

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Adriana Andrade de Souza

Análise do sistema de distribuição de medicamentos: estudo de caso no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sant'Ana do Livramento

Porto Alegre

2012

Adriana Andrade de Souza

Análise do sistema de distribuição de medicamentos: estudo de caso no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sant'Ana do Livramento.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Clezio Saldanha dos Santos

Porto Alegre

2012

Adriana Andrade de Souza

Análise do sistema de distribuição de medicamentos: estudo de caso no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sant'Ana do Livramento.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em XX de (colocar mês) de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. (colocar nome do professor integrante da banca)

Prof (colocar nome do professor integrante da banca)

Dedico este trabalho aos meus queridos filhos Matheus e Sophia, que tiveram muita paciência e compreensão nas minhas constantes ausências neste período de estudos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer as minhas Tutoras Danielle Fernandes Costa Machado e Lena Maris Mazzotti Ribeiro, que acreditaram que esta realização seria possível, e auxiliaram em minha caminhada para que eu pudesse chegar aqui.

Agradeço também a Direção da Santa Casa de Misericórdia que prestou todo apoio necessário para a realização deste trabalho.

Aos meus filhos queridos Matheus e Sophia por suportarem a minha ausência e serem compreensivos diversos momentos, e proporcionaram a tranquilidade necessária.

Agradeço também a Deus por me dar forças para não desistir nos momentos difíceis e resistir até o fim.

RESUMO

O presente trabalho descreve os tipos de sistemas de distribuição de medicamentos por farmácia hospitalares existentes com suas vantagens e desvantagens.

Além de descrever qual o tipo de distribuição de medicamentos existente no Hospital Santa Casa de Misericórdia, Santana do Livramento, Rio Grande do Sul, onde a pesquisadora atua profissionalmente como farmacêutica coordenadora e Diretora Técnica do Serviço de Farmácia, motivo para a escolha deste local.

Para atingir os objetivos propostos o atual sistema de distribuição de medicamentos utilizado atualmente é descrito, apontando suas vantagens e desvantagens.

O enfoque e direcionamento deste estudo têm por objetivo subsidiar uma proposta, onde possa aproveitar a metodologia do Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU) verificando a possibilidade de optar por um novo sistema ou mesmo que certos pontos positivos do deste novo possam ser aproveitados para aprimorar eventuais falhas do sistema atual, caso seja de preferência por todas as partes envolvidas.

Palavras-chave: Medicamentos, Farmácia Hospitalar, Sistema de Distribuição, Dose Unitária.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Distribuição de Medicamento – Sistema Coletivo	18
Figura 02 – Distribuição de Medicamentos – Sistema Individualizado	19
Figura 03 – Distribuição de Medicamentos – Sistema por Dose Unitária	21
Figura 04 – Janela de atendimento da farmácia	27
Figura 05 – Atendimento de requisições da enfermagem pela farmácia	28
Figura 06 – Interior da farmácia	28
Figura 07 – Comprimidos unitarizados	29
Figura 08 – Comprimidos picados sem identificação de lote e validade	30
Figura 09 – Máquina de dose unitária, comprimidos e ampolas	38
Figura 10 – Embalagem unitária frente e verso	38
Figura 11 – Diagrama de fluxo da dispensação em dose unitária	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Custos para implantação dos SDMDU.....	40
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3.1 SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO	16
3.1.1 Sistema de Distribuição Coletivo	17
3.1.2 Sistema de Distribuição Individualizado	18
3.1.3 Sistema de Distribuição por Dose Unitária	19
4. METODOLOGIA	23
5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	24
5.1 HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.....	24
5.2 SERVIÇO DE FARMÁCIA	26
5.3 SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO ATUAL	29
5.3.1 Vantagens do Sistema de Distribuição Atual	31
5.3.2 Desvantagens do Sistema de Distribuição Atual	32
5.4 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO SDMDU	34
5.4.1 Etapa de preparação	34
5.4.2 Etapa de desenvolvimento	35
5.4.3 Estrutura	35
5.4.4 Processo	37
5.4.5 Resultados	37
5.5 CUSTOS DE IMPLANTAÇÃO	40
6. CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	45

1. INTRODUÇÃO

Existem diversos tipos de sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais através da farmácia, cada um com suas características, vantagens e desvantagens, em alguns o farmacêutico tem um papel mais ativo, o que insere o profissional na terapêutica e garante mais qualidade no serviço prestado, em outros tipos a farmácia hospitalar é um mero repassador de produtos industrializados, tendo pouca ou nenhuma participação na terapêutica do paciente, havendo uma importante perda de qualidade no serviço prestado.

Os sistemas de distribuição mais conhecidos são, o sistema coletivo, individualizado direto e indireto, e o sistema de dose unitária.

O sistema coletivo é o mais antigo e de acordo com Finotti (2010) bastante arcaico, caracterizado pelo fato de os medicamentos serem distribuídos por unidade e não por paciente, formando pequenos subestoques nas unidades, sendo que poucas instituições brasileiras ainda a utilizam devido a suas vantagens, que são muitas, tais como, a farmácia não sabe para quem é a medicação, quanto tempo de tratamento, além de que há um descontrole no estoque muito grande, desvios, pouco controle sobre os gastos.

Geralmente os sistemas de distribuição individualizados são realizados por paciente, com validade média de 24 horas com características, a saber:

O sistema de distribuição individualizado indireto caracteriza-se pela transcrição da prescrição médica, o que modifica em relação ao anterior de acordo com Finotti (2011), é que a solicitação para a farmácia é feita por paciente e não por unidade assistencial. Ainda sim erros ainda podem ocorrer como, transcrição errônea do que foi prescrito pelo médico, entre outros.

No sistema de distribuição individualizado direto, a distribuição é baseada na cópia da prescrição médica, eliminando a transcrição, como observa Finotti (2010), é um grande avanço para a realidade brasileira.

As desvantagens do sistema de distribuição individualizado são erros de distribuição, mais tempo para o fracionamento, investimento inicial, equipe de farmácia maior, mas como vantagens deste sistema esta um maior controle sobre o que é utilizado, sobre os estoque e gastos dos pacientes.

Freitas (2004) faz um estudo bastante aprofundado a respeito do Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária, SDMDU, e sua concepção, que é a de que o medicamento possa ser preparado e administrado ao paciente tão logo seja prescrita, a medicação é preparada em dose e concentração determinadas na prescrição médica, acondicionada em embalagem que permita a administração para o paciente sem a necessidade de maiores manipulações pela enfermagem, garantindo a qualidade do atendimento de farmácia e segurança para o paciente.

O Hospital objeto deste estudo será a Santa Casa de Misericórdia de Santana do Livramento, Rio Grande do Sul, Brasil, privado, porém filantrópico, média complexidade, com 135 leitos, atende basicamente pacientes SUS (64,44%) sendo 87 leitos para estes, e 48 leitos para convênios e particulares, de acordo com o cadastro do CNES/DATASUS. Possui central de esterilização de materiais, farmácia, lavanderia, necrotério, serviço de nutrição e dietética, serviço de prontuário do paciente, serviço de manutenção de equipamentos e serviço social. Dentre os serviços especializados estão serviço de atenção à saúde auditiva, serviço de atenção pré-natal, parto e nascimento, serviço de atenção psicossocial, serviço de cirurgia reparadora, serviço de diagnóstico por imagem, serviço de farmácia, serviço de fisioterapia, serviço de hemoterapia, serviços de nefrologia e urologia, serviço de suporte nutricional.

De acordo com informações da instituição, o hospital está prestes a entrar para a alta complexidade, assim que as obras da sua UTI tipo II for concluídas juntamente com as novas clínicas SUS, com previsão para junho deste ano, irão aumentar o número de leitos. Esta nova etapa do Hospital irá requerer mais profissionalização por parte de todos os setores da instituição, que deverá fornecer um serviço de qualidade para a população.

Para esta nova etapa, uma vez sendo farmacêutica responsável técnica e coordenadora do serviço de farmácia da instituição em questão, gostaria que este trabalho esclarecesse o tipo de distribuição atualmente utilizado e como funciona o serviço de farmácia e como é a interação entre farmácia e enfermagem, apontando pontos fortes e fracos e como um novo sistema poderia trazer melhorias para as equipes envolvidas, o retorno financeiro para a instituição e como pode melhorar na

prestação de serviço com qualidade para o paciente, dando ênfase ao sistema de dose unitária.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o sistema de distribuição de medicamentos do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Santana do Livramento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os tipos de distribuição existentes com suas características;
- Descrever o fluxograma de distribuição de medicamentos do HSCM;
- Identificar vantagens e desvantagens do sistema de distribuição de medicamentos atual;
- Verificar a possibilidade de se optar por um novo sistema;
- Sugerir possíveis melhorias na sistemática de distribuição.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A partir do que foram trabalhadas neste curso de Gestão em Saúde, as fundamentações teóricas a serem utilizadas são Gestão Logística em Saúde e Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde.

Conforme apostila do módulo específico de Gestão Logística em Saúde, em média 70% das consultas ambulatoriais e quase que todos os internos recebem pelo menos uma prescrição de medicamentos enquanto estão no hospital, associados a estes, estão os materiais que também o acompanham. Boa fatia dos gastos de um hospital é com materiais e medicações e é justo e necessário que estes recursos sejam racionalmente utilizados, principalmente em hospitais filantrópicos que não tem uma boa saúde financeira histórica.

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (1994) no seu Guia Básico de Farmácia Hospitalar, onde descreve que um sistema de distribuição de medicamentos

racional deve diminuir erros de medicação, racionalizar a distribuição e a administração de medicamentos, aumentar o controle sobre os mesmos, diminuir os custos e aumentar a segurança do paciente. Este mesmo Guia aponta que os erros de medicação estão intimamente ligados ao sistema de distribuição que é aplicado na instituição, ou seja, quanto maior a eficiência e eficácia, maiores são as chances de garantir o sucesso da terapêutica. Lembrando que o serviço de farmácia está ligado desde a agulha utilizada até nos controles de distribuição antimicrobianos, contribuindo como um freio à resistência bacteriana.

Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) descrevem que materiais, inclusive medicamentos, representam 15 a 25% das despesas em um hospital e que o hospital é uma unidade diferenciada por unir diversos profissionais e incorporando tecnologias, gerando um modelo assistencial com variedade enorme de itens e graus de diversidade. E que uma das maiores dificuldades é toda a cadeia que percorre dentro da instituição, desde a aquisição até a utilização.

Para fundamentação deste trabalho incluo o pensamento de Azevedo Neto (2010, p.44), onde diz que “Os medicamentos representam alto impacto no custo em saúde. A boa notícia é que muitas vezes parte desse custo é devido a perdas por desvios, desperdício e mau uso, podendo, portanto, ser evitado”, um sistema racional, adequado às necessidades da empresa e que garanta satisfação a todas as pontas do processo, gerando economia, controle sobre os medicamentos e materiais. Ainda segundo o autor o medicamento é a peça chave da assistência à saúde, provendo credibilidade aos sistemas de saúde, e é extremamente importante que toda a equipe envolvida tenha consciência disso, desta forma não é importante somente à logística de supri-los com qualidade, mas é igualmente importante seu uso racional. Assim o autor descreve que “os objetivos centrais de uma boa gestão de medicamentos devem promover o acesso a medicamentos com qualidade, adequados às necessidades da população-alvo e, assim, promover seu uso racional”.

Azevedo Neto (2010, p.46) descreve que a assistência farmacêutica constitui um campo multiprofissional voltado à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva também, tendo o medicamento como insumo essencial tendo em vista seu acesso e uso racional, envolvendo etapas tais quais: a pesquisa,

desenvolvimento e a produção de medicamento e insumo, sua seleção, programação, aquisição, distribuição (objeto desta pesquisa), dispensação, garantia de qualidade de produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da utilização destes medicamentos e ações de atenção farmacêutica.

Dentro da distribuição de medicamentos, objeto deste estudo, Azevedo Neto (2010, p.55), descreve que “no caso de distribuição intra-hospitalar de medicamentos, os métodos de distribuição por dose unitária para o uso de pacientes internados e os *kits* para procedimentos (por exemplo, cirurgias e curativos) têm sido difundidos como os mais vantajosos”, portanto o autor considera a importância da distribuição de medicamentos referindo-se a dose unitária.

De acordo com Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998), “a função da distribuição gera um dos problemas mais graves, principalmente quando se aborda um sistema sem os instrumentos adequados para desempenhar tarefas”, ou seja, sem planejamento não sistema que funcione adequadamente.

Azevedo Neto (2010, p.43-44) descreve em sua obra:

“Usados racionalmente, os medicamentos constituem a intervenção terapêutica mais custo efetivo. Por outro lado, mal utilizados, os medicamentos representam risco à saúde, gerando reações adversas e outros problemas relacionados a medicamentos, além do desperdício de recursos, seja pela necessidade de tratar os efeitos adversos, seja pela necessidade de usar intervenções terapêuticas mais caras e invasivas em casos que poderiam ter sido adequadamente resolvidos com tecnologias mais simples.”

Portanto, percebe-se que os medicamentos podem determinar economia se bem utilizados e também podem onerar a instituição se não forem adequadamente utilizados.

Conforme a política nacional de medicamentos Brasil (2001), a reorientação da Assistência Farmacêutica é uma diretriz fundamental a fim de cumprir objetivos principais que inclui: a facilitação do acesso aos medicamentos essenciais e promover o uso racional dos mesmos. Para tanto, uma gerência efetiva na execução dessas atividades é prioritário.

Dentro da gestão de materiais e insumos está à logística de abastecimento, com seus subsistemas de seleção/uso, subsistema de controle/acompanhamento, subsistema de compra/aquisição e subsistema de guarda/distribuição de acordo com

Azevedo Neto (2010). Considerado um sistema gerencial em que sempre um subsistema suceda o outro sequencialmente, sendo necessário em sistema de informação para tornar a gestão viável. O subsistema de seleção/uso é o momento inicial da logística de abastecimento, quando é selecionado cada item que irá compor a lista básica de itens e que não poderá faltar.

Dentro do subsistema controle/acompanhamento, de acordo com Azevedo Neto (2010), está a curva ABC, que classifica os itens de acordo com sua importância financeira, sendo o grupo A, os de grande importância financeira, representando 5% dos itens estocados e 80% do valor total do estoque, o grupo B, de importância financeira intermediária, representa 15% dos itens em estoque e 15% dos recursos financeiros e grupo C os 5% restantes.

Dentro do subsistema de compra/aquisição, existem diversas modalidades para a compra de acordo com Azevedo Neto (2010), por exemplo, a licitação, podendo ser a concorrência, tomada de preços, convite, concurso, leilão e a mais recente, o pregão. Sempre leva em conta o menor preço, mas que atenda aos interesses da instituição, e não descuidando da qualidade. Um bom edital é vital para adquirir um bom produto. Mas lembra de que existem exceções na administração pública que são a dispensa e a inexigibilidade de licitação.

Subsistema de guarda e distribuição, que definido por Azevedo Neto (2010) é onde e como receber e guardar e para quem distribuir, e esse subsistema possui entradas e saídas, tais como: recepção, inspeção de qualidade, estocagem e distribuição. A recepção, e também a inspeção de qualidade, devem ter local próprio no almoxarifado e devem estar distantes da expedição/distribuição, no caso do nosso objeto de estudo, não há uma separação nestes setores, apesar da falta condições de local e pessoal exclusivo não existir, ainda sim, dentro do que é possível, a conferência é feita da melhor maneira possível.

A distribuição, objeto principal deste estudo, de acordo com Marin (2003) em suas recomendações para assistência farmacêutica para gestores municipal, tem início a partir de uma solicitação, por parte de um requisitante, para um nível de distribuição envolvido, a fim de suprir as necessidades de medicamentos por um tempo determinado. A distribuição correta e racional de medicamentos deve garantir rapidez

na entrega, segurança, eficiência e também controle. A periodicidade de distribuição varia em função da programação, número de unidades usuárias, capacidade de armazenamento destas unidades, demanda local, tempo de aquisição, disponibilidade de transporte, recursos humanos, etc.

Marin (2003), falando sobre a assistência farmacêutica, na década de 50, na farmácia hospitalar, verificou-se a necessidade de estudar e desenvolver sistemas de distribuição que oferecessem segurança para que o medicamento certo chegue ao paciente certo, evoluindo nos anos 60 até a farmácia clínica, associada à distribuição de medicamentos, claro que isso foi em nível de países desenvolvidos.

No Brasil, de acordo com Storpiotis (2008), as discussões sobre farmácia clínica iniciou na década de 80, pois o país está cerca de 20 anos em atraso sobre as discussões a respeito das atribuições do farmacêutico. Enquanto nos Estados Unidos esta atividade já estava sendo repensada e reestruturada nos moldes da atenção farmacêutica, esse atraso também aconteceu no que diz respeito ao cuidado com o paciente. Somente na década de 90 quando o país vivenciou uma avalanche relacionada a problemas com medicamentos que começaram a serem observadas as primeiras iniciativas brasileiras no sentido de colocar em prática a atenção farmacêutica.

Ribeiro (1993) acrescenta ainda nos final da década de 50, o uso de medicamentos mais potentes, mas que também causavam mais efeitos colaterais iniciou a discussão sobre a incidência de erros em hospitais, e em média de cada seis doses administradas ao paciente, uma estava errada, mostrando que os sistemas de distribuição de medicamentos que se conhecia até então precisavam ser repensados tendo em vista a segurança terapêutica. Foi então que nos anos 60 farmacêuticos hospitalares elaboraram o sistema de dose unitária, capaz de reduzir erros de medicação, custo com medicamentos, reduzir perda por furto e melhorar o aproveitamento dos profissionais envolvidos em todo o sistema.

3.1 SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO

De acordo com o Guia Básico para farmácia hospitalar, Brasil (1994), a distribuição ou dispensação de medicamentos é uma das atividades de maior impacto na farmácia hospitalar. Tendo a informática uma grande contribuição na redução de

trabalho, redução de erros e custos. O sistema que traz melhor rendimento neste sentido é o sistema de distribuição por dose unitária.

Existem diversos tipos de distribuição de medicamentos por farmácia hospitalar, sendo os mais conhecidos, o sistema coletivo, individualizado direto e indireto e o sistema de dose unitária.

3.1.1 Sistema de Distribuição Coletivo

De acordo com Finotti (2010) o sistema coletivo é um dos mais antigos, mas ainda é utilizada por alguns hospitais brasileiros, sua principal característica é os medicamentos serem distribuídos por unidade de internação a partir de uma solicitação da enfermagem, neste sistema os medicamentos são distribuídos por unidade, não por paciente, e são liberados sem o serviço de farmácia saber que o utilizará, qual o tempo do tratamento, entre outros. Freitas (2005) acrescenta que a solicitação é feita a partir da transcrição da prescrição médica e distribuído em suas embalagens originais por períodos longos ou curtos, podendo ser desde 24 horas, até uma semana, quinze dias ou mais, formando subestoques nos postos.

De acordo com Finotti (2010):

Vantagens deste sistema é a disponibilidade imediata, redução do número de solicitações, menos funcionários na farmácia.

Desvantagens deste sistema é a duplicação de doses, administração de medicamentos não prescritos, perdas, furtos.



Figura 01 – Distribuição de Medicamento – Sistema Coletivo

Fonte: Ribeiro (1993)

A figura acima descreve o fluxo do sistema de distribuição de medicamentos coletivo, onde o médico prescreve, a enfermagem possui o estoque disponível para administração, e requisita reposição para a farmácia quando necessário.

3.1.2 Sistema de Distribuição Individualizado

O sistema de distribuição individualizado, para Finotti (2010), “se caracteriza pelo fato de o medicamento ser dispensado por paciente, geralmente para um período de 24 horas. Este sistema se divide em indireto e direto”.

O Sistema Direto é baseado na cópia da prescrição médica, sem transcrição, tendo uma participação discreta do farmacêutico, mas mais avançado que o sistema coletivo. Freitas (2005) acrescenta que os medicamentos são dispostos em embalagens originais, podendo ser fracionados também, sendo comum em comprimidos devido a sua comodidade.

O Sistema Indireto o pedido é feito através da transcrição médica e utilizada pela farmácia que envia a medicação por paciente e não por unidade, Finotti (2010).

As vantagens dos Sistemas Direto e Indireto, é que existe a possibilidade de revisão das prescrições médicas, mais controle sobre estoque e medicamentos, redução de estoque nas unidades.

Desvantagens dos Sistemas Individualizados Direto e indireto são os erros de distribuição, maior tempo de gasto com o fracionamento de medicamentos, mais investimento. Freitas (2005) lembra ainda que no indireto a transcrição da prescrição acarreta mais erros.

Como descreve a figura 2, na distribuição de medicamentos por sistema individualizado, direto e indireto são bastante semelhantes, com a diferença que no sistema indireto a prescrição médica é transcrita pela enfermagem enquanto que no sistema direto, é feita uma cópia da prescrição médica e encaminhada para a farmácia.

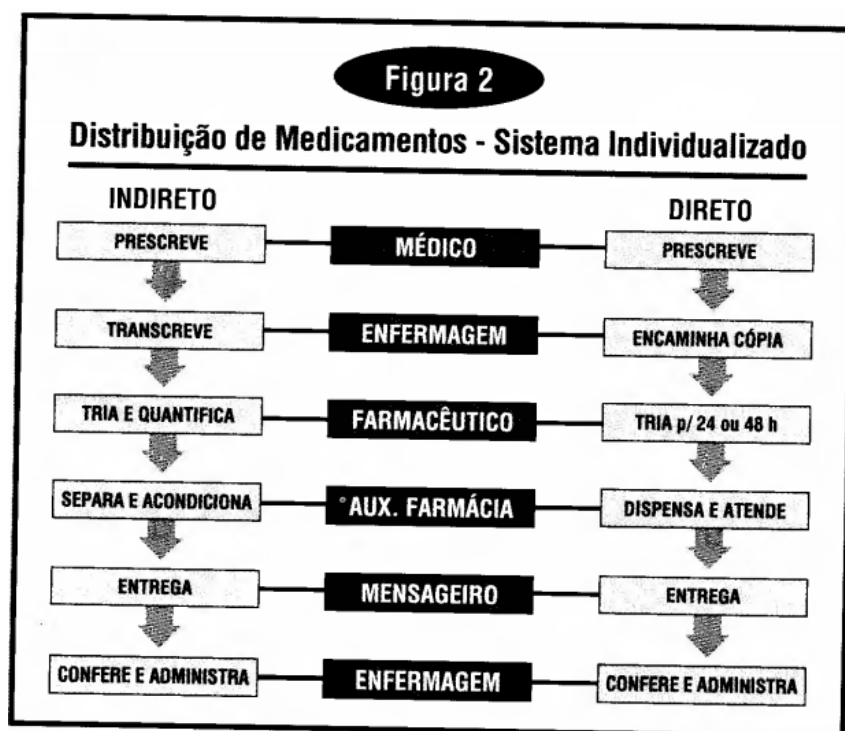


Figura 02 – Distribuição de Medicamentos – Sistema Individualizado

Fonte: Ribeiro (1993).

3.1.3 Sistema de Distribuição por Dose Unitária

Finotti (2010) descreve que o Sistema de Distribuição por Dose Unitária, é o sistema onde todas as formas farmacêuticas estão prontas para uso, sem necessidade de manipulação por parte da enfermagem.

O Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose unitária – SDMDU reduz a incidência de erros de medicação, o custo dos medicamentos, perdas e furtos, e

estudos demonstraram que um hospital dos Estados Unidos que implantou o sistema teve uma redução significativa de 31,2% para 13,4% de erros de medicação. Mesmo sendo muito utilizado em países desenvolvidos, no Brasil não é muito utilizado em função do seu custo de implantação, conforme Ribeiro (1993). Neste sistema a rotina de todos os profissionais envolvidos é modificada, sendo menos alterada para o médico, que mesmo assim deve ser incentivado a participar e facilitar o processo, e a rotina mais alterada de todas é a da enfermagem, que transfere todo o processo relacionado ao medicamento para o farmacêutico, que por sua vez, volta-se ao medicamento, ou seja, seu ofício de formação. Podendo a enfermagem ficar mais liberada para atendimento ao paciente, ou então, redução de quadro de funcionários deste setor. No SDMDU, a medicação sai individualizada, de acordo com a prescrição médica e somente com a apresentação deste documento, e se o mesmo não a utilizar, a medicação pode ser devolvida, e desde que não violada, pode ser reutilizada. E ainda de acordo com Ribeiro (1993), há muita relutância em implantar este sistema, mesmo por aqueles que reconhecem a segurança oferecida por ele, devido aos custos para o hospital, pois mesmo que tenha uma redução de quadro por parte da enfermagem, o custo de implantação é alto. Mesmo que já tenha sido provado que o custo de implantação é compensado pela redução do consumo, e também por perdas e furtos.

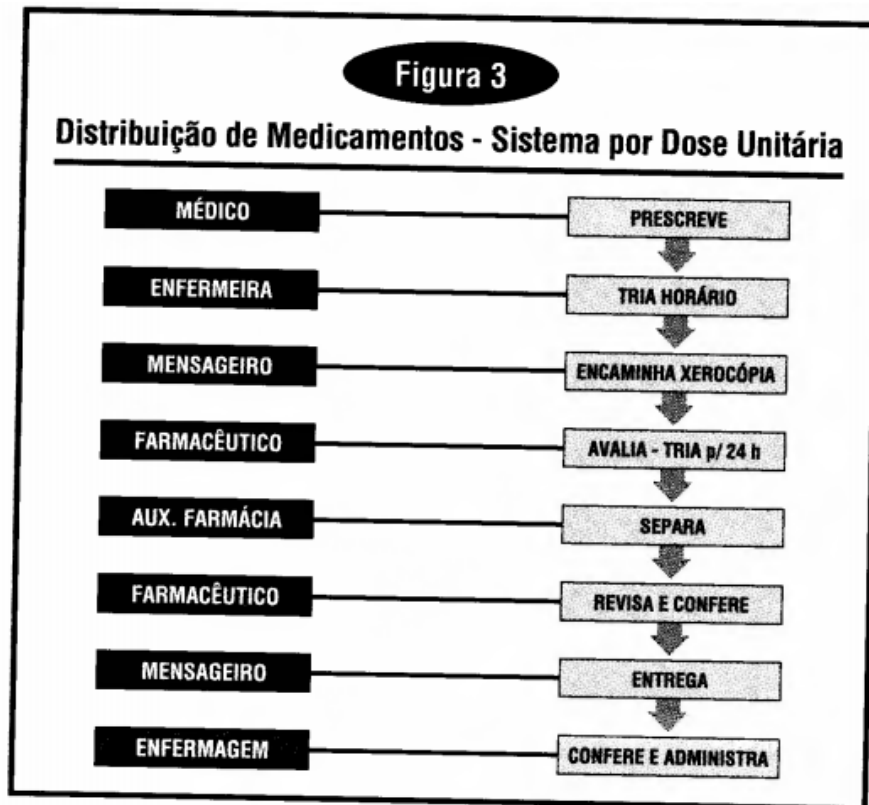


Figura 03 – Distribuição de Medicamentos – Sistema por Dose Unitária
 Fonte: Ribeiro (1993)

Alguns autores somente consideram que o sistema de distribuição pode ser considerado como dose unitária quando todas as formas farmacêuticas são fracionadas, inclusive líquidos e injetáveis, o que de acordo com Freitas (2005), a complexidade do serviço e os riscos existentes neles são muito maiores. O fracionamento de medicamentos injetáveis, que devem ser estéreis, exige estrutura física, e processo de trabalho diferenciado, sujeita às normas e regulamentação da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Segundo o Guia Básico de Farmácia hospitalar (1994), as vantagens do sistema SDMDU é a redução dos estoques nas unidades assistenciais, diminuição expressiva nos erros de medicação, seja por erro por omissão de dose, dose duplicada, entre outros, melhoria por parte das devoluções do que não foi usado pela paciente à farmácia, que por sua vez, consegue remanejar e utiliza novamente, desde que não seja violado, acompanhamento dos pacientes por parte da farmácia, controle mais efetivo sobre o medicamento e sobre as doses, além de integração do farmacêutico à

equipe de saúde da instituição, oferta do medicamento em doses individualizadas e higiênicas, por paciente, sendo mais seguro para o médico e melhorando a qualidade assistencial.

Freitas (2005) descreve que “a diminuição em termos de gastos com medicamentos e a diminuição drástica dos erros de medicação estão entre as vantagens mais ressaltadas”, porém lembra que os custos de implantação devem ser considerados, e que o farmacêutico precisa estar à frente do processo de maneira ativa sendo gerencial e técnico, tendo conhecimento terapêutico, para acompanhamento farmacoterapêutico, uma vez que o sistema propicia isto, de forma a garantir segurança e eficácia no uso de medicamentos. E ainda acrescenta que é preciso estar ciente que a farmácia hospitalar já possui uma série de atribuições que irão competir pelo tempo disponível da equipe, como seleção, aquisição de medicamentos, escrituração e registro nos livros de medicamentos sujeitos a controle especial, participação em comissões tais como a comissão de controle de infecção hospitalar, comissão de padronização de medicamentos, controle de estoques. Tendo ainda um grande tempo gasto em serviços administrativos, o que por muitas vezes inviabiliza a atenção farmacêutica, pré-requisito necessário para a implantação do SDMDU, pois é prioritária a segurança do sistema, que tem etapas de “avaliação e validação da prescrição, acompanhamento farmacoterapêutico, etapas de revisão e conferência das prescrições e do processo como um todo”, Freitas (2005).

O SDMDU tem os seguintes princípios de acordo com Freitas (2005),

- O medicamento é identificado do início ao fim do processo, sendo necessário para evitar erros de medicação de um paciente para o outro;
- A responsabilidade pela identificação e rotulagem é do serviço de farmácia, supervisionado pelo farmacêutico;
- O ideal é a medicação ser liberada por horário, tendo casos, que devido aos horários de prescrição, a medicação pode ser liberada para 24 horas, porém, as medicações ficando disponível na unidade, pode originar erro, como troca de medicação para paciente, erro de horário, entre outros;
- O farmacêutico deve receber no máximo uma cópia da prescrição se o original não for possível, porém, transcrição não é aceita neste sistema;

- Os medicamentos somente podem ser liberados após avaliação do farmacêutico, por esse modo é conhecido como o sistema onde há a intervenção prévia objetivando qualidade e segurança;

- A enfermagem segue aprazando os horários neste sistema.

Napal, Gonzáles e Ferrándiz (2002) têm ainda como objetivos adicionais do sistema:

- Racionalização da distribuição de medicamentos;
- O cumprimento da prescrição médica é garantido;
- Administração correta de medicamentos ao paciente;
- Farmacêutico ativo e integrado à equipe de saúde.

De acordo com Napal, Ganzález e Ferrándiz (2002) para a implantação do SDMSU, existe uma série de fases preliminares que devem ser consideradas, tais como, a etapa de preparação, desenvolvimento, estrutura, processo e resultados, a fim de garantir melhores resultados na implantação.

4 METODOLOGIA

A distribuição de medicamento feita atualmente será descrita através de um relatório, um estudo de caso do que é executado na Instituição Santa Casa de Misericórdia – HSCM nos dias de hoje. Como coordenadora da Farmácia da Instituição estudada, a pesquisadora irá descrever através de suas observações e anotações como funciona o atual sistema, a relação entre as partes envolvidas no processo de distribuição e propor mudanças no sistema atual para o sistema de distribuição por dose unitária. Foram aplicados 12 questionários nas chefias das áreas técnicas de saúde, enfermagem e médica, assim como chefia da área administrativa. A população-alvo foram os Gestores da Instituição HSCM, gestores públicos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, profissionais de saúde em geral, além de servir como referencial teórico para outras pesquisas para o público em geral.

Através da revisão bibliográfica serão revisados os tipos de distribuição existentes com suas vantagens e desvantagens e quais as melhorias do sistema de

dose unitária que se pretende adotar e analisar a implantação, esses pontos críticos à luz do pensamento teórico.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

O Hospital Santa Casa de Misericórdia, de acordo com o CNES/DATASUS, atualizado no dia 08 de março de 2012, 2248220, situado em Santana do Livramento, Rio Grande do Sul, Brasil, na Rua Manduca Rodrigues nº 295, centro, entidade beneficente sem fins lucrativos, de personalidade jurídica, tipo de gestão dupla. Sua atenção ambulatorial é de atenção básica, média e alta, enquanto que a atenção hospitalar é de média complexidade. Possui comissões de ética médica, controle de infecção hospitalar, comissão interna de prevenção de acidentes, e revisão de prontuários. Possui serviço de captação de órgãos para transplante, serviço de atenção pré-natal, serviço de fisioterapia, de atenção psicossocial, atenção à saúde auditiva, de suporte nutricional, serviço de farmácia hospitalar. Entre os serviços de apoio estão, a central de esterilização de materiais, lavanderia, farmácia, necrotério, nutrição e dietética, serviço de prontuário do paciente, serviço de manutenção de equipamentos e serviço social. Tem atualmente cadastrados no CNES 120 leitos, sendo 18 leitos cirúrgicos, destes 10 são SUS, 60 leitos clínicos, 33 destinados para o SUS, 15 leitos complementares (UTI e Neonatal), sendo destes 14 SUS, 18 leitos obstétricos, 11 destes são SUS, 16 leitos para pediatria, 10 destes para SUS, 8 leitos para outras especialidades (crônicos e psiquiátrico), todos também atendem pacientes SUS.

No nosso objeto de estudo, o Hospital Santa Casa de Misericórdia (HSCM), dentro do subsistema de seleção/uso, possui uma comissão de padronização de medicamentos, formada recentemente no ano de 2010, onde representantes de setores chave da instituição reuniram-se para discutir as opções terapêuticas que estavam na padronização anterior, sem registro de comissão implantada e datada no ano de 1980. Esses representantes dos setores de farmácia, médica responsável pela comissão de controle de infecção hospitalar, administrador, direção técnica e coordenação da enfermagem, além de médicos de diversas especialidades que foram convidados,

estabeleceram as medicações que permaneceriam no arsenal terapêutico do hospital e quais estavam obsoletos, através de relatórios emitidos no sistema de informática da farmácia do hospital, que indicaram os medicamentos que estavam sem movimentação há mais de seis meses, e quais medicações venciam com mais frequência, além de incluir medicações inovadoras que ainda não tinha opções dentro da padronização anterior. O resultado deste trabalho foi a padronização de medicamentos do HSCM 2010/2011, com 155 especialidades farmacêuticas, distribuídas em 20 grupos terapêuticos e 35 subgrupos, no total de 314 apresentações farmacêuticas distintas, foi impressa, encadernada e distribuída para todos os setores de assistência e administrativo e ainda, foi convertido para PDF, enviado para o e-mail de todos os colaboradores e salvo nos computadores para consulta, esta versão deve ser revista até o final deste ano para atualização. De acordo com Azevedo Neto (2010) a lista não deve servir para engessamento do sistema e sim como um instrumento nacionalizador, por essa razão, ao final da padronização, dentro dos anexos, têm os modelos de formulários que foi distribuído, um para solicitação de compra de medicamentos fora da padronização e outro para sugerir inclusões na próxima revisão, desde que tenha fundamentação teórica e seja aprovada pela comissão. Sendo um primeiro passo importante que ressalta a importância do uso racional de medicamentos e de recursos do hospital.

Dentro do subsistema de controle/acompanhamento, referente à logística de abastecimento, para o controle de estoque existe um sistema informatizado para fazer os controles, emitir relatórios, fazer entradas, saídas, cadastros, transferências, no HSCM, o sistema atual já está sendo utilizado desde 2007, chamado Sigh, da empresa Hospidata, situada na cidade de Porto Alegre. Neste sistema todas as movimentações de estoque são realizadas, dentro do que é utilizado como rotina hoje na instituição. São realizados dois inventários gerais no mês de junho e ao final do ano em dezembro, além de microinventários durante todo o ano para pequenos ajustes.

Dentro do subsistema de compra/aquisição é neste sistema em que o abastecimento é feito na instituição, que é realizado uma vez por semana, por não existir uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), devido à falta de área física e também de recursos para investir em estoque. A vantagem deste sistema é que o giro

é alto e dinâmico e não se perde muito com vencimento, porém a desvantagem é que a distância da capital requer que as empresas cumpram prazos, sob pena de haver faltas de itens.

5.2 SERVIÇOS DE FARMÁCIA

O Serviço de Farmácia possui atualmente 11 funcionárias, assim distribuídas:

- Duas farmacêuticas, uma responsável técnica, 8 horas diárias, e uma farmacêutica substituta na parte da tarde, 4 horas diárias (conforme acordo entre Conselho de Farmácia e Federação das Santas Casas);

- Uma funcionária de 8 horas para apoio na farmácia do Bloco Cirúrgico, responsável pelo abastecimento, controle de estoque e lançamento de gastos, montagem de kits cirúrgicos;

- Uma funcionária de 8 horas para apoio a farmácia do Pronto Atendimento, responsável pelo abastecimento, controle de estoque e lançamento de gastos;

- Uma funcionária de 6 horas para digitação geral da farmácia, lançamento dos gastos dos pacientes nas contas, transferências, entradas e saídas, assim como controle do estoque;

- Uma funcionária de 6 horas para relevo de férias (pois sempre tem uma de férias durante o ano);

- Uma funcionária de 6 horas para relevo de escala (pois sempre tem uma funcionária de folga por dia);

- Uma funcionária de 6 horas de escala para o turno das 00h00min às 06h00minh;

- Uma funcionária de 6 horas de escala para o turno das 06h00minh às 12h00min;

- Duas funcionárias de 6 horas de escala para o turno das 12h00min às 18h00min (horário de maior fluxo de prescrições);

- Uma funcionária de 6 horas de escala para o turno das 18h00min às 24h00min.

Sua área total é de 40 metros quadrados, incluindo um laboratório de 5 metros quadrados, com antessala, laboratório 1 e laboratório 2. Possui um banheiro de uso exclusivo dos funcionários, e armário para guarda de pertences pessoais, em local comum ao setor, sem área privativa.

Possui uma janela para o pátio, por onde recebe medicamentos e materiais, porém não possui área exclusiva para recebimento e conferência. Assim como também não possui almoxarifado de farmácia delimitado por paredes, nem separação de estoques na farmácia central.

Possui dois computadores disponíveis, sendo um para digitação de gastos e outro para transferências entre estoques, pedidos de estoques, setores e centro de custo. Apenas uma impressora disponível, a laser, ligada a rede. Não possui leitor de código de barras, seladoras térmicas ou qualquer maquinário especial.

A farmácia é responsável pela aquisição, armazenamento, guarda, aviamento, distribuição das prescrições por horário, distribuição por atendimento a solicitações da enfermagem, lançamento dos gastos, abastecimento dos carros de urgência, separar pedido para os subestoques e para os centros de custo.



Figura 04 – Janela de atendimento da farmácia.

Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (2012)



Figura 05 – Atendimento de requisições da enfermagem pela farmácia.
Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (2012)



Figura 06 – Interior da farmácia.
Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (2012)

5.3 SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO ATUAL

O sistema de distribuição de medicamentos atualmente utilizado pela farmácia do Hospital Santa Casa de Misericórdia é do tipo individualizado, direto para 24 horas, sendo distribuídos em quatro grupos de 6 horas, acompanhando o setor de enfermagem. Existe fracionamento de sólidos (comprimidos, cápsulas), acondicionados em cestos individuais, no entanto como não existe um maquinário especial, porém, não é considerado como dose unitária por diversos autores, pois não fraciona líquidos e injetáveis, somente comprimidos.



Figura 07 – Comprimidos unitarizados.
Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (2012)



Figura 08 – Comprimidos picados sem identificação de lote e validade.

Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (2012)

O fluxograma de atendimento da prescrição médica inicia quando o médico prescreve em formulário padrão da instituição, carbonada em duas vias, que depois de prescrita é aprazada pela enfermagem, que faz a solicitação de kits de materiais para a aplicação dos injetáveis (esses kits estão previstos na padronização de diluição do hospital elaborado pela enfermagem). Após revisão por parte da enfermagem, a cópia é encaminhada para a farmácia que inicia o processo de aviamento da prescrição.

A prescrição vigora a partir das 20h00min, se a prescrição for feita antes, somente é utilizada antes da hora se há alteração no esquema anterior, medicações suspensas ou que iniciam e fica valendo por 24h, ou seja, até as 20h00min do dia seguinte.

A cópia carbonada da prescrição médica é uma folha de cor rosada, apelidada pelos funcionários do hospital de “folha rosa”, nela as funcionárias da farmácia circulam de verde os horários aprazados a fim de que a digitadora saiba que o medicamento foi destinado ao paciente e, portanto ao fim da sua validade, findando às 24 horas, deve ser digitada na conta do mesmo, caso haja alguma devolução, deve ser apagada com corretivo branco a base de água (caneta de ponta fina para não apagar mais do que realmente retornou). Materiais também são anotados nela com o sistema de traços.

A farmácia segue horário padrão da enfermagem para a entrega, de acordo com esquema abaixo:

- Turno de enfermagem da manhã (das 07h00min às 13h00min) recebe toda a medicação do paciente das 08h00min, 10h00min, 12h00min e 13h00min.
- Turno de enfermagem da tarde (das 13h00min às 19h00min) recebe toda a medicação dos pacientes das 14h00min, 16h00min, 18h00min e 19h00min.
- Turno de enfermagem da noite (das 19h00min às 07h00min) recebe toda a medicação dos pacientes das 20h00min, 22h00min, 24h00min e 06h00min.

5.3.1 Vantagens do Sistema de Distribuição Atual

Dentre os pontos fortes do sistema utilizado é que dentro do sistema de distribuição individualizado direto, não há transcrição, é feita uma cópia carbonada, reduzindo assim, erros de transcrição.

Alguns comprimidos são unitarizados pelo próprio laboratório, com informações importantes no verso do blister comprimido a comprimido, com o lote, validade, laboratório, evitando perdas, e os que não têm essa informação, são “picados” e mantidos dentro da caixa original, não sendo o ideal, mas fica mais fácil de rastrear em caso de problemas.

A equipe de farmácia é constantemente treinada pelas farmacêuticas a respeito de diversos temas, tais como distribuição, atendimento, sistema de informatizado.

As farmacêuticas participam de equipes multidisciplinares, como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e interagem com diversos profissionais e setores do hospital, onde é frequentemente abordada a questão da distribuição de medicamentos e revistos pequenos detalhes que podem ser alterados para melhor atendimento deste serviço.

Existe controle por parte da CCIH para restringir o uso de antimicrobianos indiscriminadamente conforme normas da ANVISA, onde formulários são dispensados juntamente com a primeira dose de medicação e a farmácia ainda os dispensa por 24 horas aguardando preenchimento por parte do médico. Havendo o preenchimento, e retornando à farmácia o formulário, o nome do paciente passa para uma lista de controle positivo, onde o fornecimento não é interrompido, caso não haja o

preenchimento dentro deste prazo, o fornecimento é suspenso até que o formulário seja preenchido. Estes dados são utilizados pela CCIH para controle de infecções hospitalares e comunitárias, assim como racionaliza o uso de antibióticos. O formulário é de fácil preenchimento, sendo a maioria das perguntas fechadas, para facilitar a adesão de preenchimento por parte dos médicos e poucos campos com perguntas abertas, somente para descrição da justificativa.

As medicações são acondicionadas em saquinhos, com identificação um a um, com as seguintes informações: nome do medicamento, quantidade, dosagem, paciente, data, leito, registro no sistema informatizado. No caso de injetáveis, cada ampola segue com seu kit de aplicação, conforme padronização do setor previamente acordado entre a enfermagem, também identificado com os mesmos dados dos comprimidos. Cada paciente possui sua sacola própria, etiquetada com seu nome, registro, data e horário de aplicação. Esta sacola do paciente fica dentro da sacola do setor, sendo a etiqueta identificada com o nome do setor, horário, data.

5.3.2 Desvantagens do Sistema de Distribuição Atual

O próprio sistema de distribuição individualizado direto por sua vez, já possui desvantagens inerentes à sua própria estrutura, já previstas e descritas na literatura como já podemos observar ao longo da leitura. No entanto, a pesquisadora aponta abaixo em tópicos, desvantagens do sistema, que foram observadas ao longo da sua trajetória na instituição:

Os comprimidos são unitarizados, ou seja, picados com tesoura, um a um, porém, mantidos em seu invólucro original para não haver perda de tempo de validade de acordo com o fabricante, mas perde informações importantes como lote e validade, que deve acompanhar cada comprimido, e nem todos os fabricantes possuem um blister picotado e com informações no alumínio imediatamente atrás de cada comprimido.

A segunda via quando é carbonada, dependendo do estado do carbono e da força que o médico emprega na caneta quando escreve são determinantes para o bom entendimento da cópia, o que nem sempre acontece.

Letra ilegível do médico que pode fazer que medicações com nomes comerciais parecidos pudessem ser facilmente confundidos, assim como via de administração, endovenosa e via oral são facilmente confundidos.

Preenchimento incompleto dos dados do paciente no rodapé da prescrição;

Frequente utilização de abreviações, siglas não oficiais, referindo-se a medicamentos.

Existe atraso em relação à administração da medicação por parte da enfermagem, que nem sempre segue o horário padrão da instituição, casos assim nem sempre são registrados.

Em relação ao aprazamento, mais de 70% destes, possuem algum tipo de erro, como não solicitar material, não pedir as quantidades, não registro de eventuais desvios, não existia registro destes erros, o serviço de farmácia esta começando a controlar e quantificar estes erros, pois a cada aviamento de prescrição tinha que parar solicitar correção e acaba por atrasar todo o andamento do trabalho.

Existe atraso no encaminhamento das prescrições em função da demora do aprazamento, a média de espera é de 30 minutos, não existia registro desta demora, somente estando computado há pouco tempo.

Cópias carbonadas de prescrições já foram perdidas e nunca chegaram ao setor de farmácia, sendo solucionado com uma fotocópia da prescrição original, sendo que não ocorre com frequência.

Dificuldade para adesão dos médicos em preencher receitas da portaria 344, os medicamentos controlados, mesmo com formulário interno, disponível em todos os setores, muitas vezes os pacientes ficam sem a medicação por uma falha do médico.

A funcionária da farmácia desloca-se para os setores para fazer a entrega e é interrompida constantemente pela enfermagem para que retorne até o setor de farmácia para entregar materiais e medicamentos diversos, que nem sempre são de urgência, atrasando as entregas da medicação para o turno e mantendo o setor sem ninguém por mais tempo, atrasando o aviamento das prescrições que a funcionária deve deixar pronto para a colega do próximo horário.

A medicação segue o horário dos turnos de enfermagem para ser entregues, ou seja, a medicação vai toda para o turno e fica armazenada do setor, se um paciente vai

a óbito ou da alta, nem sempre é devolvida para a farmácia, e fica nos setores sem controle algum.

Após a segunda via ser entregue na farmácia, o original pode sofrer modificações por parte do médico que pode incluir excluir, alterar horário, e essas informações nem sempre são repassadas para a farmácia, que pode deixar de entregar alguma medicação que esta entrando ou entregar e não receber a devolução quando a medicação foi suspensa e não foi avisado.

Tudo que é dispensado na farmácia é anotado manualmente e somente ao fim do vigor da prescrição médica, os gastos são lançados na conta do paciente, as anotações são feitas em caneta verde e as devoluções ficam apagadas com corretivo, e nisso as informações nem sempre são claras para quem digita, podendo ocasionar erros de digitação, e conseqüentemente, erros no estoque.

Não existe uma triagem por parte do farmacêutico, pois os médicos chegam a qualquer horário para prescrever e as farmacêuticas existentes abrangem somente 12 horas.

5.4 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO SDMDU

Para a implantação do SDMSU, existe uma série de fases preliminares que devem ser consideradas, tais como:

5.4.1 Etapa de preparação

- Fase de diagnóstico: deve-se saber a opinião dos envolvidos, das pessoas que irão beneficiar-se ou estarão envolvidas de alguma forma no programa, buscando saber se há interesse em conhecer o sistema de distribuição que está sendo proposto. Realizam-se reuniões com médicos e enfermagem para apresentar a proposta de como funciona o sistema com mais detalhes, em alguns casos a opinião de paciente também é útil;

Dos 12 questionários aplicados, quando questionados a respeito da satisfação com o sistema atual, as opiniões ficaram bastante divididas, sendo que sete acreditam que sim, enquanto somente cinco discordam. Quanto à possibilidade de mudança do sistema, as opiniões ficaram divididas, ficando empatados em seis para o sim e para o não. Oito coordenadores afirmam não ter conhecimento a respeito do sistema, contra

quatro que afirmam conhecer. Quanto ao interesse de implantação as opiniões ficaram divididas, sendo que seis optaram pelo sim e seis pelo não. No caso do sistema ser alterado, houve unanimidade pelo sim, ou seja, haverá colaboração de todos os setores.

- Fase de estabelecimento de uma estrutura de apoio e comunicação: uma vez elaborada a etapa anterior, deve-se dar conhecimento para todo o pessoal, desde a administração, chefes de unidade, até o restante do pessoal envolvido, utilizando todas as maneiras de comunicação disponíveis, a fim do sucesso da implantação.

5.4.2 Etapa de desenvolvimento

- Estabelecer um cronograma de trabalho: determinar datas, e o tempo que será utilizado para a implantação do programa dependerá de alguns fatores, tais como, número de pacientes que utilizarão o SDMDU, grau de complexidade das unidades, recursos disponíveis, resultado obtida nas primeiras unidades onde foi instalada a SDMDU. Neste primeiro momento, não somente uma boa resposta do pessoal do serviço de farmácia como também o interesse e comprometimento do pessoal de enfermagem e médico também é importante para o sucesso da implantação.

- Descrição do programa: o programa de implantação do SDMDU é dividido em três partes, a primeira é determinada pelos recursos humanos, e estrutura física e organizacional; a segunda se explica pelo processo em si; a terceira é de fazer um levantamento dos resultados e fazer um levantamento do programa como um todo.

5.4.3 Estrutura

Pessoal:

- Dependerá do tipo de automatização do SDMDU;
- Farmacêutico responsável por todo programa;
- Número total de farmacêuticos deve ser um para cada 30.000 doses dispensadas por mês;
- Pessoal de farmácia qualificado, sendo o ideal quatro funcionários para cada 30.000 doses dispensadas/mês;

Conhecimento e habilidades:

- O farmacêutico deve aprimorar a seus conhecimentos de atenção farmacêutica;
- Treinamento específico para o pessoal da farmácia:
 - Capacidade de interpretar símbolos e a linguagem científica;
 - Preparo a acondicionamento dos medicamentos;
 - Manuseio e manutenção de maquinário especializado;
 - Adaptação da rotina de trabalho;
 - Armazenamento e reposição de materiais.

Estrutura física:

- Deve ser suficiente para separar as áreas de recepção da prescrição médica, a validação, a preparação da dose unitária no pacote do paciente e revisão;
- O planejamento do espaço é necessário e deve ser feito de acordo com as normas da legislação vigente RDC n°33/00 e RDC n°50/02.
- Urgências ainda contarão com carros específicos nas unidades.

Equipamento:

- Painéis e estantes com caixinhas identificadas em ordem alfabética;
- Carro para entrega das medicações nos setores;
- Sistema moderno de informática;
- Máquina para unitarizar dose de comprimidos, injetáveis e líquidos;
- Refrigeradores para armazenar medicamentos termo lábeis reconstituídos para a dose unitária;
- Impressos: deve-se avaliar o tipo de formulário para a prescrição médica irá se utilizar, de preferência, a prescrição eletrônica é mais vantajosa;
- Fontes de informação atualizadas e à disposição, tais como, bases de dados dos pacientes, formulários terapêuticos, ferramentas para consulta a internet;
- Ferramentas: Como todos os medicamentos do hospital estarão acondicionados em doses unitárias devem ter protocolos escritos de armazenamento.

Estrutura organizacional:

É fundamental estabelecer os seguintes aspectos:

- Prescrição: pode ser manual (sempre cópia) ou eletrônica;
- Aprazamento: é feita pelo enfermeiro;

- Transporte: o serviço de farmácia recebe uma cópia da prescrição de medicamento através de um técnico ou pelo sistema informatizado no caso de prescrição eletrônica;
- Transcrição: O serviço de farmácia transcreve para o sistema informatizado o sistema ou no caso de a prescrição ser eletrônica, somente identifica a prescrição;
- Revisão da transcrição e validação: o farmacêutico da dose unitária verifica incompatibilidades, toxicidade, substituições por genéricos, que sejam cabíveis;
- Os medicamentos são separados e enviados as unidades de preferência dentro do horário que será utilizado, se não for possível, é dispensado para 24 horas.

5.4.4 Processo

As etapas que constituem o processo são:

- Revisão da qualidade da prescrição médica, assim como os dados do paciente;
- Validação e adequação da prescrição médica, podem ser colocadas informações sobre toxicidade, incompatibilidade, possíveis substituições;
- Comprovação da medicação preparada antes de sua distribuição;
- Diferenciação e identificação da medicação em cada horário de administração se o sistema for para distribuição de 24 horas;
- Revisão da medicação não administrada, verifica motivos da devolução, identifica se pode ser reutilizada a dose devolvida ou deve ser descartada;
- Para este sistema o ideal é que tenha farmacêutico durante as 24 horas.

5.4.5 Resultados

Caso o programa seja aprovado e implantado, deve haver ferramentas que possibilitem extrair indicadores de qualidade, onde podemos medir os resultados obtidos. Como indicadores de atividade, verificando quantidade de pacientes atendidos, e de doses dispensadas, indicadores de qualidade, tais como, porcentagem de erro, incidência de dados terapêuticos, indicadores de satisfação, como o número de reclamações dentro das doses dispensadas, indicadores de consumo, indicadores econômicos.

Neste sistema o profissional farmacêutico e todo o seu conhecimento é mais aproveitado em relação aos outros. Minha experiência enquanto pesquisadora,

observadora e atuante neste segmento de farmácia hospitalar aponta para uma otimização dos processos, profissionalização dos resultados e valorização deste profissional farmacêutico na equipe de saúde. Esse profissional que é capaz de avaliar a prescrição médica, perceber incompatibilidades entre diversos medicamentos, assim como efeitos adversos e interação com alimentos.

Para este sistema, o adequado é que o Hospital possa obter uma máquina que possa unitarizar a dose de medicamentos, comprimidos, ampola que também permita colocar código de barras, lote, validade e assim evita perdas significativas.



Figura 09 – Máquina de dose unitária comprimidos e ampolas.

Fonte: Opus Pac System Divulgação (2012)



Figura 10 – Embalagem unitária frente e verso.

Fonte: Opus Pac System Divulgação (2012)

Abaixo está o quadro com o fluxograma do Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU) que poderá ser utilizada pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia, descrevendo todo o fluxo que deve seguir a prescrição médica para a dispensação de medicamentos.

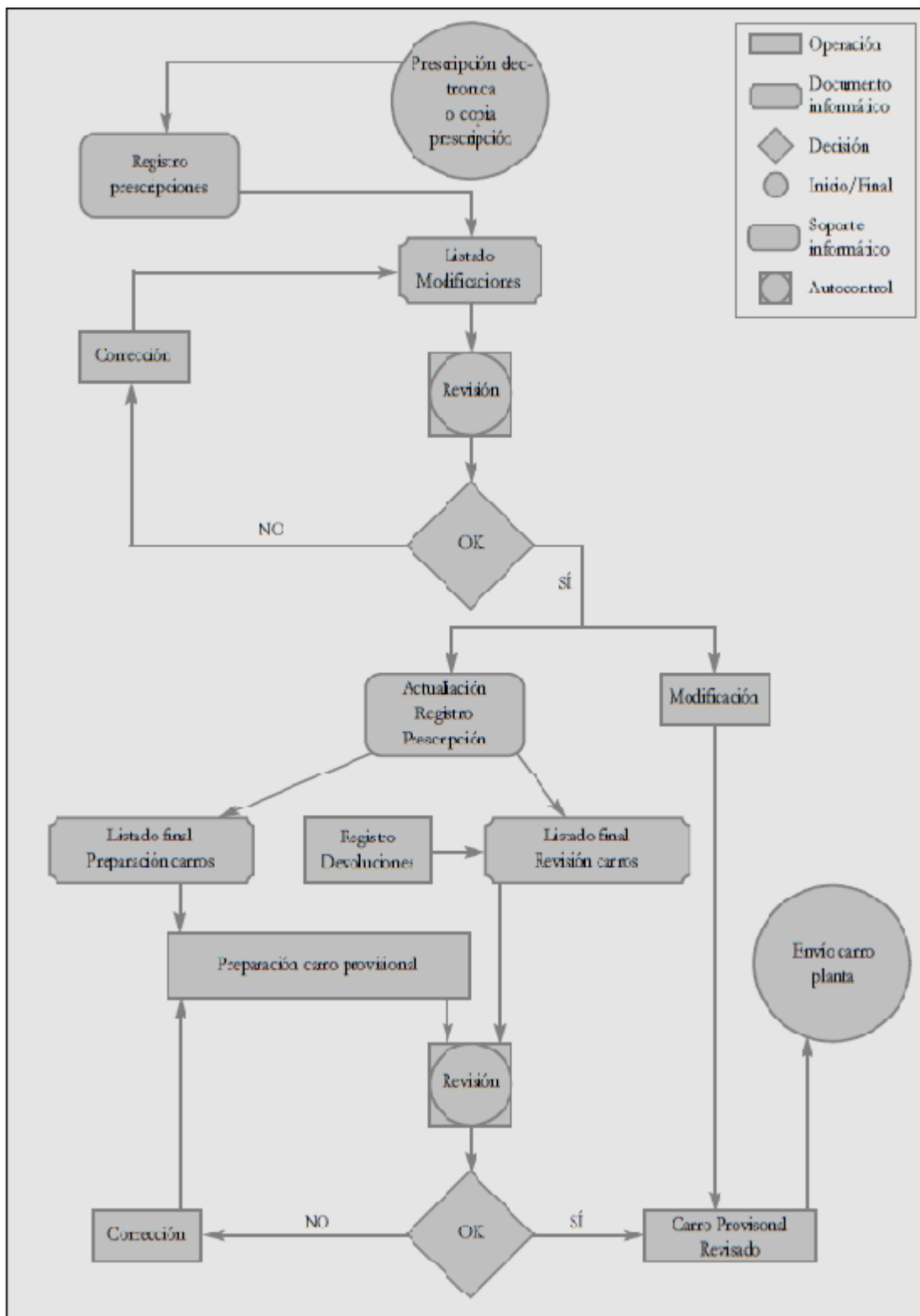


Figura 11 – Diagrama de fluxo da dispensação em dose unitária.

Fonte: Napal, González e Ferrándiz (2002).

5.5 CUSTOS DE IMPLANTAÇÃO

Dentro do recomendado para implantação do SDMDU na instituição estudada, a área física é ideal, porém novas divisões terão que ser realizadas, como a separação da farmácia em três locais: área de dispensação, área de almoxarifado de farmácia e laboratório de unitarização de dose.

Quatro farmacêuticos terão que ser contratados exclusivamente para a implantação e manutenção de dose unitária. Quatro funcionários deveriam ser contratados para a unitarização da dose. Dois funcionários para o almoxarifado de farmácia.

Mais um computador potente, uma impressora multifuncional, três leitores de códigos de barras, duas seladoras térmicas com termostato, uma máquina unitarizadora de dose de comprimidos e ampolas e uma máquina unitarizadora de doses de líquidos.

Descrição	Valor (R\$)
Máquina unitarizadora de doses de comprimidos e ampolas	106.000,00
Máquina unitarizadora de doses de líquidos	60.000,00
Reforma de área física	40.000,00
Computador	2.000,00
Leitores de código de barras	600,00
Aumento de quadro de pessoal	11.600,00
Seladoras térmicas com termostato	600,00
Diversos (uniformes e materiais)	2.000,00
Total	222.800,00

Tabela 01 – Custos para implantação dos SDMDU.

Fonte: Elaborado pela autora

Os custos de reforma da área física dependem se será feito pelo setor de manutenção do hospital, por isso na tabela consta o valor mínimo do serviço.

O prazo para a aplicação deste sistema seria de seis meses, pois o cronograma inclui treinamento do pessoal de farmácia, treinamentos com médicos e com enfermagem, adequação do local e compra de maquinários.

6 CONCLUSÃO

A ideia deste trabalho foi de analisar o sistema de distribuição de medicamentos do HSCM, apontando pontos fortes assim como dificuldades encontradas no atual sistema de distribuição de medicamentos e verificar a viabilidade de se optar por uma nova metodologia de trabalho com um novo sistema de distribuição de medicamentos, o SDMDU, que possui inúmeras vantagens, pois possui metodologia diferenciada de trabalho que confere muito mais qualidade e segurança para o paciente, além de inserir o farmacêutico no cuidado ao paciente.

Dentre os sistemas estudados, tais como o Coletivo, Individual Indireto, creio que o Sistema de Distribuição Individual Direto que possuímos, e apesar de suas desvantagens, possui muitas vantagens em relação aos demais, pois possui menos perdas que os anteriores, além de menos erros de medicação. Porém, o SDMDU ainda se sobressai a todos eles, pois possui menos erros de medicação, menos perdas, e tudo isso comprovado em diversas pesquisas.

O Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária, que na realidade já é conhecido nos países de primeiro mundo, não é muito difundido nem estimulado nos hospitais brasileiros em função da cultura terapêutica onde o médico é a figura máxima de todo o cuidado e assistência, tornando delicado o questionamento de sua conduta medicamentosa por parte do profissional farmacêutico. Acontece que no interior a situação é diferenciada, médicos que são residentes há muitos anos e são formados em outra época, são os que normalmente clinicam e estão no topo da cadeia de cuidado e atenção ao paciente, exigindo uma mudança profunda na própria cultura local para a inserção do profissional farmacêutico no processo de cuidado e perceber a avaliação da prescrição de medicamentos de maneira positiva, pois o profissional formado para avaliar a medicação é atuante.

O clima da profissão farmacêutica no Brasil é de valorização do profissional e aplicação de todo o seu conhecimento, para tanto uma profunda mudança no currículo da universidade de farmácia foi alterado, a fim de resgatar esta profissão e de inserir este profissional na cultura de atenção e cuidado, o que hoje é chamado de atenção farmacêutica. Portanto este sistema de distribuição, o SDMDU, onde o farmacêutico tem um papel de suma importância vem de encontro a esse clima de resgate da profissão, inserindo o profissional farmacêutico no cuidado.

Acredito que o sistema de distribuição de medicamentos é um importante componente em toda a assistência, e que não depende somente do serviço de farmácia para a implantação, depende de todos os setores envolvidos de alguma maneira, como a enfermagem, pois afeta diretamente toda a sua rotina, o médico, que terá sua prescrição avaliada e vários aspectos, o que raramente é visto com bons olhos por esses profissionais, até mesmo por uma questão de cultura do país e falta de imposição da classe farmacêutica, até mesmo o setor administrativo precisam ser consultado, pois é necessário investimento inicial, e manutenção.

Os custos de implantação são altos para a realidade dos hospitais filantrópicos que atendem os pacientes do Sistema Único de Saúde, porém se justifica quando pensamos em diminuição de erros de medicação, segurança, qualidade e eficácia do medicamento e uma abreviação do tempo de tratamento pelo paciente, diminuindo o tempo médio de internação dos pacientes e um breve restabelecimento das condições de saúde do paciente, nada impossível quando bem planejado e buscando apoio de parceiros e voluntários, quem ganha é toda a sociedade no final de contas.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO NETO, Francisco de Paula Bueno de. *Gestão logística em saúde* / Francisco de Paula Bueno de Azevedo Neto, Washington Luiz Mourão Silva, Vera Lucia Luiza. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Farmácia Hospitalar. *Guia Básico para a Farmácia Hospitalar*. Brasília, 1994. 174 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_farmacia1.pdf>. Acesso em: 21 de jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos 2001**. Brasília. 2001. 40 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 08 de mar. 2012.

CNES/DATA SUS. **Informações Hospital Santa Casa de Misericórdia**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4317102248220> Acesso em: 03 jan. 2012.

DIAGNÓSTICO LOCAL DE SAÚDE SANT'ANA DO LIVRAMENTO. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://189.28.128.101/portal/arquivos/pdf/Diagnostico_Local_Santana_do_Livramento-RS.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2011.

FINOTTI, Carolina M. D. da C. **Sistema de distribuição de medicamentos na farmácia hospitalar**. Portal Educação. 29 out 2010. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/9895/sistema-de-distribuicao-de-medicamentos-na-farmacia-hospitalar>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

FREITAS, Alessandro Russo de. **Vigilância Sanitária na Farmácia Hospitalar: o Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU) em foco**. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Curso de especialização em Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/alessandra_russo2005.PDF>. Acesso em: 02 de jan. 2012.

MARIN, Nelly. (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. / Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003. [373]p. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArg/0080.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2012.

NAPAL V, GONZALÉZ M, FERRÁNDIZ JR. **Dispensación com intervención previa del Farmacêutico: dosis unitárias**. In: FALGAS BJ, DOMINGUEZ A, HURLÉ G, PLANTAS MCG, LECUMBERRI VN, MOLINA EV. Farmacia Hospitalaria. Spaña: SEFH, 2002. p. 389-414. Disponível em: <<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap2611.pdf>>. Acesso em 11 mar. 2012 .

OPUS PAC SYSTEM. Máquinas para farmácia hospitalar - Divulgação. Disponível em: <<http://opuspac.com.br/index.php>>. Acesso em: 12 de mar. 2012.

RIBEIRO, Eliane. **“Dose Unitária: Sistema de Distribuição de Medicamentos em Hospitais”**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, 33(6):62-73. Nov./Dez. 1993. Disponível em: < http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901993000600007.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2012.

STORPIRTIS, S. ; MORI, Ana Luiza Pereira Moreira ; YOCHIY, A. ; RIBEIRO, Eliane ; PORTA, V. . Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 1. 489 p. Cap. 34.

VECINA NETO, Gonzalo; REINHARDT FILHO, Wilson. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos. Volume 12. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998. Disponível em: < <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/net001.pdf>>. Acesso em 25 jan. 2012.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE UNITÁRIA

Instituição: Hospital Santa Casa de Misericórdia

Endereço: Rua Manduca Rodrigues 295

Nome: _____

Cargo: _____

1 – O sistema de distribuição atual de medicamentos da instituição, individual direto, está suprimindo as necessidades da empresa?

Sim

Não

2 - Se houver possibilidade, gostaria de mudar o sistema atual?

Sim

Não

3 - Conhecimento a respeito do sistema de distribuição de medicamento por dose unitária?

Sim

Não

4 - Existe interesse para implantação do sistema de distribuição por dose unitária?

Sim

Não

5 – Caso o sistema de distribuição fosse alterado, haveria colaboração por parte do seu setor?

Sim

Não

