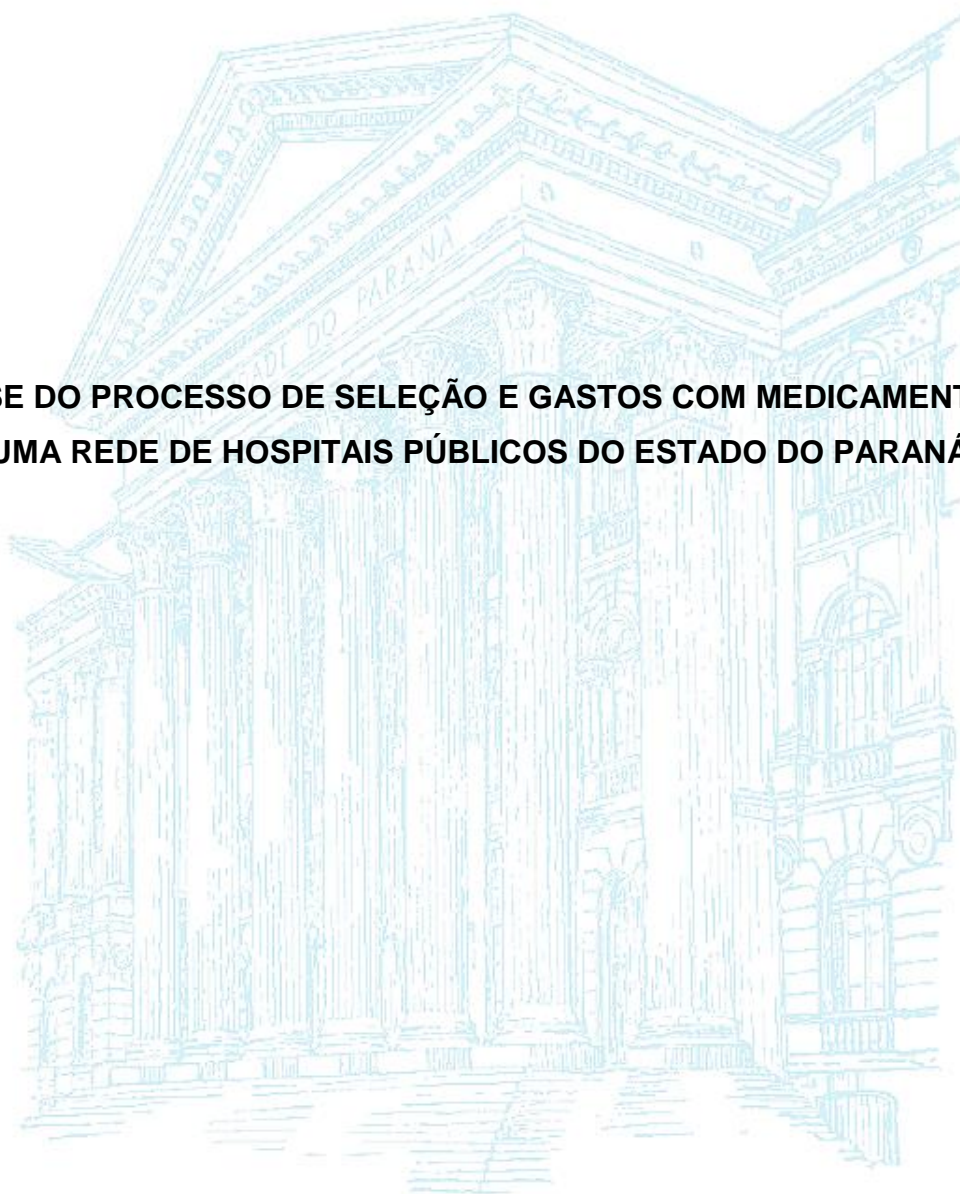


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LILIAN ODELI

**ANÁLISE DO PROCESSO DE SELEÇÃO E GASTOS COM MEDICAMENTOS EM  
UMA REDE DE HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DO PARANÁ**



CURITIBA

2017

LILIAN ODELI

**ANÁLISE DO PROCESSO DE SELEÇÃO E GASTOS COM MEDICAMENTOS EM  
UMA REDE DE HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na Linha de Pesquisa Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Milene Zanoni da Silva

CURITIBA

2017

O23 Odeli, Lilian

Análise do processo de seleção e gastos com medicamentos em uma rede de hospitais públicos do estado do Paraná / Lilian Odeli. – Curitiba, 2017.

103 f. : il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Milene Zanoni da Silva  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná.

1. Assistência farmacêutica. 2. Medicamento essenciais.  
3. Comitê de farmácia e terapêutica. 4. Gastos em saúde.  
I. Silva, Milene Zanoni da. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: QV 737



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em SAÚDE COLETIVA  
Código CAPES: 40001016103P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de LILIAN ODELI, intitulada: "Análise do processo de seleção e gastos com medicamentos em uma rede de hospitais públicos do estado do Paraná", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 18 de Julho de 2017.

MILENE ZANONI DA SILVA  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

GIOVANNA CHIPON STRAPASSON  
Avaliador Externo (SESA-PR)

YANNA DANTAS RATTMANN  
Avaliador Interno (UFPR)

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Milene Zanoni da Silva pelo apoio nos percalços enfrentados, pela sensibilidade, direcionamento e principalmente pela compreensão durante a realização deste trabalho.

Às amigas Amanda, Carolina, Gianna, Natália, Patrícia e Vitória, por compartilharem os momentos difíceis e as conquistas, pelas discussões, reflexões, risadas e gostosa companhia durante esta jornada.

Aos colegas de trabalho do CEMEPAR pelo apoio e agradável convivência. Agradeço especialmente à Priscilla, Fabiana, Ana Maria, Margely, Frederico, Beatriz, Silvio e Giovanna.

Ao Marcelo, cuja presença em minha vida me faz crescer a cada dia. Obrigada pelo carinho e ajuda quando o cansaço já não me permitia mais pensar.

Aos meus amados pais, Jairo e Marlene, pelo apoio incondicional, incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus irmãos queridos, Laís e Junior, que, nas poucas vezes que nos vemos, me fazem tão feliz.

À direção do CEMEPAR, por possibilitar a realização da pesquisa.

À Giovanna Chipon Strapasson e Yanna Dantas Rattmann que prontamente aceitaram participar da banca examinadora de qualificação e defesa deste trabalho.

A todos os participantes da pesquisa por contribuírem para que este estudo se efetivasse.

## RESUMO

Este estudo visou analisar o processo de seleção e gastos com medicamentos destinados ao atendimento da rede hospitalar própria do estado do Paraná, por meio de pesquisa descritiva, de abordagem quali e quantitativa, envolvendo coleta de dados primários e secundários. O cenário do estudo abrangeu os hospitais próprios do estado e o Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), órgão responsável pela logística de abastecimento de medicamentos às unidades hospitalares próprias. A coleta de dados no CEMEPAR ocorreu por meio de pesquisa documental, entrevista semiestruturada e registros nos sistemas informatizados disponíveis na unidade. A investigação sobre a seleção de medicamentos conduzida nos hospitais foi realizada a partir da aplicação de questionário eletrônico aos farmacêuticos responsáveis pelo serviço de farmácia hospitalar. Os dados quantitativos foram tabulados e analisados mediante estatística descritiva, enquanto que os dados qualitativos foram transcritos, categorizados e analisados mediante análise do conteúdo, cotejando com aportes teóricos da Assistência Farmacêutica e Gestão em Saúde Pública. O estudo evidenciou que o processo de seleção de medicamentos em nível central foi conduzido priorizando as etapas de aquisição e distribuição em detrimento da seleção de medicamentos, o que acarretou no aumento de 140% no número de medicamentos hospitalares gerenciados pelo CEMEPAR ao longo de 13 anos, passando de 310 itens em 2004 para 745 em 2016. As diversas estratégias utilizadas com o intuito de implementar a seleção e conter a ampliação acelerada da lista de medicamentos esbarraram na carência de recursos mínimos necessários à concretização e falta de articulação entre unidades e departamentos relacionados. Como resultado das inúmeras incorporações sem análise técnica específica, o elenco disponível em nível central apresentou múltiplas opções terapêuticas para a mesma condição clínica, demonstrando falta de racionalidade. O aumento do valor monetário em relação ao número de unidades distribuídas por ano coincidiu com a inclusão de medicamentos de maior impacto financeiro. Em 2016 foram gastos cerca de 12,8 milhões de reais com medicamentos para a rede hospitalar própria, sendo que 90 itens (12%) representaram 85% desse total. Os anti-infecciosos para uso sistêmico destacaram-se como o grupo de maior impacto financeiro. Na rede hospitalar constatou-se que a maioria dos hospitais investigados (77%) possuía Comissão de Farmácia e Terapêutica instituída, sendo esta a instância responsável pela seleção de medicamentos na unidade. No entanto, os dados apontaram para o funcionamento precário dessas comissões. A incorporação de medicamentos sem discussão aprofundada e falta de assiduidade dos membros nas reuniões foram as principais dificuldades relatadas. Constatou-se a necessidade de qualificação de recursos humanos e de garantia de tempo disponível para exercer as atividades que envolvem o processo de seleção de medicamentos.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Medicamentos essenciais; Comitê de Farmácia e Terapêutica; Gastos em Saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the selection process and expenditures with medicines destined to attend the hospital's own network in the state of Paraná, through descriptive research, with a qualitative and quantitative approach, involving primary and secondary data collection. Study scenario covered state's own hospitals and Paraná Medicines Center (CEMEPAR), agency responsible for logistics of supplying drugs to its own hospital units. Data collection at CEMEPAR occurred through documental research, semi-structured interviews and registrations in computerized systems available at the unit. Research on selection of medicines conducted in hospitals was carried out through application of an electronic questionnaire to pharmacists responsible for hospital pharmacy service. Quantitative data were tabulated and analyzed through descriptive statistics, while qualitative data were transcribed, categorized and analyzed through content analysis, comparing with Pharmaceutical Assistance and Public Health Management theoretical contributions. The study evidenced that the process of drug selection at central level was conducted prioritizing acquisition and distribution stages to detriment of drug selection, which led to a 140% increase in the number of hospital drugs managed by CEMEPAR over 13 years, from 310 items in 2004 to 745 in 2016. Various strategies used to implement the selection and hold accelerated expansion of the list of medicines ran into lack of minimum resources necessary to achieve that goal and lack of articulation between units and related departments. As a result of innumerable incorporations without specific technical analysis, the cast available at central level presented multiple therapeutic options for same clinical condition, demonstrating a lack of rationality. Increase in monetary value in relation to number of units distributed per year coincided with inclusion of drugs with greater financial impact. In 2016, approximately 12.8 million reais were spent on medicines for the hospital's own network, of which 90 items (12%) accounted for 85% of this total. Anti-infectives for systemic use stood out as the group with the greatest financial impact. In the hospital network, it was found that most of hospitals investigated (77%) had a Pharmacy and Therapeutics Commission, which is responsible for selection of drugs in the unit. However, data pointed to precarious functioning of these commissions. Incorporation of medications without in-depth discussion and lack of assiduity of members in meetings were the main difficulties reported. It was verified the need to qualify human resources and guarantee of available time to carry out the activities that involve the process of drug selection.

**Keywords:** Pharmaceutical Services; Drugs, Essential; Pharmacy and Therapeutics Committee; Health Expenditures.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	25
FIGURA 2 – REGIONAIS E MACRORREGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS, 2016. ....	33
FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES.....	35
FIGURA 4 – EXTRADO DE MEMORANDO ENVIADO PELO CEMEPAR AOS HOSPITAS PRÓPRIOS, 2007 .....	47
FIGURA 5 - MARCOS HISTÓRICOS NO PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A REDE HOSPITALAR ESTADUAL DO PARANÁ, 2004-2016 .....	51
FIGURA 6 - EVOLUÇÃO DO ELENCO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PELO CEMEPAR PARA OS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO, SEGUNDO NÚMERO DE ITENS, 2004-2016.....	54
FIGURA 7 - EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS AOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO DO PARANÁ PELO CEMEPAR, 2004-2016* .....	55
FIGURA 8 – MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA LISTA DO CEMEPAR E CONTEMPLADOS PELA RENAME, SEGUNDO RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS	58
FIGURA 9 – INSTÂNCIA RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO/INCORPORAÇÃO DE MEDICAMENTOS NAS UNIDADES INVESTIGADAS.....	68
FIGURA 10 – RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NOS HOSPITAIS, SEGUNDO NÚMERO DE ITENS, 2017 .....	68
FIGURA 11 – FLUXOGRAMA DE INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NO ELENCO PADRONIZADO, HOSPITAL SEM CFT.....	77

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ATIVIDADES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA PRECONIZADAS PELA OMS.....	29
QUADRO 2 – UNIDADES HOSPITALARES DO GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2016.....	34
QUADRO 3 – HOSPITAIS ATENDIDOS PELO CEMEPAR, 2004-2016 .....	43
QUADRO 4 – CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO DO PARANÁ SELECIONADOS PARA O ESTUDO, 2016 .....	62
QUADRO 5 – CARACTERIZAÇÃO ASSISTENCIAL DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO DO PARANÁ SELECIONADOS PARA O ESTUDO, 2016.....	63

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO PELA REVISTA PRESCRIRE DE NOVOS MEDICAMENTOS E NOVAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS APROVADAS NA FRANÇA EM 35 ANOS (1981 A 2015) .....	18
TABELA 2 – GRUPOS/CLASSES TERAPÊUTICAS COM MAIOR RENTABILIDADE EM 2015.....	20
TABELA 3 – DOCUMENTOS SELECIONADOS, REFERENTES A PROCESSOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A REDE HOSPITALAR PRÓPRIA, SEGUNDO TIPO, 2004-2016.....	41
TABELA 4 – QUANTITATIVO DE ITENS DISPONÍVEIS NA LISTA DO CEMEPAR POR GRUPO ANATÔMICO PRINCIPAL, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO ATC .....	56
TABELA 5 CORRELAÇÃO ENTRE A LISTA DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEL NO CEMEPAR E AS LISTAS DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME E LISTA DA OMS), SEGUNDO GRUPO ANATÔMICO PRINCIPAL .....	57
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS A, SEGUNDO GRUPO ANATÔMICO PRINCIPAL E GASTO ANUAL, 2016.....	59
TABELA 7 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REDE HOSPITALAR.....	64
TABELA 8 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA QUANTO AO NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO.....	65
TABELA 9 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA QUANTO À INFRAESTRUTURA.....	66
TABELA 10 – CARACTERIZAÇÃO QUANTO À FORMA DE RECEBIMENTO DAS PRESCRIÇÕES E SISTEMA DE DISPENSAÇÃO .....	67
TABELA 11 – FORMA DE DIVULGAÇÃO DA RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO HOSPITAL.....	69
TABELA 12 – COMPOSIÇÃO DAS CFT HOSPITALARES .....	69
TABELA 13 – PERIODICIDADE DAS REUNIÕES DAS CFT HOSPITALARES.....	71
TABELA 14 – CRITÉRIOS UTILIZADOS PELAS CFT PARA ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES DE ALTERAÇÃO DA LISTA DE MEDICAMENTO PADRONIZADOS .....	72
TABELA 15 – FONTES DE INFORMAÇÃO UTILIZADAS PELAS CFT .....	72
TABELA 16 – ATIVIDADES DA CFT RELACIONADAS AO DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	74
TABELA 17 – POTENCIALIDADES DA CFT DESTACADAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	75
TABELA 18 – DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA CFT DE ACORDO COM O RELATO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	75

## LISTA DE SIGLAS

AF	–	Assistência Farmacêutica
AIH	–	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	–	Autorização de Procedimento Ambulatorial
ATC	–	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Classification</i>
CCIH	–	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEME	–	Central de Medicamentos
CEMEPAR	–	Centro de Medicamentos do Paraná
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CFT	–	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIHQ	–	Comissão Inter-Hospitalar da Qualidade
CMM	–	Consumo Médio Mensal
CNES	–	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
COMARE	–	Comissão Multidisciplinar de Atualização da RENAME
CONITEC	–	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CRF	–	Conselho Regional de Farmácia
DEF	–	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
FDA	–	<i>Food and Drug Administration</i>
GSUS	–	Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial
GT	–	Grupo de Trabalho
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	–	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
ISDB	–	<i>International Society of Drug Bulletins</i>
LPI	–	Lei de Propriedade Industrial
OMC	–	Organização Mundial do Comércio
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
OPAS	–	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAF	–	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	–	Política Nacional de Medicamentos

PR	–	Paraná
P&D	–	Pesquisa & Desenvolvimento
RAS	–	Rede de Atenção à Saúde
RS	–	Regional de Saúde
RENAME	–	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SESA	–	Secretaria de Estado da Saúde
SETI	–	Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
SUP	–	Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias
SUS	–	Sistema Único de Saúde
SYSMED	–	Sistema de Administração de Medicamentos
TRIPS	–	Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....	14
2.1. O MERCADO FARMACÊUTICO.....	14
2.2. O CONCEITO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL .....	21
<b>2.2.1. Medicamentos essenciais</b> .....	21
<b>2.2.2. Políticas públicas de medicamentos no Brasil</b> .....	23
2.3. RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA A SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	27
2.4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DO PARANÁ .....	30
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	31
3.1. OBJETIVO GERAL .....	31
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>4. ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	32
4.1. TIPO DE ESTUDO .....	32
4.2. CENÁRIO DO ESTUDO.....	32
4.3. SELEÇÃO DAS UNIDADES.....	32
4.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	35
<b>4.4.1. Seleção de medicamentos no CEMEPAR</b> .....	35
<b>4.4.2. Evolução da lista de medicamentos padronizados no CEMEPAR</b> .....	37
<b>4.4.3. Seleção de medicamentos nos hospitais da rede própria do estado</b> .....	38
4.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	39
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
5.1. O PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO CEMEPAR .....	41
<b>5.1.1. O processo de seleção de medicamentos na reorganização da assistência farmacêutica hospitalar - composição do elenco inicial</b> .....	42
<b>5.1.2. Tentativas de implementação da seleção de medicamentos</b> .....	45
<b>5.1.3. Evolução da lista de medicamentos e dos gastos associados</b> .....	54
5.2. O PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO .....	61
<b>5.2.1. Caracterização dos hospitais selecionados</b> .....	61
<b>5.2.2. Caracterização dos participantes da pesquisa</b> .....	64
<b>5.2.3. Caracterização dos serviços de farmácia</b> .....	65
<b>5.2.4. Seleção de medicamentos</b> .....	67
5.2.4.1. Estrutura e funcionamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica .....	69
5.2.4.2. Seleção de medicamentos nos hospitais que não possuem CFT .....	76
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80
<b>APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA</b> .....	88
<b>APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO</b> .....	89
<b>APÊNDICE III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	95
<b>APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	98
<b>APÊNDICE V – DOCUMENTOS SELECIONADOS A PARTIR DE PESQUISA DOCUMENTAL REALIZADA NO CEMEPAR, 2004-2016</b> .....	100

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a participação dos gastos federais com medicamentos tem aumentado em relação ao gasto total com saúde. Entre 2002 e 2006 houve um crescimento de 123,9% nas despesas da União com o financiamento da aquisição de produtos farmacêuticos, sendo quase 13 vezes superior ao aumento dos gastos totais em saúde, que tiveram um incremento de 9,6% (VIEIRA, 2009). Na esfera estadual, a Assistência Farmacêutica (AF) representa um dos setores de maior impacto financeiro no orçamento das Secretarias Estaduais de Saúde, e a tendência de demanda por medicamentos é crescente (CONASS, 2011).

A constante inovação tecnológica na área e a dinâmica exponencial de incorporação de tecnologias são consideradas como principais responsáveis por esse crescimento dos gastos relacionados à AF. Outros fatores também estão envolvidos, como a expansão da cobertura, envelhecimento da população e consequente mudança no perfil de adoecimento, expectativas dos pacientes, pressão da indústria sobre os prescritores e uso inadequado de medicamentos em diversas situações clínicas (MOTA et al., 2008; TRINDADE, 2008).

Apesar de agregar custos, a introdução acelerada de novos fármacos no mercado não tem representado necessariamente avanço terapêutico. Grande parte dos produtos lançados são inovações incrementais, ou seja, pequenas variações na estrutura química de moléculas já comercializadas, permitindo ao fabricante se manter ativo no mercado à custa de menor espaço de tempo e esforços com pesquisa e desenvolvimento (JANNUZZI; VASCONCELLOS; SOUZA, 2008; GAVA et al., 2010). Como resultado, uma gama imensa de medicamentos está disponível no mercado brasileiro, o que potencializa a ocorrência de irracionalidade na sua utilização por parte de pacientes e profissionais de saúde (MOTA et al., 2008).

Considerando as inúmeras opções terapêuticas disponíveis e frente ao crescimento dos gastos públicos com a provisão de medicamentos, a garantia do acesso e o uso racional destes insumos implica na seleção daqueles a serem empregados na assistência à saúde de determinada instituição ou serviço, e na identificação de condições nas quais deverão ser utilizados (KRAUSS-SILVA, 2003). No caso dos hospitais públicos, a incorporação de tecnologias se soma a outros desafios da administração pública em contexto de crise e subfinanciamento (SCOPEL, CHAVES; 2015).

Entendida como atividade fundamental da AF, a seleção é um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, que irá direcionar os processos de aquisição, produção e desenvolvimento de políticas farmacêuticas (BRASIL, 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o estabelecimento de comitês multiprofissionais nos serviços de saúde, denominados Comitê ou Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), para a realização da seleção de medicamentos, considerando esta instância como imprescindível ao uso racional de medicamentos (HOLLOWAY; GREEN, 2003). No Brasil, são escassas as publicações sobre a existência, estrutura e metodologia de trabalho destes comitês, bem como sobre a existência de atividades de seleção de medicamentos em geral.

Diante do exposto, a produção de conhecimento sobre a seleção de medicamentos e o uso dos recursos gastos com estes insumos no ambiente hospitalar constitui uma importante ferramenta de monitoramento para subsidiar a tomada de decisão em saúde pública.

## 2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 2.1. O MERCADO FARMACÊUTICO

O uso de medicamentos como recurso terapêutico sofreu grandes transformações no decorrer da história, tornando-se um dos principais instrumentos tecnológicos do campo da saúde na sociedade moderna (RENOVATO, 2008).

A melhora das condições de vida da população, devido à melhoria na alimentação e nas intervenções da Saúde Pública, juntamente com o avanço do conhecimento científico e o progresso dos resultados da medicina deslocaram a atuação dos serviços de saúde de um plano coletivo para o individual, tornando o cuidado à saúde monopólio médico (ROSEN, 1980).

O avanço da química no século XIX e, na sua esteira, o desenvolvimento da teoria microbiana por Pasteur, assim como da síntese orgânica, permitem um grande desenvolvimento da indústria médico-farmacêutica. Esse desenvolvimento vai acarretar em mudanças no próprio ensino médico, fortalecendo o enfoque biomédico da saúde. Além disso, após o grande desenvolvimento *tecnológico* da síntese orgânica na década de 1930, aumenta o número de medicamentos disponíveis, aumentando também a influência da indústria sobre os médicos para prescrevê-los. Diante deste cenário, os medicamentos assumem um papel de destaque no cuidado à saúde (SILVA, 2015).

De fato, as inovações tecnológicas no campo médico trouxeram ganhos inegáveis à humanidade, na medida em que possibilitaram a cura, o tratamento e o controle de diversas doenças que até então dizimavam populações ou causavam grande sofrimento, bem como permitiram a melhoria da assistência à saúde. Segundo Silva (2015), a partir do momento em que a medicina consegue se apropriar do desenvolvimento tecnológico propiciado pelo capitalismo<sup>1</sup> e se torna fundamental na manutenção da força de trabalho, abre também um vasto campo para a acumulação de capital, com o desenvolvimento de novos produtos, bens e serviços antes inexistentes. Neste ramo produtivo, o Complexo Industrial da Saúde, a indústria farmacêutica se desponta como uma das mais lucrativas, o que pode ser evidenciado

---

<sup>1</sup> Para aprofundamento sobre o tema recomenda-se a leitura de Gonçalves (1994).

pelos relatórios publicados anualmente pela *IMS Health*<sup>2</sup>, uma empresa que fornece informações sobre o mercado que envolve a assistência médica. De acordo com os dados divulgados em 2015, onde foi avaliada uma série histórica, o mercado farmacêutico mundial movimentou cerca de um trilhão e cinquenta e sete bilhões de dólares em 2014, quase o dobro do faturamento alcançado em 2005, e obteve um crescimento de 8,4% em relação ao ano anterior (IMS HEALTH, 2015a).

Os direitos de propriedade intelectual, amplamente utilizados pela indústria farmacêutica, adquirem grande importância para que sejam alcançados faturamentos desta dimensão. No Brasil, os produtos químico-farmacêuticos e medicamentos, bem como os seus respectivos processos de obtenção e modificação, tornaram-se objeto de proteção intelectual a partir da promulgação da Lei nº 9.279/96 (Lei de Propriedade Industrial – LPI). Até então, o antigo Código de Propriedade Industrial (Lei nº 5.772/71), que vigorou de 1971 a 1996, não incluía o reconhecimento de patentes para produtos e processos farmacêuticos (JANNUZZI; VASCONCELLOS; SOUZA, 2008).

A publicação da Lei nº 9.279/96 se deu em resposta às regras de direito internacional estabelecidas pela Organização Mundial do Comércio (OMC), criada em dezembro de 1994. Uma série de acordos multilaterais foram assinados pelos Estados membros da nova Organização, sendo um deles o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS)<sup>3</sup>, o qual estabeleceu a obrigatoriedade de reconhecimento da propriedade intelectual para todos os campos tecnológicos, incluindo o setor farmacêutico. Para se adequarem ao TRIPS, os países membros tiveram que modificar suas legislações nacionais e reconhecer um padrão mínimo de proteção à propriedade intelectual (CHAVES; VIEIRA; REIS, 2008).

A proteção patentária, uma das modalidades de propriedade intelectual, confere ao seu titular o direito de “impedir terceiro, sem o seu consentimento, de produzir, usar, colocar à venda, vender ou importar com estes propósitos produto objeto de patente” (BRASIL, 1996, Art. 42), ou seja, ao detentor da patente é garantida a exclusividade de explorar comercialmente determinado produto pelo período de

---

<sup>2</sup> Instituto de pesquisa de mercado e a maior empresa de consultoria do setor farmacêutico mundial, está presente em mais de 100 países e possui mais de 55 anos de experiência no setor farmacêutico, tendo como clientes os principais laboratórios do setor, além de agências governamentais, pesquisadores entre outros.

<sup>3</sup> Sigla referente à denominação em inglês - *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*.

vigência da proteção patentária, que, de acordo com a Lei de Propriedade Industrial, é de 20 anos contados a partir da data de depósito. Dessa forma, as empresas que detêm este tipo de proteção podem, de certa forma, determinar o preço de comercialização dos produtos patenteados.

Ainda que os laboratórios farmacêuticos afirmem que o monopólio temporário é necessário devido ao longo tempo e aos altos investimentos com Pesquisa & Desenvolvimento (P&D) para a produção de um novo medicamento, e o Acordo TRIPS declare como um dos objetivos das normas de proteção intelectual a promoção da inovação tecnológica (WORLD TRADE ORGANIZATION, 1994), constata-se que uma grande parte dos medicamentos novos lançados pela indústria farmacêutica não constituem um avanço terapêutico real (CEBRIM, 2002).

A Sociedade Internacional de Boletins sobre Medicamentos (*International Society of Drug Bulletins – ISDB*), em uma declaração motivada pela confusão existente em torno dos termos ‘inovação’ e ‘avanço terapêutico’, ressalta que uma inovação não significa necessariamente um avanço terapêutico, sendo este último definido em termos de ‘vantagem comparativa’, ou seja, uma inovação pode ser considerada um avanço terapêutico quando demonstra superioridade em relação a opções previamente existentes e adequadamente testadas, tendo em vista a eficácia, a segurança e a conveniência para o paciente (CEBRIM, 2002).

De forma geral, as inovações no setor farmacêutico classificam-se em dois tipos: radicais e incrementais. As inovações radicais são aquelas geradoras de novas entidades moleculares, na forma de novos princípios ativos, que se distinguem dos existentes em termos de composição e estrutura química (BASTOS, 2005). São inovações que compreendem tecnologias inéditas, como por exemplo o lançamento dos inibidores de protease para o tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), tendo o saquinavir como protótipo da classe (SCHEFFER, 2008), e o medicamento mesilato de imatinibe, primeiro representante dentre os inibidores de tirosina quinase, cuja utilização revolucionou o tratamento da leucemia mielóide crônica (LOPES; ABREU, 2009). Já o termo inovação incremental aplica-se às inovações desenvolvidas sobre o modelo de produtos e processos existentes, com diferenças apenas triviais em termos de ciência, tecnologia, materiais, composição e propriedades (BASTOS, 2005). As inovações incrementais no setor

farmacêutico englobam o desenvolvimento de medicamentos *me-too*<sup>4</sup>, novas indicações de uso para entidades químicas conhecidas ('segundo uso médico'), associações de fármacos já descritos anteriormente (comprimido três em um, por exemplo), introdução de um novo sistema de liberação da substância, além de produtos obtidos a partir de polimorfos e isômeros de fármacos conhecidos (VIEIRA; OHAYON, 2006).

Apesar da menor densidade tecnológica, estas inovações também são alvo de proteção intelectual e, de acordo com alguns autores, constituem estratégias de perpetuação da proteção patentária pelas indústrias farmacêuticas, que ao obterem maior número de patentes em torno de uma invenção original maximizam as oportunidades de comercialização de produtos com inovações incrementais (JANNUZZI; VASCONCELLOS; SOUZA, 2008).

Ainda que em alguns casos as inovações incrementais assegurem maior eficácia aos medicamentos, menos efeitos colaterais e novas alternativas de tratamento, quando podem ser consideradas um avanço terapêutico, de modo geral não mais que um pequeno percentual das intervenções medicamentosas aprovadas oferece uma vantagem quando comparado às opções previamente disponíveis. No entanto, por serem lançadas como inovadoras ou versões melhoradas, acabam conquistando profissionais de saúde e consumidores que, em muitos casos, pressionam os sistemas e serviços de saúde para a sua incorporação, podendo impactar de forma significativa nos gastos em saúde (GAVA et al., 2010).

Para a aprovação do registro de um medicamento junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) são avaliados os aspectos relacionados à eficácia, segurança e qualidade da nova tecnologia, porém o ganho terapêutico não é considerado neste processo (NISHIOKA, 2006). Já a agência reguladora norte-americana (*Food and Drug Administration* – FDA) classifica os medicamentos segundo o avanço terapêutico durante a análise para concessão de registro, a fim de estabelecer prioridades de avaliação (GAVA et al., 2010). Em um posicionamento oficial divulgado em 2004, a ANVISA declara que a dificuldade em classificar um

---

<sup>4</sup> *Me-too drug*: Trata-se de medicamento cuja estrutura química é muito semelhante a de um fármaco já conhecido e cujo perfil farmacoterapêutico não difere significativamente deste. Em geral, o medicamento *me-too* possui o mesmo núcleo químico que o fármaco já existente, ainda que seja diferente na natureza de alguns de seus radicais, como por exemplo a ranitidina e a cimetidina. Para fins de registro é considerado uma entidade molecular nova. Normalmente são aclamados como "medicamentos novos" embora nem sempre apresentem evidência significativa de real avanço terapêutico (CEBRIM, 2002).

medicamento como *me-too* no momento do seu registro e a falta de arcabouço legal impedem que a Agência faça restrições à análise de pedidos de registro de produtos que preliminarmente poderiam ser considerados *me-too*, ou respalde o indeferimento de tais pedidos por este motivo (ANVISA, 2004). Como resultado, o mercado farmacêutico brasileiro possui mais de doze mil especialidades farmacêuticas (DEF, 2016), dentre as quais muitas não agregam ganho terapêutico.

O potencial terapêutico de novos medicamentos tem sido analisado criticamente por diversos autores e instituições. A revista francesa *La Revue Prescrire*<sup>5</sup> publica mensalmente análises baseadas em dados clínicos disponíveis na literatura sobre medicamentos novos aprovados na França, bem como novas indicações terapêuticas para drogas existentes. A compilação das análises realizadas em um período de 35 anos, de 1981 a 2015, revela que 63,68% dos 4.215 produtos ou novas indicações avaliadas foram classificadas como não tendo trazido ‘nada de novo’ (PRESCRIRE INTERNATIONAL, 2005, 2015, 2016a). A classificação completa pode ser conferida na TABELA 1.

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO PELA REVISTA PRESCRIRE DE NOVOS MEDICAMENTOS E NOVAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS APROVADAS NA FRANÇA EM 35 ANOS (1981 A 2015)

Classificação (a)	Número de medicamentos	%
Bravo	10	0,24
Avanço real	88	2,09
Oferece alguma vantagem	283	6,71
Eventualmente útil	675	16,01
Nada de novo	2684	63,68
Inaceitável	279	6,62
Julgamento reservado	196	4,65
Total	4215 (b)	100

FONTE: Adaptado de PRESCRIRE INTERNATIONAL (2005, 2015, 2016a).

NOTA: (a) Bravo: o fármaco é um avanço terapêutico importante em doenças para as quais não havia tratamento disponível; Avanço real: o produto é uma importante inovação terapêutica, mas possui certas limitações; Oferece alguma vantagem: o produto tem algum valor, mas basicamente não altera a prática terapêutica vigente; Eventualmente útil: o produto tem valor mínimo adicional e não deve alterar os hábitos de prescrição, com raras exceções; Nada de novo: o produto pode ser uma nova molécula, mas é supérfluo, nada acrescentando aos tratamentos já disponíveis (em muitos casos trata-

<sup>5</sup> Trata-se de uma organização sem fins lucrativos financiada somente por seus assinantes. Não aceita publicidade ou suporte financeiro externo, mantendo independência da indústria farmacêutica ou instituições governamentais. Os textos são produzidos por um corpo editorial, não expressando a opinião de um autor, por este motivo são assinados como ‘*Prescrire*’. A revista publica também uma edição em inglês (*Prescrire International*), 11 vezes ao ano, com textos selecionados e traduzidos da revista francesa (PRESCRIRE INTERNATIONAL, 2016b).

se de um medicamento *me-too*); Inaceitável: produto sem benefício evidente, mas com desvantagens potenciais ou reais; Julgamento reservado: a comissão de redação posterga sua classificação até que melhores dados e uma avaliação mais completa sobre a droga estejam disponíveis. (b) Compreende novos produtos (exceto genéricos) e novas indicações terapêuticas de medicamentos lançados no mercado francês e analisados pela *Prescrire*, bem como produtos reavaliados após um tempo de acompanhamento maior.

Dentre os medicamentos analisados pela revista em 2015, nenhum foi classificado como bravo. Destacam-se como um avanço real o ácido cólico (Orphacol®) com indicação em três tipos de deficiência congênita da síntese de ácidos biliares, a associação de ledipasvir + sofosbuvir (Harvoni®) no tratamento da hepatite C crônica genótipo 1 e o propranolol solução oral (Hemangirol®) para hemangioma infantil grave. A associação de bupropiona + naltrexona para obesidade e o adesivo hormonal de etinilestradiol + gestodeno para contracepção feminina, além de outros 13 medicamentos, foram considerados inaceitáveis segundo os critérios da *Prescrire* (PRESCRIRE INTERNATIONAL, 2016a).

Em um estudo brasileiro, Gava et al. (2010) analisaram os medicamentos novos registrados pela ANVISA entre os anos de 2000 e 2002 e constataram que, dos 49 medicamentos registrados como novos, 63,3% foram classificados como entidade molecular nova de acordo com a legislação vigente na época. No entanto, quando comparados à classificação da FDA somente 42,4% foram considerados como prioritários tendo em vista a demonstração de avanço terapêutico. Isto significa que, apesar de a maioria dos medicamentos registrados pela ANVISA no período em questão serem compostos por novas moléculas, a maior parte destes não apresenta ganho terapêutico que justifique prioridade na avaliação pelo FDA, ou seja, o potencial terapêutico não é significativo se comparado aos medicamentos já comercializados.

Vidotti, Castro e Calil (2008), além de analisarem os medicamentos novos registrados no Brasil quanto ao potencial terapêutico, o que foi feito comparativamente à classificação do FDA, investigaram também a indicação de uso destes fármacos e se correspondiam ao tratamento de doenças consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. Os resultados evidenciaram que somente um terço das novas drogas registradas pela ANVISA no período de 2000 a 2004 foram classificadas como prioritárias segundo os critérios do FDA (22/65) e menos de 10% (8/109) destinava-se ao tratamento de patologias estratégicas como hanseníase, tuberculose, diabetes e hipertensão arterial.

A partir dos dados apresentados, é possível destacar alguns aspectos com relação às inovações no setor farmacêutico, cujo objetivo, em sua essência, não diverge de nenhum outro ramo industrial no contexto capitalista, qual seja, o incremento da lucratividade (BARROS, 2008).

Um desses aspectos é o direcionamento dos investimentos em P&D para medicamentos de determinadas classes terapêuticas, destinados ao tratamento de doenças globais ou que afligem a população de países desenvolvidos, garantindo, assim, maior retorno financeiro. Dessa forma, doenças que são endêmicas em países pobres, como a tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, leishmaniose, entre outras, permanecem sem tratamento ou com opções terapêuticas obsoletas, apesar do intenso desenvolvimento tecnológico do setor observado nas últimas décadas. São as chamadas doenças negligenciadas. Na TABELA 2 estão listados os dez grupos/classes terapêuticas de maior rentabilidade no ano de 2015, segundo levantamento divulgado pelo *IMS Health* (2015b).

TABELA 2 – GRUPOS/CLASSES TERAPÊUTICAS COM MAIOR RENTABILIDADE EM 2015

Posição	Grupo/Classe Terapêutica	Vendas em bilhões de dólares (US\$)	Crescimento (LC\$ %)(a)
1ª	Oncológicos	78,9	14,0
2ª	Antidiabéticos	71,5	19,0
3ª	Medicamentos para dor	56,2	2,5
4ª	Doenças autoimunes	41,9	19,7
5ª	Anti-hipertensivos	41,4	-3,3
6ª	Doenças obstrutivas das vias aéreas	40,0	8,0
7ª	Antibacterianos	38,4	1,0
8ª	Antidepressivos e antipsicóticos	34,9	-4,8
9ª	Hepatites virais	32,0	84,0
10ª	Dermatológicos	29,5	13,7

FONTE: IMS HEALTH (2015b).

NOTA: (a) O crescimento é apresentado em constante \$ para normalizar as flutuações da taxa de câmbio.

Como justificativa para o baixo investimento em P&D de fármacos destinados a doenças negligenciadas, a indústria farmacêutica privada alega que este seria um investimento de risco muito elevado, tendo em vista o alto custo envolvido no desenvolvimento de um novo medicamento, desde a fase de pesquisa até sua comercialização, e o baixo poder aquisitivo das populações dos países a que se destinariam tais medicamentos, além de haver a possibilidade de aplicação de

flexibilidades previstas no Acordo TRIPS, como a licença compulsória<sup>6</sup>, o que constitui uma ameaça ao retorno financeiro com a venda destas inovações (CASTRO, 2012).

Este cenário explicita algumas contradições que envolvem o mercado farmacêutico: se por um lado os avanços tecnológicos nos ramos mais variados do conhecimento oferecem soluções nunca antes cogitadas (conquistas da biotecnologia e engenharia genética, por exemplo), por outro, boa parte da população mundial permanece à margem de tais avanços, seja pela falta de acesso ou pela negligência no desenvolvimento de pesquisas para determinadas patologias.

Tendo em vista o exposto até aqui, é possível perceber a necessidade de selecionar os medicamentos a serem financiados pelos sistemas e serviços de saúde. A ampla dimensão do mercado farmacêutico e a falta de acesso a medicamentos por grande parte da população mundial motivou a OMS a elaborar estratégias para reduzir as desigualdades quanto ao acesso de medicamentos, que se traduzem principalmente no conceito de medicamentos essenciais.

## 2.2. O CONCEITO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

### 2.2.1. Medicamentos essenciais

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), a década de 1970 é marcada por questionamentos aos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina; e ao modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista.

Em um contexto mundial favorável, no qual predominavam os governos social-democratas em países europeus, a OMS passou por uma renovação quando Halfdan Mahler assumiu a direção da organização em 1973, cargo que exerceu até 1988, começando a desenvolver intervenções mais focadas nos determinantes sociais e econômicos da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

---

<sup>6</sup> Instrumento acionado pelo governo do país que concede a patente, intervindo sobre o monopólio de sua exploração. Essa licença é um mecanismo de defesa contra possíveis abusos cometidos pelo detentor de uma patente, ou para os casos de "interesse público". O Brasil utilizou esta flexibilidade prevista no Acordo TRIPS em 2007, para o medicamento efavirenz (CHAVES; VIEIRA; REIS, 2008).

A liderança de Mahler foi extremamente significativa no desenvolvimento e divulgação do conceito de medicamentos essenciais. Em 1975, em seu discurso durante a 28ª Assembleia Mundial da Saúde, Mahler destaca a necessidade de se desenvolverem políticas farmacêuticas nacionais baseadas em acessibilidade, qualidade e disponibilidade de fármacos para atender as necessidades prioritárias da população. Também destaca as experiências de países como Sri Lanka, Papua Nova Guiné, Cuba, Peru e Moçambique na formulação de listas nacionais de fármacos que possibilitaram um avanço no acesso a medicamentos (SNELL, 2014).

No âmbito farmacêutico, a OMS se compromete em fornecer assistência aos países em desenvolvimento para a formulação e implementação de políticas nacionais de medicamentos, considerando que uma política de saúde eficaz, tendo como eixo central a atenção primária em saúde, exige uma sólida política de medicamentos essenciais, baseada nas necessidades reais da maioria da população (ANTEZANA; SEUBA, 2008).

Dessa forma, em 1977 foi publicada pela OMS a primeira lista modelo de medicamentos essenciais, ou seja, “aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população”. Elaborada por um comitê de especialistas, a lista continha 205 itens, entre medicamentos e vacinas, todos designados pelo nome genérico e selecionados com base em critérios de segurança, acessibilidade, necessidade e eficácia (WHO, 1977).

A lista modelo de medicamentos essenciais da OMS vem sendo revisada a cada dois anos, desde 1977, e a partir de 2007 criou-se um subcomitê para selecionar medicamentos essenciais para crianças. Atualmente a lista encontra-se em sua 20ª edição e na 6ª edição de medicamentos essenciais para crianças, ambas publicadas em março de 2017. Na última atualização foram incluídos 30 medicamentos para adultos e 25 para crianças, além de se especificarem novos usos para nove produtos já listados, alcançando um total de 433 medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades de saúde pública mais importantes (OPAS/OMS, 2017).

Ainda que a OMS defenda e incentive o desenvolvimento de políticas nacionais de medicamentos baseadas em acessibilidade, eficácia, segurança e disponibilidade de fármacos para atender as necessidades prioritárias da população, pouco discute a gênese das diferenças no processo de adoecimento da população de países desenvolvidos e subdesenvolvidos ou mesmo entre diferentes classes sociais de um mesmo país (ROCHA; DAVID, 2015).

Tal discussão é fundamental para se desmistificar porque as 'reais necessidades' da população no que tange o acesso a medicamentos são tão distintas entre diferentes nações e grupos sociais. Prover medicamentos para as condições de saúde mais prevalentes de determinada população é de extrema importância, porém limitar-se ao fornecimento de medicamentos perpetuará as condições que engendram tais desigualdades<sup>7</sup>.

### **2.2.2. Políticas públicas de medicamentos no Brasil**

No Brasil, a primeira lista de medicamentos essenciais foi estabelecida pelo Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Este decreto também estabeleceu a obrigatoriedade para órgãos governamentais federais de adquirirem exclusivamente os produtos da relação e, preferencialmente, em laboratórios governamentais e privados de capital nacional (SILVA, 2000).

O marco da AF como política pública se deu com a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, instituída inicialmente como órgão da Presidência da República, que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e cujos objetivos consistiam em regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados a ministérios, e também da indústria privada. Dessa maneira, definiu as políticas para o setor farmacêutico, além de centralizar as aquisições governamentais e a distribuição de medicamentos (PORTELA et al., 2010; CONASS, 2011).

Em abril de 1972 a CEME distribuiu o primeiro Memento Terapêutico e, em novembro do mesmo ano, divulgou a segunda edição revisada e ampliada. Em 1975, antes mesmo de a OMS elaborar sua lista de medicamentos essenciais, foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), através da Portaria MPAS nº. 233, a qual se constituiu como um instrumento de fornecimento de

---

<sup>7</sup> A discussão a respeito das diferenças no processo de adoecimento de distintas sociedades e camadas sociais foge ao escopo deste trabalho. Para o aprofundamento sobre o assunto recomenda-se a leitura dos autores latino-americanos Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh, especialmente as obras 'A saúde-doença como processo social' (LAURELL, 1983) e 'Saúde na Sociedade' (GRANDA; BREILH, 1989), os quais procuram explicar o processo saúde-doença enquanto um processo social, assumindo uma posição crítica à explicação biologicista da doença predominante até os dias atuais.

medicamentos prioritários para as unidades de saúde, atendendo a princípios estabelecidos pela OMS (SILVA, 2000).

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, inúmeras mudanças de princípios foram introduzidas. A saúde passou a ser um direito social (Art. 6º) e o seu cuidado competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Art. 23) (BRASIL, 1988). Apesar dessa reorientação, a CEME foi responsável pela AF no Brasil até 1997, quando em meio a muitas críticas de ineficiência e desperdício foi desativada, sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde, Estados e Municípios (PORTELA et al., 2010).

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080 de 1990, fruto da Constituição de 1988, reforçava a necessidade cada vez mais emergente da formulação de uma política nacional de medicamentos, consoante com o novo sistema de saúde do país (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). A referida Lei, em seu Artigo 6º, determinou como campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

Diante desse cenário, foi aprovada em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM), pela publicação da Portaria GM/MS nº. 3.916, com base nos princípios e diretrizes do SUS, integrando esforços para a consolidação do novo sistema de saúde brasileiro e norteando as ações das três esferas de gestão (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Medicamento é estabelecida por meio de diretrizes e prioridades, tendo como principais finalidades a garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. De acordo com a PNM, integram o elenco de medicamentos essenciais aqueles considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde, os quais devem estar disponíveis à população por meio da adoção da RENAME (BRASIL, 1998).

São também estabelecidas neste documento as responsabilidades de cada esfera de governo quanto à organização das atividades relativas aos medicamentos, conferindo as bases para a descentralização da AF.

Considerando a definição apresentada na PNM,

a AF é entendida como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998, 7. Terminologia).

De forma esquemática, a AF é apresentada como um ciclo que envolve a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e uso de medicamentos (FIGURA 1). O processo de seleção, entendido como a base estrutural da AF, deve acontecer nas diferentes esferas governamentais e níveis de atenção, respeitando as necessidades das populações locais através de critérios epidemiológicos (BRASIL, 1998).

FIGURA 1 – CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



FONTE: Adaptado de Marin et al. (2003).

Ainda de acordo com PNM, o Ministério da Saúde é responsável por estabelecer mecanismos que permitam a contínua atualização da RENAME, que deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais e favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços (BRASIL, 1998).

Outro importante marco legal foi a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004, estabelecendo que a AF no SUS deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos a manutenção e a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (CNS, 2004).

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle, que passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento, sendo que AF constitui um bloco específico, além dos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2007).

Os Blocos de Financiamento são constituídos por Componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. O bloco da AF é constituído por três componentes:

I. Componente Básico da Assistência Farmacêutica: financiado pelas três esferas de gestão e gerenciado pela esfera municipal, destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde;

II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: destina-se ao financiamento de medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico, são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados, que por sua vez encaminham aos municípios de sua área de abrangência;

III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos deste componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas, envolvendo as três esferas de gestão (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde vem promovendo a avaliação de medicamentos e a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais por equipes

multidisciplinares como a Comissão Multidisciplinar de Atualização da RENAME (COMARE), que atuou entre 2005 e 2010, e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), desde 2011 (BRASIL, 2015).

A CONITEC foi instituída por meio da Lei nº 12.401/2011 e do Decreto nº 7.646/2011, e tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, além das atualizações da RENAME. Desde o início de suas atividades, em 1º de janeiro de 2012, a junho de 2016, a CONITEC recebeu 485 demandas de avaliação de tecnologias em saúde, em sua maioria de medicamentos (62,1%). Aproximadamente metade das solicitações relativas a medicamentos foi feita por demandantes externos (indústria, sociedades médicas e profissionais, órgãos do poder judiciário, associações de pacientes, entre outros) e a outra metade por órgãos e instituições do SUS ou vinculados ao Ministério da Saúde (CAETANO et al., 2017).

### 2.3. RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA A SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Para Perini (2003), a seleção de medicamentos é um processo que culmina na escolha de medicamentos a serem utilizados na assistência à saúde de determinada instituição ou serviço, com base em critérios farmacoepidemiológicos e farmacoeconômicos predefinidos, constitui uma etapa crítica da assistência farmacêutica.

A seleção de medicamentos, resultando nas listas padronizadas, tem sido a base de muitos programas de saúde, desenvolvidos com o objetivo de reduzir tanto a morbimortalidade nos países em desenvolvimento, quanto os gastos com medicamentos, que comprometem parte importante de seus orçamentos (LUIZA; BERMUDEZ, 2004).

A seleção de medicamentos essenciais nos serviços de saúde, realizada de forma integrada às demais etapas do ciclo da assistência farmacêutica, pode contribuir para melhorar o acesso, a racionalização dos custos dos tratamentos, além de ser importante para a otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis e para o uso racional dos medicamentos (WANNMACHER, 2012).

Ainda que as restrições financeiras na área da saúde fossem ausentes, não se poderia prescindir da adoção de critérios para alocação de insumos terapêuticos, considerando-se as inúmeras opções disponíveis no mercado (AMARAL, 2001).

As Comissões de Farmácia e Terapêutica são apontadas pela Organização Mundial da Saúde como uma das doze intervenções fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos. Estas comissões devem possuir objetivos claros, mandato firme, apoio da direção do hospital, transparência nos procedimentos, ampla representação, competência técnica, enfoque multidisciplinar e recursos suficientes para aplicação das decisões. Sua implementação deve ser descentralizada e participativa, porém com uma coordenação única. Para tanto, é recomendada a constituição e a legitimação através de Portaria ou medida equivalente (MARIN et al., 2003).

A fim de orientar a implementação e o trabalho de CFT, a OMS publicou em 2003 um manual bastante completo, em que são abordadas questões relacionadas aos objetivos e funções, estrutura e organização, condução do processo de seleção, critérios a serem utilizados, entre outras informações pertinentes ao estabelecimento destas comissões em todos os níveis de atenção (HOLLOWAY; GREEN, 2003). Apesar de ter sido publicado há quase quinze anos, o documento ainda permanece atual e é utilizado como referência para diversas outras publicações tanto acadêmicas como de instituições governamentais.

De acordo com o referido manual, a seleção deve considerar a importância epidemiológica da doença, as evidências sobre os medicamentos para aquela indicação no que tange à eficácia, segurança, conveniência para o paciente, qualidade e, como último critério, o custo comparativamente favorável. Além disso, a escolha pode contemplar disponibilidade no mercado e questões específicas do medicamento, ou do sistema/unidade de saúde que realiza a seleção (HOLLOWAY; GREEN, 2003).

As atividades/funções destas comissões são indicadas no QUADRO 1.

QUADRO 1 – ATIVIDADES DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA PRECONIZADAS PELA OMS

Atividade	Descrição
Avaliação e Seleção de Medicamentos	Função mais comum da CFT. Os medicamentos devem ser selecionados com base nas diretrizes e protocolos de tratamento da instituição. A avaliação requer experiência, tempo e compromisso, além de uma abordagem rigorosa e transparente. Exige análise das evidências de eficácia, segurança, qualidade e custo de todos os medicamentos sob consideração para inclusão.
Elaboração de Lista de Medicamentos Essenciais (LME) ou Formulário Terapêutico.	Produto da seleção de medicamentos. Lista dos medicamentos essenciais do hospital organizada por ordem alfabética e/ou classe terapêutica com ampla divulgação na instituição e revisada periodicamente, devido a mudanças nos custos e indicações, novas informações sobre segurança e o surgimento de novos medicamentos.
Desenvolvimento de Políticas de utilização de Medicamentos	Atividade fundamental das CFT. Prevê a normatização de políticas específicas como: critérios para inclusão de medicamentos na LME, diretrizes de tratamento, normas para uso de medicamentos não selecionados, restrição de uso de medicamentos de alto custo ou perigosos como antineoplásicos e antibióticos de última geração e monitoramento de medicamentos sob investigação, substituição e intercâmbio terapêutico.
Elaboração e Monitoramento de Diretrizes Terapêuticas	A construção de diretrizes ou protocolos terapêuticos deve ser realizada de forma participativa, envolvendo os usuários finais. Se formalizadas na instituição com ampla divulgação, fácil leitura, treinamento e supervisão, contribuem para os melhores resultados clínicos.
Assessoria sobre medicamentos	A atuação como um comitê consultivo é um importante recurso do corpo clínico para busca de orientações e aconselhamento sobre medicamentos (políticas e diretrizes relativas à seleção, distribuição e uso de medicamentos). Pode ser implementado junto ao Serviço de Farmácia.
Outras funções	Realização de estudos de utilização de medicamentos. Avaliação de problemas relacionados a medicamentos e gerenciamento de eventos adversos a medicamentos.

FONTE: LIMA-DELLAMORA (2012).

O trabalho das Comissões de Farmácia e Terapêutica é bem conhecido na Austrália, Estados Unidos, Canadá e em países europeus. No Canadá e Austrália, por exemplo, são consideradas todas as variáveis sociais, econômicas, médicas e sanitárias para avaliar a incorporação de um medicamento dentro do sistema de benefícios farmacêuticos e dos formulários terapêuticos utilizados nos sistemas de atenção à saúde (MARQUES; ZUCCHI, 2006).

No contexto brasileiro o trabalho das CFT ainda é incipiente. Segundo Marques e Zucchi (2006), faltam estudos sobre a existência, a estrutura, a metodologia de trabalho e a avaliação da qualidade destas comissões no Brasil. Após

um levantamento nas bases de dados LILACS, SciELO e Portal da Capes, utilizando como descritores os termos ‘medicamentos essenciais’, ‘seleção de medicamentos’ e ‘comitê de farmácia e terapêutica’, com suas variações em inglês e espanhol, foi constatado que são poucos os estudos que relatam ou analisam o processo de seleção de medicamentos em hospitais brasileiros, corroborando os achados de Marques e Zucchi (2006). As publicações existentes referem-se em sua maioria a hospitais localizados na região sudeste do Brasil ou a outros níveis de atenção que não hospitalar (LIMA-DELLAMORA; CAETADO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2015; MAGARINOS-TORRES et al., 2011; PÓVOAS; LIMA-DELLAMORA, 2013; PRIMO et al., 2015).

Considerando o número restrito de dados sobre a existência de atividades de seleção de medicamentos no Brasil, especialmente a nível hospitalar, espera-se com este trabalho contribuir para a discussão acerca da incorporação de medicamentos nos serviços de saúde.

#### 2.4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DO PARANÁ

O Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), unidade central de operações logísticas do Estado, localizado em Curitiba, é o órgão responsável pelo planejamento e execução da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, atuando de forma articulada com as áreas técnicas e superintendências da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Possui como principais objetivos definir, coordenar, supervisionar e executar as atividades relacionadas à programação, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos aos hospitais e unidades próprias da SESA, bem como às Centrais de Abastecimento Farmacêutico e farmácias das Regionais de Saúde (RS) (PARANÁ, 2016). O abastecimento de medicamentos aos hospitais próprios é gerenciado pelo CEMEPAR desde 2004, ano em que a aquisição passou a ser centralizada.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar o processo de seleção e os gastos com medicamentos para a rede hospitalar própria do estado do Paraná.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o processo de seleção de medicamentos executado pelo CEMEPAR para a rede hospitalar própria do estado;
- Descrever o funcionamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica dos hospitais da rede própria, quando instituídas;
- Descrever o processo de seleção de medicamentos nos hospitais que não possuem CFT ou instância similar;
- Analisar a evolução das listas de medicamentos selecionados no CEMEPAR para os hospitais próprios quanto à composição, número de itens e impacto financeiro;
- Analisar a lista de medicamentos vigente no CEMEPAR quanto ao nível de essencialidade e custo.

## 4. ABORDAGEM METODOLÓGICA

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quali e quantitativa, envolvendo coleta de dados primários e secundários. De acordo com Gil (2002), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, o que condiz com os objetivos propostos nesta pesquisa.

### 4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

De acordo com a estimativa para o ano de 2016, o Paraná possui uma população de aproximadamente 11 milhões e duzentos mil habitantes, distribuídos em 399 municípios (IBGE, 2016). A fim de organizar as ações e serviços de saúde, o estado divide-se em 22 Regionais de Saúde e, desde 2013, também é conformado em 4 macrorregionais (Leste, Oeste, Norte e Noroeste), constituídas a partir das referências dos serviços de média e alta complexidade existentes e de acordo com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) implementadas no estado (PARANÁ, 2015).

No que tange o atendimento hospitalar, o estado do Paraná possui um total de 456 unidades hospitalares<sup>8</sup>, entre hospitais públicos, privados e filantrópicos, sendo 4,2% (19) de administração pública estadual. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), dos 26.309 leitos hospitalares existentes, cerca de 71% (18.727) são leitos do Sistema Único de Saúde, dos quais 12% (2.250) pertencem à rede de hospitais próprios do governo do estado (CNES, 2016).

### 4.3. SELEÇÃO DAS UNIDADES

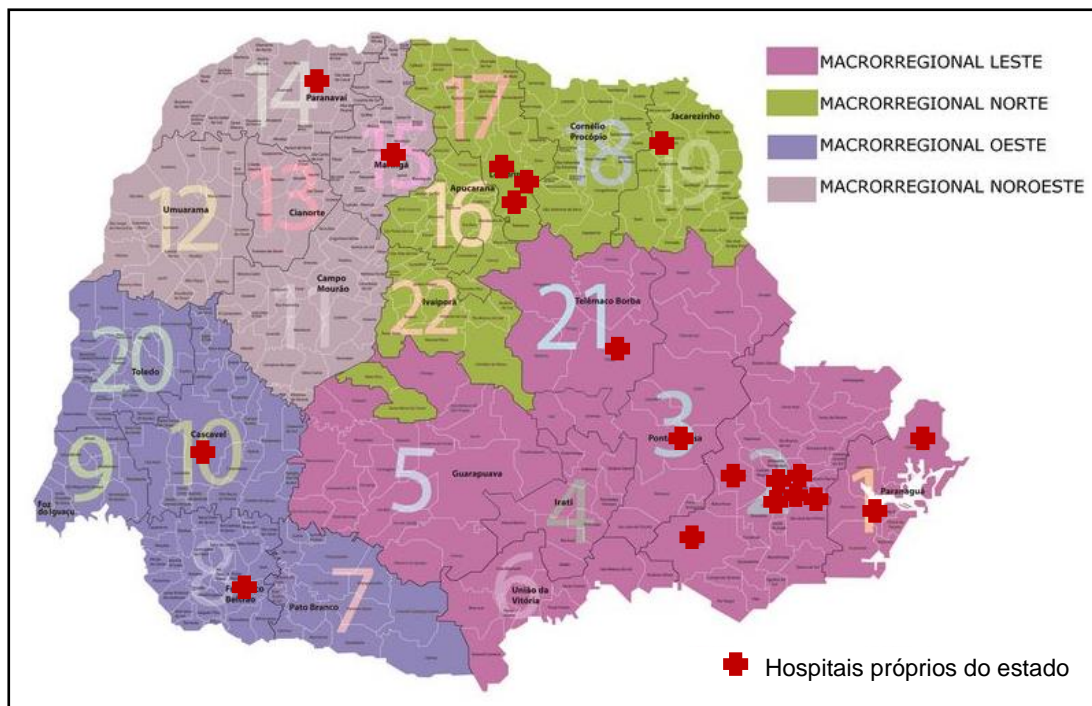
A rede hospitalar estadual conta com 19 unidades em funcionamento: 13 hospitais gerais, sendo 4 deles hospitais universitários, vinculados à Secretaria da

---

<sup>8</sup> Dados referentes ao período de outubro de 2016, considerando hospitais gerais e especializados. Os estabelecimentos de saúde cadastrados como Hospital Dia não foram contabilizados.

Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI) e mantidos pelas Universidades Estaduais, e 6 hospitais especializados. Quanto ao perfil de atendimento e à distribuição geográfica, os hospitais têm abrangência definida em atendimento local, regional ou estadual dentre as 22 RS, complementando a rede assistencial credenciada e contribuindo estrategicamente como ponto de atenção das redes prioritárias da SESA<sup>9</sup> (PARANÁ, 2016). A FIGURA 2 apresenta o mapa do estado e sua divisão em regionais e macrorregionais, bem como a distribuição geográfica dos hospitais próprios. No QUADRO 2 é apresentada a relação dos hospitais estaduais e sua localização.

FIGURA 2 – REGIONAIS E MACRORREGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS, 2016.



FONTE: SESA-PR.

<sup>9</sup> A SESA-PR iniciou a implantação das RAS em 2011, definindo como prioritárias as seguintes redes: Rede Mãe Paranaense (materno-infantil), Rede Paraná Urgências, Rede de Saúde Mental, Rede de Saúde Bucal e Rede de Atenção ao Idoso (PARANÁ, 2015).

QUADRO 2 – UNIDADES HOSPITALARES DO GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2016

	Hospital	Município - RS	Abastecimento de medicamentos via CEMEPAR
1	Hospital Regional do Litoral	Paranaguá - 1 RS	Sim
2	Hospital Regional Lucy Requião de Mello e Silva	Guaraqueçaba - 1 RS	Sim
3	Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná	Piraquara - 2 RS	Sim
4	Hospital Regional da Lapa São Sebastião	Lapa - 2 RS	Sim
5	Hospital Oswaldo Cruz	Curitiba - 2 RS	Sim
6	Hospital Colônia Adauto Botelho	Pinhais - 2 RS	Sim
7	Hospital do Trabalhador	Curitiba - 2 RS	Sim
8	Centro Hospitalar de Reabilitação	Curitiba - 2 RS	Sim
9	Hospital Infantil Waldemar Monastier	Campo Largo - 2 RS	Sim
10	Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais	Ponta Grossa - 3 RS	Não
11	Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits	Francisco Beltrão - 8 RS	Sim
12	Hospital Universitário do Oeste do Paraná	Cascavel - 10 RS	Não
13	Hospital Regional do Noroeste	Paranavaí - 14 RS	Não
14	Hospital Universitário Regional de Maringá	Maringá - 15 RS	Não
15	Hospital Eulalino Ignácio de Andrade – Zona Sul	Londrina - 17 RS	Sim
16	Hospital Anísio Figueiredo – Zona Norte	Londrina - 17 RS	Sim
17	Hospital Universitário do Norte do Paraná	Londrina - 17 RS	Não
18	Hospital Regional do Norte Pioneiro	Sto. Ant. da Platina - 19 RS	Sim
19	Hospital Luiza Borba Carneiro	Tibagi - 21 RS	Sim

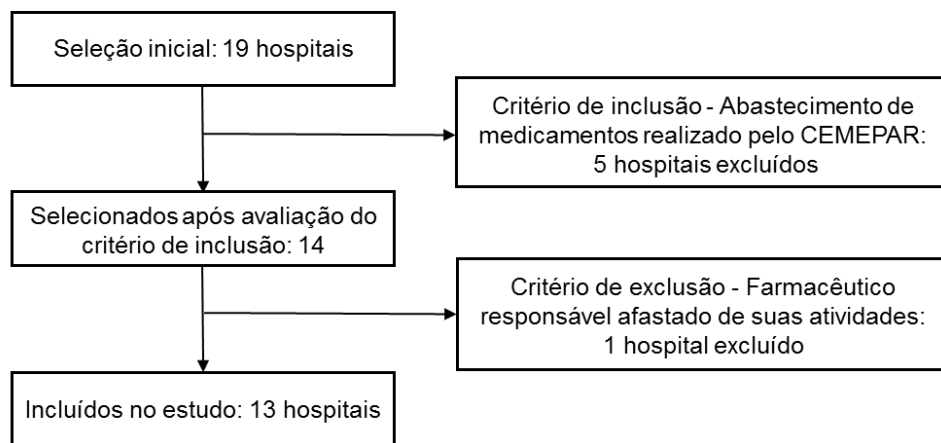
FONTE: Adaptado de PARANÁ (2016).

Utilizou-se como critério de inclusão para a seleção das unidades que iriam compor o estudo: hospitais da rede própria cujo abastecimento de medicamentos era realizado pelo CEMEPAR. Incluem-se neste critério 14 hospitais listados no QUADRO 2. O fornecimento de medicamentos aos hospitais universitários não faz parte do âmbito do CEMEPAR, motivo pelo qual não foram incluídos no estudo. O Hospital Regional do Noroeste possui como instituição mantenedora a Santa Casa de Paranavaí, sendo esta a responsável pelo abastecimento de medicamentos à unidade, portanto também não foi selecionado. Considerou-se como critério de

exclusão a ausência de profissional farmacêutico na unidade por motivo de férias, licença ou tratamento de saúde durante o período de coleta de dados.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 13 (68,4%) dos 19 hospitais pertencentes à rede própria do estado foram selecionados para compor este estudo, conforme FIGURA 3. Não houve perda entre as unidades selecionadas, de acordo com os critérios de inclusão.

FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES



FONTE: A autora (2017).

Além das unidades hospitalares, o CEMEPAR foi também incluído no campo de estudo desta pesquisa, a fim de se obter uma visão mais abrangente do processo de seleção de medicamentos destinados ao atendimento hospitalar. A escolha das unidades considerou, ainda, a possibilidade de acesso aos dados pela pesquisadora.

#### 4.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

##### 4.4.1. Seleção de medicamentos no CEMEPAR

A coleta de dados referente ao processo de seleção de medicamentos no CEMEPAR foi realizada por meio de pesquisa documental e entrevista semiestruturada.

Em um primeiro momento, foram selecionados documentos disponíveis em arquivos digitais do CEMEPAR, abrangendo o período de 2004 a 2016, que contemplavam informações relacionadas à seleção de medicamentos para a rede

hospitalar, tais como:

- listas de medicamentos padronizados;
- atas de reuniões;
- formulários de pedido de inclusão/exclusão de medicamentos;
- manuais de padronização de medicamentos;
- minutas de resoluções e regulamentos;
- documentos internos (ofícios, memorandos, despachos, relatórios, apresentações utilizadas em capacitações e reuniões de equipe, entre outros).

Durante a leitura do material selecionado e à medida que os dados foram sendo sistematizados, percebeu-se a necessidade de ampliar a busca em documentos oficiais de domínio público, a fim de dar sustentação e complementar as informações obtidas. Dessa forma, foram coletados dados a partir de alguns Instrumentos de Gestão em Saúde – Plano Estadual de Saúde, Relatórios Anuais e Quadrimestrais de Gestão e Plano Diretor de Regionalização – referentes ao período em questão, disponíveis no portal eletrônico da SESA, além de Resoluções da Secretaria e outros atos legislativos acessíveis em edições digitais do Diário Oficial do Paraná.

A definição do período da pesquisa considerou o início da aquisição centralizada de medicamentos pelo CEMEPAR destinados aos hospitais próprios. A coleta de dados foi conduzida de forma exploratória, com leitura sistemática do material. Os documentos foram organizados de forma temporal, a fim de se obter uma visão geral de como ocorreu a seleção de medicamentos em nível central no período estudado.

Com o intuito de permitir melhor compreensão das informações advindas da pesquisa documental, foi realizada entrevista semiestruturada com um ator chave envolvido neste processo na época em que a aquisição passou a ser centralizada. A entrevista, cujo o roteiro encontra-se no APÊNDICE I, foi audiogravada e posteriormente transcrita, ocorreu em uma sala reservada, de forma individual, em horário definido pelo entrevistado. Foram abordadas questões relacionadas à estrutura, planejamento e organização do processo de seleção de medicamentos.

Para a análise do material qualitativo, obtido a partir da entrevista e seleção de documentos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo seguindo o referencial metodológico de Bardin (2002). As categorias de análise foram suscitadas pela

pesquisa documental, enunciadas *a posteriori*. As observações que emergiram do campo foram cotejadas com aportes teóricos da assistência farmacêutica e da gestão em saúde pública.

#### **4.4.2. Evolução da lista de medicamentos padronizados no CEMEPAR**

A segunda etapa da pesquisa consistiu na análise das relações de medicamentos padronizados no CEMEPAR para atendimento dos hospitais próprios do estado, de 2004 a 2016, selecionadas durante a primeira etapa do estudo. As listas foram organizadas por ano de vigência e comparadas entre si, a fim de se construir um histórico quanto à composição e número de itens.

Adicionalmente, foram coletados dados de distribuição de medicamentos por ano, em unidades físicas e valor financeiro, além do preço unitário referente à última aquisição de cada medicamento constante na lista vigente em 2016, a partir do Sistema de Administração de Medicamentos (SYSMED), disponível no CEMEPAR. Dados de consumo dos medicamentos padronizados foram obtidos por meio do Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial (GSUS). O número de hospitais atendidos em cada ano constava nos documentos analisados.

Os dados foram sistematizados em planilhas eletrônicas e analisados quantitativamente. Foi traçada a evolução físico-financeira de distribuição de medicamentos no período em estudo, após correção dos valores financeiros pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Os medicamentos constantes na lista vigente em 2016 foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATC)<sup>10</sup>, utilizando-se o primeiro nível de classificação (grupo anatômico principal), que considera o órgão ou sistema no qual as drogas atuam. A lista foi analisada considerando-se o quantitativo de medicamentos, total e por grupo anatômico; nível de essencialidade, por meio da comparação com a 9ª edição da RENAME (BRASIL, 2015) e com a 19ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (WHO, 2015); e custo associado, conforme descrito a seguir.

---

<sup>10</sup> O sistema de classificação ATC, desenvolvido pelo *Norwegian Institute of Public Health*, é considerado padrão internacional para estudos de utilização de drogas. Neste sistema os medicamentos são classificados em 5 níveis, cada um composto por vários grupos. A classificação completa considera o órgão ou sistema no qual os medicamentos atuam e suas características terapêuticas, farmacológicas e químicas (WHO, 2016).

Foi calculado o gasto anual com cada item da lista a partir dos dados de consumo e valor unitário. A relação foi ordenada de forma decrescente segundo o gasto anual e classificada pelo método ABC para gerenciamento de estoque. A curva ABC é um método de classificação de informações para que se separem os itens em grupos com características semelhantes, em função do custo e do consumo, a fim de se estabelecerem formas de gestão apropriada à importância de cada medicamento em relação ao valor total dos estoques (NOVAES et al., 2006; SFORSIN et al., 2012). O método ABC divide os materiais em itens de grande relevância financeira (A), itens de relevância intermediária (B) e itens de pequena importância financeira (C). Em média, classificam-se como itens A aqueles que correspondem de 50 a 85% dos custos e de 5 a 20% dos itens; os itens B consomem de 10 a 30% dos recursos e representam de 15 a 30% dos itens; e os itens C são responsáveis por 5 a 20% dos custos e de 50 a 80% dos itens. No entanto, a demarcação do ponto de corte para separar os itens A, B e C pode variar conforme a fonte (SFORSIN et al., 2012; GUIMARÃES, 2005; LIMA et al., 2010).

#### **4.4.3. Seleção de medicamentos nos hospitais da rede própria do estado**

Com o intuito de descrever o processo de seleção de medicamentos em nível hospitalar e compreender o funcionamento das CFT, quando instituídas, foi enviado um questionário aos farmacêuticos responsáveis pelo serviço de farmácia dos 13 hospitais selecionados para o estudo. A definição destes profissionais deu-se pelo fato de serem atores diretamente envolvidos no processo de seleção e incorporação de medicamentos nos sistemas e serviços de saúde.

A aplicação dos questionários ocorreu por meio da ferramenta *Google Forms*, aplicativo gratuito que permite a coleta de dados através de formulários eletrônicos, entre fevereiro e abril de 2017. O instrumento foi enviado por e-mail aos profissionais, mediante contato telefônico prévio. A opção pelo formato eletrônico se deu pelo fato de metade dos hospitais localizarem-se fora da região metropolitana de Curitiba, o que dificultaria a coleta de dados de forma presencial, além de considerar a garantia do sigilo e anonimato dos participantes.

O questionário (APÊNDICE II) foi construído a partir do painel de indicadores proposto por Santana et al. (2014), que contempla indicadores de processo e resultado de seleção de medicamentos e estrutura das CFT. É composto por questões

abertas e fechadas e foi dividido em três seções: a primeira engloba questões referentes a caracterização dos participantes da pesquisa, a segunda diz respeito aos serviços de farmácia hospitalares e a terceira envolve questões sobre o processo de seleção de medicamentos e funcionamento da CFT.

O instrumento de pesquisa foi aplicado previamente em um hospital do estado que, apesar de não fazer parte da rede própria da SESA, era atendido pelo CEMEPAR. O farmacêutico foi instruído a analisar os itens do instrumento quanto à forma de apresentação, clareza e tempo total para preenchimento. Como resultado do estudo piloto foram realizados pequenos ajustes no questionário, a fim de melhorar a compreensão.

Considerando a diversidade do cenário em estudo, foi realizado um levantamento a partir de dados secundários disponíveis no portal eletrônico do CNES e em documentos de domínio público da SESA, de modo a caracterizar os estabelecimentos hospitalares quanto ao perfil assistencial, porte, nível de complexidade das atividades prestadas, fluxo de clientela e papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde, o que serviu para subsidiar as análises.

Para a definição do porte hospitalar foi utilizada a classificação proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que se baseia no número de leitos: hospital de pequeno porte – até 50 leitos, hospital de médio porte – de 51 a 150 leitos, hospital de grande porte – de 151 a 500 leitos e hospital de capacidade extra – mais de 500 leitos.

#### 4.5. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas por meio de Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi realizada com a autorização prévia da Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da SESA e Direção geral do CEMEPAR, obtida formalmente, como exigência para submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os procedimentos para coleta dos dados relativos às etapas que envolveram seres humanos foram iniciados somente após a aprovação do projeto de pesquisa

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (CAAE 60952616.0.0000.5225, Parecer nº 1.837.746 – APÊNDICE III).

A aplicação dos questionários e realização da entrevista estiveram vinculados à anuência dos participantes e assinatura/aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE IV).

Cabe ressaltar que, atendendo às recomendações do CEP, a apresentação dos resultados nesta e em quaisquer outras publicações que venham a ser elaboradas não identifica os participantes da pesquisa, tendo sido os hospitais codificados por letras, de forma aleatória, não correspondendo a ordem apresentada no QUADRO 2. Apenas os resultados referentes à ‘caracterização da rede hospitalar’ são apresentados de forma nominal, uma vez que os dados foram obtidos de bases de dados ou documentos públicos.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. O PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO CEMEPAR

Foram analisados 78 documentos relacionados ao tema da pesquisa, correspondentes ao período de 2004 a 2016, sendo a maioria memorandos (38,5%) e listas de medicamentos padronizados (19,2%) (TABELA 3). A descrição dos documentos selecionados para compor este estudo encontra-se no APÊNDICE V.

TABELA 3 – DOCUMENTOS SELECIONADOS, REFERENTES A PROCESSOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A REDE HOSPITALAR PRÓPRIA, SEGUNDO TIPO, 2004-2016

Tipo de documento	Quantidade	%
Memorando	30	38,5
Lista de medicamentos	15	19,2
Documento interno	6	7,7
Formulário	5	6,4
Ata de reunião	4	5,1
Manual	3	3,8
Ofício	2	2,6
Minuta	2	2,6
Despacho	2	2,6
Outros	9	11,5
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

FONTE: A autora (2017).

NOTA: Em outros documentos estão incluídos: comunicados de fabricantes quanto a descontinuação de medicamentos, documentos publicados pela ANVISA e OMS sobre classificação de medicamentos, respostas do Centro de Informação de Medicamentos do CRF-PR à solicitação de informações, Curva ABC, Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica do Estado.

Os resultados apresentados a seguir foram agrupados em três seções: as duas primeiras referem-se aos dados compilados em torno das categorias analíticas que emergiram da análise qualitativa dos documentos e da entrevista, e a terceira seção apresenta a evolução das listas de medicamentos e dos gastos associados, de modo a possibilitar a sistematização da história do processo de seleção de medicamentos hospitalares no CEMEPAR.

### 5.1.1. O processo de seleção de medicamentos na reorganização da assistência farmacêutica hospitalar - composição do elenco inicial

O CEMEPAR passou a ser responsável pelo gerenciamento das aquisições de medicamentos para a rede hospitalar própria em 2004, ano em que se iniciou um levantamento do elenco padronizado nas unidades, bem como uma previsão de consumo e gastos. Até então, cada hospital era responsável pela aquisição dos medicamentos do seu elenco.

*Foi quando o governo, na época era o [nome do governador do estado], começou a ver que os hospitais faziam aquisições individuais, então o secretário [de saúde], junto com o diretor geral da secretaria, começaram a enxergar que o CEMEPAR, que já comprava medicamentos, era que deveria comprar medicamentos para todo mundo. (Extrato da entrevista).*

Entre 2004 e 2007 ainda ocorriam aquisições descentralizadas, até que este processo estivesse consolidado em nível central. Não foi possível identificar nos documentos analisados o que motivou a centralização da logística de abastecimento de medicamentos para os hospitais próprios, mas presume-se que seja devido à economia de escala alcançada com a compra de grandes volumes e possibilidade de maior controle dos gastos pela gestão. Sobre esta estratégia, Scopel e Chaves (2015) constataram uma redução de mais de 50% no preço do medicamento mesilato de imatinibe, para o tratamento da leucemia mielóide crônica em um hospital universitário federal, após a centralização das aquisições pelo Ministério da Saúde em 2011.

Inicialmente não foram incluídas todas as unidades hospitalares da rede própria no rol de hospitais a serem atendidos pelo CEMEPAR, mesmo porque alguns deles foram inaugurados somente entre 2008 e 2010<sup>11</sup>. A relação de unidades atendidas em 2005, bem como o elenco de medicamentos padronizados, constava no Plano Estadual de Assistência Farmacêutica 2005-2006, encaminhado ao Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde em dezembro do mesmo ano.

A partir da publicação do Decreto nº 1445<sup>12</sup>, em 12 de setembro de 2007, toda e qualquer aquisição de medicamentos no âmbito da SESA deveria ser realizada por

---

<sup>11</sup> Centro Hospitalar de Reabilitação - 2008, Hospital Infantil Waldemar Monastier - 2009, Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits, Hospital Lucy Requião de Melo e Silva e Hospital Wallace Thadeu de Mello e Silva - 2010 (PARANÁ, 2017).

<sup>12</sup> Revogado pelo Decreto 343, de 27 de janeiro de 2011.

meio do CEMEPAR, ficando as compras de medicamentos efetuadas pelos hospitais expressamente proibidas. O referido decreto também instituiu uma Comissão Especial, subordinada diretamente ao Chefe do Poder Executivo, a qual passou a ser responsável pelas aquisições de medicamentos, tendo autorização para intervir na tramitação dos processos junto aos órgãos internos e externos, de modo a conferir caráter excepcional e preferencial. A Comissão contava com representantes do Gabinete do Governador, Casa Civil, Casa Militar e Secretaria de Estado da Administração e da Previdência (PARANÁ, 2007). A relação dos hospitais cujo abastecimento de medicamentos estava sob responsabilidade do CEMEPAR no período estudado é apresentada no QUADRO 3.

QUADRO 3 – HOSPITAIS ATENDIDOS PELO CEMEPAR, 2004-2016

Ano	Hospitais atendidos pelo CEMEPAR
2004	Hospital Colônia Adauto Botelho Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná Hospital Regional da Lapa São Sebastião Hospital Oswaldo Cruz Hospital Luiza Borba Carneiro Hospital Regional do Litoral <sup>(a)</sup> Hospital Infantil Antônio Fontes (Paranaguá)
2005	<b>Hospital incorporado</b> Hospital Regional do Noroeste
2006	<b>Hospitais incorporados</b> Hospital Eulalino Ignácio de Andrade – Zona Sul Hospital Anísio Figueiredo – Zona Norte Hospital Regional do Norte Pioneiro
2008	<b>Hospitais incorporados</b> Hospital do Trabalhador Centro Hospitalar de Reabilitação
2009	<b>Hospital incorporado</b> Hospital Infantil Waldemar Monastier <b>Hospital desvinculado</b> Hospital Infantil Antônio Fontes <sup>(b)</sup>
2010	<b>Hospitais incorporados</b> Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits Hospital Wallace Thadeu de Mello e Silva Hospital Regional Lucy Requião de Mello e Silva
2013	<b>Hospital desvinculado</b> Hospital Regional do Noroeste <sup>(c)</sup>
2014	<b>Hospital desvinculado</b> Hospital Wallace Thadeu de Mello e Silva <sup>(d)</sup>

FONTE: A autora (2017).

NOTAS: (a) Antiga Santa Casa de Paranaguá, em 2004 passou a ser mantida pela SESA devido a dificuldades financeiras. A nova estrutura foi construída ao lado da Santa Casa e inaugurada em 2008. (b) Demanda passou a ser atendida pelo Hospital Regional do Litoral. (c) Passou a ser mantido pela Santa Casa de Paranaíba. (d) Tornou-se Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, vinculado a Universidade Estadual de Ponta Grossa, unidade da SETI (PARANÁ, 2013a).

Com base na entrevista, verificou-se que a estratégia utilizada pelo CEMEPAR para a elaboração das primeiras listas de medicamentos hospitalares foi a compilação das relações de medicamentos encaminhadas pelos hospitais, sem critérios adicionais. Nas palavras do sujeito “[...] *No começo foi compilação pura e simples.*”

De acordo com Magarinos-Torres, Pepe e Osorio-de-Castro (2013), a elaboração da lista de medicamentos essenciais envolve a construção de uma lista preliminar, em que são identificados os medicamentos utilizados nos hospitais gerenciados, e este conjunto ordenado segundo indicação terapêutica. A lista preliminar tem como propósito nortear a análise que dá origem às solicitações de inclusão ou exclusão de um determinado item. No caso em estudo, o elenco foi composto por todos os medicamentos distribuídos na rede, listados em ordem alfabética, os quais não passaram por uma fase posterior de análise.

No período de 2004 a 2007, o planejamento das aquisições era realizado por meio da consolidação de planilhas eletrônicas, enviadas às unidades hospitalares para preenchimento do Consumo Médio Mensal (CMM) e estoque dos itens padronizados no CEMEPAR. Esse procedimento demandava uma análise bastante minuciosa e de difícil execução, tendo em vista o grande volume de dados gerados e a ausência de um sistema informatizado que permitisse visualizar tais informações. Os arquivos preenchidos pelos hospitais, aos quais se teve acesso, revelaram que a cada previsão de aquisição novos medicamentos eram solicitados, mediante simples inclusão na planilha, conforme instruções recebidas do CEMEPAR:

Caso seja necessário acrescentar outros medicamentos que não constem na lista, adicione no final da planilha. [...] use sempre o nome do princípio ativo, nunca o nome comercial; [...] (Extrato de memorando enviado ao serviço de farmácia dos hospitais próprios, 2007, p.1).

Tais medicamentos foram incorporados ao elenco do CEMEPAR sem avaliação técnica específica: “[...] *nos primeiros anos era pediu, levou*”. Cabe ressaltar que neste período o planejamento das aquisições de medicamentos para a rede hospitalar era realizado por uma única pessoa, a qual acumulava várias outras funções de gerenciamento dos demais componentes e programas da assistência farmacêutica administrados pelo estado.

Apesar do foco do estudo ser o processo de seleção de medicamentos, a dificuldade de aquisição foi muito ressaltada na entrevista, especialmente nos primeiros anos após a centralização, quando não havia um sistema informatizado que auxiliasse o gerenciamento. Diante deste contexto, é possível concluir que as ações estiveram mais voltadas para a aquisição e distribuição de medicamentos, sendo a etapa de seleção negligenciada.

Tal fato é preocupante, tendo em vista que a seleção é entendida como etapa fundamental para a estruturação dos demais elementos do ciclo da Assistência Farmacêutica, uma vez que todas as outras atividades são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados (MARIN et al., 2003).

No entanto, este cenário não é uma particularidade do caso em estudo. Segundo Vieira (2008), a estruturação da AF no SUS começou de forma tardia e com descompasso entre os componentes técnico – que envolve a seleção, prescrição, dispensação e uso – e logístico – que abrange programação, aquisição, armazenamento e distribuição. A reorientação da AF, ou seja, o deslocamento do foco do componente logístico para a melhoria da gestão e qualidade dos serviços, com promoção do acesso aos medicamentos essenciais e uso racional, é ainda mais recente e necessita de aprimoramento (VIEIRA, 2008).

De acordo com Marin et al. (2003), a adoção de um enfoque sistêmico para a organização da assistência farmacêutica, com a integração dos componentes de natureza técnica, científica e operativa, respeitando a especificidade dos serviços, constitui uma estratégia para superar essa visão fragmentada que valoriza apenas as ações de aquisição, armazenamento e distribuição.

No caso em questão, verificou-se que a reorganização da assistência farmacêutica hospitalar, com a centralização das aquisições, foi conduzida por uma equipe muito reduzida e sem apoio técnico para coordenar e executar uma atividade tão complexa como é a seleção de medicamentos, ficando esta etapa em segundo plano.

### **5.1.2. Tentativas de implementação da seleção de medicamentos**

Diante do crescimento acelerado do elenco, o que dificultava o gerenciamento das aquisições, foram tomadas algumas medidas com o intuito de promover uma análise crítica das solicitações de incorporação de medicamentos.

A primeira medida identificada foi a orientação para que os hospitais constituíssem uma CFT, a fim de realizar a avaliação periódica do elenco de medicamentos e das solicitações de padronização.

*O elenco tava crescendo muito, os hospitais solicitavam e nós padronizávamos, não conseguíamos avaliar. Foi quando a gente começou a discutir que se eles tinham uma comissão de infectologia [referindo-se à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar] em cada hospital, haveria de ter uma Comissão de Farmácia e Terapêutica também [...] (Extrato da entrevista).*

A discussão sobre a necessidade de estruturação das CFT hospitalares foi realizada em uma Oficina de Planejamento das Unidades Próprias, realizada em novembro de 2007, e as orientações divulgadas formalmente por meio de memorando destinado aos diretores dos hospitais e farmacêuticos responsáveis pelo serviço de farmácia (FIGURA 4). A breve orientação quanto ao conceito, funções e constituição da CFT seguia o preconizado pela OMS no manual publicado em 2003, ainda que de forma parcial (HOLLOWAY; GREEN, 2003).

Não foram localizados registros no CEMEPAR da constituição destas comissões. No entanto, em material utilizado para treinamento dos farmacêuticos hospitalares, datado de fevereiro de 2008, foram apontadas as unidades que ainda não haviam enviado as informações solicitadas, compreendendo 6 hospitais do total de 11 atendidos na época.

Embora haja a recomendação, no Brasil não existe a obrigatoriedade da existência de CFT nos serviços de saúde, como acontece com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o que talvez contribua para a baixa implantação nos hospitais brasileiros (MARQUES; ZUCCHI, 2006). Especificamente com relação aos hospitais de ensino, em 1986 foi determinada a institucionalização de 'Comissões de Padronização de Medicamentos', por meio da Portaria Ministerial nº 35 (CRF-PR, 2015). Um estudo realizado em 250 hospitais públicos e privados do país no ano de 2003, verificou que 139 contavam com CCIH, enquanto somente 29 hospitais possuíam CFT, nos quais o funcionamento era regular em apenas 9 (OSORIO-DE-CASTRO; CASTILHO, 2004).

FIGURA 4 – EXTRADO DE MEMORANDO ENVIADO PELO CEMEPAR AOS HOSPITAS PRÓPRIOS, 2007

Curitiba, 04 de dezembro de 2007.

(...)  
 Conforme orientações repassadas por parte da Equipe Técnica do Cemepar às unidades próprias na Oficina de Planejamento das Unidades Próprias, ocorrida no dia 20 de novembro de 2007, oficializamos o que segue:

**Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT):**

Todas as Unidades e Hospitais Próprios deverão constituir a Comissão de Farmácia Terapêutica e para aqueles que já possuem uma Comissão já instituída, informar os nomes e formação acadêmica de cada participante.

Conceito: A CFT é responsável pelo desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização de medicamentos em uma unidade, com o objetivo de promover e assegurar o Uso Racional dos Medicamentos.

Funções: organizar e atualizar a relação de medicamentos (padronização) a serem utilizados pelas unidades, objetivando eficácia, eficiência e efetividade terapêutica; examinar e dar parecer sobre a inclusão, substituição ou eliminação de medicamentos da listagem padronizada; divulgar à equipe multiprofissional informações sobre os medicamentos em uso na unidade.

Constituição: Constituída por equipe multiprofissional, variável de acordo com o tamanho e complexidade do serviço: médicos, farmacêuticos, enfermeiros, gestores, devendo ser subordinada à autoridade da instituição.

(...)  
 Em caso de necessidade de maiores informações sobre a constituição da CFT, entrar em contato com a Divisão de Assistência Farmacêutica, com [nome da farmacêutica], telefone: [número do telefone].

(...)  
*Nome e assinatura*  
 Diretora Geral  
*Nome e assinatura*  
 Responsável pela Divisão de Medicamentos Básicos e Estratégicos

FONTE: A autora (2017), a partir dos documentos pesquisados.

A aplicação de algumas exigências para a incorporação de medicamentos no elenco do CEMEPAR constituiu uma segunda estratégia adotada.

Para que novos medicamentos sejam padronizados, é necessário que seja enviada solicitação ao CEMEPAR, constando o nome genérico do medicamento, a quantidade prevista de consumo por mês (em unidades), com justificativa do Diretor Clínico do hospital e assinatura do Diretor Geral. (Extrato de memorando enviado a uma unidade da rede hospitalar, 2009, p. 2).

Todas as solicitações de inclusão deveriam vir acompanhadas de justificativa do diretor clínico ou da CFT, caso esta instância estivesse estruturada. Contudo, não foi estabelecido um padrão mínimo quanto ao conteúdo e embasamento científico destas justificativas.

*[...] eu acho que isso segurou um pouco, mas não segurou tanto. E que avaliação era essa? Era só eles mandarem a justificativa, se tinha a assinatura do diretor, o que eu ia fazer? Eu não tinha como ir contra. (Extrato da entrevista).*

Apesar de representar um certo grau de avanço, tal medida não foi seguida de organização central para avaliação das solicitações, tendo contribuído pouco para o aprimoramento do processo de seleção, visto que sem uma instância com capacidade de análise e poder de deliberação as solicitações continuaram a ser acatadas de forma acrítica.

Também houve a intenção de se criar uma CFT em nível central, sob coordenação do CEMEPAR, o que pode ser constatado pelas minutas de resolução e regulamento elaboradas entre 2008 e 2011, além de grande quantidade de material reunido acerca do assunto. A Resolução concebida com o intuito de “*instituir Comissão de Farmácia e Terapêutica no Centro de Medicamentos do Paraná*” apresentava como uma das atribuições da CFT “*assessorar o CEMEPAR e demais setores da SESA nos temas relacionados a medicamentos*”, podendo-se inferir que a proposta era constituir uma comissão com atuação abrangente, não somente relacionada à esfera hospitalar. A Resolução também previa a “*total independência dos membros na tomada de decisões quando no exercício de suas funções*” e a assinatura de termo de ausência de conflitos de interesse por parte dos membros. A minuta de Regulamento Interno descrevia a caracterização da CFT, com destaque para o caráter consultivo e deliberativo, e composição multidisciplinar e multiprofissional, além da finalidade, constituição e organização, condução dos trabalhos, e competências e atribuições dos membros. Ainda que seguindo as recomendações da OMS, abordadas no referencial teórico deste trabalho, tal iniciativa não chegou a se concretizar.

*[...] foi uma tentativa que também não deu certo, eu acho que a gente peca muito nisso [...], tinha quer ter uma comissão, com participação dos farmacêuticos dos hospitais, pra que a gente pudesse fazer essa revisão de elenco, que quando fosse solicitada a inclusão de um medicamento essa comissão avaliasse [...] mas eu acho que não seria só o CEMEPAR, a SUP<sup>13</sup> teria que estar envolvida nisso. (Extrato da entrevista).*

---

<sup>13</sup> Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias – instância prevista no organograma da SESA à qual os hospitais próprios estão subordinados (PARANÁ, 2016).

A experiência de seleção de medicamentos para uma rede de hospitais públicos foi relatada pelo estado de Sergipe, que, por meio do Planejamento Estratégico Situacional, agrupou doze hospitais da rede e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência estadual em cinco CFT, de acordo com o porte e complexidade dos serviços prestados por cada unidade. As comissões foram compostas por representantes de diversas categorias profissionais e ao final do processo foi homologada a primeira de lista de medicamentos essenciais dos hospitais públicos sergipanos, subdivida em cinco outras listas estruturadas a partir do trabalho das CFT. Apesar da divisão em cinco comissões o processo de seleção contou com um comando único e intensa troca de informações. O trabalho resultou na redução de 27,8% no número total de medicamentos utilizados e aproximadamente 12% da demanda de recursos (SANTANA et al., 2014).

Analisando o caso do estado do Rio de Janeiro, Magarinos-Torres, Pepe e Osorio-de-Castro (2013) sugerem a organização de uma comissão única em nível estadual, com representantes das diversas áreas de atuação na esfera de gestão, incluindo o nível hospitalar. As autoras apresentam um plano de ação para a implementação do processo de seleção de medicamentos por esferas governamentais e destacam que para a sua execução é necessário um conjunto estrutural mínimo, que engloba a existência de um profissional capacitado com disponibilidade de 40 horas semanais para se dedicar às atividades de seleção, além de recursos materiais e financeiros que possibilitem a sua atuação (MAGARINOS-TORRES, PEPE, OSORIO-DE-CASTRO, 2013).

No caso do Paraná, esse conjunto estrutural não foi disponibilizado, tampouco houve incentivo por parte da gestão para a implantação do processo de seleção de medicamentos, a despeito do trabalho desenvolvido pelos atores diretamente envolvidos com esta atividade no CEMEPAR.

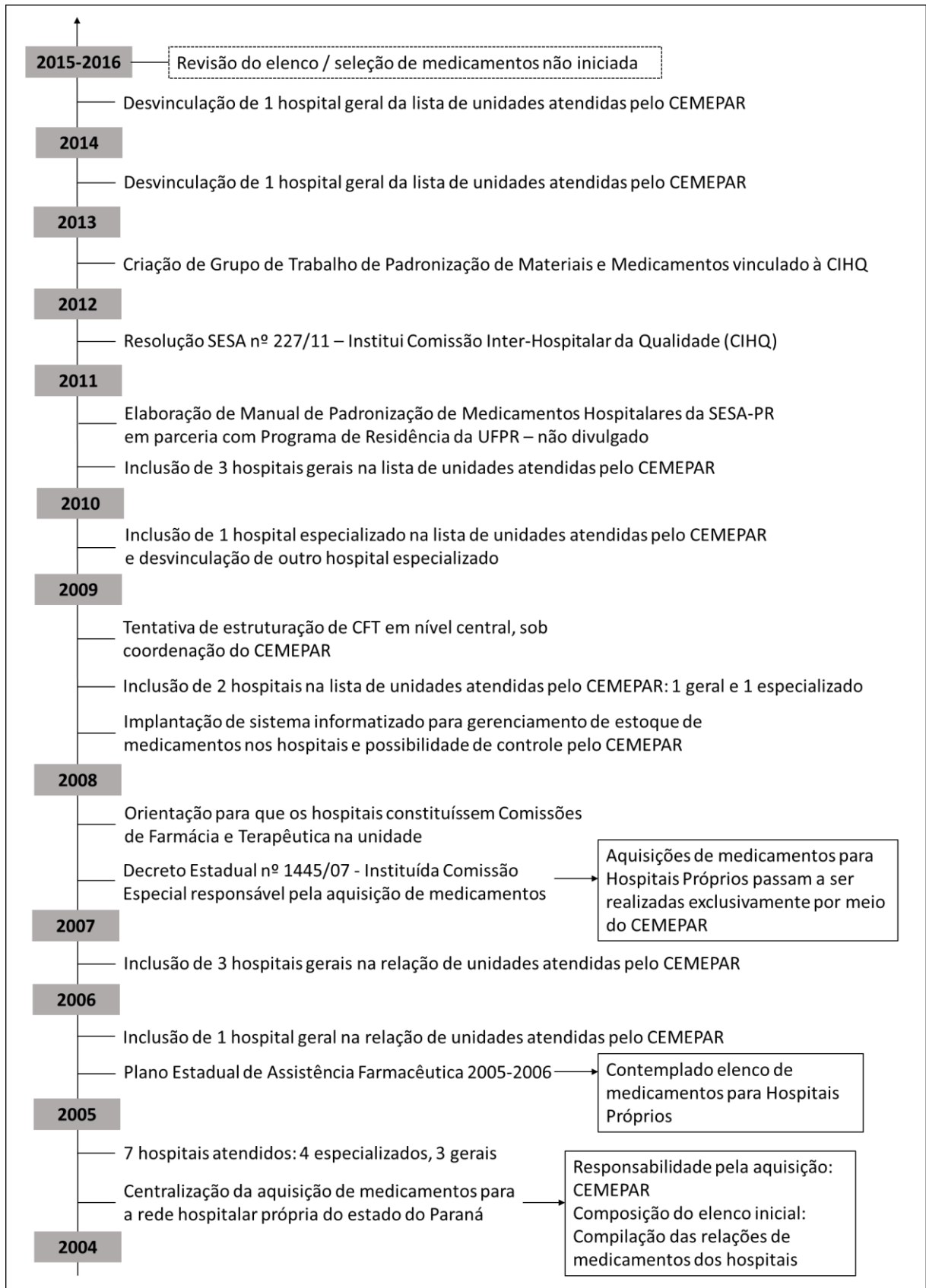
Outra iniciativa que merece destaque foi a elaboração de um Manual de Padronização de Medicamentos Hospitalares da SESA-PR, datado de 2010 e atualizado em 2011, construído em parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná. O manual era apresentado como uma *“proposta para promover o uso racional de medicamentos no âmbito hospitalar, estimulando que cada unidade desenvolva um manual próprio, para assegurar uma terapêutica eficaz e racional, e a diminuição no custo do tratamento.”*

No documento constava o elenco de medicamentos padronizados no CEMEPAR dividido por grupo farmacológico, divisão esta que não foi identificada em nenhum outro arquivo a que se teve acesso. A entrevista revela que a sobrecarga de atividades que envolvem o ciclo logístico da AF dificultava o desenvolvimento de outras ações de cunho técnico-científico: “[...] *no dia a dia a gente não tinha tempo pra fazer isso, [...] a gente era tão sozinha, tão sozinha que não dava conta.*” A equipe responsável pela elaboração do manual destacava o caráter flexível do documento, como parte de um processo sujeito a constante atualização, envolvendo os atores que compõem a AF no SUS.

No entanto, não foram localizadas atualizações do manual a partir de 2012, sequer houve divulgação entre os hospitais da rede. A única revisão do documento foi realizada em 2011, pela mesma equipe responsável pela elaboração inicial. Presume-se que com a formação da turma de residência o trabalho não teve continuidade. Para Vieira (2008), o apoio das universidades, conselhos de classe e sociedades civis afins, além da cooperação entre os gestores das três esferas do SUS, são fundamentais para a reorientação da AF e qualificação dos serviços farmacêuticos, de maneira a garantir o acesso a medicamentos essenciais e seu uso racional.

Ainda sobre as tentativas de implementar a seleção de medicamentos para a rede hospitalar, foi instituída em 2011, por meio da Resolução SESA nº 227/11, a Comissão Inter-Hospitalar da Qualidade (CIHQ), sob a coordenação da Diretoria de Unidades Próprias, instância prevista no organograma da época (PARANÁ, 2011). Para a operacionalização de suas atividades, a Comissão foi dividida em Grupos de Trabalho (GT), sendo um deles o GT de Padronização de Materiais e Medicamentos, que possuía como objetivo “[...] *racionalizar gastos, otimizar recursos e assegurar a qualidade na assistência*”. As principais ações a serem desenvolvidas pelo GT consistiam na definição das regras de padronização e elaboração do catálogo de produtos com as respectivas descrições, a fim de subsidiar o Departamento de Logística da Saúde, responsável pela aquisição de material médico-hospitalar, e o CEMEPAR (PARANÁ, 2013b). Desde 2012 o GT se reúne mensalmente, e até 2015 havia elaborado 578 descritivos de material médico-hospitalar, revisado 45, padronizado 142 itens e despadrãozido 92 (PARANÁ, 2016b). Passados 5 anos da constituição do GT, as atividades relacionadas ao elenco de medicamentos ainda não haviam sido iniciadas. A trajetória histórica relacionada à seleção de medicamentos para a rede hospitalar própria do estado encontra-se sistematizada na FIGURA 5.

FIGURA 5 - MARCOS HISTÓRICOS NO PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A REDE HOSPITALAR ESTADUAL DO PARANÁ, 2004-2016



Fonte: A autora (2017).

Nos documentos analisados e nas falas da entrevista, identificou-se que o termo 'padronização' foi empregado em inúmeras situações, referindo-se ao processo de escolha de medicamentos para a rede hospitalar. Segundo Lima-Dellamora, Caetano e Osório-de-Castro (2014), a terminologia utilizada no Brasil para designar o processo de seleção de medicamentos não é homogênea. A utilização frequente dos termos 'seleção' e 'padronização' como sinônimos, quando envolvem conceitos distintos, pode influenciar na compreensão sobre o que é de fato esta atividade. Segundo as autoras, o termo padronização é usual no campo da administração da saúde, está relacionado a funções gerenciais e é utilizado quando se faz referência à elaboração de listas operacionais, em que benefícios de ordem econômica e administrativa são priorizados. Já o termo seleção, empregado em importantes marcos regulatórios brasileiros - como a PNM e PNAF, refere-se ao processo de escolha de medicamentos para determinada doença ou situação clínica, baseado em evidências de eficácia, segurança e custo-efetividade, e cuja essência é a avaliação comparativa entre as alternativas terapêuticas disponíveis, conforme preconizado pela OMS (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2014).

As falas da entrevista revelam que existe entendimento sobre o que é o processo de seleção, apesar de ter sido utilizado o termo 'padronização'. Foi citada a necessidade de estruturação de uma comissão multiprofissional, com a participação dos farmacêuticos dos hospitais, a fim de realizar uma "*revisão criteriosa do elenco*" e avaliação das solicitações de 'padronização'. Foi ainda ressaltada a importância dessa comissão ser "*não influenciável*", referindo-se à aferição de conflitos de interesse dos membros, conforme recomendado pela OMS.

O Manual localizado, a despeito da denominação 'Manual de Padronização', também trazia como um de seus objetivos "*sensibilizar para a importância da atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) como orientadora das condutas terapêuticas adotadas na unidade hospitalar*" e fazia referência às publicações da OMS sobre seleção de medicamentos.

Já a concepção de 'padronização' do GT de Padronização de Materiais e Medicamentos não pode ser analisada, visto que as atividades com relação aos medicamentos nunca foram iniciadas. No entanto, a descrição das ações "*definição das regras de padronização e elaboração do catálogo de produtos com as respectivas descrições*" remete ao conceito de padronização enquanto aspecto mais gerencial.

Apesar de haver entendimento sobre o conceito de seleção, a lista de medicamentos padronizados para os hospitais próprios foi elaborada como uma ferramenta gerencial, sem considerar os critérios que envolvem a seleção de medicamentos, devido a todas as dificuldades já abordadas. Nessas condições, tornou-se uma relação de medicamentos a serem adquiridos, a fim de cumprir o papel de suprir as instituições hospitalares.

O estado do Paraná possui experiência exitosa no que tange a seleção de medicamentos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que envolve a pactuação do elenco em Comissão Intergestores Bipartite e envio da relação de medicamentos selecionados ao Ministério da Saúde. A revisão do elenco de referência estadual ocorreu de forma bem estruturada, conduzido de maneira compartilhada e ascendente, com a participação dos municípios e consolidação do trabalho em nível central, sob a coordenação do Departamento de Assistência Farmacêutica da SESA (PONTAROLLI et al., 2013; GROCHOCKI; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2013).

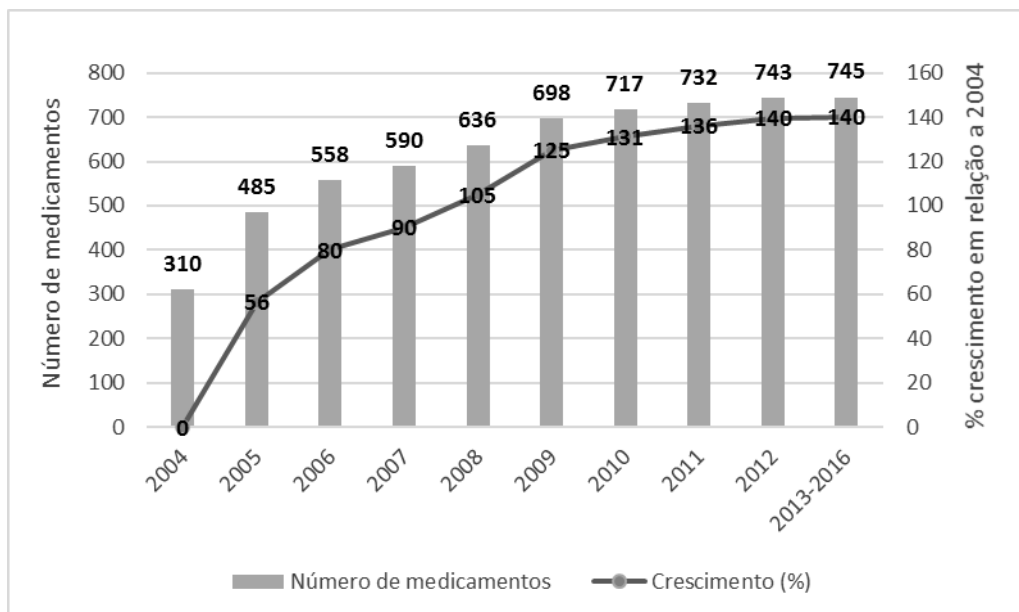
As tentativas de implementar o processo de seleção de medicamentos para a rede hospitalar em nível central parecem ter esbarrado principalmente na escassez de recursos humanos qualificados e falta de apoio técnico para organização e execução das ações. Também parece não haver clareza quanto a qual instância compete a coordenação e planejamento deste processo, sendo observada falta de articulação entre os departamentos e unidades de diferentes superintendências que compõem o organograma da SESA, cujas atividades de certa forma se correlacionam.

A quantidade e conteúdo dos documentos localizados demonstrou que são escassas as informações sobre como ocorreu a seleção de medicamentos hospitalares no CEMEPAR, na época em que a aquisição passou a ser centralizada. Grande parte dos documentos fazia referência a aspectos gerenciais de aquisição de medicamentos e situações pontuais relacionadas à seleção. O material obtido a partir da entrevista foi fundamental para contextualizar os documentos e compreender este processo, o que demonstra deficiência no registro de informações importantes, como mudanças de rotinas, deliberações de reuniões, intervenções efetuadas, entre outras.

### 5.1.3. Evolução da lista de medicamentos e dos gastos associados

A análise das listas de medicamentos revelou um aumento considerável do quantitativo de itens padronizados ao longo dos anos, em relação à primeira lista disponibilizada aos hospitais em 2004. No período estudado houve um incremento de 140% no número de medicamentos, passando de 310 em 2004 para 745 em 2016. Essa evolução pode ser observada na FIGURA 6.

FIGURA 6 - EVOLUÇÃO DO ELENCO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PELO CEMEPAR PARA OS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO, SEGUNDO NÚMERO DE ITENS, 2004-2016



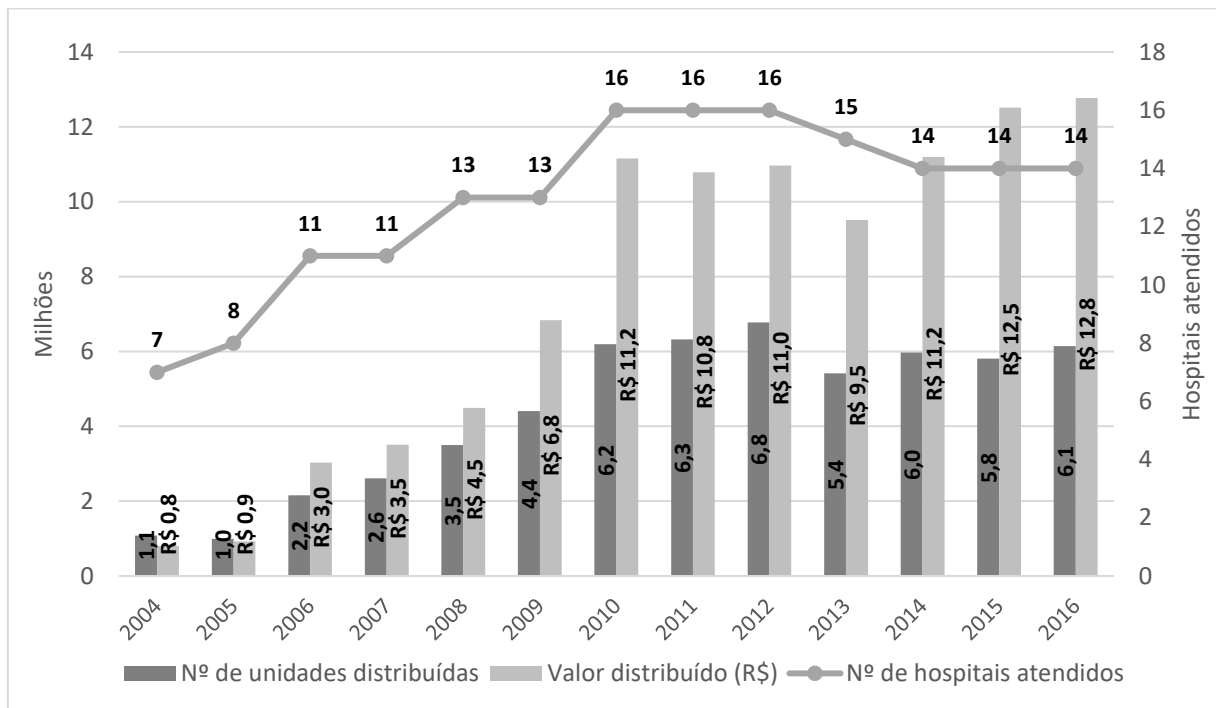
FONTE: A autora (2017).

Tal fato questiona a racionalidade da incorporação de medicamentos sem análise técnica detalhada e confirma a importância da existência de uma comissão de avaliação em caráter permanente (MAGARINOS-TORRES et al., 2011).

No decorrer dos anos, novos hospitais passaram a ser atendidos pelo CEMEPAR, o que contribuiu para a ampliação do elenco padronizado e aumento dos gastos associados tanto às novas incorporações como ao volume de medicamentos distribuídos, conforme mostra a FIGURA 7. Entre 2005 e 2009 foram incluídas 7 unidades hospitalares, com leitos clínicos, cirúrgicos e de tratamento intensivo, alterando o perfil de atendimento, que até então estava mais restrito a especialidades clínicas. Neste período foram incorporados 388 itens ao elenco (FIGURA 6).

O perfil bastante variado da rede hospitalar estadual, composta tanto por hospitais gerais como de especialidades distintas, também pode ter impactado diretamente no quantitativo de medicamentos padronizados em nível central. No entanto, destaca-se o fato de que 4 dos 6 hospitais especializados que compõem a rede hospitalar já eram atendidos pelo CEMEPAR desde 2004, o que sugere que a maior parte das incorporações partiu da demanda dos hospitais gerais.

FIGURA 7 - EVOLUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS AOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO DO PARANÁ PELO CEMEPAR, 2004-2016\*



FONTE: A autora (2017), a partir dos dados do sistema informatizado SYSMED.  
\*Valores financeiros corrigidos pelo IPCA

Conforme verificado na FIGURA 7, a partir de 2010 a relação entre o valor e a quantidade de medicamentos distribuídos aos hospitais quase dobrou, o que coincide com a inclusão de itens de maior custo no elenco, como os antimicrobianos injetáveis linezolida e azitromicina, que juntos representaram cerca de 7% do valor distribuído em 2010. Também houve aumento expressivo no consumo de medicamentos de grande relevância financeira que já faziam parte da relação padronizada, como diversos anti-infecciosos de uso sistêmico, em virtude da incorporação de outros 3 hospitais à rede hospitalar. Tal fato refletiu no aumento de 41% no número de unidades distribuídas e 65% de acréscimo no valor financeiro em relação à 2009.

Do total de 745 medicamentos constantes no elenco vigente em 2016, sendo 137 (18,4%) controlados pela Portaria nº 344/98, foram identificados 439 fármacos ou princípios farmacologicamente ativos, de acordo com o Manual das Denominações Comuns Brasileiras (MORETTO; MASTELARO, 2013). A TABELA 4 apresenta o quantitativo de medicamentos disponíveis na lista vigente distribuídos de acordo com o Grupo Anatômico Principal.

TABELA 4 – QUANTITATIVO DE ITENS DISPONÍVEIS NA LISTA DO CEMEPAR POR GRUPO ANATÔMICO PRINCIPAL, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO ATC

<b>Grupo Anatômico Principal (Classificação ATC – 1º nível)</b>	<b>Número de medicamentos</b>	<b>%</b>
Aparelho digestivo e metabolismo (A)	92	12,3
Sangue e órgãos hematopoiéticos (B)	50	6,7
Sistema cardiovascular (C)	90	12,1
Dermatológicos (D)	31	4,2
Sistema geniturinário e hormônios sexuais (G)	16	2,1
Hormônios de uso sistêmico* (H)	26	3,5
Agentes anti-infecciosos para uso sistêmico (J)	101	13,6
Antineoplásicos e agentes imunomoduladores (L)	5	0,7
Sistema músculo-esquelético (M)	36	4,8
Sistema nervoso (N)	175	23,5
Antiparasitários (P)	17	2,3
Sistema respiratório (R)	41	5,5
Órgãos dos sentidos (S)	36	4,8
Vários (V)	29	3,9
Total de medicamentos	745	100

FONTE: A autora (2017).

\*Exceto hormônios sexuais e insulinas.

Constatou-se que 39,5% (294) dos medicamentos do elenco estão listados na RENAME, 36,4% (271) pertencem à lista da OMS e 26% (196) estão contidos em ambas as relações (TABELA 5).

TABELA 5 - CORRELAÇÃO ENTRE A LISTA DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEL NO CEMEPAR E AS LISTAS DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME E LISTA DA OMS), SEGUNDO GRUPO ANATÔMICO PRINCIPAL

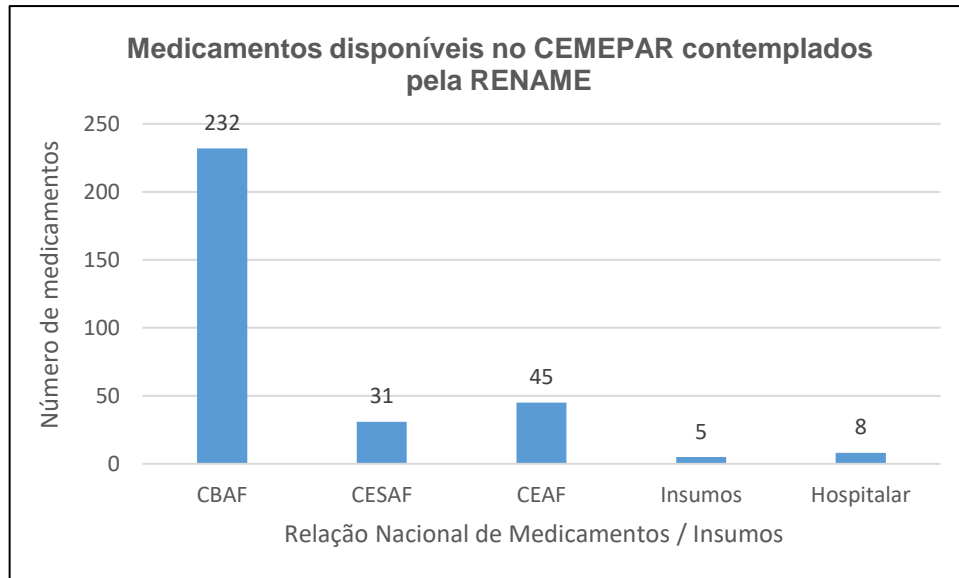
<b>Grupo Anatômico Principal (Classificação ATC – 1º nível)</b>	<b>RENAME</b>	<b>OMS</b>
Aparelho digestivo e metabolismo (A)	31 (33,7%)	26 (28,3%)
Sangue e órgãos hematopoiéticos (B)	24 (48,0%)	25 (50,0%)
Sistema cardiovascular (C)	45 (50,0%)	34 (37,8%)
Dermatológicos (D)	06 (19,3%)	05 (16,1%)
Sistema genit urinário e hormônios sexuais (G)	06 (37,5%)	05 (31,2%)
Hormônios de uso sistêmico* (H)	16 (61,5%)	16 (61,5%)
Agentes anti-infecciosos para uso sistêmico (J)	43 (42,6%)	52 (51,5%)
Antineoplásicos e agentes imunomoduladores (L)	05 (100%)	03 (60,0%)
Sistema músculo-esquelético (M)	06 (16,7%)	06 (16,7%)
Sistema nervoso (N)	71 (40,6%)	59 (33,7%)
Antiparasitários (P)	06 (35,3%)	07 (41,2%)
Sistema respiratório (R)	13 (31,7%)	05 (12,2%)
Órgãos dos sentidos (S)	07 (19,4%)	11 (30,5%)
Vários (V)	15 (51,7%)	17 (58,6%)
Total de medicamentos	294 (39,5%)	271 (36,4%)

FONTE: A autora (2017).

\*Exceto hormônios sexuais e insulinas.

Dos medicamentos que constam na RENAME, a maioria (79%) pertence ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, porém, foram identificados medicamentos em todos os componentes de financiamento descritos na relação, alguns deles pertencentes a mais de um componente (FIGURA 8). Ainda, foi observada a presença de 89 medicamentos associados em dose fixa, sendo que somente 16 dessas associações estavam indicadas nas listas de referência consultadas.

FIGURA 8 – MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA LISTA DO CEMEPAR E CONTEMPLADOS PELA RENAME, SEGUNDO RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS



FONTE: A autora (2017).

LEGENDA: CBAF - Componente Básico da AF; CESAF - Componente Estratégico da AF; CEAF - Componente Especializado da AF; Insumos - Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; Hospitalar - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

A partir da 8ª edição, a RENAME apresenta a relação de todos os medicamentos a serem ofertados aos usuários do SUS, não mais somente os considerados essenciais de acordo com o conceito da OMS. A relação está dividida por Componentes que integram o Bloco de Financiamento da AF e inclui também uma lista de insumos farmacêuticos e de medicamentos de uso hospitalar. Na lista de uso hospitalar estão elencados somente medicamentos que possuem descrição nominal própria na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS e são financiados pelas Autorizações de Internação Hospitalares (AIH) e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)<sup>14</sup>, em geral medicamentos de custo elevado. Os demais medicamentos utilizados nas internações não possuem financiamento específico, são ressarcidos por procedimento realizado. Tal fato explica o baixo percentual de concordância entre o elenco do CEMEPAR e a lista de medicamentos de uso hospitalar da RENAME.

<sup>14</sup> As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) enviam as informações referentes às internações efetuadas através da AIH, documento que identifica o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar, para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Estas informações são processadas através do sistema SIHSUS, gerando relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos aos estabelecimentos de saúde. A APAC possui o mesmo objetivo, porém para os procedimentos ambulatoriais e são processadas pelo sistema SIASUS.

O consumo de todos os itens analisados representou um valor total de aproximadamente R\$ 12.770.800,00. Após a construção da curva ABC, 12% (90) dos medicamentos foram classificados como A, os quais representaram 85% do valor total gasto no ano, 17% (130) foram classificados como B, correspondendo a 10% do valor gasto, e 71% (525) foram identificados com C, e representaram apenas 5% do gasto anual. A distribuição dos itens A considerando o grupo anatômico principal da classificação ATC é apresentada na TABELA 6.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS A, SEGUNDO GRUPO ANATÔMICO PRINCIPAL E GASTO ANUAL, 2016

<b>Grupo Anatômico Principal (Classificação ATC – 1º nível)</b>	<b>Número de itens</b>	<b>Gasto anual (em R\$)</b>	<b>% gasto anual com itens A</b>
Agentes anti-infecciosos para uso sistêmico (J)	31	4.190.081	38,6
Sangue e órgãos hematopoiéticos (B)	15	2.550.956	23,5
Sistema nervoso (N)	14	1.747.676	16,1
Sistema respiratório (R)	3	510.191	4,7
Aparelho digestivo e metabolismo (A)	5	434.205	4,0
Vários (V)	7	423.350	3,9
Sistema músculo-esquelético (M)	5	336.509	3,1
Sistema cardiovascular (C)	5	303.944	2,8
Hormônios de uso sistêmico* (H)	3	206.248	1,9
Antineoplásicos e agentes imunomoduladores (L)	1	75.986	0,7
Dermatológicos (D)	1	54.276	0,5
Total	90	10.855.132	100,0

FONTE: A autora (2017).

\*Exceto hormônios sexuais e insulinas.

Dentre os itens classificados como A, que corresponderam a um gasto anual de R\$ 10.855.132,00, os anti-infecciosos para uso sistêmico foram os que predominaram, tanto em número de itens quanto em valor financeiro. Destaca-se o medicamento linezolida injetável, incorporado ao elenco em 2010, que ocupava o primeiro lugar da lista em termos de custo, representando cerca de 4,6% do gasto anual. Este é um medicamento que consta na 19ª edição da lista de medicamentos essenciais da OMS e na 9ª edição da RENAME e, apesar de atualmente possuir cinco fabricantes cadastrados, no período a que se referem os dados limitava-se a uma única empresa produtora (ANVISA, 2017). Outros antimicrobianos injetáveis classificados como A incluem a piperacilina 4g associada a tazobactam 500mg,

meropenem 1g, polimixina B 500.000 UI e azitromicina 500mg, que estão entre os 10 itens de maior impacto financeiro.

Albumina humana 20%, enoxaparina 40mg e alteplase 50mg se destacaram no grupo 'sangue e órgãos hematopoiéticos', este último com exclusividade na comercialização (ANVISA, 2017). Ainda neste grupo, as soluções parenterais de grande volume também exerceram grande contribuição nos gastos, como consequência do elevado consumo. Os medicamentos de maior impacto financeiro pertencentes ao grupo 'sistema nervoso' foram sevoflurano 100% líquido inalatório, dexmedetomidina 100mcg/ml e propofol 10mg/ml injetáveis.

Presume-se que o monitoramento do uso de medicamentos custosos poderia influenciar os resultados obtidos quanto ao consumo e principalmente ao gasto com medicamentos para a rede hospitalar (LIMA et al., 2010). Restrições à prescrição e dispensação de medicamentos de custo elevado também são estratégias regulatórias gerenciais para promoção do uso racional de medicamentos por parte dos profissionais de saúde (MARIN et al., 2003). A elaboração de protocolos, guias e critérios de para prescrição e dispensação de medicamentos nos hospitais próprios será abordada na próxima seção, porém a partir da pesquisa documental foram identificados alguns formulários de solicitação de medicamentos de uso restrito elaborados pelas unidades, tais como ficha de liberação de antimicrobianos e albumina. Não foram localizados registros de documentos semelhantes construídos em nível central.

Outra questão que merece ser destacada é a presença de múltiplas opções terapêuticas para uma mesma condição clínica no elenco do CEMEPAR, tais como cimetidina e ranitidina, enalapril e lisinopril, halotano e sevoflurano, além de uma gama de apresentações do mesmo fármaco: azitromicina 1g e 500mg comprimido, bromazepam 3mg e 6mg comprimido, ibuprofeno 20mg/ml solução oral e 50mg/ml gotas, fenobarbital 200mg/2ml e 200mg/ml solução injetável. Tal fato demonstra a falta de racionalidade no elenco.

No período estudado não houve revisão do elenco disponível no CEMEPAR e entre 2013 e 2016 as solicitações de incorporação de novos medicamentos permaneceram aguardando a instauração da comissão de padronização de medicamentos vinculada à CIHQ. Algumas exclusões e alterações da lista foram realizadas apenas devido a dificuldades enfrentadas na aquisição, seja pela indisponibilidade temporária no mercado ou baixo consumo pelas unidades próprias.

A exclusão de itens não essenciais ou de efetividade e segurança questionável representa grande contribuição aos cuidados em saúde. Para a assistência farmacêutica hospitalar, a diminuição no número de itens por si só já representa um ganho, pois contribui para a melhora da logística, do fornecimento de informação e do acompanhamento do uso pela farmácia. Além disso, com o aumento do volume de compra de um mesmo item os gastos totais tendem a diminuir, por economia de escala (MAGARINOS-TORRES et al., 2011; SANTANA et al., 2014).

## 5.2. O PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO

### 5.2.1. Caracterização dos hospitais selecionados

Dentre as 13 unidades selecionadas, 8 eram hospitais gerais e 5 especializados. Os dados relativos à classificação e caracterização assistencial das unidades hospitalares que compõem o estudo estão resumidos nos QUADROS 4 e 5.

Quanto ao papel dessas unidades nas Redes de Atenção à Saúde consideradas prioritárias pela SESA-PR, destacam-se como referência regional para a Rede Mãe Paranaense o Hospital Regional do Sudoeste, Hospital Regional do Litoral e o Hospital Regional do Norte Pioneiro. Os dois últimos também compõem a Rede Paraná Urgências, como referência regional, além dos hospitais Zona Norte e Zona Sul de Londrina, Hospital Infantil Waldemar Monastier e Hospital do Trabalhador, sendo este último referência estadual. O Hospital Colônia Adauto Botelho integra a Rede de Saúde Mental com a oferta de leitos psiquiátricos em hospital especializado (PARANÁ, 2015).

No que tange a atenção de alta complexidade, onde estão compreendidas áreas que envolvem alta tecnologia e alto custo, destacam-se o Hospital do Trabalhador, habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia e traumato-ortopedia, também realiza transplantes de tecido musculoesquelético e possui habilitação para retirada de órgãos e tecidos, e o Hospital Regional do Sudoeste, unidade de referência em cirurgia vascular (CNES, 2016).

QUADRO 4 – CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO DO PARANÁ SELECIONADOS PARA O ESTUDO, 2016

UNIDADES INVESTIGADAS	CLASSIFICAÇÃO				
	Perfil assistencial Especialidade	Nível de complexidade das atividades prestadas*	Fluxo de clientela (demanda)	Papel na rede de serviços de saúde	Porte**
Hospital Regional do Litoral (HRL)	Geral	Atenção Básica e Média	Espontânea e referenciada	Regional	Grande
Hospital Reg. Lucy Requião de Mello e Silva (HRG)	Geral	Média	Espontânea e referenciada	Local	Pequeno
Hospital Regional da Lapa São Sebastião (HRLSS)	Tisiologia/Geral	Atenção Básica e Média	Referenciada	Estadual/Local	Médio
Hospital Oswaldo Cruz (HOC)	Infectologia	Atenção Básica e Média	Referenciada	Regional	Pequeno
Hospital Colônia Aduino Botelho (HCAB)	Psiquiatria	Média	Espontânea e referenciada	Regional	Médio
Hospital do Trabalhador (HT)	Geral	Atenção básica, Média e Alta	Espontânea e referenciada	Estadual	Grande
Centro Hospitalar de Reabilitação (CHR)	Reabilitação	Média	Referenciada	Regional	Pequeno
Hospital Infantil Waldemar Monastier (HIWM)	Pediatria	Média e Alta	Referenciada	Estadual	Médio
Hospital Reg. do Sudoeste Walter Alberto Pecoits (HRS)	Geral	Média e Alta	Espontânea e referenciada	Regional	Médio
Hospital Eulalino Ignácio de Andrade – Zona Sul (HZZ)	Geral	Atenção básica, Média e Alta	Espontânea	Regional	Médio
Hospital Anísio Figueiredo – Zona Norte (HZZ)	Geral	Atenção básica, Média e Alta	Espontânea e referenciada	Regional	Médio
Hospital Regional do Norte Pioneiro (HRNP)	Geral	Média	Referenciada	Regional	Médio
Hospital Luiza Borba Carneiro (HLBC)	Geral	Média	Espontânea e referenciada	Local	Pequeno

FONTE: A autora (2017) a partir de CNES (2016) e PARANÁ (2015).

\*Ambulatorial e hospitalar. \*\*Classificação considerando o número total de leitos descritos no QUADRO 5.

QUADRO 5 – CARACTERIZAÇÃO ASSISTENCIAL DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO ESTADO DO PARANÁ SELECIONADOS PARA O ESTUDO, 2016

CARACTERIZAÇÃO		UNIDADES INVESTIGADAS												
		HRL	HRG	HRLSS	HOC	HCAB	HT	CHR	HIWM	HRS	HZS	HZN	HRNP	HLBC
Leitos	Cirúrgicos	43	0	10	0	0	80	9	0	45	23	24	16	2
	Clínicos	44	10	28	29	0	24	1	0	6	70	68	0	18
	Pediátricos	23	4	3	1	0	30	2	35	7	24	13	8	6
	Outras Especialidades*	4	2	52	4	76	3	13	8	1	0	0	0	0
	Tratamento Intensivo e intermediário	21	0	0	0	0	50	0	30	20	0	0	10	0
	Isolamento	6	0	0	0	0	0	1	0	5	0	4	2	0
	Obstétricos	24	4	0	0	0	35	0	0	18	0	0	37	4
	Hospital dia	0	0	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>20</b>	<b>99</b>	<b>42</b>	<b>76**</b>	<b>222</b>	<b>26</b>	<b>73</b>	<b>102</b>	<b>117</b>	<b>109</b>	<b>73</b>	<b>30</b>
Instalações (consultórios e salas)	Urgência e Emergência	9	7	0	2	0	30	0	3	17	14	11	19	3
	Ambulatorial	0	5	6	1	5	22	25	18	13	5	6	9	5
	Hospitalar	9	4	4	1	0	17	5	6	12	6	4	9	4
Recursos humanos	Médicos	121	10	25	20	12	551	43	139	100	88	532	38	5
	Outros	335	60	393	81	191	1100	142	314	486	219	54	98	46
	Total	456	70	418	101	203	1651	185	453	586	307	586	136	51

FONTE: A autora (2017) a partir de CNES (2016).

\*Reabilitação, Psiquiatria, Crônicos, Pneumologia sanitária. \*\*Relatório de Prestação de Contas - 3º quadrimestre de 2016 (PARANÁ, 2017).

LEGENDA: HRL - Hospital Regional do Litoral, HRG - Hospital Regional Lucy Requião de Mello e Silva (Guaraqueçaba), HRLSS - Hospital Regional da Lapa São Sebastião, HOC - Hospital Oswaldo Cruz, HCAB - Hospital Colônia Adauto Botelho, HT - Hospital do Trabalhador, CHR - Centro Hospitalar de Reabilitação, HIWM - Hospital Infantil Waldemar Monastier, HRS - Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits, HZS - Hospital Eulalino Ignácio de Andrade (Zona Sul), HZN - Hospital Anísio Figueiredo (Zona Norte), HRNP - Hospital Regional do Norte Pioneiro, HLBC - Hospital Luiza Borba Carneiro.

### 5.2.2. Caracterização dos participantes da pesquisa

Os dados apresentados na TABELA 7 mostram que a maioria dos farmacêuticos que participaram da pesquisa eram servidores públicos (84,6%) e possuíam entre 6 e 10 anos de trabalho na SESA (61,5%). Na maior parte dos casos (84,6%) a experiência profissional em farmácia hospitalar era correspondente ao tempo de trabalho na Secretaria. Quanto à escolaridade, 84,6% dos participantes possuíam curso de pós-graduação, variando de 1 a 3 cursos por pessoa (média de 1,5), e as seguintes áreas de conhecimento foram citadas: Assistência Farmacêutica (30,8%), Saúde Pública/Coletiva (30,8%), Farmacologia (23,1%), Farmácia Hospitalar (23,1%), outros (15,4%).

TABELA 7 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REDE HOSPITALAR

Caracterização	Frequência de participantes	
	n	%
Escolaridade		
Graduação	2	15,4
Pós-graduação	11	84,6
Cursos de pós-graduação (áreas de conhecimento)		
Assistência Farmacêutica	4	30,8
Saúde Pública/Coletiva	4	30,8
Farmacologia	3	23,1
Farmácia Hospitalar	3	23,1
Outros	2	25,4
Vínculo de trabalho com a SESA		
Estatutário	11	84,6
Contrato Regime CLT	2	15,4
Tempo de trabalho na SESA		
Até 2 anos	1	7,7
De 2 a 6 anos	2	15,4
De 6 a 10 anos	8	61,5
De 10 a 20 anos	1	7,7
Mais de 20 anos	1	7,7
Tempo de trabalho em farmácia hospitalar*		
De 2 a 6 anos	3	23,1
De 6 a 10 anos	7	53,8
De 10 a 20 anos	1	7,7
Mais de 20 anos	2	15,4

FONTE: A autora (2017).

\*Considerando-se todos os vínculos de trabalho

### 5.2.3. Caracterização dos serviços de farmácia

Todos os hospitais investigados possuíam farmacêutico Responsável Técnico devidamente registrado no Conselho Regional de Farmácia (CRF). Os dados relativos ao número de funcionários e período de funcionamento das farmácias estão descritos na TABELA 8.

TABELA 8 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA QUANTO AO NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

Caracterização	Nº de hospitais (n = 13)	%
Porte		
Pequeno	4	30,8
Médio	7	53,8
Grande	2	15,4
Número de funcionários na farmácia		
1 a 5	5	38,4
6 a 10	1	7,7
11 a 15	2	15,4
16 a 25	5	38,4
Número de farmacêuticos		
1 a 2	8	61,5
3 a 5	2	15,4
Mais de 5	3	23,1
Período de funcionamento da farmácia (horas)		
Até 13 horas	6	46,2
24 horas	7	53,8
Farmacêutico presente durante todo o período de funcionamento da farmácia		
Sim	4	30,8
Não	9	69,2

FONTE: A autora (2017).

Dentre os hospitais com o maior número de funcionários na farmácia estavam os hospitais gerais de grande porte, os quais possuíam entre 21 e 25 funcionários, porém verificou-se que as unidades com maior número de farmacêuticos (mais de 5) eram hospitais de médio porte. Em 69,2% dos hospitais não havia farmacêutico presente durante todo o horário de funcionamento da farmácia, sendo que em 5 deles este serviço estava disponível 24 horas por dia. Nos demais hospitais em que a farmácia funcionava ininterruptamente havia um farmacêutico por pelo menos 12 horas diárias.

No que diz respeito à infraestrutura, 9 (69,2%) dos hospitais pesquisados possuíam Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)/almoxarifado para armazenamento de medicamentos (TABELA 9), sendo que em 6 deles este espaço era exclusivo para esta categoria de produtos. Nos demais hospitais que contam com almoxarifado, além de medicamentos também eram armazenados outros produtos como material médico-hospitalar, saneantes, materiais de escritório e informática, materiais de limpeza, alimentos e produtos inservíveis. Os hospitais que não possuíam almoxarifado para armazenamento de medicamentos acondicionavam estes itens na própria farmácia.

Conforme TABELA 9, em 76,9% dos casos a farmácia era responsável pelo gerenciamento de outros produtos além dos medicamentos, dentre estes foram citados material médico-hospitalar e saneantes. Em todos os hospitais o controle de estoque de medicamentos era realizado por meio de sistema informatizado.

Apenas 4 (30,8%) dos hospitais pesquisados possuíam farmácia satélite, a qual localiza-se no centro cirúrgico (3) ou em unidade clínica (1). Todos os hospitais contam com carrinhos/maletas de emergência, na maioria mais de 5 (69,2%) (TABELA 9). O elenco de medicamentos que integrava as maletas variou de 20 a 52 medicamentos, com uma média de 34 itens, e a composição dependia da unidade do hospital ou situação emergencial a que se destinava.

TABELA 9 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA QUANTO À INFRAESTRUTURA

Infraestrutura	Nº de hospitais (n = 13)	%
Existe Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) /almoxarifado para armazenamento de medicamentos?		
Sim	9	69,2
Não	4	30,8
A farmácia é responsável pelo gerenciamento de outros produtos além dos medicamentos?		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
O hospital possui farmácia satélite?		
Sim	4	30,8
Não	9	69,2
Número de carrinhos/maletas de emergência		
Até 4	4	30,8
5 ou mais	9	69,2

FONTE: A autora (2017).

Em 53,8% dos hospitais pesquisados as prescrições médicas eram recebidas na farmácia de forma eletrônica e em 46,1% deles a forma de recebimento era manual. Destaca-se que nenhum hospital relatou receber transcrições das prescrições médicas. O sistema de dispensação misto foi o que predominou entre os hospitais incluídos no estudo (76,9%), na maioria coletivo e individualizado (61,5%) (TABELA 10). Todos os hospitais relataram realizar fracionamento de formas farmacêuticas sólidas de uso oral na unidade e apenas um fracionava formas semissólidas e líquidos estéreis, eventualmente.

Apesar de 2 hospitais afirmarem utilizar o sistema de dispensação unitário, somente formas farmacêuticas sólidas eram fracionadas, o que é incompatível com este sistema de dispensação. Tal fato evidencia falta de clareza quanto a conceitos básicos relacionados à farmácia hospitalar.

TABELA 10 – CARACTERIZAÇÃO QUANTO À FORMA DE RECEBIMENTO DAS PRESCRIÇÕES E SISTEMA DE DISPENSAÇÃO

Caracterização	Nº de hospitais (n = 13)	%
Forma de recebimento das prescrições médicas		
Eletrônica	7	53,8
Manual*	6	46,2
Sistema de dispensação		
Unitário	2	15,4
Individualizado	1	7,7
Individualizado e Unitário	2	15,4
Coletivo e Individualizado	8	61,5

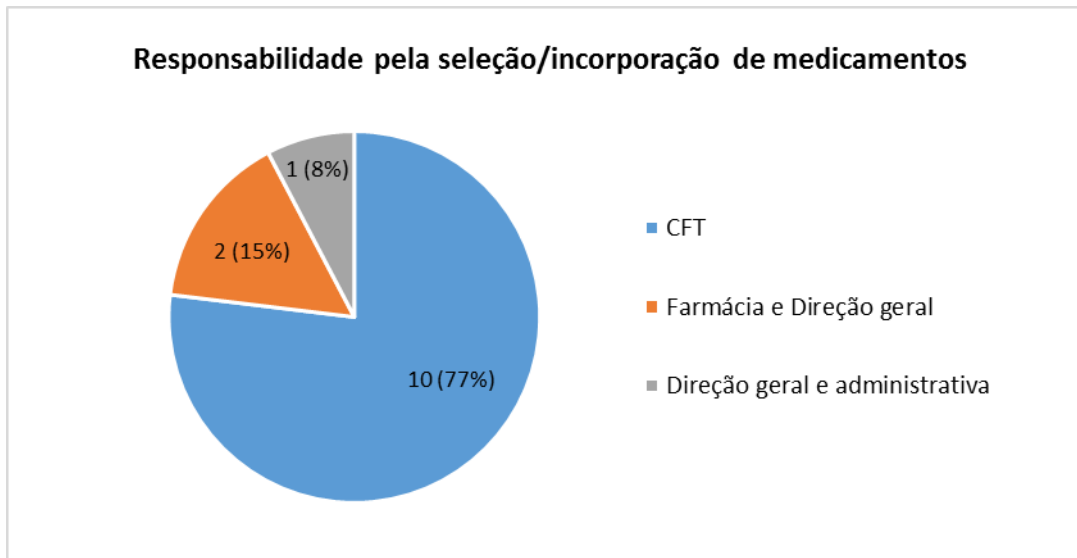
FONTE: A autora (2017).

\*Prescrições recebidas de forma manual referem-se ao documento original ou cópia do original.

#### 5.2.4. Seleção de medicamentos

Em 10 (77%) dos 13 hospitais investigados existia Comissão de Farmácia e Terapêutica, sendo esta a instância responsável pela seleção de medicamentos na unidade. Nos demais hospitais a seleção/incorporação de medicamentos era realizada pela farmácia, em conjunto com direção geral (15%), ou somente pela direção geral e administrativa do hospital (8%), conforme FIGURA 9.

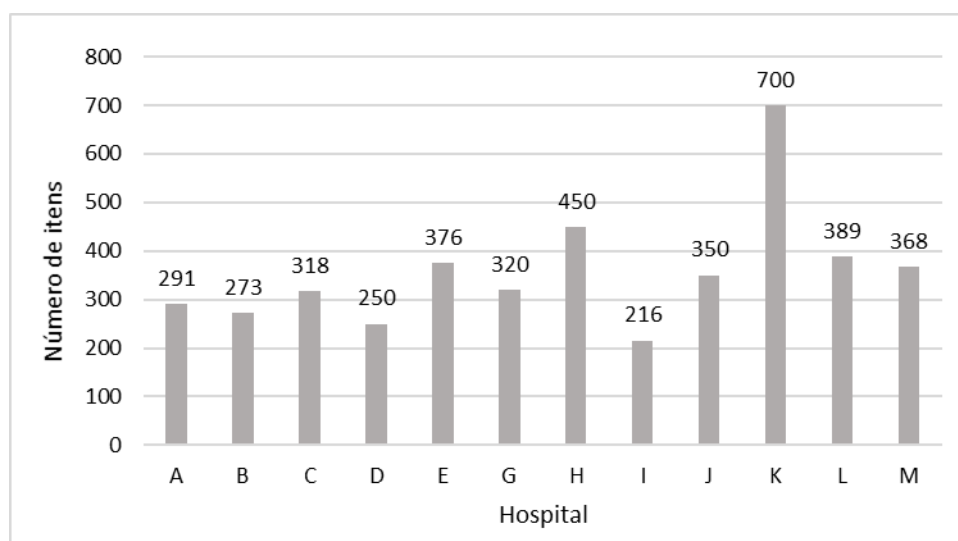
FIGURA 9 – INSTÂNCIA RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO/INCORPORAÇÃO DE MEDICAMENTOS NAS UNIDADES INVESTIGADAS



FONTE: A autora (2017).

Dos 13 hospitais participantes, 12 (92%) possuíam relação de medicamentos padronizados na instituição, com uma mediana de 335 itens, variando de 216 a 700 medicamentos (FIGURA 10). Todos os hospitais afirmaram que a lista estava disponível para consulta do corpo clínico, porém um deles não informou qual a forma de divulgação (TABELA 11). Destaca-se que um dos hospitais com mais de 100 leitos não possuía relação de medicamentos padronizados na data da coleta de dados.

FIGURA 10 – RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NOS HOSPITAIS, SEGUNDO NÚMERO DE ITENS, 2017



FONTE: A autora (2017).

TABELA 11 – FORMA DE DIVULGAÇÃO DA RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO HOSPITAL

Forma de divulgação	Nº de hospitais	%
Lista impressa	5	41,7
Lista digital*	2	16,7
Lista impressa e digital*	4	33,3
Não informou	1	8,3
Total	12	100

FONTE: A autora (2017).

\*Digital: Sistema informatizado, intranet, arquivo salvo em pasta compartilhada na rede local

A lista de medicamentos essenciais é um instrumento de orientação das condutas clínicas e administrativas para medicamentos em determinado espaço político-social. Sua adoção favorece a ampliação do acesso e contribui com a promoção do uso racional de medicamentos, na medida em que são incluídos apenas fármacos necessários para atender ao perfil epidemiológico da população, e que atendam a requisitos que incluem comprovada eficácia, segurança, menor custo tratamento/dia e apresentação mais adequada ao manejo. É esperado que, caso haja uma lista de medicamentos essenciais, esta seja amplamente divulgada, o que constitui um indicador dos processos realizados (MAGARINOS-TORRES; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2013).

#### 5.2.4.1. Estrutura e funcionamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica

Em todos os hospitais as comissões eram compostas por, no mínimo, um médico, um farmacêutico e um enfermeiro e possuíam em média 6,2 membros, variando de 3 a 13 participantes (TABELA 12).

TABELA 12 – COMPOSIÇÃO DAS CFT HOSPITALARES

Categorias Profissionais	Frequência n=10 (%)	Número de profissionais		
		Média	Mediana	Total
Médico	10 (100)	1,3	1	13
Farmacêutico	10 (100)	1,5	1	15
Enfermeiro	10 (100)	2	1	20
Administrador	6 (60)	0,7	1	7
Outros	5 (50)	0,7	1	7
Total	-	6,2	4,5	62

FONTE: A autora (2017).

O nível de representatividade e o número de membros da CFT estão entre os indicadores de 'estrutura' das comissões de seleção de medicamentos mais citados na literatura (SANTANA et al., 2014). Tanto um como outro pode variar de acordo com o porte e nível de complexidade dos serviços oferecidos. Um número reduzido de membros pode facilitar que acordos por consenso sejam alcançados, enquanto um maior número de membros possibilita o aporte de conhecimentos variados, redução da carga de trabalho de cada membro, além de facilitar a execução das decisões (HOLLOWAY; GREEN, 2003). Já a qualidade do trabalho está atrelada à composição da comissão, que, dada a diversidade de competências exigidas, deve garantir a representatividade de diferentes categorias profissionais, como médicos, farmacêuticos e enfermeiros (MAGARINOS-TORRES et al., 2011).

Em um estudo que investigou o processo de seleção de medicamentos em quatro hospitais universitários do Rio de Janeiro verificou-se que as CFT, quando instituídas e atuantes, possuíam em média 8 membros, incluindo médicos, enfermeiros e farmacêuticos (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015). Magarinos-Torres e colaboradores (2011), ao descreverem o processo de trabalho da CFT do Instituto Fernandes Figueira, Unidade da Fundação Oswaldo Cruz direcionada à atenção materno-infantil de alta complexidade, constataram a existência de um núcleo regular de 5 membros efetivos, 3 médicos e 2 farmacêuticos, apesar de a comissão ser composta por 13 membros desta natureza.

Considerando o perfil diversificado da rede hospitalar investigada, o número de membros das CFT não estava discrepante dos dados encontrados na literatura nacional. Os hospitais de pequeno porte foram os que apresentaram o menor número de membros, enquanto hospitais de médio porte e maior complexidade contavam com um número maior de representantes. Em todas as unidades havia uma composição mínima, garantindo a representatividade de diferentes categorias profissionais.

Quanto à frequência das reuniões, em 4 hospitais a comissão se reunia semestralmente, em 1 a cada três meses, em 3 as reuniões eram bimestrais, em apenas 1 hospital a CFT se reunia mensalmente e 1 hospital relatou que as reuniões ocorriam de acordo com a demanda de solicitações de alteração da lista de medicamentos (TABELA 13).

TABELA 13 – PERIODICIDADE DAS REUNIÕES DAS CFT HOSPITALARES

Periodicidade	Frequência	
	n	%
Mensal	1	10
Bimestral	3	30
Trimestral	1	10
Semestral	4	40
Indefinida	1	10
Total	10	100

FONTE: A autora (2017).

A periodicidade das reuniões também pode variar conforme o volume de demandas da CFT e preparo dos membros, contudo a OMS recomenda a realização de no mínimo uma reunião a cada 3 meses e, idealmente, reuniões com periodicidade mensal (SANTANA et al., 2014; HOLLOWAY; GREEN, 2003). Estudos recentes acerca do funcionamento de CFT em hospitais brasileiros relatam a ocorrência de reuniões mensais, nem sempre regulares, ou com frequência ainda superior (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015; MAGARINOS-TORRES et al., 2011). A escassez de relatos de experiências nacionais foi associada ao maior número de reuniões, uma vez que os membros possuíam pouca experiência no desenvolvimento de atividades de seleção e precisavam ‘aprender a fazer’ (MAGARINOS-TORRES et al., 2011).

Em metade dos casos investigados a periodicidade das reuniões da CFT estava em desacordo com o preconizado pela OMS, demonstrando precariedade no funcionamento da comissão.

Os critérios considerados pelas CFT na análise das solicitações estão descritos na TABELA 14. Um dos hospitais não relatou quais parâmetros eram utilizadas pela comissão para avaliar os pedidos de inclusão de medicamentos. Eficácia, segurança, comodidade posológica e custo foram os critérios mais citados.

TABELA 14 – CRITÉRIOS UTILIZADOS PELAS CFT PARA ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES DE ALTERAÇÃO DA LISTA DE MEDICAMENTO PADRONIZADOS

<b>Crítérios</b>	<b>Frequência n=10 (%)</b>
Eficácia	7 (70,0)
Segurança	6 (60,0)
Facilidade / comodidade posológica	5 (50,0)
Custo	4 (40,0)
Inexistência de medicamentos com a mesma função/indicação no elenco vigente	3 (30,0)
Demanda / consumo frequente	2 (20,0)
Medicamento padronizado no CEMEPAR/disponibilizado por algum programa do governo	2 (20,0)
Outros	2 (20,0)

FONTE: A autora (2017).

Dos 3 hospitais que relataram avaliar a existência de medicamentos com a mesma indicação no elenco vigente, somente 2 afirmaram realizar a substituição de algum item da lista, caso o medicamento solicitado fosse considerado superior às opções existentes.

Quando questionados sobre quais fontes de informação são utilizadas pela CFT para análise das solicitações de alteração da lista, as mais citadas foram: trabalhos/artigos científicos (100%), RENAME (44,4%), publicações do Ministério da Saúde ou outras entidades governamentais (33,3%) e elenco de medicamentos padronizados no CEMEPAR (33,3%). As demais fontes de informação mencionadas estão descritas na TABELA 15. Em média cada hospital citou 3 fontes de informação. O hospital que não informou quais os critérios considerados pela CFT para análise das solicitações de alteração da lista de medicamentos também não especificou quais fontes de informação eram utilizadas nas análises.

TABELA 15 – FONTES DE INFORMAÇÃO UTILIZADAS PELAS CFT

<b>Fontes de informação</b>	<b>Frequência n=10 (%)</b>
Trabalhos/artigos científicos	9 (90,0)
RENAME	4 (40,0)
Publicações do Ministério da Saúde ou outras entidades governamentais	3 (30,0)
Elenco de medicamentos do CEMEPAR	3 (30,0)
Opinião de médicos especialistas	1 (10,0)
<i>Guidelines</i>	1 (10,0)
Publicações do Centro de Informação sobre Medicamentos/CRF-PR	1 (10,0)

FONTE: A autora (2017).

Nos últimos anos, os critérios de seleção de medicamentos evoluíram de uma abordagem orientada apenas pela experiência clínica dos membros para basear-se fortemente em evidências científicas (SANTANA et al., 2014). No entanto, a qualidade do processo de seleção depende, em muito, da postura crítica dos membros frente à literatura disponível. Como evidências, valorizam-se os estudos científicos conduzidos rigorosamente, que não sejam permeados por interesses comerciais no produto. A análise deve considerar o uso de revisões sistemáticas e a qualidade e força das evidências resgatadas (MAGARINOS-TORRES; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2013).

A utilização de trabalhos/artigos científicos foi relatada de forma genérica pelos participantes, não houve menção quanto à qualidade da evidência.

São critérios principais a serem considerados, a eficácia e a segurança. Somente depois de analisadas as evidências e, tendo estas respondido à pergunta clínica, é que as implicações práticas da inserção ou exclusão de um item na lista devem ser consideradas, além de outros critérios tais como disponibilidade, facilidade de adesão e sustentabilidade econômica (MAGARINOS-TORRES; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2013; WANNMACHER, 2006). Em alguns casos, o critério decisivo na escolha dos medicamentos pode ser o processo de trabalho existente na instituição. A lista de medicamentos, como produto final da seleção, deve ter relação direta com o perfil de atendimento e estar de acordo com as possibilidades estruturais da organização (MAGARINOS-TORRES et al., 2011).

Foi relatada por um dos hospitais de médio porte a insistência do corpo clínico em selecionar medicamentos que contemplem doenças de maior complexidade, casos que deveriam ser encaminhados a hospitais terciários ou quaternários, uma vez que a instituição não possui estrutura para este tipo de atendimento.

A seleção de medicamentos é a atividade mais comum da CFT, no entanto, a OMS descreve outras funções inerentes ao trabalho destas comissões (HOLLOWAY; GREEN, 2003). As principais foram investigadas neste estudo e são apresentadas na TABELA 16.

TABELA 16 – ATIVIDADES DA CFT RELACIONADAS AO DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Atividades da CFT	Frequência de hospitais n (%)
A CFT elabora ou participa da elaboração de protocolos para uso de medicamentos específicos (medicamentos de alto custo, potencialmente perigosos, antimicrobianos, entre outros)?	
Sim	4 (40)
Não	6 (60)
A CFT avalia as solicitações de fornecimento eventual de medicamentos não padronizados?	
Sim	4 (40)
Não	6 (60)
A CFT elabora Guia/Manual/Formulário Terapêutico	
Sim	1 (10)
Não	9 (90)

FONTE: A autora (2017).

Em mais da metade dos casos a CFT não executava outras atividades além da seleção de medicamentos. Sobre a existência de protocolos escritos para o uso de medicamentos específicos, um dos hospitais não soube responder para quais itens haviam protocolos, uma vez que tais documentos ficavam em posse da diretoria clínica.

A aplicação não transparente de protocolos clínicos contraria a boa prática clínica e dificulta a construção de demanda com impacto na continuidade de abastecimento (MAGARINOS-TORRES et al., 2011).

Além da composição e frequência das reuniões, a participação dos membros é de suma importância para a qualidade das atividades da CFT. Nos hospitais estudados verificou-se que a falta de assiduidade dos membros nas reuniões, especialmente dos profissionais médicos, representava uma das principais dificuldades enfrentadas pelas comissões, sendo relatada por metade dos hospitais (TABELA 18). Já a integração e comunicação entre os profissionais de diferentes categorias e setores do hospital foi apontada pela maioria das unidades como uma potencialidade da comissão (TABELA 17). A periodicidade das reuniões foi destacada tanto como um ponto positivo quanto negativo, de acordo com a situação particular de cada instituição. No hospital que ressaltou a frequência das reuniões de forma positiva a comissão se reunia bimestralmente, e no hospital onde a frequência das reuniões era vista como um ponto negativo as reuniões ocorriam a cada três meses. Merece destaque o fato de 5 hospitais listarem somente dificuldades.

TABELA 17 – POTENCIALIDADES DA CFT DESTACADAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Potencialidades	Frequência n (%)
Integração/comunicação entre profissionais de diferentes categorias	3 (30)
Discussão multiprofissional para resolução de problemas relacionados a medicamentos (desabastecimento, medicamentos em desuso, entre outros)	3 (30)
Promoção do Uso Racional de Medicamentos	2 (20)
Característica deliberativa/poder de decisão	2 (20)
Frequência das reuniões	1 (10)
Visão multidisciplinar em relação ao uso de medicamentos	1 (10)
Melhoria nos critérios de prescrição	1 (10)

FONTE: A autora (2017).

TABELA 18 – DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA CFT DE ACORDO COM O RELATO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Dificuldades enfrentadas	Frequência n (%)
Participação dos membros nas reuniões	5 (50)
Incorporação de medicamentos sem discussão aprofundada	5 (50)
Rotatividade de profissionais médicos na instituição	1 (10)
Elenco de medicamentos do CEMEPAR desatualizado	1 (10)
Pouco conhecimento técnico dos membros	1 (10)
Frequência das reuniões	1 (10)

FONTE: A autora (2017).

A incorporação de medicamentos sem discussão aprofundada também estava entre as dificuldades mais relatadas pelos hospitais. Esse dado chama a atenção, tendo em vista que as CFT deveriam ser instâncias justamente para fomentar discussões embasadas cientificamente e com alto grau aprofundamento. É possível que essa dificuldade seja decorrente de despreparo, desestímulo pessoal, ou falta de estrutura nestas instituições.

As dificuldades apresentadas não são exclusivas da rede hospitalar em questão. Estudos brasileiros recentes contataram a pouca adesão dos membros aos procedimentos da comissão (LIMA et al., 2010), possivelmente devido a incapacidade de conciliar as demandas da CFT com a rotina de trabalho no hospital, sendo a última priorizada (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015).

Entende-se a formalização de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica como condição *sine qua non* para permanente discussão e avaliação dos medicamentos que deverão compor a lista de seleção do hospital. Contudo, mesmo

que este primeiro passo constitua um alicerce, por si só é insuficiente para assegurar a manutenção de um processo criterioso de seleção (LIMA-DELLAMORA, 2012).

A efetividade das atividades de seleção de medicamentos está diretamente relacionada com a organização da CFT, seus processos de trabalho e sua capacidade de monitorar e comprovar resultados. A simples exclusão ou inclusão de medicamentos sem análise crítica não possibilita construir uma política de medicamentos essenciais (SANTANA, et al., 2014).

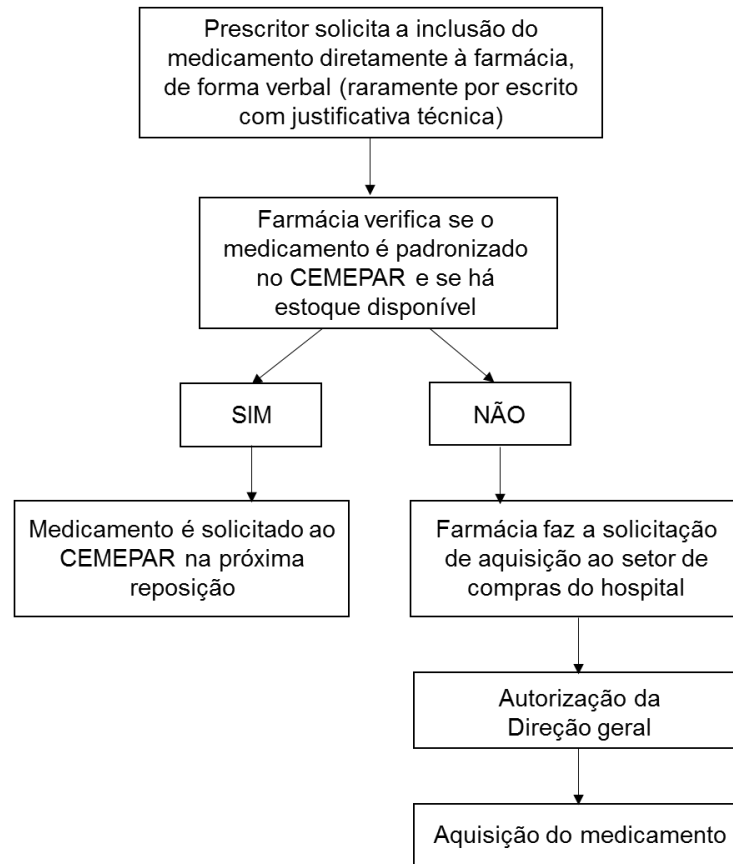
Diante do cenário encontrado, é possível concluir que apesar de a maioria dos hospitais possuírem CFT, seu funcionamento é precário em boa parte dos casos e a seleção de medicamentos não é realizada de forma adequada.

#### 5.2.4.2. Seleção de medicamentos nos hospitais que não possuem CFT

Nos 3 hospitais em que a CFT não estava instituída, as solicitações de alteração da lista de medicamentos eram avaliadas pela farmácia, com o parecer positivo da direção, ou realizadas diretamente à direção do hospital pelos profissionais médicos.

Um dos hospitais relatou não haver avaliação efetiva das poucas solicitações de inclusão de medicamentos recebidas na farmácia. Quando solicitadas, geralmente de forma verbal, os farmacêuticos primeiramente verificavam a disponibilidade do medicamento no CEMEPAR, caso fosse padronizado, o item era incluído no elenco. No caso de itens não constantes na lista do CEMEPAR a farmácia encaminhava um pedido de aquisição ao setor de compras do hospital, o qual tramitava por várias instâncias da instituição antes de se concretizar (FIGURA 11). As exclusões de medicamentos eram realizadas nos casos de pouco consumo ou ausência de prescrições por um determinado período.

FIGURA 11 – FLUXOGRAMA DE INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NO ELENCO PADRONIZADO, HOSPITAL SEM CFT



FONTE: A autora (2017).

No caso explicitado, destaca-se que o Serviço de Farmácia não possuía autonomia para se fazer ouvir contra este tipo de solicitação, mostrando-se cedente à qualquer pedido de incorporação de novos medicamentos. A CFT é uma instância de tal legitimidade que, quando bem estruturada, pode preservar a farmácia hospitalar deste tipo de pressão. Resguardar a seleção é essencial para a integridade das ações de assistência farmacêutica no hospital (LIMA-DELLAMORA, 2012).

Além disso, a atuação da CFT pode representar grande economia para a instituição. Na Dinamarca, a atuação conjunta de uma CFT regional e um grupo de especialistas promoveu economia significativa no tratamento antirretroviral de HIV. Os esforços empreendidos para envolver os principais médicos prescritores e garantir o compromisso de prescrever os medicamentos menos onerosos entre os antirretrovirais clinicamente equivalentes resultaram na redução de 23% nas despesas com terapia antirretroviral 4 anos após as intervenções realizadas, apesar do aumento de 16% no consumo (MIKKELSEN; ANDERSEN, 2016).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compilação e sistematização de informações acerca da estruturação da assistência farmacêutica em uma rede estadual de hospitais públicos possui grande valor em tornar públicas informações até então guardadas em arquivos e na memória, e correlacionar discussões sobre gastos em saúde e gerenciamento de medicamentos.

O estudo mostrou que o processo de padronização de medicamentos para a rede hospitalar estadual do Paraná foi conduzido priorizando as etapas de aquisição e distribuição em detrimento da seleção de medicamentos, o que acarretou diversas incorporações ao longo dos anos sem análise técnica específica, resultando em um grande número de itens a serem gerenciados e aumento progressivo dos custos associados.

As diversas estratégias utilizadas na tentativa de implementar um processo de seleção e conter a ampliação acelerada da lista de medicamentos demonstram a preocupação dos profissionais com a qualidade do elenco ofertado aos hospitais da rede própria do estado e o compromisso com a melhoria do gerenciamento e organização da assistência farmacêutica hospitalar. No entanto, a execução destas estratégias, especialmente a estruturação de uma CFT em nível estadual, esbarrou na carência de recursos mínimos necessários à sua concretização e falta de articulação entre unidades e departamentos relacionados.

Como consequência de 13 anos sem revisão da lista de medicamentos padronizados no CEMEPAR, evidenciou-se um elenco composto por 745 itens com várias duplicidades terapêuticas, apontado para a necessidade urgente de reavaliação.

Na rede hospitalar, ainda que a maioria dos hospitais possuam CFT, os dados apontam para o funcionamento precário na maioria dos casos, necessidade de qualificação de recursos humanos e de garantia de tempo disponível para exercer as atividades que envolvem a seleção de medicamentos.

Considerando que os medicamentos podem oferecer sérios riscos aos usuários quando critérios de eficácia e segurança não são atendidos, além de impactarem significativamente nos recursos financeiros disponíveis, a seleção deve ser realizada mediante análise criteriosa, por meio de uma comissão multidisciplinar,

sendo este um compromisso institucional imprescindível para assegurar a racionalização do uso destes insumos.

Espera-se que o trabalho tenha despertado para a necessidade de repensar a utilização do arsenal terapêutico, considerando critérios baseados em evidências científicas, de modo a favorecer a adesão de prescritores aos produtos finais e a melhoria do gerenciamento da AF hospitalar.

Este trabalho poderá subsidiar outras pesquisas que visem a aprofundar o conhecimento sobre seleção e incorporação de medicamentos em hospitais públicos, e contribuir para outras análises acerca dos recursos gastos com medicamentos no Brasil, especialmente em nível hospitalar, considerando a escassez de estudos brasileiros sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, G. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ANTEZANA, F.; SEUBA, X. **Medicamentos esenciales – Historia de um desafio**. Barcelona: Icaria Editorial, 2008.

ANVISA. **Posicionamento da Anvisa quanto ao registro de medicamentos novos considerados como *me-toos***. 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registo/metoos.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

ANVISA. Consulta a produtos registrados. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/consulta-produtos-registrados>>. Acesso em: 09 mar. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROS, J. A. C. Antigas e novas questões: enfrentando uma conjuntura desfavorável. In: BARROS, J. A. C. (Org.). **Os fármacos na atualidade - antigos e novos desafios**. Brasília: ANVISA, 2008. p. 23-78.

BASTOS, V. D. Inovação farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro. **BNDES Setorial**, n. 22, p. 271-296, 2005.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20set 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 mai 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9279.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde (Série F – Comunicação e educação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <[goo.gl/YGFDVh](http://goo.gl/YGFDVh)>. Acesso em: 30 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CAETANO, R. et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2513-2525, 2017.

CASTRO, J. F. **A relação entre patentes farmacêuticas, doenças negligenciadas e o programa público brasileiro de produção e distribuição de medicamentos**. 134 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS (CEBRIM). Declaração da ISDB sobre o avanço terapêutico no uso de medicamentos. **Boletim Farmacoterapêutica**, ano VII, n. 3, p. 1-6, mai/jun. 2002.

CHAVES, G. C.; VIEIRA, M. F.; REIS, R. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. **SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos**, ano 5, n. 8, p. 170-198, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Disponível em: <[goo.gl/VnYxCa](http://goo.gl/VnYxCa)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ (CRF-PR). **Requisitos Legais e Regulamentares da Farmácia Hospitalar**. 4. ed. Curitiba: CRF-PR, 2015.

**Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF)**. 44. ed. Rio de Janeiro: EPUC, 2016.

GAVA, C. M. et al. Novos medicamentos registrados no Brasil: podem ser considerados um avanço terapêutico? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3403-3412, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas em saúde** – Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec / ABRASCO, 1994.

GRANDA, E.; BREILH, J. **Saúde na Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1989.

GROCHOCKI, M. H. C.; OLIVEIRA, J. C.; PINHEIRO, R. M. **Um exemplo de condução da revisão do elenco de medicamentos**. Material integrante do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3011>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

GUIMARÃES, A. L. F. **Gestão e racionalização na distribuição de medicamentos e materiais clínicos**: um estudo de caso no Hospital Escola da Universidade de Taubaté. 120 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Universidade de Taubaté, Taubaté, 2005.

HOLLOWAY, K.; GREEN, T. **Drug and therapeutics committees**: a practical guide. Genebra: World Health Organization, 2003.

IMS HEALTH. **Global Pharmaceutical Sales**: 2005-2014. 2015a. Disponível em: <<https://www.imshealth.com/en/about-us/news/top-line-market-data>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

IMS HEALTH. **Top 20 Global Therapy Areas 2015**. 2015b. Disponível em: <<https://www.imshealth.com/en/about-us/news/top-line-market-data>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

JANNUZZI, A. H. L.; VASCONCELLOS, A. G.; SOUZA, C. G. Especificidades do patenteamento no setor farmacêutico: modalidades e aspectos da proteção intelectual. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1205-1218, 2008.

KRAUSS-SILVA, L. Avaliação Tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 501-520, 2003.

LAURELL, A. C. A Saúde-Doença como Processo Social. In: NUNES, E. D. (Org.) **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global editora, 1983. p. 133-158.

LIMA, E. C. et al. Incorporação e gasto com medicamentos de relevância financeira em hospital universitário de alta complexidade. **Cad. Saúde Colet.**, v. 18, n. 4, p. 551-559, 2010.

LIMA-DELLAMORA, E. C. **Incorporação de medicamentos novos em hospitais universitários do estado do Rio de Janeiro**. 161 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Seleção ou padronização? Erros e acertos que podem (des)orientar o processo de escolha de medicamentos essenciais. **Rev. Bras. Farm.**, v. 95, n. 1, p. 415-435. 2014.

LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. The medicine selection process in four large university hospitals in Brasil: Does the DTC have a role? **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 51, n. 1, p. 173-182, 2015.

LOPES, N. R.; ABREU, M. T. C. L. Inibidores de tirosino quinase na leucemia mielóide crônica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 31, n. 6, p. 449-453, 2009.

LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESCHER, A. (Org.). **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel do Estado**. Rio de Janeiro: ENSP/OPS/OMS, 2004. p. 45-67.

MAGARINOS-TORRES, R. et al. Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 77-85, 2011.

MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cad. Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p. 188-196, 2013.

MARIN, N. et al. (Org.). **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/afgm.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

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

MIKKELSEN, C. M.; ANDERSEN, S. E. A regional Drug and Therapeutics Committee-led intervention to reduce the hospital costs of expensive HIV drugs. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 119, n. 3, p. 278-283, 2016.

MORETTO, L. D.; MASTELARO, R. (Org.). **Manual das Denominações Comuns Brasileiras**. São Paulo: Sindusfarma, 2013.

MOTA, D. M. et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 (supl), p. 589-601, 2008.

NISHIOKA, S. A. Como é feito o registro de medicamentos novos no Brasil. **Prática Hospitalar**, ano VIII, n. 45, p. 13-17, 2006.

NOVAES, M. L. O.; GONÇALVES, A. A.; SIMONETTI, V. M. M. Gestão das farmácias hospitalares através da padronização de medicamentos e utilização da curva ABC. In: Simpósio de Engenharia de Produção, XIII, 2006, Bauru. **Anais...** Bauru, 2006, p. 1-8.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **OMS atualiza Lista de Medicamentos Essenciais com novas recomendações sobre uso de antibióticos**. 2017. Disponível em: <[goo.gl/91fySN](http://goo.gl/91fySN)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; CASTILHO, S. R. (Org.). **Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

PARANÁ. Decreto nº 1445, de 12 de setembro de 2007. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, PR, n. 7555, 12 set. 2007. p. 8.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução nº 227, de 23 de setembro de 2011. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, PR, n. 8559, 29 set. 2011. p. 99.

PARANÁ. Lei nº 17.589, de 12 de junho de 2013. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, PR, n. 8976, 12 jun. 2013a. p. 3-4.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Relatório Anual de Gestão 2012**. 2013b. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=149>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Diretor de Regionalização**. 2015. Disponível em: <[goo.gl/evV9vh](http://goo.gl/evV9vh)>. Acesso em: 25 set. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Relatório Anual de Gestão 2015**. 2016b. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=149>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior – 3º quadrimestre de 2016 e acumulado**. 2017. Disponível

em:

<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=149>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 9-30.

PONTAROLLI, D. R. S. et al. Manual de orientação para revisão do elenco de referência estadual de medicamentos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do Paraná. 2013. Disponível em: < <https://goo.gl/UDJP84>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

PORTELA, A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2010.

PÓVOAS, L. T.; LIMA-DELLAMORA, E. C. Análise dos medicamentos selecionados em um hospital público municipal: estudo de caso. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v. 4, n. 4, p. 6-11, 2013.

PRESCRIRE INTERNATIONAL. A review of new drugs in 2004. **Prescrire International**, v. 14, n. 76, p. 68-73, 2005.

PRESCRIRE INTERNATIONAL. New drugs and indications in 2014. **Prescrire International**, v. 24, n. 159, p. 107-110, 2015.

PRESCRIRE INTERNATIONAL. New drugs, new indications in 2015: little progress, and threats to access to quality healthcare for all. **Prescrire International**, v. 25, n. 171, p. 136-139, 2016a.

PRESCRIRE INTERNATIONAL. **How we work**. 2016b. Disponível em: <<http://english.prescrire.org/en/82/170/0/0/About.aspx>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

PRIMO, L. P. et al. Atuação da comissão de farmácia e terapêutica em um hospital de ensino. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 48, n. 1, p. 27-32, 2015.

RENOVATO, R. D. O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89, n. 1, p. 64-69, 2008.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

SANTANA, R. S. et al. A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. **Rev. Adm. Pública**, v. 48, n. 6, p. 1587-1603, 2014.

SCHEFFER, M. C. **Aids, tecnologia e acesso sustentável a medicamentos: a incorporação dos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde.** 255 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SCOPEL, C. T.; CHAVES, G. C. Indução de endividamento hospitalar na compra de medicamento em situação de monopólio: o caso do mesilato de imatinibe. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 575-585, 2015.

SFORSIN, A. C. P. et al. Gestão de compras em Farmácia Hospitalar. **Farmácia Hospitalar**, n. 16, mar/abr/mai, 2012.

SILVA, M. J. S. A educação farmacêutica no Brasil e a saúde como ausência de doença. In: MOTA, A., MARINHO, M. G. S. M. C., BERTOLLI FILHO, C. (Orgs.). **As enfermidades e suas metáforas: epidemias, vacinação e produção de conhecimento.** São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; Universidade Federal do ABC, 2015. p. 251-274.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil.** 216 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SNELL, B. The Lancet Commission and 30 years of essential medicines memories. **HAI AP News**, Penang-Malásia, dez 2014.

TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 951-964, 2008.

VIDOTTI, C. C. F.; CASTRO, L. L. C.; CALIL, S. S. New drugs in Brazil: Do they meet Brazilian public health needs? **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 1, p. 36-45, 2008.

VIEIRA, V. M. M.; OHAYON, P. Inovação em fármacos: estado-da-arte no Brasil e políticas de P&D. **Revista Economia & Gestão**, v. 6, n. 13, p. 1-23, 2006.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 674-681, 2009.

WANNMACHER, L. Importância dos medicamentos essenciais em prescrição e gestão racionais. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p.15-20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The selection of essential drugs:** Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1977. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41272/1/WHO\\_TRS\\_615.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41272/1/WHO_TRS_615.pdf?ua=1). Acesso em: 10 out. 2016.

WORLD TRADE ORGANIZATION. Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, 1994. Disponível em: <[https://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/27-trips.pdf](https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who model list of essencial medicines**. 19. ed. 2015. Disponível em: <[goo.gl/jjhV5w](http://goo.gl/jjhV5w)>. Acesso em: 10 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ATC/DDD methodology history. Disponível em: <[https://www.whooc.no/atc\\_ddd\\_methodology/history/](https://www.whooc.no/atc_ddd_methodology/history/)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

## APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### Identificação

Formação profissional:

Escolaridade:

Caso tenha pós-graduação, em que área de conhecimento:

Tempo de trabalho na SESA:

Tempo de trabalho no CEMEPAR:

### Questões

- 1) O CEMEPAR é o órgão responsável pelo abastecimento de medicamentos aos hospitais próprios do estado, desde quando isso ocorre?
- 2) O que motivou a centralização da aquisição de medicamentos?
- 3) Como ocorreu inicialmente a seleção desses medicamentos?
- 4) Você poderia dar exemplos de critérios que influenciaram este processo?
- 5) Surgiram novas solicitações de padronização? De que forma foram avaliadas?
- 6) Você poderia apontar alguma dificuldade enfrentada neste processo?

## APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

### PESQUISA SOBRE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Olá! Meu nome é Lilian Odeli e gostaria de convidá-lo(a) a participar da minha pesquisa de mestrado intitulada “ANÁLISE DO PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA REDE DE HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DO PARANÁ”.

O estudo está sendo desenvolvido em uma parceria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná com a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR).

O objetivo principal desta pesquisa é analisar o processo de seleção de medicamentos na rede hospitalar do governo do estado, bem como no órgão responsável por este processo a nível central.

Para participar é necessário responder ao questionário que se encontra nas próximas páginas, após a leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que também se encontra a seguir.

A ferramenta *Google Forms*, utilizada para coleta de dados, não permite que as respostas sejam salvas parcialmente para continuar o preenchimento em outro momento. Portanto, caso você não finalize o preenchimento e clique em "Enviar" as respostas não serão salvas.

Todas as informações serão mantidas em sigilo e a apresentação dos resultados deste estudo não identificará os participantes ou as instituições a que estão vinculados, sendo os resultados apresentados de forma codificada.

É importante ressaltar que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (CAAE 60952616.0.0000.5225) e possui anuência da Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da SESA-PR.

Desde já agradeço a sua atenção e colaboração!

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Lilian Odeli e Milene Zanoni da Silva, estamos convidando você, profissional de saúde de nível superior que atua na Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, a participar de um estudo intitulado “Análise do processo de seleção de medicamentos em uma rede de hospitais públicos do estado do Paraná”. É por meio das pesquisas científicas que ocorrem avanços importantes em todas as áreas de conhecimento e sua participação é fundamental.

O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de seleção de medicamentos na rede hospitalar do governo do estado do Paraná, bem como no órgão responsável por este processo a nível central no estado.

Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário responder a um questionário composto por perguntas fechadas e abertas, que estará disponível na internet e estima-se que possa ser preenchido em aproximadamente 30 minutos. O questionário avaliará questões relacionadas ao serviço de farmácia do hospital e ao processo de seleção de medicamentos na instituição em que você trabalha.

É possível que você experimente algum desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas. Se isso ocorrer você pode não se pronunciar sobre o que foi perguntado ou interromper o preenchimento do questionário e não mais participar da pesquisa.

Os benefícios esperados deste estudo são: o retorno dos resultados, os quais poderão ser utilizados para ampliar as discussões acerca da seleção de medicamentos, bem como para apontar as potencialidades e fragilidades relacionadas a este processo. Tais discussões podem estimular melhorias nos serviços no que diz respeito à seleção de medicamentos. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

As pesquisadoras Lilian Odeli, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná e servidora da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, e Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva, professora do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, são as responsáveis por este estudo e poderão ser contatadas em horário comercial (de segunda à sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Seguem abaixo os contatos:

**Lilian Odeli** - Centro de Medicamentos do Paraná. Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 350, Jardim Botânico, Curitiba-PR, telefone comercial (41) 3360-6722, e-mail: lilian.odeli@gmail.com

**Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva** - Universidade Federal do Paraná, Campus Botânico, Laboratório de Saúde Pública e Ambiental. Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, Curitiba-PR, telefone comercial (41) 3360-4073, e-mail: milenezanoni@gmail.com

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento.

Os materiais obtidos por meio dos questionários serão utilizados unicamente para os propósitos desta pesquisa e serão destruídos ao término do estudo, dentro de 2 anos.

As informações relacionadas à pesquisa poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas pelas pesquisadoras, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida sua confidencialidade. Quando os resultados forem publicados não aparecerá o seu nome ou da instituição em que trabalha.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná/Hospital do Trabalhador (CEPSH-SESA/HT) pelo telefone 3212-5871, das 13h às 17h.

Eu afirmo que concordo voluntariamente em participar deste estudo. Li o Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

**\*Obrigatório**

- Aceito
- Não aceito

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

1. Informe o Hospital em que trabalha

- Hospital Regional do Litoral
- Hospital Regional Lucy Requião de Mello e Silva
- Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná
- Hospital Regional da Lapa São Sebastião
- Hospital Oswaldo Cruz
- Hospital Colônia Adauto Botelho
- Hospital do Trabalhador
- Centro Hospitalar de Reabilitação
- Hospital Infantil Waldemar Monastier
- Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits
- Hospital Eulalino Ignácio de Andrade – Zona Sul de Londrina
- Hospital Anísio Figueiredo – Zona Norte de Londrina
- Hospital Regional do Norte Pioneiro
- Hospital Luiza Borba Carneiro

2. Formação profissional (assinale mais de uma alternativa, se necessário)

- Farmácia
- Outro:

3. Escolaridade (assinale apenas o maior nível de escolaridade)

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

4. Caso tenha pós-graduação, especifique em que área de conhecimento

<p>5. Qual é o seu vínculo de trabalho com a SESA?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estatutário</li> <li><input type="checkbox"/> Contrato regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)</li> <li><input type="checkbox"/> Funcionário público federal cedido ao estado</li> <li><input type="checkbox"/> Funcionário público municipal cedido ao estado</li> <li><input type="checkbox"/> Outro:</li> </ul>
<p>6. Há quanto tempo trabalha na SESA?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Até 2 anos</li> <li><input type="checkbox"/> De 2 a 6 anos</li> <li><input type="checkbox"/> De 6 a 10 anos</li> <li><input type="checkbox"/> De 10 a 20 anos</li> <li><input type="checkbox"/> Mais de 20 anos</li> </ul>
<p>7. Há quanto tempo trabalha em farmácia hospitalar? (considere todos os vínculos de trabalho)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Até 2 anos</li> <li><input type="checkbox"/> De 2 a 6 anos</li> <li><input type="checkbox"/> De 6 a 10 anos</li> <li><input type="checkbox"/> De 10 a 20 anos</li> <li><input type="checkbox"/> Mais de 20 anos</li> </ul>
<b>CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA</b>
<p>8. A farmácia possui farmacêutico Responsável Técnico devidamente registrado no Conselho Regional de Farmácia (CRF)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>
<p>9. Quantos funcionários a farmácia possui?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> De 1 a 5</li> <li><input type="checkbox"/> De 6 a 10</li> <li><input type="checkbox"/> De 11 a 15</li> <li><input type="checkbox"/> De 16 a 20</li> <li><input type="checkbox"/> De 21 a 25</li> <li><input type="checkbox"/> Mais de 25</li> </ul>
<p>10. Quantos farmacêuticos trabalham na farmácia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1</li> <li><input type="checkbox"/> 2</li> <li><input type="checkbox"/> 3</li> <li><input type="checkbox"/> 4</li> <li><input type="checkbox"/> 5</li> <li><input type="checkbox"/> Mais de 5</li> </ul>
<p>11. Qual é o horário de funcionamento da farmácia?</p>
<p>12. Existe um farmacêutico presente durante todo o horário de funcionamento da farmácia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>
<p>13. Em caso negativo, qual o horário em que a farmácia conta com a presença de um farmacêutico?</p>
<p>14. Existe Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)/almoxarifado para armazenamento de medicamentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>
<p>15. O almoxarifado é exclusivo para medicamentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>
<p>16. Em caso negativo, quais outros produtos são armazenados?</p>

<p>17. A farmácia é responsável pelo gerenciamento de outros produtos além dos medicamentos?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sim</li><li><input type="checkbox"/> Não</li></ul>
<p>18. Em caso positivo, quais outros produtos são gerenciados pela farmácia? (assinale mais de uma alternativa, se necessário)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Material médico-hospitalar</li><li><input type="checkbox"/> Saneantes</li><li><input type="checkbox"/> Outros:</li></ul>
<p>19. A farmácia utiliza sistema informatizado para controle de estoque?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sim</li><li><input type="checkbox"/> Não</li></ul>
<p>20. De que forma as prescrições médicas chegam à farmácia?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Eletrônica</li><li><input type="checkbox"/> Manual – original ou cópia do original</li><li><input type="checkbox"/> Manual – transcrição</li><li><input type="checkbox"/> Outro:</li></ul>
<p>21. Qual é o sistema de dispensação utilizado no hospital?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Coletivo</li><li><input type="checkbox"/> Individualizado</li><li><input type="checkbox"/> Unitário</li><li><input type="checkbox"/> Misto – Individualizado e Unitário</li><li><input type="checkbox"/> Misto – Coletivo e individualizado</li></ul>
<p>22. É realizado fracionamento de medicamentos na unidade?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sim</li><li><input type="checkbox"/> Não</li></ul>
<p>23. Em caso positivo, quais formas farmacêuticas são fracionadas?</p>
<p>24. O hospital possui farmácia satélite?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sim</li><li><input type="checkbox"/> Não</li></ul>
<p>25. Em caso afirmativo, quantas farmácias satélite existem?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1</li><li><input type="checkbox"/> 2</li><li><input type="checkbox"/> 3</li><li><input type="checkbox"/> 4</li><li><input type="checkbox"/> 5 ou mais</li></ul>
<p>26. Em qual(ais) unidade(s) localiza(m)-se a(s) farmácia(s) satélite? (assinale mais de uma alternativa, se necessário)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Centro cirúrgico</li><li><input type="checkbox"/> Unidade de Terapia Intensiva</li><li><input type="checkbox"/> Pronto Socorro/Pronto Atendimento</li><li><input type="checkbox"/> Outro:</li></ul>
<p>27. O hospital conta com carrinhos/maletas de emergência?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sim</li><li><input type="checkbox"/> Não</li></ul>
<p>28. Em caso positivo, quantos carrinhos/maletas estão disponíveis?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1</li><li><input type="checkbox"/> 2</li><li><input type="checkbox"/> 3</li><li><input type="checkbox"/> 4</li><li><input type="checkbox"/> 5</li><li><input type="checkbox"/> Mais de 5</li></ul>
<p>29. Quantos medicamentos compõem a lista padronizada para os carrinhos/maletas de emergência?</p>

<b>SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>						
30. O hospital possui uma relação de medicamentos padronizados?						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
31. Em caso positivo, a lista é composta por quantos itens?						
32. A lista está disponível para consulta do corpo clínico?						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
33. Em caso positivo, qual a forma de divulgação da lista? (assinale mais de uma alternativa, se necessário)						
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Lista impressa <input type="checkbox"/> Sistema informatizado <input type="checkbox"/> Outro:						
34. Existem formulários específicos para solicitação de inclusão/exclusão/alteração de medicamentos na lista?						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
35. Caso não existam formulários, como são realizadas as solicitações de alteração da lista?						
36. Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no Hospital?						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
37. Em caso positivo, quais e quantos profissionais participam da CFT?						
	1	2	3	4	5	Mais de 5
Médico						
Farmacêutico						
Enfermeiro						
Administrador						
Outros profissionais						
38. Com que frequência ocorrem as reuniões da CFT?						
<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Outro:						
39. Quais os critérios utilizados pela CFT para análise das solicitações de alteração da lista?						
40. Quais as fontes de informação utilizadas pela CFT para análise das solicitações de alteração da lista?						
41. Você poderia apontar quais as potencialidades e dificuldades enfrentadas pela comissão?						
42. Caso o hospital não possua CFT, como e por quem são avaliadas as solicitações de alteração da lista de medicamentos?						
43. Existem no hospital protocolos escritos para uso de medicamentos específicos?						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						

44. Para quais medicamentos existem protocolos?
45. Quem desenvolve estes protocolos? (assinale mais de uma alternativa, se necessário) <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Farmacêuticos <input type="checkbox"/> Equipe multidisciplinar <input type="checkbox"/> Comissão de Farmácia e Terapêutica <input type="checkbox"/> Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) <input type="checkbox"/> Outro:
46. Existe estoque de medicamentos não padronizados no hospital? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
47. Quais as principais especialidades médicas que prescrevem medicamentos não padronizados?
48. Existe algum formulário para que o médico possa solicitar o fornecimento eventual de medicamentos não padronizados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
49. As solicitações de medicamentos não padronizados são avaliadas/autorizadas por alguém? (assinale mais de uma alternativa, se necessário) <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Direção clínica <input type="checkbox"/> Direção geral <input type="checkbox"/> Comissão de Farmácia e Terapêutica <input type="checkbox"/> Não são avaliadas, mas é feita a aquisição <input type="checkbox"/> Não são adquiridos <input type="checkbox"/> Outro:
50. Existem medicamentos padronizados no hospital não disponibilizados pelo CEMEPAR? (desconsiderar faltas pontuais) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
51. Em caso positivo, quantos medicamentos?
52. Existem outros documentos com informações sobre medicamentos/produtos farmacêuticos elaborados pelas equipes do hospital? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
53. Quais são estes documentos?
54. Comentários, críticas e sugestões registre aqui!
<b>MUITO OBRIGADA POR PARTICIPAR E CONTRIBUIR COM ESTA PESQUISA!</b>
Agora você deve clicar em ENVIAR para finalizar. Se você perceber algum problema no envio deste questionário favor entrar em contato com a pesquisadora responsável por e-mail ( <a href="mailto:lilian.odeli@gmail.com">lilian.odeli@gmail.com</a> ) ou telefone (41-3360-6722). Estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida. Atenciosamente, Lilian Odéli

## APÊNDICE III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise do processo de seleção de medicamentos em uma rede de hospitais públicos do estado do Paraná

**Pesquisador:** Lilian Odeli

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60952616.0.0000.5225

**Instituição Proponente:** secretaria de estado da saude do parana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.837.746

#### Apresentação do Projeto:

O projeto detalhado (brochura) contempla as informações necessárias, contudo, sugerimos que seja complementado com as considerações sobre a pesquisa (conforme item 2) dado em resposta ao parecer do CEP SESA/HT.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é analisar o processo de seleção de medicamentos na rede de hospitais estaduais e a nível central no Paraná.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não trará risco direto aos participantes e haverá TCLE com esclarecimentos sobre possibilidade de desistência caso o participante sinta-se constrangido.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os benefícios da pesquisa, a nosso ver, serão os aspectos levantados pela pesquisadora responsável, para projetar alterações no processo de aquisição de medicamentos, em uma proposta de intervenção ao serviço público.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória e os demais solicitados por este CEP SESA/HT estão em concordância com as normas.

**Endereço:** Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

**Bairro:** Novo Mundo

**CEP:** 81.050-000

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3212-5871

**E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.837.746

### Recomendações:

Sugerimos esclarecer no item objetivo primário, sobre os termos a seguir: os hospitais estaduais, que pertencem à rede pública do estado e esclarecer a que se refere o termo nível central, pois podemos pensar na Superintendência de Gestão de Unidades Próprias (SUP) da SESA ou à SGS (Superintendência de Gestão em Saúde) ao qual pertence o Cemepar (Centro de Medicamentos do Paraná). Sendo que as duas superintendências elaboram listas de aquisição de medicamentos em situações distintas, com recursos próprios.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

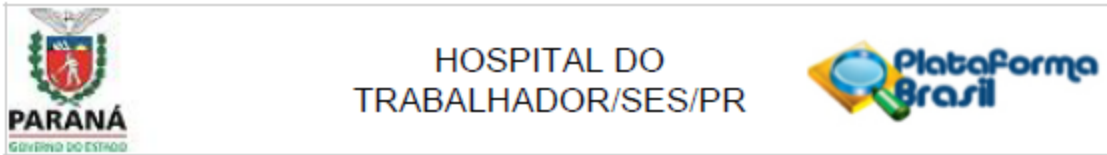
Esperamos que as sugestões sejam aceitas, tendo em vista que o serviço de saúde é extremamente complexo e a pesquisa em tese está propondo alterações no modo de trabalho, portanto, todo esclarecimento em relação a termos utilizados, limite de competência e objetividade nas propostas irá tornar o processo mais factível.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_792707.pdf	08/11/2016 22:12:28		Aceito
Outros	RESPOSTA_PARECER_CONSUBSTANCIADO.docx	08/11/2016 22:11:26	Lilian Odeli	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	08/11/2016 22:06:19	Lilian Odeli	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_uso_especifico_dos_dados_coletados.pdf	08/11/2016 22:05:30	Lilian Odeli	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade.pdf	08/11/2016 22:04:19	Lilian Odeli	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_envio_de_relatorio_ao_CEP.pdf	08/11/2016 22:03:20	Lilian Odeli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Lilian_Odeli_corrigido.docx	08/11/2016 22:00:41	Lilian Odeli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Lilian_Odeli_corrigido.docx	08/11/2016 21:57:39	Lilian Odeli	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_concordancia_SUP.pdf	11/10/2016 21:48:46	Lilian Odeli	Aceito

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos  
 Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 1.837.746

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_concordancia_CEMEPAR.pdf	11/10/2016 21:48:07	Lilian Odeli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Lilian_Odeli.docx	11/10/2016 21:46:39	Lilian Odeli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Lilian_Odeli.docx	11/10/2016 21:45:53	Lilian Odeli	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Lilian_Odeli.pdf	11/10/2016 21:39:55	Lilian Odeli	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 24 de Novembro de 2016

---

**Assinado por:**  
silvania klug pimentel  
(Coordenador)

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos  
Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br

**APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
***(Utilizado para entrevista audiogravada)***

Nós, Lilian Odeli e Milene Zanoni da Silva, estamos convidando você, profissional de saúde de nível superior que atua na Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, a participar de um estudo intitulado “**Análise do processo de seleção de medicamentos em uma rede de hospitais públicos do estado do Paraná**”. É por meio das pesquisas científicas que ocorrem avanços importantes em todas as áreas de conhecimento e sua participação é fundamental.

O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de seleção de medicamentos na rede hospitalar do governo do estado do Paraná, bem como no órgão responsável por este processo a nível central no estado.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista que será audiogravada, sob sua autorização, em que o anonimato e a confidencialidade das informações e relatos serão preservados. A entrevista avaliará a questão do processo de seleção de medicamentos na instituição em que você trabalha.

A entrevista será realizada em uma sala reservada, em horário a ser agendado, que não interfira no desenvolvimento de suas atividades de trabalho. O tempo aproximado para esse procedimento será de 30 minutos. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo da gravação será destruído, o que acontecerá dentro de 2 anos.

É possível que você experimente algum desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas durante a entrevista, se isso ocorrer, você pode não se pronunciar sobre o que foi perguntado ou interromper a entrevista e não mais participar da pesquisa.

Os benefícios esperados desta pesquisa são: o retorno dos resultados, os quais poderão ser utilizados para ampliar as discussões e reflexões acerca do processo de seleção de medicamentos, bem como para apontar as potencialidades e fragilidades relacionadas a este processo. Tais discussões podem estimular melhorias nos serviços no que diz respeito à seleção de medicamentos. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

As pesquisadoras **Lilian Odeli**, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná e servidora da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, e **Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva**, professora do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, são as responsáveis por este estudo e poderão ser contatadas em horário comercial (de segunda à sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Seguem abaixo os contatos:

**Lilian Odeli** - Centro de Medicamentos do Paraná. Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 350, Jardim Botânico, Curitiba-PR, telefone comercial (41) 3360-6722, e-mail: lilian.odeli@gmail.com

**Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva** – Universidade Federal do Paraná, Campus Botânico, Laboratório de Saúde Pública e Ambiental. Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, Curitiba-PR, telefone comercial (41) 3360-4073, e-mail: milenezanoni@gmail.com

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas pelos pesquisadores, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida sua confidencialidade. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Se você tiver dúvidas sobre os seus direitos como participante de pesquisa você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná/Hospital do Trabalhador (CEPSH-SESA/HT) pelo telefone 3212-5871, das 13h às 17h.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local e data

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante do estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local e data

**APÊNDICE V – DOCUMENTOS SELECIONADOS A PARTIR DE PESQUISA DOCUMENTAL REALIZADA NO CEMEPAR, 2004-2016**

<b>Nº</b>	<b>Tipo</b>	<b>Assunto</b>	<b>Ano</b>
1	Lista de medicamentos	Elenco padronizado para hospitais - setembro 2004	2004
2	Outros	Resposta CIM/CRF-PR - Solicitação de informações sobre a revisão da permanência/exclusão ou inclusão de medicamentos no elenco padronizado	2005
3	Lista de medicamentos	Elenco padronizado para hospitais - setembro 2005	2005
4	Outros	Plano Estadual de Assistência Farmacêutica do Estado do Paraná 2005-2006	2005
5	Ofício	Encaminhamento do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica do Estado do Paraná à Coordenação Geral da CGPAGP/DAF/SCTIE/MS, considerando a publicação da Portaria nº 2084/GM de 28 de outubro de 2005.	2005
6	Ata	Reunião do CEMEPAR com Hospitais e Unidades Próprias realizada em 15/03/2006	2006
7	Lista de medicamentos	Elenco padronizado para hospitais - abril e julho 2006	2006
8	Documento interno	Planejamento Orçamento 2007. Apresenta série histórica do Programa de Hospitais Próprios 2004-2006.	2006
9	Memorando	Resposta à solicitação de fornecimento de medicamentos não constantes na lista padronizada	2007
10	Memorando	Solicitação de previsão para aquisição de medicamentos por Registro de Preços (entrega descentralizada) e por Licitação	2007
11	Memorando	Fluxo de recebimento, conferência e encaminhamento de Notas fiscais referente a entregas descentralizadas	2007
12	Memorando	Para: Direção Geral (DG) - SESA. Solicitação de apreciação de minuta de Pregão Eletrônico destinado a aquisição de medicamentos para os Hospitais Próprios do Estado em situações de emergência.	2007
13	Memorando	Solicitação de previsão de consumo médio mensal (CMM) de medicamentos para Registro de Preços e inclusão de medicamentos na lista padronizada	2007
14	Memorando	Para: Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde (SGS) - Departamento de Gerência de Unidades Próprias (DEGU). Solicitação de análise à DEGU quanto à padronização de novos medicamentos nos hospitais da SESA.	2007
15	Documento interno	Apresentação AF nos Hospitais Próprios do Estado - CFT e sistema informatizado	2007
16	Outros	Oficina de Planejamento das Unidades Próprias	2007
17	Memorando	Para: SGS - Divisão de Desenvolvimento da Rede Própria. Esclarecimento sobre medicamentos em falta e padronização de novos medicamentos a partir de outubro/2007.	2007
18	Lista de medicamentos	Elenco padronizado para hospitais - novembro 2007	2007
19	Memorando	Para: Hospitais e Unidades Próprias. Divulgação das deliberações da Oficina de Planejamento das Unidades Próprias realizada em 20/11/2007.	2007

<b>Nº</b>	<b>Tipo</b>	<b>Assunto</b>	<b>Ano</b>
20	Outros	Plano Estadual de Assistência Farmacêutica do Estado do Paraná 2008	2008
21	Memorando	Solicitação de Treinamento dos farmacêuticos responsáveis pelas farmácias hospitalares para operacionalização do sistema informatizado FARM desenvolvido pela CELEPAR.	2008
22	Memorando	Para: Gabinete do Secretário. Informação sobre o processo de implantação do Sistema de Infomação - FARM nos Hospitais e Unidades Próprias. Cita que o elenco de medicamentos teve um aumento considerável inviabilizando o controle manual.	2008
23	Lista de medicamentos	Elenco padronizado para hospitais - fevereiro e outubro 2008	2008
24	Memorando	Para: DG/SESA. Priorização de processos de aquisição de medicamentos por registro de preços para atendimento aos Hospitais Próprios.	2008
25	Memorando	Para: HZN. Esclarecimento sobre a impossibilidade de fornecimento de medicamentos manipulados pelo CEMEPAR.	2008
26	Lista de medicamentos	Elenco de medicamentos carrinhos de emergência Unidades	2008
27	Minuta	Resolução SESA-PR - Institui Comissão de Farmácia e Terapêutica no Centro de Medicamentos do Paraná.	2008
28	Memorando	Para: DG/SESA. Análise de relatório de preços de aquisição de medicamentos do Hospital Universitário de Maringá nos anos de 2006, 2007 e 2008.	2009
29	Memorando	Para: HT. Solicitação de reavaliação de quantitativos de medicamentos para aquisição. Cita parecer negativo da Comissão Especial de Medicamentos quanto à aquisição pelo próprio hospital e responsabilidade do CEMEPAR pela aquisição e atendimento da demanda de medicamentos do referido hospital.	2009
30	Memorando	Para: Centro Regional de Especialidades Metropolitano. Esclarecimento sobre medicamentos padronizados no CEMEPAR. Cita envio de planilha de compras trimestralmente para solicitação de aquisição dos itens padronizados.	2009
31	Memorando	Para: Centro Hospitalar de Reabilitação do Paraná. Parecer do CEMEPAR quanto ao processo de aquisição de medicamentos para o CHR encaminhado pela Divisão de Análise Gerencial da SESA (DVAGE/SESA).	2009
32	Lista de medicamentos	Elenco padronizado CEMEPAR - fevereiro, maio, setembro e outubro 2009	2009
33	Memorando	Para: HIWM. Esclarecimento sobre a impossibilidade de fornecimento de medicamentos manipulados pelo CEMEPAR.	2009
34	Memorando	Para: Hospitais Próprios do Estado do Paraná. Orientações sobre procedimentos para Controle do Prazo de Validade dos medicamentos entregues diretamente aos Hospitais pelos Fornecedores.	2010
35	Documento interno	Apresentação AF nos Hospitais Próprios do Estado.	2010
36	Formulário	Ficha de controle carrinho de emergência Obstetrícia e Geral - HT	2010
37	Ofício	Indicação de membros para compor grupo de trabalho criado com o objetivo de elaborar diretrizes e estratégias para a organização, o fortalecimento e o aprimoramento das ações e serviços das farmácias hospitalares (CONASS)	2010
38	Documento interno	Lista de presença - Evento: Reunião com farmacêuticos das Unidades e Hospitais Próprios do Estado do Paraná	2010

Nº	Tipo	Assunto	Ano
39	Memorando	Para: Departamento de Unidades Próprias (DUP). Esclarecimento sobre a impossibilidade de fornecimento de medicamentos manipulados pelo CEMEPAR referente a solicitação do HZS.	2010
40	Manual	Padronização de Medicamentos Hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná	2010
41	Lista de medicamentos	Elenco padronizado CEMEPAR - janeiro 2010	2010
42	Memorando	Para: HZN e HZS. Capacitação de novos farmacêuticos para operacionalização do sistema informatizado FARM. Cita que o CEMEPAR gerencia aproximadamente 750 medicamentos padronizados para atendimento das Unidades e Hospitais Próprios.	2011
43	Memorando	Para: HT, HRL, HRP, HRFB e HZN. Envio de amostra de Cloreto de Sódio 0,9% bolsa 100ml com conector adaptável em qualquer frasco-ampola para análise e parecer a fim de subsidiar a decisão pela padronização ou não padronização.	2011
44	Formulário	Formulário de controle de antimicrobianos HIWM	2011
45	Memorando	Para: HZS. Esclarecimento sobre cobrança do medicamento Albumina Humana via AIH.	2011
46	Outros	Curva ABC Hospitais 2011	2011
47	Manual	Padronização de Medicamentos Hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná	2011
48	Memorando	Para: Departamento de Unidades Próprias (DUP). Lista as Unidades e Hospitais Próprios pelas quais o CEMEPAR é responsável pelo abastecimento de medicamentos.	2011
49	Lista de medicamentos	Elenco padronizado CEMEPAR - abril 2011 (com informações sobre padronizações recentes)	2011
50	Documento interno	Apresentação AF nos Hospitais Próprios do Estado - CFT e sistema informatizado	2012
51	Ata	Reunião do Comitê Inter-Hospitalar de Qualidade (CIHQ) 02/2012	2012
52	Formulário	Indicação de membros para Grupos de Trabalho CIHQ	2012
53	Ata	Reunião do Comitê Inter-Hospitalar de Qualidade (CIHQ) 03/2012	2012
54	Ata	Reunião do Comitê Inter-Hospitalar de Qualidade (CIHQ) 04/2012	2012
55	Memorando	Para: Departamento de Urgências e Emergências (DUE) e Regionais de Saúde. Padronização do medicamento Alprostadil na apresentação 20mcg em virtude da suspensão do medicamentos Alprostadil 500mcg (Bedfordalprost) pela ANVISA.	2012
56	Outros	Lista de classes terapêuticas padronizadas pela ANVISA e Manual para classificação ATC OMS	2012
57	Memorando	Solicitação de aquisição do medicamento Diltiazem pó p/ sol. inj. em substituição ao medicamento Verapamil sol. inj. que se encontra em falta no mercado.	2012
58	Memorando	Solicitação de aquisição do medicamento Moxifloxacino sol. inj. em substituição ao medicamento Azitromicina pó p/ sol. inj. que se encontra com problemas de comercialização.	2012

Nº	Tipo	Assunto	Ano
59	Lista de medicamentos	Elenco padronizado CEMEPAR - março 2012 (sugestões de despadronização)	2012
60	Lista de medicamentos	Elenco de medicamentos farmácia satélite PS do HRL	2012
61	Outros	Dados sobre colírios e a prevenção da conjuntivite neonatal - Tabela para CFT	2013
62	Despacho	Para: Departamento de AF/DG. Parecer quanto à solicitação de compra de medicamentos não padronizados no CEMEPAR pelo HRFB. Cita que o hospital solicitou a inclusão dos medicamentos no elenco, porém estes encontram-se em fase de análise.	2013
63	Memorando	Solicitação de aquisição de medicamentos de depósito para o Centro Psiquiátrico Metropolitano	2013
64	Memorando	Solicitação de parecer da SUP e DEU sobre a inclusão do medicamento Alteplase no elenco dos Hospitais e Unidades Próprias, considerando a publicação da Portaria nº 644 de 12/04/12 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo	2013
65	Despacho	Para: Departamento de AF/DG. Parecer quanto à solicitação de compra de medicamentos não padronizados no CEMEPAR pelo HRFB. Cita que o hospital solicitou a inclusão dos medicamentos no elenco, porém estes encontram-se em fase de análise, aguardando instauração da Comissão de Padronização de Medicamentos pela SUP.	2013
66	Memorando	Solicitação de padronização de medicamento no elenco do CEMEPAR (HRLSS)	2013
67	Outros	Comunicados de fabricantes sobre a descontinuação da produção de medicamentos	2013
68	Lista de medicamentos	Elenco padronizado CEMEPAR - março 2013 (sugestões de despadronização)	2013
69	Outros	Curva ABC Hospitais 2014	2014
70	Lista de medicamentos	Elenco padronizado CEMEPAR - janeiro 2014	2014
71	Memorando	Solicitação de aquisição do medicamento Alteplase pó p/ sol. inj. em substituição ao medicamento Estreptoquinase pó p/ sol. inj. que se encontra em falta no mercado.	2015
72	Lista de medicamentos	Elenco padronizado CEMEPAR - 2015	2015
73	Lista de medicamentos	Elenco padronizado CEMEPAR - 2016	2016
74	Manual	Guia de medicamentos de outras instituições	2010-2013
75	Formulário	Ficha de solicitação de medicamento não padronizado - HCAB	sem data
76	Documento interno	Proposta de constituição de Comissão de Farmácia e Terapêutica no CEMEPAR	sem data
77	Minuta	Regulamento Interno CFT	sem data
78	Formulário	Solicitação de Medicamento de Uso Restrito (Albumina 20%) - HT	sem data