

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

**ANGELA ERNA ROSSATO**

**DIAGNÓSTICO DOS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DAS FARMÁCIAS HOSPITALARES  
DOS HOSPITAIS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE DO SUL DO  
ESTADO DE SANTA CATARINA - BRASIL**

FLORIANÓPOLIS, 2008

**ANGELA ERNA ROSSATO**

**DIAGNÓSTICO DOS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DAS FARMÁCIAS HOSPITALARES  
DOS HOSPITAIS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE DO SUL DO  
ESTADO DE SANTA CATARINA - BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia – Área de Concentração de Fármaco-Medicamentos, linha de pesquisa: Garantia da Qualidade de Insumos, Produtos e Serviços Farmacêuticos, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel

FLORIANÓPOLIS, 2008

**Diagnóstico dos Procedimentos Relacionados à  
Assistência Farmacêutica das Farmácias  
Hospitalares dos Hospitais de Pequeno e Médio  
Porte do Sul do Estado de Santa Catarina – Brasil**

**POR**

**Angela Erna Rossato**

**Dissertação julgada e aprovada em sua  
forma final pelo Orientador e membros da  
Banca Examinadora, composta pelos  
Professores Doutores:**

**Banca Examinadora:**

---

**Prof. Dr. Fernando Lefèvre (USP - Membro Titular)**

---

**Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro (UFRGS – Membro Titular)**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Marení Rocha Farias (UFSC – Membro Titular)**

---

**Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel (UFSC – Orientador)**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Elenara Lemos Senna  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC**

**Florianópolis, 23 de abril de 2008.**

*Dedico este trabalho à memória de meus pais,  
Augusto e Araci Rossato, pelo exemplo, caráter, superação,  
dedicação à família e por que sempre acreditaram que a  
educação é a melhor herança que os pais podem deixar aos filhos.*

## *Agradecimentos*

*À DEUS criador de tudo o que existe, inteligência suprema e força maior que nos guia.*

*Ao meu orientador, Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel, pela oportunidade concedida, confiança, dedicação, exemplo profissional e por compreender os momentos difíceis que me acompanharam nesta jornada.*

*Ao meu esposo, Roger R. Rossato, pelo amor, carinho, companheirismo e pelo apoio incondicional, principalmente durante os períodos de maior trabalho, dificuldades e ausências.*

*À minha irmã Ana Leticia Rossato, que mesmo distante, sempre esteve presente, apoiando e incentivando através de seu exemplo, coragem, carinho e compreensão.*

*À Coordenação do Curso de Farmácia – UNESC, em especial as professoras Tatiana Barichello e Marilúcia Rita Pereira, pelo apoio, compreensão e confiança, principalmente durante a execução deste trabalho de mestrado.*

*Às minhas colegas e queridas amigas de Departamento, Marilúcia R. Pereira, Indianara R. Torreti, Juliana Lora, Vanilde C. Zanette e Patrícia de Aguiar Amaral, por ser quem são, pelo carinho, apoio, amizade e por fazerem parte da minha vida.*

*Às amigas, Carine Blatt e Taisa N. de Aragão Oliveira, pelo alento, amizade e principalmente porque, pela sensibilidade e doçura foram capazes de trazer fé, graça e esperança nos momentos turbulentos da minha vida.*

*Às farmacêuticas, Márcia Manfredi, Zuleide Gonzaga da Silva Besen e Stella Goulart pelo auxílio e acima de tudo pela amizade.*

*Aos Dirigentes dos Hospitais que propiciaram e permitiram as entrevistas e aos Profissionais Entrevistados, “atores deste trabalho”, pelo exemplo de luta, superação e principalmente pela confiança, receptividade e generosidade em compartilhar parte de sua história e conseqüentemente contribuir para a história do serviço de Farmácia Hospitalar no sul do estado de Santa Catarina - Brasil.*

*Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.*

*“Errors can be prevented by designing our work systems  
so that errors are difficult to make.  
This is the essence of the systems approach to error reduction:  
focus on the processes, not on the people”.*  
*(LUCIAN L. LEAPE, 1998)*

## RESUMO

Os procedimentos relacionados com a Assistência Farmacêutica e a participação do profissional farmacêutico nesse processo foram analisados em 25 Farmácias Hospitalares dos Hospitais do sul do estado de Santa Catarina – Brasil. Os dados foram coletados através de questionário estruturado que foi aplicado *in loco* na forma de entrevista e, posteriormente, consolidados pela abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre e Lefèvre. Como principais resultados destacam-se: Em 56% dos hospitais o profissional farmacêutico não participa das atividades de farmácia; em todas as farmácias o número de farmacêuticos e funcionários é insuficiente, segundo os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar; nenhuma farmácia dispõe de farmacêutico durante todo seu horário de funcionamento. Nenhum hospital dispõe de Comissão de Farmácia e Terapêutica e em 68% dos hospitais a escolha dos medicamentos é realizada exclusivamente pelos médicos, o farmacêutico participa deste processo em apenas oito instituições. Todos os entrevistados relataram desabastecimento do sistema, com frequência variada. Em 84% dos hospitais o farmacêutico não participa do processo de compras. Quanto ao armazenamento a maioria atende aos critérios preconizados pela ANVISA, mas somente 60% realizam controle de estoque. Em 16% dos hospitais a enfermagem assume a atividade de distribuição de medicamentos, em 76% dos hospitais a distribuição dos medicamentos ocorre por paciente para 24 horas e em dois hospitais (8%) os medicamentos são distribuídos por paciente e separados por horário de administração. Em 52% dos hospitais ocorre a transcrição da prescrição por parte da enfermagem e 96% dos hospitais não atendem integralmente aos critérios preconizados pela legislação vigente no que se refere ao fracionamento de medicamentos. O trabalho realizado aponta insuficiência em vários aspectos do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica no âmbito hospitalar.

**Palavras-chaves:** Assistência Farmacêutica. Farmácia Hospitalar. Uso racional de Medicamentos.

## ABSTRACT

The procedures related to the Pharmaceutical Assistance and to the participation of the pharmaceutical professional in this process have been analyzed in 25 hospital pharmacies in the south of Santa Catarina state, Brazil. The data have collected through a structured questionnaire applied *in loco* as an interview and later consolidated using the approach of the Lefèvre and Lefèvre's proposed methodology "Collective Subject Speech". These are the principal results: In 56% of hospitals, the pharmacists do not participate in the pharmacy activities; in all pharmacies the number of pharmacists and clerks is not enough in accordance with the criteria established by the Brazilian Society of Hospital Pharmacy; no pharmacy has a pharmacist throughout during the working time. No hospital works with a Therapeutic and Pharmacy Bureau and, in 68% of the hospitals, the choice of the drugs is carried out exclusively by the doctors (the pharmacist takes part of this process in only eight institutions). All the interviewed people reported the lack of medicine in the system, with several frequencies. In 84% of the hospitals, the pharmacist does not even participate in the purchase process. The storing is in accordance with the 'ANVISA' criteria but only 60% carry out a stock control. In 16% of hospitals the nursing is in charge of the distribution of medicine, in 76% of hospitals the distribution occurs per patient in 24 hours and, in two hospitals (8%), the medicine are distributed per patient and separated according to the administration time. In 52% of hospital there is a transcription of the prescription by the nurses and 96% of hospitals do not fully accomplish the criteria of the current legislation about the medicine fractioning. The present work points out the insufficiency in several aspects of the logistic cycle of the Pharmaceutical Assistance in the hospital environment.

**Key words:** Pharmaceutical Assistance, Hospital Pharmacy, Rational Usage of Medicine.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	23
FIGURA 2: SISTEMAS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO AMBIENTE HOSPITALAR: 5 PROCESSOS PRINCIPAIS .....	25
FIGURA 3: LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA REGIÃO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA, DESTACANDO AS MICRO-REGIÕES .....	42

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1: FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE GERENCIA A FARMÁCIA HOSPITALAR.....	51
GRÁFICO 2: CARGA HORÁRIA SEMANAL DO FARMACÊUTICO NA FARMÁCIA HOSPITALAR .....	52
GRÁFICO 3: SETORES QUE ARMAZENAM MEDICAMENTOS.....	109

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: FORMAÇÃO, EXPERIÊNCIA E CARGA HORÁRIA.....	55
QUADRO 2: NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA HOSPITALAR .....	59
QUADRO 3: COMO SÃO ESCOLHIDOS OS MEDICAMENTOS DO HOSPITAL .....	61
QUADRO 4: REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS.....	66
QUADRO 5: PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS .....	69
QUADRO 6: PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	73
QUADRO 7: SITUAÇÕES DE DESABASTECIMENTO E AS SOLUÇÕES ENCONTRADAS .....	77
QUADRO 8: O PROCESSO DE COMPRAS NOS HOSPITAIS .....	79
QUADRO 9: COMO SÃO ESCOLHIDOS OS FORNECEDORES DO HOSPITAL .....	83
QUADRO 10: MELHORIAS NO ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS.....	87
QUADRO 11: REGISTRO DE ESTOQUE E INVENTÁRIO .....	92
QUADRO 12: DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS AS ENFERMARIAS E/OU SETORES .....	98
QUADRO 13: FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS .....	105

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: NÚMERO DE HOSPITAIS DA REGIÃO SUL .....	43
TABELA 2: TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM FARMÁCIA HOSPITALAR E TEMPO DE SERVIÇO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA INSTITUIÇÃO .....	54

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	16
2 OBJETIVOS .....	19
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
3.1 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E A FARMÁCIA HOSPITALAR .....	20
3.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	21
3.3 O CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E OS ERROS DE MEDICAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	22
3.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR.....	27
3.4.1 Seleção e Padronização de Medicamentos .....	27
3.4.2 Programação de Medicamentos.....	30
3.4.3 Aquisição .....	32
3.4.4 Armazenamento .....	33
3.4.5 Distribuição de Medicamentos no Ambiente Hospitalar.....	36
4 METODOLOGIA.....	41
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	41
4.2 LOCAL DE ESTUDO .....	41
4.3 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTUDO.....	42
4.4 POPULAÇÃO E HOSPITAIS SELECIONADOS .....	43
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	44
4.6 ESTUDO PILOTO .....	44
4.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	45
4.9 ORGANIZAÇÃO E TABULAÇÃO DOS DADOS .....	45
5 RESULTADOS .....	46
5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL .....	47
5.1.1 Tipo de Serviço.....	47

5.1.2 Entidade Mantenedora .....	48
5.1.3 Retenção de Tributos (Regime Jurídico dos Hospitais).....	48
5.1.4 Número de Leitos .....	48
5.1.5 Tipo de estrutura física dos hospitais.....	49
5.1.6 Corpo Clínico.....	49
5.1.7 Setor responsável pelos medicamentos .....	49
5.2 FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE GERENCIA DIARIAMENTE O SERVIÇO DE FARMÁCIA.....	50
5.2.1 Profissional farmacêutico .....	51
5.2.1.1 Número de farmacêuticos que cumprem carga horária na farmácia .....	51
5.2.1.2 Carga horária semanal do farmacêutico na Farmácia.....	52
5.2.1.3 Qualificação do profissional farmacêutico, tempo de serviço na instituição e experiência em Farmácia Hospitalar.....	53
5.2.2 Demais profissionais que gerenciam a Farmácia Hospitalar .....	55
5.2.2.1 Tempo de serviço na farmácia da instituição e tempo de atuação em Farmácia Hospitalar dos demais profissionais que gerenciam a farmácia .....	55
5.3 FARMÁCIA HOSPITALAR .....	56
5.3.1 Localização da Farmácia Hospitalar.....	56
5.3.2 – Atividades operacionais desempenhadas pela farmácia .....	57
5.3.3 Número de funcionários e horário de funcionamento .....	57
5.4 SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	60
5.4.1 Como são escolhidos os medicamentos do hospital .....	61
5.4.1.1 Existência de uma relação ou lista dos medicamentos padronizados e sua disponibilidade ao corpo clínico no local da prescrição.....	65

5.4.2 – Revisão e Atualização da Relação de Medicamentos Padronizados .....	66
5.4.3 – Prescrição de Medicamentos não Padronizados .....	69
5.5 PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTO .....	73
5.5.1 A Programação de Medicamentos e a reposição dos estoques .....	73
5.5.2 As situações de desabastecimento e as soluções encontradas .....	76
5.6. AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	79
5.6.1. Como ocorre o processo de compras pelo hospital? Fale um pouco sobre isso.....	79
5.6.2. A escolha dos fornecedores .....	82
5.7. ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E CONTROLE DE ESTOQUE .....	86
5.7.1. Locais de armazenamento.....	86
5.7.2 Melhorias dos locais de armazenamento e condições de armazenamento ..	87
5.7.3. Controle de Estoque (Registro de Entradas e Saídas) e Inventário .....	91
5.8 - SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	97
5.8.1 - Distribuição de medicamentos às enfermarias e/ou setores de internação. .....	98
5.8.1.1 Fracionamento dos Medicamentos .....	105
5.8.2 Ocorrência de estoques de medicamentos em setores não vinculados ao serviço de farmácia e os motivos desta ocorrência.....	108
5.8.2.1 Horário de Funcionamento da Farmácia e a Chave da Farmácia .....	111
6 DISCUSSÃO .....	114
6.1 ASPECTOS RELACIONADOS À SELEÇÃO E PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS .....	118
6.2 ASPECTOS RELACIONADOS À PROGRAMAÇÃO MEDICAMENTOS .	123
6.3 ASPECTOS RELACIONADOS À AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS....	124

6.4 ASPECTOS RELACIONADOS AO ARMAZENAMENTO E CONTROLE DE ESTOQUE .....	125
6.5 ASPECTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	126
6.6 ASPECTOS RELACIONADOS AO FRACIONAMENTO DOS MEDICAMENTOS .....	132
7 CONCLUSÕES .....	133
8 REFERÊNCIAS .....	135
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados .....	146
APÊNDICE B - Carta de Apresentação do Estudo .....	155
APÊNDICE C - Declaração de Anuência.....	156
APÊNDICE D - Declaração do Consentimento Livre e Esclarecido.....	157
ANEXO 1: Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Seres Humanos .....	158



## 1 INTRODUÇÃO

A instituição hospitalar foi conceituada pela Organização Mundial da Saúde, no seu Informe técnico número 122, de 1957, como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e, ainda, um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (CHERUBIN; SANTOS, 2002). Para que o hospital consiga cumprir suas funções primordiais, são necessários requisitos mínimos para a sua configuração, ele deve ser construído, equipado e mantido de modo que esteja capacitado a prestar serviços de diagnóstico e tratamento dos pacientes internados, contando com recursos de hotelaria e tecnologia. Também é necessário contar com profissionais de saúde devidamente habilitados, em quantidade e qualidade compatíveis com as necessidades técnicas, além do pessoal administrativo (CAVALLINI; BISSON, 2002).

Dentre os serviços que integram a estrutura hospitalar, há o serviço de farmácia hospitalar. Segundo a RE nº 300, de 30 de janeiro de 1997, do Conselho Federal de Farmácia, que regulamenta o exercício profissional em farmácia hospitalar, essa constitui “unidade clínica de assistência técnica e administrativa, dirigida por farmacêutico, integrada funcional e hierarquicamente às atividades hospitalares” e estabelece como função prioritária garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

A Assistência Farmacêutica tem o medicamento como insumo essencial, sendo esse primordial para a efetividade do processo de atenção à saúde. Neste contexto, o direito constitucional à saúde só se materializa em sua plenitude mediante o acesso do paciente ao medicamento. Ao mesmo tempo em que o

medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também constituir um fator de risco quando utilizado de maneira inadequada. Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento ou de qualquer forma, mas sim, de promover o uso racional e seguro destes produtos (MARIN; et al, 2003). Neste contexto, a instituição hospitalar deve buscar garantia ao acesso e a qualidade dos mesmos, promovendo seu uso racional. A Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde define o uso racional de medicamentos como o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998).

No entanto, a utilização e a má utilização dos medicamentos é um problema mundial. Estima-se que a metade de todos os medicamentos receitados, dispensados e vendidos são inadequados. O uso excessivo, insuficiente e indevido de medicamentos dá lugar a um desperdício de recursos e a propagação de perigos para a saúde (WHO, 2004). Assim, os benefícios do uso racional de medicamentos se expressam em sofrimentos evitados, na redução do tempo de ação da doença e no período de hospitalização, com repercussões econômicas para a instituição e a sociedade. O profissional farmacêutico tem um importante papel neste processo, pode intervir e colaborar mediante a execução de uma plena assistência farmacêutica no ambiente hospitalar (GOMES; REIS, 2001).

Nesse contexto de promoção do uso racional, em 2004, foi realizado um estudo buscando conhecer a farmácia hospitalar brasileira e verificar a veracidade global da disparidade deste serviço nas instituições hospitalares tendo como tema o Diagnóstico das Farmácias Hospitalares no Brasil. Esse estudo indicou problemas muito sérios nas farmácias hospitalares, entres os quais a ausência sistemática de profissionais qualificados para as funções da assistência farmacêutica e ausência, na grande maioria dos hospitais, de sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária, o qual é considerado o sistema que apresenta o menor volume de erros de medicação. A realização dos procedimentos sistemáticos de seleção e programação de medicamentos foi observado em número muito baixo de hospitais (8% ). Isso significa que esses estabelecimentos, além das dificuldades decorrentes

do elevado preço dos medicamentos, sofrem problemas relacionados à organização inadequada da assistência farmacêutica, o que agrava o problema da falta de medicamentos, gerando grave ônus tanto para o paciente quanto para o sistema público de saúde (OSÓRIO DE CASTRO; CASTILHO, 2004).

No estado de Santa Catarina, durante o ano de 2004 e 2005, foi objeto de análise o processo de seleção de medicamentos em treze hospitais nas três maiores cidades do estado. Os resultados desse trabalho revelaram que nos hospitais analisados, a seleção de medicamentos, atividade considerada central na Farmácia Hospitalar e na reorientação da Assistência Farmacêutica no país, não é desenvolvida de forma sistemática e nas instituições onde há Comissão de Farmácia e Terapêutica, essas são pouco atuantes (MANFREDI, 2005).

A relevância em realizar o diagnóstico deste setor fundamenta-se na importância que o uso racional de medicamentos tem no contexto saúde, no qual estão ressaltados os crescentes erros de medicação que apresentam conotações especiais quando atingem o paciente hospitalizado, tendo em vista que esta condição está em geral associada a estados patológicos mais graves, com a conseqüente maior fragilidade dos pacientes e o uso concomitante de maior quantidade de medicamentos de menor margem terapêutica (CFF, 2004; OSÓRIO DE CASTRO; CASTILHO, 2004).

Tendo em vista a importância do profissional farmacêutico e dos serviços de Farmácia Hospitalar na consolidação da Assistência Farmacêutica e na promoção do uso racional de medicamentos, o presente trabalho objetiva conhecer os processos relacionados à Assistência Farmacêutica Hospitalar dos hospitais de pequeno e médio porte do sul do Estado de Santa Catarina.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar estudo diagnóstico sobre os procedimentos relacionados com a Assistência Farmacêutica das Farmácias Hospitalares dos Hospitais do sul do estado de Santa Catarina – Brasil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar a sistemática adotada para a seleção e padronização de medicamentos;
- b) Identificar os critérios adotados para programação e aquisição de medicamentos;
- c) Identificar as práticas de estocagem dos medicamentos;
- d) Identificar a sistemática adotada para a distribuição intra-hospitalar dos medicamentos;
- e) Identificar a participação do profissional farmacêutico nos serviços e atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica Hospitalar.

## 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 3.1 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E A FARMÁCIA HOSPITALAR

O Ministério da Saúde define hospital como:

Parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (BRASIL, 1977 apud FONTES, 2005).

Apesar de haver requisitos gerais que configuram o ambiente hospitalar, existe características que fazem os hospitais diferirem entre si. O hospital pode ser classificado em relação ao regime jurídico, de acordo com o tipo de serviço que oferece, em relação ao número de leitos, a complexidade dos serviços, dentre outros (CAVALLINI; BISSON, 2002; MAIA NETO, 2005a). A missão essencial das instituições hospitalares é atender e acolher a seus pacientes da forma mais adequada possível e através de seus profissionais, diagnosticar suas patologias, tratá-las e fazer o possível para restabelecer o estado de saúde do paciente. Por isso, todo hospital tem que se preocupar com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa (BRASIL, 2002d; MAIA NETO, 2005a).

Dentre as áreas e os correspondentes serviços prestados no ambiente hospitalar encontra-se a farmácia hospitalar, cuja existência é imprescindível para proporcionar ambiente adequado para recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, bem como o completo cumprimento da terapêutica do paciente (MARIN, et al., 2003).

A farmácia hospitalar é conceituada diferentemente por alguns autores, porém a essência e o objetivo sempre estão voltados para uma só finalidade. (MAIA NETO,

2005b). A Resolução nº 300 de 30 de janeiro de 1997, do Conselho Federal de Farmácia que regulamenta o exercício profissional em Farmácia Hospitalar, a conceitua como sendo, “unidade clínica de assistência técnica e administrativa, dirigida por farmacêutico, integrada funcional e hierarquicamente às atividades hospitalares”. Tendo como função:

Garantir a qualidade de assistência prestada ao paciente através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

De acordo com as competências da instituição hospitalar, dentre os serviços técnicos, a farmácia hospitalar representa uma das principais áreas, devido ao seu comprometimento com a redução dos custos e racionalização da terapia, otimizando o controle das despesas e contribuindo para a qualidade dos insumos utilizados (GONÇALVES, 1988). Suas funções contemplam o suporte fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos e para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica, sendo esta por sua vez, significativamente importante para a melhoria da aplicação dos serviços de saúde quando realizada adequadamente (GOMES; REIS, 2001). Dentre as atividades de assistência farmacêutica que são de competência da Farmácia Hospitalar está o compromisso em assumir a coordenação técnica das discussões para a seleção e aquisição de medicamentos, cumprir as normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de dispensação para pacientes ambulatoriais e internados, de acordo com as condições técnicas hospitalares, em que ele se efetive (CFF, 1997a).

### **3.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A Assistência Farmacêutica constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, aprovada através da Portaria nº 3.916/1998, após amplo debate que envolveu os vários segmentos da sociedade de uma forma geral (MARIN et al.,

2003). No Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que possuem como objetivo de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde (MARIN, et al., 2003).

O Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, artigo 1º, inciso III, considera a Assistência Farmacêutica como:

... um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu 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, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Desta forma a Assistência Farmacêutica abrange informar e educar os usuários dos medicamentos fornecidos; otimizar o uso e a conservação dos medicamentos; prevenir os riscos de automedicação, as deficiências e os excessos de doses administradas; prevenir os riscos da extensão do tratamento a familiares e vizinhos; traçar um perfil epidemiológico de demanda para poder estimar as necessidades de compra; gerenciar os processos de compra, armazenamento e distribuição de medicamentos (BERMUDEZ; BONFIM, 1999; BRASIL, 1998b).

### **3.3 O CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E OS ERROS DE MEDICAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR**

A Assistência Farmacêutica apresenta componentes em seu sistema operacional com aspectos de natureza técnica, científica e operativa, integrando-os de acordo com a complexidade do serviço, finalidades e necessidades. Os componentes representam as estratégias e o conjunto de ações, que visam alcançar objetivos definidos. Sua inter-relação sistêmica origina o Ciclo da Assistência Farmacêutica que pode ser utilizado como princípio básico norteador para efetiva implementação da Assistência Farmacêutica (MARIN, et al., 2003). Esse ciclo é um

sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações da atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

As funções que envolvem o ciclo logístico do medicamento, se desempenhadas de forma inadequada, mesmo por um curto período de tempo, farão com que o ciclo coerente como um todo deixe de operar e a atenção à saúde será prejudicada (FERRAES, 2002).



**Figura 1:** Ciclo da Assistência Farmacêutica  
**Fonte:** MARIN, et al.,2003

Entende-se, portanto, que no Ciclo da Assistência Farmacêutica o resultado de uma atividade é ponto de partida para outra deste ciclo, e a ausência ou execução inadequada de uma delas, acaba por impedir o funcionamento adequado para todo o ciclo. Tal fato pode resultar na desorganização dos serviços, comprometendo o objetivo do programa, acarretando a insatisfação do usuário e refletindo má qualidade da gestão a despeito, muitas vezes, dos esforços despendidos (BRASIL, 2004).

A desarticulação do Ciclo da Assistência Farmacêutica nos ambientes hospitalares somados a sua complexidade técnico-assistencial e logística, no qual



se estima que a administração de uma dose de um medicamento implica entre 20 a 30 passos diferentes durante os processos de prescrição, dispensação e administração, mais o estado clínico do paciente e ao fato de que este chega a receber mais de 15 medicamentos por dia são elementos que favorecem o surgimento de erros de medicação, comprometendo a saúde e o bem-estar do paciente (LEAPE, 2002; LÓPEZ, 2004).

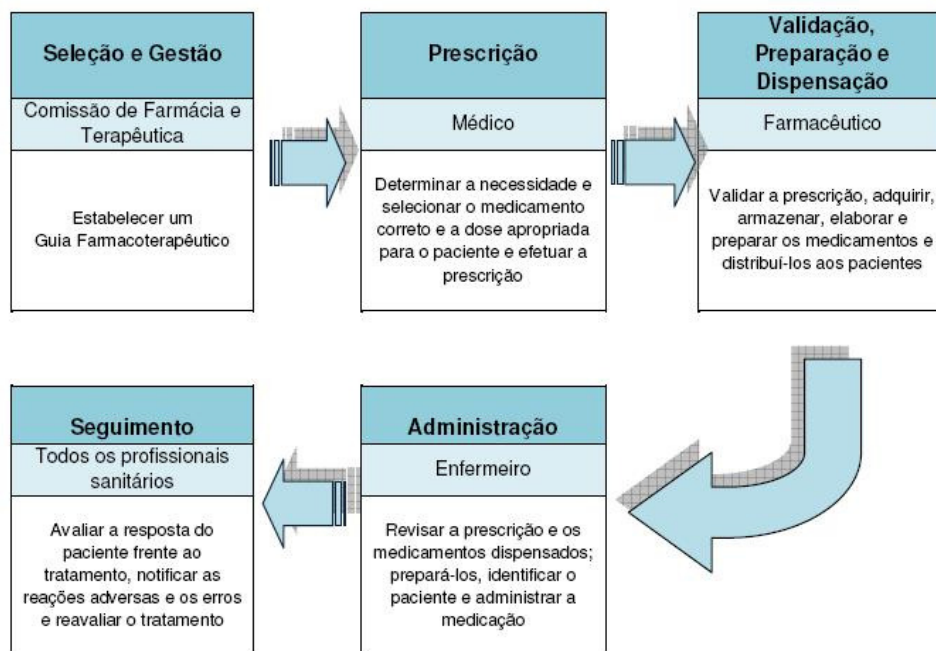
Os erros de medicação provocam inúmeros danos aos pacientes e em alguns casos, a morte. Este fato tem chamado à atenção de profissionais, organizações e administrações sanitárias. Estudos demonstram que os acontecimentos adversos derivados do uso clínico de medicamentos é um problema emergente. O reconhecimento desse fato conduziu a publicação de vários informes técnicos e educacionais, com intuito de alertar e despertar nos atores envolvidos a consciência e a responsabilidade em mudar este triste panorama (LÓPEZ, et al, 2005).

Tais erros podem estar relacionados com as práticas profissionais, os produtos utilizados para os cuidados de saúde, os procedimentos e os sistemas, incluindo falhas na prescrição, a comunicação do pedido, o envase, rotulagem e nomenclatura do medicamento, a preparação do mesmo, sua dispensação e distribuição, a administração, educação, monitoramento e utilização (FIP, 1999). Estima-se que os erros relacionados com a prescrição e com o monitoramento do paciente correspondem, aproximadamente, à metade dos erros que são detectados e são os responsáveis pelos eventos adversos mais graves que acometem os pacientes (OTERO, et al, 2002).

Alguns estudos demonstram que a maioria dos eventos adversos é resultante de deficiência nos sistemas, e não devido às falhas individuais. No entanto, a falha humana existe e está associada a fatores externos e internos a que o indivíduo encontra-se exposto. Quando algum incidente ocorre, a tendência é procurar escondê-lo. Quando isso não é possível, o foco é geralmente dirigido às pessoas, negligenciando-se a busca das causas sistêmicas do problema. Pesquisas demonstram que a maioria dos eventos adversos podem ser evitados, mostrando a possibilidade de vidas serem salvas, sofrimentos evitados e de significativa economia de recursos (LÓPEZ, 2003; ROSA; PERINI, 2003).

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCHCO), um sistema de utilização de medicamentos é um conjunto de processos inter-relacionados que possuem como objetivo comum à utilização dos medicamentos de forma segura, efetiva, apropriada e eficiente (NADZAM, 1998).

A complexidade dos sistemas de utilização de medicamentos nos ambientes hospitalares pode ser simplificada em cinco principais processos. O primeiro processo é a seleção e gestão dos medicamentos realizada por uma equipe multidisciplinar; seguida pela prescrição dos medicamentos que deve ser realizada pelos prescritores que têm a função de eleger o melhor tratamento após avaliação criteriosa do estado de saúde do paciente. Em seguimento ao processo, há o atendimento e a validação da prescrição pelo profissional farmacêutico através do serviço de Farmácia Hospitalar e, posteriormente, os medicamentos são administrados aos pacientes pelo serviço de enfermagem, tendo como última etapa do processo a monitorização do paciente (NADZAM, 1998; OTERO, et al, 2002).



**Figura 2:** Sistemas de Utilização de Medicamentos no Ambiente Hospitalar: 5 Processos Principais  
**Adaptado de:** NADZAM, 1998; LÓPEZ, 2003.

A disponibilidade de um grande número de especialidades farmacêuticas é uma das variáveis que propicia o aparecimento de erros no processo de seleção,

distribuição e administração de medicamentos. A polimedicação, a complexidade e a diversidade de pacientes, centenas de membros no *staff*, associados às suas especificidades, bem como a rotatividade dos mesmos dentro das organizações; defasagem e incorporação de equipamentos e novas tecnologias, processos não efetivos de administração de medicamentos, propiciam o aparecimento de erros de medicação nas instituições hospitalares (NADZAM, 1998; OTERO, et al, 2002).

Um estudo realizado por LEAPE et al (1995) nos Estados Unidos, relata que 39% dos erros na medicação ocorrem no processo de prescrição dos medicamentos, 12% na transcrição, 11% no processo de dispensação e 38% no de administração de medicamentos. Em outro estudo realizado em 36 instituições hospitalares americanas verificou-se que 19% das doses administradas estavam erradas, sendo que as categorias mais freqüentes de erros relacionavam-se ao horário incorreto (43%), omissão das doses (30%), dose errada (17%) e medicamentos não prescritos (4%) (BARKER, et al, 2002).

Sabe-se que os erros fazem parte da natureza humana, portanto sistemas eficazes de prescrição, dispensação e administração de medicamentos devem ser estabelecidos, para prevenir à ocorrência de erros e, conseqüentemente, a diminuição de eventos adversos. Para que estes sistemas funcionem adequadamente é necessário um adequado treinamento e supervisão da equipe, comunicação adequada entre os profissionais, condições de trabalho razoáveis, sistema de manipulação de medicamentos adequado. O processo como todo tem que ser avaliado e verificado nas suas diversas etapas e por profissionais diferentes, deve possuir também uma gerência de qualidade, equipamentos e adequadas fontes de informação (ASPH, 1993).

A prevenção de erros de medicação é um objetivo a ser atingido em longo prazo, neste sentido, deve-se ter em mente que as soluções não são imediatas, mesmo porque a criação nos hospitais de uma cultura de segurança com características similares as que têm as organizações de alta confiabilidade (ex. aviação) é a medida mais efetiva em longo prazo para prevenir os erros de medicação, já que somente quando as mudanças estão enraizadas plenamente nos valores e crenças das organizações o benefício se mantém ao longo do tempo. E a

instauração de uma cultura institucional de segurança é um processo longo e difícil (LÓPEZ, 2004).

Neste contexto, a farmácia e o farmacêutico hospitalar são peças chaves no processo da construção e consolidação da assistência farmacêutica, e devem trabalhar objetivamente com o intuito de alcançar sua função prioritária que é a de garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do uso seguro e racional de medicamentos e materiais médico-hospitalares, adequando sua aplicação à saúde individual e coletiva, nos planos assistencial, preventivo, docente e investigativo (CFF, 1997a)

### **3.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR**

#### **3.4.1 Seleção e Padronização de Medicamentos**

A etapa de seleção de medicamentos constitui uma das atividades básicas dos hospitais e seu avanço e desenvolvimento é parte prioritária dos serviços da farmácia hospitalar. É a partir do resultado do processo de seleção de medicamentos que se estabelecem os sistemas racionais de distribuição e informação de medicamentos (OPAS/OMS, 1997a).

Segundo o MS (BRASIL, 2006a, p.31), no ciclo da Assistência Farmacêutica;

a seleção é um processo de escolhas de medicamentos, baseados em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CTF), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custos-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas.

A seleção de medicamentos é um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, que assegura ao hospital o acesso aos produtos mais necessários, por meio da adoção de critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo, e da promoção da utilização racional destes fármacos (REIS, 2001; ROMANO, 2005).

O objetivo da seleção de medicamentos consiste em proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos. Os ganhos terapêuticos referem-se à promoção do uso racional e a melhoria da resolutividade terapêutica, o acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados às doenças prevalentes. Os ganhos econômicos referem-se à racionalização dos custos dos tratamentos e, conseqüentemente, à otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis (MARIN, et al., 2003).

O uso racional de medicamentos resume um processo que exige não somente que o medicamento seja prescrito, mas também seja apropriado e esteja disponível quando se necessita, a um preço que se possa pagar na dose certa, em intervalos apropriados, durante um tempo conveniente, seja eficaz e de qualidade. Para tanto, faz-se necessário o estabelecimento de normas e rotinas, o que é feito através de uma comissão formada especificamente para trabalhar com a Seleção e Padronização de Medicamentos (BARBOSA, 2005).

Tendo em vista que a seleção de medicamentos envolve aspectos interdisciplinares e diferentes saberes, a sua implementação deve ser descentralizada e participativa, porém, com uma coordenação única. Para tanto, recomenda-se a constituição e legitimação, através de portaria ou medida equivalente, de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), com caráter multidisciplinar, contemplando profissionais da área de farmácia, medicina, enfermagem e outros, caso necessário (MANFREDI, 2005; MARIN, et al., 2003).

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

O processo de seleção de medicamentos é uma atividade que necessita de comparações e escolhas fundamentadas cientificamente, para as quais se torna vital o uso de métodos e ferramentas capazes de produzir informações com qualidade e em quantidade suficiente para a correta orientação das decisões a serem tomadas.

Assim, os dois critérios primordiais para a seleção de medicamentos devem ser a eficácia e segurança (BRASIL, 2007a; MARIN, et al., 2003). Ao concluir a seleção de medicamentos obedecendo primordialmente aos critérios de eficácia e segurança obter-se-á, portanto a Relação de Medicamentos Padronizados da respectiva instituição, instrumento este pertencente ao processo de seleção e padronização de medicamentos (OPAS/OMS, 1997a).

Ao se implementar a Relação de Medicamentos Padronizados, composta somente por medicamentos cuja eficácia clínica é comprovada através da Medicina Baseada em Evidências, é essencial que o Serviço de Farmácia incentive sua difusão e o cumprimento da padronização de medicamentos do hospital. A habilidade da Comissão de Farmácia e Terapêutica para escolher os melhores fármacos e conscientizar os médicos sobre a relevância da seleção é importante para o êxito da implementação da Relação de Medicamentos (ORDOVÁS; CLIMENTE; POVEDA, 2002).

Entretanto, a prescrição de medicamentos não padronizados pode ocorrer em casos de pacientes com patologias raras, em situações de resposta terapêutica ou intolerância ao medicamento e para pacientes em tratamento contínuo domiciliar com fármacos não padronizados cuja substituição não é recomendável (BERMUDEZ; OLIVEIRA; ESCHER, 2004).

Visando controlar as solicitações de medicamentos não padronizados ou solicitações de inclusões de produtos na Relação de Medicamentos da instituição, a Comissão de Farmácia e Terapêutica deve normatizar estes processos através da solicitação de justificativa da necessidade do medicamento em formulários próprios, que serão avaliados pelos mesmos critérios estipulados no processo de seleção e caso haja necessidade o medicamento será adquirido para o paciente em particular e/ou incorporado à relação de medicamentos do hospital (ORDOVÁS, CLIMENTE; POVEDA, 2002).

### 3.4.2 Programação de Medicamentos

A programação é definida como o processo mediante o qual se determinam as necessidades de medicamentos para um dado período com a finalidade de atender a demanda, estimando-se para isso os recursos financeiros disponíveis e o local de armazenamento (OPAS/OMS, 1997b).

Segundo Marin e colaboradores (2003), a programação de medicamentos representa, no Ciclo da Assistência Farmacêutica, uma atividade de importância expressiva, tendo por objetivo garantir que uma população alvo tenha acesso a diversos medicamentos, previamente selecionados, em tempo oportuno, quantidades suficientes e condições adequadas de uso, através de um serviço ou rede de serviços de saúde qualificados.

De acordo com Aguilar e colaboradores (1997), a farmácia deve ser responsabilizada pela coordenação da programação das necessidades de medicamentos, contando, preferivelmente, com o apoio do Comitê de Farmácia e terapêutica (CFT). Para a melhoria desse serviço, recomenda-se a integração da administração, dos setores diretamente envolvidos e do corpo clínico. A participação destes é fator chave no êxito da programação (OPAS/OMS, 1997b).

Não é viável, principalmente na área hospitalar, compras de emergência. É necessário manter estoques agindo como “amortecedores” entre a oferta e a demanda. Os estoques precisam ser bem administrados quanto a sua rotatividade e os seus custos financeiros, já que representam de um a dois terços do custo logístico. Portanto, o controle de estoques é uma atividade-chave na gestão de suprimentos (SALAMÃO NETO, 2005).

Segundo Marin, et al, 2003, os métodos utilizados para a programação de medicamentos devem ser escolhidos tendo em vista os recursos e informações disponíveis. Os mais utilizados são: por perfil epidemiológico, por consumo histórico, por oferta de serviços. Considerando que a programação é um processo dinâmico, é importante que seja avaliada com periodicidade, possibilitando ajustes que se fizerem necessários. Os métodos acima citados apresentam vantagens e

desvantagens, recomenda-se a combinação de diversos métodos e ferramentas para uma programação mais ajustada (BRASIL, 2006a).

Em relação à programação de medicamentos no ambiente hospitalar, em consulta a literatura relacionada à Farmácia Hospitalar<sup>1</sup>, destaca-se como método de programação o Consumo Histórico, que segundo Marin et al, (2003) consiste na análise do comportamento do consumo com base numa série histórica, possibilitando estimar necessidades fundamentadas nas frequências e intensidades de utilização dos medicamentos ao longo do tempo. Para a aplicação do método faz-se necessário o atendimento de requisitos básicos, como registros de movimentação de estoques, dados da demanda (atendida e não atendida), inventário com informação de, pelo menos, doze meses, incluídas as variações sazonais. Com estes dados, dispõe-se de informações aproximadas das necessidades, desde que não ocorram faltas prolongadas de medicamentos e os registros sejam confiáveis (BRASIL, 2006a).

De modo bastante sintético, pode-se dizer que a compra deve ser feita sempre que o estoque apresente uma quantidade de produto suficiente para atender as necessidades do período compreendido entre a solicitação e a chegada do pedido. Esse tempo é chamado de *prazo de abastecimento* (PA); o nível de estoque que indica o momento de solicitação de compra é denominado *ponto de pedido* (PP). A quantidade a ser adquirida deve ser a mínima suficiente para atender as necessidades até que se atinja um novo período de abastecimento, esta quantidade deve ser obtida a partir do consumo médio mensal aliado ao estoque de segurança (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Antes de iniciar o processo da programação o gerente deve empreender uma cuidadosa avaliação, não apenas quanto à disponibilidade das informações críticas, mas também acerca das condições que dão suporte a estas atividades. Dentre os principais fatores que contribuem para as falhas no processo de programação, destaca-se a falta de critérios técnicos, programação centralizada, sistema de informação gerencial e epidemiológica deficiente, recursos humanos despreparados

---

<sup>1</sup> GOMES; REIS, 2002; MAIA NETO, 2005c; CAVALLINI, BISSON, 2002; ANDRADES DOS SANTOS, 2006.



e recursos financeiros insuficientes (MARIN, et al, 2003; VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

### **3.4.3 Aquisição**

A aquisição ou compra de medicamentos, por sua vez, se define como o processo mediante o qual se obtém os itens em quantidades e especificações definidas na programação. Um dos principais objetivos da aquisição é redução dos custos dos medicamentos mediante a aplicação dos princípios básicos de aquisição e o não desabastecimento do sistema. A aquisição de medicamentos é uma atividade de gestão que está sob responsabilidade da administração hospitalar. Quando o farmacêutico não atuar diretamente neste setor ele deve participar desta etapa dando suporte e especificações técnicas sobre insumos e medicamentos (OPAS/OMS 1997b).

Dentre todos os bens e serviços colocados à disposição da assistência sanitária, sem dúvida o medicamento representa um bem essencial à manutenção da saúde e na aquisição destes é desejável que tenham antes de tudo qualidade (Brasil, 1998b). Estima-se que no montante das despesas hospitalares os custos com medicamentos chegam a percentuais de 5 a 20% e os custos totais com materiais, incluindo os medicamentos, podem chegar, segundo alguns autores, na faixa de 15 a 45% (LUIZA; CASTRO; NUNES, 1999; ROSA; GOMES; REIS, 2001).

Os elevados gastos com medicamentos e materiais aliados a problemas de toda a ordem que afetam as instituições hospitalares, requerem que estas implementem políticas de compras adequadas, visando tornar a organização eficiente e eficaz, garantindo a qualidade de seus produtos e serviços (ROSA; GOMES; REIS, 2001).

Os hospitais privados possuem autonomia administrativa, já nos públicos o processo de compra é regulamentado em lei e consiste num processo administrativo preliminar mediante o qual a Administração Pública, com base em critérios prévios, seleciona entre várias propostas referentes à compra, obras ou serviços a que

melhor atende ao interesse público, a este procedimento formal dá-se o nome de licitação (BRASIL, 1993b). A licitação é uma determinação constitucional, regulamentada pela Lei Federal nº8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada pelas Leis nºs 8.883 de junho de 1994 e 10.505/2002, que impõe à Administração Pública o dever de licitar (BRASIL, 2006b).

#### **3.4.4 Armazenamento**

Armazenamento é a administração de materiais enquanto eles ainda estão estocados e inclui as atividades de recepção, estocagem e distribuição, de acordo com os padrões e normas técnicas específicas (GAITHER, 2002). O armazenamento tem como objetivo conservar as características dos medicamentos armazenados para que estes, ao chegarem ao paciente, estejam em condições ótimas de uso e, assim, possam exercer sua ação terapêutica (BRASIL, 1994; OPAS/OMS, 1997b).

As instalações de armazenamento podem variar de pequenos depósitos a grandes instalações altamente mecanizadas (GAITHER, 2002). O Serviço de Farmácia Hospitalar devido as suas características peculiares pode contar com três áreas de armazenamento de medicamentos: a central de abastecimento farmacêutico (CAF), a área de dispensação interna (Farmácia Interna e Farmácias Satélites) e as unidades clínicas, como o Pronto Socorro, que requerem medicamentos para uso imediato, bem como outros setores que necessitam de estoques de emergência. Estas unidades clínicas e setores são unidades descentralizadas da farmácia e, conseqüentemente, suscetíveis às normas específicas quanto à quantidade, reposição, armazenamento e conservação dos medicamentos sob supervisão do farmacêutico (OPAS / OMS, 1997b).

Segundo a RE nº 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, que aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia, o armazenamento e a conservação de medicamentos em farmácias de natureza pública ou privada são atribuição e responsabilidade do farmacêutico (CFF, 2001b). Sendo que todas as atividades em que estão envolvidos medicamentos, germicidas e correlatos podem ser comprometidas pelo armazenamento inadequado (BRASIL, 1994).

A RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, recomenda que a área física da Central de Abastecimento Farmacêutico seja 0,6m<sup>2</sup> por leito. No entanto, é importante destacar que o perfil assistencial do hospital, as características dos medicamentos e a política de gestão de materiais são aspectos que também devem ser levados em consideração no momento de definir suas dimensões (ROSA; GOMES; REIS, 2001).

No entanto, independente do local de armazenamento, (Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Interna, etc.) os produtos devem ser estocados por nome genérico, lote e validade, a estocagem, quer em estantes, armários, prateleiras ou estrados, deve permitir a fácil visualização para a perfeita identificação dos medicamentos. Sistemas de localização classificam e codificam os produtos estocados e têm como objetivo garantir sua perfeita localização. Deve-se também ficar atento à distância entre os produtos, produtos e paredes, piso, teto e empilhamento máximo recomendado pelo fabricante, de modo a facilitar a circulação interna de ar e evitar perdas e danos aos produtos (BRASIL, 2006a; CAVALLINI; BISSON, 2002; ROSA; GOMES, REIS, 2001).

O armazenamento inadequado afeta diretamente a qualidade e a estabilidade dos medicamentos e este armazenamento deve ocorrer em condições ambientais adequadas, pois temperatura elevada, umidade relativa do ar elevada e incidência de luz direta sobre os medicamentos são fatores extrínsecos que provocam profundas alterações nos medicamentos. As alterações provocadas pelo mau armazenamento podem resultar em alguns casos perda de potência terapêutica ou podem tornar-se nocivos à saúde humana e, o que é pior, nem sempre estas alterações são de fácil percepção (BRASIL, 1990; CEBRIM/CFF, 2005; SILVA, 2005).

De acordo com as características físico-químicas dos medicamentos e correlatos e segundo as normas e legislações vigentes, em determinados casos há necessidade de condições específicas de armazenamento, sendo recomendável à divisão da área de armazenamento em subáreas (BRASIL, 1994):

Como já mencionado, o armazenamento de medicamentos no ambiente hospitalar não se restringe somente às dependências da farmácia; há no hospital

outras áreas (ex. Pronto Socorro, Centro Cirúrgico) onde se faz necessário o armazenamento de medicamentos. Estas áreas de armazenamento, apesar de não estarem localizadas nas dependências do serviço de farmácia, devem ser gerenciadas conjuntamente com o serviço de farmácia, direção de enfermagem e direção médica do hospital (MOLERO; COSTA, 2002). Além disso, devem seguir os critérios gerenciais e as boas práticas de armazenamento de medicamentos, a fim de garantir a correta utilização e evitar estoques desnecessários e caducidade, o estoque deve ser mínimo e rigorosamente controlado. Para cada unidade deve ser estabelecido um estoque fixo, de acordo com as necessidades e segundo as características de atendimento do setor, bem como fixar a frequência das reposições e estas somente devem acontecer mediante a apresentação da prescrição médica (ORTIZ, 2004).

Mas por mais que a farmácia hospitalar consiga suprir a demanda dos setores e tenha um serviço de excelência, independente do sistema de distribuição adotado pelo hospital, faz-se necessário que os setores tenham nas suas dependências um estoque de medicamentos de emergência. Medicamentos de emergência são medicamentos, que em muitos casos não estavam prescritos e fazem-se necessários em uma situação crítica do paciente e devido à gravidade do caso não se pode esperar pelo processo de dispensação (MOLERO; COSTA, 2002). A enfermeira chefe do setor é o profissional responsável pelo funcionamento e pela custódia do armazenamento destes medicamentos e deverá estabelecer medidas de controle dentro do serviço que permita seu correto funcionamento. O farmacêutico por sua vez, deve supervisionar sua manutenção e utilização dos medicamentos, dando ênfase ao cumprimento das normas de uso, de armazenamento e conservação (S.E.F.H., 1997a).

Segundo as características de atendimento e as condições organizacionais e financeiras da instituição hospitalar, há de se considerar a necessidade ou a possibilidade de descentralizar os serviços de farmácia, criando as denominadas farmácias satélites (MOLERO; COSTA, 2002). As farmácias satélites são criadas em virtude de existirem setores diferenciados dentro do mesmo hospital, que possuem características específicas e necessidades próprias. São exemplos destes setores o

Centro Cirúrgico (CC), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ambulatórios e Pronto Socorro (PS) (CAVALLINI; BISSON, 2002; MOLERO; ACOSTA 2002).

### **3.4.5 Distribuição de Medicamentos no Ambiente Hospitalar**

O controle e a distribuição de medicamentos no ambiente hospitalar é uma responsabilidade institucional em que estão implicadas todas as instâncias assistências e de gestão (S.E.F.H.; 1997b). O serviço de farmácia, no entanto, é co-responsável pela utilização correta, segura e efetiva dos medicamentos utilizados no hospital. Isto implica sua participação nos processos de seleção e aquisição de medicamentos; bem como garantir sua conservação e qualidade e assumir sua dispensação e distribuição (CFF, 1997a; SANCHEZ, et al, 2002).

No ambiente hospitalar há basicamente dois tipos de distribuição de medicamentos claramente definidos; a distribuição intra-hospitalar e a distribuição extra-hospitalar ou ambulatorial. A distribuição intra-hospitalar é direcionada ao paciente internado (hospitalizado) e a outra é destinada aos pacientes que são atendidos nos ambulatórios do hospital (MOLERO; ACOSTA; 2002; OPAS/OMS, 1997c).

A dispensação de medicamentos é o ato farmacêutico associado à entrega e distribuição dos mesmos, mediante prescrição médica, no qual o profissional farmacêutico analisa a prescrição, repassa informações necessárias para o bom uso dos medicamentos e em alguns casos prepara as doses a serem administradas (ORTIZ, 2004).

A dispensação intra-hospitalar difere da dispensação ambulatorial e da dispensação realizada na farmácia comercial ou pública, pois apesar da prescrição também ser direcionada ao farmacêutico, o medicamento não é entregue diretamente ao paciente, mas à equipe de enfermagem, e esta é responsável pela administração ao paciente dos medicamentos prescritos pelo médico e aviado pelo farmacêutico (LUIZA; GONÇALVEZ, 2004).

As prescrições ou receituários médicos são documentos que contêm os dados do paciente, a evolução médica, a prescrição de medicamentos, informações e resultados sobre exames, os apontamentos da enfermagem sobre a evolução do paciente. As prescrições são, portanto, documentos oficiais que formalizam o pedido de medicamentos para a farmácia (ANDRADE DOS SANTOS; 2006).

Além disso, a prescrição hospitalar suscita alguns cuidados adicionais, voltados a prevenir erros inerentes a esta etapa. Como as expressões “se necessário” ou “quando necessário”; medicamentos em dias alternados, tratamento com antibióticos, entre outros. Nestes casos, o hospital deve adotar mecanismos que viabilizem a correta utilização destes medicamentos nestas situações e deixar orientações claras de como utilizar e quando usar estes medicamentos (LUIZA; GONÇALVEZ, 2004).

Cabe ao farmacêutico ao aviar a receita, observar seu correto preenchimento, legibilidade e interpretar o receituário quanto aos seus aspectos farmacológicos e farmacêuticos, sua adequação ao indivíduo, contra-indicações e interações. Havendo qualquer problema ou suspeita deve entrar em contato com o prescritor, a fim de esclarecer as dúvidas pendentes (CFF, 2001b). No ato da entrega, é preciso repassar à enfermagem as informações necessárias para o bom uso dos medicamentos. O farmacêutico e enfermeiro compartilham com o prescritor a responsabilidade de verificar se a prescrição atende aos quesitos técnicos e terapêuticos e ambos são responsáveis pela sua execução (LUIZA; GONÇALVEZ, 2004).

O farmacêutico, no momento do aviamento da receita e da dispensação do medicamento à enfermagem, tem a oportunidade ímpar de identificar, corrigir ou reduzir riscos associados à terapêutica medicamentosa. Sua função não se limita à entrega correta do que foi solicitado e aos aspectos farmacoterapêuticos avaliados, mas também, garantir que o medicamento entregue atenda aos quesitos técnicos e de qualidade (MARIN, et al, 2003).

A enfermagem por sua vez, possui a tarefa de receber os medicamentos, conferi-los e administrá-los ao paciente. No ambiente hospitalar a administração do medicamento é a última oportunidade de prevenir um erro na medicação que pode

ter surgido já na prescrição ou na dispensação dos medicamentos (SILVA; CASSIANI, 2004).

Alguns dos possíveis erros que podem ocorrer na administração dos medicamentos aos pacientes hospitalizados estão intimamente relacionados ao Sistema de Distribuição de Medicamentos (SDM) escolhido ou praticado pelo hospital. Quanto maior a eficácia e eficiência do Sistema de Distribuição de Medicamentos praticado, maior será a qualidade do serviço prestado e o sucesso da terapia será alcançado com maior precisão (CIPRIANO, 2001).

Quanto aos erros de medicação, a instituição como um todo e os profissionais da área da saúde devem trabalhar no intuito de diminuí-los e a sua abordagem na instituição não deve ser punitiva, mas sim educativa, aprender com o erro e em cima dele elaborar estratégias para evitá-lo. A capacitação, a conscientização e a profissionalização dos serviços e profissionais da área da saúde é elemento crucial, para diminuir os erros de medicação nos ambientes hospitalares (FIP, 1999).

Os sistemas de distribuição de medicamentos no ambiente hospitalar revelaram-se uma importante ferramenta frente à incidência dos erros de medicação e a farmácia, bem como o farmacêutico hospitalar, assumem papel fundamental neste processo. O farmacêutico deve buscar estabelecer um sistema de dispensação eficiente, eficaz e seguro para os pacientes ambulatoriais e internados, de acordo com as condições técnicas e financeiras do hospital em que ele se efetive (ANDRADE DOS SANTOS; 2006; CFF, 1997a).

Teoricamente, com a implantação e a efetivação de um sistema de distribuição de medicamentos ideal, seriam alcançados os seguintes objetivos: racionalização da distribuição de medicamentos; garantia do cumprimento da prescrição médica 24 horas por dia; diminuição dos erros de medicação; estabelecer um seguimento dos tratamentos farmacológicos; potencializar o papel do farmacêutico na equipe assistencial; promover a atenção farmacêutica; reduzir o tempo da enfermagem dedicado às tarefas administrativas e de manipulação de medicamentos; evitar custos por deterioração e vencimento dos medicamentos e conhecer o custo do processo (SÁNCHEZ, et al, 2002).

A Farmácia Hospitalar e a instituição hospitalar devem almejar estes objetivos e convergir seus esforços no intuito de materializá-los. A implantação de sistemas apropriados de distribuição de medicamentos deve ser prioridade da instituição e também do profissional farmacêutico que lá atua (CAVALLINI; BISSON, 2002; LIMA; SILVA; REIS, 2001).

Os sistemas de distribuição de medicamentos intra-hospitalar podem ser classificados em dois amplos sistemas; o sistema de medicamentos tradicional, que envolve o Coletivo, o Individual e o Misto e o Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária<sup>2</sup> (CFF, 1997b).

Dentre esses, o Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária é o único que permite alcançar os objetivos expostos acima e é reconhecido como o mais eficaz dos sistemas (SÁNCHEZ, et al, 2002). No entanto, por maiores que sejam as vantagens apresentadas por qualquer um dos sistemas é necessário o planejamento para a sua implantação e a escolha do sistema de distribuição deve adequar-se ao perfil da instituição hospitalar e dependerá do setor e do tipo de paciente aos quais se destina a medicação (ANDRADE DOS SANTOS, 2006; CAVALLINI; BISSON, 2002).

A Farmácia Hospitalar deve estar preparada para realizar, com eficiência, qualquer um dos sistemas de dispensação, independente de sua complexidade, por mais simples que um sistema possa ser, requisitos mínimos são exigidos para que o mesmo possa operar com segurança. Não bastam sistemas avançados e modernos, se a farmácia não possuir estrutura e capacidade para exercê-los (ANDRADE DOS SANTOS, 2006).

Andrade dos Santos (2006) considera quesitos obrigatórios para a sustentação de qualquer sistema de dispensação a padronização e o estabelecimento dos horários de administração dos medicamentos; preparo dos *kits*

---

<sup>2</sup> Para uma descrição mais detalhada sobre os Sistemas de Distribuição de Medicamentos no ambiente hospitalar, vantagens e desvantagens, consultar, OPAS/OMS, 1997b; LIMA; SILVA; REIS, 2001; CAVALLINI; BISSON, 2002, SÁNCHEZ et al, 2002, GOMES; REIS, 2001; MAIA NETO; SILVA, 2005; ANDRADES DOS SANTOS, 2006).



de procedimentos; espaço físico e recursos humanos compatíveis com as atividades desenvolvidas e a uniformidade dos procedimentos.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente trabalho constitui-se de um estudo transversal de caráter quali-quantitativo e foi concebido, metodologicamente, para realizar um diagnóstico da Assistência Farmacêutica das Farmácias Hospitalares dos hospitais da Região Sul do estado de Santa Catarina – Brasil, buscando a identificação de pontos críticos que afetam o ciclo logístico da Assistência Farmacêutica.

Para a coleta dos dados foi elaborado um questionário estruturado em oito módulos (Apêndice A) com perguntas abertas e fechadas, que foi aplicado *in loco*, pelo pesquisador através de entrevista. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador digital e após transcritas e organizadas de acordo com a abordagem metodológica do “Discurso do Sujeito Coletivo” de autoria de Lefèvre e Lefèvre (Lefèvre e Lefèvre, 2005b).

A construção do Discurso do Sujeito Coletivo é um processo complexo, subdividido em vários momentos e efetuado por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas. Nessa abordagem, as figuras metodológicas constitutivas da proposta do discurso do sujeito coletivo incluem: expressão-chave, idéia central, ancoragem e discurso do sujeito coletivo (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2005b).

### **4.2 LOCAL DE ESTUDO**

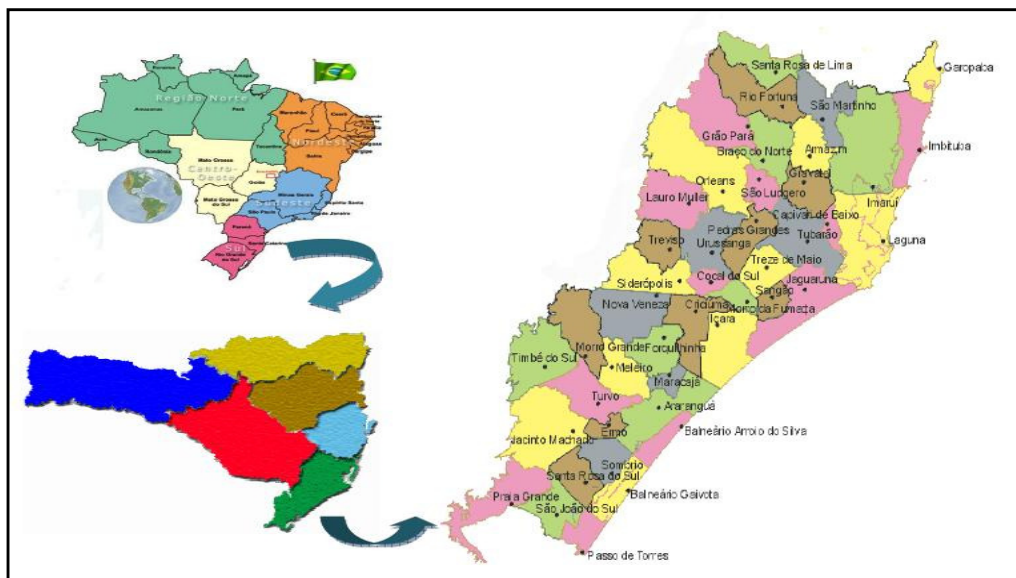
O estudo foi desenvolvido em vinte e cinco hospitais de pequeno e médio porte, situados na Região Sul Catarinense. A classificação dos hospitais em pequeno e médio porte segue como critério de classificação, o número de leitos que o hospital dispõe, de acordo com Cherubin e Santos (2002), que classificam hospitais de

pequeno porte aqueles que dispõem de até 49 leitos e hospitais de médio porte os que têm capacidade normal de operação de 50 a 199 leitos.

### 4.3 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTUDO

O Estado de Santa Catarina encontra-se situado ao Sul do Brasil entre os estados do Paraná e Rio Grande do Sul e possui segundo dados do IBGE (2007) 5.866.568 habitantes, distribuídos em 95,4 mil Km<sup>2</sup> (SC, 2008). Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS), em março de 2006 e, posteriormente, revisado em fevereiro de 2007, foram identificados 237 hospitais no estado e destes, 225 hospitais obedecem aos critérios de pequeno e médio porte no estado de Santa Catarina (BRASIL, 2007b).

O Sul do Estado de Santa Catarina ocupa uma área de 9.709,247 Km<sup>2</sup> (9,8% da área total do Estado). Compreende 43 municípios com uma população estimada em 900 mil habitantes, com cerca de 500 mil em áreas urbanas (MILIOLI, et al, 2002; SC, 2008).



**Figura 3:** Localização geográfica da região sul do Estado de Santa Catarina, destacando as Micro-regiões {Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC) e Associação dos Municípios da Região de Laguna (AMUREL)}.  
**Fonte:** Adaptado de: Turismo Catarinense. Disponível em: <<http://www.turismocatarinense.tur.br>>; Guia Geográfico – Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil-turismo.com>>. Acesso em: 16 jan. 2008.

#### 4.4 POPULAÇÃO E HOSPITAIS SELECIONADOS

Para a definição do universo das instituições hospitalares da região sul do estado de Santa Catarina foi utilizado como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), o qual permitiu verificar quais municípios deste estado possuem cadastro de instituições hospitalares de pequeno e médio porte. Este levantamento, no CNES, foi realizado entre os dias 06 a 17 de março de 2006 e revisada no dia 07 de fevereiro de 2007.

Dentre os quarenta e três municípios que compõem a Região Sul do Estado, vinte e quatro deles possuem hospitais, sendo que em dois municípios há mais de um hospital. O total de hospitais encontrados foi de vinte e sete, sendo que treze são de pequeno porte, doze de médio porte e dois de grande porte, perfazendo vinte e cinco hospitais de pequeno e médio porte cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Depois de delimitado o universo do estudo foi realizado o contato e solicitada à anuência das instituições a serem pesquisadas; a amostra deste trabalho corresponde aos vinte e cinco hospitais de pequeno e médio porte que integram a região sul do estado de Santa Catarina.

**Tabela 1: Número de Hospitais da Região Sul por microrregião**

<b>Microrregiões do Sul do Estado de Santa Catarina</b>	<b>Número Total de Municípios</b>	<b>Total de Hospitais na Região</b>
<b>AMESC</b>	15	07
<b>AMUREL</b>	17	11
<b>AMREC</b>	11	09
<b>Total de Hospitais</b>		27

#### **4.5 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Estado de Santa Catarina obedecendo às recomendações da Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de Outubro de 1996 (BRASIL, 2002c).

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

A entrevista foi realizada após a obtenção da autorização (Apêndice C), do Diretor Geral da Instituição, os sujeitos a serem entrevistados foram esclarecidos sobre o objeto da pesquisa e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), elaborado conforme a Resolução 196/96 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.6 ESTUDO PILOTO**

O instrumento foi aplicado a seis profissionais de diferentes instituições hospitalares, todas elas fora da região em estudo, dois farmacêuticos com mais de três anos de experiência e dois com menos de um ano de experiência em Farmácia Hospitalar e a dois profissionais com formação diversa, que gerenciam ou já gerenciaram o setor de farmácia em hospitais no estado de Santa Catarina.

Os profissionais em atuação cederam a entrevista com anuência da Direção dos Hospitais. Os entrevistados consideraram o questionário de fácil entendimento, de rápida aplicação (15 a 25 min.) e apontaram algumas sugestões textuais em relação às perguntas abertas. Posteriormente, o questionário foi reformulado, incorporando as correções e sugestões apresentadas.

#### **4.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS**

Realizaram-se visitas, previamente agendadas aos hospitais, nas quais foi apresentado o projeto aos dirigentes das instituições. Após o consentimento do administrador da instituição entrou-se em contato com o profissional que gerencia o serviço de farmácia na instituição, sendo então agendado um momento para a realização da entrevista, em consonância com a disponibilidade e anuência do entrevistado.

As entrevistas transcorreram no segundo semestre de 2007 e foram realizadas *in loco* mediante instrumento de pesquisa, com o farmacêutico que coordena os serviços da farmácia hospitalar ou ao funcionário que responde por esta. Em algumas perguntas de caráter administrativo, quando os entrevistados não tiveram subsídios para responder, foi solicitada a presença do responsável pelo setor e/ou atividade.

#### **4.9 ORGANIZAÇÃO E TABULAÇÃO DOS DADOS**

Os dados coletados por meio de perguntas fechadas foram agrupados e submetidos a tratamento estatístico de padrão descritivo (Microsoft Office Excel, 2007), apresentados na forma de frequência e porcentagem e as respostas às questões abertas foram consolidadas e analisadas utilizando o software QualiQuantSoft, versão 1.3 do “Discurso do Sujeito Coletivo” de autoria de Fernando e Ana Maria Lefèvre e, posteriormente, analisados e discutidos.

## 5 RESULTADOS

Quanto aos resultados, na primeira parte são apresentados os dados gerais de caracterização dos hospitais em estudo e dos profissionais entrevistados; na segunda parte são apresentados os resultados, considerando as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica em Hospitais, abrangendo os processos de seleção e padronização, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. Alguns aspectos contemplados no instrumento de coleta, não serão aqui abordados, em virtude da amplitude dos dados.

Os dados quantitativos são apresentados na forma de frequência e porcentagem e os dados qualitativos decorrentes dos depoimentos são apresentados primeiramente em tabelas e quadros, sucintamente, onde são descritas as Idéias Centrais (IC), sua frequência e percentuais. Após a apresentação dos quadros contendo a síntese das Idéias Centrais, são apresentados os respectivos discursos (DSC). Adicionais depoimentos, relatos e discursos serão apresentados junto aos comentários, sempre que se julgar necessário. A discussão do conjunto dos resultados é apresentada em seguida em um capítulo a parte, seguindo a mesma seqüência e os mesmos critérios estabelecidos para a apresentação dos resultados.

Os profissionais que compõem os discursos foram codificados com letras, de acordo com sua qualificação. Os profissionais farmacêuticos com a letra “F”, os enfermeiros com a letra “E”, outros profissionais da área da saúde com as letras “Ps” e os demais foram codificados com a letra “P”. Sendo que a letra corresponde ao profissional que concedeu a entrevista, mesmo que não seja ele que gereencie a farmácia. Em seguida das letras que codificam os profissionais será acrescido um número que corresponde ao código atribuído pelo pesquisador aos hospitais participantes. No entanto, sempre que se julgar necessário, para evitar a identificação dos respondentes, será omitida a codificação dos profissionais.

Em vinte e três hospitais, foi entrevistado um profissional e nos demais foram entrevistados dois profissionais. Em uma instituição onde o gerenciamento da

farmácia ocorre, segundo entrevista, de forma conjunta entre o farmacêutico e outro profissional de nível superior (Bacharel em Contabilidade) foi entrevistado o Contador.

De modo geral, os entrevistados são os profissionais que gerenciam o setor de farmácia; a palavra “gerenciar” está sendo utilizada neste trabalho para designar o profissional que comanda, gerencia e que trabalha no dia-a-dia nas atividades do setor de farmácia, aquele que, numa linguagem corriqueira dos hospitais, efetivamente “toca o setor”.

Em dois hospitais não foram entrevistados os profissionais que gerenciam a farmácia, sendo que em um destes hospitais o entrevistado foi o farmacêutico, mas no dia-a-dia quem coordena as atividades da farmácia é outro profissional (P), na outra instituição a entrevista foi realizada com um Auxiliar de Enfermagem (Ps), no entanto o gerenciamento da farmácia é de responsabilidade de uma enfermeira (E).

## **5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL**

A seguir são apresentados os dados que caracterizam as instituições que fizeram parte do estudo. A categorização dos estabelecimentos quanto aos aspectos de tipo de serviço, entidade mantenedora e regime jurídico seguem classificações amplamente aceitas (ver, por exemplo, CAVALLINI, BISSON, 2002; CHERUBIN, SANTOS, 2002).

### **5.1.1 Tipo de Serviço**

Quanto ao tipo de atendimento, das vinte e cinco instituições hospitalares entrevistadas, todas se classificam como hospital geral.



### **5.1.2 Entidade Mantenedora**

A entidade mantenedora pode ser pública ou privada, vinte e três hospitais são privados e dois hospitais são públicos.

### **5.1.3 Retenção de Tributos (Regime Jurídico dos Hospitais)**

Quanto à retenção de tributos, 56% das instituições são Unidades Filantrópicas, 20% são Unidades sem Fins Lucrativos, 16% são Unidades Privadas Lucrativas e 8% são Unidades Públicas.

As unidades privadas lucrativas são hospitais que pertencem a uma firma lucrativa e objetivam compensar o patrimônio investido com a distribuição de lucros e as Unidades Públicas são hospitais que pertencem a órgãos oficiais, sendo assim, sob jugo dos critérios preconizados para as entidades públicas (MAIA NETO, 2005a).

### **5.1.4 Número de Leitos**

As instituições que fizeram parte da amostra classificam-se em pequeno e médio porte. Das vinte e cinco instituições, 52% delas são de médio porte, sendo que nestas o intervalo encontrado foi de no mínimo cinquenta leitos e no máximo cento e quinze leitos (média de 82,3). O restante das instituições foi classificado em pequeno porte (48%), sendo que o intervalo de leitos encontrados foi de no mínimo quinze leitos e no máximo 42 leitos (média de 32,5 leitos)

Segundo Cherubin e Santos (2002), hospital de pequeno porte é aquele que tem capacidade normal de operação de até quarenta e nove leitos e hospital de médio porte é aquele que tem capacidade normal de operação de cinquenta a cento e noventa e nove leitos.

### **5.1.5 Tipo de estrutura física dos hospitais**

Quanto à estrutura física do hospital, quatorze hospitais (56%) apresentam estrutura pavilhonar do tipo vertical monobloco, sendo que o número de andares encontrado fica entre dois e cinco andares. O restante (44%) apresenta estrutura física do tipo Horizontal Monobloco.

### **5.1.6 Corpo Clínico**

Quanto ao corpo clínico, 72% dos entrevistados declaram que este é fechado e 28% declararam que é aberto.

O corpo clínico de um hospital é um órgão estruturado hierarquicamente que congrega os médicos e outros profissionais do hospital. Os hospitais de corpo clínico fechado são aqueles que possuem um grupo exclusivo de médicos para a prestação da assistência hospitalar e somente em caráter eventual e mediante permissão especial, faculta o exercício da medicina a profissionais não efetivos na instituição. Em casos de hospitais com corpo clínico aberto, mesmo composto por um grupo exclusivo de médicos, permitem a outros médicos a internação e cuidados de seus pacientes (CHERUBIN, SANTOS, 2002).

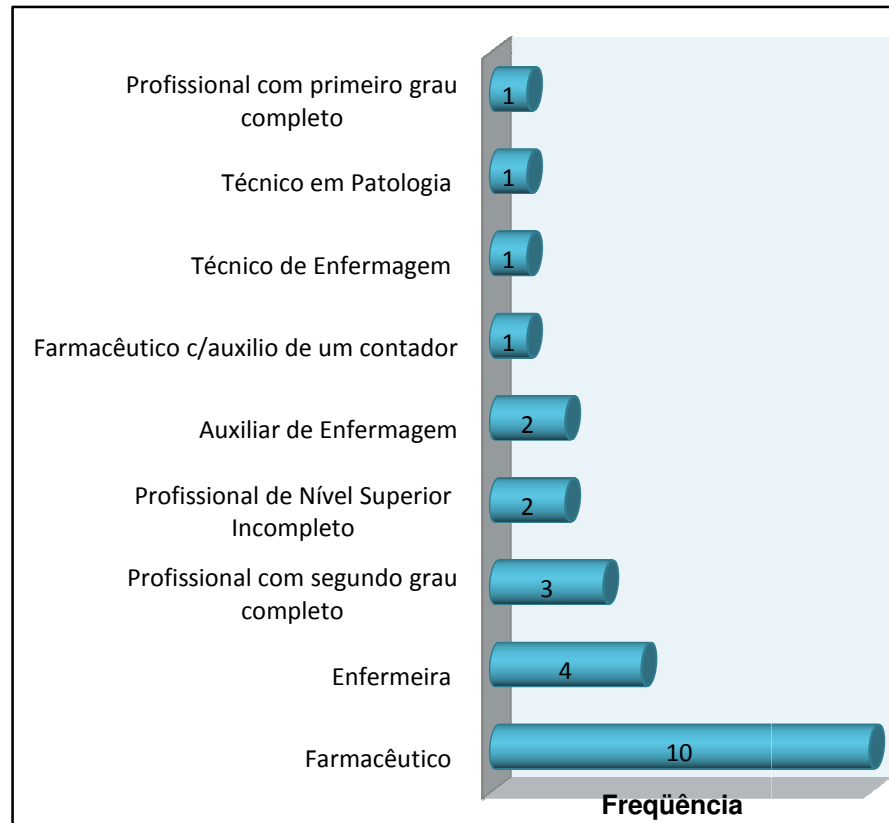
### **5.1.7 Setor responsável pelos medicamentos**

Todos os hospitais declararam que o departamento responsável pelos medicamentos é a farmácia e esta, em 100% dos entrevistados, é subordinada a Direção Geral da instituição.

## **5.2 FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE GERENCIA DIARIAMENTE O SERVIÇO DE FARMÁCIA**

Procurou-se identificar com este questionamento quem é o profissional que no dia-a-dia efetivamente gerencia o setor de farmácia e em resposta a este questionamento pode-se observar que em onze instituições (44%) as farmácias são gerenciadas por farmacêuticos. Sendo que em uma dessas instituições (4%), segundo o entrevistado, a farmácia é gerenciada por um farmacêutico que atua 10 horas semanais na instituição com o auxílio de um contador.

Já em 56% dos casos a farmácia é gerenciada por outros profissionais, sendo que quatro farmácias são gerenciadas por uma enfermeira e em uma dessas instituições a enfermeira é responsável pela gestão geral do hospital, enfermagem e farmácia. Em duas instituições as farmácias são gerenciadas por profissionais com nível superior incompleto, sendo um em Economia e outro em Administração de Empresas; duas farmácias hospitalares são gerenciadas respectivamente por um técnico de enfermagem e outra por um técnico em patologia. Dois hospitais têm na administração diária da farmácia um Auxiliar de Enfermagem; em três hospitais quem gerencia a farmácia é um profissional com segundo grau completo e em um hospital é um profissional com primeiro grau completo, conforme ilustra a Gráfico 1.



**Gráfico 1: Formação do profissional que gerencia a Farmácia Hospitalar**

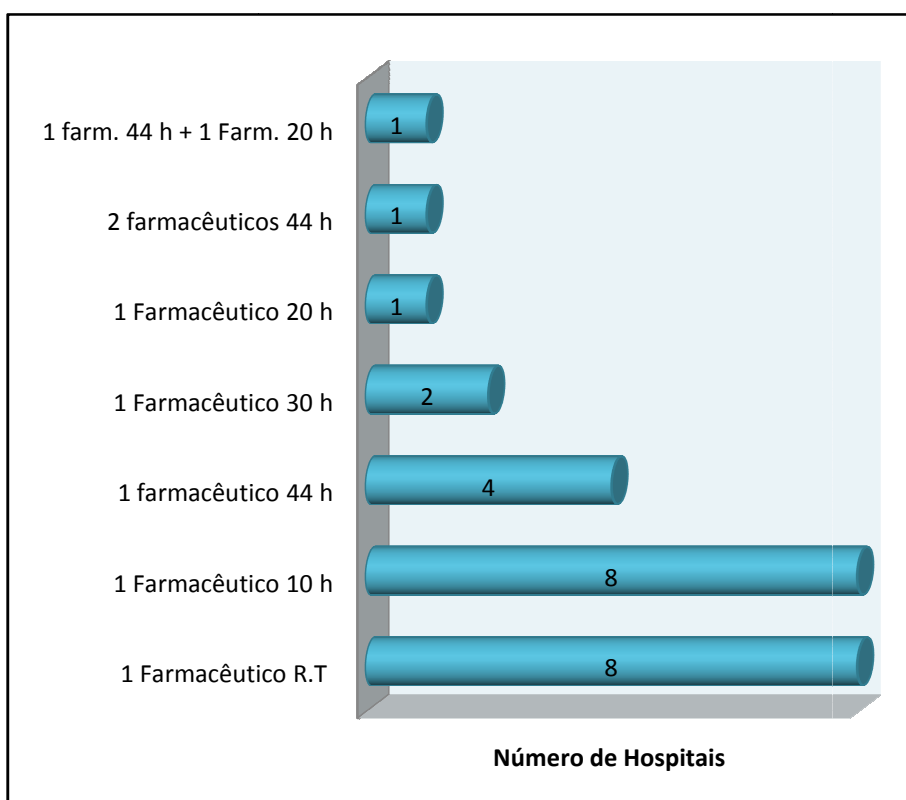
### 5.2.1 Profissional farmacêutico

#### 5.2.1.1 Número de farmacêuticos que cumprem carga horária na farmácia

Em apenas dois hospitais (8%) observa-se a atuação de dois profissionais farmacêuticos, nas atividades da farmácia. Quinze hospitais (60%) contam com um profissional farmacêutico, sendo que a carga horária a cumprir nestes casos oscila entre 10 a 44 horas semanais e em oito hospitais (32%) o farmacêutico responde tecnicamente pelas atividades da farmácia, não cumprindo carga horária na farmácia, apenas comparece quando lhe é solicitado.

### 5.2.1.2 Carga horária semanal do farmacêutico na Farmácia

Em resposta ao questionamento, sobre a carga horária do farmacêutico na farmácia do hospital obtiveram-se os seguintes resultados, conforme Gráfico 2.



**Gráfico 2: Carga horária semanal do farmacêutico na Farmácia Hospitalar**

Em oito hospitais o farmacêutico não cumpre carga horária na farmácia, sua função segundo os entrevistados é “*Farmacêutico Responsável Técnico*”<sup>3</sup>, pois atua em outro segmento, mas assume perante a lei a responsabilidade sobre a farmácia do hospital. Nesta situação, porém há dois farmacêuticos que trabalham nas dependências do hospital como bioquímicos e segundo os entrevistados, em virtude

<sup>3</sup> Neste trabalho será usado “Farmacêutico Responsável Técnico” sempre que fizer menção ao profissional farmacêutico que não cumpre carga horária de trabalho no setor, mas que perante a Lei 5.991, de dezembro de 1973, assume a responsabilidade pelas atividades da farmácia hospitalar.

disso, encontra-se sempre a disposição para esclarecer dúvidas sobre medicamentos.

*“O farmacêutico não trabalha diretamente na farmácia [...] assim; ele tira algumas dúvidas sobre medicamentos, ele participa das reuniões, mas aqui no nosso dia a dia não [...] ele é bioquímico, ele trabalha na área de exames, ele está sempre por aqui, no hospital, alguma dúvida maior a gente procura ele lá no laboratório.”*

Em oito instituições o farmacêutico trabalha diariamente na farmácia em torno de dez horas semanais, sendo que em seis instituições ficam sob sua responsabilidade o controle e o registro de medicamentos psicotrópicos e neste período que permanece na farmácia ele acompanha as atividades do setor. Também foi mencionado que quando necessário o profissional participa das reuniões do corpo clínico e das reuniões administrativas da instituição. Além destas funções, em um caso o farmacêutico gerencia o serviço de farmácia em conjunto com outro profissional de nível superior, conforme já mencionado. E em uma instituição o farmacêutico foi contratado recentemente para dar uma assessoria e coordenar as atividades da farmácia.

Já em nove hospitais as farmácias hospitalares contam com a presença de farmacêuticos em período superior a 20 horas semanais, chegando a 44 horas semanais.

Dentro do contexto apresentado, percebe-se que em dez instituições o serviço de farmácia é gerenciado efetivamente pelo profissional farmacêutico e uma instituição possui uma gestão compartilhada.

#### 5.2.1.3 Qualificação do profissional farmacêutico, tempo de serviço na instituição e experiência em Farmácia Hospitalar

A pesquisa realizada buscou identificar a qualificação dos profissionais farmacêuticos que gerenciam as farmácias, o tempo de atuação na instituição e o tempo ou a experiência em farmácia hospitalar.

Em relação à qualificação profissional dos treze farmacêuticos que gerenciam o serviço de farmácia, nove (70%) possuem somente graduação em farmácia, dois (15%) são farmacêuticos com habilitação em bioquímica análises clínicas, um (7,5%) é farmacêutico com ênfase na área industrial e outro (7,5%) além da habilitação em bioquímica análises clínicas, possui especialização em Saúde Pública e Ação Comunitária e no ano de 2007 iniciou pós-graduação em nível de mestrado.

**Tabela 2: Tempo de experiência em Farmácia Hospitalar e tempo de serviço do profissional farmacêutico na instituição**

<b>Tempo de serviço na instituição (F.H)</b>	<b>Tempo de experiência em Farmácia Hospitalar</b>	<b>Número de Farmacêuticos (n=13)</b>	<b>Percentual</b>
<b>Menos de um mês</b>	Menos de um mês	2	15,38%
<b>Entre um mês a um ano</b>	Entre um e onze meses	7	53,84%
<b>De um a cinco anos</b>	De um a cinco anos	2	15,38%
<b>De seis a dez anos</b>	De seis a dez anos	1	7,7%
<b>Acima de onze anos</b>	Acima de onze anos	1	7,7%

Quanto ao tempo de serviço na instituição em que trabalham atualmente, nove farmacêuticos ( $\approx 70\%$ ) possuem no máximo um ano e no mínimo 20 dias de atuação na farmácia hospitalar da instituição. O profissional farmacêutico com mais de onze anos de experiência, trabalha mais de vinte anos na instituição e refere-se ao profissional que compartilha o gerenciamento da farmácia com outro profissional de curso superior.

Em relação ao tempo de experiência em farmácia hospitalar, percebe-se que coincide, na maioria dos casos, com o tempo de atuação dos farmacêuticos nas instituições que participaram do estudo.

## 5.2.2 Demais profissionais que gerenciam a Farmácia Hospitalar

### 5.2.2.1 Tempo de serviço na farmácia da instituição e tempo de atuação em Farmácia Hospitalar dos demais profissionais que gerenciam a farmácia

Em relação ao tempo de serviço na farmácia da instituição e o tempo de atuação em farmácia hospitalar dos profissionais não farmacêuticos que gerenciam diariamente o serviço de farmácia, foi encontrado os dados descritos no Quadro 1.

Além destas informações, também é ilustrado sua formação, a carga horária dos profissionais e o número de hospitais em que a situação descrita se apresenta.

Profissional	Tempo de Serviço na FH da instituição	Tempo de experiência em FH	Carga horária semanal na farmácia	Número de Hospitais
Primeiro Grau completo	Mais de 40 anos	Mais de 40 anos	44h/s	1
Segundo grau completo	20 anos	20 anos	44h/s	1
Segundo grau completo	1 ano e 2 meses	1 ano e 2 meses	44h/s	1
Segundo grau completo	Mais de 3 anos	Mais de 3 anos	Sem dedicação exclusiva (≈ 15h/s)	1
Terceiro Grau Incompleto	4 anos	6 anos	44h/s	1
Terceiro Grau Incompleto	2 anos	6 anos	Sem dedicação exclusiva (≈ 15h/s)	1
Auxiliar de Enfermagem	5 anos	5 anos	44 h/s	1
Auxiliar de Enfermagem	17 anos	17 anos	Sem dedicação exclusiva (≈ 20h/s)	1
Técnica de Enfermagem	1 ano	1 ano	Sem dedicação exclusiva (20h/s)	1
Técnico em Patologia	1 ano	1 ano	44h/s	1
Enfermeira	Entre 1 ano e 3 anos	Entre 1 e 3 anos	Sem dedicação exclusiva (≈ 10h/s)	4

**Quadro 1: Formação, experiência e carga horária dos profissionais não farmacêuticos que gerenciam o Setor de Farmácia**



Em relação ao tempo de atuação em farmácia hospitalar a maioria coincide com o tempo de serviço na farmácia da instituição.

Dos quatorze profissionais que gerenciam a farmácia oito profissionais (57%) desempenham outras funções dentro do hospital. Em relação a esses profissionais, as enfermeiras, além das atividades da farmácia são responsáveis em gerenciar a equipe de enfermagem dentro da instituição e respondem pela direção de enfermagem (Enfermeira chefe), sendo que uma delas, como já mencionado anteriormente, a enfermeira é responsável, também, pela administração geral do hospital. Vale ressaltar que nestas instituições o serviço de farmácia não dispõe de funcionários exclusivos para desempenhar as atividades.

A auxiliar de enfermagem também atua aproximadamente 20 horas nas atividades de farmácia, mas além desta atividade, responde pelo almoxarifado geral da instituição e pela manutenção do hospital e não dispõe de funcionários exclusivos para a farmácia.

### **5.3 FARMÁCIA HOSPITALAR**

#### **5.3.1 Localização da Farmácia Hospitalar**

Em vinte e três hospitais a farmácia está localizada dentro do prédio das enfermarias e a maioria encontra-se próxima às unidades de internação. Destas, quatro estão localizadas no subsolo, dezesseis no térreo, e três localizam-se entre o primeiro e o terceiro andar da edificação hospitalar. Duas farmácias localizam-se fora do prédio das enfermarias, mas com acesso coberto, próximas as unidades de internação.

### **5.3.2 – Atividades operacionais desempenhadas pela farmácia**

Em relação às atividades básicas de caráter operacional todos os entrevistados relataram que a farmácia armazena medicamentos, distribuem medicamentos às enfermarias e demais setores do hospital. Todas realizam fracionamento dos medicamentos considerados sólidos orais (comprimidos, cápsulas, drágeas), poucas realizam o fracionamento dos líquidos orais e não há fracionamento dos medicamentos de uso tópico.

Quanto à manipulação de medicamentos estéreis pela farmácia, duas farmácias dispõem de infra-estrutura e farmacêuticos para realizar este procedimento, sendo que em uma delas há o preparo de Nutrição Parenteral e na outra há o preparo e diluição de medicamentos citostáticos. Um farmacêutico mencionou o preparo e diluição de germicidas e santizantes.

Em relação à área física todos dispõem de área exclusiva para o armazenamento de medicamentos, na sua grande maioria na própria área física da farmácia. A existência de farmácias satélites foi citada por quatro entrevistados e a existência de um almoxarifado somente para medicamentos foi mencionado por um entrevistado. Quatro entrevistados relataram que a farmácia dispõe de um depósito exclusivo para Material Médico Hospitalar (M.M.H).

### **5.3.3 Número de funcionários e horário de funcionamento**

Visando identificar o horário de funcionamento da farmácia, a presença do farmacêutico neste período e o número de funcionários que a farmácia dispõe para realizar suas atividades, sem contar o profissional que gerencia a farmácia e/ou o farmacêutico, realizaram-se as três perguntas que seguem:

- a) Qual o horário de funcionamento da farmácia hospitalar?
- b) Em que horário o farmacêutico está presente na farmácia?

- c) Qual o número de funcionários que a farmácia possui para realizar suas atividades sem contar o profissional que a gerencia e/ou o farmacêutico?

Para facilitar a visualização dos dados elaborou-se um quadro que foi organizado da seguinte forma.

Na primeira coluna estão os profissionais que gerenciam a farmácia; em hospitais com dois farmacêuticos utilizou-se o número dois entre parênteses, depois da codificação do profissional. Lembrando que as letras que codificam os enfermeiros é a letra “E”, farmacêuticos a letra “F”, demais profissionais da área da saúde as letras “Ps”, e outros profissionais a letra “P”.

Na segunda coluna encontra-se o número de funcionários, sem contar o profissional que gerencia a farmácia e/ou o farmacêutico e as demais colunas seguem com os horários da farmácia e a presença do farmacêutico neste período.

Gerente da Farm. Hosp	Nº de Func <sup>4</sup>	Horário de Funcionamento Seg a Sex <sup>5</sup>	Horário c/ Farmacêutico Seg a Sex	Horário de Funcionamento		Horário c/ Farm.	
				Sáb	Dom	Sáb	Dom
E	0	"24h"	-	24h	24h	-	-
E	0	"24h"	-	24h	24h	-	-
E	0	"24h"	08:00 - 10:00	24h	24h	-	-
E	0	"24h"	08:00 – 10:00	24h	24h	-	-
F	10	24h	07:00 – 17:00	24h	24h	-	-
F	11	24h	07:00 – 17:00	24h	24h	Plantão	Plantão
F(2)	8	24h	08:00 – 18:00	24h	24h	Plantão	Plantão
F	1 <sup>6</sup>	07:00 – 19:00	17:00 – 19:00	07:00 – 19:00	07:00 – 19:00	-	-
F	1	07:00 – 19:00	07:00 – 13:00	07:00 – 19:00	07:00 – 19:00	07:00 – 13:00	07:00- 13:00
F	2	07:00 – 19:00	08:00 – 12:00	-	-	-	-
F(2)	2	07:00 – 19:00	07:00 – 19:00 <sup>c</sup>	07:00 – 19:00	13:00 – 19:00	-	-
P	2	07:00 – 19:00	-	07:00 – 19:00	07:00 – 19:00	-	-
P	2	07:00 – 19:00	-	07:00 – 19:00	07:00 – 19:00	-	-
Ps	1	07:00 – 19:00	-	-	-	-	-
F	0	08:00 – 18:00	Idem	-	-	-	-
F <sup>7</sup>	1	08:00 – 18:00	08:00 – 10:00	-	-	-	-
P	0	07:30 – 18:30	07:30 – 10:30	-	-	-	-
P	0	08:00 – 18:00	-	08:00 – 12:00	-	-	-
P	1	08:00 – 18:00	08:00 – 10:00	-	-	-	-
Ps	0	07:00 – 17:00	08:00 – 10:00	-	-	-	-
Ps	0	07:00 – 16:00	-	07:00 – 12:00	-	-	-
Ps	0	08:00 – 17:00	16:00 – 18:00	08:00 – 10:00	08:00 10:00	-	-
F	0	13:30 – 19:00	Idem	08:00 – 09:30	-	Idem	-
F	0	07:00 – 13:00	Idem	-	-	-	-
P	0	08:00 – 10:00	-	-	-	-	-

**Quadro 2: Número de funcionários e horário de funcionamento da Farmácia Hospitalar**

<sup>4</sup> Número de funcionários sem contar o gerente da Farmácia e/ou o farmacêutico

<sup>5</sup> Em alguns casos, com intervalo de almoço

<sup>6</sup> Religiosa

<sup>7</sup> Gerenciamento da FH, compartilhada (Farmacêutico c/ auxílio de um contador)

Quanto ao horário de atendimento, três farmácias (12%) disponibilizam seus serviços efetivamente durante 24 horas, sendo que estas contam com maior número de funcionários, colaboração de estagiários e com a efetiva participação do farmacêutico em suas atividades diárias. No entanto, não conta com a presença do profissional farmacêutico durante todo o seu horário de funcionamento.

Dezessete farmácias (68%) mantêm suas atividades de segunda a sexta entre 6 a 12 horas diárias, destas, oito farmácias são gerenciadas por farmacêuticos e estes desempenham atividades na farmácia. Em quatro farmácias, o farmacêutico responde apenas pelo registro e controle de psicotrópicos e em cinco exerce a função de Farmacêutico Responsável Técnico.

Destas dezessete farmácias, oito, mantêm suas atividades aos sábados e uma também no domingo, sendo que apenas duas instituições dispõem de profissionais farmacêuticos nos finais de semana. Quanto ao número de funcionários, nove, contam apenas com o profissional que gerencia a farmácia e as demais possuem com o 'gerente da farmácia', dois a três funcionários.

Uma farmácia (4%) mantém suas atividades de segunda a sexta durante duas horas, não conta com funcionários exclusivos e nem com a presença do farmacêutico. Em quatro farmácias (16%), a enfermagem, em meio as suas tarefas diárias, realiza as atividades relacionadas à farmácia, sendo que esta não dispõe de funcionários exclusivos e em duas delas o farmacêutico comparece para fazer o controle e registro de psicotrópicos.

#### **5.4 SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Visando identificar como ocorre o processo de seleção de medicamentos nos hospitais em estudo, foram realizadas três perguntas abertas e algumas fechadas. As três perguntas abertas referem-se à maneira como são escolhidos os medicamentos que fazem parte do estoque do hospital, se há lista impressa dos medicamentos padronizados e como ocorre seu processo de revisão e os critérios estabelecidos para a aquisição de novos medicamentos.

- a) De que maneira (ou como) são escolhidos os medicamentos que fazem parte do estoque do hospital?
- b) Há relação ou uma lista dos medicamentos padronizados no hospital?
- b.1) Essa relação é revisada e atualizada? Como ocorre este processo?
- c) Se por acaso um médico prescrever um medicamento que não está na padronização de medicamentos; o que é feito nessa situação?

#### 5.4.1 Como são escolhidos os medicamentos do hospital

As Idéias Centrais (IC) originadas do questionamento, “**De que maneira ou como são escolhidos os medicamentos que fazem parte do estoque do hospital? Fale um pouco sobre isso**” são apresentadas no Quadro 3

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Frequência (n=25)	Percentuais
IC <sub>1A</sub>	Quem escolheu os medicamentos foram os médicos são os médicos que solicitam: “eu quero que na próxima compra entre tal medicação”.	12	48%
IC <sub>1B</sub>	Quem realiza a padronização dos medicamentos é o Corpo Clínico do hospital, mas tem que passar pela administração, para ela dar o aval.	5	20%
IC <sub>1C</sub>	A seleção de medicamentos foi realizada pelas diferentes clínicas, com a participação dos médicos, do diretor clínico e do farmacêutico, mas claro tem que ter o consentimento do diretor do hospital.	7	28%
IC <sub>1D</sub>	A comissão de padronização geral realiza todas as padronizações do hospital, mas a maior parte do tempo acaba-se discutindo medicamentos.	1	4%

**Quadro 3: Como são escolhidos os medicamentos do hospital**

**IC<sub>1A</sub>:** Quem escolheu os medicamentos foram os médicos são os médicos que solicitam: ‘eu quero que na próxima compra entre tal medicação’ (E11, E20, F1, F3, F4, F15, F18, F25, Ps7, Ps16, Ps23, Ps24).

**DSC<sub>1A</sub>:** “Assim, a gente tem um padrão, tem medicamentos que o hospital sempre teve, mas quem escolheu os medicamentos foram os médicos. São os médicos que solicitam: “eu quero que na próxima compra entre tal medicação”. Eles solicitando e dentro das condições financeiras do hospital a gente compra. Às vezes chega um médico novo na equipe: “Ah! Eu queria que você comprasse este medicamento”. Ou ele vai fazer um curso, ou vai a um congresso e na volta ele solicita algum medicamento novo, sempre traz uma novidade. Ele solicitando a gente compra, mesmo por que não adianta impor ao médico, cada um na sua especialidade tem uma maneira de trabalhar.”

**IC<sub>1B</sub>:** Quem realiza a padronização dos medicamentos é o Corpo Clínico do hospital, mas tem que passar pela administração para ela dar o aval (F2, P6, P8, P13, Ps12)

**DSC<sub>1B</sub>:** “Quem realiza a padronização dos medicamentos é o Corpo Clínico do hospital. Foi feita uma reunião entre os médicos, uma reunião do corpo clínico e foram padronizadas aquelas medicações. Mas quase sempre são os mesmos medicamentos, às vezes a gente compra um medicamento diferente, mas já tem um padrão e também nem tudo que os médicos pedem o hospital compra, tem que passar pela administração do hospital, tem que ser avaliado, tem que dar o aval, sempre tentando entrar num consenso.”

**IC<sub>1C</sub>:** A seleção dos medicamentos foi realizada pelas diferentes clínicas, com a participação dos médicos, do diretor clínico e do farmacêutico, mas claro que deve ter o consentimento do diretor do hospital (F22, F14, F9, F19, P5, P10, Ps21)

**DSC<sub>1C</sub>:** “Nós temos uma padronização de medicamentos que já existe a bastante tempo, em cima desta padronização são realizadas as compras do hospital. A seleção dos medicamentos foi realizada pelas diferentes clínicas, cada médico de cada clínica elencou os medicamentos da sua clínica de acordo com as patologias tratadas aqui. Aí depois disso, os médicos, o diretor clínico e o farmacêutico sentaram para conversar, analisa quais medicamentos seriam indispensáveis para o nosso hospital e a viabilidade de aquisição destes medicamentos. A padronização dos medicamentos foi feita assim, claro que deve ter o consentimento do diretor do hospital.”

**IC<sub>1D</sub>:** A comissão de padronização geral realiza todas as padronizações do hospital, mas a maior parte do tempo acaba-se discutindo medicamentos (F17)

**DSC<sub>1D</sub>:** “É a comissão de padronização geral, tem um farmacêutico, tem um infectologista, uma cardiologista, uma nutricionista, uma enfermeira e um representante do setor de compras que fazem parte da comissão de padronização. Eles se reúnem todas as sextas e esta comissão realiza todas

*as padronizações do hospital, desde fornecedores, procedimentos, laboratórios e medicamentos, dentre outros. A maior parte do tempo acaba-se discutindo medicamentos.*

## Comentários

Em relação ao termo “Padronização de Medicamentos”, pode-se observar durante as entrevistas e em análise dos depoimentos, que este é um jargão utilizado no meio hospitalar e nos casos em análise, em alguns momentos, remetem àqueles medicamentos que o hospital dispõe, sendo então denominados de “medicamentos padronizados” e a lista ou relação de medicamentos padronizados refere-se à listagem deste estoque padrão. *“A gente tem um padrão de medicamentos, uma lista padronizada, uma relação, então, geralmente, a gente compra é o que está nesta lista, a não ser um caso especial, mas a gente não foge daquilo ali, é sempre aquele leque de medicamentos, então é assim, já é uma coisa certificada, padronizada.”*

Os depoimentos de 48% dos entrevistados mostram que a seleção e a escolha dos medicamentos são realizadas exclusivamente pelos médicos. A farmácia ou mesmo o serviço de enfermagem não aparecem no discurso como elementos atuantes deste processo. Tem-se a figura do profissional médico que solicita e determina o que vai ser adquirido, de acordo com sua prática profissional, pois segundo o DSC<sub>1A</sub>, com a chegada de “*novos médicos*” chegam também “*outros medicamentos.*”

O segundo discurso (DSC<sub>1B</sub>) mostra certa organização no processo de seleção e padronização dos medicamentos, pois ao que tudo indica as escolhas são realizadas em conjunto. No entanto, também fica restrita aos critérios do profissional médico e em última instância ao critério financeiro. *“[...] nem tudo que os médicos pedem o hospital compra, tem que passar pela administração do hospital, tem que ser avaliado, tem que dar o aval, sempre tentando entrar num consenso.”*

O discurso DSC<sub>1C</sub>, aponta para uma sistemática de seleção mais estruturada, pois além da participação dos médicos por clínicas, conta com a participação do profissional farmacêutico. A participação do profissional farmacêutico no processo de seleção foi referida em diversos momentos e pode ser ilustrada nos depoimentos de três farmacêuticos.



*“Agora, por exemplo, a gente quer padronizar um analgésico não opiáceo de maior duração, com um maior efeito e com um custo menor. Então eu estou fazendo este estudo, estes estudos, estas pesquisas são solicitadas diretamente a mim, eu que avalio e depois passo os dados que eu encontrei ao diretor clínico [...]”*

*“Então, hoje, por exemplo, como a gente tem médicos mais novos e usam medicações mais novas, então às vezes eles vêm, pedem para comprar outros medicamentos. Aí eu avalio, faço uma avaliação do medicamento, sua real necessidade para o paciente, o custo para o nosso hospital. Porque a gente tem que avaliar, quando que o SUS paga pelo procedimento, pela medicação e, também, para ver se não tem outro medicamento para este caso, ou até mesmo uma medicação que o hospital já tem, mais em conta, mais barato. Aí quem dá o parecer final, sou eu. O presidente do hospital, não é da área da saúde, mas é uma pessoa muito acessível e ele confia nas pessoas que trabalham para ele. Então se tu prova para ele que aquela medicação é realmente necessária e que é viável, e que aquele paciente só tem aquela medicação para fazer, não dá para substituir, a compra deste medicamento é autorizada, caso contrário não.”*

*“Quando eu vim trabalhar aqui já tinha uma "padronização", aí se os médicos solicitam um medicamento diferente, aí tem que conversar, analisar, se é interessante anexar aquele produto ao nosso estoque. Esta análise da viabilidade do medicamento, se realmente é necessário, quem faz sou eu, aí depois eu passo para a administração a minha análise [...]”*

Já o discurso DSC<sub>1D</sub> inclui, além dos farmacêuticos, a participação de outros profissionais no processo de escolha dos medicamentos. Neste depoimento percebe-se a existência de uma comissão estruturada, não especificamente para medicamentos, mas como mostra o discurso, passam a maior parte do tempo discutindo medicamentos. Nesta comissão há a representação das diferentes áreas da saúde e a participação do setor de compras, além de terem uma periodicidade semanal nas reuniões. Ao que tudo indica este serviço já está integrado às atividades da instituição e faz parte do rol de atividades dos profissionais.

Dois depoimentos apontam para a percepção da importância da padronização de medicamentos e, conseqüentemente, manifestam os benefícios advindos desta prática.

**DSC:** *“Eu concordo com a padronização de medicamentos no ambiente hospitalar, pois já aconteceu de nós termos na farmácia cinco antibióticos como nome comercial diferente, mas era tudo para a mesma finalidade. Isso acontece, porque um médico quer um antibiótico de uma marca e outro médico quer de outra marca, e assim vai. Com a padronização, isso é mais difícil de acontecer (P5, P6).”*

Especificamente sobre a pergunta pontual se existe Comissão de Farmácia e Terapêutica formalizada no hospital, todos declararam que não há uma comissão formalizada e exclusiva para esta finalidade.

**5.4.1.1** Existência de uma relação ou lista dos medicamentos padronizados e sua disponibilidade ao corpo clínico no local da prescrição.

É importante reforçar, como já foi referido, que no entendimento dos entrevistados a lista de padronização de medicamentos é a relação dos medicamentos que o hospital dispõe, independente do como se chegou até ela.

Em relação à existência de um Documento ou de uma Relação de Medicamentos Padronizados, 16% dos entrevistados declararam não possuírem lista dos medicamentos padronizados ao passo que 84% dos entrevistados relatam ter uma Lista dos Medicamentos Padronização.

Quando questionados se a “Relação de Medicamentos Padronizados” está disponível ao corpo clínico no local da prescrição, 60% responderam que sim, 36% responderam que não está disponível e 4% não sabiam informar.

Dos quinze entrevistados que responderam que a “Relação de Medicamentos Padronizados”, está disponível no local da prescrição, alguns estavam referindo-se a sua listagem em formato eletrônico, pois como o hospital dispunha de um sistema informatizado e interligado nos diversos setores, o profissional tem como acessar o sistema e verificar quais são os medicamentos que o hospital dispõe. Outros relataram que a farmácia disponibiliza a listagem impressa, mas em alguns casos a listagem desaparece do local da prescrição e alguns profissionais ao invés de consultar a lista preferem ligar para a farmácia.

#### 5.4.2 – Revisão e Atualização da Relação de Medicamentos Padronizados

Considerando que na maioria dos hospitais fez-se referência à existência de uma “padronização de medicamentos”, ou “medicamentos de uso padrão”, manteve-se a pergunta sobre a revisão e atualização da relação de medicamentos padronizados a todos os entrevistados, independente da existência desta relação.

Em resposta a esse questionamento obtiveram-se as seguintes Idéias Centrais, conforme descrito no Quadro 4.

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Frequência (n=25)	Percentuais
IC <sub>2A</sub>	A relação de padronização de medicamentos não é revisada (E20, F1, F3, F2, F15, F18, F19, F25, P5, Ps16)	10	40%
IC <sub>2B</sub>	A cada dois ou três meses, ou quando necessário, então se eles querem uma coisa diferente, eles avisam [...] e também porque vai passando o tempo, os médicos mudam outros medicamentos, vem, aí sempre tem mudança (E11, F4, P8)	3	12%
IC <sub>2C</sub>	Na verdade tem as reuniões dos médicos, mas não sei informar, como é feito (P6, Ps24)	2	8%
IC <sub>2D</sub>	Sim de tempos em tempos a gente senta e faz uma revisão, de acordo com a demanda (E22, F14, F17, P10, P13, P23, Ps7, Ps12, Ps21)	9	36%
IC <sub>2E</sub>	Foi atualizada agora, mas estamos com planos de elaborar protocolos aí à medida que os protocolos ficam prontos a gente vai atualizando, revisando os medicamentos (F9)	1	4%

**Quadro 4: Revisão e atualização da Relação de Medicamentos Padronizados**

A “revisão da padronização” dos medicamentos foi mencionada efetivamente por 40% dos entrevistados, sendo que destes, nove entrevistados (IC<sub>2D</sub>) relataram que a revisão e a atualização ocorrem de tempos em tempos, de acordo com a demanda dos medicamentos e um entrevistado (IC<sub>2E</sub>), especificou que a revisão foi feita recentemente e que em breve desejam aprimorá-la, conforme pode ser ilustrada pelos respectivos discursos:

**DSC<sub>2D</sub>**: *“Sim, de tempos em tempos a gente senta e faz uma revisão, praticamente uma vez ao ano, a gente refaz a lista. Verificamos quais medicamentos padronizados deixaram de ser prescritos, que não tiveram mais saída, quais continuam sendo prescritos, aqueles novos que foram pedidos. Aí se olha e se define o que deve ser incluído ou excluído, tiramos uns, incluímos outros.”*

**DSC<sub>2E</sub>**: *“Foi atualizada agora, quando a nova administração entrou, a gente fez a revisão dela, mas nós estamos com projeto de fazer protocolos, para todos os procedimentos realizados dentro do hospital, aí em cima disso vamos mudar a medicação e fazer a padronização. Aí vai ser discutido junto com o corpo clínico e a farmácia e na medida em que formos fazendo os protocolos, nós vamos avaliando a medicação.”*

Em duas entrevistas (IC<sub>2C</sub>), no entanto, não há como saber ao certo, se ocorre a reavaliação dos medicamentos padronizados, pois nestes dois casos, os profissionais entrevistados não participam das reuniões onde ocorrem as decisões clínicas e por isso não têm conhecimento do assunto.

Já o discurso DSC<sub>2B</sub>, apesar de não expressar claramente se há revisão dos medicamentos, faz uma alusão que a atualização da relação de medicamentos padronizados ocorre quando há inclusão de medicamentos pelos médicos do hospital ou com a chegada de novos médicos ao hospital e de novos medicamentos.

**DSC<sub>2B</sub>**: *“A cada dois ou três meses, ou quando necessário, temos uma reunião do corpo clínico, a reunião é rápida é de vinte minutos à uma hora, então a gente aproveita entre uma reunião e outra, então qualquer coisa se eles precisam, eles me chamam, se eles querem uma coisa diferente, eles avisam [...] e também porque vai passando o tempo, os médicos mudam, outros medicamentos vêm aí sempre tem mudança, têm alguns médicos que eles têm um perfil de prescrição, aí sai um ou outro médico e aí sempre tem mudança”.*

No entanto, em 40% dos depoimentos (IC<sub>2A</sub>) a inexistência do processo de revisão é expressa de forma clara e objetiva, porém os motivos divergem entre si. Em um dos casos a revisão não ocorre porque não há padronização de medicamentos no hospital e o profissional expressa que dentro da instituição já houve uma tentativa em padronizar os medicamentos, no entanto sem êxito. *“Não há revisão, pois não há padronização de medicamentos, já tentamos fazer uma padronização, mas é bem difícil, não conseguimos, mas é importante (Ps16).”*

Em três depoimentos os profissionais fazem menção que desde que entraram na instituição até o momento das entrevistas não foi realizada uma revisão na padronização dos medicamentos. Destes, dois profissionais atuam no hospital a

menos de sete meses, mas não têm conhecimento se este processo ocorre, outro relata que a padronização é antiga e que a revisão não está acontecendo.

*“Não está sendo feito, o que nós temos é de três anos atrás, então é muito antigo, o bom é a cada dois anos, fazer uma revisão e desde que eu entrei aqui, nada foi feito (P5).”*

Um profissional relata que a padronização não é revisada em virtude da constante inclusão de medicamentos na padronização devido ao troca-troca de profissionais, e que isso impossibilita manter a padronização, pois quando menos se espera já houve mudanças, porque os médicos não querem excluir, eles querem incluir.

*“Não é revisado, porque assim, tem muita mudança de médicos, aí cada vez que entra um vai mudando, cada vez que um médico novo entra pede alguma coisa nova. Então é difícil manter a padronização, e eles não querem excluir [...] eles querem acrescentar. Alguns medicamentos desde que eu entrei aqui já foram excluídos, mas foi muito pouco (F18).”*

Em dois depoimentos há a intenção de realizar a revisão dos medicamentos padronizados, sendo que os motivos da não realização são alheios aos profissionais, pois um atua na instituição há menos de um mês e o outro encontra dificuldades em fazê-lo, sendo que o último depoimento retrata as conseqüências da não realização do processo de seleção com a efetiva participação dos diferentes profissionais que deveriam estar envolvidos.

*“A nossa padronização é antiga, de aproximadamente sete anos atrás, e somente agora vai ser atualizada, será feita uma nova. Será feito uma reunião com a enfermeira chefe, eu (farmacêutica) e mais um médico infectologista; nós vamos olhar e ver o que parou de sair, quais medicamentos estão sendo mais solicitados (pausa), vamos começar isso agora [...] (F15).”*

*“É o que estamos tentando fazer agora, revisar e atualizar a padronização, porque na nossa lista de medicamentos padronizados têm muitos medicamentos que os outros médicos que não participam da padronização, não prescrevem ou não estão habituados a prescrever, mesmo porque aqui é basicamente um médico que na prática escolhe tudo o que é utilizado no hospital, inclusive as quantidades que serão compradas, e aí medicação não sai da farmácia. Tanto que muitas acabam vencendo, pois não foram usadas. Às vezes eu consigo trocar ou até mesmo doar antes do vencimento, pois são medicamentos que não são usados no hospital. Além disso, temos aqui na farmácia vários medicamentos com o mesmo mecanismo de ação, para a mesma indicação e isso não é necessário e outros medicamentos essenciais para o hospital, que não fazem parte desta lista, que ele (médico) elabora, não são incluídos. Só que eu sei que tem muito medicamento que não é usado e está parado nas prateleiras da farmácia. Eu estou tentando, mas não sei se vou conseguir, me reunir com ele para tentar juntos elaborar a lista, pois isso é o correto, né?! Mas ainda”*

*não sei se vou poder participa, ou opinar em alguma coisa ou se simplesmente ele vai impor: Vai ser assim, eu vou fazer a lista e pronto (F1)."*

### 5.4.3 – Prescrição de Medicamentos não Padronizados

Quanto ao questionamento, “**Se por acaso um médico prescrever um medicamento que não está na padronização, o que é feito nesta situação**”, obtiveram-se as seguintes idéias centrais.

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Frequência (n=25)	Percentuais
IC <sub>3A</sub>	A gente compra a medicação, aqui não tem muito problema, tem flexibilidade (E20)	1	4%
IC <sub>3B</sub>	Primeiro a gente conversa com o médico para substituir, se não der para trocar a gente dá um jeito de conseguir o mais rápido possível se for um medicamento caro, a direção tem que liberar a compra (E11, E22, F1, F2, F3, F4, F15, F9, F16, F19, F25, P5, P6, P8, P10, P13, P23, Ps7, Ps12, Ps16, Ps21, Ps24)	22	88%
IC <sub>3C</sub>	O médico tem que enviar uma justificativa clínica por escrito, aí juntos (farmacêutica e diretor técnico) vamos avaliar a necessidade e para os antibióticos faz-se necessário, também, os antibiogramas (F14)	1	4%
IC <sub>3D</sub>	O médico não consegue prescrever um medicamento que não está na padronização, pois a prescrição é eletrônica, aí ele é obrigado a preencher o formulário e este formulário vai para a comissão de padronização geral (F17)	1	4%

**Quadro 5: Prescrição de medicamentos não padronizados**

#### Comentários:

Em um caso, o entrevistado menciona prontamente o fato de que existe flexibilidade em prescrever medicamentos que não estão contemplados na padronização e o discurso não faz menção a questionamentos ou justificativas em relação a esta prescrição. **DSC<sub>3A</sub>**: “A gente compra a medicação, aqui não tem muito problema, hospital pequeno, não tem muita confusão. Ah! Tem que usar aquele medicamento. Tá padronizado tem que ser aquele, tem flexibilidade.”

Na grande maioria dos casos (88%) a primeira atitude a ser tomada é verificar junto ao prescritor se há a possibilidade de realizar a substituição por um medicamento disponível no estoque da farmácia e em última instância se, realmente for necessário, a farmácia compra o medicamento, sendo que o processo de compras geralmente ocorre em caráter emergencial nas farmácias comerciais da cidade.

**DSC<sub>3B</sub>:** *“Primeiro a gente conversa com o médico para verificar a possibilidade de substituir por um medicamento que a gente tem no estoque: Oh! Este medicamento a farmácia não dispõe, será que não dá para substituir? Se der para substituir o medicamento por um que a gente já tem na farmácia, ótimo, mas se não, a gente dá um jeito de conseguir o mais rápido possível, geralmente a gente recorre às farmácias da cidade ou dependendo do caso, pede emprestado aos hospitais vizinhos, mas se for possível esperar, aí a gente encomenda para o dia seguinte com os nossos fornecedores. Caso o medicamento tenha um custo muito alto para o hospital o administrador tem que autorizar a compra e aí se as justificativas do médico forem ponderadas, se o paciente realmente precisar, aí o diretor libera e a gente compra. Mas é comprado só para aquele paciente, este medicamento não entra no estoque padrão do hospital.”*

Percebe-se em muitos casos, que o critério para a aquisição deste medicamento é somente a opinião do médico prescritor e caso o medicamento solicitado tenha um custo elevado para a instituição o administrador do hospital ou equivalente deve ser comunicado e cabe a ele decidir se a compra será efetuada.

*“A gente conversa com o médico, se ele acha que pode substituir por um que a gente já tem na farmácia, a gente troca, sempre dentro do parecer dele [...] dependendo se este medicamento tem um custo muito elevado à administração tem que aprovar a compra.”*

No entanto, dentre as instituições que compõem o discurso acima (DSC<sub>3B</sub>), em dois casos foi mencionado que o médico ao prescrever medicamentos não padronizados, deve preencher uma justificativa por escrito e esta será avaliada por outro profissional da área da saúde, em um dos casos um médico (diretor clínico) e no outro caso um enfermeiro. Também em três situações foi mencionada a participação do farmacêutico; em um caso o farmacêutico mencionou que ele se dirige pessoalmente até o prescritor para conversar e verificar a possibilidade de ocorrer à adequação da prescrição aos medicamentos que o hospital disponibiliza, já nos outros dois casos, antes do hospital adquirir o medicamento o farmacêutico faz uma avaliação da solicitação.

“Eu faço a avaliação dos custos e da real necessidade desta medicação para o paciente, se é constatado que não há alternativas para o paciente, havendo a real necessidade a gente passa o caso para a direção e a direção aprova a compra.”

Dois entrevistados mencionam a necessidade de avaliar com cuidado a solicitação de medicamentos não padronizados e os prejuízos decorrentes destas solicitações, pois muitos medicamentos solicitados fora da padronização acabam por vencer por falta de prescrição e em alguns casos como o SUS, não cobre os custos o hospital acaba arcando com as despesas.

“Nós temos que avaliar muito antes de liberar a medicação. Pois o nosso hospital sobrevive basicamente do SUS e nesta situação difícilíssima que está, onde a saúde está doente, então a gente tem que avaliar quanto que o SUS paga pelo procedimento, pela medicação. Tem que ver muito bem a necessidade antes de comprar, pois às vezes o medicamento é comprado e acaba vencendo, pois o médico suspendeu o uso. Mas se o médico justificar que é indispensável para o paciente aquele medicamento e mesmo o hospital tendo prejuízo o medicamento é adquirido. Como aconteceu estes dias com a Estreptoquinase, é um medicamento caríssimo, mas o cardiologista veio pediu, disse que era preciso. A Estreptoquinase está aproximadamente R\$ 300,00 a ampola e o SUS não paga o tratamento inteiro, neste caso segundo o médico o paciente precisava da medicação então o hospital comprou e arcou com as despesas, teve prejuízo.”

Na grande maioria dos casos, percebe-se nos depoimentos que estas aquisições fora da padronização se restringem ao paciente em questão e estes medicamentos não entram no estoque do hospital. Em apenas um caso, esta possibilidade está explícita no discurso.

“Depende da situação, tem muitas medicações que vem na prescrição e a gente já pede para comprar para a própria farmácia e entra na compra do dia, mas se for um caso muito urgente aí a gente vai até a administração, conversa com a administração e de repente compra, aí dependendo do caso, compra só para aquele momento e não para ter em estoque”

Já em duas instituições, 8% dos casos, observaram-se a existência de uma política pré-estabelecida e consensuada dentro da instituição para medicamentos prescritos que não estejam na padronização do hospital e a participação do farmacêutico nesta análise. Ocorre o preenchimento de formulários específicos, onde se faz necessário uma justificativa clínica por escrito e esta passa por uma avaliação, realizada por no mínimo outro médico e um farmacêutico.

**DSC<sub>3C</sub>:** “O médico tem que enviar uma justificativa clínica por escrito, dizendo do porquê, que ele não pode usar o medicamento que está padronizado. Então ele faz uma justificativa clínica por



escrito, leva para a farmácia e a farmácia leva para a direção técnica, aí a gente discute junto, fizemos uma avaliação, aí caso seja constatado que não dá para fazer o tratamento com aquilo que a gente tem na farmácia, a direção técnica autoriza e eu compro. Mas a compra é só para aquele paciente e o médico que prescreveu vai ser informado que aquela medicação não vai estar disponível sempre. Ah! E para os antibióticos é necessário o antibiograma.”

**DSC<sub>3D</sub>:** “O médico não consegue prescrever um medicamento que não está na padronização, pois como a prescrição é eletrônica ela não aceita medicamentos que não estejam cadastrados. Aí ele é obrigado a preencher o formulário e este formulário vai para a comissão, aí lá a gente tenta substituir por um já existente na padronização e aí se não dá para substituir tem que ver do porquê aquele medicamento, se ele tem eficácia diferenciada, aí a gente leva em consideração isso, a parte terapêutica do medicamento e o preço também.”

Além das formas de aquisição, contempladas nos discursos, explicitou-se em quatro depoimentos, como última alternativa encontrada, a aquisição dos medicamentos não padronizados pelo paciente já em outro depoimento, além da aquisição por parte da família do paciente, mencionou-se a aquisição por parte dos médicos.

**DSC:** “[...] então, se for de real necessidade o hospital ter que adquirir, a gente compra, caso contrário se é para um caso em particular ou às vezes um medicamento que o paciente já faz uso em casa, o próprio paciente se encarrega de comprar. Então nestes casos, eu devolvo a prescrição e digo que tem que falar com a família, aí a própria chefe de enfermagem fala com a família: Olha este medicamento não tem no hospital, não é viável o hospital ter, e aí para o melhor tratamento vocês deveriam adquirir na farmácia. Aí eles vão lá e compram.”

“Ah! Já aconteceu da família comprar, ou a gente solicitar uma compra emergencial e a gente já foi atendido e outras vezes a gente não foi atendido e aí a assistente social entra com a parte dela, tenta conseguir em outros lugares, já aconteceu dos médicos, dos próprios médicos, tirarem dinheiro do bolso para comprar esta medicação. Ou se pede emprestado e depois tentamos devolver.”

Em relação a frequência, de solicitações de medicamentos não padronizados, dois entrevistados mencionam que “isso é muito difícil de acontecer, acho que nunca aconteceu.” Em outro depoimento é mencionado que a frequência é alta. *“Inclusive ocorre bastante a prescrição de medicamentos não padronizados, aí eu aviso no posto de enfermagem, que não é uma medicação padronizada, que a lista está no posto para os médicos olharem e na próxima visita do médico elas passam para ele [...] aí ele vai ter que olhar a lista e prescrever [...] quando foi feito a padronização eles estavam juntos, eles têm que estar cientes da situação também.”* Outro entrevistado mencionou que este fato é mais corriqueiro nos finais de semana, com os plantonistas. Mas embora não explicitado nos demais

depoimentos, a frequência destas solicitações, em análise dos discursos observa-se que não se trata de fatos esporádicos.

## 5.5 PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTO

Buscando caracterizar os métodos utilizados pelos hospitais para programação de medicamentos e as possíveis falhas no abastecimento, foram realizadas duas perguntas abertas:

- a) Quando ou como vocês sabem que deve ser feito um novo pedido de medicamentos? Fale um pouco sobre isso.
- b) Se por algum motivo faltar medicamentos no hospital, como é resolvida esta situação? Fale um pouco sobre isso

### 5.5.1 A Programação de Medicamentos e a reposição dos estoques

As Idéias Centrais decorrentes do primeiro questionamento são apresentadas no Quadro 6 e seus discursos são apresentados abaixo.

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Frequência (n=25)	Percentual
IC <sub>4A</sub>	Quando eu vou pegar o medicamento na prateleira e vejo que não tem mais.	1	4%
IC <sub>4B</sub>	Só olhando na prateleira o que está faltando, a gente sabe assim, no olhometro mesmo.	5	20%
IC <sub>4C</sub>	É assim pela observação da movimentação do estoque e experiência do dia-a-dia de trabalho.	11	44%
IC <sub>4D</sub>	É mais pela experiência e pelo sistema de controle de estoque.	4	16%
IC <sub>4E</sub>	Pelo sistema, no controle de estoque pelo computador, para cada medicamento eu tenho um estoque mínimo.	4	16%

**Quadro 6: Programação de medicamentos**

**IC<sub>4A</sub>:** Quando eu vou pegar o medicamento na prateleira e vejo que não tem mais (F15).

**DSC<sub>4A</sub>:** “Quando está faltando na prateleira, só quando eu vou pegar e vejo que está faltando é que eu sei [...] porque como o nosso estoque está furado, o registro do estoque no sistema não dá para confiar e como eu estou trabalhando sozinha eu não consegui contar o estoque ainda, aí somente quando o médico prescreve alguma coisa e eu vou pegar o medicamento e vejo que não tem, aí eu faço o pedido. Isso está acontecendo porque eu entrei agora e como eu ainda não tenho como saber o que mais é usado, o que mais tem saída dentro do hospital, então eu tenho que esperar acabar para saber, ver que o estoque está ficando baixo ou esperar alguém pedir, para eu fazer o pedido, porque eu não tenho como pedir uma coisa se eu não sei se eles querem. Eu pretendo fazer a contagem de estoque, para ver o que eu tenho na farmácia, atualizar o sistema para organizar isso, para começar fazer o certo.”

**IC<sub>4B</sub>:** Só olhando na prateleira o que está faltando, a gente sabe assim, no olhometro mesmo (F1, F2, F3, F4, F18)

**DSC<sub>4B</sub>:** “Só olhando, aí é olhado na prateleira o que está faltando, é feito assim, de uma maneira bem rudimentar, no olhometro mesmo. Aí eu passo o pedido para a pessoa que vai fazer as compras. Claro que aí muita coisa fica para trás, aí tem que olhar o máximo, tem uma lista impressa de tudo o que a farmácia tem, com o nome de todas as medicações, para eu poder acompanhar aquela lista na hora de fazer o levantamento e mesmo assim, tem coisa que fica para trás.”

**IC<sub>4C</sub>:** É assim pela observação da movimentação do estoque e experiência do dia-a-dia de trabalho (E11, E20, E22, F19, F25, P13, P10, PS7, PS16, PS21, PS24).

**DSC<sub>4C</sub>:** “É que a gente tem no estoque uma quantidade pequena de cada medicamento, aí a gente faz o pedido, quando a gente tem pouco medicamento, assim mais ou menos, quando tem uma caixa do medicamento, aí esta na hora de pedir. Aí é sempre assim, dependendo da quantidade que é usada, a frequência com que ela é usada, se a gente vê que tem um medicamento que está saindo mais, aí a gente compra um pouco mais, é assim pela observação. Mesmo porque está tudo visível na farmácia, então é bem visível de você ver quando está faltando. Basicamente pelo ato do dia-a-dia eu sei mais ou menos quanto que o hospital gasta e aí eu já sei que aquilo ali vai dar para aquele período. Porque sou quem controlo, eu que abasteço a farmácia, aí à medida que eu vejo que eles estão solicitando muito certo tipo de medicamento, determinado comprimido que está faltando, vai faltar, aí eu penso: **Tem que repor isso aí, pois daqui mais uns dias não vai ter mais.** Aí eu vou anotando para não esquecer de comprar, então, quando chega naquele ponto eu já faço a listagem do pedido. É assim, pela observação diária, mais visual mesmo.”

**IC<sub>4D</sub>: É mais pela experiência e pelo sistema de controle de estoque (F9, F17, P23, PS12).**

**DSC<sub>4D</sub>:** *“A gente já tem uma noção mais ou menos do dia-a-dia, o que é gasto, os medicamentos que saem mais, é mais pela experiência e pelo sistema de controle de estoque. No sistema tem a quantidade do estoque que eu estou trabalhando e aí, a gente avalia os números, tiramos um relatório de tudo o que sai na farmácia e aí eu olho diretamente no estoque, item por item e em cima disso também tem uma sazonalidade dos pedidos, conforme a época do ano, então mais ou menos a gente já sabe qual é o consumo, mais ou menos baseado no consumo do período que passou claro joga-se sempre um pouquinho a mais para não faltar.”*

**IC<sub>4E</sub>: Pelo sistema, no controle de estoque pelo computador, para cada medicamento eu tenho um estoque mínimo (F14, P5, P6, P8).**

**DSC<sub>4C</sub>:** *“Pelo sistema, no controle de estoque pelo computador. Para cada medicamento eu tenho um mínimo, isto é, quanto tempo eu posso ficar com determinado medicamento até ele acabar ou até que chegue outro, aí você tem que analisar a tua compra, o tempo de entrega do fornecedor se é o tempo hábil. Aí eu coloco no sistema o estoque mínimo que eu quero ter e quando estiver no estoque mínimo o programa me avisa e, aí, eu vou saber que está na hora de pedir de novo, eu tiro relatórios e ali no programa já tem o estoque mínimo, aí eu olho também o estoque físico e tem dado certo.”*

### **Comentários:**

À primeira vista as três primeiras idéias centrais mencionadas são similares, tendo em comum a ausência de menção a alguma forma de documentação sobre a situação do estoque. Cabe chamar a atenção, no entanto, para algumas nuances importantes. No primeiro caso o discurso revela a ausência de qualquer forma de acompanhamento da situação do estoque, a pessoa responsável pelos medicamentos vai olhar o estoque quando o medicamento é solicitado e apenas nesse momento constata a sua presença ou ausência. No segundo caso, a pessoa responsável pelos medicamentos vai olhar a situação do estoque, caracterizando um procedimento de prevenção frente ao desabastecimento. No terceiro caso, a reposição parece ocorrer de forma mais sistemática, com base na experiência do dia-a-dia e com bases históricas de consumo, *“eu sei mais ou menos quanto que o hospital gasta e, aí, eu já sei que aquilo ali, vai dar para aquele período.”* Embora essa última situação caracterize um melhor controle de estoque do que as duas primeiras situações têm em comum com as outras, a ausência do registro da documentação da situação do

estoque, prática profissional indispensável para a realização de uma programação de medicamentos.

As duas últimas situações têm em comum a menção de um sistema de controle de estoque, denotando o registro sistemático das saídas e reposição do estoque, o que permite a adaptação a variações sazonais, de acordo com o relato: “[...] e em cima disso também tem uma sazonalidade dos pedidos, conforme a época do ano, então mais ou menos a gente já sabe qual é o consumo.” Uma prática mais elaborada de programação é caracterizada pelo último discurso (DSC<sub>4E</sub>), o qual menciona a existência de definição prévia de estoque mínimo e a sinalização desse limiar através de sistema computacional. Essa forma organizacional de controle de estoque permite evitar as situações de desabastecimento, portanto atendendo um dos alvos principais da programação do estoque, qual seja assegurar a disponibilidade do recurso terapêutico, ao mesmo tempo em que permite avaliações relativas aos custos para o atendimento dessas necessidades.

Observando o conjunto de resultados, chama a atenção que a forma mais elaborada de programação de medicamentos foi observada em apenas 16% dos casos, enquanto que a ausência de menção a alguma forma de documentação sobre a situação do estoque foi observada em 68% dos casos.

### **5.5.2 As situações de desabastecimento e as soluções encontradas**

As soluções encontradas pelos hospitais em caso de ruptura dos estoques, que sinalizam problemas no processo de programação foram investigadas através da pergunta **“Se por algum motivo faltar medicamentos no hospital, como é resolvida esta situação? Fale um pouco sobre isso”**.

As Idéias centrais são apresentadas no Quadro 7.

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Freqüência (n=25)	Percentuais
IC <sub>5A</sub>	As faltas ocorrem com certa freqüência, mas a gente tenta conseguir o medicamento.	2	8%
IC <sub>5B</sub>	Isso não ocorre assim, com muita freqüência, mas num caso de emergência, a gente acaba comprando ou até mesmo pedindo emprestado para uma farmácia comercial, pedimos socorro aos hospitais vizinhos, compras emergenciais em distribuidoras, enfim dá-se um jeito de conseguir	16	64%
IC <sub>5C</sub>	Medicamentos que não podem faltar, é muito difícil faltar, raramente acontece, geralmente quando tem falta são os medicamentos de pouco giro, mas se faltar, a gente dá um jeito.	7	28%

**Quadro 7: Situações de desabastecimento e as soluções encontradas**

**IC<sub>5A</sub>: As faltas ocorrem com certa freqüência, mas a gente tenta conseguir o medicamento (F15, F18).**

**DSC<sub>5A</sub>:** *“As faltas ocorrem com certa freqüência, aí assim faltou, a gente pede autorização para o setor de compras e logo em seguida a gente vai até a farmácia comercial e adquire o medicamento. E quando é medicamento de uso hospitalar a gente corre para os hospitais, tenta pedir emprestado, se não der a gente diz que não tem no hospital e, aí, o médico vai ter que substituir até a gente conseguir a medicação.”*

**IC<sub>5B</sub>: Isso não ocorre com muita freqüência, mas num caso de emergência, a gente acaba comprando ou até mesmo pedindo emprestado para uma farmácia comercial, pedimos socorro aos hospitais vizinhos, compras emergenciais em distribuidoras, enfim dá-se um jeito de conseguir (E11, E20, E22, F1, F2, F3, F4, F14, F17, F25, P8, P10, P13, PS7, P23, PS24)**

**DSC<sub>5B</sub>:** *“Isso não ocorre com muita freqüência, mas primeiro a gente olha nos estoques do hospital, para ver se algum setor não tem o medicamento em estoque, caso não tenha o medicamento no hospital mesmo, então numa emergência a gente acaba comprando ou até mesmo pedindo emprestado para uma farmácia comercial, tem esta confiança de emprestar, porque amanhã meu medicamento chega e a gente vai lá e devolve. Então dá para fazer esta negociação, mas um medicamento injetável ou um medicamento de uso hospitalar, que não tem na farmácia comercial, por exemplo, a gente pede socorro aos hospitais vizinhos. A gente vai lá buscar, a ambulância, se precisar mesmo, sai e pega em outros hospitais e, aí, quando chegar o nosso medicamento a gente vai lá e devolve. Em última instância a gente tenta comprar do fornecedor que entregará, num espaço de tempo mais rápido, mas a gente dá um jeito de conseguir, vai de carro, vai de ambulância, vai até a empresa buscar, vai com o próprio carro, a gente dá um jeito.”*

**IC<sub>5C</sub>: Medicamentos que não podem faltar, é muito difícil faltar, raramente acontece, geralmente quando tem falta são os medicamentos de pouco giro, mas se faltar, a gente dá um jeito (F9, F19, P5, P6, PS12, PS16, PS21)**

**IC<sub>5C</sub>:** *“Medicamentos que não podem faltar, dificilmente faltam é muito difícil faltar. Às vezes quando faltam são os “medicamentos de pouco giro”, medicamentos que quase não saem e de uma hora para outra o médico começa a prescrever. Mas se acontecer de faltar, eu peço socorro para os hospitais vizinhos, os hospitais aqui da região a gente se ajuda muito, é uma parceria, ou a gente pede nestas distribuidoras que entregam no outro dia de manhã ou a gente compra ou pede emprestado na farmácia comercial, mas raramente acontece.”*

### **Comentários:**

A falta de medicamentos, com freqüência, foi admitida em dois casos, sendo um dos casos constatado no estabelecimento com programação mais deficiente (IC<sub>4A</sub>) e o outro ocorre num estabelecimento que está relacionado ao discurso DSC<sub>4B</sub>. Na maior parte dos estabelecimentos (64%) foi mencionada a falta com pouca freqüência; a ocorrência de faltas com rara freqüência foi mencionada em sete estabelecimentos (28%). Destes sete estabelecimentos, dois trabalham com o estoque mínimo (IC<sub>4E</sub>) e dois fazem sua previsão de compras pela experiência e pelo sistema de controle de estoque (IC<sub>4D</sub>), os demais realizam sua previsão pela observação da movimentação do estoque e experiência do dia-a-dia (IC<sub>4C</sub>).

No entanto, independente da freqüência que as faltas ocorrem todas as instituições relatam rupturas no estoque, algumas, provavelmente, de menor e outras de maior relevância e, também, demonstram empenho em conseguir o medicamento. Em relação às soluções encontradas para enfrentar tais situações de desabastecimento, observaram-se respostas similares, abrangendo a aquisição emergencial em distribuidoras, em farmácias ou mesmo o empréstimo em hospitais vizinhos.

## 5.6. AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Em relação à aquisição dos medicamentos nas instituições hospitalares, foram realizadas duas perguntas abertas:

- a) **Como ocorre o processo de compras pelo hospital? Fale um pouco sobre isso.**
- b) **Como são escolhidos os fornecedores do Hospital?**

Com a primeira pergunta, procurou-se identificar as modalidades de compras utilizadas pelos hospitais e identificar a participação do serviço de farmácia neste processo. A segunda questão teve como objetivo verificar como são escolhidos os fornecedores e critérios utilizados.

### 5.6.1. Como ocorre o processo de compras pelo hospital? Fale um pouco sobre isso.

Em resposta à primeira pergunta foram extraídas dos depoimentos as seguintes idéias centrais sintetizadas no Quadro 8.

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Frequência (n=25)	Percentuais
IC <sub>6A</sub>	O hospital não compra diretamente, quem compra é à prefeitura, aí, é licitação, é tipo assim, aquele que vender o produto mais barato ganha.	2	8%
IC <sub>6B</sub>	As compras são por cotação, é feita a pesquisa de preços para uns quatro a dez fornecedores.	16	64%
IC <sub>6C</sub>	A compra é feita com os fornecedores por cotação e quando vem recurso do governo é feita a licitação.	5	20%
IC <sub>6D</sub>	A compra é direta aos fornecedores fixos.	2	8%

**Quadro 8: O processo de compras nos hospitais**



**IC<sub>6A</sub>:** O hospital não compra diretamente quem compra é à prefeitura, aí, é licitação, é tipo assim, aquele que vender o produto mais barato ganha (relato de dois entrevistados ).

**DSC<sub>6A</sub>:** *“O hospital não compra diretamente, quem compra é a prefeitura. A gente passa uma listagem do que deve ser comprado e de tempos em tempos é feita uma licitação, aí, vários fornecedores entram, aí, a licitação é tipo assim, aquele que vender os produtos mais baratos ganha, né!!! Não interessa... até isso eu me questiono muito, assim, pois é ruim porque a firma vende pelo menor preço,mas depois não tem como te entregar a mercadoria[...] a qualidade dos produtos, essas e outras coisas [...], então neste ponto prejudica o trabalho da gente.”*

**IC<sub>6A</sub>:** As compras são por cotação, é feita a pesquisa de preços para uns quatro a dez fornecedores (relato de dezesseis entrevistados).

**DSC<sub>6A</sub>:** *“As compras são por cotação via fax, telefone ou internet, é feita a pesquisa de preço para uns 4 a 10 fornecedores, depende. Aí, faz a pesquisa, qual é laboratório mais em conta, qual distribuidora mais barata e tal. A gente olha, também, as facilidades oferecidas, aí, depois da avaliação fecha a cotação. Feita a cotação e depois de fechar o pedido a administração ou o setor de compras autoriza a compra e em 24 a 48 horas, aproximadamente, o medicamento já está aqui.”*

**IC<sub>6C</sub>:** A compra é feita com os fornecedores por cotação e quando vem recurso do governo é feita à licitação (relato de cinco entrevistados).

**DSC<sub>6C</sub>:** *“A compra é feita com os fornecedores por cotação, aí, eu passo para uns três ou quatro fornecedores, claro, dependendo da marca do medicamento, do material e do menor preço. A gente liga, passa um fax, passa um e-mail da relação de medicamentos e já no dia seguinte eles passam a cotação dos preços, e a gente confirma duas, três, quatro empresas, e monta um pedido. Às vezes para baratear a gente compra de duas ou três empresas, aí, eu vou olhando e vou montando o pedido. Às vezes tem que fazer pedido para uns três fornecedores para ganhar uns, R\$ 200,00 na compra. A licitação é feita somente se a gente receber algum convênio, algum recurso do município, do estado, do governo federal ou do Ministério da Saúde, aí, a compra é feita por licitação, caso contrário é feito por cotação.”*

**IC<sub>6D</sub>:** A compra é direta aos fornecedores fixos (relato de dois entrevistados).

**DSC<sub>6D</sub>:** *“A compra é direta aos fornecedores fixos, quando chega naquele ponto de pedir eu já faço a listagem, eu a envio para o setor de compras, aí eles negociam e fazem as compras.”*

## Comentários

Visando preservar as práticas relatadas e os profissionais das duas instituições públicas que participaram deste trabalho, optou-se em não explicitar os

códigos dos profissionais e das instituições (ex. F26), nesta questão. Os dados quantitativos serão apresentados em percentuais.

Em relação à aquisição de medicamento, situações bem diferenciadas foram observadas. Nos hospitais públicos, que corresponde a 8% da amostra, o processo de compras é por Licitação Pública, em vista de exigências legais. Essa licitação, nos casos em estudo, é realizada pelas prefeituras e, nesses casos, não foi observada a participação dos profissionais que atuam nas respectivas farmácias hospitalares no processo licitatório. Ou seja, nos caso em estudo, a sistemática observada foi de que o profissional ao ser comunicado de que será feita a licitação deve repassar a listagem dos medicamentos em falta e em cima desta listagem é realizado o processo licitatório.

Em um dos hospitais públicos foi mencionada a realização do processo licitatório de seis em seis meses na modalidade de registro de preços e, no outro, pela modalidade pregão. Neste não há um período específico para a realização das compras, o processo é realizado quando há recursos financeiros disponíveis. Adicionalmente, em ambos os casos foram citados as compras emergenciais em situações específicas, sendo realizadas por meio de compras diretas sem licitação.

A compra direta sem licitação é permitida no caso dos medicamentos, para aquisições com valores até R\$ 8.000,00, porém se faz necessário ao menos três orçamentos com fornecedores distintos. Também se deve ter cautela na sua utilização, para que não configure fuga de licitação (BRASIL, 1993b; BRASIL, 2006b).

As compras por cotação são realizadas por dezesseis instituições hospitalares, sendo que em três instituições a farmácia hospitalar não participa do processo de compras, apenas repassa as faltas. Em outros dois hospitais o serviço de farmácia, na figura do farmacêutico, faz todo o processo de cotação, após esta etapa, a negociação das condições de pagamento é realizada pelo setor de compras. No restante dos onze hospitais o serviço de farmácia realiza na sua totalidade o processo de compras, sendo que em dois deles quem o faz é o farmacêutico e nos demais são os funcionários da farmácia.

Nas cinco instituições em que as compras acontecem por cotação e licitação pública, o serviço de farmácia hospitalar participa do processo de compras em uma instituição, nas demais o serviço de farmácia tem a função de passar a listagem do que deve ser adquirido, mas a escolha dos fornecedores e laboratórios é realizada pela administração ou pelo setor de compras do hospital.

Nos dois hospitais que realizam as compras diretamente com distribuidoras e laboratórios fixos, o setor de farmácia não participa do processo de compras, apenas repassa as faltas.

Tendo em vista o conjunto de resultados, é possível depreender que em 56% dos hospitais o serviço de farmácia participa do processo de compras. Em onze hospitais, as compras estão sob responsabilidade integral do serviço de farmácia. Já em outros três hospitais o serviço de farmácia encarrega-se do processo de cotação propriamente dito e apenas as negociações das condições de pagamento, não lhe cabem.

Relacionando os métodos de programação e a participação do serviço de farmácia no processo de compras, dos oito serviços de farmácia, citados na programação de medicamentos, que possuem registro da movimentação dos estoques (IC<sub>4D</sub> e IC<sub>4E</sub>), apenas um serviço de farmácia não participa nos processos de compra, os demais estão contemplados na descrição acima.

### **5.6.2. A escolha dos fornecedores**

Em relação à escolha dos fornecedores (pergunta: Como são escolhidos os fornecedores do Hospital?) foram identificadas, nos depoimentos onze idéias centrais, em virtude desta amplitude, apenas alguns discursos serão descritos, sendo os resultados gerais apresentados de forma sumária no Quadro 9.

No entanto, além das respostas pontuais sobre como os fornecedores são escolhidos, obteve-se em três entrevistas, depoimentos e opiniões sobre as compras realizadas pelo critério do menor preço, cujas expressões-chaves remetem a um conhecido ditado popular: “O barato sai caro”.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a), quando determinadas expressões chaves presentes em um discurso remetem a uma figura metodológica, neste caso, o “ditado popular”, que nada mais é do que a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria que o autor do discurso professa e que, *na qualidade de uma afirmação genérica, estão sendo utilizadas pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica*; sob a inspiração da teoria da representação social, estas expressões chaves denominam-se ancoragem (AC).

O discurso que ilustra a ancoragem, também será analisado após a apresentação dos dados gerais mencionados em relação à escolha dos fornecedores, conforme Quadro 9.

Síntese das Idéias Centrais		Frequência (n=25)	Percentual
IC <sub>7A</sub>	Avaliamos os aspectos legais da empresa e dos medicamentos, atrelados ao prazo de entrega, condições de pagamento e menor preço.	4	16%
IC <sub>7B</sub>	São escolhidos os fornecedores da região que trabalham com marcas conhecidas, facilidades oferecidas, qualidade, segurança, confiança.	3	12%
IC <sub>7C</sub>	Os fornecedores já estão cadastrados, aí, destes a gente avalia as condições de pagamento, prazo de entrega e melhor preço.	5	20%
IC <sub>7D</sub>	Compramos de distribuidoras e laboratórios de confiança e destes olhamos o melhor preço.	2	8%
IC <sub>7E</sub>	Pela qualidade da mercadoria, prazo de entrega e os preços.	2	8%
IC <sub>7F</sub>	É mais por preço, a questão de preço que eu acho que é geral, e, também, pelas questões de pagamento.	1	4%
IC <sub>7G</sub>	O critério é pelo menor preço, quem tem o melhor preço, ganham a compra.	4	16%
IC <sub>7H</sub>	Rapidez na entrega	1	4%
IC <sub>7I</sub>	Geralmente aqueles fornecedores que o hospital não está devendo e desses que não estamos devendo, os que estão mais perto da gente.	1	4%
IC <sub>7J</sub>	A gente não tem muita escolha, pois o hospital está numa condição financeira difícil, então não dá para escolher muito, mas a gente procura comprar, sempre que possível medicamento dos laboratórios que a gente conhece.	1	4%
IC <sub>7K</sub>	Maiores prazos de pagamento	1	4%

**Quadro 9: Como são escolhidos os fornecedores do Hospital**

Os dados mostram que em 64% dos depoimentos (IC<sub>7A</sub> a IC<sub>7E</sub>), prevalecem na escolha dos fornecedores, aspectos legais, técnicos, que visam garantir a qualidade dos produtos e serviços e, em alguns casos, a confiança que lhes é depositada, associados a estes são avaliadas as facilidades oferecidas e o preço, conforme ilustrado no discurso abaixo:

**DSC<sub>7A</sub>:** *“Pela confiança, primeira coisa, eles têm que ter registro, CNPJ, cadastro, têm que ter certificado de regulamentação, o alvará da ANVISA, para trabalhar com medicamentos e materiais médico-hospitalares. O medicamento, para entrarem no hospital tem que estar aprovado no Ministério da Saúde; enfim toda aquela burocracia. Aí, se eles (fornecedores) têm os medicamentos e os materiais que o hospital utiliza depois de toda esta análise a gente escolhe, aí, pela rapidez e pela confiança, aí, em cima disso a gente olha o menor preço.”*

Nos demais depoimentos (36%) prevalecem na escolha, aspectos financeiros e as facilidades oferecidas pelos fornecedores. No entanto, este dado não permite julgar, se nestas instituições a aquisição dos medicamentos não atenda aos critérios que lhe assegurem a qualidade, pois este aspecto não foi avaliado com profundidade neste trabalho. Apenas sinaliza a iminência de uma situação delicada nas instituições.

Esta situação pode ser ilustrada com os discursos que seguem:

**DSC<sub>7J</sub>:** *“Os fornecedores são escolhidos, vamos assim dizer, hoje, a gente não tem muita escolha, pois a gente está com uma condição difícil como eu te falei. Mas a gente sempre procura escolher, na medida do possível, os laboratórios (marca do medicamento) que a gente conhece tipo assim, eu tenho os fornecedores que eu conheço e como sou quem peço, eu pergunto quais são os laboratórios que eles têm para me oferecer que estão com melhor preço hoje (no dia da compra) [...] sempre conhecendo o laboratório.”*

**DSC<sub>7F</sub>:** *“É mais por preço, a questão de preço que eu acho que é geral, e, também, pelas questões de pagamento. Então como o hospital é pequeno, não tem muito dinheiro, aquele que oferecer as melhores condições de pagamento [...] às vezes não é nem tão pelo preço, se um vende mais barato, mas dá 30 dias para pagar e outro está um pouquinho mais caro, mas dá 30, 60 e 90 dias para pagar, aí, tem que jogar.”*

**DSC<sub>7I</sub>:** *“Geralmente aquele fornecedor que o hospital não está devendo (um suspiro) [...] Ah! Que vergonha [...], mas é assim, é uma droga, né?! Mas é assim, é aqueles que não estamos devendo e desses que não estamos devendo, os que estão mais perto da gente. Também, não adianta comprar de fornecedor lá do Paraná só por que não estamos devendo e aí o medicamento vai levar três dias para chegar aqui.”*

A escolha dos fornecedores nos hospitais públicos deve ser determinada, em primeira instância, por aspectos legais e técnicos, conforme as diretrizes que regulamentam as compras em empresas públicas, primando pela qualidade dos produtos e serviços associados ao menor preço (BRASIL, 1993b). No entanto, os depoimentos dos profissionais que trabalham nestas instituições (8% da amostra), quando questionados como os fornecedores são escolhidos, fazem alusão somente ao critério do menor preço.

*“Mais um problema da licitação, porque, aí, a gente (serviço de farmácia) não escolhe os fornecedores, é assim, como é licitação é aquele que vendeu, mais barato; os que vendem mais baratos vencem a licitação e mandam o produto.”*

Entretanto, como já mencionado, estes profissionais não participam do processo licitatório, apenas repassam a listagem do que deve ser adquirido e a compra é efetivada pelo poder público. Provavelmente, por não participarem do processo como um todo e pelos contratemplos que decorrem desta compra, associam somente o menor preço aos critérios de escolha dos fornecedores “[...] a firma vende pelo menor preço, mas depois não tem como te entregar a mercadoria [...] a qualidade dos produtos, essas e outras coisas [...], então neste ponto prejudica o trabalho da gente.” (Fragmento do DSC<sub>6A</sub>)

No entanto, a problemática do menor preço vinculado à má qualidade dos produtos, foi citada neste trabalho em três depoimentos, conforme ilustra a ancoragem acima mencionada:

**Ancoragem (AC): O barato sai caro.**

**DSC:** *“Eu por mim, eu não comprava pelo menor preço, meu primeiro critério seria qualidade, pois eu estou olhando qualidade e custo, o benefício do paciente que está internado e a instituição não vê isso, ela quer saber de reduzir custo, sem olhar a qualidade. E tem fornecedores que vendem uma porcaria, coisa de fundo de quintal. Então, por isso, muitas vezes eu digo: “o barato sai caro”, porque se eu tenho um fio cirúrgico de boa qualidade eu vou usar um fio, se eu compro um fio que é mais inferior eu vou usar três fios. Se colocar na ponta do lápis é mais em conta comprar um fio cirúrgico mais caro, usar um fio só numa cirurgia, do que usar três fios mais baratos. Né?! Do jeito que é o consumo e o gasto vão ser maior, né?! Só que muitos não pensam desta maneira, desta forma, muitas vezes não por que eles não queiram, mas por que não conhecem o que estão comprando. E isso, às vezes, acontece com medicamento também.”*

Dos três entrevistados que compõem o discurso acima, dois deles vivenciam esta dificuldade e um deles por já ter passado pelo problema adotou medidas

cautelares na instituição que atualmente trabalha, pois, neste caso em particular, ele é o responsável pelas compras da farmácia. Os outros dois profissionais não participam do processo de compras, portanto não têm poder de decisão, no entanto, o conflito que os acomete, fruto da situação vivenciada no dia-a-dia e das circunstâncias que lhe são impostas ficam claras no discurso.

## **5.7. ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E CONTROLE DE ESTOQUE**

Quanto ao armazenamento de medicamentos e controle dos estoques, foram realizadas quatro perguntas abertas e uma fechada. As três primeiras perguntas dizem respeito aos locais que o hospital dispõe para o armazenamento dos medicamentos, as condições em que os medicamentos são armazenados e como eles são organizados e armazenados.

- a) Quais são os locais que o hospital dispõe para armazenar os medicamentos?
- b) Se você pudesse melhorar o armazenamento destes medicamentos, o que você melhoraria?
- c) Dentro da Farmácia como são organizados e armazenados os medicamentos?

As outras duas questões referem-se ao controle de estoques, mais precisamente registro de entradas e saídas e realização de inventário.

- d) Que tipo de registro de estoque é utilizado pela farmácia?
- e) De quanto em quanto tempo é realizado o inventário dos medicamentos?

### **5.7.1. Locais de armazenamento**

Quanto aos locais de armazenamento de medicamentos dentro do hospital, 44% das instituições armazenam medicamentos somente na Farmácia Interna, 32%

armazenam medicamentos na Farmácia Interna e em Almojarifados exclusivos para medicamentos e Material Médico Hospitalar, 16% delas armazenam medicamentos na Farmácia Interna e na Farmácia Satélite e 8% na Farmácia Interna e Almojarifado Geral.

### 5.7.2 Melhorias dos locais de armazenamento e condições de armazenamento

As respostas sobre os aspectos no armazenamento dos medicamentos que poderiam ser melhorados, segundo a opinião dos entrevistados, serão apresentadas na íntegra com suas respectivas idéias centrais e discursos. No entanto, os aspectos relacionados ao terceiro questionamento (Dentro da farmácia como são organizados e armazenados os medicamentos) devido à grande diversidade encontrada em relação a pequenos detalhes, os resultados serão apresentados, de forma mais geral e, concomitantemente, aos comentários e a análise dos dados referente às melhorias dos locais de armazenamento.

As idéias centrais sobre as melhorias no armazenamento dos medicamentos são apresentadas abaixo com seus respectivos discursos.

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Frequência (n=25)	Percentuais
IC <sub>8A</sub>	Na farmácia está tudo ok, o meu problema é o “almojarifado”.	1	4%
IC <sub>8B</sub>	Melhoraria a área física, os móveis e, talvez, trocaria a farmácia de local, mas aqui os medicamentos estão bem armazenados.	16	64%
IC <sub>8C</sub>	Quanto ao ambiente e as condições de armazenamento estão adequadas, mas a farmácia não está organizada em ordem alfabética e, aí, a gente se perde um pouco e complica na hora da dispensação.	2	8%
IC <sub>8D</sub>	No momento não há nada para melhorar, talvez aumentasse um pouco mais o espaço.	6	24%

**Quadro 10: Melhorias no Armazenamento dos Medicamentos**



**IC<sub>8A</sub>: Na farmácia está tudo ok, o meu problema é o “almoxarifado” (F1).**

**DSC<sub>8A</sub>:** *“Dentro da farmácia está tudo ok, o meu problema é o “almoxarifado”. Eu já solicitei um espaço maior, com controle de temperatura, umidade, uma área física adequada com condições adequadas de armazenamento, dentro da legislação, prateleiras adequadas, telas nas janelas, ventilação, enfim tudo adequado à legislação. Mas está muito difícil de conseguir. Eu gostaria também de um computador, para cadastrar tudo o que tem lotes, validades, produto, forma farmacêutica, detalharia todo este processo.”*

**IC<sub>8B</sub>: Melhoraria a área física, os móveis e trocaria a farmácia de local (E11, E20, E22, F3, F4, F9, F18, F14, F19, P5, P8, P13, P23, PS7, PS16, PS21).**

**DSC<sub>8C</sub>:** *“Se eu pudesse, trocaria a Farmácia de local, enfim, ela poderia ser mais centralizada, então em função disso, a gente está revendo a posição e a readequação da farmácia, mas tem a questão financeira. Toda a estrutura, o fluxo da dispensação eu ia mudar, colocaria sala própria para estoque, eu não tenho uma área adequada para armazenar o Material Médico Hospitalar e outros materiais. Aumentaria um pouco mais o espaço de armazenamento, pois o espaço, o espaço que a gente tem é pequeno, eu acho meio amontoado, readequaria o local de fracionamento, então toda esta parte de armazenamento e de dispensação deveria sofrer uma mudança drástica mesmo, para melhorar o fluxo de trabalho. Melhoraria as condições das prateleiras e dos armários, assim, como se fosse um gaveteiro de acrílico, tudo separadinho, gavetas para comprimidos, para as ampolas, enfim, deixaria a farmácia mais bonita. Mas aqui, os medicamentos estão bem armazenados, mas é claro, que se tivesse uma estrutura física melhor, um rearranjo melhor da farmácia, mas, aí, visa ter móveis, área física, etc. Mas em vista do que era antes, a farmácia hoje está bem melhor.”*

**IC<sub>8C</sub>: Quanto ao ambiente e as condições de armazenamento, estão adequadas, mas a farmácia não está organizada em ordem alfabética e, aí, a gente se perde um pouco e complica na hora da dispensação (F15, F25).**

**DSC<sub>8C</sub>:** *“Quanto ao ambiente e as condições de armazenamento são boas, estão adequadas, talvez colocar bins, melhorar as prateleiras, estas coisas. Mas assim, sinceramente, como a farmácia não está organizada em ordem alfabética e falta uma identificação mais clara dos produtos, pois quem organizou, organizou de acordo com a experiência dela, ela já sabe onde está, sabe até no escuro, mas quando ela não está a gente se perde um pouco e complica na hora da dispensação. Por isso, agora, a gente está revendo isso, acho que facilitaria colocar em ordem alfabética, até para os novos funcionários e para mim também, pois complica na hora da dispensação.”*

**IC<sub>8D</sub>: No momento não há nada para melhorar, talvez aumentasse um pouco mais o espaço (F2, F17, P6, P10, PS12, PS24).**

**DSC<sub>8D</sub>:** *“No momento assim, não tem nada para melhorar, a gente faz tudo tão certinho, é muito organizado, está tudo Ok e está dentro do que a que a vigilância exigiu e orientou. Mesmo porque quando a vigilância vem aqui eles acham tudo bem organizado, então assim, acho que está tudo bom. Talvez aumentasse um pouco mais o espaço, mas quanto às condições do armazenamento, os*

*medicamentos estão bem armazenados, pois a gente cuida muito, eu tomaria um medicamento armazenado aqui. "A gente cuida da farmácia e dos medicamentos, como se a gente fosse precisar deles um dia. Por exemplo, a gente nunca sabe o dia de amanhã, a gente tanto pode estar dando para o paciente uma coisa que a gente acha que não está boa, como pode acontecer de eu chegar, em casa e ter que voltar para o hospital e precisar daquele mesmo medicamento. Então eu acho assim, a gente cuida e armazena de uma maneira que a gente sabe que não está prejudicando ninguém e que é uma coisa boa para todo mundo."*

### **Comentários:**

Em relação ao questionamento sobre as possíveis melhorias quanto ao armazenamento dos medicamentos, em 96% dos casos (IC<sub>8B</sub> a IC<sub>8D</sub>), há manifestação direta ou indireta de que nas instituições os medicamentos estão bem armazenados, referindo-se provavelmente as condições do ambiente (luz, temperatura, umidade) e aos cuidados com o armazenamento dos medicamentos, como pode ser observado *in loco*.

Apesar de algumas das instituições não disporem de ar condicionado, bem como de registro diário da temperatura e da umidade, que são as medidas preconizadas na literatura, pode-se observar durante a realização das entrevistas que os medicamentos, de modo geral, são conservados em lugar seco, sem infiltrações, não ficando próximo a banheiros, nem em contato com o teto, chão ou paredes. Estes cuidados contribuem para que umidade e a temperatura não afetem a estabilidade dos medicamentos. A maioria dos locais atende aos critérios preconizados pela ANVISA, para o armazenamento de medicamentos e poucos necessitam de pequenos ajustes, mas trabalham para alcançá-los. Neste contexto, pode-se observar que quando se refere ao armazenamento a Vigilância Sanitária é presença marcante nas instituições.

Esta questão e a citada no parágrafo acima podem ser ilustradas pelo discurso (DSC) de quatro entrevistados, cuja idéia central é: **Dentro do que a vigilância passa e exige a gente não tá assim 100%, mas a gente tenta seguir os padrões que a vigilância fala (P23, F19, F18, E20).**

**DSC:** *"Dentro do que a vigilância passa e exige a gente não está assim 100%, mas a gente procura atender o que a vigilância exige, tem tela na janela, armário de controlador, geladeira para os termolábeis, estrados, prateleiras. Aí, eu olho também as condições. Mas as condições são boas, a sala é bem clara, arejada não tem problema de umidade, não é quente, não bate sol nos*

medicamentos, eles ficam longe da parede e do chão, de acordo com a regulamentação da ANVISA. A gente tenta seguir os padrões que a Vigilância fala, mas provavelmente poderia ser melhor.”

Dentre as melhorias almejadas por todos os entrevistados, está aumentar o espaço físico para o armazenamento dos medicamentos na farmácia, e 68% dos entrevistados manifestam o desejo de organizar, adequar a farmácia ao fluxo de trabalho e das atividades que lhe são pertinentes, enfim tornar o local de trabalho mais agradável e “*deixar a farmácia mais bonita*”, para isso, as melhorias almejadas vão desde a mudança do local da farmácia, reorganização da área física, a troca dos móveis, gavetas de acrílico, dentre outras.

Entretanto, em um caso, mais específico à questão das melhorias no armazenamento, envolvem aspectos mais complexos, que os acima citados, pois o entrevistado menciona o fato “*de que dentro da farmácia está tudo ok, o meu problema é o almoxarifado*”. No entanto, apesar de não mencionar no seu discurso como são as condições de armazenamento neste local (“almoxarifado”), de forma indireta ao mencionar que o local deveria ser “[...] um espaço maior, com controle de temperatura, umidade, uma área física adequada com condições adequadas de armazenamento, dentro da legislação; prateleiras adequadas, telas nas janelas, ventilação, enfim tudo adequado à legislação [...]”, nos remete a estrutura e as condições que lhe faltam.

Como o entrevistado mesmo diz, “*dentro da farmácia está tudo ok*”, e realmente está. As condições de armazenamento da farmácia são as melhores possíveis, tanto na estrutura física como nas condições do ambiente. Já em relação ao “almoxarifado”, na verdade não é um “almoxarifado”, mas sim, uma sala improvisada que lhe foi cedida, pois na farmácia não há espaço para mais medicamentos. O profissional mostra no seu discurso conhecimento e atitude frente ao problema, e se dependesse somente da sua vontade tudo estaria adequado à legislação. “*Eu já solicitei um espaço maior [...], enfim tudo adequado à legislação. Mas está muito difícil de conseguir.*”

Já em 24% das entrevistas, o armazenamento dos medicamentos atende, segundo os relatos, a todos os quesitos preconizados pela ANVISA, para o bom armazenamento dos medicamentos. Fato este que pode ser observado também durante as entrevistas. Outro aspecto positivo deste discurso que chama a atenção é a questão do cuidado em desempenhar as atividades, não somente pelos critérios técnicos, mas também pela consciência em não fazer aos outros, o que não desejam a si mesmos, conforme ilustra o discurso: “[...] A gente cuida da farmácia e dos

*medicamentos, como se a gente fosse precisar deles um dia [...] Então eu acho assim, a gente cuida e armazena, de uma maneira que a gente sabe que não está prejudicando ninguém e que é uma coisa boa para todo mundo.”*

Especificamente em duas farmácias (IC<sub>8C</sub>), onde o armazenamento dos medicamentos não está em ordem alfabética, em uma delas a ordem estabelecida é segundo a classe farmacológica do medicamento, na outra o critério é pessoal, no entanto ambas estão revendo a situação, pois enfrentam dificuldades em localizar o medicamento. A questão de estabelecer a ordem segundo a classe farmacológica, também foi testada por outro entrevistado sem muito êxito.

*“Eu tentei colocar já por classe farmacológica, mas os funcionários, principalmente os novos e também os estagiários se perdem, porque se você não sabe ou não lembra, da classe farmacológica, você se perde e, aí, o processo não é otimizado, aí, a melhor maneira que eu vi, é colocar por ordem alfabética e por forma farmacêutica (F14)”.*

Em relação à ordem dos medicamentos nas prateleiras e/ou armários, com exceção das duas farmácias acima mencionadas, todas o fazem por ordem alfabética e por forma farmacêutica. Quanto à organização dos medicamentos todas as farmácias possuem locais específicos e separados para cada tipo de produto. Medicamentos de um lado, material médico-hospitalar de outro, medicamentos da portaria 344/98 em armários fechados, medicamentos termolábeis na geladeira, assim por diante.

### **5.7.3. Controle de Estoque (Registro de Entradas e Saídas) e Inventário**

Em relação ao controle dos estoques, mais especificamente ao registro de entradas e saídas dos medicamentos (pergunta: Que tipo de registro de estoque é utilizado pela farmácia?) foram identificadas, nos depoimentos dez idéias centrais, em virtude desta amplitude, apenas alguns discursos serão descritos, sendo os resultados gerais apresentados de forma sumária pelo Quadro 11

Considerando que o inventário é o confronto do estoque físico com a posição do estoque registrado e que a posição do estoque e, conseqüentemente, a realização do inventário somente é possível mediante o registro da movimentação

dos bens de consumo (Marin, et al, 2003), optou-se em apresentar as repostas sobre a realização do inventário intercaladas e associadas aos comentários sobre as modalidades de registro de estoque, utilizadas pelas instituições.

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Frequência (n=25)	Percentuais
IC <sub>9A</sub>	A gente tem o registro e o controle do estoque dos medicamentos controlados, dos demais não (F19, Ps07, E22).	3	12%
IC <sub>9B</sub>	Durante o dia a gente anota tudo em planilhas, nós sabemos o que sai de dia, mas durante a noite, não, porque não é marcado (F1)	1	4%
IC <sub>9C</sub>	Eu tenho registro do que entra, isto é das Notas fiscais, mas do que sai da farmácia, não (F3)	1	4%
IC <sub>9D</sub>	Há um caderno na farmácia onde é anotado tudo que sai (P23, Ps24)	2	8%
IC <sub>9E</sub>	Nosso sistema de registro de entradas e saídas é informatizado, mas eu não tenho acesso no sistema à posição do estoque (F18)	1	4%
IC <sub>9F</sub>	Nosso sistema de controle de estoque é informatizado, mas ele está "furado" (F15, Ps21)	2	8%
IC <sub>9G</sub>	A mão, por enquanto eu estou fazendo em fichinhas, uma ficha para cada medicamento, mas estamos em fase de implantação de um sistema informatizado (F4)	1	4%
IC <sub>9H</sub>	A gente tem um controle das entradas e saídas, em um fichário, ficha comum e, aí, a cada dois ou três dias a gente faz a contagem de todo o estoque da farmácia (E11)	1	4%
IC <sub>9I</sub>	Nosso sistema de controle de estoque, entradas e saídas é informatizado (E20, F9, F14, F25, P5, P6, P8, P10, P13, Ps12, Ps16)	11	44%
IC <sub>9J</sub>	Nosso sistema de controle de estoque é informatizado e com código de barras, tudo o que sai da farmácia passa pelo código de barra (F2, F17)	2	8%

**Quadro 11: Registro de Estoque e Inventário**

## Comentários

Em relação ao controle de estoque, mais precisamente registro de entrada e saídas, em três casos (IC<sub>9A</sub>), não há menção de qualquer tipo de registro sobre a movimentação dos estoques, a não ser dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98. Em virtude disso não realizam inventário, mas ao final do ano ocorre uma contagem de estoque. Vale ressaltar que nestes hospitais dois profissionais (E22 e PS07), desempenham outras atividades e não trabalham exclusivamente na farmácia e no caso do profissional farmacêutico (F19), sua jornada de trabalho é reduzida e exerce suas atividades, sozinho. Nestes hospitais não há sistema informatizado para o controle de estoque e em dois casos a farmácia não dispõe de computadores.

No entanto, a necessidade de um registro da movimentação do estoque e sua repercussão sobre a previsão da demanda e gastos desnecessários em virtude da inexistência de um programa direcionado a esta finalidade, foi expressa por um dos entrevistados (F19): *“Eu gostaria muito que tivesse um programa, para poder controlar e registrar a movimentação deste estoque, até para evitar gastos desnecessários. Pois como você mesma pode ver a análise da movimentação do estoque e das faltas é visual, e às vezes as faltas passam despercebidas e, aí, quando você menos espera você acaba esquecendo, de pedir aquele medicamento e acaba faltando e, aí, dá aquele transtorno.”*

Já em outro que segue (IC<sub>9B</sub>), a farmácia realiza durante o dia o registro da movimentação do estoque em planilhas, mas à noite esta sistemática não acontece, trazendo vários transtornos ao serviço de farmácia, conforme pode ser observado no discurso,

**DSC<sub>9B</sub>:** *“Durante o dia, a gente anota tudo o que sai e o que entra na farmácia em planilhas, a mão mesmo e a noite como a farmácia não é 24h, se precisar de medicamentos por alguma eventualidade, elas (enfermagem) entram na farmácia. Elas sabem que têm que anotar e marcar o que foi retirado, pois já foi avisado, conversado várias vezes e as planilhas ficam disponíveis, ficam aqui em cima do balcão. Só que a gente sabe que elas não marcam, não anotam, o que é retirado, infelizmente, ainda isso não acontece. Aí, a gente não tem controle exato, do que tem hoje na farmácia e do movimento do estoque. Nós sabemos o que sai da farmácia, quando estamos aqui, só que durante a noite não (um suspiro) isso tudo é muito complicado, afinal a responsabilidade dos medicamentos é minha, mas elas não entendem, ou não querem entender [...] mas eu estou lutando para mudar isso, sei que não vai ser fácil conseguir [...], mas eu vou tentando.”*

Neste discurso o profissional deixa transparecer sua frustração, pois todo o trabalho realizado durante o dia acaba sendo prejudicado pela atitude dos profissionais do plantão noturno. O confronto do estoque físico com o registro das planilhas, neste caso é sistemático, quase todos os dias há contagem dos estoques e devido a este controle é que o profissional constata que a noite a colaboração já solicitada, ainda não foi atendida. *“Elas sabem que têm que anotar e marcar o que foi retirado, pois já foi avisado, conversado várias vezes [...] Só que a gente sabe que elas não marcam, não anotam, o que é retirado.”*

Em 16% dos casos (IC<sub>9C</sub>, a IC<sub>9E</sub>) os entrevistados não realizam inventário, por motivos relacionados ao registro da movimentação do estoque. Em três casos (IC<sub>9C</sub> e IC<sub>9D</sub>), ocorre o registro de apenas uma movimentação ou da entrada ou da saída, não permitindo, assim, conhecer a posição atual do estoque. Já em outro caso (IC<sub>9E</sub>), o profissional registra num sistema informatizado as entradas e saídas, mas o sistema não lhe fornece a posição do estoque.

Em outras duas entrevistas (IC<sub>9F</sub>) ocorre o relato de registro informatizado de entradas e saídas, mas o “sistema está furado”. O problema segundo uma das entrevistadas é o “programa de informática”, o software utilizado pela instituição que não é bom, *“o software que a gente tem não funciona, ele não é confiável e, justamente, por isso, estamos mudando o programa”*. Nesta instituição o problema detectado no programa, somente foi possível, pois o entrevistado realiza o inventário a cada trinta dias e os furos de estoque encontrados, após rastreamentos dos dados, foram atribuídos a problemas no software. Já na outra instituição, provavelmente, a alimentação do sistema não acontecia de maneira efetiva e no momento o inventário não está sendo realizado, conforme o relato:

*“Quando eu cheguei aqui, o estoque já estava furado, o nosso problema não é o programa, pois ele é bom é um dos melhores, mas ainda está “furado”. Desde que eu entrei aqui, há menos de um mês, eu estou, na medida do possível, dando baixa e entrada no sistema, mas está furado, é que eu tenho que primeiro achar tempo e contar o estoque para poder atualizar o sistema. Depois de atualizar o sistema eu pretendo fazer o inventário duas vezes por semana, no mínimo, acho que é suficiente até eu conseguir organizar tudo.”*

O registro da movimentação do estoque, na forma de registro manual ocorre em dois casos (IC<sub>9G</sub> e IC<sub>9H</sub>), sendo mencionado, em um dos casos está em fase de

instalação um sistema informatizado; no outro caso não há esta perspectiva, mas isto não impede que o inventário aconteça, conforme pode ser observado nos discursos, que seguem:

**IC<sub>9G</sub>: A mão, por enquanto eu estou fazendo em fichinhas, uma ficha para cada medicamento, mas estamos em fase de implantação de um sistema informatizado (F4).**

**DSC<sub>9G</sub>:** *“O registro de entradas e saídas é feito a mão, por enquanto eu estou fazendo em fichinhas assim, né! Aí, nas fichas têm a descrição do medicamento, o código, a forma, se é ampola, drágeas e comprimido, daí, aqui eu coloco as entradas e as saídas, assim como se fosse um livro de psicotrópicos, só para ter um controle melhor. O registro não é informatizado, ainda, já foi feito o inventário só que não foi jogado para dentro do programa novo, ainda, e, aí, eu não posso usá-lo ainda. A gente tinha outro programa, mas não funcionava direito, mas quando o programa novo estiver totalmente alimentado, aí, vai dar para dar saída por paciente, tudo certinho, e que aqui por enquanto a saída é total, aí, você não sabe para onde que foi o medicamento, se foi para a clínica, se foi para o Pronto Socorro, é complicado. Mas esperamos que o novo programa comece a funcionar logo, aí, terei um controle melhor sobre os medicamentos.”*

**IC<sub>9H</sub>: A gente tem um controle das entradas e saídas, em um fichário, ficha comum, e, aí, a cada dois ou três dias a gente faz a contagem de todo o estoque da farmácia (E11).**

**DSC<sub>9H</sub>:** *“A gente tem um controle de entradas e saídas em um fichário, ficha comum, e, aí, a cada dois ou três dias a gente faz a contagem de todo o estoque da farmácia, ou seja, durante o dia a gente anota num caderno o que saiu, depois passa para as fichas e de dois a três dias a gente controla o que tem no estoque, conforme o que saiu. Para verificar se realmente fecha se houve desperdício, se saiu alguma coisa além do normal, então este controle é feito desta forma.”*

Vale ressaltar que neste último caso, apesar do sistema adotado demonstrar ser efetivo, trata-se de um estoque de medicamentos pequeno e o profissional relata ser trabalhoso o procedimento, mas é a única ferramenta disponível para controlar a movimentação do estoque. Cabe ressaltar que, nesse caso, a enfermagem tem livre acesso a farmácia, exigindo maior zelo do entrevistado no sentido de verificar se a movimentação dos estoques está ocorrendo de forma a evitar “desperdícios”.

O sistema de registro informatizado, de entradas e saídas, ocorre em 52% dos hospitais, sendo que em dois deles (IC<sub>9J</sub>) além do sistema informatizado contam com o auxílio do código de barras, sendo que todos os medicamentos que saem da farmácia passam pelo código de barras e já entram diretamente na ficha do



paciente. Nos demais (IC<sub>91</sub>) ao final do dia ou entre uma atividade e outra, de posse do registro de saídas (prescrições médicas e/ou folhas de gasto do setor e/ou transcrições das prescrições) é toda baixa dos medicamentos no sistema, vale ressaltar que nestes casos alguns hospitais realizam a saída dos medicamentos não por paciente e, sim por setor, ou de forma geral, sem distinguir o destino.

Das treze instituições, acima mencionadas (52%), todas realizam o inventário anual, sendo que destas, quatro realizam somente o inventário anual, ou em alguma situação especial, como por exemplo, troca de presidente ou diretor da instituição. Nas demais instituições, além do inventário anual, há a realização de inventários em espaços mais curtos de tempo; sendo que o inventário mensal é realizado por seis hospitais, e destes seis, dois ainda realizam o inventário semanal dos medicamentos de maior giro. Já o inventário bimensal, o inventário semanal e o inventário permanente, foram citados respectivamente, por um entrevistado.

Quanto à frequência dos “furos de estoque” das instituições que realizam inventário (60%), em onze delas o inventário demonstra a baixa frequência de “furos” no registro da movimentação dos estoques, *“sempre aparece um furo ou outro, mas é muito pouco e se aparecer à gente vai atrás e tem como descobrir o que está acontecendo, porque tem como rastrear”*. No entanto, dois entrevistados relataram que apesar dos procedimentos adotados, quando há inventário os furos de estoque aparecem com muita frequência, um terceiro entrevistado relatou que a esta situação ocorre com os frascos de soro, conforme ilustra os depoimentos:

*“Não tenho quase furos de estoque nos medicamentos, muito pouco, aonde aparecem mais furos de estoque é nos soros, é que às vezes a enfermagem deixa cair no chão e, aí, os frascos de soro quebram, aí, elas (enfermagem) pegam para repor no almoxarifado lá em cima, e não me avisam.”*

*“Temos bastante furo de estoque, pois são várias pessoas que mexem nos medicamentos (a enfermagem tem livre acesso a farmácia) não é uma pessoa só, por isso que eu acho que acontece isso.”*

*“A gente conta o estoque todos os dias e, mesmo assim, tem muito furo. Nosso maior problema hoje é a digitação, ontem mesmo teve um furo enorme, eu fiquei o dia inteiro procurando, aí, encontrei “erro de digitação”. Minha maior preocupação na farmácia é estoque, não sei qual é o caminho, sou bem sincera ao dizer para ti, não sei, se é a forma de informatização, talvez o código de barras diminuiria o problema, porque o volume de trabalho é muito grande. Nós tínhamos, até bem pouco tempo atrás, um computador e somente agora*

*que eu consegui um computador novo, depois de dez anos de casa. O computador que eu tinha não rendia, era lento, então agora eu consegui um novo e, aí, agora eu tenho um novo e mais um velhinho. Aí, quando eu comprei o computador novo, teve um setor que disse que a farmácia não precisava de um computador daquele porte, porque não tinha volume de trabalho. Aí, eu fiz uma impressão de tudo o que foi feito na farmácia em um mês e levei um arquivo inteiro para o administrativo ver: “Oh! Aqui está a justificativa!” Se eu não fizer assim eu não compro, não ganho as coisas para a farmácia. Então só para você ter uma idéia eu fiz um relatório ontem, de saída de um tipo de agulha, de mais ou menos um mês de consumo, eu tinha mais de 100 páginas de digitação só de um tipo só de agulha. Aí, eu te pergunto: Como é que não tem volume de trabalho? Eu tenho um problema aqui de questão administrativa, pois pela importância que o setor de farmácia tem frente às outras atividades é muito pouco investido no setor de farmácia. Eu queria ver se a farmácia parasse de funcionar um dia, para ver o que aconteceria, a internação depende do meu serviço, o laboratório depende do meu serviço, todas as clínicas dependem do serviço de farmácia [...]”*

Estes três depoimentos mostram aspectos relevantes em relação ao controle dos estoques, nos dois primeiros temos a questão do acesso. No primeiro depoimento o acesso irrestrito do pessoal da enfermagem, pois a farmácia não dispõe de funcionários exclusivos para desempenhar as atividades, acaba por dificultar o controle sobre os medicamentos e no segundo caso o acesso sem o conhecimento da farmácia ao almoxarifado geral de material médico-hospitalar, pois como o entrevistado relata “*eu não consegui chegar lá ainda*”. Já o último relato, apresenta uma estrutura que não suporta o grande volume de trabalho que a farmácia apresenta. O discurso de uma maneira indireta atribui os erros de digitação ao excesso de trabalho e a falta de estrutura dos equipamentos de informática, sendo que a farmácia, até então, dispunha de somente um “*computador que não rendia, era lento*”, e a falta de reconhecimento e valorização do serviço de farmácia, por parte de um setor específico e da administração.

## **5.8 - SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Visando identificar como ocorre o processo de distribuição de medicamentos nos hospitais, foram realizadas duas perguntas abertas e uma fechada. Com a primeira questão, procurou-se conhecer a sistemática adotada para a distribuição de medicamentos da Farmácia Hospitalar às unidades de internação e com as outras duas questões, verificar a existência de estoques de medicamentos em setores não

vinculados à farmácia e, assim, identificar a existência de fluxos paralelos de distribuição de medicamentos e suas implicações no processo.

- a) Como ocorre o processo de distribuição de medicamentos às enfermarias e/ou setores de internação? Fale um pouco sobre isso.
- b) Há algum outro local ou setor, além do serviço de farmácia, que possui estoques de medicamentos? Quais são eles.
- c) Por que há estoques de medicamentos nestes locais ou setores? Comente um pouco sobre isso

### 5.8.1 - Distribuição de medicamentos às enfermarias e/ou setores de internação.

Com as respostas obtidas sobre questionamento, de como ocorre o processo de distribuição de medicamentos às enfermarias e/ou setores de internação, foi possível identificar quatro idéias centrais, que são apresentadas no quadro abaixo:

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Frequência (n=25)	Percentuais
IC <sub>10A</sub>	A enfermagem entra na farmácia, separa, fraciona e distribui os medicamentos. (E11, E20, E22, PS24)	4	16%
IC <sub>10B</sub>	A enfermagem faz a transcrição da prescrição e a farmácia fraciona, separa e distribui os medicamentos (F3, F4, F15, F19, F25, P5, P6, P13, P23, PS7, PS12, PS16, PS21).	13	52%
IC <sub>10C</sub>	A farmácia recebe a prescrição, separa, fraciona e distribui os medicamentos. (F1, F2, F9, F18, P8, P10,).	6	24%
IC <sub>10D</sub>	A farmácia recebe a prescrição, separa, fraciona e distribui os medicamentos por paciente e por horários de administração (F14, F17).	2	8%

**Quadro 12: Distribuição de medicamentos as enfermarias e/ou setores**

**IC<sub>10A</sub>: A enfermagem entra na farmácia, separa, fraciona e distribui os medicamentos (E11, E20, E22, PS24)**

**DSC<sub>10A</sub>:** “O médico prescreve e com a prescrição a gente (enfermagem) vai até a farmácia e, aí, separamos todos os medicamentos que vai ser necessário, seringa, agulha, todas as coisas que são necessárias para fazer a medicação por paciente para 24 horas. Os comprimidos, cápsulas são fracionados e identificados. As pomadas, a gente leva as bisnagas, os líquidos, vai o frasco inteiro e a gente vai usando, quando acabou o frasco a gente (enfermagem) vai lá (farmácia) e pega outro. Os não fracionados saem por setor e ficam armazenados no postinho de enfermagem. Depois de separar o que o paciente vai usar, colocamos tudo dentro de um pote com a identificação do quarto, leito e o nome do paciente. Aí, é anotado tudo o que foi tirado da farmácia, os medicamentos, seringa, luva e levamos tudo até o posto de enfermagem. A gente (enfermeira chefe) teve que dar autonomia para a enfermagem, pegar os medicamentos, porque não tem como deixar uma pessoa disponível na farmácia o tempo todo, então a enfermagem tem livre acesso a farmácia, todos estão habilitados para vir na farmácia e fazer a dispensação e, por isso, a gente adotou esta forma de controle e registro diário, marcar o que pegou. No posto de enfermagem, a gente (enfermagem) faz a divisão dos horários e o medicamento fica guardado até a hora de entregar ao paciente.”

**IC<sub>10B</sub>: A enfermagem faz a transcrição da prescrição e a farmácia fraciona, separa e distribui os medicamentos (F3, F4, F15, F19, F25, P5, P6, P13, P23, PS7, PS12, PS16, PS21).**

**DSC<sub>10B</sub>:** “O médico fez a internação do paciente, ele faz o prontuário e, aí, a enfermagem vai lá e faz uma transcrição para o papel, onde elas preenchem com o nome do paciente, o leito, o material médico hospitalar, as medicações, o horário certinho, a data e elas assinam embaixo, aí, esta transcrição vem para a farmácia e a farmácia libera a medicação por paciente para 24 horas. Aí, é assim, eu sigo a transcrição da prescrição e faço a separação dos medicamentos e dos materiais conforme o pedido, eu coloco tudo dentro de uma embalagem plástica, identificada com o nome do paciente, número de leito e quarto. Os comprimidos, cápsulas já vão fracionados, as ampolas e o material médico-hospitalar, vão as quantidades certas para as 24 horas. Os líquidos, pomadas, elas têm o estoque nos postos de enfermagem e lá elas fazem o fracionamento, então enquanto tem lá, elas vão usando para todos os pacientes.”

**IC<sub>10C</sub>: A farmácia recebe a prescrição, separa, fraciona e distribui os medicamentos (F1, F2, F9, F18, P8, P10).**

**DSC<sub>10C</sub>:** “Através da prescrição original do médico, a enfermagem traz a prescrição e a gente seleciona e separa os medicamentos e o material médico-hospitalar que foram pedidos, por paciente para as 24 horas. Os injetáveis vão por ampola, os comprimidos, cápsulas, (sólidos orais) já estão fracionados com o nome do medicamento, concentração, lote, validade, tudo certinho, mas os líquidos, as pomadas não, estes vão na embalagem original ao setor de enfermagem, aí, quando elas entregam a embalagem vazia eu mando outro frasco. Depois de separar a medicação por paciente eu coloco numa embalagem plástica, identificada com o nome do paciente, leito, quarto e, aí, a enfermagem vem buscar.”

**IC<sub>10D</sub>:** A farmácia recebe a prescrição, separa, fraciona e distribui os medicamentos por paciente e por horários de administração (F14, F17).

**DSC<sub>10D</sub>:** *“O médico avalia o paciente na unidade e lá ele prescreve, chegou à prescrição na farmácia, é feito a leitura da prescrição e a seleção das medicações e do material médico-hospitalar, depois da seleção, a medicação é separada por horário e colocada na embalagem da “dose unitária”, aí, é identificado o nome do paciente, o quarto, leito e os horários. Os sólidos e líquidos orais já estão fracionados e devidamente identificados, os injetáveis vão por ampola, as pomadas vai frasco inteiro, por paciente, aí quando acabar e o paciente precisar de mais, a enfermagem tem que me trazer o frasco vazio, senão, não entrego. À medida que vai separando a medicação o pessoal da farmácia já vai dando baixa no sistema, na conta do paciente. A farmácia que leva a medicação, com carrinhos e é padronizado o horário das entregas, lá o funcionário da farmácia confere a medicação junto com a enfermagem.”*

## Comentários

O primeiro discurso (DSC<sub>10A</sub>), que corresponde a 16% dos entrevistados, mostra que a enfermagem, de posse da prescrição, dirige-se à farmácia e faz a separação dos medicamentos que irá administrar ao paciente, bem como o fracionamento e identificação dos comprimidos e cápsulas. Observa-se que o serviço de enfermagem assume as funções da farmácia em virtude da não disponibilidade de um funcionário exclusivo ao setor e, também, em função disso tem livre acesso a ela. Como consequência, foi estabelecido um controle de retiradas, cada profissional que entrar na farmácia deve marcar diariamente o que retirou.

Os medicamentos fracionados, material médico-hospitalar são separados e retirados da “farmácia” por paciente e para 24 horas, os demais são retirados por setor e ficam armazenados nos postinhos de enfermagem. Neste discurso, não há menção do profissional farmacêutico e, neste caso específico, percebe-se que a enfermagem dedica parte do seu tempo realizando funções e atividades relacionadas ao setor de farmácia.

No entanto, pode-se observar durante as entrevistas que os profissionais de enfermagem, não estão satisfeitos em gerenciar a farmácia e sentem-se sobrecarregados com as diversas funções que lhe são impostas. Todos expressaram o desejo de que tivesse um funcionário exclusivo para a farmácia, dois dos entrevistados desejam a presença de um farmacêutico mais atuante e

participativo e compreendem que esta pessoa, farmacêutico ou não, traria benefícios e mais controle sobre os medicamentos. No entanto, quando lembram, das condições financeiras da instituição conformam-se com a situação imposta, como pode ser observado no discurso abaixo, cuja idéia central é: **Falta um funcionário para a farmácia, com ele, o serviço se tornaria bem melhor? (E11, E20, E22, PS24).**

***DSC** “O bom seria que a gente tivesse uma pessoa responsável pela farmácia 24 horas, um farmacêutico, ou um funcionário mesmo, o tempo todo disponível na farmácia, para organizar, fracionar os medicamentos, para controlar tudo isso, pois é complicado, o serviço atrasa, às vezes faltam medicamentos, a gente esquece, de comprar. Eu acho que falta isso, um funcionário, o serviço se tornaria bem melhor, pois a minha função é atender os pacientes, mas fazer o que, né?!! O serviço da farmácia tem que ser feito e não é viável para o hospital, pois o hospital não tem como pagar um funcionário só para a farmácia.”*

Por outro lado, a sistemática adotada para a distribuição de medicamentos, apresentadas nos discursos DSC<sub>10B</sub> e DSC<sub>10C</sub>, indicam um sistema de distribuição mais estruturado, pois o setor de farmácia assume suas funções no processo de distribuição de medicamentos e dentre as dezenove instituições, em oito delas têm a participação e o acompanhamento de profissionais farmacêuticos no processo.

Os dois discursos (DSC<sub>10B</sub> e DSC<sub>10C</sub>) são similares em vários aspectos. Ambos relatam a separação e distribuição dos medicamentos sólidos de uso oral e das ampolas por paciente para 24 horas. Os sólidos orais já estão fracionados e, portanto dispensam a quantidade e a dose correspondente ao paciente, não havendo necessidade da enfermagem realizar este procedimento. As ampolas são distribuídas por unidade sem sofrer processo de manipulação pelo serviço de farmácia, quem as prepara neste caso é a enfermagem.

Nos dois casos, o serviço de farmácia não realiza o fracionamento dos medicamentos líquidos, pomadas, emulsões, dentre outros e a solicitação destes à farmácia, em alguns hospitais, são realizadas por setor de enfermagem e, em outros hospitais por paciente, conforme ilustram alguns depoimentos:

*“Os líquidos a enfermagem tem o estoque nos postos de enfermagem, e lá elas fazem o fracionamento, porque aqui não tem um lugar adequado para fracionar, aí, esta reposição é feita por setor e não por paciente.” (F19)*

*“A medicação que não é fracionada se faltou no setor elas (enfermagem) pedem, então enquanto tem lá (estoque), elas vão usando para todos os pacientes, então enquanto tem paciente tomando, elas vão usando, faltou tira no pedido para o próximo paciente.” (Ps7)*

*A medicação que não é fracionada vem nesta requisição por setor com as doses, aí, a farmácia calcula quantos vidros deve enviar para aquele setor para que dê para todos os pacientes que estão usando, e como a gente não fraciona os líquidos, ainda, descem os vidros inteiros para a enfermagem, e ali elas dosam as quantidades por paciente.” (P6)*

*“Os xaropes e os líquidos, a gente costuma dar baixa no sistema por ml, então a gente entrega para os setores de enfermagem, por exemplo, um frasco de xarope, e elas dão para os pacientes que estão usando, aí, elas transcrevem para a gente na folhinha do paciente por ml, então eu vou lá no sistema e dou baixa, 5ml, 6ml, dependendo do que o médico está pedindo, então quando acaba o frasco, elas vêm e pegam outro, então a gente não dá baixa por setor, e sim por paciente que toma” (F15)*

Apesar das muitas semelhanças que os discursos (DSC<sub>10B</sub> e DSC<sub>10C</sub>) apresentam, há divergências em relação à prescrição médica. No DSC<sub>10C</sub>, a farmácia recebe a cópia da prescrição original (geralmente carbonada e alguns casos a prescrição original) ao passo que no DSC<sub>10B</sub>, que contempla 52% dos casos, a farmácia não tem acesso à prescrição original, pois recebe a transcrição da prescrição pela equipe de enfermagem e, em um dos relatos, o entrevistado justificou o não recebimento da cópia carbonada da prescrição da seguinte forma: *“A transcrição da prescrição é feita em pequenos pedaços de papel (uma espécie de bilhete), o verso da folha do eletrocardiograma, pois a administração do hospital quer economizar em papel e não quer gastar com carbono”.*

Este fato relacionado à transcrição da prescrição é um aspecto preocupante, já que treze instituições adotam esta prática e, segundo a literatura, a transcrição da prescrição é um dos fatores que propicia o aparecimento de erros de medicação em hospitais e coloca em risco toda a dispensação, pois ao transcrever um medicamento prescrito, corre-se o risco de equívocos com o nome do medicamento, dosagem ou no esquema terapêutico e, dificilmente, a farmácia terá como perceber e corrigir esse tipo de engano (ANDRADE DOS SANTOS, 2006; SANCHÉZ, et al., 2002).

Durante algumas entrevistas pode ser observado *in loco* e, especificamente, em uma delas foi ressaltado que a “solicitação verbal dos medicamentos” por parte

da enfermagem é um problema para o bom andamento da farmácia, conforme relato: *“Aqui na farmácia meu maior problema é trabalhar com o pessoal de enfermagem, é difícil, é bem difícil, porque assim, tem a questão do prontuário, eu tenho que ficar pedindo para elas trazerem os prontuários, as receitas dos psicotrópicos. Eu tenho que ficar no pé delas, é bem complicado, elas querem pedir muita coisa de boca: “me dá este medicamento que depois eu te trago a receita”. É bem complicado.”*

A logística do medicamento, no ambiente hospitalar e determinadas condutas, como a “solicitação verbal dos medicamentos”, “transcrição da prescrição”, “estoques de medicamentos nas enfermarias”, dentre outros fatores, favorecem o desvio de medicamentos nas instituições (ANDRADES DOS SANTOS, 2006). Este problema pode ser ilustrado com o depoimento que segue: *“No centro cirúrgico, o que acontecia lá, ficava aquele medicamento lá, não tinha como lacrar os medicamentos, como trancar e, aí, acabava sumindo certos medicamentos. Nas cirurgias têm muito anestésicos e bem esses que acabavam sumindo”*.

Ainda em relação à distribuição dos medicamentos apresentados nos DSC<sub>10B</sub> e DSC<sub>10C</sub>, constatou-se, durante as entrevistas, que em algumas farmácias, não há conferência conjunta entre “farmácia e enfermagem” no momento da distribuição dos medicamentos aos setores e como as embalagens onde são colocados os medicamentos não são lacradas, caso venha alguma reclamação que o medicamento solicitado não foi entregue, ou foi trocado por outro, não há como ter certeza do que foi feito como pode ser observado em um dos relatos:

*“O que acontece, eu gostaria que elas (enfermagem) conferissem aqui comigo a medicação, na farmácia, na hora da entrega, mas isso não acontece aqui, elas levam no setor para conferir. Isso acontece também porque aqui (farmácia) o espaço é pequeno para conferir. No caso a medicação não vai embalada, lacrada, não vai num saquinho, ela vai aberta (bandejas ou potes) e no caso, se sumir alguma coisa, no meio do caminho, elas podem me acusar, dizer que eu não mandei ou que troquei a medicação. É difícil eu errar alguma coisa, no máximo eu esqueço de mandar alguma coisa. Como a rotatividade de medicamentos não é muito alta e se você fez a separação dos medicamentos, você sabe o que esqueceu. “Ah! é mesmo, eu esqueci isso”. Mas, aí, como não é embalado, lacrado, aí, você não tem uma segurança e fica pensando: “Será mesmo que eu não mandei??!!” Então a gente tem que mudar isso também, eu até estou pensando em trazer uma seladora de casa, só que tem que ver se eles vão me dar o plástico, entendeu, para embalar, porque lacrado, vai ser melhor.”*

A maioria dos entrevistados trabalha sozinho na farmácia, fato este que pode dificultar a conferência conjunta no momento da entrega dos medicamentos à enfermagem; no entanto esta conferência ou a entrega dos medicamentos em



embalagens lacradas e que permite a visualização e conferência dos medicamentos sem violá-las, certamente daria mais segurança ao processo.

Já em dois estabelecimentos (DSC<sub>10D</sub>), ocorre o fracionamento dos medicamentos orais sólidos e líquidos e as ampolas são distribuídas por unidade. Os medicamentos após fracionamento são entregues por paciente, separados por horário de administração e à medida que o medicamento é separado já é dada baixa, do mesmo, no sistema informatizado na conta do paciente. A prescrição original chega à farmácia, sendo que em uma das instituições analisadas a prescrição é eletrônica. Quanto à entrega dos medicamentos, quem o faz são os profissionais que trabalham na farmácia, em horários pré-estabelecidos e na hora da entrega é realizada a conferência conjunta entre a farmácia e a enfermagem.

Em uma das instituições o serviço de farmácia dispensa o medicamento por paciente para as 24 horas, já na outra a dispensação dos medicamentos ocorre por horário. “[...] eu distribuo por horário, a gente entrega no setor uma a duas horas antes do horário de administração, por exemplo, para o horário das 16 horas, a gente entrega entre 13:00 e 14:00 horas, o meu último prazo é as 15:30 horas, se não fica muito difícil para a enfermagem, então para cada horário é feito assim [...] melhorou o meu controle sobre os medicamentos e, aí, não fica medicamentos nos setores.

Observa-se com o discurso (DSC<sub>10D</sub>) que se trata de um serviço mais estruturado e organizado que os demais. Tem-se o fracionamento dos medicamentos de uso oral, tanto os sólidos como os líquidos, mas não são unitarizados os medicamentos de uso tópico e não há uma central de diluição dos medicamentos injetáveis, a conferência da prescrição pelo profissional farmacêutico foi citada, por um dos entrevistados: “Eu olho a prescrição e o que está sendo dispensado na hora da segunda conferência, na medida do possível é claro. Então quando eu chego de manhã, eu chego umas sete horas, sempre de manhã neste horário, eu gosto de ajudar na re-conferência do que está sendo distribuído, pois eu gosto de saber o que está acontecendo com a dose unitária, isso é bom, pois além da conferência eu consigo avaliar o trabalho dos meus funcionários. Aí, eu sento junto com o funcionário e a gente vai fazendo a segunda conferência, e, assim, vai indo, às vezes eu consigo ficar uma duas horas nesta função. Mas às vezes não dá, aí, vou supervisionando no geral, qualquer dúvida ou irregularidade eles me chamam”. (F14)

Em relação ao depoimento sobre a conferência da prescrição médica pelo farmacêutico, observa-se no discurso que o profissional reconhece a importância

desta prática e na medida do possível tenta encontrar tempo em meio às atividades para desempenhar esta função e a inconstância ou a inexistência deste procedimento provavelmente justifica-se por serem hospitais com atendimentos e serviços mais complexos e o profissional farmacêutico, conseqüentemente, acaba sendo absorvido por atividades técnico-operacionais.

#### 5.8.1.1 Fracionamento dos Medicamentos

Neste trabalho, não foi realizada uma pergunta pontual sobre em que condições ocorriam o fracionamento dos medicamentos, mas o discurso de como o “serviço de farmácia” realiza este processo, aflorou durante as entrevistas.

Em relação ao fracionamento dos medicamentos, mas especificamente dos “sólidos orais”, tanto no DSC<sub>11A</sub>, como nos DSC<sub>11B</sub> e DSC<sub>11C</sub>, o fracionamento dos medicamentos diverge quanto ao local, rotulagem e momento do fracionamento, conforme tabela:

Síntese das Idéias Centrais (IC)		Freqüência (n=23)	Percentual
<b>IC<sub>11A</sub></b>	O fracionamento é realizado na hora, num balcão da farmácia e a etiqueta é uma para os quatro comprimidos, o certo seria uma etiqueta para cada um, mas, aí, fica inviável.	4	17,4%
<b>IC<sub>11B</sub></b>	Os fracionados a gente fraciona na hora que a gente vai buscar o medicamento na farmácia, mas os medicamentos são identificados um a um.	1	4,35%
<b>IC<sub>11C</sub></b>	O fracionamento dos medicamentos é realizado com antecedência num balcão ou mesa da farmácia com a identificação de cada medicamento fracionado.	15	65,21%
<b>IC<sub>11D</sub></b>	O fracionamento dos medicamentos é realizado numa sala separada, com antecedência e com identificação individual dos medicamentos.	3	13,04%

**Quadro 13: Fracionamento de Medicamentos**

**IC<sub>11A</sub>:** O fracionamento é realizado na hora, num balcão da farmácia e a etiqueta é uma para os quatro comprimidos, o certo seria uma etiqueta para cada um, mas, aí, fica inviável (E20, P23, E22, F25).

**DSC<sub>11A</sub>:** *“Não há uma área específica para o fracionamento, é feito aqui neste balcão da farmácia. Os fracionados a gente fraciona na hora, recorto, por exemplo, se para o paciente são quatro comprimidos, recorto quatro comprimidos, coloca a etiqueta, sempre procurando deixar aparecer um pedaço indicativo do medicamento, sempre se coloca um esparadrapozinho, uma etiquetazinha, aí, eu coloco a etiqueta no último comprimido. Aí, a enfermagem já sabe que tem a etiqueta e que é para identificar, aí, eles não tiram a etiqueta, usam os outros comprimidos primeiro ou às vezes coloco os quatro comprimidos do paciente, por exemplo, num frasquinho, aí, coloco no lado de fora do frasquinho, o lote, a validade, o nome do medicamento. Das duas maneiras é uma etiqueta para os quatro comprimidos, o certo seria uma etiqueta para cada um, mas, aí, fica inviável. Não é o certo, mas são as condições que eu tenho. O pessoal coopera, pois a gente perdeu muito medicamento uma época, cortava o lote, a validade e, aí, se perdia muito o medicamento.”*

**IC<sub>11B</sub>:** Os fracionados a gente fraciona na hora que a gente vai buscar o medicamento na farmácia, mas os medicamentos são identificados um a um (PS24)

**DSC<sub>11B</sub>:** *“Os fracionados a gente fraciona na hora que a gente vai buscar o medicamento na farmácia, o que é comprimido eu recorto a quantidade por paciente e coloco uma etiquetazinha em todos os comprimidos para não me perder.”*

**IC<sub>11C</sub>:** O fracionamento dos medicamentos é realizado com antecedência num balcão ou mesa da farmácia com a identificação de cada medicamento fracionado (F2, F3, F4, P5, F9, F19, E11, PS7, PS12, PS16, PS21, P6, P8, P10, P13,).

**DSC<sub>11C</sub>:** *“A gente já deixa os medicamentos fracionados, mas não há assim uma área específica para fazer o fracionamento, é feito aqui dentro da farmácia mesmo, neste balcão ou às vezes nesta mesa, são todos etiquetados, todos, um a um, com o nome do medicamento, concentração, forma farmacêutica, lote e validade.”*

**DSC<sub>11D</sub>:** O fracionamento dos medicamentos é realizado numa sala separada, com identificação individual dos medicamentos (F1, F15, F18).

**DSCD<sub>11</sub>:** *“O fracionamento dos medicamentos é feito nesta salinha separada, temos uma mesa, uma pia, uma seladora, é feito ali, aí, todos são devidamente identificados com nome, concentração, forma farmacêutica, lote e validade, aí, ficam prontos para a dispensação.”*

Dentre as práticas seguras para um melhor cuidado com a saúde estabelecidas em consenso pelo *National Quality Forum* (NQF 2003), visando à prevenção de erros de medicação e aumentar a segurança da assistência prestada ao paciente hospitalizado está que ao fracionar e recondicionar os medicamentos, estes devem estar devidamente identificados. Segundo a RDC nº67/2007, o fracionamento de medicamentos em serviços de saúde é um procedimento realizado sob responsabilidade e orientação do farmacêutico, que consiste na subdivisão da embalagem primária do medicamento em embalagens menores, a partir da sua embalagem original, mantendo seus dados de identificação e qualidade.

Ainda segundo esta RDC, o estabelecimento de saúde deve dispor de infraestrutura adequada às operações de fracionamento, contando com uma sala específica, sistema de registro e rastreabilidade das operações, enfim deve seguir os preceitos farmacotécnicos de forma a preservar a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos fracionados.

Considerando esse arcabouço prescritivo em relação ao fracionamento dos medicamentos, a maioria das farmácias não dispõe de infra-estrutura adequada, pois o fracionamento é realizado em bancadas e mesas dentro da área de distribuição ou no próprio balcão de atendimento da farmácia. Não foi observado nem relatado durante as entrevistas o registro destes procedimentos. Como pode ser observado nos discursos. Em algumas farmácias o fracionamento é feito no momento da triagem dos medicamentos, juntamente com confecção das etiquetas que é realizada manualmente, sendo que em alguns casos a etiqueta consiste num “pedaço de esparadrapo”. Os dados da etiqueta em alguns casos estão incompletos e esta não é anexada em todas as unidades.

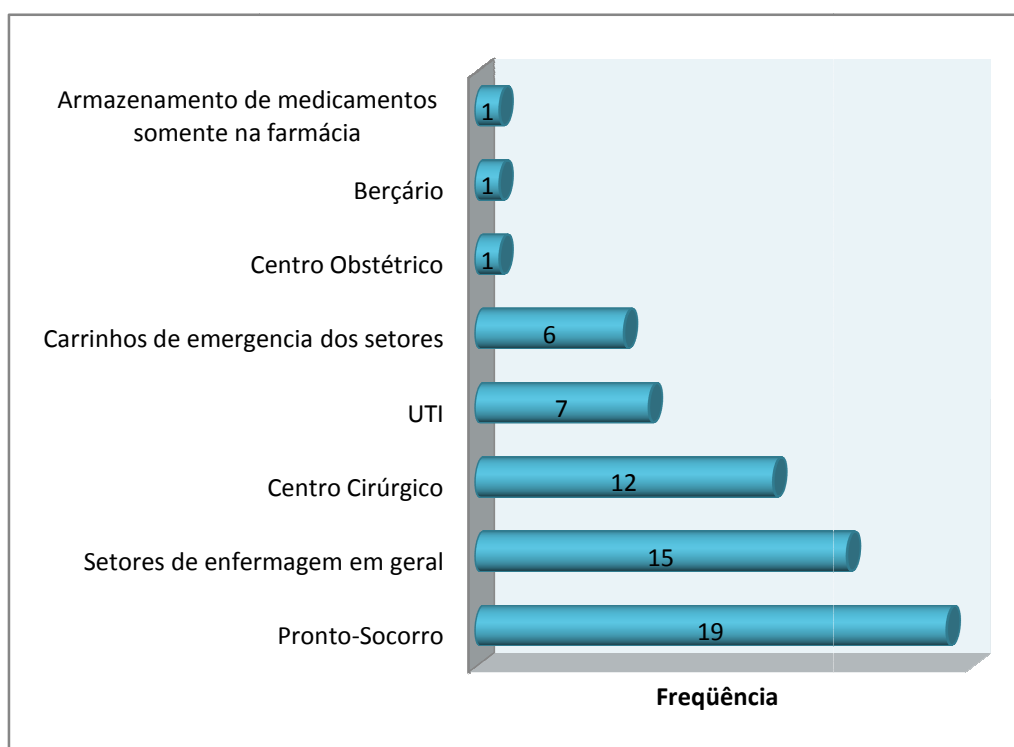
Quanto ao fracionamento dos medicamentos nas duas instituições que compõem o DSC<sub>10D</sub>, foi observado e relatado que ambas dispõem de uma área reservada e específica para realizar este procedimento e todos os medicamentos fracionados estão devidamente identificados. Em uma das entrevistas, houve o relato de que o procedimento de fracionamento é registrado em livro, com o nome do funcionário, nome do medicamento, concentração, lote, validade, para controle e eventual rastreamento do processo.

### **5.8.2 Ocorrência de estoques de medicamentos em setores não vinculados ao serviço de farmácia e os motivos desta ocorrência.**

Visando identificar em quais setores, além dos vinculados à farmácia, havia “estoques de medicamentos” e, conseqüentemente, identificar fluxos paralelos de distribuição de medicamentos, bem como, fatores que podem comprometer a eficácia dos sistemas de distribuição de medicamentos adotados pelas instituições, foram realizadas duas perguntas que seguem:

- a) Há algum outro local ou setor, não vinculado ao serviço de farmácia, que possui estoques de medicamentos? Quais são eles.
- b) Por que há estoques de medicamentos nestes setores ou locais? Comente um pouco sobre isso.

Quanto ao estoque de medicamentos em setores do hospital não vinculados à Farmácia Hospitalar, apenas em uma instituição foi relatado não haver estoque nos setores. Nas demais instituições há o estoque de medicamentos em vários setores do hospital. Sendo que o “Pronto Socorro” foi citado dezenove vezes, seguido pelos “setores de enfermagem em geral” (setores de internação), com um total de quinze citações, conforme gráfico que segue.



**Gráfico 3: Setores que armazenam medicamentos**

A ausência de Farmácia Satélite na instituição foi citada uma vez como sendo o motivo dos estoques de medicamentos no Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, UTI, Carrinhos de emergência, Berçário, Centro Obstétrico e o grau de urgência dos atendimentos foi a justificativa mais citada: “[...] porque são atendimentos ou medicamentos de urgência, não daria tempo de sair correndo até a farmácia buscar o medicamento ou faltou medicamento no meio de uma cirurgia, o paciente não pode esperar [...]”

Durante as entrevistas, foram citados alguns fluxos especiais, ou seja, fluxos diferenciados de distribuição para alguns medicamentos, identificáveis pela idéia central: **Conforme o tipo de cirurgia é feito uma caixa, um kit mesmo (P10, E11, F19).**

**DSC:** “No centro cirúrgico eu criei estas caixas, conforme, o tipo de cirurgia. Para cada cirurgia é feito uma caixa, um kit mesmo, por exemplo, cirurgia de vesícula, já vai tudo o que precisa para a cirurgia da vesícula. Terminando a cirurgia, a caixa volta com o que sobrou mais a folha de gasto e como não são cirurgias constantes, elas são marcadas ou quando tem mutirão, aí, eu elaborei estas caixas, aí, eu tenho um controle melhor sobre os medicamentos e materiais e o que foi realmente usado, se não fica muito difícil. Aí, também como os medicamentos ficavam armazenados lá, tinha que fazer outro controle de validade, seria mais setor um para fazer o controle de validade, e às vezes pelo próprio ambiente, que

é meio úmido, fechado, acabava que estragando algum tipo de medicamentos e até materiais, aí, se viu a necessidade de mudar este processo.”

A solicitação dos medicamentos e a reposição dos estoques a estes setores, na maioria das instituições ocorrem por meio da solicitação ou pedido de enfermagem que vem em nome do setor. A dificuldade em estabelecer um controle sobre os medicamentos utilizados mediante o preenchimento das folhas de gasto do setor pode ser observada neste relato: *“As folhas de gasto que o Pronto Socorro encaminha para a farmácia não é confiável, sempre são preenchidas de maneira errada, quase todas apresentam erros, a grande maioria, deixam de anotar, seringa, agulha, medicamento, luva, etc. Aí, é assim, como não há um controle exato, não tem como saber se o que foi pego lá no Pronto Socorro foi para o paciente ou não, aí, quando a gente vai conferir o estoque nunca fecha.”*

Quanto ao estoque de medicamentos nos setores de internação, os motivos mencionados são os não fracionamentos de todos os medicamentos pela farmácia, já abordado acima e, também, devido ao fato das farmácias não funcionarem 24 horas.

Em duas entrevistas foi mencionado que a farmácia teria um controle mais efetivo sobre os medicamentos se a farmácia disponibilizasse aos setores os medicamentos líquidos já em dose unitária e isso evitaria os estoques nos setores.

**DSC:** *“Eu acho que a nossa maneira de distribuição poderia ser melhor, eu gostaria de ter, assim, um sistema de fracionamento dos medicamentos líquidos também, onde a gente pudesse pegar, e mandar os frasquinhos, já com a dose pronta, com a medicação para 24 horas, aí, eu teria um controle maior, sempre tem um pouco de desperdício, mas, aí, seria menos, né! Pois você acaba mantendo um estoque a mais nos setores e, aí, não precisaria. Eu acho que dessa forma facilitaria muito mais e o controle seria melhor.”* (F19, P8).

Além do fato da farmácia não funcionar 24 horas, um entrevistado (F1) relatou que há estoque de medicamentos nos setores também, porque há uma “visão errada do hospital”, conforme segue o relato:

*“Os estoques nos setores é porque a farmácia não funciona 24 horas e, também, devido a uma visão errônea e viciada do hospital, de que precisa ter medicação no local, porque durante o dia o que deveria ser feito: Deveria ser feito o que é correto, que se faz em qualquer outro hospital, que segue um fluxo, um fluxograma adequado né?! O paciente chega, o médico prescreve, o enfermeiro vem buscar, por prescrição de cada paciente, o que o paciente realmente precisa diretamente na farmácia [...] isso seria o correto, né??!! .Só porque até hoje, nunca foi assim aqui neste hospital, fica tudo estocado no local, a vontade [...] pegam o medicamento, não marcam, é uma bagunça [...] de dia que deveria funcionar*

*direito, não funciona, imagina a noite que a chave da farmácia fica na portaria [...] é uma briga para mudar, é uma luta.”*

#### 5.8.2.1 Horário de Funcionamento da Farmácia e a Chave da Farmácia

Em relação ao horário de funcionamento das farmácias, das vinte e cinco instituições, em sete delas a farmácia “funciona” 24 horas. No entanto, em quatro hospitais o atendimento 24 horas da farmácia justifica-se pelo fato da enfermagem assumir o serviço de farmácia (DSC<sub>10A</sub>), as outras duas são as farmácias que trabalham com a “dose unitária parcial” (DSC<sub>10D</sub>) e a outra farmácia integra o DSC<sub>10C</sub>.

Nas dezoito instituições em que a farmácia não “funciona” 24 horas, em doze delas, nos horários em que a farmácia não dispõe de funcionários para o atendimento, o acesso à farmácia fica restrito a uma pessoa. *“Quando a farmácia não está funcionando a chave da farmácia fica com uma funcionária”*. Em uma instituição o acesso fica restrito somente à farmacêutica que fica em sistema de plantão domiciliar. *“A gente tem os medicamentos de emergência nos postos e fora disso, elas têm que me chamar em casa, pois a chave da farmácia fica comigo”*. E em cinco instituições o acesso à farmácia fica restrito ao serviço de plantão do hospital, neste caso mais de uma pessoa tem acesso. *“A chave da farmácia fica sob a supervisão da enfermagem, fica com o plantão, se precisar pegar algum medicamento elas entram”*.

Em relação ao acesso à farmácia, nos momentos de “não funcionamento” em treze entrevistas observa-se o cuidado de saber e estabelecer quem está autorizado a entrar na farmácia e a chave fica com uma pessoa em particular, que na maioria dos casos é o enfermeiro de plantão, nos hospitais onde há religiosas trabalhando a chave fica com elas, pois segundo os relatos: *“a chave fica com a irmã, pois como ela mora aqui, fica mais fácil”*. Em um caso o acesso à farmácia e, conseqüentemente, a posse da chave, fica sob a responsabilidade de um funcionário vinculado à administração do hospital e em outro caso fica com a farmacêutica.

Nas demais instituições a “chave da farmácia” não fica com uma pessoa em especial, ela fica no setor de enfermagem e em um caso a “chave da farmácia” fica



na portaria do hospital e quando necessário, os funcionários de posse da chave da farmácia têm livre acesso a ela.

A dificuldade de controlar o estoque da farmácia nos períodos de “não funcionamento” e a necessidade de saber e identificar quem tem acesso à farmácia pode ser verificado nos relatos de dois farmacêuticos.

*“À noite, como a farmácia não é 24 horas, se precisar de medicamentos por alguma eventualidade elas entram na farmácia, elas sabem que têm que anotar e marcar o que foi retirado, pois já foi avisado, conversado várias vezes e as planilhas ficam disponíveis, ficam aqui em cima do balcão. Só que a gente sabe que elas não marcam, não anotam, o que é retirado, infelizmente, ainda isso não acontece. Aí, a gente não tem controle exato, do que tem hoje na farmácia e do movimento do estoque. Nós sabemos o que sai da farmácia, quando estamos aqui, só que durante a noite não...isso tudo é muito complicado, afinal a responsabilidade dos medicamentos é minha, mas elas não entendem, ou não querem entender...mas eu estou lutando para mudar isso, sei que não vai ser fácil conseguir...mas eu vou tentando [...]”<sup>8</sup>*

*“Quando eu não estou na farmácia, eu deixo uma lista ali em cima do balcão para elas anotarem: o medicamento, a quantidade, a apresentação, o nome do paciente e o nome da enfermeira que pegou os medicamentos, né?! Por que eu fiz isso? Porque senão eu perdia o controle sobre os medicamentos e, aí, eu não sabia nem quem entrava aqui, entendeu?! E, aí, agora, somente estas duas pessoas que entram na farmácia quando eu não estou. Somente estas duas enfermeiras que podem fazer isso, entrar na farmácia e pegar medicamentos, então fica na mão delas, né?! Se elas quiserem passar a responsabilidade para outra, elas sabem que a responsabilidade é delas, porque se tiver algum problema, a gente vai em cima delas, entendeu! A gente fez isso, para não ter esse **problema de impacto**, de dúvida, aquele ponto de interrogação, se faltar alguma coisa na farmácia: **Quem é que foi agora!!!** Mas agora que somente estas duas pessoas têm acesso, por enquanto está funcionando legal. Mas eu quero melhorar ainda mais isso, pra mim tem muita coisa ainda para melhorar, estão até me chamando de **Mão de vaca**, porque eu quero controlar mais os medicamentos.”*

Estabelecer condutas e procedimentos que assegurem o uso racional dos medicamentos dentro das instituições é um problema e esta situação fica evidente no primeiro discurso, onde “elas” (enfermagem em geral), não respeitam as rotinas estabelecidas pela farmácia, dificultando o controle sobre os medicamentos. No segundo discurso, o profissional sofria do mesmo problema que o anterior, mas conseguiu restringir o acesso aos medicamentos e com isso conseguiu ter um

---

<sup>8</sup> O presente discurso está sendo apresentado pela segunda vez neste trabalho por ilustrar aspectos relevantes sobre condutas que dificultam o controle dos medicamentos pelo serviço de farmácia.

controle maior sobre os mesmos, no entanto, sente e percebe que muita coisa precisa ser melhorada.

## 6 DISCUSSÃO

A Assistência Farmacêutica consiste em um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto de ações 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, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a).

Os benefícios da racionalização do uso de medicamentos se expressam em sofrimentos evitados, na redução do tempo de ação da doença e do período de hospitalização, com repercussões econômicas para o indivíduo, a instituição e a sociedade. O profissional farmacêutico tem importante papel neste processo, pode intervir e colaborar mediante a execução de uma plena assistência farmacêutica no ambiente hospitalar (GOMES; REIS, 2001).

Estima-se que erros de medicação provocam eventos adversos em 2% dos pacientes hospitalizados (OTERO; DOMÍNGUEZ-GIL;2000). Esses erros apresentam conotações especiais quando atingem o paciente hospitalizado, tendo em vista que esta condição está em geral associada a estados patológicos mais graves, maior fragilidade dos pacientes e o uso concomitante de maior quantidade de medicamentos de menor margem terapêutica (CFF, 2004; OSÓRIO DE CASTRO; CASTILHO, 2004).

Neste contexto, a Assistência Farmacêutica Hospitalar constitui um sistema complexo e relevante no âmbito da gestão de sistemas e serviços de saúde, em virtude dos aspectos clínico-assistenciais e pelos altos custos que cercam suas atividades (WILKEN; BERMUDEZ, 1999).

Estudo recente, realizado em nível nacional, com o apoio do Ministério da Saúde, denominado “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”, indicou uma

série de insuficiências, destacando-se a ausência de procedimentos sistemáticos de seleção e programação de medicamentos na maioria dos hospitais. Isso significa que esses estabelecimentos, além das dificuldades decorrentes do elevado preço dos medicamentos, sofrem problemas relacionados à organização inadequada da assistência farmacêutica, o que agrava o problema da falta de medicamentos, gerando grave ônus tanto para o paciente quanto para o sistema público de saúde (OSÓRIO DE CASTRO; CASTILHO, 2004). O estudo citado abrangeu, também, instituições hospitalares do Estado de Santa Catarina, no entanto em número limitado à apenas seis instituições, sendo que os dados não foram trabalhos por região e estratificados por tipo de estabelecimento. O estudo citado constitui um trabalho meritório e imprescindível para uma primeira avaliação dessa realidade no país. Por outro lado, em vista das diferentes realidades de cada região é imprescindível a realização de um diagnóstico no Estado de Santa Catarina, com maior aprofundamento em alguns aspectos da organização da assistência farmacêutica para descrever a realidade em que estamos inseridos.

Nesse sentido, durante o ano de 2004 e 2005, foi realizado um estudo diagnóstico em treze hospitais nas três maiores cidades do estado de Santa Catarina e teve como objetivo maior realizar a análise dos processos de seleção de medicamentos. Os resultados desse trabalho revelaram que, nos hospitais analisados, a seleção de medicamentos, atividade considerada central na Farmácia Hospitalar e na reorientação da Assistência Farmacêutica no país, não é desenvolvida de forma sistemática e nas instituições onde há Comissão de Farmácia e Terapêutica, essas são pouco atuantes (MANFREDI, 2005).

Em continuidade a essa linha de trabalho, na presente investigação, buscou-se uma descrição mais detalhada das práticas correntes relacionadas com a assistência farmacêutica em hospitais de pequeno e médio porte, que repercutem na gestão e utilização dos medicamentos no âmbito hospitalar. Para esta abordagem foi utilizada a metodologia quali-quantitativa denominada Discurso do Sujeito Coletivo, desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre, por considerar que esta metodologia permite vislumbrar as práticas e conhecimentos envolvidos nas atividades de investigação.

Em face da dimensão dos dados obtidos, optou-se em selecionar para a análise e discussão os pontos considerados mais críticos, que são aqui

apresentados na mesma ordem em que foram apresentados os resultados. Inicialmente são comentados alguns dados relacionados com a atuação dos profissionais farmacêuticos nos hospitais em estudo.

Todos os hospitais do estudo apresentam Farmacêutico Responsável pelo serviço de farmácia, no entanto, sua efetiva participação nas atividades de farmácia ocorre em 44% dos casos. Segundo Mauro Castro em entrevista à Revista Farmácia Brasileira em 2001, em muitos casos a não contratação de profissionais farmacêuticos, se dá mediante a alegação de que o hospital não possui farmácia, mas, sim, um dispensário de medicamentos<sup>9</sup>, devido ao baixo número de leitos hospitalares, sendo que estes hospitais não levam em consideração o que o profissional pode trazer de benefício para a instituição (CFF, 2001a).

Esse fato ganhou força pela imposição legal da Confederação Nacional de Saúde (CNS) que impetrou Mandato de Segurança em Tribunal Superior e conseguiu Liminar para suspender a Portaria nº 1017/2002 SAS/MS, que seria o suporte legal mais importante para a Farmácia Hospitalar no País, pois a referida Portaria, além de estabelecer a obrigatoriedade da responsabilidade técnica do profissional farmacêutico, condicionava ao funcionamento das farmácias dos hospitais ou dispensários de medicamentos do SUS, que os demais profissionais farmacêuticos deveriam ser em um número adequado ao porte do hospital e suficientes para o exercício das ações inerentes à sua atividade profissional (SCHRAMM, TUMA, DESIREÉ, 2006).

No entanto, vale ressaltar que a responsabilidade técnica das farmácias segundo a Lei nº 5.991/73 é do profissional farmacêutico inscrito no Conselho Regional de Farmácia e sua presença é obrigatória em todo o horário de funcionamento (BRASIL, 1973). A responsabilidade técnica do farmacêutico e sua presença em hospitais são reforçadas pelo Decreto nº793, de 05 de abril de 1993, que ao alterar o Decreto nº 74.170/74, ratificou a exigência e a presença do responsável técnico nos dispensários de medicamentos, já contida na lei.

---

<sup>9</sup> Dispensário de Medicamentos: Setor de fornecimento de medicamentos industrializados privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente (BRASIL, 1973).

Contarão, também, obrigatoriamente, com a assistência técnica de farmacêutico responsável os setores de dispensação dos hospitais públicos e privados e demais unidades de saúde, centros de saúde, clínica de repouso e similares que dispensem, distribuam ou manipulem medicamentos sob controle especial ou sujeitos à prescrição médica (BRASIL, 1993a).

A presença do profissional responsável é obrigatória durante todo o horário de funcionamento dos estabelecimentos mencionados no parágrafo anterior [...] (BRASIL, 1993a).

Além dos aspectos legais, éticos e morais, a não participação efetiva do profissional farmacêutico nas atividades de farmácia hospitalar compromete acima de tudo a assistência prestada ao paciente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância deste profissional para o uso racional de medicamento e recomenda que o eixo central das atividades do farmacêutico deve ser de aplicar seus conhecimentos sobre o uso apropriado dos medicamentos e a proteção da comunidade contra os perigos inerentes a seu uso, focando seus esforços no paciente, tendo o medicamento como instrumento e não mais como meio. Seus conhecimentos respaldados em fontes de informação independentes fazem do farmacêutico a peça chave nos processos de seleção e padronização dos medicamentos e na dispensação dos medicamentos ao usuário (OMS, 1990).

No ambiente hospitalar, o valor que a presença do farmacêutico agrega em unidades de internação é descrito em vários trabalhos, demonstrando a melhora da qualidade do tratamento (exatidão na indicação, no medicamento, nas doses e nos horários) e na segurança ao paciente (redução de 66% dos erros de medicação) (TORRES, 2005).

No presente estudo, em mais de 50% dos casos, observou-se a não participação efetiva de profissionais farmacêuticos nas atividades de farmácia.

Nessa situação, os estabelecimentos, além dos aspectos legais já mencionados, perdem os benefícios advindos da prática e da formação deste profissional, principalmente no que tange a farmacoterapia, seleção e padronização de medicamentos, farmacotécnica, farmacovigilância, enfim, atividades que requerem formação específica na área farmacêutica.

Nos casos em que foi observado o gerenciamento da farmácia por outro profissional [57% dos casos (n=14)], percebeu-se que esses geralmente desempenham mais de uma função na instituição, sendo que em alguns hospitais a farmácia não dispõe de funcionários específicos para executar as atividades diárias. A sobrecarga de funções certamente acaba repercutindo negativamente nas atividades da farmácia.

Considerando o número de leitos dos hospitais, o horário de funcionamento da farmácia e as atividades operacionais básicas desenvolvidas pelo setor, o número de farmacêuticos e de auxiliares nos hospitais em estudo não atendem os padrões mínimos<sup>10</sup> recomendados pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, sendo que nenhuma das farmácias conta com farmacêutico presente, durante todo seu horário de funcionamento.

## **6.1 ASPECTOS RELACIONADOS À SELEÇÃO E PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS**

Este é um dos aspectos mais preocupantes observados no presente estudo. Frente ao questionamento de como ou de que maneira os medicamentos são escolhidos, observa-se pela análise dos discursos que, em torno de 70%, das instituições hospitalares a escolha do elenco dos medicamentos fica restrito aos critérios estabelecidos pelos médicos. A participação do profissional farmacêutico foi mencionada por nove entrevistados e a participação efetiva no processo de escolha dos medicamentos por outros profissionais da saúde foi mencionada por um dos entrevistados.

Em 48% dos hospitais que participaram do estudo, há a figura do profissional médico que sozinho determina quais medicamentos serão utilizados na instituição e, segundo o discurso (DSC<sub>1A</sub>), novos medicamentos são incorporados ao estoque da farmácia com a chegada de novos médicos. Este comentário provavelmente faz uma

---

<sup>10</sup> No mínimo, um farmacêutico para cada cinquenta leitos e na ausência dos recursos (ex. equipamentos e informática) deve existir no mínimo um auxiliar para cada dez leitos (SBRAFH, 1997).

alusão à rotatividade de profissionais, tendo como provável conseqüência à inclusão de novos medicamentos e remete a adequação da instituição aos padrões dos novos médicos. Além dos critérios e preferências pessoais, outro fato que chama atenção no discurso (DSC<sub>1A</sub>) é a possível influência da indústria farmacêutica sobre as escolhas médicas, e, conseqüentemente, na escolha dos medicamentos que fazem parte do estoque do hospital. *“Ah! Eu queria que você comprasse este medicamento, ou ele vai fazer um curso, ou vai a um congresso e na volta ele solicita algum medicamento novo, sempre traz uma novidade. Ele solicitando a gente compra”*. Este depoimento, no entanto, não especifica quais foram os critérios usados pelo profissional para solicitar a compra do novo medicamento, mas sinaliza uma possibilidade de que suas escolhas podem estar sendo influenciadas. Segundo Martino Moreno (2001) e Molinari, et al (2005), as indústrias farmacêuticas, são as maiores patrocinadoras de diversas atividades formativas direcionadas à classe médica, como congressos profissionais, cursos, seminários, conferências, dentre outras e convergem esforços e recursos financeiros através de seu plano de *marketing* na promoção de seus produtos, conseqüentemente, exercem influência nas escolhas médicas.

Em um segundo discurso relacionado com o processo de seleção (DSC<sub>1B</sub>), que corresponde a 20% dos casos, apesar de não citarem como colaboradores do processo de padronização outros profissionais da saúde, tem um processo ao que tudo indica mais participativo, pois a padronização dos medicamentos é realizada pelo Corpo Clínico do Hospital. No entanto, a escolha dos medicamentos, também, fica restrita ao critério médico e, também, em última instância, ao critério financeiro.

Os medicamentos deveriam ser incluídos na padronização do hospital fundamentados, principalmente, no perfil epidemiológico dos grupos etários atendidos pela instituição, pela sua eficácia relativa, a relação entre eficácia e custo e a viabilidade de aquisição desses itens, devem atender aos critérios da Medicina Baseada em Evidências (OPAS/OMS, 1997a.; WHO, 2003).

A existência de uma comissão de padronização geral, com a participação de outros profissionais foi mencionada em apenas um hospital. Nesta instituição, ao que tudo indica a comissão é estruturada, desenvolvendo reuniões periódicas e estas fazem parte das atividades dos profissionais que possuem dentro da sua



jornada de trabalho tempo para dedicar-se a esta atividade. Essa questão é de vital importância, pois para viabilizar efetivamente as comissões dentro de uma instituição, faz-se necessário que os profissionais tenham acima de tudo recursos disponíveis e tempo para dedicar-se a esta atividade e que ela não se sobreponha às outras e que os gestores entendam que as atividades de planejamento são tão vitais para a instituição quanto às operacionais. Uma comissão de farmácia e terapêutica bem sucedida precisam dispor de lideranças e membros apropriados, sendo composta por um grupo multidisciplinar de profissionais incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos e um representante da direção do hospital. Uma das suas principais funções é avaliar e selecionar medicamentos para a padronização e promover sua revisão periódica (CEBRIM/CFF, 2003).

A seleção e, posteriormente, a padronização de medicamentos adequados, seguros e eficazes, trazem inúmeras vantagens aos pacientes, aos profissionais e às instituições (PATERNO, 1990). Os benefícios advindos desta prática foram mencionados por dois entrevistados, sendo que nos depoimentos novamente se evidenciam os critérios pessoais na escolha dos medicamentos.

*“[...] já aconteceu de nós termos na farmácia cinco antibióticos com nome comercial diferente, mas era tudo para a mesma finalidade. Isso acontece, porque um médico quer um antibiótico de uma marca e outro médico quer de outra marca, e, assim vai. Com a padronização, isso é mais difícil de acontecer.”*

Mckee e Healy (2000) citam, em um Boletim da OMS, que as maiores barreiras encontradas para a padronização de medicamentos em hospitais consistem em preferências prévias, por parte dos médicos, com relação a determinado grupo de produtos, gerando dificuldades de aceitação dos mesmos; existem, ainda, as pressões exercidas pela indústria farmacêutica para que se insira um determinado fármaco na padronização, nem sempre respeitando os princípios éticos vigentes.

Quanto às Comissões de Farmácia e Terapêutica, não há comissões formalizadas em nenhuma instituição pesquisada, no entanto quando questionadas sobre a existência de um documento ou de uma Relação de Medicamentos Padronizados, 6% dos entrevistados referiram não possuir lista de medicamentos

padronizados ao passo que 84% dos entrevistados disseram ter uma Lista de Padronização.

Para os profissionais entrevistados, a lista de padronização de medicamentos é a lista do estoque dos medicamentos que o hospital dispõe, independente de como se chegou até ela. Esse parece ser um entendimento comum nas instituições em estudo. Em 60% dos casos a “Relação de Medicamentos Padronizados” está disponível ao corpo clínico no local da prescrição.

Segundo a literatura a Relação de Medicamentos Padronizados no hospital é o resultado do processo de seleção de medicamentos propriamente dito e consiste em uma publicação geralmente na forma de Manual, que contém a lista atualizada de medicamentos selecionados na instituição. A lista deve ser concisa, completa e de fácil consulta, devendo estar disponível aos prescritores e a revisão deve ser realizada periodicamente (REIS, 2001; BRASIL, 2002b).

Em relação à Atualização da Relação de Medicamentos Padronizados os resultados evidenciam que em aproximadamente 60% dos casos o procedimento que prevalece na “atualização da lista” é a inclusão de medicamentos, conseqüentemente, aumentando o número de especialidades farmacêuticas e favorecendo o uso irracional de medicamentos.

Até o momento não se demonstrou que um número grande de medicamentos disponíveis resulta em maiores benefícios para a saúde do que um número mais limitado de produtos. Ao contrário, a existência de um número elevado de medicamentos pode gerar transtornos em todo o ciclo da Assistência Farmacêutica (FEFER, 1999).

A padronização de medicamentos dentro de uma instituição não deve restringir de forma dogmática a utilização de outros medicamentos, pois eventualmente essa pode ser indispensável. No entanto, a padronização é uma ferramenta para a promoção do uso racional. Sendo assim, é altamente recomendável que os profissionais envolvidos no processo de escolha e padronização de medicamentos estabeleçam políticas de atuação frente à prescrição de medicamentos não padronizados e que o serviço de farmácia, representado pelo profissional farmacêutico, avalie sempre com o máximo de

informação possível a prescrição em questão em conjunto com o médico prescritor (ORDOVÁS; CLIMENTE; POVEDA, 2002).

Os resultados obtidos no presente trabalho apontam que em somente duas instituições existe uma política pré-estabelecida e consensuada dentro da instituição para medicamentos prescritos que não estejam na padronização do hospital. Nestas ocorre o preenchimento de formulários específicos, onde se faz necessário uma justificativa clínica por escrito e esta passa por uma avaliação realizada no mínimo por outro profissional médico e um farmacêutico. Nas demais a aquisição dos medicamentos não padronizados, na maioria dos casos (80%), segue como critério a análise pessoal e individual do médico prescritor.

No entanto, apesar dos esforços de algumas instituições em estabelecer critérios para a seleção de medicamentos, em análise dos discursos, estas estão distantes dos critérios e objetivos estabelecidos pela OMS (WHO, 2003). No entanto, cabe ressaltar, que a tarefa de diagnosticar a necessidade terapêutica do paciente e identificar os medicamentos disponíveis estabelecendo custo-benefício requer conhecimentos, ainda, incipientes ou não oferecidos na formação dos profissionais de saúde (MINTZES, 2005; MARQUES, ZUCCHI, 2006; RUMEL; NISHIOKA; SANTOS, 2006) e tem, ainda, a relação, nem sempre benéfica, entre a indústria farmacêutica e estes profissionais (MCKEE; HEALY, 2000; MINTZES, 2005).

De acordo com as metodologias estabelecidas para seleção de medicamentos, os hospitais em estudo classificar-se-iam no modelo tradicional, que apresenta como características essenciais não possuir uma metodologia objetiva e explicitada, cientificamente comparativa e documentada. É considerado um modelo que pode ser facilmente influenciado por critérios pessoais (emocionais) e altamente exposto a decisões individuais ou serviços clínicos, pressões da indústria farmacêutica, associações de pacientes e meios de comunicação diversos (TORRES, et al, 2000).

## 6.2 ASPECTOS RELACIONADOS À PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS

O desabastecimento pode estar associado às falhas no processo de seleção e padronização pela não inclusão de medicamentos necessários ao perfil epidemiológico do hospital. Também devido a sistemas de programação e compras ineficientes, armazenamento inadequado que muitas vezes não permite localizar o medicamento na instituição ou por motivos diversos que repercutem em perdas por validade, por deterioração, ou por desvios. Além dos sistemas de distribuição às enfermarias, enfim, os fatores causais são inúmeros, mas em suma o maior prejudicado é o paciente.

O desabastecimento de medicamentos foi observado em todos os hospitais que participaram do estudo, uns com maior e outros com menor frequência. No entanto, independente disso este dado reforça e revela as falhas decorrentes dos processos que envolvem o medicamento. Em 24% dos casos, observa-se a inexistência de métodos, mesmo que qualitativos, para a programação de medicamentos, pois ao que tudo indica os profissionais não têm experiência e conhecimento para opinar sobre a demanda dos medicamentos. Este dado sugere que, em muitas situações a programação da demanda estava na dependência da experiência de um determinado profissional, experiência essa pessoal e intransferível, comprometendo, assim, com o afastamento do “profissional experiente” a continuidade do abastecimento dos medicamentos na instituição.

Como mostram os depoimentos, as instituições encontram maneiras de conseguir o medicamento, mas não se consegue mensurar se no tempo oportuno para manter os níveis terapêuticos de um tratamento já em andamento, para evitar a descontinuidade ou iniciar um novo tratamento. Em virtude disso, realizam compras emergenciais, empréstimos entre farmácias comerciais e hospitais, dentre outros. Em toda esta movimentação para conseguir o medicamento, além dos custos diretos de aquisição, geralmente fruto de uma compra emergencial, tem o paciente que pode ter seu tratamento temporariamente interrompido e, conseqüentemente, sua saúde colocada em risco, ainda tem o redirecionamento de pessoal e veículos que deixam de executar outras tarefas em detrimento desta, sem falar no retrabalho. Como estes custos são menos evidentes, pois acabam diluídos no processo,

certamente muitos gestores e gerentes preferem as compras emergenciais ou os empréstimos, por considerarem rápidas e mais econômicas do que avaliar e tentar resolver efetivamente o problema.

### **6.3 ASPECTOS RELACIONADOS À AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

A participação efetiva do farmacêutico no processo de compras ocorre em 16% das instituições e, em alguns casos, os profissionais gostariam de participar, mas barreiras lhes são impostas.

Segundo a literatura, nos casos em que o farmacêutico não operar diretamente neste segmento sua participação deverá ser voltada ao suporte do fornecimento das especificações técnicas das especialidades farmacêuticas e/ou das matérias-primas para a elaboração destas, mesmo porque ele é o profissional que responde ética e tecnicamente pela qualidade e segurança destes insumos (CAVALLINI; BISSON, 2002; OPAS/OMS, 1997b; OMS, 2000).

Neste trabalho, quanto à escolha dos fornecedores, observou-se que em 36% dos depoimentos prevaleceram os aspectos financeiros e as facilidades oferecidas pelos fornecedores, porém não significa dizer que estes hospitais não atendam os critérios de qualidade, pois neste trabalho este aspecto não foi avaliado com profundidade, mas sinaliza a delicada situação financeira vivenciadas pelos hospitais. No entanto esta problemática do menor preço vinculado à má qualidade dos produtos foi mencionada neste trabalho em três depoimentos.

Salomon (2002) cita que, equivocadamente, uma prática muito usada em diversas instituições, visando à redução de custos é a compra pelo menor preço. Esta prática é condenada por Deming (1986), pois o menor preço de um componente ou matéria prima não implica, necessariamente, em menor “custo” de aquisição. Um fornecedor que oferece o menor preço nem sempre pode ser considerado o mais confiável, ele pode deixar a desejar no prazo de entrega ou na qualidade do produto, por exemplo. A qualidade dos produtos e serviços e a busca por melhores preços requerem criteriosa seleção e avaliação de fornecedores. Aliados aos critérios de qualidade e preço, os fornecedores devem ser avaliados

quanto aos prazos de entrega, bem como a quantidade solicitada na compra (RITZMAN; KRAJEWSKI, 2004).

#### **6.4 ASPECTOS RELACIONADOS AO ARMAZENAMENTO E CONTROLE DE ESTOQUE**

A maioria dos hospitais em estudo atende aos critérios preconizados pela ANVISA para o armazenamento de medicamentos e alguns poucos necessitam de pequenos ajustes. Pode-se observar, também, que em relação ao armazenamento a Vigilância Sanitária é presença marcante nas instituições.

Em relação ao controle do estoque, 60% dos hospitais em estudo, possuem controle de estoques (registros de entradas e saídas e inventário), nas demais (40%) os registros são incompletos e em alguns casos estes registros inexistem. Para Corrêa (2001), a tolerância de erros entre o estoque físico e o controle pode variar de acordo com a frequência do levantamento, do valor monetário e o tempo de reposição dos estoques. A necessidade de se medir a acurácia é que muitas vezes as empresas preferem trabalhar com dados / informações não corretas e isso faz com que normalmente os sistemas de informação para controle de estoques sofram fracasso. Os dados incorretos fazem com que os pedidos de compra de materiais, não condizem com a realidade.

Todos os entrevistados que realizam inventário (60%) relatam “furos no estoque”, sendo a frequência destes eventos relativos. A frequência dos furos de estoque, provavelmente, está relacionada com os problemas mencionados nas entrevistas decorrentes de *softwares* que não atendem as necessidades da instituição e que não estão integrados aos outros setores do hospital, falta de funcionários, sobrecarga de trabalho que acabam ocasionando erros de digitação e dificuldades em manter o sistema atualizado, além da defasagem tecnológica do *hardware*. Os furos de estoque, também, podem estar relacionados ao acesso de outros profissionais ao setor de farmácia, pois em 68% dos casos, durante o período noturno e nos finais de semana outros profissionais, não vinculados ao setor têm acesso à farmácia. Assim como a retirada de medicamentos dos estoques fixos em

áreas específicas do hospital sem o devido registro e controle, sendo que neste estudo em 96% dos hospitais há estoque de medicamentos em todos os setores de internação, no Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), etc.

O acesso à farmácia a outros profissionais (por, ex. enfermeiros) para a retirada dos medicamentos não é recomendável. Recomenda-se que quando o serviço de farmácia não estiver disponível 24 horas, um farmacêutico deve estar disponível na modalidade de plantão domiciliar (ASPH, 1993).

Segundo Ballou (2001), é necessário que as instituições façam auditorias periódicas no sistema de controle de estoque, isso porque muitos problemas ocorrem e é necessário que sejam feitos alguns ajustes nos registros e modificações em condutas e procedimentos de trabalho, visando à melhoria contínua do sistema.

## **6.5 ASPECTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

A sistemática adotada pelos hospitais para a distribuição dos medicamentos, apesar das variações que apresentam, quando confrontadas com a literatura, remete aos sistemas de distribuição de medicamentos coletivo, individualizado indireto, individualizado direto, mais conhecidos como sistemas tradicionais de distribuição de medicamentos e ao sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária.

Dentre as instituições envolvidas neste assunto, 16% delas, (DSC<sub>10A</sub>) utilizam um sistema semelhante ao Sistema de Distribuição de Medicamentos Coletivo por ser exclusivamente voltado à enfermagem. Teoricamente, no Sistema de Distribuição de Medicamentos Coletivo estabelecem-se nas unidades de internação estoques de medicamentos que são controlados pela equipe de enfermagem e os pedidos de medicamentos à farmácia não são realizados em nome do paciente e sim em nome do setor de enfermagem (CFF, 1997b; VILAS BOAS; PEREIRA, 2006). No entanto, na sistemática utilizada nestas instituições a enfermagem assume na sua totalidade o papel da farmácia, pois é ela quem exerce o controle

dos medicamentos na instituição, a farmácia constituindo nesses casos uma extensão do setor de enfermagem. Não há funcionários exclusivos ao serviço de farmácia e, portanto, a enfermagem de posse da prescrição tem livre acesso à “farmácia”, que mais adequadamente poderia ser chamada de “**Almoxarifado de Medicamentos**”.

Esta dinâmica de trabalho faz com que o mesmo profissional que interpretou a prescrição, realize a triagem dos medicamentos, armazene o medicamento no setor e realize a administração dos medicamentos ao paciente, não ocorrendo desta maneira um segundo momento de conferência da prescrição, o que é preconizado pela literatura como uma importante medida para a prevenção de erros de medicação (ASPH, 1993; PEDERSON; SCHNEIDER; SCHECKELHOFF, 2003; SÁNCHEZ, et al., 2002 ). Isso pode levar a falhas de interpretação do esquema terapêutico e inconveniente ao paciente. Segundo, Sánches, et al.,(2002), dentre as oportunidades de erros relacionadas aos medicamentos, está a execução, interpretação da prescrição médica e preparação dos medicamentos pela enfermagem sem a intervenção nem a validação do profissional farmacêutico.

Na situação descrita, os prejuízos aos pacientes podem ocorrer de diferentes formas. Por um lado, pelo maior risco de ocorrências de erros de medicação, desde a transcrição com um simples erro ortográfico até a posologia incorreta, entre outros erros. A ocorrência e a prevenção de erros de medicação em ambientes hospitalares são descritas e debatidas por diversos autores e entidades (FIP, 1999; ASPH, 1998; AHRQ, 2005; LÓPEZ, 2004; ANACLETO, 2005). Por outro lado, também ocorrem prejuízos em relação à atenção dispensada ao paciente pela equipe de enfermagem, na medida da ocupação dessas com tarefas burocráticas relacionadas aos medicamentos, em detrimento da atenção ao paciente.

Existem estimativas indicando que a enfermagem gasta aproximadamente 25% do seu tempo em atividades desse tipo em um Sistema de Distribuição de Medicamentos Coletivo adequadamente organizado (CFF, 1997b; LIMA; SILVA; REIS, 2001; VILAS BOAS; PEREIRA, 2005). No entanto, a sistemática adotada por estes hospitais rouba mais tempo da enfermagem que o Sistema Coletivo teórico, pois nos casos em análise é a enfermagem quem gerencia todo o estoque de



medicamentos do hospital, que engloba a “Farmácia”, o estoque nas enfermarias e em duas instituições, ainda, o almoxarifado de medicamentos.

Um prejuízo adicional ocorre em relação à gestão do estoque de medicamentos no hospital, com conseqüências econômicas não avaliadas neste trabalho, mas que certamente assumem dimensões consideráveis, na medida em que os medicamentos constituem parte importante dos custos hospitalares, conforme cita Lima, Silva, Reis (2001). Outra questão relevante é o fato de que por mais que estabeleçam um registro manual para controlar o que foi retirado da farmácia, como é mais de uma pessoa que tem acesso aos medicamentos, torna-se quase impossível manter o controle sobre o estoque, conforme pode ser observado neste relato: *“Tem bastante furo de estoque na “farmácia”, pois são várias pessoas que mexem no medicamento, não é uma pessoa só, por isso eu acho que os furos de estoque acontecem.”*

Nestas instituições, o farmacêutico não participa do processo de distribuição de medicamentos. Em duas das instituições o farmacêutico comparece na farmácia em média duas horas por dia para o controle e registro de medicamentos psicotrópicos e nas outras duas instituições o farmacêutico responde tecnicamente pela farmácia no Conselho Regional de Farmácia e se necessário, encontra-se disponível para eventuais dúvidas. A função de “Farmacêutico Responsável Técnico” é exercida por farmacêuticos-bioquímicos que trabalham em laboratórios de Análises Clínicas nas proximidades dos hospitais.

O sistema de distribuição de medicamentos coletivo é considerado o mais arcaico e primitivo dos sistemas, pois além das questões gerenciais que envolvem o medicamento e da nula ou insipiente participação do profissional farmacêutico, sobrecarrega a equipe de enfermagem desviando-a da sua função essencial, o cuidado do paciente. Em tais casos o hospital e os pacientes perdem duas vezes, pois tanto o serviço de enfermagem como o de farmácia são prejudicados.

No presente estudo, em 76% dos casos, os sistemas de distribuição de medicamentos, apresentados nos discursos DSC<sub>10B</sub> e DSC<sub>10C</sub>, representam um avanço em relação ao primeiro, pois o setor de farmácia assume suas funções no processo de distribuição de medicamentos e dentre as dezenove instituições, em oito delas tem a participação e o acompanhamento de profissionais farmacêuticos no processo. Em relação à comparação destes sistemas apresentados com os

sistemas teóricos de dispensação, os discursos DSC<sub>10B</sub> e DSC<sub>10C</sub> aproximam-se do Sistema de Distribuição de Medicamentos Individualizado, quando relatam que a farmácia separa, fraciona e distribui os medicamentos à enfermagem por paciente.

O Sistema de Distribuição de Medicamentos Individualizado é mais voltado para a farmácia e apresenta mais vantagens que o sistema coletivo, pois permite reduzir o estoque de medicamentos nas enfermarias e permite uma discreta participação do farmacêutico na terapêutica medicamentosa, sendo já um grande avanço para a realidade brasileira (LIMA; SILVA; REIS, 2001).

No entanto, o não fracionamento dos medicamentos líquidos, pomadas, emulsões, dentre outros e a solicitação destes à farmácia, em diversos hospitais, são realizadas por setor de enfermagem e não por paciente, torna os sistemas apresentados híbridos ou parciais. A distribuição dos medicamentos fracionados obedece às diretrizes do sistema de distribuição de medicamentos individualizado, propriamente dito e a distribuição dos medicamentos não fracionados obedece aos critérios do sistema coletivo de dispensação. Essa situação dificulta o controle sobre os medicamentos e, em muitos casos, a farmácia não consegue distinguir quais são os pacientes que fazem uso desta medicação, outro fator é a questão do armazenamento e a manipulação destes medicamentos no setor de enfermagem.

Em relação à prescrição médica em 24% dos casos (DSC<sub>10C</sub>) a farmácia recebe a prescrição original, que em alguns casos é a cópia carbonada, classificando-se, assim, no Sistema de Distribuição de Medicamentos Individualizado direto e em 52% dos casos (DSC<sub>10B</sub>), a farmácia recebe a transcrição da prescrição, enquadrando-se no sistema de distribuição de medicamentos individualizado indireto.

Sendo assim, tem treze instituições onde ocorre a transcrição da prescrição, fato este que merece atenção, pois a transcrição da prescrição é um dos fatores que propicia o aparecimento de erros de medicação em hospitais e coloca em risco toda a dispensação, visto que ao transcrever um medicamento prescrito, corre-se o risco de equívocos com o nome do medicamento, dosagem ou no esquema terapêutico, e dificilmente a farmácia terá como perceber e corrigir esse tipo de engano (ANDRADE DOS SANTOS, 2006; SANCHÉZ, et al., 2002).

Bates, et al.(1995), em um estudo de corte prospectivo, constatou que dos erros passíveis de prevenção, que tiveram como resultado eventos adversos a medicamentos, 56% decorrem nos estágios da prescrição médica e 6% decorrem da transcrição da prescrição. No Brasil, Miasso, et al.(2006), em um estudo realizado em quatro hospitais de diferentes regiões do país, constatou que os tipos de erros mais citados pelos profissionais foram os relacionados a prescrição/transcrição. Esses e outros estudos reforçam que a participação do farmacêutico na revisão das prescrições no momento da dispensação e a não transcrição das mesmas contribuem significativamente para diminuir os erros relacionados a medicamentos nos ambientes hospitalares. No entanto, como este ganho é de difícil mensuração e os prejuízos financeiros e clínicos decorrentes do erro dificilmente são investigados, algumas instituições ou por desconhecimento ou “economia” não mudam suas condutas. Como pode ser constatado em um dos depoimentos, em que o entrevistado relata que a farmácia não recebe a cópia da prescrição carbonada, pois a administração do hospital não quer gastar com carbono. Adicionalmente, foi constatado que em algumas instituições ocorre à solicitação verbal de medicamentos e muitos não realizam a conferência conjunta entre “farmácia e enfermagem” no momento da distribuição dos medicamentos aos setores.

Segundo Andrades dos Santos (2006), a logística do medicamento, no ambiente hospitalar e determinadas condutas, como a “solicitação verbal dos medicamentos”, “transcrição da prescrição”, “estoques de medicamentos nas enfermarias”, dentre outros fatores, favorecem o desvio de medicamentos nas instituições. Essa questão é reforçada por diversos estudos, sendo que em um estudo realizado em uma Maternidade Brasileira, por Silva e Carvalho (2006), constatou que dos cinco medicamentos analisados, 57,7% do que era solicitado à farmácia, não estava prescrito; sendo que se a farmácia tivesse acesso à prescrição original haveria uma economia monetária no consumo destes medicamentos na ordem de 57%. Niel (2006) em um estudo qualitativo com um grupo de médicos constatou que dentre os diversos fatores que levam alguns médicos a consumir medicamentos psicotrópicos nos ambientes hospitalares é o fácil acesso e a falta de controle sobre os medicamentos.

Em virtude desta problemática a farmácia hospitalar, na figura do profissional farmacêutico, deve assumir uma postura pró-ativa frente à utilização inadequada dos medicamentos. Um serviço farmacêutico de excelência compreende atividades que assegurem a qualidade nos processos do uso dos medicamentos, com intuito de assegurar seu maior proveito terapêutico e evitar os efeitos secundários desfavoráveis (FIP, 1997). Dentre as funções da Farmácia Hospitalar, segundo o CFF (1997a), está de estabelecer um sistema de dispensação de medicamentos eficiente, eficaz e seguro aos pacientes e por que não dizer também, seguro aos funcionários da instituição.

Já em dois hospitais (DSC<sub>10D</sub>), apresentam um sistema mais estruturado para a distribuição de medicamentos, aproximando-se em vários aspectos ao Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária. Nestas duas instituições o sistema apenas não está completo, pois não são unitarizados os medicamentos de uso tópico e não há uma central de diluição dos medicamentos injetáveis. Além do que os profissionais farmacêuticos não realizam a revisão de todas as prescrições e não há a elaboração do perfil farmacoterapêutico e estes são aspectos essenciais para configurar um sistema como Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária.

Dentre as práticas estabelecidas pela *American Society of Hospital Pharmacists* (1993), em seu *Guidlines*, que objetiva prevenir os erros relacionados aos medicamentos em ambientes hospitalares, o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária é uma prioridade. O sistema apresenta uma série de vantagens, pois evita a descentralização desordenada dos estoques, permite a identificação do medicamento até o momento da sua administração, sem a necessidade de transferências e cálculos, favorece o faturamento mais exato do consumo de medicamentos por paciente, possibilita a inserção da farmácia e do profissional farmacêutico na equipe multiprofissional, dentre outras (LIMA; SILVA; REIS, 2001; NAPAL; GONZÁLEZ; FERRÁNDIZ, 2002).

## 6.6 ASPECTOS RELACIONADOS AO FRACIONAMENTO DOS MEDICAMENTOS

Quanto ao fracionamento à maioria das farmácias, nos hospitais em estudo, não atende aos critérios preconizados pela RDC nº67, de 08 de outubro de 2007, que dispõe sobre as Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinas para Uso Humano em Farmácias e estabelece em seu anexo VI as Boas Práticas para Preparação de Dose Unitária e Unitarização de Doses de Medicamento em Serviços de Saúde, pois a maioria não dispõe de infra-estrutura adequada, algumas apresentam falhas no fracionamento e na identificação dos medicamentos e 56% não contam com o acompanhamento do farmacêutico neste processo.

Dentre as práticas estabelecidas no consenso sobre Práticas Seguras Para Melhorar o Cuidado em Saúde, do Fórum Nacional da Qualidade, no ano de 2003 realizado em *Washington*, DC, visando à prevenção de erros de medicação e aumentar a segurança da assistência prestada ao paciente hospitalizado está que ao fracionar e recondicionar os medicamentos, estes devem estar devidamente identificados. Segundo a RDC nº67/2007, o fracionamento de medicamentos em serviços de saúde é um procedimento realizado sob responsabilidade e orientação do farmacêutico, que consiste na subdivisão da embalagem primária do medicamento em embalagens menores, a partir da sua embalagem original, mantendo seus dados de identificação e qualidade.

Os profissionais que gerenciam as farmácias, independentes da sua formação, demonstram uma vontade sempre explicitada de fazer os procedimentos da melhor forma possível, mas esbarram nas dificuldades operacionais, técnicas, financeiras e administrativas da instituição. Relatam que o fracionamento dos medicamentos trouxe uma economia e um controle significativo da farmácia sobre os medicamentos, mas de certa forma, o procedimento realizado fora dos padrões farmacotécnicos recomendados pela RDC nº67/2007, que asseguram a segurança do fracionamento, compromete os benefícios advindos desta prática.

## 7 CONCLUSÕES

Com o presente trabalho constatou-se que na maioria dos hospitais que participaram do estudo (>50%), o profissional farmacêutico não participa ativamente das atividades da farmácia e essas são gerenciadas por outros profissionais. Em muitos desses casos, a farmácia hospitalar não dispõe de funcionários exclusivos para o desenvolvimento de suas atividades e esses, além da farmácia, respondem por outros setores na instituição.

Em relação ao número de farmacêuticos e funcionários, nenhuma farmácia dos hospitais em estudo atende aos padrões mínimos recomendados pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e, também, não contam com a presença do farmacêutico durante todo seu horário de funcionamento.

Quanto ao horário de atendimento, apenas em três dos hospitais em estudo observou-se atendimento efetivo durante 24 horas. Dos farmacêuticos que gerenciam a farmácia (13 em 25 dos hospitais em estudo), somente um profissional tem formação pós-graduada em nível de especialização e 70% deles tem menos de um ano de serviço em farmácia hospitalar.

O trabalho realizado aponta insuficiência em vários aspectos do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica, destacados a seguir.

Em relação ao processo de seleção e padronização de medicamentos, considerado o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica, nenhum hospital entrevistado dispõe de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica e em 68% dos hospitais em estudo a escolha dos medicamentos é realizada exclusivamente pelos médicos. A participação do farmacêutico neste processo ocorre em apenas oito instituições.

Em todas as instituições, independente da frequência, há a prescrição de medicamentos não padronizados e em 80% dos casos o critério utilizado para a aquisição destes medicamentos é a solicitação médica, evidenciando a falta de uma

metodologia objetiva e explicitada, cientificamente comparativa e documentada para a realização do processo de seleção e padronização de medicamentos.

Em relação à programação de medicamentos, todos os entrevistados relataram à ocorrência de desabastecimento de medicamentos, uns com maior e outros com menor intensidade.

Em relação aos processos de compra de medicamentos e material médico hospitalar, neste estudo constatou-se que, em 84% dos hospitais, o farmacêutico não participa do processo.

Em relação ao armazenamento de medicamentos, em apenas uma instituição evidenciaram-se falhas no armazenamento, nas demais, a grande maioria atende aos critérios preconizados pela ANVISA, pode-se observar, também, que em relação ao armazenamento a Vigilância Sanitária é presença marcante nas instituições. Em apenas 60% das instituições observou-se a existência de controles de estoque (registro de estoque e inventário).

Quanto aos sistemas de distribuição de medicamentos em 16% das instituições a enfermagem assume totalmente as atividades de farmácia e a distribuição dos medicamentos é realizada pelos profissionais que trabalham na enfermagem. Em 76% dos hospitais a distribuição dos medicamentos fracionados (sólidos orais) ocorre por paciente para 24 horas e destas, em treze instituições (52%) ocorre à transcrição da prescrição por parte da enfermagem. Em dois hospitais (8%) os medicamentos são distribuídos por paciente e separados por horário de administração.

Problemas foram evidenciados no fracionamento dos medicamentos em 96% dos hospitais, pois estes não atendem integralmente aos critérios preconizados pela RDC nº67, de 8 de outubro de 2007 que dispõe sobre as Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em Farmácias.

## 8 Referências

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **30 Safe Practices for Better Health Care**. Rockville, Maryland (E.U.A), 2005. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/qual/30safe.pdf> > Acesso em: 25 fev. 2007

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007**. Dispõe sobre as Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em Farmácias. Brasília, 2007.

AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. **Am J Hosp Pharm**. v. 50, p. 305-314, 1993.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTHY SYSTEM PHARMACISTS (ASHP). Suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. **Am J Health Syst Pharm**. v. 55, p. 165-166, 1998.

ANACLETO, T. A. et al . Medication errors and drug-dispensing systems in a hospital pharmacy. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n. 4, p.325-332, 2005.

ANDRADE DOS SANTOS, G.A. **Gestão de Farmácia Hospitalar**, São Paulo: SENAC, 2006. 192 p.

BALLOU, R. H. **Gerenciamento da cadeia de suprimentos**: planejamento, organização e logística empresarial. 4. ed. Porto Alegre, RS: Boockman, 2001.

BARKER, K. N. et al. Medication errors observed in 36 health care facilities. **Arch Intern Med**, v. 162, n. 16, p. 1897-1903, 2002.

BATES, D.W. et al. Incidence of Adverse Drug Events And Potential Adverse Drug Events: Implications for Prevention. **JAMA**, v. 274, n.1, p29-34, 1995.

BARBOSA, A. O. Padronização de Medicamentos. In: MAIA NETO, J.F. (org). **Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde**. 1. ed. São Paulo: RX, 2005. cap. 5, p. 81-87.



BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. 1999. 236 p.

BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; ESHER, A. **Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel Del Estado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 274 p.

BRASIL. Lei nº 5.991, de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 19 dez.1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Definições e Normas das instituições e serviços de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 05 abr. 1977. Seção 1, Parte 1, p. 3929. In: FONTES, R. S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação**. n.29, p. 119-138, 2005.

BRASIL. MS/CEME. **Boas Práticas para a Estocagem de Medicamentos**. Brasília, DF, 1990. 22 p.

BRASIL. Decreto nº 793, de 5 de abril de 1993. Altera os Decretos nºs 74.170, de 10 de junho de 1974 e 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis nºs 5.991, de 17 de janeiro de 1973, e 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 abr. 1993a.

BRASIL. Lei nº 8.666, 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1993b

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Guia Básico para a Farmácia Hospitalar**. Brasília, 1994.174 p.  
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mar. 2002a.

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

BRASIL, CONEP. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília: MS, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. RE n° 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua Organização**. 2. ed. Brasília, DF, 2006a. 98p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS: Orientações Básicas**. 1.ed. Brasília, DF, 2006b. 55p (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 4ªed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 285 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde, Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em:<[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp)>. Acesso em: 17 fev. 2007b.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde**. São Paulo: Manole, 2002. 218 p.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS (CEBRIM); CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Comissão de Farmácia e Terapêutica: Instrumento para promover o uso racional de medicamentos. **Farmacoterapêutica**, Brasília, DF, n. 4, p. 01-04, 2003.

CHERUBIN, N.A.; SANTOS, N.A. **Administração Hospitalar: Fundamentos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002. 414 p.

CIPRIANO, S. L. et al. **Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária**. 2001. Disponível em: <<http://www.lanco.ind.br>>. Acesso em: 14 jun.2005.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 300 de 30 de janeiro de 1997**. Regulamenta o exercício profissional em farmácia, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada. Brasília. (D.F), 1997a.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **MANUAL BÁSICO DE FARMÁCIA HOSPITALAR**. Brasília: CFF/K & K Artes Gráficas e Editora Ltda, 1997b. 126 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). A Construção do Moderno. **Revista Farmácia Brasileira**. Brasília, DF, ano 3, n. 27, p. 12-33, 2001a.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001**: aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia. Brasília:CFF, 2001b.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Nova Pulsção no coração da Farmácia Hospitalar. **Revista Farmácia Brasileira**. Brasília, DF, ano 8, n. 45, p. 6-11, 2004.

CORRÊA, H. L.; GIANESE, I. G. N.; CAON, M. **Planejamento, programação e controle da produção**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001. p. 48-52

FEFER, E. Uso racional de medicamentos. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A (Org). **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 45-55.

FERRAES, A. M. B. **Políticas de Medicamentos na Atenção Básica e a Assistência Farmacêutica no Paraná**. 2002. 264 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

GAITHER, N. **Administração da Produção e Operações**. 8. ed. São Paulo: Thomson, 2002. 598 p.

GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas**: Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. 558 p.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **Revista da Administração de Empresas**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, 1988.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Contagem da População em 2007.  
Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>>,  
Acesso em: 07 fev.2008

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (FIP). **Standards for Quality of Pharmacy Services**. The Netherlands (E.U.A), 1997.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **FIP Statement of Professional Standards**: Medication Errors Associated With Prescribed Medication. The Netherlands (E.U.A), 1999, 5 p.

LEAPE, L.L. et al. Systems analysis of adverse drugs events. **JAMA**, v. 274, n. 1, p. 35-43, 1995.

LEFÈFRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e Discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora, 2005a. 97 p. (Série pesquisa; 12).

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005b. 256 p

LIMA, A. R.; SILVA, M. D. G.; REIS, V. L. S. Sistemas de Distribuição de Medicamentos em Farmácia Hospitalar. In: GOMES, M. J. V. M; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas**: Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 20, p.347-363.

LÓPEZ, M. J. O. Erros de Medicación y Gestión de Riesgos. **Rev Esp Salud Pública**, v. 77, n. 5, p. 527-504, 2003.

LÓPEZ, M. J. O. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos em los hospitales. **Rev Esp Salud Pública**, v. 78, n. 3, p. 323-339, 2004.

LÓPEZ, M. J .O. et al. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos em pacientes hospitalizados. **Revista Med Clin**, Barcelona, v.126, n. 3, p. 81-87, 2005.

LUIZA, V. L.; CASTRO, C. G. S. O. de; NUNES, J. M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade - custo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 769-776, 1999.

LUIZA, V. L.; GONÇALVES, C. B. C. A prescrição medicamentosa. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. F. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 8, p.102-112.

MAIA NETO, J. F. O Hospital. In: MAIA NETO, J. F. (org). **Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde**. 1. ed. São Paulo:RX, 2005a. cap. 1, p. 25-30.

MAIA NETO, J. F. A Farmácia Hospitalar. In: MAIA NETO, J. F. (Org). **Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde**. 1. ed. RX: São Paulo. 2005b. cap. 2, p. 31-46.

MAIA NETO, J. F. Logística e Gestão de Estoque. In: MAIA NETO, J. F. (Org). **Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde**. 1. ed. RX: São Paulo, 2005c. cap. 3, p. 47-70.

MANFREDI, M. A. B. **Análise da Seleção de Medicamentos em Hospitais no Estado de Santa Catarina**. 2005. 198 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334 p.

MARQUES, D. C.; ZUCCHI, P. Comissões Farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.19, n.1, p. 58-63, 2006.

MARTINO MORENO, S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacêutica. **Medicina Clinica**, Barcelona, n. 8, v. 116, p. 229-306, 2001.

MCKEE, M.; HEALY, J. The role of the hospital in a changing environment. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 78, n. 6, p. 803-810, 2000.

MIASSO, A. I. et al . Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 524-532, 2006.

MILIOLI, G. et al. O **Sul do Estado de Santa Catarina**. Atualizada em 08 nov.2002. UNESC, SC; USP, SP. Disponível em: <<http://vivimarc.sites.uol.com.br/aregiao.htm>>. Acesso em: 22. fev, 2007.

MINTZES, B. **Educational initiatives for medical and pharmacy students agout drug promotion: an international cross-sectional survey**. European Union : World Health Organization (WHO) and Health Action International (HAI), 2005. p. 61.

MOLERO, R.; ACOSTA, M. Planificación y organización de um Serviço de Farmácia. In: BONAL, F. J. et al (Eds). **Farmacia Hospitalaria**. 3. ed. Madrid: SCM, S.L. (Doyma), 2002. Tomo1, cap.1, p.3-28. Disponível em: <<http://sefh.interguias.com/libros>>. Acesso em: 14 maio. 2006.

MOLINARI, G. J. D. P. et al. A influência das Estratégias Promocionais das Indústrias Farmacêuticas sobre o Receituário Médico na Faculdade de Marília: Uma Visão Ética. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 110-118, 2005.

NADZAM, D. M. A Systems Approach to Medication Use. In: COUSINS, D. D.(Ed). **Medication Use: A Systems Approach to Reducing Errors**. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), Oakbrook Terrace (IL), 1998, cap.1, p.5 a 17.

NAPAL, V.; GONZÁLEZ, M.; FERRÁNDIZ, J. R. Dispensación con intervención previa del Farmacéutico: dosis unitarias. In: BONAL, F. J. et al (Eds). **Farmacia Hospitalaria**. 3. ed. Madrid: SCM, S.L. (Doyma), 2002. Tomo1, cap.2.6.1.1, p.389-414. Disponível em:<<http://sefh.interguias.com/libros>>. Acesso em: 14 maio.2006.

NIEL, M. **Anestesiologista e Uso de Drogas**: um estudo qualitativo. Dissertação (Mestrado em Ciências). 2006. 149 f. Programa de Pós Graduação em Psiquiatria. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo (SP).

ORDOVÁS, J.P.; CLIMENTE, M.; POVEDA, J. L. Selección de Medicamentos y Guía Farmacoterapéutica. In: BONAL, F. J. et al (Eds). **Farmacia Hospitalaria**. 3. ed. Madrid: SCM, S.L. (Doyma), 2002. Tomo1, cap.1.3.1.1, p.64-79. Disponível em: <<http://sefh.interguias.com/libros>> Acesso em: 14 maio.2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**: Informe de un grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi, 13 a 16 Diciembre, 1988. Ginebra, Suiza, 1990. 41 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Principios prácticos para efectuar buenas adquisiciones de productos farmacéuticos**. Ginebra, Suiza, 2000. 26 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS** - Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra, Suiza, 2002. 6 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Guia para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios**: Selección y Formulario de Medicamentos. Washington: OPAS, 1997a. 20 p. (Série 5.1).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Guia para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios**: Logística del Suministro de Medicamentos. Logística Del Suministro de Medicamentos. Washington: OPAS, 1997b. 36 p. (Série 5.2).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Guia para el Desarrollo de Serviços Farmacéuticos Hospitalarios**: Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitarias. Washington: OPAS, 1997c. 25 p. (Série 5.3).

ORTIZ, R.L. **Gestión de um Serviço de Farmácia Hospitalaria**. 1. ed. Buenos Aires: e-libro.net, 2004, 53p.

OSÓRIO DE CASTRO, C. G. S, CASTILHO, S. R. **Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 150 p.  
OTERO, M.J., et al. Errores de Medicación. In: BONAL, F. J. et al (Eds). **Farmacia Hospitalaria**. 3. ed. Madrid: SCM, S.L. (Doyma), 2002. Tomo1, cap.2.14, p.713-747.  
Disponível em: <<http://sefh.interguias.com/libros>> Acesso em: 26 maio. 2006.

PATERNIO, D. **A administração de materiais no hospital: compras, almoxarifado e farmácia**. 2. ed. São Paulo: CEDAS, 1990. 628p.

PEDERSEN, C. A.; SCHNEIDER, P. J.; SCHECKELHOFF, D. J. ASHP National survey of pharmacy practice in hospital settings: dispensing and administration – 2002. **Am J Health Syst Pharm**, v.60, n.1, p.52-68, 2003.

REIS, A.M.M. Seleção de Medicamentos. In: GOMES, M. J. V. M; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em Farmácia Hospitalar**. 1.ed. São Paulo:Atheneu, 2001. cap.19, p.329-345.

RITZMAN, L. P; KRAJEWSKI, L. J. Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos. In: **Administração da Produção e Operações**. São Paulo: Prentice Hall, 2004, cap.8, p.231-257.

ROMANO, R. Seleção de Medicamentos. In: FERRACINI, F. T.; BORGES FILHO, W.M. **Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar: do Planejamento à Realização**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. cap. 3, p.21-26.

ROSA, M. B.; GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. Abastecimento e Gerenciamento de Materiais. In: GOMES, M. J. V. M; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em Farmácia Hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 21, p.365-386.

ROSA, M.G; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, n. 3, p. 335-341, 2003.

RUMEL, D.; NISHIOKA, S.A.; SANTOS, A.A.M. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.5, p.921-927, 2006.



SALOMON, V.A.P. Auxílio à decisão para a adoção de políticas de compras. **Produto & Produção**, Porto Alegre, v.6, n.1, p.01-08, 2002.

SÁNCHEZ, M. T. et al. Dispensación con intervención posterior: reposición de stock (sistemas automatizados) In: BONAL, F. J. et al (Eds). **Farmacia Hospitalaria**. 3. ed. Madrid: SCM, S.L. (Doyma), 2002. Tomo1, cap.2.6.2.1, p.449 a 463. Disponível em: < <http://sefh.interguias.com/libros>> Acesso em: 14 maio.2006.

SANTA CATARINA, Governo do Estado. De Santa Catarina. Disponível em: <[www.sc.gov.br](http://www.sc.gov.br)>. Acesso em 03 jan. 2008.  
SCHRAM, M. A.; TUMA, L.; DESIRRE, E. Farmácia Hospitalar. **Farmácia Brasileira**. CFF, Brasília, DF, ano 10, n. 60, p. 14-23, 2006.

SILVA, A. E .B. C; CASSIANI, S. H. B. Administração de Medicamentos: Uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas de erros na medicação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p.279-285, 2004. Disponível em: <[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em: 11 abr. 2006.

SILVA, M. T. Recebimento, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos e Materiais Médico-hospitalares. In: FERRACINI, F. T.; BORGES FILHO, W. M. **Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar: do Planejamento à Realização**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap.12, p.91-97.

SILVA, O.M; CARVALHO, S. V. **Projeto de Implantação da Dose Individualizada na Maternidade Dona Íris**. Projeto (Especialização em Farmácia Hospitalar). Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar. Universidade de Brasília (D.F), 2006. 33 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR (SBRAFH). **Padrões Mínimos para a Farmácia Hospitalar**. Belo Horizonte: SBRAFH, 1997. 12 p.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA (S.E.F.H). **Guia de Gestión de los Servicios de Farmacia Hospitalaria**. 1997a.

THE NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report**. Whashington, DC: National Quality Forum; 2003. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/nqfpract.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2007.

TORRES, J. N. V. et al. Metodologias para a Selección de Medicamentos em el Hospital. **Farmacia Hospitalaria**. S.E.F.H. España, v. 24, n. 1, p. 1-11, 2000.

TORRES, J. N. V. Compromiso del Farmacéutico con la calidad farmacoterapéuticas y la seguridad del paciente. **Farmacia Hospitalaria**. S.E.F.H. España, v. 29, n. 5, p. 297-299, 2005.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo: ADM, 1998. 92 p. (Saúde & cidadania 12)

VILAS BOAS, P.; PEREIRA, D. A. Sistemas de Distribuição de Medicamentos. In: FERRACINI, F. T.; BORGES FILHO, W. M. **Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar: do Planejamento à Realização**. São Paulo: Atheneu, 2005, cap.19, p.145-152.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Drug and therapeutics committees**. A practical guide. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia farmacéutica de la OMS: lo esencial son los países, 2004-2007**. 2004.

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

## APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Ciências Farmacêuticas

Diagnóstico dos Procedimentos Relacionados com a Assistência Farmacêutica das Farmácias Hospitalares dos Hospitais do Estado de Santa Catarina - Brasil
--

Código do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

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

PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS			
MÓDULO	NOME	FUNÇÃO	TEL. OU E-MAIL

### Módulo 1: Caracterização Geral do Hospital

P1. Tipo de atendimento ( Cadastro DATASUS)

1.1.  Geral

1.2.  Especializado Especificar: \_\_\_\_\_

P2. Quanto a administração: ( Esfera Administrativa) ( Cadastro DATASUS)

1.  Hospital Público

Se público:

Administração direta:  Federal  Estadual  Municipal

Administração Indireta:  Fundações  Autarquias

2.  Hospital Particular ou Privado

3.  Hospital Universitário

P3. Quanto ao aspecto financeiro: ( Retenção de Tributos) ( Cadastro DATASUS)

1.  Hospital não lucrativo

2.  Hospital Filantrópico

3.  Hospital Beneficiente

4.  Hospital Lucrativo

5.  Unidade Pública

P4. Quanto ao porte: (Cadastro DATASUS)

1.  Pequeno Porte – Até 49 leitos

2.  Médio Porte – de 50 a 199 leitos

3.  Grande Porte – de 200 a 500 leitos

4.  Porte Especial ou extra – superior a 500 leitos

Especificar o número de leitos existentes: |\_\_|\_\_|\_\_|

Deste total \_\_\_\_\_, destinado ao SUS

P5.– O hospital possui as seguintes comissões ligadas diretamente ao serviço de Farmácia: (Cadastro no DATASUS)

1.  Comissão de Farmácia e Terapêutica

2.  Comissão de Infecção Hospitalar

3.  Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral

4.  Comissão de Licitação e Parecer Técnico

5.  Outras: \_\_\_\_\_

P6. Quanto à estrutura hospitalar:

1.  Vertical – nº de pavimentos: |\_\_|\_\_|

2.  Horizontal

3.  Pavilhonar – nº de prédios: |\_\_|\_\_|

4.  Monobloco

5.  Multibloco

P7. Quantos médicos compõem o corpo clínico deste hospital? |\_\_|\_\_|\_\_|



P15. Quanto tempo faz que o farmacêutico trabalha na FH deste hospital?

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. ( ) menos de 1 ano   | Quantidade:  __ |
| 2. ( ) De 1 à 3 anos    | Quantidade:  __ |
| 3. ( ) De 4 à 7 anos    | Quantidade:  __ |
| 4. ( ) De 8 à 11 anos   | Quantidade:  __ |
| 5. ( ) Acima de 11 anos | Quantidade:  __ |

P16. Quantos anos de experiência que o farmacêutico tem em Farmácia Hospitalar?

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. ( ) menos de 1 ano   | Quantidade:  __ |
| 2. ( ) De 1 à 3 anos    | Quantidade:  __ |
| 3. ( ) De 4 à 7 anos    | Quantidade:  __ |
| 4. ( ) De 8 à 11 anos   | Quantidade:  __ |
| 5. ( ) Acima de 11 anos | Quantidade:  __ |

➤ SE respondeu até a P16 – Ir para a P20

➤ **SE NÃO FOR O FARMACÊUTICO QUE GERENCIA DIARIAMENTE O SERVIÇO DE FH**

P17. Qual a carga horária semanal do profissional responsável pelo setor (FH) ?

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1. ( ) 40 horas com dedicação exclusiva | Quantidade:  __ |
| 2. ( ) 44 horas semanais                | Quantidade:  __ |
| 3. ( ) Entre 20 e 39 horas semanais     | Quantidade:  __ |
| 4. ( ) Entre 10 e 19 horas semanais     | Quantidade:  __ |
| 5. ( ) Menos de 10 horas semanais       | Quantidade:  __ |
| 6. ( ) Outras: _____                    |                 |

P18. Quanto tempo faz que profissional responsável pelo setor trabalha na Farmácia hospitalar deste hospital?

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. ( ) menos de 1 ano   | Quantidade:  __ |
| 2. ( ) De 1 à 3 anos    | Quantidade:  __ |
| 3. ( ) De 4 à 7 anos    | Quantidade:  __ |
| 4. ( ) De 8 à 11 anos   | Quantidade:  __ |
| 5. ( ) Acima de 11 anos | Quantidade:  __ |

P19. Quantos anos de experiência que este profissional tem em Farmácia Hospitalar?

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. ( ) menos de 1 ano   | Quantidade:  __ |
| 2. ( ) De 1 à 3 anos    | Quantidade:  __ |
| 3. ( ) De 4 à 7 anos    | Quantidade:  __ |
| 4. ( ) De 8 à 11 anos   | Quantidade:  __ |
| 5. ( ) Acima de 11 anos | Quantidade:  __ |

### **Módulo 3: Caracterização Geral da “Farmácia Hospitalar”**

P20. Horário de funcionamento da FH:

- |    |                                       |
|----|---------------------------------------|
| a) | Segunda a sexta  __   __  às  __   __ |
| b) | Sábados  __   __  às  __   __         |
| c) | Domingos  __   __  às  __   __        |

P21. Horário de funcionamento com o profissional farmacêutico presente:

a) Segunda a sexta | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | às | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

b) Sábados | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | às | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

c) Domingos | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | às | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

P22. Localização: Onde a farmácia está localizada?

	Localização	Subsolo	Térreo	Outro andar: especificar
1	Dentro do prédio de enfermarias/unidades de internação do hospital			
2	Fora do prédio de enfermarias/unidades de internação do hospital, com acesso coberto			
3	Fora do prédio de enfermarias/unidades de internação, com necessidade de circulação por área descoberta/ ao ar livre.			

P23. Serviços ( Atividades) e área física ( Locais) da farmácia:

Área física e/ou local específico Serviços e/ Atividades	Atividade / Serviços		Área física ou local específico	
	SIM ( 1 )	Não ( 2 )	Sim ( 3 )	Não ( 4 )
A Armazenamento de medicamentos				
B Distribuição de medicamentos p/ as enfermarias				
C Distribuição de Medicamentos p/ os ambulatórios				
D Atividades Burocráticas, administrativas, Planejamento ( Atividades administrativas)				
E Centro de informações de medicamentos				
F Fracionamento de medicamentos				
G Diluição e/ou Produção de germicidas				
H Produção medicamentos e/ou produtos não estéreis				
I Diluição e preparação de Citostáticos				
J Preparação de Nutrição Parenteral				
L Preparação de Colírios				
M Fracionamento e diluição medicamentos injetáveis				
N Laboratório de controle de qualidade				
O A FH tem o serviço de Farmácias Satélites				
P Há alguma atividade e/ou serviço que não citada? Especifique....				
Q Há alguma área física e/ou local que não foi citado? Especifique				

P24. Área física total da FH : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| m<sup>2</sup> ( ) NSI

P25. Há serviços e/ou atividades que são terceirizados?

1. ( ) Sim Especificar: \_\_\_\_\_
2. ( ) Não

P26. Qual o número de funcionários que a Farmácia Hospitalar possui para realizar as atividades citadas acima ( sem contar o farmacêutico ) ? |\_\_|\_\_|\_\_|.

#### **Módulo 4 - Assistência Farmacêutica Seleção de Medicamentos**

P27a. De que maneira ou como são escolhidos os medicamentos que fazem parte do estoque do hospital?..... Fale um pouco sobre isso..... ( Quantitativa)

P28. Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica formalizada no hospital?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não – ir para P31

P29. Quais profissionais participam da Comissão de Farmácia e Terapêutica?

1. ( ) Farmacêutico                      Quantidade: |\_\_|\_\_|
  2. ( ) Médico                              Quantidade: |\_\_|\_\_|
  3. ( ) Enfermeiro                        Quantidade: |\_\_|\_\_|
  4. ( ) Administrador
  5. ( ) Outros
- Especificar: \_\_\_\_\_

P30. Qual a periodicidade das reuniões da CFT?

1. ( ) Bimestral
  2. ( ) Trimestral
  3. ( ) Semestral
  4. ( ) Anual
  5. ( ) Outro
- Especificar: \_\_\_\_\_

P31. Há Relação dos Medicamentos Padronizados ( Lista de Padronização)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não – Ir para a P 38

P32. Esta relação é revisada e atualizada? ..... Como ocorre este processo?....

P33. A Relação de medicamentos padronizados está disponível para a consulta do corpo clínico no local da prescrição.

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe informar



P34. Se por acaso um médico prescrever um medicamento que não esta na “padronização” de medicamentos; o que é feito nesta situação?.....Comente um pouco sobre isso.....

P35. O setor possui:

1. ( ) Livros para consulta bibliográfica . Quais..
2. ( ) Livros ou programas no formato de CDs para consulta bibliográfica. Quais....
3. ( ) Acesso a internet. Quais sites são consultados.

### **Módulo 6 - Aquisição**

P37. O hospital realiza compras medicamentos?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) As vezes

P38. A compra de medicamentos se dá por:

1. ( ) Compra por licitação pública
2. ( ) Compra por licitação privada
3. ( ) Cooperativas
4. ( ) Compra por cotação
5. ( ) Compra direta de distribuidoras e laboratórios fixos
6. ( ) Outro:Especificar: \_\_\_\_\_

P39) Como ocorre o processo de compras pelo hospital? ( pedido de compras até o momento que a medicação chega) Fale um pouco sobre isso.....

### **Módulo 5 – Programação (do Pedido)**

P40. Quando ou como vocês sabem que deve ser feito um novo pedido de medicamentos? Fale um pouco sobre isso..... ( Quantitativa)

P41.Como são escolhidos os fornecedores do hospital?

P42. Se por algum motivo faltar medicamentos no hospital, como é resolvido esta situação?.... Fale um pouco sobre isso.... Isso ocorre com frequência??

### Módulo 7 – Armazenamento

P43. Locais de armazenamento de medicamentos dentro do Hospital:

- ( ) CAF
- ( ) Almoxarifado Geral
- ( ) Farmácia Interna
- ( ) Farmácia Satélite
- ( ) Outros. Especificar \_\_\_\_\_

P44. Dentro da Farmácia como são organizados e armazenados os medicamentos

P45. Se você pudesse melhorar o armazenamento destes medicamentos, o que você melhoraria....

P46. Como é feito o controle de estoque (Registro de Entradas e Saídas)?

P47. Que tipo de registro de estoque é empregado:

- 1 ( ) Sistema informatizado
- 2 ( ) Sistema informatizado com código de barras
- 3 ( ) Ficha Kardex
- 4 ( ) Ficha de prateleira
- 5 ( ) Outros
- 6 ( ) Não há sistema de Registro de estoque

P48. De quanto em quanto tempo é realizado o inventário dos medicamentos? (Contagem do registro em estoque com o estoque nas prateleiras? Tem muito furo?

- a) ( ) Não é realizado o inventário
- b) ( ) outros---

P49. Sistema para controle de validade .Vence muitos medicamentos na instituição?

### Módulo 8 – Distribuição

**P50. Como são solicitados os medicamentos para a farmácia:**

- 1. ( ) Prescrição eletrônica
- 2. ( ) Solicitação escrita por paciente
- 3. ( ) Solicitação escrita por setor
- 4. ( ) Prescrição carbonada/xerox
- 5. ( ) Transcrição da prescrição
- 6. ( ) Solicitação
- 7. ( ) Outro

P51. Como ocorre o processo de distribuição de medicamentos da FH às enfermarias e/ou setores ??? Fale sobre isso....

P52. Independente do sistema de distribuição adotado pelo hospital, em algumas situações ocorre sobras de medicamentos nas enfermarias e setores dos hospitais.....Isso acontece aqui?.....Em que situações que isso ocorre..... Fale um pouco sobre isso.....

**P53. HÁ ALGUM OUTRO SETOR QUE ARMAZENA MEDICAMENTOS NO HOSPITAL?**

1. ( ) Setores de enfermagem – Especificar:
2. ( ) Pronto-socorro
3. ( ) UTI
4. ( ) Centro cirúrgico
5. ( ) Outros. Especificar :

P54. Por que ocorre o armazenamento de medicamentos nestes setores? Comente sobre isso....

P55. Considerando o que foi conversado, quais são as maiores dificuldades encontradas no seu dia a dia de trabalho? Fale sobre isso.....

## APÊNDICE B - Carta de Apresentação do Estudo



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Ciências Farmacêuticas**

**Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007**

**Prezado(a) Senhor (a),**

Meu nome é Angela Erna Rossato, sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Farmácia, nível mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou realizando um estudo diagnóstico sobre os procedimentos com a assistência Farmacêutica das Farmácias Hospitalares dos Hospitais de pequeno e médio porte do estado de Santa Catarina, buscando identificar as práticas adotadas para a seleção e padronização de medicamentos; sistemas de distribuição de medicamentos, práticas de estocagem e critérios para a programação e aquisição de medicamentos.

Este estudo está sendo realizado sob a orientação do professor Dr. Eloir Paulo Schenkel, da Universidade Federal de Santa Catarina (telefone: 48-37215076; 48-91136217).

A participação do \_\_\_\_\_ do município \_\_\_\_\_ é essencial para a condução do projeto citado. Dessa forma, solicitamos a colaboração desta instituição para a realização da pesquisa nos termos propostos, nas dependências desta instituição.

Ressaltamos que o estudo não tem qualquer conotação de fiscalização ou auditoria, tendo tão somente propósito acadêmico. A coleta é confidencial e os dados serão mantidos sob total sigilo. O nome do hospital, bem como dos entrevistados, não será em nenhum momento divulgado.

A partir de maio de 2007 os hospitais selecionados receberão visita para a realização do trabalho de campo. Antes desta data, estarei entrando em contato com V.S. para agendar a visita, dentro do período assinalado.

A entrevista deverá ser realizada com o farmacêutico responsável ou com o responsável pelos medicamentos na instituição. Caso haja algum questionamento de caráter administrativo, no qual os profissionais acima citados não possam fornecer a resposta, será solicitado a participação do responsável pela área. O tempo máximo previsto, para a realização da entrevista é cerca de uma hora.

Antecipadamente agradecemos a atenção

---

Farm. Angela Erna Rossato  
Fone( 48)3437-9208; (48)9926-9750  
e-mail: aer@unesc.net

---

Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel  
Fone: 48-37215076; 48-91136217  
e-mail:schenkel@ccs.ufsc.br

## APÊNDICE C - Declaração de Anuência



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Ciências Farmacêuticas**

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que tomei conhecimento dos objetivos do projeto: **“Diagnóstico dos Procedimentos Relacionados com a Assistência Farmacêutica das Farmácias Hospitalares dos Hospitais de Pequeno e Médio Porte do Estado de Santa Catarina - Brasil**, bem como dos procedimentos de pesquisa a serem realizados. Como representante legal da instituição hospitalar, \_\_\_\_\_, do município de \_\_\_\_\_, estou de acordo com a realização da pesquisa nos termos propostos, nas dependências desta Instituição.

---

Assinatura do Representante Legal da Instituição Hospitalar

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE D - Declaração do Consentimento Livre e Esclarecido



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Ciências Farmacêuticas**

<p>PROTOCOLO DE PESQUISA CIENTÍFICA <b>DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> (Resolução nº 196/96 e nº 251/97, do Conselho Nacional de Saúde/MS)</p>		
<p><b>Título do Projeto:</b> Diagnóstico dos Procedimentos Relacionados com a Assistência Farmacêutica das Farmácias Hospitalares dos Hospitais de Pequeno e Médio Porte do Estado de Santa Catarina – Brasil.</p>		
<p><b>Objetivos e Finalidades do Projeto:</b> Realizar estudo diagnóstico sobre os procedimentos relacionados com a Assistência Farmacêutica das Farmácias Hospitalares dos Hospitais de Pequeno e Médio Porte do estado de Santa Catarina – Brasil e a inserção do profissional farmacêutico neste contexto, buscando identificar as práticas adotadas para a seleção e padronização de medicamentos; sistemas de distribuição de medicamentos; práticas de estocagem e critérios para a programação e aquisição de medicamentos.</p>		
<p><b>Coordenação do projeto:</b> Professor Doutor Eloir Paulo Schenkel (Universidade Federal de Santa Catarina) (Fone: (48)3721-5076)</p>		
<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO OU RESPONSÁVEL LEGAL</b></p>		
<p><b>Nome do entrevistado:</b></p>	<p><b>Doc. Identificação:</b></p>	
<p><b>Nome do responsável legal:</b> (quando for o caso)</p>	<p><b>Doc. Identificação:</b></p>	
<p><b>CONSENTIMENTO PÓS- INFORMAÇÃO</b></p>		
<p>1. Declaro que, em ___/___/___, concordei em participar, na qualidade de entrevistado, do projeto de pesquisa acima referido, após devidamente informado sobre os objetivos e finalidades do mesmo. 2. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos coordenadores. 3. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro pelo meu consentimento espontâneo em participar do projeto de pesquisa. 4. Independente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa, em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isto comunicarei minha decisão ao coordenador do projeto, acima identificado.</p>		
<p>_____, ___/___/___</p>	<p>_____ Assinatura do entrevistado</p>	<p>_____ Assinatura do entrevistador</p>

## ANEXO 1: Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**  
 Parecer Consubstanciado Projeto nº 285/2006

### I - Identificação

Título do Projeto: Diagnóstico dos procedimentos relacionados com a Assistência Farmacêutica nas farmácias hospitalares dos hospitais de pequeno e médio porte do estado de Santa Catarina.  
 Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel- Dpto de Ciências Farmacêuticas/CCS.  
 Instituição onde se realizará: Farmácias Hospitalares.  
 Data de entrada no CEP: 09/10/2006

### II- Objetivos:

Geral: Realizar estudo diagnóstico sobre os procedimentos relacionados com a assistência farmacêutica nas farmácias hospitalares dos hospitais de pequeno e médio porte do estado de Santa Catarina.

#### Específicos:

- Identificar a sistemática adotada para a seleção e padronização de medicamentos;
- Identificar os critérios adotados para programação e aquisição de medicamentos;
- Identificar as práticas de estocagem dos medicamentos;
- Identificar a sistemática adotada para a distribuição intra- hospitalar dos medicamentos;
- Identificar participação do profissional farmacêutico nos serviços e atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica Hospitalar.

### III- Sumário do Projeto:

Estudo descritivo a ser desenvolvido em aproximadamente 65 farmácias hospitalares, de um universo de 225 hospitais, escolhidas por amostragem aleatória, mediante o preenchimento de um questionário estruturado aplicado na forma de entrevista. O questionário deverá ser respondido pelo farmacêutico que coordena a farmácia ou pelo funcionário que responda por ela frente ao hospital.

### IV- Comentários:

Para que se possa proceder a uma análise adequada, solicita-se: 1. anexar ao protocolo de pesquisa o questionário a ser utilizado; 2. adequar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao proposto pela Resolução CNS196/96, pois este deveria esclarecer ao participante, todos os procedimentos referentes ao estudo proposto, bem como os objetivos do mesmo; 3. anexar uma declaração de anuência de cada hospital a ser pesquisado, concordando com o desenvolvimento do estudo em suas pendências.

V- Parecer do CEP: **em pendência**.

VI- Data da Reunião: 30 de outubro de 2006.

Vera Lúcia Bosco  
 coordenadora

Parecer Final: Pelo exposto, somos de parecer que projeto e o TCLE sejam aprovados por este Comitê.

**Aprovado ( x )**

Prof. Washington Portela de Souza  
 Coordenador CEP

Data da reunião: 26 de março de 2007.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.