

Seleção ou padronização? Erros e acertos que podem (des)orientar o processo de escolha de medicamentos essenciais

Elisângela da Costa Lima-Dellamora^{1*}, Rosângela Caetano² & Claudia Garcia Serpa Osório-de-Castro³

¹Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio de Janeiro

²Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro

³Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

* elisangela@pharma.ufrj.br / Avenida Carlos Chagas Filho, 373, Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, Rio de Janeiro. CEP 21941-902 Fone: 22801784 rm. 260

Resumo

O processo de escolha de medicamentos possui importante impacto na efetividade do sistema público de saúde. A avaliação das alternativas terapêuticas é o principal instrumento de auxílio na tomada de decisão para incorporação destas tecnologias, considerando número de especialidades farmacêuticas e a relevância econômica do mercado farmacêutico brasileiro. A Organização Mundial de Saúde, bem como as políticas de saúde brasileiras, indicam a seleção de medicamentos essenciais como uma das diretrizes para o uso racional. Porém, a terminologia empregada para esta atividade parece controversa no Brasil, o que pode influenciar sua compreensão e realização. Neste contexto, o presente estudo buscou compreender, distinguir e discutir as concepções sobre o que se entende como seleção de medicamentos. Para tal, os principais aspectos e conceitos disponíveis em documentos, normas, políticas e publicações acadêmicas sobre o tema foram analisados e confrontados à percepção dos profissionais de saúde lotados em hospitais universitários do estado do Rio de Janeiro, a partir da realização de entrevistas. Observou-se grande discrepância de conceitos em publicações nacionais e nas falas dos atores entrevistados, predominando a ideia de ‘padronização de medicamentos’ como ferramenta administrativa de redução de custos, o que diverge dos principais critérios clínicos (eficácia e segurança) indicados pela Organização Mundial de Saúde. Estima-se que a discussão empreendida neste estudo contribua para o melhor entendimento do processo de seleção de medicamentos, com consequente superação de barreiras para o uso racional.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica, Medicamentos essenciais, Saúde pública

Abstract

The medicines selection process is important to the effectiveness of the public health system. The assessment of therapeutic alternatives is the main decision-making tool for adoption of medicines, taking into consideration the number of pharmaceuticals and the economic magnitude of the market in Brazil. The World Health Organization (WHO) and health policies in Brazil point to the selection of essential medicines as one of the guidelines for rational use. However, the terminology used for this activity in Brazil is subject to controversy, and this in turn might contribute to lack of understanding or of performance. The present study aimed to assimilate, distinguish and discuss different concepts on what is perceived as medicines selection. Main aspects, definitions and concepts available in documents, norms, policies and academic publications on medicines selection were analyzed and confronted to the perceptions of health professionals interviewed in university hospitals in the State of Rio de Janeiro. There was a notable discrepancy in concepts of medicines selection, in publications as well as in the discourse of interviewees. The idea of ‘standardization’ of medicines (by a list) as an administrative cost reduction tool predominated. This is a diverse understanding from selection of medicines based on clinical efficacy and safety criteria as proposed by the WHO. The discussion presented in this paper may contribute to the better understanding of the medicines selection process and consequently help overcome barriers to rational use.

Keywords: Pharmaceutical Services, Essential drugs, Public health

Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) compreende um conjunto de atividades que resultam da combinação de estrutura, profissionais e tecnologias. Uma das formas de congregar, sistematicamente, as atividades da AF, é reconhecê-las como integrantes de um ciclo dinâmico, no qual a seleção de medicamentos é atividade fundamental. O processo de seleção permite a definição de uma lista de medicamentos essenciais (LME), base para o planejamento e execução da AF de forma articulada e sistemática (Marin et al, 2003).

Medicamentos essenciais são definidos como aqueles que atendem às prioridades em saúde de uma população (WHO, 2002). Políticas brasileiras reforçam que sua adoção deve ser entendida como instrumento racionalizador das ações sanitárias no âmbito da assistência farmacêutica (Brasil, 1998; 2004). As LME são importantes ferramentas de apoio para a tomada de decisão por gestores e profissionais de saúde, contribuindo para o uso de medicamentos eficazes, seguros e a menor custo como (Wannmacher, 2010). A partir de um elenco de referência, espera-se que outras esferas de governo e os próprios serviços públicos de saúde construam listas específicas e complementares de medicamentos (WHO, 2003; Brasil, 2011).

A necessidade de avaliação de tecnologias em saúde para otimização de recursos e efetividade dos sistemas de saúde, bem como segurança dos indivíduos, é consenso na literatura internacional (Lima-Dellamora, 2012). De sorte a legitimar e validar a seleção, preconiza-se um processo transparente e multidisciplinar que se apoie no conhecimento e experiência de profissionais das áreas de medicina, farmacologia e farmácia, além de outros com experiência em serviços e cuidados em saúde. Desde a década de 90, publicações de diversos países exemplificam a cuidadosa seleção de medicamentos por Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) (Lima-Dellamora, 2012).

No entanto, a produção acadêmica brasileira no campo é escassa, panorama que não vem mudando a contento, ao longo dos últimos anos (Osorio-de-Castro & Castilho, 2004; Marques & Zucchi, 2006; Lima-Dellamora, 2012). Essa produção apresenta terminologia pouco homogênea, com a frequente utilização das palavras ‘*padronização*’ e ‘*seleção*’ como sinônimos para exemplificar o processo de escolha de medicamentos (Lima-Dellamora, 2012). Considerando a relevância do tema para profissionais envolvidos na assistência farmacêutica, o presente artigo visa discutir o processo de escolha de medicamentos essenciais a partir da distinção conceitual e prática dos termos ‘*padronização*’ e ‘*seleção*’.

Metodologia

Para revisão conceitual sobre o processo de seleção de medicamentos, empreendeu-se uma busca bibliográfica acerca dos descritores, políticas sanitárias, normas, documentos e trabalhos acadêmicos. Foram utilizadas as bases de referências bibliográficas MEDLINE, LILACS, SCIELO e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para busca de publicações em português, inglês e espanhol no período entre 1998 e 2012. Adicionalmente, foram investigados os documentos da Organização Mundial da Saúde sobre o tema e o Regimento da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (Brasil, 2008).

De posse deste referencial, buscou-se caracterizar o cenário da prática a partir da compreensão da realidade vivenciada pelos profissionais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas sobre o processo de seleção de medicamentos em quatro hospitais universitários de grande porte, do tipo geral, localizados no estado do Rio de Janeiro.

As entrevistas obedeceram a um roteiro prévio orientado por uma matriz referente elaborada para a pesquisa (Lima-Dellamora, 2012). Estas foram marcadas e realizadas, exclusivamente, pelo pesquisador principal no período entre janeiro a junho de 2011, após aplicação de um piloto. Foram entrevistados atores-chave envolvidos nos processos de seleção de medicamentos, a saber: gestores do hospital (diretor geral e/ ou diretor médico), chefes dos serviços de farmácia hospitalar, membros de grupos ou comissões de seleção de medicamentos destes hospitais (quando formalmente constituídas e regulares) e outros informantes citados no decorrer das entrevistas.

Tomando por base o referencial da análise de conteúdo de Bardin (2010), a análise temática transversal das entrevistas foi realizada após transcrição, codificação e categorização das falas. Foram consideradas a descrição, frequência de repetição e o contexto do uso das palavras ‘seleção’ e ‘padronização’. A leitura e releituras flutuantes das transcrições permitiram identificar um conjunto de núcleos de sentido que foram então cotejados a categorias consubstanciadas na matriz referente.

O estudo considerou as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que normatiza pesquisas envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (registrado sob o no. 142/2010). Todas as entrevistas foram realizadas após esclarecimento, concordância e assinatura em termo de consentimento específico, impresso em duas vias, incluindo a autorização para sua gravação e posterior transcrição. Apenas uma das entrevistas não teve a gravação autorizada, o que demandou anotação em diário de campo. Os quatro hospitais estudados foram codificados como A, B, C e D e os sujeitos entrevistados receberam nomes fictícios.

Os métodos e resultados apresentados neste trabalho representam parte da pesquisa sobre a incorporação de medicamentos novos em hospitais universitários no

estado do Rio de Janeiro realizada na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz.

Resultados e Discussão

Seleção *versus* padronização: equívocos e conceitos

Desde a década de 70, a Organização Mundial de Saúde define a seleção de medicamentos como escolha baseada em evidências de eficácia, segurança e custo-efetividade para determinada doença ou situação clínica. A essência deste processo é a avaliação comparativa das alternativas terapêuticas, organizada em etapas que vão desde seu registro pela agência regulatória até a publicação da lista de medicamentos essenciais (WHO, 1979; 2002; Marin et al., 2003; Wannmacher, 2006).

Para se comparar os resultados dos tratamentos clínicos, a Organização Mundial de Saúde/ *World Health Organization* (OMS/WHO) recomenda que sejam consideradas medidas para a avaliação dos benefícios relativos de um medicamento sobre o outro, incluindo a análise paralela entre os custos. Devem ser obtidos dados relativos ao preço e custo do medicamento, além da realização de avaliação econômica (WHO, 2003).

Assim, a seleção é compreendida como etapa fundamental para a estruturação dos demais elementos — programação, aquisição, armazenamento, prescrição, dispensação e uso de medicamentos — do ciclo da Assistência Farmacêutica (Marin et al, 2003). Tem um papel decisivo no que tange ao acesso a medicamentos essenciais e pressupõe conhecimento epidemiológico e análise das demandas prioritárias (WHO, 2002).

No Brasil, importantes marcos regulatórios brasileiros como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)

sustentam a seleção de medicamentos essenciais no Sistema Único de Saúde a partir de critérios como exemplificado a seguir (Brasil 1998; 2004):

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável, haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos (Brasil, 1998. p. 21)

Ambos os documentos utilizam o termo ‘seleção’ para caracterização do processo de escolha, fundamentado no perfil epidemiológico de morbidade e na aplicação de critérios de inclusão e exclusão.

O texto da PNM também utiliza a palavra ‘padronização’, porém, em seu sentido estrito, ao mencionar a relação de medicamentos essenciais como estratégia de uniformização do abastecimento e da prescrição no SUS.

[...] trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos (Brasil, 1998. p. 12).

No entanto, apesar do adequado emprego das palavras ‘seleção’ e ‘padronização’ nas políticas sanitárias, foi possível observar a publicação de textos e listas operacionais de serviços, municípios e estados que caracterizaram as LME como *listas de padronização de medicamentos* e as CFT como *Comissões de Padronização*¹, contribuindo para disseminação equivocada dos conceitos citados (quadro 1).

¹ Em 1994, o Ministério da Educação publicou um Manual de Implantação de Comissões de Padronização de Medicamentos em hospitais universitários (Brasil, 1994).

Quadro 1: Conceitos e usos dos termos ‘seleção’ e ‘padronização’ empregados por diversas fontes

	<i>Seleção</i>	<i>Padronização</i>
<i>Dicionário¹</i>	Escolha feita com critério e fundamentada nos motivos do fim que se quer obter (2009)	Adoção de uma medida para uniformizar a produção. Qualquer processo social que resulta na tendência de unificação de comportamento de outros elementos culturais (2009)
<i>Marco Conceitual</i>	Escolha baseada em evidências objetivando a disponibilidade de medicamentos para atenção às prioridades em saúde (OMS, 1979; 2002) Processo comparativo e realizado em etapas (OMS, 1979; 2002; Wannmacher, 2006)	Termo usual do campo da administração da saúde, no qual o medicamento integra um catálogo de materiais Menciona critérios, mas foca os benefícios de ordem econômica (redução e otimização de custos) e administrativa (capacidade de planejamento e atendimento da demanda) (Vecina Neto, 1998)
<i>Produção Acadêmica</i>	Tema raro, mas quando mencionado, possui relação ao processo preconizado pela OMS (e não como seu descritor em saúde) <i>Teste pré-clínico de medicamentos para avaliação de seus efeitos</i> oriundo do descritor em língua inglesa “drug evaluation, preclinical” e “evaluación preclínica de medicamentos” (DESc) / Essencial drugs (MESH)	Termo comum na literatura brasileira quando há referência à elaboração de listas operacionais, sem discussão do processo em si (Araújo e Uchôa, 2011; Borges e Ugá, 2009; Cassiani et al, 2004; Fonseca et al, 2002; Frota et al., 2008)
<i>Regulação</i>	Conceito mencionado na PNAF e PNM Processo aplicado para construção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (2007-2010)	Expressão comumente observada em listas operacionais de municípios, estados e serviços de saúde Termo apresentado no Decreto 7508/2011

¹Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa - Instituto Antônio Houaiss

Seguindo esta mesma tendência, a recente regulamentação da Lei 8080/1990 pelo Decreto 7508/2011 (Art. 25) e a Resolução 1/2012 (Art. 2º), ambas do Ministério da Saúde, associaram os termos *seleção e padronização de medicamentos* ao se referirem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (Brasil, 2011; 2012). A

atualização da Rename, em 2012, trouxe uma reformulação no seu conceito e composição, agregando diversos componentes de financiamento da assistência farmacêutica (básico, estratégico e especializado) e contrapondo-se à proposta de avaliação crítica das evidências preconizada pela WHO, segundo discutem Santos-Pinto e colaboradores (2013). Esta mudança conceitual pode ser considerada um retrocesso, no momento em que, globalmente, se reitera a importância do uso da síntese e informação de maior força de evidência na tomada de decisão. A elaboração de uma lista positiva de financiamento parece desconsiderar que a escolha de medicamentos deve refletir a demanda coletiva, congregando racionalidade clínica e administrativa (Sant’Ana et al. 2011; Santos-Pinto et al., 2013).

Pode-se dizer que a linguagem acadêmica também possui dificuldades na conceituação do processo de escolha de medicamentos. O vocabulário estruturado e trilingue em ciências da saúde (DeCS)² criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (denominado anteriormente Biblioteca Regional de Medicina - BIREME) não exibe o termo ‘padronização’. A definição de ‘seleção’ encontra-se relacionada à avaliação pré-clínica de medicamentos, o que é inadequado. Assim, ambos os termos carecem de correta conceituação na BVS, contribuindo para seu ‘mau uso’ nas publicações acadêmicas brasileiras.

Em trabalhos acadêmicos do campo da administração da saúde, é frequente o uso da palavra ‘padronização’, sempre que o assunto é a escolha de medicamentos (Araújo & Uchôa, 2011; Borges & Ugá, 2009; Cassiani et al, 2004; Fonseca, Fonseca & Bergsten-Mendes 2002; Frota et al., 2008). O termo é apresentado como uma função relacionada

² O DeCS foi desenvolvido a partir do Medical Subject Headings – MeSH, da U.S. National Library of Medicine, com o objetivo de servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases bibliográficas e de informação em saúde (Biblioteca Virtual de Saúde, 2014).

ao gerenciamento de materiais, nos quais atributos como eficiência e menor custo são prioridade (Vecina Neto, 1998). Tal compreensão, apesar de correta na área da gestão, é equivocada e prejudicial quanto se refere à farmacoterapia. O medicamento não é um insumo qualquer, pois apresenta ação farmacológica, gera resposta individual no organismo e, além de outros atributos, entre os quais a efetividade, não possui em nada comportamento dito “padronizado”. Entender o medicamento como “material” reforça o baixo valor clínico associado à tecnologia e, possivelmente, contribui para manter o profissional farmacêutico à condição exclusiva de almoxarife. Da mesma forma, a LME, vista como mero ‘instrumento restritivo’ de gestão, não funciona como uma diretriz que contribua e apoie boas práticas de prescrição e dispensação.

Na seleção de medicamentos, outros critérios como relevância epidemiológica, eficácia, segurança são prioritários. O custo — que deve sempre estar associado a um parâmetro de efetividade — é mandatório somente quando todas as alternativas terapêuticas disponíveis apresentam o mesmo perfil de eficácia e segurança (Wannmacher, 2010). Por este motivo, a seleção é um processo dinâmico e embasado em evidências (quadro 1).

O emprego de conceitos distintos como sinônimos quanto há referência ao processo de escolha de medicamentos pode ser resultado da troca do caráter reflexivo da produção no campo da saúde pela visão tecnicista na implantação do SUS, conforme assinala Cohn (2009).

Seleção *versus* padronização: cenário de prática

Em muitos países desenvolvidos, o funcionamento adequado CFTs em hospitais tem sido eficaz para o consumo racional de medicamentos (WHO, 2003). No entanto, o

presente estudo indicou que, mesmo os hospitais universitários, carecem de organização, qualificação e esclarecimento para o processo de seleção institucional de medicamentos.

Em apenas dois hospitais (A e B) foi realizada, pelo menos, uma reunião da CFT no período de seis meses, definido para coleta de dados do estudo. No hospital C, a Comissão estava formalmente estabelecida, mas encontrava-se inativa. No Hospital D, não havia CFT. Mesmo assim, os todos os profissionais indicados e identificados como envolvidos no processo de seleção foram entrevistados. A caracterização destes dezessete informantes-chave, que em média possuíam 48 anos e 16,5 anos (mediana de 11 anos) de serviço nos hospitais, é apresentada no quadro 2. Em média, os profissionais possuíam.

Quadro 2: Relação de Entrevistados

	Cargo na instituição	Função relacionada ao processo de seleção	Total de entrevistados
Integrantes da Comissão Farmácia e Terapêutica	Professor da Faculdade de Medicina	Presidente da CFT	2
	Professor da Faculdade de Medicina ou Farmácia	Membro da CFT	3
	Médico Farmacêutico	Membro da CFT	3
	Farmacêutico	Membro da CFT	2
	Enfermeiro	Membro da CFT	1
Demais atores	Professor da Faculdade de Medicina ou Farmácia	Diretor Médico ou Farmacêutico	3
	Médico	Diretor Geral	1
	Farmacêutico	Chefe da Farmácia	2

A escolha de medicamentos essenciais foi apontada pelos entrevistados como uma necessidade das instituições estudadas. Todos se referiram a este processo como ‘padronização’. Apenas um dentre os 17 atores mencionou o termo ‘seleção’. Este mesmo profissional utilizou ‘padronização’ em outros três momentos na mesma entrevista, o que

sugere que, para ele, os conceitos tem sentido similar. Os demais entrevistados mencionaram “padronização de medicamentos”, “lista de medicamentos padronizados”, “encaminhar para a padronização”, “trabalhar a padronização”, “padronizar o medicamento indicado pelo médico”, na caracterização do processo de escolha dos medicamentos. Estas falas, exemplificadas a seguir, sugerem uma compreensão equivocada deste processo:

(...) Agora, (sobre) o fato de padronizar, ele (o medicamento) é padronizado, mas não é comprado (Joaquim – Hospital A).

Tem alguns medicamentos que são padronizados e, mesmo assim, a gente não consegue comprar (Joana – Hospital B).

As colocações de Joaquim e Joana, membros de CFT dos hospitais A e B, evidenciaram que a LME não representava, necessariamente, um parâmetro para a aquisição de medicamentos nestas instituições, contrariando o que se prevê como consequência da seleção.

Felipe, integrante da comissão do hospital B, apresentou o consumo do medicamento como mote para seu entendimento como “padrão” na instituição.

Mas a partir do momento que o medicamento entra num protocolo e passa a ser pedido com maior frequência, a tendência é padronizar (Felipe – Hospital B)

Emílio, docente e membro da comissão do hospital B, apontou a padronização de dado medicamento como o critério que definia o acesso dos pacientes àquele serviço de saúde:

(...) O que a gente faz é o seguinte: nós temos uma lista de medicamentos padronizados, se o paciente tem uma ‘patologia’ e nós temos a ‘droga’ para ela, a gente aceita (o paciente). Se não tiver, a gente fala que a droga de escolha não é padronizada no hospital (Emílio – Hospital B).

A fala de Emílio indicou uma inversão da lógica na construção da lista de medicamentos essenciais e da própria missão do serviço de saúde. A necessidade dos pacientes deveria culminar na indicação e avaliação do medicamento no processo de seleção e não o contrário, onde a disponibilidade ou não do medicamento define quem tem acesso à internação e ao cuidado.

No hospital C, onde as atividades da CFT estavam suspensas, a “padronização” era entendida pela farmacêutica Alice como uma autorização para uso ou aquisição de determinado medicamento.

Então se optou por padronizar pra tentar garantir essa medicação aqui dentro nos casos em que fosse necessário (Alice – Hospital C)

Sabe-se que a prescrição dos medicamentos ‘não padronizados’ pode requerer percalços burocráticos incompatíveis ao estado clínico do paciente, o que leva à ‘padronização’ de um número maior de medicamentos visando sua disponibilidade. Para alguns prescritores, o termo ‘padronização’ reforça a compreensão de um certo engessamento da prática profissional, restrita a uma lista de itens, cuja lógica de construção e uso nem sempre é transparente (Magarinos-Torres, 2011). Nessas condições, a relação de medicamentos torna-se uma lista positiva de compras, de sorte a cumprir o papel de suprir a instituição ou sistema (Santos-Pinto et al, 2013).

Uma das médicas envolvidas na autorização de compra dos medicamentos solicitados pela Farmácia no hospital D apontou a “padronização” como uma ação rotineira fundamentada na análise da necessidade do medicamento, sem a hierarquização de outros critérios, perpetuando a imagem especialmente gerencial da LME.

O colega chega aqui para pedir, a gente sempre analisa, conversa, vê a necessidade, autoriza e aí encaminha para padronização (Julia – Hospital D).

Emílio mencionou o custo como um aspecto importante para a inclusão de medicamentos no Hospital B, exemplificando mais uma situação em que o termo ‘padronização’ esteve associado à compreensão equivocada do processo de escolha de medicamentos essenciais.

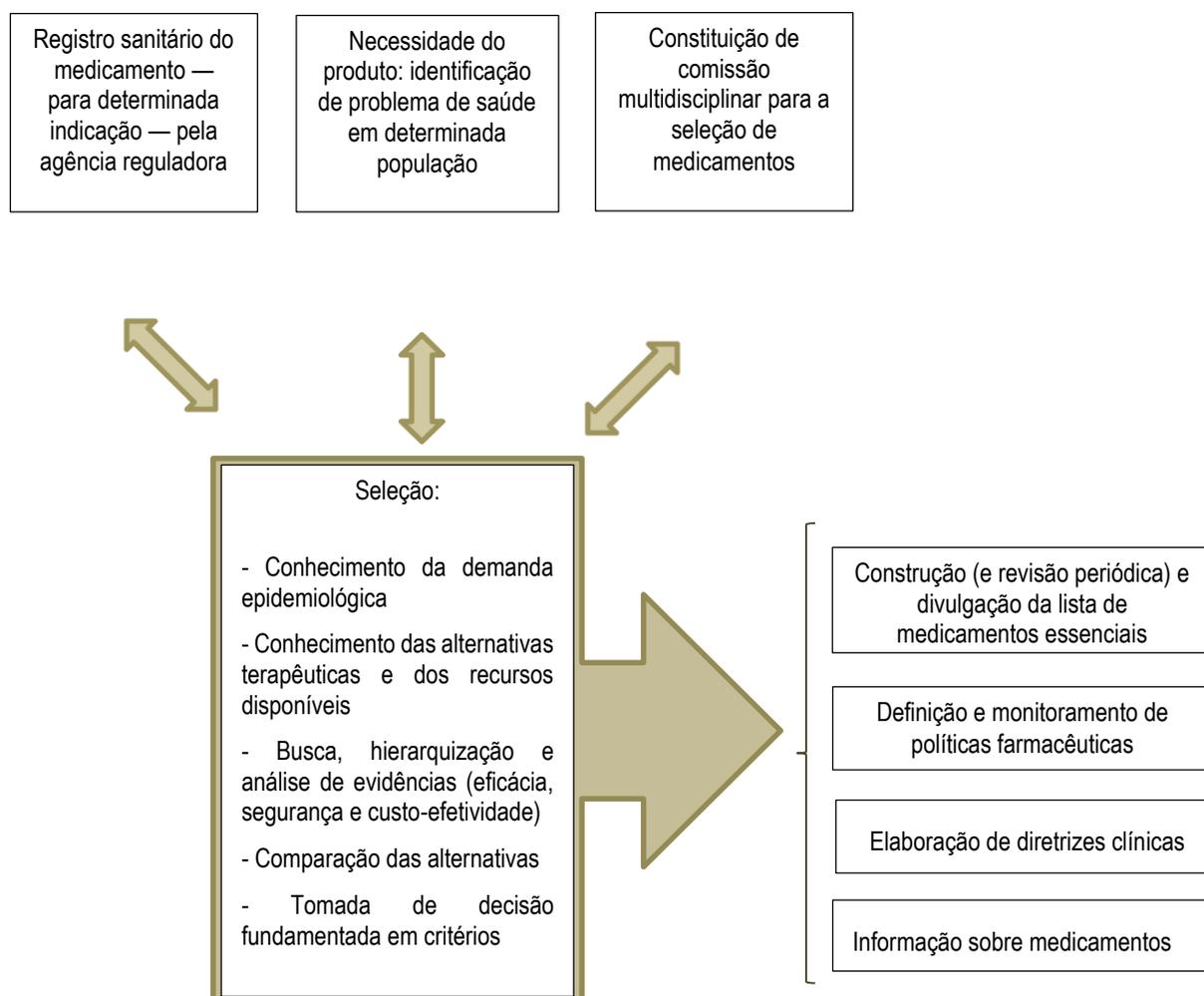
Eu não vou pedir para padronizar estes medicamentos mais caros porque eu sei que não vou resolver o problema do hospital (Emílio – Hospital B).

No hospital D, a tomada de decisão sobre a inclusão de um medicamento parecia ocorrer sem a avaliação de uma equipe multiprofissional.

Quem padroniza os medicamentos é a Farmácia (Nice - Hospital D)

A obtenção de uma lista adequada e enxuta a partir de um processo de seleção ocorre quando (i) as necessidades em saúde são conhecidas, (ii) evidências de eficácia e segurança são analisadas, e (iii) a tomada de decisão se fundamenta na hierarquização destes critérios (WHO, 2003). A figura 1 apresenta um diagrama deste processo.

Figura 1: Processo de seleção de medicamentos (Adaptado de WHO, 2003)



A presença constante do termo “padronização” nas falas dos entrevistados e a forma como este processo foi descrito pelos mesmos sugere pouca compreensão da atividade de “seleção” preconizada pela Organização Mundial de Saúde. De forma geral, observou-se que a simples ação de exclusão ou inclusão de medicamentos, para fins de ‘padronização’, estiveram associadas à insuficiente ou inexistente análise crítica (Lima-Dellamora, 2012). É interesse considerar, no entanto, que um cuidadoso processo de seleção no cenário brasileiro é viável e vem sendo adotado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no sul do Brasil (Lima-Dellamora et al., 2014).

O exame superficial de prescrições ou pedidos de inclusão de medicamentos requer pouco investimento das instituições em estrutura técnica e recursos humanos para a seleção de medicamentos. Todavia, a falta de entendimento e inobservância aos diversos elementos que caracterizam esta fundamental atividade nos serviços de saúde podem comprometer a eficiência de todo o sistema.

Conclusões

Os termos ‘padronização’ e ‘seleção’ são notadamente diferentes quando se referem ao processo de escolha de medicamentos em serviços de saúde. No entanto, o presente estudo apontou que (i) a apresentação destes conceitos na literatura e (ii) seu emprego por profissionais envolvidos com a atividade em hospitais universitários do estado do Rio de Janeiro é confuso e equivocado.

Além de sua relevância na assistência à saúde, os hospitais universitários possuem a missão de ensino e pesquisa. Logo, a escolha criteriosa de medicamentos e a formação de profissionais para tal dependem de que esta ação de assistência farmacêutica se baseie em conceitos e processos adequados. Apesar da metodologia qualitativa não permitir a generalização dos resultados apresentados, é possível que este cenário seja parecido com o de outros hospitais no Brasil. Tal possibilidade preocupa, pelas implicações sanitárias e econômicas que o uso irracional de medicamentos.

Espera-se, portanto, que os aspectos apontados e discutidos neste trabalho contribuam para estimular a mobilização e a atuação de profissionais de saúde, principalmente farmacêuticos, no enfrentamento deste problema.

Referências

Araújo PTB & Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1107-1114, 2011.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2002,174 p.

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). 2014. Disponível em <http://decs.bvs.br/p/decsweb2014.htm>. Acesso em 12 de fevereiro de 2014.

Borges DCL & Ugá MAD. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do sus: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. *Revista de Direito Sanitário*, 10 (1): 13-38, 2009.

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Padronização de Medicamentos. Manual de Implantação. Brasília, 1994. 22p.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Portaria n° 3916 de 30 de outubro de 1998.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Resolução n° 338 de 06 de maio 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria n° 1 de 22 de janeiro de 2008.

Brasil. Decreto n° 7508 de 28 de junho de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 1 de 17 de janeiro de 2012.

Cassiani SHB. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. *Rev Latino-am Enfermagem* 12(5): 781-789, 2004.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública* 25(7):1614-1619, 2009.

Fonseca MRCC, Fonseca E & Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev.Saude Publica*, 36(2): 205-212, 2002

Frota LH, Ferreira Filho J, Versiani M & Bueno R. Padronização de medicamentos psicoativos no Rio de Janeiro / Standardization of psychoactive drugs in Rio de Janeiro. *J. bras. psiquiatr*; 47(1):29-38, 1998

Lima-Dellamora EC. Incorporação de medicamentos novos em hospitais universitários do estado do Rio de Janeiro. 2012. Rio de Janeiro. 159p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Lima-Dellamora EC, Caetano R, Gustafsson L, Godman BB, Patterson K & Osorio-de-Castro CGS. An Analytical Framework for Assessing Drug and Therapeutics Committee Structure and Work Processes in Tertiary Brazilian Hospitals. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* (no prelo), 2014.

Magarinos-Torres R. A seleção de medicamentos na percepção de gestores e prescritores do Sistema Único de Saúde. 2011. Rio de Janeiro. 165 p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Marin N (Org.). Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Rio de Janeiro, 2003, 373 p.

Marques DC & Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Rev. Panam. Salud Public* 19(1): 58-63, 2006.

Osorio-de-Castro CGS & Castilho SR (Orgs.). Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. 1ª. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004, 150 p.

Sant'Ana JMB, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS & Ventura M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 29(2):138-144, 2011.

Santos-Pinto CB, Ventura M, Pepe VLE & Osorio-de-Castro CGS. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 29(6): 1056-1058, 2013.

Vecina Neto, G. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. Volume XII, Série Saúde & Cidadania. 1ª. edição, Editora Fundação Peirópolis, São Paulo, 2008. 110p.

Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados*, (2):1-6, 2006

Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. *Rev Tempus Actas Saúde Colet* 4(3): 23-29, 2010.

World Health Organization (WHO). Selección de medicamentos esenciales. In: *Serie de Informes Técnicos*. Geneva, Switzerland 1979. 44p.

World Health Organization (WHO). Selección de medicamentos esenciales. In: *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS* 4:1-6, 2002.

World Health Organization (WHO). Drug and therapeutics committees: a practical guide Department of Essential Drugs and Medicines Policy. Geneva, Switzerland, 2003. 146p.