômico desses produtos em países pobres que possuem limitados recursos. Quando se trata de tomar decisões em saúde, estas podem estar mais bem fundamentadas pela análise da evidência proveniente de revisões sistemáticas de fontes primárias fidedignas (McMICHAEL e col., 2005; WANNMACHER, 2010).

#### **1.4. As Comissões de Farmácia e Terapêutica**

Os sistemas de saúde têm adotado diferentes meios para estabelecer uma política de medicamentos que promova o uso seguro e eficiente destas tecnologias. A avaliação de fármacos e a tomada de decisão sobre a sua inclusão na lista de medicamentos essenciais são realizadas por Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT), que estão em operação há anos em instituições de saúde do mundo todo (PUIGENTÓS e col., 2010).

As CFT são instâncias responsáveis pela avaliação do uso clínico dos medicamentos, desenvolvendo políticas para gerenciar o uso, a administração e o sistema de seleção. Como um foro para avaliar e discutir todos os aspectos da farmacoterapia, estas orientam os departamentos médicos, de enfermagem, administrativos e de farmácia sobre temas relacionados a medicamentos (CEBRIM, 2003).

A maioria das CFT localiza-se em países desenvolvidos, incluindo Austrália, EUA e países europeus. Na Austrália e no Reino Unido, 92% e 86% dos hospitais, respectivamente, desenvolviam, em 1990, algum tipo de comissão de farmacoterapia. Nos EUA, o recebimento de acreditação hospitalar é condicionado à existência de CFT ou comissão similar. Um estudo em 535 hospitais nos Estados Unidos durante o ano de 2001 mostrou que 99,3% possuíam CFT (WEEKES, 1999; CEBRIM, 2003).

Os efeitos benéficos das CFT em monitorar e promover a qualidade no uso de medicamentos e conter os gastos em serviços de saúde tem sido geralmente aceitos nos países desenvolvidos. Enquanto isso, nos países em desenvolvimento é pouco comum a avaliação dos impactos clínicos e econômicos que a implementação das CFT poderia gerar (LAING *et al.*, 2001).

### **1.5. O planejamento para a implantação da política de medicamentos essenciais**

A dificuldade de implantação e manutenção das atividades da CFT são resultados de falta de prioridade política e regulamentação nos serviços de saúde. Esta realidade torna ainda mais necessária a utilização de planejamentos adequados para a institucionalização de políticas de medicamentos essenciais.

Embora haja a recomendação, não existe a obrigatoriedade da existência da CFT em serviços de saúde, como ocorre com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Em 2003, um estudo realizado em 250 hospitais brasileiros verificou que 139 hospitais possuíam CCIH e 29 hospitais

possuíam CFT. Em nove destes hospitais, o comitê funcionava regularmente, ou seja, com no mínimo uma reunião a cada dois meses (MARQUES e ZUCHI, 2006; OSÓRIO e CASTILHO, 2004).

A gestão do setor público muitas vezes se caracteriza pelo improviso e pela falta de planejamento, com reflexos profundos na formulação e implantação de políticas públicas. As organizações acabam, então, atuando de acordo com circunstâncias emergências que vão acontecendo no dia a dia, de forma anárquica ou de maneira improvisada (SILVA e *col.*, 2009).

Nesse cenário torna-se ainda mais complexo realizar a implantação de uma CFT, pois para esta ser efetiva, deve-se organizar um processo estruturado de seleção de medicamentos, com uma metodologia explícita, transparente e baseada em evidências. A comissão deve ter a capacidade de elaborar e programar intervenções para melhorar o uso dos medicamentos. A direção do serviço de saúde deve delegar autoridade e apoiar as atividades executadas pela CFT para que esta seja efetiva e que resulte na melhoria do cuidado dos pacientes (CEBRIM, 2006).

Uma das propostas de ação para superar as dificuldades da implantação de políticas em serviços de saúde pública é o chamado Planejamento Estratégico Situacional (PES). A partir dos trabalhos de Carlos Matus, o PES surgiu da rejeição da ideia de uma só racionalidade – a econômica, para a solução das questões políticas e sociais e, também, do reconhecimento da pluralidade de atores sociais em conflito numa realidade complexa e dinâmica. É um instrumento de gestão voltado para a resolução de problemas, no qual os atores sociais participam efetivamente do processo (ARTMANN e *col.*, 1997).

O método PES se caracteriza quatro por “momentos” específicos de planejamento para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, cada um com suas ferramentas metodológicas específicas. Este conceito de momento, formulado para superar a ideia de ‘etapas’ rígidas, implica em uma visão mais dinâmica do processo de planejamento, que se caracteriza pela permanente interação de suas fases ou momentos e pela constante retomada dos mesmos.

(MELLEIRO *e col.*, 2005). Por esses motivos, o PES se caracteriza como uma ferramenta interessante para a efetiva implantação das políticas de seleção de medicamentos nos serviços de saúde.

A Política Nacional de Medicamentos define que tanto os estados quanto os municípios devem elaborar suas listas de medicamentos essenciais (BRASIL, 1998). Dessa forma, é necessário investigar sistematicamente sobre as atividades de seleção de medicamentos essenciais e o trabalho de CFT. A respeito da avaliação do impacto desses comitês em países em desenvolvimento, verifica-se que, no Brasil, ainda faltam estudos sobre a existência, a estrutura, a metodologia de trabalho e a avaliação da qualidade das CFT (MARQUES e ZUCHI, 2006).

Diante do exposto, este trabalho possui relevante aplicabilidade para o Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao número restrito de dados sobre a existência de atividades de seleção de medicamentos no Brasil. Se os relatos de experiência são raros, os registros de estratégias de implantação e funcionamento de CFT são ainda mais escassos, assim como seu impacto na racionalização das listas de medicamentos e efeitos nos parâmetros assistências e econômicos.

Assim, este estudo pretende minimizar a falta de informações e orientações para a promoção de políticas de medicamentos essenciais e, conseqüentemente, fomentar o uso racional dessas tecnologias.

## 1.6. Objetivos

### 1.6.1. Objetivo Geral:

- Analisar o processo de seleção de medicamentos, seus determinantes e impactos nos serviços de saúde de uma rede de hospitais do SUS.

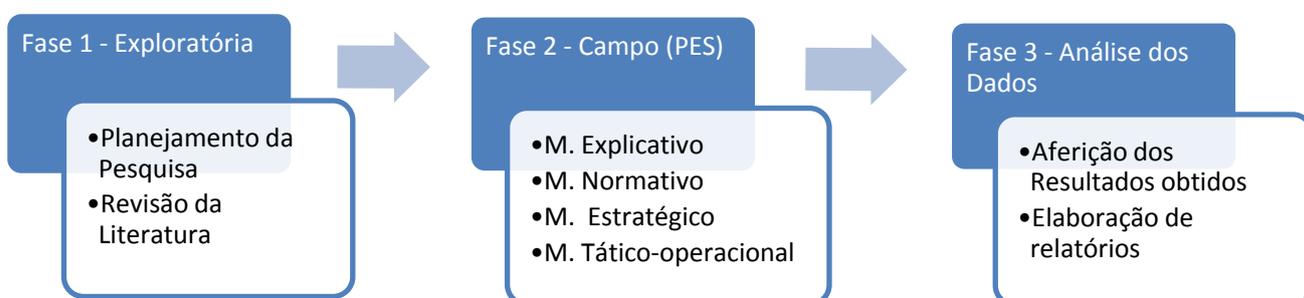
### 1.6.2. Objetivos Específicos:

- Elaborar um painel de indicadores para avaliar a qualidade das atividades de seleção de medicamentos em sistemas de saúde;
- Propor métodos e estratégias de implantação da seleção de medicamentos em unidades do SUS por meio do PES;
- Avaliar o impacto da implantação da CFT na relação de medicamentos da instituição alvo.

## 1.7. Estrutura do Trabalho

O Trabalho foi dividido em três fases: **1) Fase Exploratória** (planejamento inicial da pesquisa e revisão da literatura); **2) Fase de Campo** (Institucionalização do processo de seleção de medicamentos nos serviços de saúde por meio dos momentos do PES); **3) Fase de Análise dos Dados** (aferição e tratamento dos dados coletados durante o estudo).

Figura 1 – Fases da pesquisa



Fonte: Autor (2013)

Como produto da fase exploratória e como parte do processo de revisão da literatura sobre o tema foi realizada uma revisão integrativa de artigos científicos para determinação de indicadores quali-quantitativos padrão para avaliação e monitoramento das atividades de seleção de medicamentos. A referida revisão está descrito no **Capítulo I** deste trabalho.

A fase de campo, que descreve a implantação efetiva das atividades de seleção de medicamentos na instituição alvo de acordo com modelo do PES, está descrita no segundo artigo desta dissertação (**Capítulo II**).

Por fim, os impactos clínicos e econômicos na relação de medicamentos após a implantação das CFT estão descritos no último artigo e compõem o **Capítulo III** desta dissertação.

## CAPITULO I

### **INDICADORES PARA IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SISTEMAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.**

Rafael Santos Santana<sup>1</sup>, Elisdete Maria Santos de Jesus<sup>1</sup>, Arley Santos de Góes<sup>2</sup>, Diana Grazielle dos Santos<sup>1</sup>, Wellington Barros da Silva<sup>3</sup>.

1. Farmacêutico(a), Mestrando(a) em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Sergipe;
2. Acadêmico do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe;
3. Docente do Departamento de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, Doutor em Educação Científica e Tecnológica pela Universidade Federal de Santa Catarina.

**RESUMO:**

Uma das principais alternativas para a melhoria na utilização de medicamentos em todo o mundo é a definição das listas de medicamentos essenciais. Porém, as dificuldades de implantação de Comissões de Farmácia e Terapêutica e manutenção de suas atividades se caracterizam como um desafio para os gestores dos serviços de saúde. Utilizar indicadores de avaliação da seleção de medicamentos pode ser uma ferramenta de suma importância para o êxito desta atividade. Este trabalho visou à obtenção de um painel dos principais indicadores utilizados para a seleção de medicamentos obtidos por meio da realização de uma revisão integrativa da literatura. Após elaboração de protocolo de revisão, foram realizadas buscas abrangentes nas bases LILACS, MEDLINE, EMBASE e SCIELO resultando inicialmente em 1048 artigos. Conforme critérios de inclusão e exclusão, definidos previamente no protocolo, foram selecionados 16 artigos originais para compor um painel de indicadores. Foram selecionados 45 indicadores quantitativos e qualitativos, sendo estes agrupados de acordo com semelhanças conceituais em três categorias básicas, baseadas na tríade de avaliação dos serviços de saúde proposta por Donabedian: 1) Avaliação da Estrutura da Comissão de Farmácia e Terapêutica; 2) Avaliação dos Processos Gerais de Seleção de Medicamentos; e 3) Avaliação dos Resultados da Seleção de Medicamentos.

**Palavras-Chave:** Indicadores, Seleção de Medicamentos, Avaliação de Serviços de Saúde, Uso Racional de Medicamentos.

## **INTRODUÇÃO:**

Com o advento cada vez maior de novas tecnologias sanitárias e consequente pressão mercadológica junto aos serviços de saúde, os medicamentos tornam-se, cada vez mais, alvo de questionamentos quanto a sua forma de incorporação nas instituições públicas. Em muitos países, o gasto farmacêutico vem se tornando uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas de saúde. O orçamento crescente para aquisição de medicamentos tem competido com outras prioridades do setor saúde e esses gastos não tem resultado em melhora significativa dos indicadores de saúde (1).

Grande parte desses recursos é desperdiçada com fármacos inapropriados, inefetivos ou não seguros. A utilização inadequada desses medicamentos pode gerar consequências como efeito sub-terapêutico, reações adversas, interações medicamentosas preveníveis e aumento da resistência bacteriana aos antimicrobianos (2, 3).

Frente a esse quadro, a definição de listas de medicamentos essenciais é a principal recomendação dos órgãos nacionais e internacionais para alcance da racionalidade do uso desses insumos. Em 1977, a OMS publicou sua primeira lista modelo e desde então vem assessorando os países membros a selecionar medicamentos com qualidade e custo razoável (4).

Para gerir adequadamente esse processo recomenda-se a institucionalização de uma Comissão de Farmacoterapia ou Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Os efeitos benéficos da CFT em monitorar e promover a qualidade no uso de medicamentos e conter os gastos em hospitais e em outros serviços de saúde tem sido geralmente aceitos nos países desenvolvidos (5). Assim, a OMS estabelece que um dos resultados

esperados para o uso racional de fármacos é a promoção das CFT em nível institucional, local e nacional (3,6).

Nos países em desenvolvimento, a promoção ampla de CFT em serviços de saúde é deficiente. Também é pouco comum a avaliação dos impactos clínicos e econômicos que a implementação das CFT pode gerar (5). No Brasil, mesmo com a Política Nacional de Medicamentos (7) estabelecendo a “adoção de relações de medicamentos essenciais” e a “promoção do uso racional” como principais diretrizes para os serviços de saúde, ainda não foi observado no sistema de saúde brasileiro o estabelecimento de uma política abrangente de institucionalização de CFT.

Dados que comparam as poucas CFT existentes no Brasil com comitês de países desenvolvidos demonstram que além da falta de regulamentação específica, há também deficiência de mecanismos de avaliação e monitoramento dos trabalhos do comitê e do processo de seleção em si, o que contribui para o pouco desenvolvimento das atividades de seleção de medicamentos no país (3).

Assim, foi utilizado o recurso da revisão integrativa para obter um painel de indicadores que podem ser utilizados nos serviços de saúde como subsídio para implantação de um processo efetivo de seleção de medicamentos.

## **MÉTODOS:**

O método de revisão integrativa possui abordagem que permite a inclusão de diversas metodologias (pesquisa experimental e não experimental) com potencial de desempenhar um papel maior na prática baseada em

evidências, pois contribui para a apresentação de perspectivas variadas sobre um fenômeno (8).

Previamente, foi elaborado um protocolo de revisão com descrição detalhada das etapas deste trabalho para orientação de dois pesquisadores que realizaram as buscas de maneira independente, além de um terceiro pesquisador supervisor. As bases de dados utilizadas para levantamento dos estudos foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline), Excerpta Medica Database (Embase) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os descritores empregados para realização das buscas foram pesquisados anteriormente nas bases Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Ademais, foi utilizada combinação dos seguintes termos em português, além de suas variações em inglês e espanhol: “Indicadores”, “Critérios”, “Seleção de Medicamentos”, “Comitê de Farmácia e Terapêutica”, “Formulário de Medicamentos”.

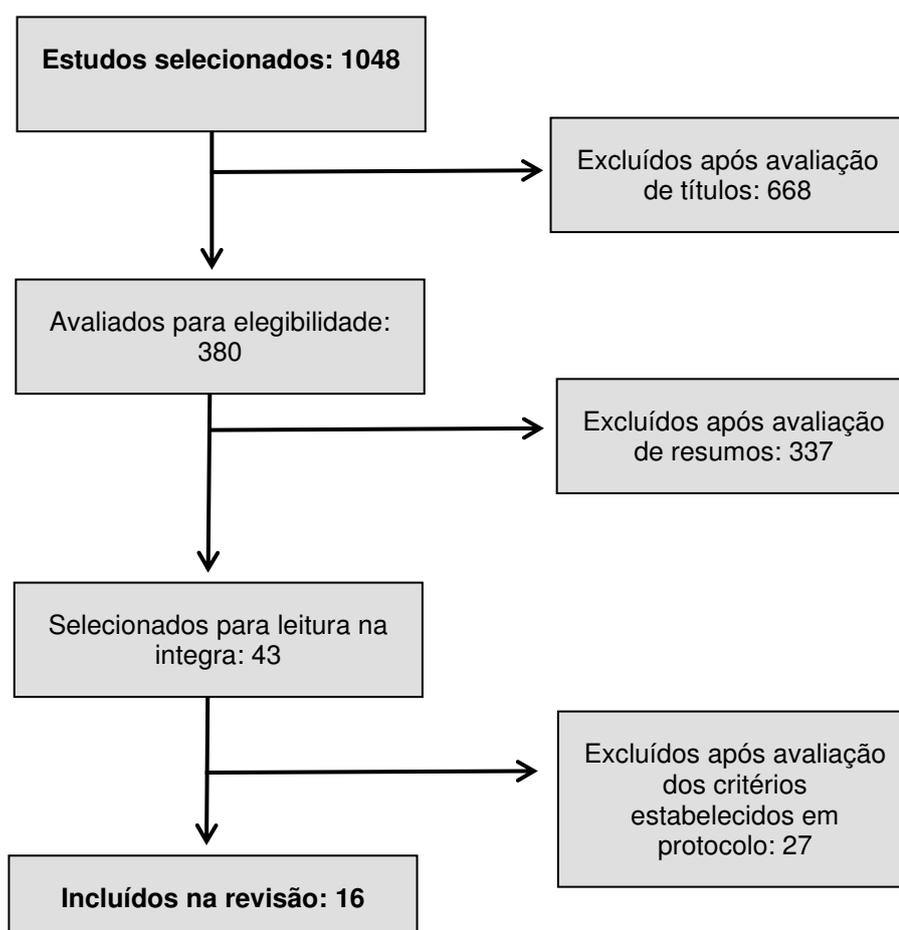
Os critérios para inclusão dos artigos foram definidos visando abordar indicadores de avaliação da seleção de medicamentos em sistemas de saúde descritos nas literaturas de língua inglesa, portuguesa e espanhola. Os artigos deveriam ser publicados entre o período de Janeiro de 1996 à Março de 2012.

Além da busca nas bases de dados, realizou-se busca manual nas listas de referências dos artigos selecionados. Foram incluídos artigos originais e artigos de revisão que tratassem sobre o tema. Foram excluídos da revisão cartas ao editor, artigos de opinião e trabalhos não disponíveis para acesso de texto integral.

## RESULTADOS:

Após realização de buscas nas bases escolhidas e exclusão dos documentos repetidos foram relacionados inicialmente 1.048 artigos para avaliação durante o processo de realização da revisão, que contou com etapas de avaliação de títulos, resumos e conteúdo integral do artigo, resultando em 16 artigos incluídos para compor a revisão integrativa, conforme Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de tratamento dos estudos durante o processo de revisão.



Dentre os artigos selecionados, 12 estavam escritos na língua inglesa, 02 na língua espanhola e 02 em português. Quanto à origem, a maioria dos

trabalhos foi realizada no continente Europeu, com oito dos 16 artigos, dois foram originários da Oceania (Austrália) e seis estudos do Continente Americano, sendo dois brasileiros, conforme demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1 – Características dos artigos selecionados.**

<b>Autores e Ano</b>	<b>Origem</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>
Magarinos-Torres e col. (2011)	América (Brasil)	Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino	Estudo de Caso
Durán-García e col. (2011)	Europa (Espanha)	Literature review on the structure and operation of pharmacy and therapeutics committees	Artigo de Revisão
Latorre e col. (2011)	Europa (Espanha)	Variabilidad en la actividad y los resultados de la evaluación de nuevos medicamentos por las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales en España	Estudo Observacional
Puigventós e col. (2010)	Europa (Espanha)	Structure and procedures of the pharmacy and therapeutic committees in Spanish hospitals	Estudo Observacional
Mittmann e Knowles (2009)	América (Canadá)	A survey of pharmacy and therapeutic committees across of Canada: scope and responsibilities	Estudo Observacional
ASPH (2008)	América (EUA)	Guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system	Diretrizes de Prática
Marques e Zucchi (2006)	América (Brasil)	Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais	Artigo de Revisão
Tan e col. (2005)	Oceania (Austrália)	Perspectives on Drug and Therapeutics Committee policy implementation	Estudo Observacional
Martin e col. (2003)	América (Canadá)	Priority setting in a hospital drug formulary: a qualitative case study and evaluation	Estudo de Caso
Sjöqvist e col. (2002)	Europa (Suécia)	Drug and therapeutics committees: a Swedish experience	Estudo Observacional
Torres e col. (200)	Europa (Espanha)	Metodologías para la selección de medicamentos en el hospital	Artigo de Revisão
Fijn e col. (1999)	Europa (Holanda)	Drug and Therapeutics (D & T) committees in Dutch hospitals: a nation-wide survey of structure, activities, and drug selection procedures	Estudo Observacional
Fijn e col. (1999)	Europa (Holanda)	Rational pharmacotherapy in The Netherlands: formulary management in Dutch hospitals	Estudo Observacional
Weekes e col. (1998)	Oceania (Austrália)	Indicators for Drug and Therapeutics Committees	Estudo Observacional
Thürmann e col. (1997)	Europa (Alemanha)	Structure and activities of hospital drug committees in Germany	Estudo Observacional
Weekes e Brooks (1996)	Oceania (Austrália)	Drug and Therapeutics Committees in Australia: expected and actual performance	Estudo Observacional

Os indicadores selecionados foram agrupados e codificados por similaridade, quando foram verificados aqueles que apresentavam conceitos

semelhantes. Foram incluídos apenas indicadores que estavam presentes em pelo menos dois artigos diferentes. A categorização dos mesmos foi baseada na clássica tríade proposta por Avendis Donabedian (9) estabelecendo assim, três grupos de indicadores: “**Estrutura das Comissões de Seleção de Medicamentos**” (**E**), “**Processo de Seleção**” (**P**) e “**Resultados da Seleção**” (**R**), conforme descritos nos Quadros 2, 3 e 4.

**Quadro 2 – Indicadores de estrutura da Comissão de Farmácia e Terapêutica.**

<b>Nº</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frequência de Artigos</b>
<b>E01</b>	<b>Institucionalização de comitê responsável pela seleção de medicamentos no serviço de saúde</b> (CFT) (03), (10), (11), (13), (16), (19), (20), (22), (23), (24).	62,5%
<b>E02</b>	<b>Nível de representatividade do comitê.</b> Equipe multiprofissional com principais representantes da área técnica e administrativa (03), (11), (13), (14), (15), (16), (18), (21), (23), (24).	62,5%
<b>E03</b>	<b>Número de participantes da comissão de farmácia e terapêutica</b> (11), (13), (14), (21), (23).	31,2%
<b>E04</b>	<b>Quantidade e periodicidade das reuniões da CFT ao longo do ano</b> (10), (13), (14), (19), (20), (21), (22), (23).	50%
<b>E05</b>	<b>Aferição de situações de impedimento ético entre os membros.</b> Declaração e avaliação de conflito de interesses (10), (15), (18), (19), (21), (22).	37,5%
<b>E06</b>	<b>Autoridade da CFT.</b> Autonomia para tomar decisões sobre a disponibilidade e uso de drogas no serviço (16), (22).	12,5%
<b>E07</b>	<b>Documentos institucionais com regras gerais para o funcionamento da CFT.</b> Missão, objetivos, funções, regimento interno, procedimentos operacionais padrão (11), (13), (20), (22), (24).	31,2%
<b>E08</b>	<b>CFT organiza-se em sub-comissões para regulamentação de políticas específicas.</b> Controle de antimicrobianos, fármacos de alto custo, dentre outras (03), (14), (21).	18,7%
<b>E09</b>	<b>Participação de outros comitês da instituição no processo de seleção de medicamentos.</b> Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional, dentre outras (11), (13), (15), (19), (22).	31,2%
<b>E10</b>	<b>O comitê realiza colaboração em rede com organizações governamentais, sociedades científicas ou com outras CFT</b> (14), (03), (18), (23).	25%
<b>E11</b>	<b>Possui recursos para financiamento das suas atividades</b> (16), (22).	12,5%

**Quadro 3 – Indicadores dos Processos de Seleção de Medicamentos.**

Nº	Indicadores	Frequência de Artigos
P12	<b>Possui formulário/guia de medicamentos essenciais disponível para os profissionais do serviço</b> (03), (10), (11), (13), (14), (15), (19), (20), (23), (24).	62,5%
P13	<b>Processo padronizado para solicitação de alteração na lista de medicamentos</b> (03), (11), (13), (15), (19), (21), (22).	43,7%
P14	<b>Utilização de estudos e ferramentas gerais de saúde baseada em evidências na tomada de decisão</b> (10) (11), (14), (15), (17), (18), (19), (21), (23), (24).	62,5%
P15	<b>Utilização de estudos farmacoeconômicos para tomada de decisão</b> (03), (10), (11), (14), (15), (17), (18), (19), (21), (24).	62,5%
P16	<b>Avaliação de outros aspectos e implicações relacionados ao ciclo logístico da assistência farmacêutica.</b> Estabilidade durante armazenamento, disponibilidade no mercado, condições de transporte, dentre outros (03), (10), (14), (15), (17), (18), (19).	43,7%
P17	<b>Realização de atividades de educação e consultoria aos profissionais da instituição sobre as questões relacionadas ao uso de medicamentos</b> (03), (14), (15), (18), (22), (24).	37,5%
P18	<b>Protocolos e diretrizes terapêuticas padronizadas no serviço</b> (03), (14), (20), (23), (24).	31,2%
P19	<b>Programa de intercâmbio terapêutico de medicamentos.</b> Atividade onde profissionais não médicos podem realizar alterações na prescrição seguindo protocolos específicos, geralmente controlados pela CFT (11), (13), (15), (19), (20), (23).	37,5%
P20	<b>Possui assessoria de um Centro de Informação sobre Medicamentos – CIM</b> (18), (19).	12,5%
P21	<b>Utilizam metodologias específicas validadas para incorporação de medicamentos.</b> Guia para la Incorporacion de Nuevos Farmacos - GINF, System of Objective Judgment Analysis - SOJA, dentre outros (13), (19), (21).	18,7%
P22	<b>Elaboração de pareceres e/ou relatórios técnicos para documentar as alterações da lista</b> (13), (15).	12,5%
P23	<b>Realiza avaliação e monitoramento do uso <i>off label</i> de medicamentos no serviço</b> (10), (15), (22).	18,7%
P24	<b>Possui regulamentação sobre a participação dos produtores e fornecedores no processo de seleção</b> (13), (14), (15), (21), (22), (23).	37,5%
P25	<b>Monitoramento da segurança do uso de medicamentos no serviço.</b> Notificações de erros de medicação, número de reações adversas, resistência de antibióticos (03), (14), (22), (24).	25%
P26	<b>Utilizam estratégias para priorização da demanda de avaliação de medicamentos.</b> Itens com maior relevância para o serviço (11) (16).	12,5%
P27	<b>Normas para a solicitação e utilização eventual de medicamentos não padronizados na lista de medicamentos essenciais do serviço</b> (15), (22).	12,5%
P28	<b>Estratégias de divulgação da lista e das decisões da CFT.</b> Guias impressos, e-mails direcionados, Intranet, boletins periódicos, dentre outros (10), (14), (15), (16), (19), (24).	37,5%
P29	<b>Restrição de uso de medicamentos por especialidade ou serviço ofertado.</b> Listas elaboradas para serviços específicos, com critérios pré-definidos (15), (19), (20).	18,7%
P30	<b>Reporte/validação das decisões da CFT em instância superior</b> (15), (17), (22), (24).	25%
P31	<b>Possui mecanismos de apelação formal.</b> Solicitantes podem recorrer às decisões da CFT e/ou reportar casos de surgimento de novas evidências científicas (17), (22), (24).	18,7%
P32	<b>Ocorre revisão periódica de toda a lista</b> (19), (22).	12,5%

**Quadro 4 – Indicadores de Resultado para Seleção de Medicamentos**

<b>Nº</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frequência de Artigos</b>
<b>R33</b>	<b>Número de medicamentos que compõem o formulário da instituição</b> (10), (19), (23).	18,7%
<b>R34</b>	<b>Número e percentual de inclusões de medicamentos da lista durante revisão</b> (10), (12), (13), (15), (19), (23).	37,5%
<b>R35</b>	<b>Número e percentual de exclusões de medicamentos da lista durante revisão</b> (10), (12), (13), (15), (19), (22), (23).	43,7%
<b>R36</b>	<b>Quantidade de solicitações de alteração na lista demandadas pelos profissionais do serviço</b> (10), (12), (19).	18,7%
<b>R37</b>	<b>Número de avaliações realizadas pela CFT.</b> Total de pareceres/relatórios emitidos (10), (13).	12,5%
<b>R38</b>	<b>Percentual de medicamentos da lista com avaliação formal da CFT</b> (10), (12), (13), (15), (19).	31,2%
<b>R39</b>	<b>Número de protocolos e diretrizes terapêuticas elaboradas ou validadas pela CFT</b> (10), (13), (19), (20).	25%
<b>R40</b>	<b>Porcentagem de itens selecionados indicados por recomendações governamentais.</b> Relação Nacional de Medicamentos – RENAME, lista de medicamentos de referência da OMS, dentre outras. (11), (15), (17), (22).	25%
<b>R41</b>	<b>Quantitativo de medicamentos por classe terapêutica.</b> Número de alternativas terapêuticas por grupo de medicamentos. (12), (19), (22), (23).	25%
<b>R42</b>	<b>Quantitativo de notificações de problemas relacionados aos medicamentos selecionados.</b> Queixas técnicas, reações adversas, índice de antibióticos resistentes (03), (14), (19), (21), (22).	31,2%
<b>R43</b>	<b>Percentual de adesão dos prescritores às políticas de uso de fármacos instituídas pela CFT.</b> Lista, protocolos clínicos e orientações de utilização (03), (19), (23).	18,7%
<b>R44</b>	<b>Impacto econômico das alterações na lista.</b> Valores de economia ou incremento de gastos após as modificações na relação de medicamentos (10), (13), (15), (18), (19).	31,2%
<b>R45</b>	<b>Número e custo das aquisições de Itens não padronizados</b> (15), (19), (20), (22).	25%

**DISCUSSÃO:**

A estrutura das atividades de seleção de medicamentos está diretamente relacionada com a organização da CFT. Dos artigos selecionados para a revisão, 87,5% citaram indicadores relacionados a estrutura do comitê para avaliar a seleção de medicamentos em serviços de saúde. Para a OMS, o objetivo maior de uma CFT é assegurar que será disponibilizado uma assistência de qualidade aos pacientes, com a menor despesa possível, determinando que medicamentos devem estar disponíveis, a que custo e de que modo devem ser utilizados (2).

Dentre os indicadores mais citados nos estudos estão: a *institucionalização da CFT na organização - E01, o nível de representatividade - E02, o seu número de representantes - E03, número e periodicidade das reuniões - E04 e aferição de situações de conflito de interesses dos seus membros - E05*, descritos no Quadro 2.

Apesar da extensa recomendação dos organismos internacionais e consolidação da prática em países desenvolvidos, a realidade brasileira se mostra longe de um processo de institucionalização efetiva das CFT. Um estudo realizado com 250 hospitais, públicos e privados, de diversas regiões brasileiras mostrou que apenas 29 hospitais implantaram CFT. E, ainda assim, em apenas nove destes hospitais, as CFT funcionavam regularmente, ou seja, com no mínimo uma reunião a cada dois meses (25). A CFT está presente em 86% dos hospitais do Reino Unido, atua em mais de 92% dos hospitais australianos e em 99,3% dos hospitais nos EUA (03, 26). No Brasil, a estimativa é que esse número seja inferior a 10% (03, 25).

O número e a representatividade dos membros irão variar de acordo com o nível de complexidade dos serviços oferecidos. Quanto menor o número de membros poderá ser mais fácil será alcançar acordos por consenso. No entanto, um número maior de membros pode aportar conhecimentos mais amplos, reduzir a carga de trabalho de cada membro e facilitar a execução das decisões. A qualidade do processo está atrelada à composição da comissão e, dada a diversidade de competências exigidas, o grupo deve ser composto por diferentes categorias profissionais, como médicos, farmacêuticos e enfermeiros (02, 10).

A periodicidade das reuniões também irá variar de acordo com o grau de demandas da CFT e do preparo dos membros. Considera-se o período mínimo de uma reunião a cada três meses e, idealmente, reuniões com periodicidade mensal (02, 12).

Um ponto consensual na literatura pesquisada e nas recomendações internacionais é a necessidade de aferir questões de conflito de interesses entre os membros, visando evitar a influência deletéria do marketing farmacêutico e a interferência de interesses econômicos pessoais, pois há estudos que demonstram que 98% dos médicos são visitados com frequência por propagandistas e 22% confiam plenamente nas peças publicitárias distribuídas pelos laboratórios (27). Aqueles que participam de viagens de congressos patrocinados pela indústria têm 790% mais chances de solicitar inclusão do fármaco no seu hospital (28). Portanto, OMS preconiza que deve ser exigido a todos os membros do comitê o preenchimento de uma “declaração de interesses”, a fim de comprometê-los com os princípios de trabalho e ética da CFT (02).

No Quadro 3 pode-se observar que os indicadores de processo mais citados nos estudos avaliados por essa revisão são a *institucionalização de formulário de medicamentos essenciais para o serviço - P12, processo padronizado para solicitação de alteração na lista de medicamentos - P13, utilização de métodos gerais de saúde baseada em evidências - P14 e utilização de métodos de farmacoeconomia - P15.*

Há aceitação mundial de que as relações de medicamentos essenciais promovem maior equidade do serviço, com impacto comprovado na melhora do acesso, e no custo-efetividade dos cuidados à saúde. Assim, construir listas e

formulários de medicamentos essenciais pode ajudar os países a racionalizar a compra e distribuição de medicamentos, reduzindo custos e garantindo qualidade de atendimento (29).

Em contrapartida, a seleção é um processo complexo. A simples exclusão ou inclusão de medicamentos sem análise crítica não possibilita construir uma política de medicamentos essenciais (10). Nos últimos anos, os critérios de seleção de medicamentos evoluíram de uma abordagem orientada apenas pela experiência clínica dos membros para basear-se fortemente em evidências científicas (04).

A avaliação comparativa com base em evidências científicas de qualidade, acrescida do perfil de utilização e ponderação dos gastos envolvidos, é inerente ao conceito de seleção de medicamentos (10). Um estudo realizado em 400 hospitais públicos da França, Alemanha, Holanda, e Reino Unido demonstrou que 92% das decisões das CFT se basearam em evidências clínicas, enquanto que perspectivas econômicas foram levadas em consideração, em 59% dos casos (30).

Quanto aos principais indicadores de resultado da seleção de medicamentos presentes nos estudos, podemos citar: *o número total e percentual de inclusões - R34, e de exclusões - R35 e o seu impacto econômico no serviço - R44.*

A inclusão de medicamentos considerados essenciais é a principal forma de garantir o acesso a tratamentos com maior qualidade e segurança para o usuário, além de menor despesa do serviço. A organização “Médico Sem Fronteiras” chegou a afirmar que a primeira lista publicada pela OMS, em 1977, com 205 itens constituiu a “maior revolução na história da Medicina, Farmácia e

Saúde Pública” (04). Até a sua 17ª edição publicada em 2011 foram incluídos mais de 200 medicamentos, dentre os quais alguns de classes estratégicas como os antirretrovirais, não presentes nas primeiras edições (31).

A exclusão de itens não essenciais ou de efetividade e segurança questionável também representa uma grande contribuição aos cuidados em saúde. A diminuição no número de itens, por si só, é um ganho para a Assistência Farmacêutica. A logística, o fornecimento de informação e o acompanhamento do uso pela farmácia hospitalar são favorecidos quando há um número menor de medicamentos disponíveis. Além disso, os gastos totais tendem a diminuir com o aumento do volume de compra de um mesmo item, por economia de escala. O montante financeiro requerido pode comprometer o tratamento do conjunto de pacientes (10, 32).

O impacto econômico dessas alterações também deve ser levado em consideração. As decisões baseadas em evidências devem ser adaptadas aos recursos financeiros disponíveis, levando em conta as necessidades e valores da população (33).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Todas essas questões relacionadas à estrutura do comitê, aos processos de trabalho e resultados da seleção de medicamentos devem ser pauta de discussão entre gestores, profissionais da saúde e usuários. A falta de estudos relacionados ao tema no Brasil e na América Latina contribui para afastar os serviços de um ideal de racionalidade dos tratamentos medicamentosos e da gestão de recursos nos países em desenvolvimento. Superar essas dificuldades por meio do fomento de novos trabalhos e

aplicação de critérios de implantação e monitoramento da seleção é fundamental para tornar as políticas de medicamentos essenciais não apenas recomendações, mas uma realidade dos serviços de saúde.

#### **REFERÊNCIAS:**

1. Mota DM, Silva MGC, Sudo EC, Ortun V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Sup):589-601.
2. Holloway K, Green T. *Drug and therapeutics committees - A practical guide*. Genebra: WHO; 2003.
3. Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquêm das diretrizes internacionais. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;19(1):58-68.
4. Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. *Boletim OPAS: Uso Racional de Medicamentos - Temas Seleccionados*. 2006;3(2):1-6.
5. Laing RO, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy Plan*. 2001;16(1):13-20.
6. World Health Organization. WHO Medicines strategy: countries at the core. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_EDM\\_2004.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf). Acessado em novembro de 2012.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria\\_3916\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf). Acessado em novembro de 2012.
8. Whittmore R, Knafelz K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-553.
9. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. *Série Saúde & Cidadania*, vol. 3. 1998. 227p.
10. Magarinos-Torres R, Pagnoncelli D, Cruz-Filho AD, Osorio-de-Castro, CGS. Vivenciando a Seleção de Medicamentos em Hospital de Ensino. *Rev Bras Educ Méd*. 2011;35(1):77-85.
11. Durán-García E, Santos-Ramos B, Puigventos-Latorre F, Ortega, A. Literature review on the structure and operation of Pharmacy. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(3):475-483.
12. Latorre FP, Santos-Ramos B, Eslava AO, Durán-García ME. Variabilidad en la actividad y los resultados de la evaluación de nuevos medicamentos por las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales en España. *Farm Hosp*. 2011; 35(6):305-314.
13. Puigventós F, Santos-Ramos B, Ortega A, Durán-García E. Structure and procedures of the pharmacy and therapeutic committees in Spanish hospitals. *Pharm World Sci*. 2010;32(6):767-775.

14. Mittmann N, Knowles S. A Survey of pharmacy and therapeutic committees across of Canada: scope and responsibilities. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;16(1):171-177.
15. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system. *Am J Health-Syst Pharm*. 2008;65(13):1272-1283.
16. Tan EL, Day RO, Brien JE. Perspectives on Drug and Therapeutics Committee policy implementation. *Res Social Admin Pharm*. 2005;1(4):526-545.
17. Martin DK, Hollenberg D, MacRae S, Madden S, Singer S. Priority setting in a hospital drug formulary: a qualitative case study and evaluation. *Health Policy*. 2003;66(3):295-303.
18. Sjoqvist F. Drug and therapeutics committees: a Swedish experience. *WHO Drug Inf*. 2002;16(3):207-213.
19. Tores NVJ, Marti CM, Colomer JJ, Pieró PC. Metodologías para la selección de medicamentos en el hospital. *Farm Hosp*. 2000;24(1):1-11.
20. Fijn R, Brouwers JRBJ, Knaap RJ, De Jong-Van den Berg LTW. Drug and Therapeutics (D & T) committees in Dutch hospitals: a nation-wide survey of structure, activities, and drug selection procedures. *Br J Clin Pharmacol*. 1999;48(2):239-246.
21. Fijn R, Berg TW, Brouwers JRBJ. Rational pharmacotherapy in The Netherlands: formulary management in Dutch hospitals. *Pharm World Sci*. 1999;21(2):74-79.

22. Weekes LM, Brooks C, Day RO. Indicators for Drug and Therapeutics Committees. *Br J Clin Pharmacol*. 1998;45(4):393-398.
23. Thürmann PA, Harderá S, Steio A. Structure and activities of hospital drug committees in Germany. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;52(6):429-435.€
24. Weekes LM, Brooks C. Drug and Therapeutics Committees in Australia: expected and actual performance. *Br J Clin Pharmacol*. 1996;42(5):551-557.
25. Osório-de-Castro CGS, Castilho SR. Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2004.
26. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos – CEBRIM. Boletim Farmacoterapêutica. 2003;8(2):1-4.
27. Fagundes MJD, Soares MGA, Diniz NM, Pires JR, Garrafa V. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(1):221-229.
28. Steinman MA, Shlipak MG, Mcphee S. Of Principles and Pens: Attitudes and Practices of Medicine Housestaff toward Pharmaceutical Industry Promotions. *Am J Med*. 2001;110(7):551–557.
29. Kar SS, Pradhan HS, Mohanta GP. Concept of essential medicines and rational use in public health. *Indian J Community Med*. 2010;35(1):10-13.
30. Hasle-Pham E, Arnould B, Spath HM, Follet A, Duru G, Marquis P, Advisory P. Role of clinical, patient-reported outcome and medico-economic studies

in the public hospital drug formulary decision-making process: results of a European survey. *Health Policy*. 2005;71(2):205-212.

31. World Health Organization. 17<sup>th</sup> Model List of Essential Medicines, 2011. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf). Acessado em novembro de 2012.
32. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osorio-De-Castro, CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.
33. Muir, GJA. Evidence based policy making. *BMJ*.2004;329(7473):988-989.

## CAPÍTULO II

### **A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS POR MEIO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL**

Rafael Santos Santana<sup>1</sup>, Iza Maria Fraga Lobo<sup>2</sup>, Thais Rodrigues Penaforte<sup>3</sup>, Wellington Barros da Silva<sup>4</sup>.

1. Farmacêutico, Mestrando em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Sergipe;
2. Médica, Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia;
3. Docente da Universidade Federal da Bahia, Doutora em Medicamentos e Cosméticos pela Universidade de São Paulo;
4. Docente do Departamento de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, Doutor em Educação Científica e Tecnológica pela Universidade Federal de Santa Catarina.

**RESUMO:**

Desde a publicação da 1ª relação de medicamentos essenciais da OMS, em 1977, este órgão e diversas instituições de saúde em todo o mundo têm fomentado a importância da promoção de políticas de medicamentos essenciais para os serviços de saúde. Apesar da inegável contribuição para a promoção do uso racional de medicamentos, a implantação de comitês que gerenciem a implantação de listas de medicamentos essenciais ainda é um desafio para os gestores do SUS. Este trabalho teve como objetivo utilizar uma ferramenta de gestão, proposta pelo economista Carlos Matus, para a superação das dificuldades de implantação de CFT nos serviços hospitalares do estado de Sergipe. Para isso, a equipe de pesquisadores realizou em conjunto com os atores do serviço a implantação do Planejamento Estratégico Situacional por meio dos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Por meio deste trabalho, observou-se que o método PES caracteriza-se como uma ferramenta interessante para a implantação de atividades fundamentais da seleção de medicamentos, nesse estudo, agrupadas em três objetivos gerais alcançados: 1) a regulamentação de fluxos e procedimentos para a seleção de medicamentos; 2) a organização de comissões de farmácia e terapêutica e 3) a elaboração de listas de medicamentos essenciais.

**Palavras-Chave:** Seleção de Medicamentos, Avaliação de Serviços de Saúde, Uso Racional de Medicamentos, Planejamento Estratégico Situacional.

**ABSTRACT:**

Since the publication of the 1<sup>st</sup> list of WHO essential medicines in 1977, some health institutions around the world have promoted the importance of promoting policies of essential medicines for health services. Despite the undeniable contribution to the promotion of rational use of medicines, deploying committees that manage the deployment of lists of essential medicines is still a challenge for managers of SUS. This study aimed to use a management tool proposed by economist Carlos Matus to overcome the difficulties of implementing P&T committees in hospital services of Sergipe. For this, the research team conducted in conjunction with the stakeholders of the implementation of the Situational Strategic Planning through moments explanatory, normative, strategic and tactical-operational. It was observed that the SSP method is characterized as an interesting tool for the implementation of fundamental activities of selection of essential medicines in this study grouped into three general objectives achieved: 1) the regulation of flows and procedures for selection medication, 2) the organization of pharmacy and therapeutics committees and 3) the preparation of lists of essential medicines.

**Keywords:** Selection of Essential Medicines, Assessment of Health Services, Rational Drug Use, Situational Strategic Planning.

## INTRODUÇÃO:

O elevado número de tecnologias produzidas e incorporadas nas últimas duas décadas tem sido associado à queda na mortalidade e ao aumento do volume de informação produzido sobre tecnologias médicas e do custo da assistência em saúde <sup>(1)</sup>. Também é crescente a preocupação com a qualidade dos serviços prestados e com os recursos necessários para sua manutenção e expansão. O medicamento, insumo muito importante nesse processo, foco de intensa incorporação tecnológica, reflete muito bem a necessidade de constantes avaliações para que o seu uso seja benéfico à saúde, mas principalmente custo-efetivo e resolutivo <sup>(2)</sup>.

Estas são razões para incorporar os critérios de promoção do uso racional de medicamentos (URM) nos modelos de gestão e prestação de serviços em saúde, aí incluída a avaliação para a incorporação e substituição de insumos para a saúde. A premência dos motivos de ordem ética, econômica e social justifica tal necessidade: o tratamento de um indivíduo deve oferecer o máximo benefício com o mínimo de risco e, ao mesmo tempo, a sociedade deve maximizar os recursos financeiros <sup>(3)</sup>.

De uma forma geral, o gasto com medicamentos representa cerca de 30 a 40% do orçamento em saúde <sup>(2)</sup>. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande incorporador de tecnologias. Somente o Ministério da Saúde compra cerca de R\$ 8 bilhões em medicamentos e produtos para saúde por ano. Ao mesmo tempo, gestores de todas as instâncias do SUS são constantemente pressionados para que tecnologias novas e emergentes sejam incorporadas. Grande parte dessa pressão é norteada pelo desconhecimento de sua viabilidade técnica, financeira e das consequências do seu uso para a saúde da população <sup>(4)</sup>.

A principal alternativa a essa problemática é a definição das listas de medicamentos essenciais. Já em 1975, a Assembleia Mundial da Saúde sugeriu que a Organização Mundial da Saúde (OMS) deveria assessorar seus estados-membros a selecionar medicamentos essenciais com qualidade e custo razoável. Deste modo, em 1977, publicou-se a primeira lista modelo de

medicamentos essenciais com 205 itens (186 medicamentos). Desde então, 16 revisões foram publicadas, e a maioria dos países membros adota listas de medicamentos essenciais <sup>(5,6)</sup>.

O conceito de medicamentos essenciais tem como objetivo primordial fornecer condições para contemplar as necessidades da terapêutica e melhorar a qualidade de assistência e não o de restringir a oferta de terapias. Selecionam-se medicamentos levando em conta sua pertinência para a saúde pública, provas de sua efetividade e segurança, e eficácia comparativa em relação ao custo. Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos sistemas de saúde em todo momento, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada, a um preço que os pacientes e a comunidade possam pagar <sup>(5,7)</sup>.

No âmbito hospitalar e dos sistemas locais de saúde, o processo de elaboração da lista de medicamentos essenciais é realizado por uma equipe multidisciplinar denominada, geralmente, de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), cujo trabalho está pautado sob a ótica da Saúde Baseada em Evidências. No Brasil, embora haja a recomendação, não existe a obrigatoriedade da existência desses comitês nos serviços de saúde, como acontece com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) <sup>(3)</sup>, o que talvez explique sua pouca implantação nos hospitais brasileiros. De 250 hospitais avaliados no país por Osório e Castilho (2004), 139 hospitais possuíam CCIH e apenas 29 hospitais possuíam CFT <sup>(8)</sup>.

As dificuldades de implantação de CFT e a manutenção de suas funções torna-se um desafio para os gestores dos serviços de saúde. E a utilização de ferramentas administrativas como o Planejamento Estratégico Situacional (PES) pode ser uma forma eficaz de resolver esse problema. O PES é uma abordagem de planejamento projetado para a administração pública e se caracteriza como um método de grande potencial para processar problemas complexos e mal estruturados. Esse tipo de planejamento se caracteriza por levar em consideração múltiplas dimensões para avaliação dos problemas (política, econômica, social) e análise estratégica dos diferentes atores

envolvidos em uma situação de partilha de poder, quadro comum em serviços geridos pelo governo <sup>(9)</sup>.

Nesse sentido, este estudo visa demonstrar a experiência de estruturação do processo de seleção de medicamentos em uma rede de hospitais públicos por meio do método PES.

## **MÉTODOS:**

O trabalho apresentado trata-se de um estudo de caso segundo a abordagem metodológica da Pesquisa Avaliativa, de caráter observacional, com enfoque quantitativo e qualitativo complementares. Este tipo de metodologia é característico das pesquisas voltadas para a avaliação de serviços e processos de saúde por conta da complexidade do fenômeno social investigado <sup>(10,11)</sup>.

O campo da pesquisa foi uma rede composta de 12 hospitais públicos com porte e especialidades diferentes e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência estadual, ambos geridos por uma fundação estadual pública de direito privado. Todas as unidades incluídas, até o início do projeto, não possuíam nenhum processo de seleção de medicamentos e incorporação de tecnologias. Também não foi constatado a existência de lista de medicamentos publicada oficialmente.

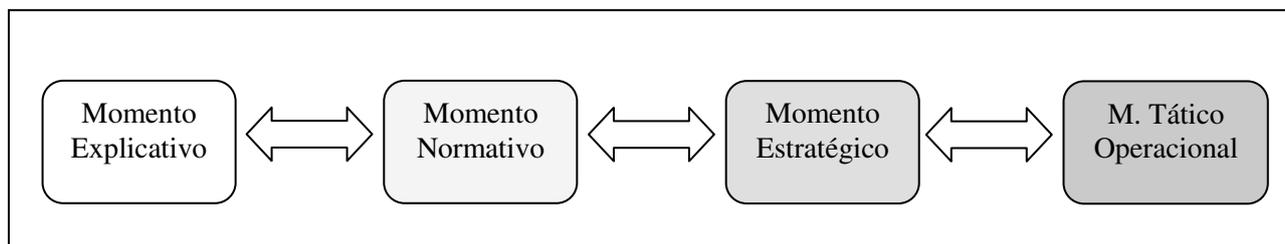
De outubro de 2010 a março de 2012 foi acompanhado o processo de implantação das atividades de seleção de medicamentos por meio do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto pelo economista chileno Carlos Matus <sup>(9)</sup>.

Conforme modelo de PES, os trabalhos foram baseados nos momentos: ***Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-operacional*** que fazem parte da construção de um plano operativo, neste caso com o objetivo final instituir a política de seleção de medicamentos na instituição alvo do estudo.

O conceito de momento, formulado para superar a ideia de “etapas rígidas”, implica numa visão dinâmica do processo de planejamento, que se

caracteriza pela permanente interação de suas fases ou momentos e pela constante retomada dos mesmos <sup>(12)</sup>.

**Figura 1 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES).**



Fonte: Autor (2013)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Na fase inicial da pesquisa foi realizada uma avaliação dos locais de estudo que possibilitou identificar o perfil dos serviços, descritos no Quadro 1.

**Quadro 1 – Características dos serviços de saúde avaliados (Sergipe, 2012).**

CARACTERÍSTICAS	TIPO	Frequência
Natureza jurídica	Público	100% (12)
	Privado	0,0% (0)
Serviços e Grau de Complexidade	Hospitais Locais (até 40 leitos)	30,7% (04)
	Hospitais Regionais (40 a 150 leitos)	38,4% (05)
	Serviço exclusivo de maternidade	15,3% (02)
	Hospital de grande porte com especialidades (600 leitos)	7,6% (01)
	Serviço de atendimento pré-hospitalar	7,6% (01)

### ***Momento Explicativo:***

Este é o momento em que se analisa a realidade presente e o hiato existente com o futuro desejado. Neste se desenvolveu a complexa tarefa de identificar e selecionar problemas, explicar com profundidade as causas de cada um e do seu conjunto. Deve contar com a participação ampla de todos os atores envolvidos para análise dos problemas que os afetam <sup>(13)</sup>.

A partir de oficinas de avaliação da Assistência Farmacêutica, que contou com participação de “atores-chave” do processo (farmacêuticos,

médicos, enfermeiros, gestores), foi possível discutir os principais problemas encontrados, categorizá-los e avaliá-los quanto à sua magnitude, transcendência, factibilidade e vulnerabilidade culminando com a definição do problema prioritário, definido pelos componentes da oficina como: *“Não Regularização do Processo de Seleção de Medicamentos”*.

O problema priorizado foi trabalhado pela equipe que definiu os descritores, causas e consequências deste, seguindo o modelo de diagrama de causa e efeito de Ishikawa, conhecido como diagrama “espinha de peixe” <sup>(13)</sup>.

#### ***Momento Normativo:***

Neste momento foi delineado o plano de intervenção. O momento normativo caracteriza-se pela definição da imagem objetivo ou situação futura desejada e das operações/ações concretas que visam solucionar os nós críticos do processo <sup>(14)</sup>. Após finalização desta etapa, foi possível realizar um diagnóstico mais detalhado do quadro situacional e as modificações necessárias para alcançar a imagem-objetivo definida pelos profissionais do serviço: *“Institucionalização do Processo de Seleção de Medicamentos nos hospitais da instituição”*. No Quadro 2 pode-se verificar detalhadamente os dados deste momento.

#### ***Momento Estratégico:***

Momento foi realizada a análise da possibilidade de execução do plano em suas várias dimensões: política, econômica, competência técnica e administrativa. Nesta fase, a análise situacional encontra-se focada na construção da viabilidade, mapeando-se todos os atores que possam cooperar ou se opor ao que está sendo proposto, avaliando-se o tipo de controle que cada um detém dos recursos essenciais para o êxito do plano <sup>(15,16)</sup>. No Quadro 3 está descrita a análise de viabilidade e factibilidade realizada para alcance dos objetivos propostos sob a perspectiva da gestão da assistência farmacêutica que liderou o processo de implantação do PES. No final desse momento é possível observar as atividades estratégicas principais que devem ser executadas por esta gestão ou pelos demais atores do serviço para sucesso do planejamento e implantação efetiva da seleção de medicamentos.

**Quadro 2 – Matriz do momento normativo: definição de objetivos, operações e ações (Sergipe, 2012).**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>OPERAÇÕES</b>	<b>AÇÕES ESPECÍFICAS</b>
<b>1 - Regularizar fluxos e procedimentos de incorporação de tecnologias em saúde (medicamentos)</b>	1.1 - Formação de grupo de trabalho para definição dos padrões de seleção de tecnologias	Contato com atores-chave para grupo
		Elaboração de minuta da resolução
		Discussão de fluxos e rotinas no grupo
	1.2 - Elaboração de resolução com normas para incorporação de medicamentos	Solicitação de parecer jurídico
		Redação de documento final
		Validação pela direção da instituição
<b>2 - Organizar CFT de acordo com o nível de complexidade dos serviços</b>	2.1 - Regulamentação das CFT na instituição	Divulgação da resolução com enfoque nos fluxos e rotinas da CFT
		Indicação de membros representativos para compor as CFT
	2.2 - Formação das comissões, nomeação de membros e início dos trabalhos	Posse dos membros e assinatura de declaração de conflito de interesses
		Definição de atribuições entre os membros e elaboração de cronograma de reuniões
		Treinamento dos membros das CFT sobre avaliação de tecnologias em saúde
<b>3 – Elaborar relações de medicamentos essenciais de acordo com nível de complexidade do serviço</b>	3.1 – Seleção dos medicamentos essenciais pelas CFT	Formatação de lista inicial baseada nos registros de compra e estoque das unidades
		Revisão dos itens por grupo terapêutico
		Elaboração das listas com itens selecionados pelas CFT
	3.2. Validação das Listas de Medicamentos Selecionados	Consulta pública da lista selecionada
		Apreciação das contribuições e julgamentos finais das CFT
		Institucionalização das Listas de Medicamentos e das normas para alteração dos itens posteriormente

***Momento Tático-operacional:***

Este é o momento de colocar o PES em prática. Nesta fase, as avaliações mais importantes estão relacionadas ao impacto da implantação do plano no serviço e a atual conjuntura da organização.

Outros temas vitais neste momento são a estrutura organizacional, o fluxo interno de informações, a coordenação do plano, do sistema de prestação de contas, as ferramentas gerenciais necessárias e finalmente a dinâmica que a participação democrática na implantação do plano. É importante destacar que o planejamento estratégico só termina quando é executado, é o oposto à visão tradicional do “plano-livro” que, separando planejadores dos executores, estabelecia uma dicotomia insuperável entre o conhecer e o agir <sup>(17)</sup>.

O Quadro 4 descreve a matriz do momento tático-operacional construída para implantação do processo de seleção e que define dos atores envolvidos na execução das atividades específicas, prazos de execução e respectivos indicadores de avaliação.

Quadro 3 – Matriz do momento estratégico: análise da viabilidade e factibilidade (Sergipe, 2012).

OBJETIVOS	OPERAÇÕES	AÇÕES ESPECÍFICAS	ANÁLISE DE VIABILIDADE (Poder)			ANÁLISE DE FACTIBILIDADE		ATIVIDADE ESTRATÉGICA
			Decidir	Executar	Manter	Recursos Existentes	Recursos Necessários	
<b>1 - Regularizar fluxos e procedimentos de incorporação de tecnologias em saúde (medicamentos)</b>	1.1 - Formação de grupo de trabalho para definição dos padrões de seleção de tecnologias	- Contato com atores-chave para GT	sim	sim	sim	Equipe	--	Articular parceria com membros da gestão e das unidades para formar grupo de trabalho inicial
		- Elaboração de minuta da resolução	sim	sim	sim	Equipe e TI	--	
		- Discussão de fluxos e rotinas	sim	sim	sim	Equipe		
	1.2 - Elaboração de resolução com normas para incorporação de medicamentos	- Solicitação de parecer jurídico	sim	não	não	--	Atores externos	
		- Redação de documento final	sim	sim	sim	Equipe		
		- Validação pela direção da instituição	não	não	não	--	Atores externos	
<b>2 - Organizar CFT nas unidades de estudo de acordo com o nível de complexidade do serviço</b>	2.1 - Regulamentação das CFT na instituição	- Divulgação da resolução com enfoque nos fluxos e rotinas da CFT	sim	sim	sim	Equipe e TI	Material Divulgação	Organizar CFT, rotina de trabalho e treinamento dos membros
		- Indicação de membros para CFT	sim	não	não	--	Atores externos	
	2.2 - Formação das comissões, nomeação de membros e início dos trabalhos	- Posse dos membros e assinatura de declaração de conflito de interesses	sim	sim	sim	--	--	
		- Definição de atribuições entre os membros e cronograma de reuniões	sim	sim	sim	--	--	
		- Treinamento dos membros sobre avaliação de tecnologias em saúde	sim	não	não	Equipe	Recursos financeiros	
<b>3 – Elaborar relações de medicamentos essenciais de acordo com nível de complexidade do serviço</b>	3.1 – Seleção dos medicamentos essenciais pelas CFT	- Elaboração de lista inicial baseada no histórico de utilização das unidades	sim	sim	sim	Equipe	--	Validar Trabalho da CFT e divulgar as ações
		- Revisão dos medicamentos de acordo com grupo terapêutico	sim	sim	sim	Equipe, Base de dados	--	
		- Elaboração das listas com itens selecionados pelas CFT	sim	sim	sim	Equipe, Base de dados	--	
	3.2. Validação das Listas de Medicamentos Selecionados	- Consulta pública da lista selecionada	sim	não	não	Equipe	Material Divulgação	
		- Apreciação das contribuições e julgamentos finais das CFT	sim	sim	sim	Equipe	--	
		- Institucionalização das Listas e normas de alteração posterior	não	não	não	--	Atores externos	

**Quadro 4 – Matriz do momento tático-operacional: atores, prazos e indicadores (Sergipe, 2012)**

OBJETIVOS	OPERAÇÕES	AÇÕES ESPECÍFICAS	RESPONSABILIDADE E CENTRALIDADE		PRAZO	INDICADOR DE AVALIAÇÃO [tempo estimado]
			ATOR PRINCIPAL	PARCEIROS		
<b>1 - Regularizar fluxos e procedimentos de incorporação de tecnologias em saúde (medicamentos)</b>	1.1 - Formação de grupo de trabalho (GT) para definição dos padrões de seleção de tecnologias	- Contato com atores-chave para grupo	Coord. AF	Coord. Enfa. E Dir. Clínica	07 dias	Publicação de Resolução com regulamentação do processo de seleção; <b>[02 meses]</b>
		- Elaboração de minuta da resolução	Farmacêutico do GT	--	15 dias	
		- Discussão de fluxos e rotinas no grupo	Membros do GT	--	07 dias	
	1.2 - Elaboração de resolução com normas para incorporação de medicamentos	- Solicitação de parecer jurídico	Procurador	--	07 dias	
		- Redação de documento final	Relator do GT	--	15 dias	
		- Validação pela direção da instituição	Coord. AF	Coord. Enfa. e Dir. Clínica	07 dias	
<b>2 - Organizar comissões de farmácia e terapêutica nas unidades de estudo de acordo com o nível de complexidade do serviço</b>	2.1 - Regulamentação das comissões de farmácia e terapêutica na instituição	- Divulgação da resolução com enfoque nos fluxos e rotinas da CFT	Coord. AF	Assessoria de Comunicação	07 dias	Formação das CFT, treinamento e posse dos membros; <b>[02 meses]</b>
		- Indicação de membros para compor as CFT	Coord. AF	Gestores das unidades	15 dias	
	2.2 - Formação das comissões, nomeação de membros e início dos trabalhos	- Posse dos membros e assinatura de declaração de conflito de interesses	Coord. AF	--	07 dias	
		- Definição de atribuições entre os membros e cronograma de reuniões	Presidentes das CFT	Membros das CFT	07 dias	
		- Treinamento dos membros sobre avaliação de tecnologias em saúde	Presidentes das CFT	Assessoria de Comunicação	21 dias	
<b>3 – Elaborar relações de medicamentos essenciais de acordo com nível de complexidade do serviço</b>	3.1 – Seleção dos medicamentos essenciais pelas CFT	- Elaboração de lista inicial baseada no histórico de utilização das unidades	Coord. AF	--	15 dias	Publicação das Relações de Medicamentos por nível de complexidade <b>[08 meses]</b>
		- Revisão dos medicamentos de acordo com grupo terapêutico	Presidentes das CFT	Membros das CFT	120 dias	
		- Elaboração das listas com itens selecionados pelas CFT por serviço	Presidentes das CFT	Membros das CFT	15 dias	
	3.2. Validação das Listas de Medicamentos Selecionados	- Consulta pública da lista selecionada	Coord. AF	Assessoria de Comunicação	30 dias	
		- Apreciação das contribuições e julgamentos finais das CFT	Presidentes das CFT	Membros da CFT	15 dias	
		- Institucionalização efetiva das Listas de Medicamentos (compras, serviço, etc)	Gestão dos Serviços	Membros das CFT	45 dias	

Como pode ser visto nas matrizes elaboradas, o processo de implantação do PES girou em torno de três objetivos principais: 1) *a regulamentação de fluxos e procedimentos para a seleção de medicamentos*; 2) *a organização das CFT*; e 3) *a elaboração da lista de medicamentos essenciais*. No Quadro 5 estão descritos os principais resultados obtidos de acordo com cada objetivo proposto.

Na execução do primeiro objetivo, por meio da elaboração de uma resolução específica, visou-se garantir duas questões fundamentais: *a padronização de critérios de seleção baseado em evidências científicas* e *o combate às interferências mercadológicas*.

Os gastos crescentes nos últimos anos no setor saúde vêm preocupando diversos países, em especial aqueles cuja atenção à saúde é garantida pelo setor público. A grande pressão pela incorporação de tecnologias – incluindo procedimentos, produtos para a saúde e medicamentos – cada vez mais caras, além de impactar no orçamento dos países, produz uma restrição do acesso aos serviços de saúde, visto que não é possível garantir, a todo mundo, todas as intervenções <sup>(18)</sup>.

Para tornar o processo de seleção de medicamentos mais efetivo, nos últimos anos, os critérios utilizados deixaram de se basear apenas na experiência clínica dos membros e passaram a ser pautados fortemente em evidências científicas. Houve também preocupação crescente com a transparência do processo e a isenção dos membros dos comitês que confeccionam as listas, os quais devem aliar competência técnica a total ausência de conflito de interesses e profundo senso ético <sup>(19)</sup>.

Após definição dos critérios técnicos para a seleção de medicamentos, as ações do PES ficaram concentradas na organização efetiva das CFT. Devido às diferenças de porte e serviços ofertados entre as unidades, foram formadas durante o processo cinco CFT com membros representativos dos serviços de farmácia e enfermagem, da gestão e das diversas especialidades médicas presentes nos hospitais.

Quadro 5 – Painel de resultados obtidos mediante o PES (Sergipe, 2012):

RESULTADOS MACROINDICADORES	RESULTADOS MICROINDICADORES
<b>1. Elaboração e Publicação de Resolução que regulamenta o processo de seleção de medicamentos</b>	1.1 – Formação de Grupo de Trabalho para avaliação da assistência farmacêutica e elaboração da proposta de regulamento para seleção de medicamentos
	1.2 – Elaboração de normas para criação e funcionamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica – CFT
	1.3 – Definição de Indicadores para avaliação de medicamentos com aspectos de saúde baseada em evidências e farmacoeconomia
	1.4 – Definição de critérios para avaliação de aspectos éticos dos membros da CFT e da relação destes e dos profissionais de saúde do serviço com o mercado farmacêutico
	1.5 – Avaliação de aspectos jurídicos relacionados a incorporação de medicamentos
	1.6 – Publicação da Resolução que regulamenta o processo de seleção de medicamentos
<b>2. Organização das Comissões de Farmácia e Terapêutica por nível de complexidade dos serviços</b>	2.1 – Divulgação do processo de seleção em implantação e indicação de membros estratégicos da criação das CFT
	2.2 – Criação de 05 CFT de acordo com nível de complexidade dos serviços: CFT1 (Hospitais Locais); CFT2 (Hospitais Regionais); CFT3 (Unidades de saúde materno-neonatal); CFT4 (Hospital de geral de grande porte); CF5 (Serviço de Atendimento Móvel Pré-Hospitalar)
	2.3 – Assinatura de termos de declaração de interesses pelos membros, definição de atribuições e cronograma de reuniões das CFT
	2.4 – Realização de Treinamento dos membros da CFT: Seminário sobre Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS
	2.5 – Realização de 44 reuniões de CFT com periodicidade variando de uma vez por semana a uma vez por mês
<b>3. Elaboração e Implantação de Listas de Medicamentos Essenciais</b>	3.1 – Revisão dos itens do histórico pelos membros da CFT baseada na experiência clínica dos membros, em aspectos de saúde baseada em evidências e farmacoeconomia
	3.2 – Implantação de Formulários e critérios para solicitação de inclusão, exclusão e substituição de medicamentos das listas padrão
	3.3 – Realização de consulta pública sobre medicamentos selecionados pela CFT
	3.4 – Participação de 54 especialistas durante todo o processo com uma média de participação de 10 membros por reunião
	3.5 – Elaboração de 15 Pareceres Técnico-Científicos sobre medicamentos da lista (demanda interna ou externa)
	3.6 – Elaboração da 1ª Lista de medicamentos selecionados composta da junção de 05 listas menores elaboradas de acordo com cada CFT implantada (ver item 2.3)
	3.7 - Redução de 27,8% dos medicamentos, passando de 716 itens do histórico inicial levantado para 516 itens na lista oficial validada pela gestão da instituição

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que um dos resultados esperados para promoção do uso racional de medicamentos pelos profissionais de saúde e consumidores dos países em desenvolvimento é a promoção das CFT em nível institucional, local e nacional <sup>(20)</sup>.

A maioria das CFT localiza-se em países desenvolvidos, incluindo Austrália, EUA e países europeus. Na Austrália e no Reino Unido, 92% <sup>(20)</sup> e 86% dos hospitais, respectivamente, desenvolviam, em 1990, algum tipo de comissão terapêutica hospitalar. Nos EUA, o recebimento de acreditação hospitalar é condicionado à existência de CFT ou comissão similar <sup>(21,22)</sup>.

Os membros das CFT das unidades analisadas foram orientados sobre os aspectos éticos relacionados à participação deste comitê e assinaram termos onde declaram isenção de conflito de interesses antes da posse dos seus cargos. A OMS preconiza que se deve exigir de todos os membros do comitê a assinatura desse tipo de declaração, a fim de comprometê-los com os princípios de trabalho e ética da CFT <sup>(23)</sup>.

Os membros do comitê receberam treinamento específico sobre Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). Nos países desenvolvidos, a ATS tem se tornado um subsídio importante para decisões sobre cobertura de tecnologias/procedimentos e na elaboração de diretrizes clínicas e, portanto, para os processos de planejamento/gerência e avaliação de serviços e programas, tanto ao nível nacional quanto ao nível de cada serviço <sup>(24)</sup>.

Durante o estudo, foram realizadas 44 reuniões das CFT com periodicidade variando de uma vez por semana a uma vez por mês, com a média de  $10,6 \pm 2,7$  participantes por reunião. A criação e manutenção das atividades de uma CFT é um desafio para os serviços de saúde brasileiros. Apesar de não haver uma estatística nacional de base governamental, um estudo realizado com 250 hospitais públicos e privados de diversas regiões brasileiras mostrou que apenas 29 hospitais haviam implantado uma CFT. Ainda assim, em apenas nove destes hospitais, a CFT funcionava regularmente, ou seja, com no mínimo uma reunião a cada dois meses <sup>(8)</sup>.

Após a organização efetiva das CFT, as atividades do plano seguiram para a construção efetiva da *primeira relação de medicamentos essenciais* dos hospitais públicos sergipanos. Para elaboração da lista participaram do processo de avaliação 54 colaboradores, sendo destes, 20 profissionais médicos de diversas especialidades, 15 farmacêuticos e 14 enfermeiros.

Durante o período de elaboração da lista foram realizadas diversas ações de divulgação, para o corpo clínico e demais profissionais do serviço, sobre os formulários para inclusão e exclusão de itens da lista, critérios utilizados na avaliação das CFT e mecanismos de apelação das decisões destas. Após construção das propostas de listas das CFT foi realizada uma consulta pública, por meio do site da instituição, onde todos os profissionais poderiam opinar sobre os itens pré-selecionados.

Durante a construção da relação de medicamentos selecionados foram elaborados 15 Pareceres Técnico-Científicos para documentar e fundamentar as alterações que mais possuíam impacto econômico e/ou assistencial. Esses pareceres seguiam sempre a lógica de elaboração e revisão, no mínimo pelos membros da CFT, apreciação e homologação em reunião ordinária do comitê. Os Pareceres Técnico-Científicos (PTC) são uma ferramenta de suporte à gestão e à decisão, baseada na mesma racionalidade que envolve uma ATS, contudo com execução e conteúdo mais simplificados. Embora envolvam, via de regra, uma revisão da literatura menos extensa e abrangente que uma revisão sistemática, e sejam de execução e elaboração mais rápidas, os PTC devem representar um relato sistematizado e abrangente do conhecimento possível de ser fornecido neste contexto, contribuindo para qualificar as decisões a serem tomadas <sup>(25)</sup>.

Ao final do PES foi concluída e homologada a primeira de lista de medicamentos essenciais, que estava subdivida em cinco outras listas formadas a partir do trabalho das cinco CFT formadas e que representavam as necessidades das unidades de acordo com seu grau de serviços ofertados. Ao se comparar com a primeira lista elaborada antes do início dos trabalhos da CFT, baseada no histórico de consumo e pedidos de compra, observou-se uma redução de 27,8% no número total de medicamentos utilizados: de 716 itens na relação inicial para

516 itens, o que representou uma redução de aproximadamente 12% da demanda de recursos dos serviços avaliados.

A exclusão de itens não essenciais ou de efetividade e segurança questionável representa grande contribuição aos cuidados em saúde. A diminuição no número de itens é um ganho para a assistência farmacêutica hospitalar, pois contribui para a melhora da logística, do fornecimento de informação e do acompanhamento do uso pela farmácia hospitalar. Além disso, os gastos totais tendem a diminuir com o aumento do volume de compra de um mesmo item, por economia de escala <sup>(26,27,28)</sup>.

Além da redução do número global de itens, foram também incluídos 25 medicamentos para tratamento de determinadas enfermidades que não estavam contempladas ou possuíam alternativas de menor efetividade e custo-benefício, como medicamentos para a hipertermia maligna, trombolíticos utilizados no infarto agudo do miocárdio, anestésicos gerais e locais, medicamentos para tratamento da dor, anticorpos monoclonais, determinados antineoplásicos, dentre outros. Essas inclusões, fundamentadas pela ótica científica, beneficiam os usuários do serviço que podem contar com ferramentas mais efetivas. Na atualidade, aumentar o acesso a medicamentos essenciais tem-se tornado um dos mais visíveis desafios globais na promoção à saúde <sup>(5,29)</sup>.

Diante dos dados relatados é possível perceber a complexidade organizacional envolvida na implantação de atividades de seleção de medicamentos e os desafios que devem ser enfrentados para que esse processo seja exitoso. Pela proposta desse estudo, o PES demonstra ser uma ferramenta aplicável à correta identificação dos problemas locais, para o planejamento adequado das etapas de seleção, para a previsão das dificuldades de implantação e para o acompanhamento e avaliação da política de medicamentos essenciais.

**REFERÊNCIAS:**

1. Krauss-Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):501-520.
2. Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(1):58-68.
3. Velásquez G. Impacto económico del uso racional de medicamentos. Em: Bermúdez JAZ, Bomfim JRA. (org.). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: 1999. p.29–34.
4. Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. ahead of print, pp. 0-0. Epub Dec 11, 2012.
5. Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2010;4(3):23-29.
6. World Health Organization. 17<sup>th</sup> Model List of Essential Medicines, 2011. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf) Acessado em novembro de 2012.
7. World Health Organization Report on the 12<sup>th</sup> Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Technical Report Series, n.914. Geneva: 2002.
8. Osório, CGS, Castilho SR. *Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2004.
9. Matus C. *Política, planejamento & governo*. Brasília: IPEA; 1996.
10. Contradiopoulos AP. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Em: Hartz, ZMA. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: 1997. p.29-47.
11. Minayo MCS, Sanches O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):239-248.
12. Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(4):723-740.

13. Universidade Federal de Santa Catarina. Gestão da Assistência Farmacêutica. Florianópolis: 2011.
14. Bernardino E, Oliveira E, Ciampone MHT. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. Rev Bras Enferm. 2006;59(1):36-40.
15. Almeida ES, Vieira CL, Castro CGJ, Furtado LC, Inojosa RM. Planejamento e programação em saúde. Em: Westphal MF, Almeida ES. (orgs.) Gestão de serviços de saúde. São Paulo: 2001. p.255-272.
16. Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):165-171.
17. Toni J. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? Revista Espaço Acadêmico. 2004. Acessado em novembro de 2012. Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>
18. Santos VCC. As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: 2010.
19. Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. Boletim OPAS: Uso Racional de Medicamentos - Temas Selecionados. 2006;3(2):1-6.
20. World Health Organization. WHO Medicines strategy: countries at the core. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_EDM\\_2004.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf). <Acessado em novembro de 2012.>
21. Weekes LM, Brooks C. Drug and Therapeutics Committees in Australia: expected and actual performance. Br J Clin Pharmacol. 1996;42:551-557.
22. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos – CEBRIM. Boletim Farmacoterapêutica. 2003;8(2):1-4.
23. World Health Organization. Drug and therapeutics committees: a practical guide Department of Essential Drugs and Medicines Policy. Geneva: 2003.
24. Krauss-Silva L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):199-207.
25. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos. 2. ed. Brasília: 2009. 62 p.

26. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osorio-De-Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: 2007.
27. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(supl):603-610.
28. Magarinos-Torres R, Pagnoncelli D, Cruz-Filho AD, Osório-de-Castro CGS. Vivenciando a Seleção de Medicamentos em Hospital de Ensino. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011;35(1)77-85.
29. Greene JA. When did medicines become essential. Bull World Health Organ. 2008;88(7):483.

## CAPITULO III

### **RACIONALIZANDO LISTAS DE MEDICAMENTOS EM HOSPITAIS DO SUS: O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA**

Rafael Santos Santana<sup>1</sup>, Iza Maria Fraga Lobo<sup>2</sup>, Ellen Karla Chavez Vieira Koga<sup>3</sup>,  
Geovanna Cunha Cardoso<sup>4</sup>, Wellington Barros da Silva<sup>5</sup>.

1. Farmacêutico, Mestrando em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Sergipe;
2. Médica, Doutora em Medicina e Saúde da Universidade Federal da Bahia;
3. Enfermeira, Gestora do Sistema Única de Saúde;
4. Farmacêutica, Residente em Saúde do adulto e do idoso da Universidade Federal de Sergipe;
5. Farmacêutico, Docente do Departamento de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, Doutor em Educação Científica e Tecnológica pela Universidade Federal de Santa Catarina.

**RESUMO:**

A necessidade de investir em políticas de seleção de medicamentos é um consenso entre os organismos nacionais e internacionais, no entanto a implantação de comitês que gerenciem listas de medicamentos essenciais ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho teve como objetivo verificar os impactos econômicos e na qualidade das lista de medicamentos de uma rede hospitalar pública após a implantação de Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT). Foi observado uma redução de 27,8% do número total de itens, um aumento de 13,6% do percentual de itens pertencentes a RENAME, de 10,5% pertencentes a lista da OMS e de 14,7% indicados por diretrizes clínicas. Houve redução do número de itens com patentes e aumento do percentual de medicamentos com genéricos disponíveis. Em análise econômica observou-se uma redução de aproximadamente 12% dos custos da lista, demonstrando o grande potencial de contribuição para otimização dos recursos e melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

**Palavras-Chave:** Medicamentos Essenciais; Comitê de Farmácia e Terapêutica; Economia Farmacêutica.

**ABSTRACT:**

The need to invest in essential medicines policies is a consensus among national and international organizations. However, the establishment of committees that manage the lists of essential medicines is still a challenge for the Brazilian National Health System. This study aimed to analyze the clinical and economic impact on essential medicines list of public hospitals after the establishment of Pharmacy and Therapeutics (P&T) committees. As a result, there has been a decrease of total number of medicines from a level of 716 items to 516 (27.8%). There was an increase in items of Brazilian Essential Medicines List (13.6%), WHO Model List of Essential Medicines (10.5%) and medicines indicated by clinical guidelines (14.7%). There has been a reduction in numbers of medicines with patents and increase in generic drugs available. Economic analysis shows that the costs of essential medicines list decrease in approximately 12%. The results obtained demonstrated the great potential of the P&T committee contribution in optimizing resources and quality improvement of health services.

**Keywords:** Drugs, Essential; Pharmacy and Therapeutics Committee; Economics, Pharmaceutical.

## **INTRODUÇÃO:**

Uma das principais medidas para a promoção do uso racional de medicamentos em todo o mundo é a definição de listas de medicamentos essenciais. A implantação destas listas por meio da utilização de ferramentas de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) está amplamente associada a ganhos terapêuticos e econômicos <sup>1</sup>.

Já em 1975, a Assembleia Mundial da Saúde sugeriu que a Organização Mundial da Saúde (OMS) deveria assessorar seus Estados-Membros a selecionar medicamentos essenciais com qualidade e custo razoável. Deste modo, em 1977, publicou-se a primeira lista modelo de medicamentos essenciais com 205 itens (186 medicamentos). Desde então, 17 edições já foram publicadas, e a maioria dos países membros adotaram listas de medicamentos essenciais <sup>2</sup>.

Apesar de alguns avanços a nível federal como a aprovação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) e a promulgação da Lei 12.401/2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que a implantação de políticas de medicamentos essenciais e avaliação da incorporação tecnológica ainda estão longe de ser uma realidade nos hospitais e demais instituições de saúde do SUS <sup>3</sup>.

Um estudo realizado com 250 hospitais públicos e privados de diversas regiões brasileiras mostrou que apenas 29 hospitais possuíam comissões responsáveis pela incorporação de medicamentos, frequentemente denominados de Comitês ou Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT). Ainda assim, em apenas nove destes hospitais, esses comitês funcionavam regularmente, ou seja, com no mínimo uma reunião a cada dois meses <sup>4</sup>. Esse dado contrasta com recomendações nacionais e internacionais e com a realidade de países desenvolvidos. Nos EUA, por exemplo, as CFT estão presentes em 99,3% dos hospitais nos EUA e seu funcionamento é fator condicional para processos de acreditação <sup>5,6</sup>.

Quando se compara as poucas informações existentes sobre as CFT do Brasil com as de países desenvolvidos, observa-se que as brasileiras apresentam dificuldades relacionadas à sua institucionalização nos serviços, divulgação do trabalho, correta formação de equipe multidisciplinar e principalmente ao monitoramento e avaliação do seu desempenho <sup>5</sup>.

De modo geral, os avanços obtidos estão localizados principalmente nas instâncias nacionais de gestão do SUS e em alguns hospitais de ensino e centros de pesquisa. Levar as atividades de ATS às esferas subnacionais do SUS, criando uma cultura de evidência científica entre os gestores estaduais e municipais de saúde é um dos principais desafios para o governo brasileiro <sup>3</sup>.

Apesar da importância estratégica para o campo da saúde coletiva, ainda existem poucas publicações nacionais demonstrando o impacto efetivo da implantação de comitês e de políticas de incorporação tecnológica nos serviços de saúde. Assim, o objetivo deste artigo é demonstrar os impactos assistenciais e econômicos da implantação de CFT em hospitais públicos e suas contribuições para a promoção de uso racional de medicamentos.

## **MÉTODOS:**

Este trabalho foi desenvolvido com base na Pesquisa Avaliativa em Saúde, onde se promoveu a intervenção nos serviços de saúde avaliados resultando na implantação de comitês de incorporação tecnológica de medicamentos, denominados na ocasião de Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT).

O estudo foi realizado em uma rede estadual composta de 12 hospitais públicos com porte e especialidades diferentes e um serviço de atendimento móvel de urgência (serviço pré-hospitalar), ambos geridos por uma fundação estadual pública de direito privado, com atendimento exclusivo ao SUS.

A implantação das CFT e das políticas de incorporação tecnológica ocorreu entre outubro de 2010 a março de 2012. Foram implantadas cinco CFT,

estruturadas de acordo com o grau de complexidade das unidades, conforme descrito na Tabela 1.

**Tabela 1 – Estrutura das CFT implantadas e unidades participantes.**

<b>Comitê</b>	<b>Caracterização da Unidade</b>	<b>Unidades</b>
CFT 01	Hospitais Locais (até 40 leitos)	04 (30,7%)
CFT 02	Hospitais Regionais (40 a 150 leitos)	05 (38,4%)
CFT 03	Serviço exclusivo de maternidade	02 (15,3%)
CFT 04	Hospital de grande porte com especialidades (600 leitos)	01 (7,6%)
CFT 05	Serviço de atendimento pré-hospitalar	01 (7,6%)

As comissões possuíam caráter multidisciplinar, com membros indicados de acordo com seu grau de representatividade e reconhecimento técnico-científico. Durante o todo o processo participaram 54 profissionais, sendo 20 médicos de diversas especialidades, 15 farmacêuticos, 14 enfermeiros e 05 de outros profissionais ligados ao cuidado assistencial, compras e gestão. Os membros assinaram termos onde declararam ausência de conflitos de interesse. Apenas um profissional não pode participar do processo por declarar impedimento ético.

Todas as etapas de implantação das CFT e das atividades de seleção de medicamentos foram baseadas nas recomendações estabelecidas pela OMS no *Drug and therapeutics committees: a practical guide*<sup>7</sup>. As regras para inclusão e exclusão de itens, critérios adotados e fluxos foram definidos previamente por meio de resolução elaborada institucionalmente. As decisões das CFT foram registradas em atas assinadas pelos participantes. As decisões com maior potencial de impacto orçamentário ou clínico eram precedidos de elaboração de parecer técnico-científico, conforme modelo estabelecido pelo Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

Os medicamentos selecionados pelas CFT foram submetidos à consulta pública, disponibilizada no site da instituição, para os demais profissionais de saúde do serviço.

Como inicialmente não havia registro de relação de medicamentos padronizada oficialmente nos serviços avaliados, foi elaborada uma relação que incluía os itens constantes nos processos de compras da instituição (atas de registro de preço) e aqueles presentes em estoque (verificados por meio de inventário físico), formando assim a relação inicial, anterior a implantação das CFT.

As comissões utilizaram essa lista inicial como ponto de partida para início dos trabalhos de avaliação e seleção de medicamentos. Os medicamentos seguiram a nomenclatura da Denominação Comum Brasileira (DCB) <sup>9</sup> e foram categorizados de acordo com modelo *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* – ATC <sup>10</sup>. Após finalização do processo de seleção pelas comissões, os medicamentos foram reunidos em uma lista geral, tendo esta sido homologada pela gestão da rede hospitalar alvo do estudo.

O impacto do trabalho das CFT na relação de medicamentos da instituição foi avaliado por meio de quatro parâmetros: 1) quantitativo de medicamentos; 2) nível de essencialidade; 3) disponibilidade do mercado e 4) avaliação farmacoeconômica dos itens.

Em relação aos quantitativos de medicamentos foram verificados o número total de itens, antes e depois, e o número de inclusões e exclusões totais e referentes a cada grupo de medicamentos.

Para verificação do grau de essencialidade nas relações de medicamentos, as mesmas foram avaliadas comparativamente à Relação Nacional de Medicamentos – RENAME 2010 <sup>11</sup>, atualizações da RENAME 2012 <sup>12</sup> e 17ª Lista de Referência da Organização Mundial de Saúde <sup>13</sup>. Ainda nesse ponto, foi verificado também se os itens possuíam indicação pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde <sup>14</sup> e/ou protocolos elaborados pelas diferentes Sociedades de Especialidades afiliadas a Associação Médica Brasileira: o Projeto Diretrizes <sup>15</sup>.

Dentre os indicadores de disponibilidade no mercado, foram avaliadas a presença de medicamentos com patente vigente e a existência de genérico registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Na avaliação farmacoeconômica, foi realizada uma análise de custo-minimização <sup>16</sup> comparando-se a lista inicial com a lista elaborada pelas CFT. Nessa avaliação, foram verificadas as alterações na demanda de gastos entre as duas listas, tendo como base os históricos de consumos e preços unitários de processos licitatórios da instituição.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

Gestores de todas as instâncias do SUS são constantemente pressionados para que tecnologias novas e emergentes sejam incorporadas. Grande parte dessa pressão é norteada pelo desconhecimento acerca da viabilidade técnica e financeira da adoção dessas tecnologias, bem como das consequências do seu uso para a saúde da população <sup>3</sup>.

A falta de critérios previamente estabelecidos para incorporação de tecnologias em unidades de saúde resulta numa desregulamentação do arsenal terapêutico, criando listas de medicamentos inflacionadas com itens de utilidade questionável. Este problema foi verificado nos serviços alvo do estudo, que contavam inicialmente com 716 medicamentos e, após implantação do processo de seleção, passaram a contar com 516 itens, uma redução de 27,8%, conforme observado na Tabela 2.

Fármacos ainda carentes de evidências consolidadas, duplicidade de alternativas para um mesmo tratamento, sem vantagens diferenciais, e apresentações com formas farmacêuticas pouco adaptadas a utilização hospitalar foram os principais motivos para a exclusão de 225 itens ao longo do processo. O percentual de redução superou as expectativas dos pesquisadores e gestores envolvidos no processo, sendo considerado um resultado relevante apesar da falta de estudos comparativos na literatura.

A diminuição no número de itens, por si só, é um ganho para a assistência farmacêutica hospitalar. A logística, o fornecimento de informação e o acompanhamento do uso pela farmácia hospitalar são favorecidos quando há um número menor de medicamentos disponíveis. Os pacientes, por sua vez, atendidos em unidades com excesso de alternativas terapêuticas ficam mais expostos a eventos adversos, relacionados tanto a falhas na cadeia de medicamentos pela variedade de itens circulantes, como em virtude da exposição a mais fármacos com limitadas informações sobre sua segurança<sup>17,18</sup>.

**Tabela 2 – Quantitativo de itens antes e depois da seleção de medicamentos pela CFT.**

<b>Grupos de Medicamentos (Classificação ATC/OMS Index 2012)</b>	<b>Antes CFT</b>	<b>Depois CFT</b>	<b>% de redução</b>
Aparelho Digestivo e Metabolismo (A)	102	68	33,3%
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (B)	35	29	17,1%
Sistema Cardiovascular (C)	66	51	22,7%
Anti-infecciosos (J)	138	90	34,8%
Antineoplásicos e Adjuvantes (L)	112	87	22,3%
Sistema Musculoesquelético (M)	40	30	25%
Sistema Nervoso (N)	114	86	24,6%
Sistema Respiratório (R)	24	19	20,8%
Vários (V)	85	56	34,1%
<b>Total de Medicamentos</b>	<b>716</b>	<b>516</b>	<b>27,8%</b>

Dentre as classes avaliadas, pode-se verificar que o grupo que possuiu o maior percentual de redução do número de itens foram os anti-infecciosos. A redução do elenco de antimicrobianos disponíveis é uma medida que contribui minimizar o preocupante efeito de resistência microbiana e os índices de infecção hospitalar. O controle desses problemas está relacionado à redução de custos, de eventos adversos e, principalmente, à redução de mortalidade<sup>19</sup>.

A interação constante com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) durante o processo foi crucial para esse resultado. O Consenso Brasileiro de Uso Racional de Antimicrobianos, publicado em 2001 pelo Ministério da Saúde, afirma que todo hospital deve possuir uma CFT e uma CCIH e estes dois comitês devem ser responsáveis pela padronização e controle do uso de antimicrobianos na instituição<sup>20</sup>.

Durante as análises dos itens excluídos, foi observada a redução percentual de 43,9% no número de medicamentos apresentados em associação ou “Combinações de Dose Fixa” (CDF), passando de 41 (5,7%) apresentações, constantes na lista inicial, para 23 (4,4%).

Apesar de essas associações estarem relacionadas, algumas vezes, a melhoria da adesão e incremento de efeito terapêutico <sup>21</sup>, a OMS preconiza que “*a maioria dos medicamentos essenciais deve ser formulada como monofármacos. As combinações em doses fixas devem ser selecionadas somente quando há definida vantagem sobre os compostos administrados separadamente em termos de eficácia, segurança, adesão e retardo no desenvolvimento de resistência em malária, tuberculose e HIV/AIDS*” <sup>22</sup>.

Esta recomendação justifica-se em virtude das CDF poderem causar um maior número de interações e reações adversas sérias ou letais que, embora relativamente infrequentes, os caracterizam como fármacos de maior potencial de risco e motivam muitas internações hospitalares. Além disso, estas combinações também possuem maior custo do que os ingredientes individuais em preparações farmacêuticas convencionais, aspecto que influi decisivamente no acesso, principalmente em países em desenvolvimento <sup>21</sup>.

Além da exclusão de itens com maior potencial de dano para o paciente, o processo de seleção de medicamentos garante o acesso a tratamentos essenciais. Durante o estudo, foram incluídos 25 medicamentos, sendo alguns destes utilizados em enfermidades com tratamentos especializados não contemplados anteriormente, como hipertermia maligna, fase aguda do infarto agudo do miocárdio e persistência do canal arterial em neonatos.

A inclusão de medicamentos especializados, com referida avaliação de qualidade e segurança, no rol de tratamento hospitalar contribui para evitar posteriores processos de judicialização. Em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, verificou-se que quase 70% das demandas judiciais provinham de pacientes tratados em hospitais e clínicas conveniadas ao SUS <sup>23</sup>.

**Tabela 3 – Nível de Essencialidade das relações de medicamentos antes e depois da CFT.**

Grupos de Medicamentos (Classificação ATC/OMS Index 2012)	Medicamentos - Antes CFT			Medicamentos - Depois CFT		
	Rename	OMS	Diretrizes	Rename	OMS	Diretrizes
Aparelho Digestivo e Metabolismo (A)	59,8%(61)	41,2%(42)	47,1%(48)	75%(51)	50%(34)	67,6%(46)
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (B)	57,1%(20)	25,7%(09)	68,6%(24)	75,9%(22)	27,6%(08)	79,3%(23)
Sistema Cardiovascular (C)	66,7%(44)	50%(33)	59,1%(39)	74,5%(38)	49%(25)	68,6%(35)
Anti-infecciosos (J)	59,4%(82)	51,4%(71)	63%(87)	76,7%(69)	70%(63)	81,1%(73)
Antineoplásicos e Adjuvantes (L)	52,7%(59)	29,5%(33)	65,2%(73)	62,1%(54)	35,6%(31)	72,4%(63)
Sistema Musculoesquelético (M)	52,5%(21)	50%(20)	77,5%(31)	63,3%(19)	66,7%(20)	93,3%(28)
Sistema Nervoso (N)	64,9%(74)	46,5%(53)	74,3%(85)	74,4%(64)	61,6%(53)	87,2%(75)
Sistema Respiratório (R)	33,3%(08)	20,8%(05)	54,2%(13)	47,4%(09)	26,3%(05)	68,4%(13)
Vários (V)	43,5%(37)	30,6%(26)	37,6%(32)	66,1%(37)	46,4%(26)	55,4%(31)
Itens Incluídos	n/a	n/a	n/a	80%(20)	48%(12)	88% (22)
Itens Excluídos	n/a	n/a	n/a	28%(63)	18,2%(41)	29,3% (66)
<b>Total de Medicamentos</b>	<b>56,7% (406)</b>	<b>40,8% (292)</b>	<b>60,3% (432)</b>	<b>70,3% (363)</b>	<b>51,3% (265)</b>	<b>75% (387)</b>

As atividades de seleção de medicamentos nos hospitais avaliados também aumentaram o nível de essencialidade do rol de fármacos utilizados. Quando se compara a lista inicial com a lista elaborada pelas CFT, verifica-se um aumento de 13,6% no percentual de itens que são recomendados pela RENAME, acréscimo de 10,5% do número de itens indicados pela lista padrão da OMS e 14,7% dos medicamentos recomendados pelas diretrizes do Ministério da Saúde e Sociedades Médicas do Brasil (Tabela 3).

Considerando que a seleção dos medicamentos deve observar aspectos epidemiológicos, era de se esperar maior concordância da lista com a RENAME (70,3%) e menor concordância com a lista da OMS (51,3%). A falta de dados para comparação quanto à adequação em serviços hospitalares é um fator limitante de avaliação. No entanto, ao analisar percentuais de adequação à RENAME e OMS em unidades de atenção primária de outros três estados brasileiros, foram verificados valores de 76,8% e 63% respectivamente <sup>24</sup>, percentuais não muito distantes aos encontrados neste estudo, mesmo o serviço hospitalar

apresentando maior grau de especialização e, portanto, maior potencial de possuir itens fora das listas de medicamentos essenciais.

Se considerarmos em conjunto a indicação por uma dessas três recomendações, dos 516 medicamentos da lista final, apenas 56 não estavam indicados pela RENAME, OMS ou Diretrizes Clínicas, percentual este inferior a 11%.

A utilização de tratamentos baseados em listas essenciais e diretrizes clínicas auxiliam os prescritores a tomar decisões sobre os tratamentos mais apropriados para condições clínicas específicas. Esta prática encontra-se entre as 12 intervenções fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos recomendadas pela OMS <sup>25</sup>.

Outro parâmetro avaliado foi a alteração no percentual de itens que possuíam patentes vigentes e registro de medicamentos genéricos. Durante o estudo, foi observada uma redução de 1,4% no percentual de medicamentos com patente, equivalente a 32 itens. Quanto ao percentual de genéricos, observou-se um acréscimo de aproximadamente 5% (Tabela 4).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva políticas de promoção do uso de medicamentos genéricos, que possuem preços mais baixos e qualidade equivalente à dos medicamentos de referência, como confirmado por testes de bioequivalência e biodisponibilidade <sup>26</sup>.

A promoção de medicamentos genéricos em detrimento ao uso de produtos patenteados está associada a redução dos custos em saúde. Estudo realizado pela ANVISA constatou que a participação dos produtos patenteados no total dos gastos com medicamentos é 40% superior à participação dos gastos com medicamentos genéricos <sup>27</sup>. Neste estudo, os valores médios de gastos mensais com patenteados e genéricos foram de R\$33.481,37 e R\$2.814,10, respectivamente, um valor quase 12 vezes superior.

Tabela 4 – Nível de Disponibilidade no Mercado.

Grupos de Medicamentos (Classificação ATC/OMS Index 2012)	Medicamentos - Antes CFT		Medicamentos - Depois CFT	
	Patentes	Genéricos	Patentes	Genéricos
Aparelho Digestivo e Metabolismo (A)	3,9%(04)	31,4%(32)	1,5%(01)	38,2%(26)
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (B)	8,6%(03)	31,4%(11)	10,3%(03)	31%(09)
Sistema Cardiovascular (C)	10,6%(07)	62,1%(41)	5,9%(03)	62,1%(32)
Anti-infecciosos (J)	6,5%(09)	65,2%(90)	6,7%(06)	72,2%(65)
Antineoplásicos e Adjuvantes (L)	35,7%(40)	35,7%(40)	31%(27)	39,1%(34)
Sistema Musculoesquelético (M)	15%(06)	70%(28)	10%(03)	76,7%(23)
Sistema Nervoso (N)	8,8%(10)	63,2%(72)	8,1%(07)	69,8%(60)
Sistema Respiratório (R)	4,2%(01)	75%(18)	5,3%(01)	68,9%(15)
Vários (V)	9,4%(08)	11,8%(10)	8,9%(05)	14,3%(08)
Itens Incluídos	n/a	n/a	24%(06)	48%(12)
Itens Excluídos	n/a	n/a	16%(36)	36,4%(82)
<b>Total de Medicamentos</b>	<b>12,3% (88)</b>	<b>47,8% (342)</b>	<b>10,9% (56)</b>	<b>52,7% (272)</b>

Além da melhora dos indicadores associados ao grau de essencialidade e disponibilidade no mercado, foi possível observar também uma redução da demanda de custo dos insumos após a implantação do processo de seleção por meio das CFT, como pode ser verificado na Tabela 5.

Dentre os grupos que mais contribuíram para os quase 12% de redução total, destacam-se os Antineoplásicos e Adjuvantes que representaram 43% dos R\$636.779,58 economizados após análise de demanda de consumo antes e após a implantação das CFT. Não por coincidência, esse grupo destaca-se como o que possui maior percentual de medicamentos patenteados e o maior percentual dos gastos totais da instituição avaliada, tanto antes (49,5%), quanto após (50,4%).

A área oncológica é digna de nota pelo custo elevado e sofisticação tecnológica. No município de São Paulo, em 2005, as ações judiciais para aquisição de antineoplásicos representaram 75% do gasto com a aquisição de medicamentos por determinação judicial <sup>28</sup>.

Se classificarmos os medicamentos de alto custo como aqueles que representem mensalmente um valor unitário de tratamento superior a um terço de salário mínimo, como proposto por alguns autores <sup>29,30</sup>, registramos uma redução de 65 (9,1%) itens no início do processo para 42 (8,1%) medicamentos no fim do processo de seleção. Durante o processo, cerca de 60% dos itens estavam classificados como Antineoplásicos e Adjuvantes.

**Tabela 5 – Análise de Custo-minimização da demanda de consumo.**

<b>Grupos de Medicamentos (Classificação ATC/OMS Índex 2012)</b>	<b>Antes das CFT</b>	<b>Depois das CFT</b>	<b>Economia</b>	<b>Redução Intragrupo</b>	<b>Redução Total (acum)</b>
Aparelho Digestivo e Metabolismo (A)	R\$ 302.307,24	R\$ 229.066,70	R\$ 73.240,54	-24,2%	12%(12%)
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (B)	R\$ 406.895,89	R\$ 390.366,99	R\$ 16.528,90	-4,1%	2,6%(14,1%)
Sistema Cardiovascular (C)	R\$ 68.151,45	R\$ 61.956,63	R\$ 6.194,81	-9,1%	1%(15,1%)
Anti-infecciosos (J)	R\$ 718.502,33	R\$ 694.153,54	R\$ 24.348,79	-3,4%	3,8%(18,9%)
Antineoplásicos e Adjuvantes (L)	R\$ 2.676.714,60	R\$ 2.403.017,72	R\$ 273.696,88	-10,2%	43%(61,9%)
Sistema Musculoesquelético (M)	R\$ 125.931,82	R\$ 92.143,82	R\$ 33.788,00	-26,8%	5,3%(67,2%)
Sistema Nervoso (N)	R\$ 286.017,42	R\$ 251.294,54	R\$ 34.722,88	-12,1%	5,5%(72,6%)
Sistema Respiratório (R)	R\$ 105.064,48	R\$ 103.518,61	R\$ 1.545,87	-1,5%	0,2%(72,9%)
Vários (V)	R\$ 710.010,80	R\$ 537.297,89	R\$ 172.712,91	-24,3%	27,1%(100%)
<b>Total</b>	<b>R\$ 5.399.596,02</b>	<b>R\$ 4.762.816,44</b>	<b>R\$ 636.779,58</b>	<b>-11,8%</b>	<b>100%</b>

O acompanhamento criterioso da seleção desse grupo de medicamentos é fundamental dada a sua alta capacidade de impactar no orçamento público. Em outro estudo realizado no estado de São Paulo, demonstrou-se que apenas sete medicamentos oncológicos patenteados foram alvo de cerca de 1220 ações judiciais. Mais de 17% dos pedidos não tinham evidências científicas para a indicação mencionada no pleito, o que equivale a um gasto inadequado de, no mínimo, R\$ 6,8 milhões <sup>31</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

A incorporação de um novo medicamento à lista de produtos que recebem financiamento público constitui um momento crítico no qual devem ser consideradas várias circunstâncias, como a melhoria terapêutica que o novo produto garante. Portanto, o processo de inclusão de itens deve estar condicionado à demonstração de suas vantagens terapêuticas e econômicas, em termos de eficiência, comparadas com aqueles já existentes <sup>32</sup>.

Por tudo que foi exposto, pode-se concluir que o incentivo a implantação de CFT e a promoção de políticas de medicamentos essenciais é uma alternativa real para minimizar a intensa incorporação de tecnologias sanitárias, por vezes alvo de questionamento, no sistema público de saúde. Nesse estudo, foi possível verificar os benefícios da racionalização da lista em amplas frentes: redução do número total de itens, aumento do percentual de medicamentos recomendados por diretrizes clínicas e relações de medicamentos essenciais, acréscimo do percentual de itens com genéricos disponíveis e redução dos itens com patentes. Além disso, a implantação da CFT causou impacto direto na redução de custos, resultado de um processo de organização de atividades voltadas ao objetivo primário de promover a utilização racional de medicamentos para os usuários do SUS.

## **REFERÊNCIAS:**

1. Marin N, Luzia VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. 373p.
2. Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. *Uso racional de medicamentos: Temas selecionados*. 2006;3(2):1-6.
3. Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet].

- 2012 Dec 11 [acesso em 2012 Nov 20] ahead of print pp 0-0. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/co4220.pdf>
4. Osório-de Castro CGS, Castilho SR, organizadores. Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2004. 152p.
  5. Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. Rev panam salud públ. 2006;19(1):58-68.
  6. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (CEBRIM). Boletim Farmacoterapêutica. 2003;8(2):1-4.
  7. World Health Organization (WHO). Drug and therapeutics committees: a practical guide. Holloway K, Green T, editors. Geneva: WHO; 2003. 155p.
  8. Departamento de Ciência e Tecnologia, Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 62p.
  9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Lista de Denominação Comum Brasileira 2006. [acesso em 2012 Dez]. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/2006/index.htm>
  10. World Health Organization (WHO). 15<sup>th</sup> Guidelines for ATC classification and DDD. Oslo: WHO; 2011. 288p.
  11. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename. 7. ed. Brasília: Ministério da saúde; 2010. 250 p.
  12. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename. Brasília: Ministério da saúde; 2012. 129p.
  13. World Health Organization (WHO). 17<sup>th</sup> Model List of Essential Medicines, 2011. [acesso em 2012 Nov]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf)
  14. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. [acesso em 2012 Nov]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/>
  15. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. [acesso em 2012 Dez]. Disponível em: <http://projetodiretrizes.org.br/>

16. Mota DM, Fernandes MEP, Coelho HLL. Farmacoeconomia: um instrumento de eficiência para a Política de Medicamentos do Brasil. *Acta farm bonaer.* 2008; 22(2):177-86.
17. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Ciêns saúde colet.* 2008;13(supl):603-610.
18. Magarinos-Torres R, Pagnoncelli D, Cruz-Filho AD, Osório-de-Castro CGS. Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino. *Rev bras educ med.* 2011;35(1):77-85.
19. Camargo LFA. Controle de antibióticos: mais que retórica, necessidade baseada em evidências. *Rev Einstein.* 2003;1:135-6.
20. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consenso sobre o uso racional de antimicrobianos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 36p.
21. Wannmacher L, Hoefler R. Combinações em doses fixas: comentários farmacológicos, clínicos e comerciais. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados.* 2007;4(7):1-6.
22. WHO Technical Report Series. Unedited Prepublication. Report of the WHO Expert Committee on the selection and use of essential medicines. 2007;7;19-23.
23. Messeder AM, Osório-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(2):525-534.
24. Dal-Pizzol TS e col. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(4):827-836.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Serie Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS; 2002.
26. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(6):1808-1815.
27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medicamentos com patentes de moléculas no Brasil. [acesso em 2012 Nov]. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0c934880474591b499c7dd3fbc4c6735/Trabalho+de+Patentes.pdf?MOD=AJPERES>

28. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41(2):214-22.
29. Souza MV, Krug BC, Picon PD, Schwartz IVD. Medicamentos de alto custo para doenças raras no Brasil: o exemplo das doenças lisossômicas. Ciên saúde colet. 2010;15(3):3443-3454.
30. Picon DP, Beltrame A, organizadores. Ministério da Saúde: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas - medicamentos excepcionais. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2002.
31. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osório-de-Castro CGS. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2010;44(4):620-628.
32. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas. Brasília: OPAS; 2009. 78 p.

## CONCLUSÃO GERAL:

Por meio da revisão integrativa sobre os indicadores utilizados nos trabalhos de seleção de medicamentos foi possível estruturar um painel com os 45 indicadores mais utilizados. Entre quantitativos e qualitativos, os mesmos foram agrupados em três tipos principais: 11 que avaliaram a *estrutura da CFT*, 21 que analisavam os *processos de seleção* de medicamentos e 13 relacionados aos *resultados da seleção*.

O PES demonstrou ser uma ferramenta interessante para a correta identificação dos problemas locais, para o planejamento adequado das etapas de seleção, para a previsão das dificuldades de implantação e para o acompanhamento e avaliação da política de medicamentos essenciais. Por esse tipo de planejamento foi possível alcançar três objetivos centrais do processo de seleção: a regulamentação da incorporação de tecnologias na instituição alvo do estudo, a organização de CFT e a implantação da lista de medicamentos essenciais.

Após a implantação efetiva das CFT e de uma política adequada de medicamentos essenciais, ficou demonstrado que nos hospitais avaliados essas atividades resultaram numa redução do número total de itens (-27,8%), um aumento no percentual de itens em conformidade com a RENAME (+13,6%), com a lista da OMS (10,5%) e com as Diretrizes Clínicas (14,7%). Além da redução de itens com patentes e aumento das alternativas de genéricos, o trabalho das CFT resultou na redução de custos em aproximadamente 12% da demanda de gastos com a lista de medicamentos.

Todos esses dados demonstram o benefício real destas políticas para o SUS, otimizando os recursos disponíveis e, acima de tudo, contribuindo para a melhora na qualidade dos serviços do SUS.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS - ASHP. Guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system. **American Journal of Health-System Pharmacists**, Bethesda, v.65, p.1272-1283, 2008.
- ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.723-740, 1997.
- BARROS, J. A. C. **Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios**. Brasília: ANVISA, 2008. 318p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Medicamentos Novos, Pesquisa e Ensaio Clínicos. **Posicionamento da ANVISA quanto ao registro de medicamentos novos considerados como *me-toos***. Brasília, 2004. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/metoos.htm>>. Acesso em: dez. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 outubro 1998.
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION – CIHI. **Drug expenditures in Canada, 1985 to 2006**. Ottawa: Government of Canada Publications, 2007. 143p.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS – CEBRIM. Comissão de Farmácia e Terapêutica: instrumento para promover o uso racional do medicamento. **Farmacoterapêutica**, Brasília, v.8, n.4, out/dez 2003. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/farmacoterapeutica2003.pdf>>. Acesso em: dez. 2012.
- GUIMARÃES, H. P.; BARBOSA, L. M.; LARANJEIRA, L. N.; AVEZUM, A. Estudos de farmacoeconomia e análises econômicas: conceitos básicos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.265-268, 2007.
- INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. **To err is human: building a safer health system**. Washington: The National Academy Press, 1999.

KAR, S. S.; PRADHAN, H.S. & MOHANTA, G. P. Concept of essential medicines and rational use in public health. **Indian Journal of Community Medicine**, Chandigarh, v. 35, n.1, p.10-13, 2010.

LAING, R.; HOGERZEIL, H. V. & ROSS-DEGNAN, D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. **Health Policy and Planning**, Oxford, v.16, p.13-20, 2001.

MARQUES, D. C.; ZUCCHI, P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.19, n.1, p.58-68, 2006.

MCMICHAEL, C.; WATERS, E.; VOLMINK, J. Evidence-based public health: what does it offer developing countries. **Journal of Public Health**, Oxford, v.27, n.2, p.215-221, 2005.

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. & CIAMPONE, M. H. T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, p.165-171, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

OSÓRIO DE CASTRO, C. G. S; CASTILHO, S. R. **Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2004.

PUIGVENTÓS, F.; SANTOS-RAMOS, B.; ORTEGA, A; DURÁN-GARCÍA, E. Structure and procedures of the pharmacy and therapeutic committees in Spanish hospitals. **Pharmacy World & Science**, Dordrecht, v.32. p.767–775, 2010.

SILVA, S. V.; NIERO, J. C. C.; MAZZALI, L. **O Planejamento Estratégico Situacional no setor público: a contribuição de Carlos Matus**. São Paulo: Semead, 2009. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/473.pdf>> Acesso em: dez. 2012.

TROUILLER, P.; OLLIARO, P.; TORREELE, E.; ORBINSKI, J.; LAING, R.; FORD, N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. **Lancet**, Philadelphia, v.359, p.2188-2194, 2002.

VIDOTTI, C. C. F.; CASTRO, L. L. C. Fármacos novos e necessidades do SUS. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.10, n.2, p.7-11, 2009.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4, p.674-681, 2009.

VILARTA, R. et al. **Qualidade de vida e novas tecnologias**. Campinas, 2007. 222p.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Uso Racional de Medicamentos** - Temas Seleccionados, Brasília, v.3, n.2, 2006.

\_\_\_\_\_. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. **Revista Tempus - Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v.4, n.3, p.23-29, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Promoting rational use of medicines: core components. **WHO Policy Perspectives on Medicines**, Geneva, n.5, 2002a.

\_\_\_\_\_. Report on the 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. **Technical Report Series**, Geneva, n.914, 2002b.

\_\_\_\_\_. **The rational use of drugs: report of the conference of experts: Nairobi 1985 Jul 25-29**. Geneva: WHO; 1987.

WEEKES, L. M.; BROOKS, C. Drug and Therapeutics Committees in Australia: expected and actual performance. **British Journal of Clinical Pharmacology**, London, v.42, p.551-557, 1996.

## APÊNDICE

### RESOLUÇÃO Nº XX/20XX

*Estabelece as normas para padronização e promoção de política de uso racional de medicamentos e demais insumos para saúde no âmbito da FHS.*

A DIRETORIA EXECUTIVA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso IV, do art. 10, do Decreto Governamental nº 25.389, de 01 de julho de 2008, considerando a necessidade de organização, normatização e padronização das atividades de gestão documental através de sistema de protocolo no âmbito da Fundação Hospitalar de Saúde, RESOLVE:

**Art. 1º** - Ficam criadas, no âmbito desta Fundação, as instâncias de regulamentação do processo de padronização de medicamentos e demais insumos para a saúde: Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) no âmbito das unidades assistenciais de atendimento hospitalar e pré-hospitalar que compõem a FHS e a nível central a Comissão Geral de Padronização (CGP).

**Parágrafo Único** - É objetivo primordial das Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) e Comissão Geral de Padronização (CGP) selecionar os medicamentos e demais insumos para saúde utilizados para fins de assistência a saúde das unidades hospitalares levando em consideração os critérios de eficiência, relação custo/benefício, comodidade posológica e outros fatores envolvidos no seu uso, previamente pesquisados e estudados pelos solicitantes.

### CAPÍTULO I DAS ATRIBUIÇÕES E FINALIDADES

**Art. 2º** - São atribuições das CFTs/FHS:

- I. Definir as diretrizes gerais de utilização de medicamentos e demais insumos hospitalares das unidades vinculadas à FHS;
- II. Propor as Relações de Medicamentos e Produtos para Saúde pertinentes a cada CFT bem como sua atualização constante;

- III. Padronizar as especificações dos medicamentos pelo princípio ativo e de valor terapêutico comprovado, excluindo-se sempre que possível as associações, além das especificações dos demais insumos para saúde sempre observando o binômio qualidade/custo, sem direcionamento de marca;
- IV. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens das Relações de Medicamentos e Produtos para Saúde;
- V. Fixar critérios para a aquisição de medicamentos e produtos para saúde não padronizados;
  
- VI. Criar estratégias de avaliação de insumos em processos licitatórios e emitir pareceres técnicos para julgamento de propostas;
- VII. Rever e atualizar continuamente a lista de medicamentos e produtos para saúde padronizados;
- VIII. Revisar periodicamente as normas de prescrição;
- IX. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);
- X. Desenvolver e/ou Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- XI. Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos e correlatos;
- XII. Propor estratégias de avaliação da utilização dos medicamentos e correlatos na rede de serviços da FHS de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.
- XIII. Auxiliar na Farmacovigilância e Tecnovigilância dos insumos padronizados, juntamente com as áreas envolvidas, visando obter dados farmacológicos e clínicos relativos aos novos medicamentos ou agentes terapêuticos propostos para uso nas unidades hospitalares da FHS;
- XIV. Estabelecer o uso de protocolos de consenso clínico para medicamentos e produtos para saúde de alto custo, sempre que necessário.

**Art. 3º** - São atribuições da CGP/FHS:

- I. Validar as diretrizes gerais de utilização de medicamentos e demais insumos hospitalares das unidades vinculadas à FHS, definidas pelas CFTs;
- II. Definir a Relação Geral de Medicamentos e produtos para a saúde da FHS;
- III. Revisar e homologar as Relações de Medicamentos e demais insumos das unidades;
- IV. Regulamentar todas as alterações nas listas de padronização da FHS;
- V. Apoiar e acompanhar os trabalhos das CFTs da FHS.

**CAPÍTULO II**  
**DA COMPOSIÇÃO E MANDATO DAS COMISSÕES DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA**

**Art. 4º** - A composição mínima das Comissões de Farmácia e Terapêutica deverá incluir os seguintes membros natos:

- I. Farmacêutico do Serviço de Assistência Farmacêutica;
- II. Enfermeiro da Unidade Hospitalar;

- III. Médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e/ou Direção Técnica/Clínica;
- IV. Médico da área assistencial.

§ 1º - Devem ser acrescentados à comissão membros das demais especialidades médicas existentes (médico representante da neonatologia, da oncologia, pediatria, clínica cirúrgica entre outras);

§ 2º - Fica estabelecido como membros consultores em cada comissão representantes da Coordenação de Suprimentos, da Gerência de Assistência Farmacêutica e da Diretoria Operacional (DOP);

§ 3º - Os membros das CFTs desenvolverão seus trabalhos com o auxílio dos técnicos das unidades relacionadas ao uso de medicamentos e produtos para a saúde, realizando, se for o caso, ações conjuntas com estes.

**Art. 5º** - Os membros das CFTs deverão ser nomeados por consenso de indicação das referidas instituições da FHS.

§ 1º - No momento da nomeação deve-se definir também o Presidente da Comissão, Vice-presidente, 1º Secretário e 2º Secretário;

§ 2º - Os membros cumprirão mandatos de 01 (um) ano, renovável por mais 01 (um) período idêntico.

§ 3º - Todos os membros deverão assinar Termo de Declaração de Interesses (ANEXO I), onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se referem a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com distribuidores e indústrias privadas produtoras de medicamentos e produtos para saúde, que resultem em auferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

§ 4º - Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá auferir prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias produtoras de medicamentos.

**Art. 6º** - São atribuições do **Presidente da Comissão**, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Fazer parte da Comissão Geral de Padronização de Medicamentos e Produtos para Saúde da Fundação Hospitalar de Saúde;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento.

**§ 1º** - Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

**§ 2º** - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

**§ 3º** - É atribuição do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

**Art. 7º** - São atribuições e competências dos (a) secretários (a) da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os demais membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria da CFT.

### **CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO E MANDATO DA COMISSÃO GERAL DE PADRONIZAÇÃO**

**Art. 8º** - A Comissão Geral de Padronização (CGP) de Medicamentos e Produtos para Saúde da FHS deverá ser composta pelos seguintes membros:

- I. Presidentes das CFTs das unidades vinculadas à FHS;
- II. Representante da Coordenação de Suprimentos da FHS;
- III. Representante da Coordenação de Compras, Contratos e Licitações da FHS;
- IV. Representante da Diretoria Operacional (DOP);
- V. Representante da Diretoria Financeira e Administrativa (DAF);
- VI. Representante da Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF);

**§ 1º** - Os membros e respectivos cargos (Presidente, Vice-presidente, 1º Secretário e 2º Secretário) da CGP deverão ser nomeados oficialmente por resolução específica da Diretoria Executiva;

**§ 2º** - Os membros cumprirão mandatos de 01 (um) ano, renovável por mais 01 (um) período idêntico; devem assinar ainda Termo de Declaração de Conflito de Interesses e manter-se livre de influências do mercado farmacêutico e de produtos para saúde.

### **CAPÍTULO IV FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO**

**Art. 9º** - A CGP deve se reportar diretamente a Direção Geral da FHS. Nas unidades que possuírem CFTs próprias, estas devem estar ligadas no organograma institucional a Superintendência da unidade.

**§ 1º** - Nas CFTs que compõem mais de uma unidade assistencial (ex. CFTs Hospitais Regionais e Locais) estas devem estar vinculadas Gerência Assistência Farmacêutica (GEAF).

**§ 2º** - O acompanhamento e avaliação permanente dos trabalhos das CFTs devem estar a cargo da Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF).

**Art. 10** - As Comissões realizarão reuniões ordinárias com periodicidade mínima mensal para as CFTs e Bimestral para a CGP, ou sempre que necessário através de convocação extraordinária contendo a data da reunião e pauta.

**§ 1º** - A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas ou quatro não consecutivas/ano sem justificativa apresentada por escrito em até vinte e quatro horas de antecedência implicará no desligamento do mesmo.

**§ 2º** - Decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por consenso dos participantes e em último caso por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

**§ 3º** - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

**Art. 11** - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

**Parágrafo Único** - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

**Art. 12** - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização devem ser efetuadas através de expediente para este fim, elaborado pelas comissões.

**Art. 13** - A Presidência das CFTs definirá o prazo para emissão de pareceres sobre inclusão, exclusão e substituição de itens do padrão, seguindo critérios de prioridade e complexidade de cada caso.

**Art. 14** - Os pareceres exarados pelas CFTs sobre inclusão, exclusão e substituição de itens nas relações de padronização serão encaminhados para apreciação da Comissão Geral de padronização da FHS e homologação final;

## **CAPÍTULO V**

### **DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO PARA A SELEÇÃO DE ITENS**

**Art. 15** - A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME em vigor.

**Art. 16** - Inicialmente serão elaboradas quatro listas de Padronização:

- a) Relação de Medicamentos e Produtos para Saúde do Hospital de Urgências de Sergipe;
- b) Relação de Medicamentos e Produtos para Saúde da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes e Maternidade de Capela;
- c) Relação de Medicamentos e Produtos para Saúde do SAMU da FHS;
- d) Relação de Medicamentos e Produtos para Saúde dos Hospitais Regionais e Hospitais Locais da FHS;

**§ 1º** - O agrupamento destas listas pode ser modificado caso haja necessidade de criação de lista com perfis de integralidade diferentes;

**§ 2º** - Com base nestas relações será definida a Relação Geral de Medicamentos e Produtos para a Saúde da FHS.

**Art. 17** - A seleção de medicamentos e produtos para saúde deve objetivar:

- I. Uma maior eficiência administrativa;
- II. Uma resolutividade terapêutica adequada;
- III. A racionalidade na prescrição;
- IV. A racionalidade na utilização de fármacos e correlatos;
- V. A racionalização dos custos dos tratamentos.

**Art. 18** - Para a **inclusão** de medicamentos e produtos para saúde nas Relações das unidades da FHS deverão ser observados os seguintes critérios:

- I. Indicação fundamentada em critérios epidemiológicos, privilegiando aqueles medicamentos e correlatos utilizados para doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco

- as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
- II. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
  - III. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
  - IV. Baixa toxicidade e menor exposição a riscos relacionados à utilização;
  - V. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
  - VI. Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
  - VII. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;
  - VIII. Estabilidade em condições de estocagem e facilidade de armazenamento;
  - IX. Preferência a medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
  - X. Preferencialmente estar disponível no mercado nacional;
  - XI. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;

**§ 1º** - Para a **inclusão** de Medicamentos, também podem ser considerados os demais pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Medicamentos:

- a) Medicamentos para doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
- b) Medicamentos para doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

**§ 2º** - Nas situações mencionadas no Parágrafo 1º deste Artigo, o emprego dos medicamentos deve estar condicionado à observância de protocolos clínicos específicos.

**Art. 19** - A **substituição** de medicamentos e produtos para saúde das Relações de Padronização justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

- a) Menor risco/benefício;
- b) Menor custo/tratamento;
- c) Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

- d) Maior estabilidade;
- e) Propriedades terapêuticas mais favoráveis;
- f) Menor risco;
- g) Maior informação com respeito a suas vantagens e limitações, eficácia e eficiência;
- h) Maior comodidade na utilização;
- i) Facilidade de dispensação.

**Art. 20** - A **exclusão** de medicamentos e produtos para saúde das Relações de Padronização deverá ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

- a) Apresenta relação risco/benefício inaceitável;
- b) Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas quando comparado a outros produtos disponíveis no mercado;
- c) Não apresenta demanda justificável;
- d) Tenha sido excluída pelos órgãos normatizadores do SUS.

**Art. 21** - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos e produtos para saúde poderão ser efetuadas por qualquer servidor da FHS, através de solicitação em formulário próprio (Anexo II), acompanhado da documentação exigida.

**§ 1º** - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos e produtos para saúde devidamente encaminhadas às CFTs serão analisadas conforme fluxo estabelecido no Anexos IV desta resolução.

**§ 2º** - A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

**§ 3º** - Uma vez emitido os pareceres negativos de inclusão pelas CFTs ou Comissão Geral de Padronização, novas solicitações de inclusão sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

**Art. 22** - As solicitações de aquisição de itens não padronizados, vinculadas ou não a uma solicitação de inclusão do item do hospital não previstos na Relação Geral de Padronização da FHS deverão ser autorizadas por parecer da CFT da correspondente unidade solicitante devendo ser encaminhada à Gerência de Assistência Farmacêutica para que esta tome providências cabíveis para a aquisição em conformidade com a legislação vigente.

**§ 1º** - Na ocorrência de solicitação de itens não padronizados advinda de Unidades cuja frequência das reuniões da CFTs não ocorre semanalmente estas deverão ser

encaminhadas para atesto da Superintendência e da Farmácia local que irá encaminhar para a Gerência de Assistência Farmacêutica.

**§ 2º** - A autorização para aquisição destes medicamentos não implicará, necessariamente, em sua inclusão na Seleção. Esta permanecerá inalterada.

**Art. 23** - Casos omissos serão resolvidos pela Diretoria-Executiva da FHS, mediante requisição formal do interessado.

**Art. 24** - Essa resolução entra em vigor na data da sua assinatura, revogada toda e qualquer disposição em sentido contrário.

PUBLIQUE-SE. CUMPRA-SE.

Aracaju (SE), XX de XXXXXX de 2010.

Diretor-Geral da Fundação Hospitalar de Saúde

Diretor-Operacional da Fundação Hospitalar de Saúde

Diretor Administrativo e Financeiro da Fundação Hospitalar de Saúde

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE INTERESSES**

NOME: \_\_\_\_\_  
ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_  
CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
R.G.: \_\_\_\_\_ REGISTRO CONSELHO DE CLASSE: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Você ou alguém da sua família possui algum vínculo empregatício ou interesse de outra natureza com indústrias, distribuidores, fornecedores ou potenciais fornecedores de medicamentos e demais produtos para saúde que possam ser adquiridos pela Fundação Hospitalar de Saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existe algum outro tipo de conflito que afete sua objetividade ou independência em seu trabalho nesta Comissão?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reconheço a importância do trabalho de seleção de tecnologias em saúde e o impacto real das decisões tomadas por esta comissão nos tratamentos prestados e nos custos operacionais desta organização.

Declaro que as informações acima são expressão da verdade e que nenhuma outra situação de conflito de interesse real ou potencial é conhecida por mim. Comprometo-me a comunicá-los sobre quaisquer mudanças nestas circunstâncias.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura:

 <p>Fundação Hospitalar de Saúde</p>	<b>FORMULÁRIO PARA <u>ALTERAÇÃO</u> DA LISTA PADRÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE DA FHS</b>
<b>Proposta de:</b> <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão <input type="checkbox"/> Substituição	
<b>DESCRIÇÃO DO ITEM:</b>	
Nome Genérico ( <a href="#">DCB ou DCI*</a> ) ou Especificação Detalhada (Produto para Saúde):	
<b>Forma Farmacêutica*:</b>	
<b>Dosagem*:</b>	
Consta da última edição da <a href="#">RENAME*</a> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Possui registro(s) na <a href="#">ANVISA</a> ? : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Existe mais de um produtor do insumo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual a estimativa de consumo do item?	
<b>DADOS TERAPÊUTICOS:</b>	
<b>Grupo(s) Farmacológico(s) (<a href="#">ATC</a>)*:</b>	
<b>Principais indicações terapêuticas:</b>	
<b>Contra-indicações, precauções e/ou toxicidade/Riscos relacionadas ao uso deste insumo:</b>	

**Extensão do uso (dados epidemiológicos)\*:**

**Marca(s) e Nome(s) do(s) produtor(es) ou importador(es) do insumo:**

**Resumo das evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação:**

(Efetividade comparada a outros medicamentos da lista, avaliações de custo/efetividade comparando com outros itens da lista ou do mercado, benefícios para o serviço, etc. Anexar às referências bibliográficas).

**RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

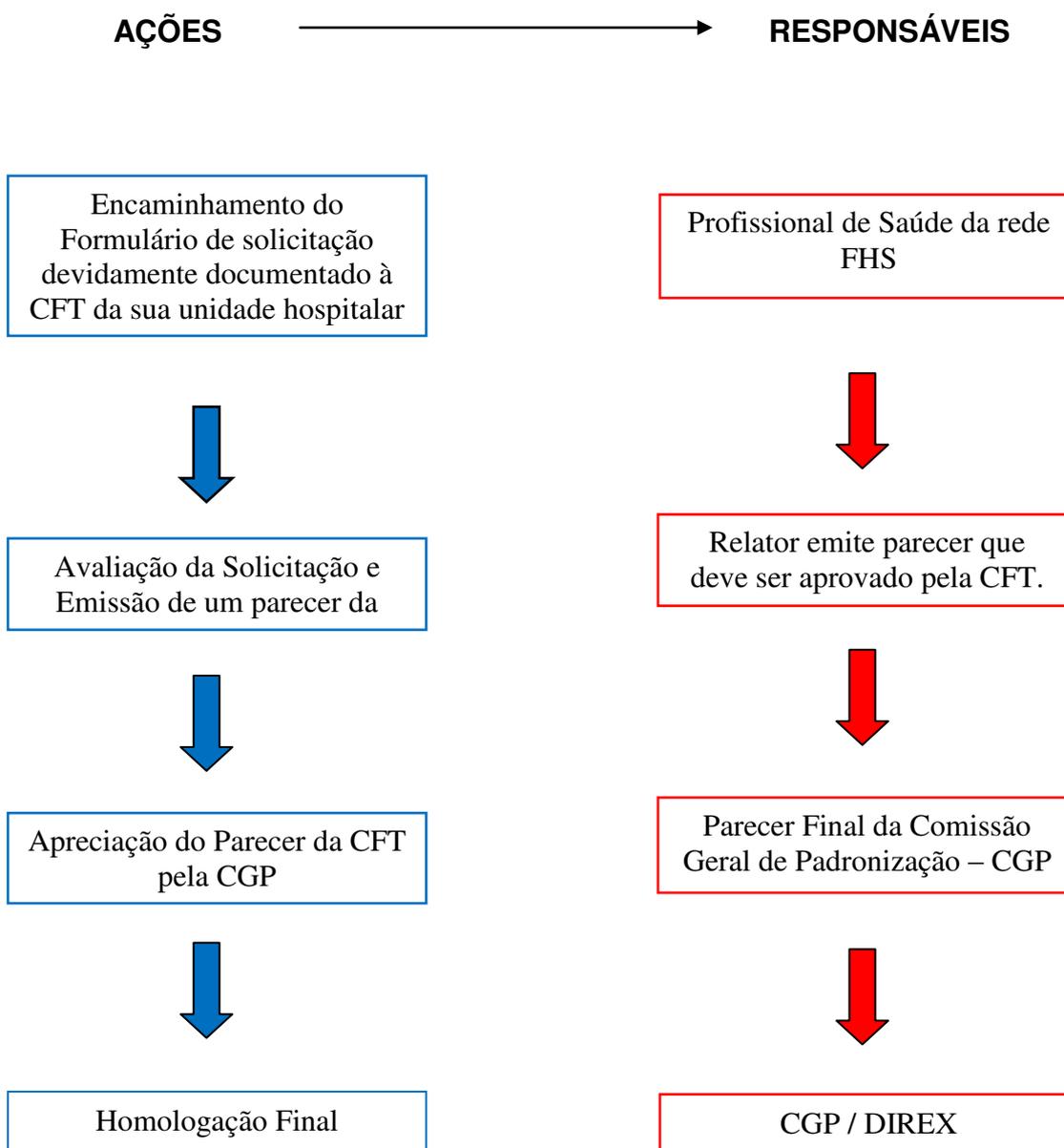
**REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE OU RG:**

**LOCAL DE TRABALHO (FHS):**

**NOSSA MISSÃO: Produzir saúde ao cidadão no âmbito hospitalar e na assistência de urgência de forma humanizada com eficiência e qualidade.**

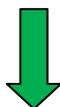
 <p>Fundação Hospitalar de Saúde</p>	<b>FORMULÁRIO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE <u>NÃO PADRONIZADOS</u></b>	
<b>DADOS DO PACIENTE:</b>		
Nome:		
Unidade Hospitalar:	Nº Prontuário:	
Setor do Hospital:	Data Entrada:	
<b>Dados Clínicos:</b>		
Diagnóstico:	CID:	
Descrição do Quadro Clínico do Paciente:		
Alternativas terapêuticas já utilizadas por este paciente e resultados obtidos:		
<b>Dados para Aquisição:</b>		
<b>MEDICAMENTO</b>		
Princípio Ativo (Medicamento):		
Concentração:	Forma Farmacêutica:	
Posologia:		
Duração do Tratamento:		
Quantitativo Total Para Uso:		
Justificativa Técnica para Aquisição (Vantagem em relação a alternativas terapêuticas padronizadas na Unidade):		
Médico Solicitante	CRM nº	

<b>PRODUTOS PARA SAÚDE</b>	
Especificação:	
Duração do Tratamento:	
Quantitativo Total Para Uso:	
Justificativa Técnica para Aquisição (Vantagem em relação a alternativas terapêuticas padronizadas na Unidade):	
Profissional Solicitante:	Nº Reg:
<b>PARECER COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (HUSE, MNSL, SAMU) OU DIREÇÃO CLÍNICA OU REFERENCIA TÉCNICA DA ESPECIALIDADE</b>	
Justificativa:	
Profissional:	Nº Reg:
<b>NOSSA MISSÃO: Produzir saúde ao cidadão no âmbito hospitalar e na assistência de urgência de forma humanizada com eficiência e qualidade.</b>	

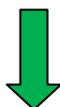
**FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO**

**FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE SUPRIMENTOS FORA DA  
PADRONIZAÇÃO DA FHS (AQUISIÇÃO EVENTUAL)**

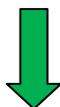
Preenchimento da Solicitação de aquisição de item não padronizado (anexo III) pelo solicitante



Ciência / Autorização da CFT da Unidade ou Referência Técnica e encaminhamento à GEAF



Parecer Técnico da GEAF solicitando compra/liberação do item (CELOG) ou sugerindo alternativa terapêutica ao



Liberação do item (se disponível na CELOG) ou encaminhamento para processo de aquisição junto a

## REPORTAGENS PARA DIVULGAÇÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS:

The screenshot shows the Infonet website interface. At the top, there is a navigation bar with the Infonet logo, the word "SAÚDE", and a search bar. Below the navigation bar, there is a sidebar on the left with various menu items like "Saúde", "Notícias", "Especiais", "Infográficos", "Canais", "Agenda", "Blogs", "Cidade", "Cinema", "Cultura", "Educação", "Economia", "Esporte", "Política", "Saúde", "Serviços", "Assinante", "Acesso Discado", and "Velox". The main content area features a news article titled "Comissões montadas pela FHS padronizam listas de medicamentos e produtos para Saúde". The article includes a sub-headline "Ela ajuda no uso racional dos medicamentos e no custo-benefício" and a date "17/02/2011 - 18:02". There is an image of a white pill bottle and a small pile of pills. The article text discusses the goals of the committees and the importance of standardization. On the right side, there is a "Plantão Infonet" section with several news items and a "Classificados" section with advertisements.

### ASN AGÊNCIA SERGIPE DE NOTÍCIAS

Aracaju/SE, 16 de Fevereiro de 2011 | 16:50

## Comissões montadas pela FHS padronizam listas de medicamentos e produtos para Saúde

A padronização ajuda na promoção do uso racional dos medicamentos e melhora o custo-benefício do atendimento ainda mais eficaz ao paciente

Garantir uma melhor assistência aos pacientes e racionalizar o uso de medicamentos e produtos para saúde. Estes são alguns dos objetivos das Comissões de Farmácia e Terapêutica instituídas em dezembro de 2010 pela Fundação Hospitalar de Saúde (FHS). Com reuniões periódicas, as comissões estão trabalhando inicialmente na padronização de uma relação de medicamentos e produtos para saúde da FHS.

"As comissões são importantes porque normatizam o trabalho assistencial. A padronização que está sendo elaborada ajuda na promoção do uso racional dos medicamentos, melhora o custo-benefício e garante um atendimento ainda mais eficaz ao paciente", disse a presidente da comissão do Hospital de Urgência de Sergipe (Huse), a infectologista Iza Lobo.

O farmacêutico Rafael Santana resalta que a seleção de medicamentos e produtos para saúde que está sendo conduzida por especialistas das diversas áreas médicas, enfermeiros e farmacêuticos. "Leva-se sempre como referência as mais atualizadas evidências da literatura científica e as diretrizes de padronização nacionais e internacionais como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as listas de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS)", reiterou.

As comissões já elaboraram suas propostas de relações de medicamentos. Porém os profissionais de saúde também poderão opinar sobre essas listas por meio de consulta pública. Os profissionais poderão sugerir modificação da lista entre o dia 21 e 25 de fevereiro através do [site](#) da Secretaria de Estado da Saúde.

"Muitas vezes, os profissionais reclamam que não possuem os materiais e os medicamentos que eles acham necessários. Por isso, é importante que participem da elaboração desta lista", opinou o médico Anderson Holzgart, presidente da comissão dos hospitais locais e CRE. "Isto serve não só para reduzir custos, mas para racionalizá-los. Evita desperdício e que falta de medicamentos necessários", enfatizou.

## DIVULGAÇÃO DA CONSULTA PÚBLICA:

CIDADÃO
PROFISSIONAL
GESTOR

**Pesquisa**

Escolha a Seção

Pesquisa Avançada

**MENU PRINCIPAL**

- + Início
- + Assistência Farmacêutica (+)
- + Atenção Básica (+)
- + Atenção Especializada
- + Atenção Psicossocial
- + **Concurso Público**
- + Epidemiologia (+)
- + Escola de Saúde do SUS/SE
- + Ouvidoria em Saúde
- + Rede Hospitalar
- + Reforma Sanitária
- + Samu 192 Sergipe
- + Vigilância Sanitária (+)

**ACESSO RÁPIDO**

- Programas e Projetos -

..... Serviços .....

..... Parceiros .....

**E-MAIL EXPRESSO**

Usuário

Segunda-feira, 09 de Maio de 2011

[Enviar por e-mail](#); [Relatar Erro](#); [Mapa do Site](#); [Imprimir](#); [Rss](#)

### Listas de medicamentos estão disponíveis para consulta de profissionais de saúde

**21/02/2011**

A Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) dá mais um passo para a consolidação de sua política de Medicamentos Essenciais. Isto porque de 21 a 25 de fevereiro será realizada a consulta pública para avaliação das propostas de Listas de Medicamentos. Todos os profissionais de saúde que trabalham nas unidades geridas pela FHS podem participar.

“Essas propostas são resultado do trabalho de seleção realizado por quatro equipes técnicas da Fundação. Essas equipes, chamadas Comissões de Farmácia e Terapêutica [CFT], foram instituídas em dezembro do ano passado. Elas são equipes multiprofissionais formadas por farmacêuticos, enfermeiros e diversas especialidades médicas seguindo as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde [OMS]”, enfatizou o diretor-presidente da Fundação Hospitalar, Emanuel Messias.

Na FHS, foram organizadas quatro comissões, sendo uma para Hospital de Urgências de Sergipe (Huse); uma para a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL); uma para os hospitais locais e Centro de Retaguarda em Epidemias; e uma para os hospitais regionais e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192 Sergipe).

Para ampliar o trabalho das comissões e garantir a participação de todos, as listas foram disponibilizadas para consulta pública. Além disso, os profissionais de saúde poderão mandar sugestões de



Imagem: Ascom/FHS



O diretor-geral da FHS, Emanuel

# Padronização de MEDICAMENTOS 2011/2012

Fundação Hospitalar de Saúde

Participe dessa atividade essencial para  
promoção do uso racional de medicamentos.

Consulta Pública de **21/02/2011** a **25/02/2011** no site - [www.ses.se.gov.br](http://www.ses.se.gov.br)

Realização: Coordenação de Assistência Farmacêutica - CODAF/DOP

