

## Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais

*Dirce Cruz Marques<sup>1</sup>  
e Paola Zucchi<sup>1</sup>*

**Palavras-chave:** Comitê de farmácia e terapêutica, medicamentos essenciais, uso de medicamentos.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Centro Paulista de Economia da Saúde. Enviar correspondência para Paola Zucchi no seguinte endereço: Rua Botucatu 685, CEP 04023-062, São Paulo, SP, Brasil. Fone: +55-11-5575-6427; e-mail: pzuuchi@cpes.org.br

Muitos avanços têm sido alcançados com o desenvolvimento da medicina e a sofisticação dos sistemas de saúde para dar conta da demanda por saúde. Ainda assim, é crescente a preocupação com a qualidade dos serviços prestados e com os recursos necessários para prosseguir. O medicamento, insumo muito importante nesse processo, foco de intensa incorporação tecnológica, reflete muito bem a necessidade de constantes avaliações para que o seu uso seja benéfico à saúde.

Dentre as razões para incorporar as atividades que promovem o uso racional de medicamentos, destacam-se a ética e a economia: o tratamento de um indivíduo deve oferecer o máximo benefício com o mínimo de risco e, ao mesmo tempo, a sociedade deve maximizar os recursos financeiros (1). Muitos países gastam com medicamentos de 30 a 40% de seus orçamentos em saúde. Contudo, grande parte desses recursos é desperdiçada com fármacos ineficazes, não seguros ou inapropriados. A utilização inadequada dos medicamentos pode gerar conseqüências como efeito terapêutico insuficiente, reações adversas, efeitos colaterais, interações medicamentosas preveníveis e aumento da resistência bacteriana aos antimicrobianos (2). Essas questões estão diretamente relacionadas ao aumento dos custos de tratamento e, conseqüentemente, dos gastos em saúde. Portanto, reverter essa situação é hoje um dos mais complexos desafios na reforma do cuidado em saúde (3).

Dentre os efeitos indesejáveis dos medicamentos, a reação adversa é qualquer resposta prejudicial e não intencional a um fármaco utilizado nas doses normais para seres humanos em profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou com o objetivo de modificar uma função fisiológica (4). Nos Estados Unidos, as reações adversas a medicamentos estão entre a quarta e a sexta causa de morte, somando 106 000 mortes por ano, ocasionando maior tempo de internação e aumento dos custos de hospitalização em comparação às internações dos pacientes que não apresentam essas reações (5).

A resistência bacteriana está relacionada ao uso irracional de antimicrobianos na atenção primária em saúde e no ambiente hospitalar. A principal implicação econômica da resistência antimicrobiana é a diminuição da eficácia do tratamento com antibióticos, exigindo o uso de fármacos cada vez mais onerosos que são praticamente inacessíveis para muitos programas de atenção primária em saúde (6).

Outro fato a ser levado em conta para estabelecer o uso racional de medicamentos é a rapidez com que são lançados no mercado novos produtos farmacêuticos. Isso cria para os profissionais de saúde a necessidade de buscar sempre informações equilibradas sobre os fármacos, uma vez que a maioria desses novos medicamentos é fruto de pequenas mudanças nas suas estruturas moleculares que não trazem melhorias substanciais do ponto de vista terapêutico (7). No Brasil, uma revista direcionada ao comércio farmacêutico divulgou 13 010 apresentações farmacêuticas em abril de 2005 (8).

Uma das estratégias reconhecidas para organizar as ações que devem dar conta de aprimorar a utilização dos fármacos nos diversos equipamentos de saúde é a atuação da comissão farmacoterapêutica (CF). A CF é também chamada de comissão de farmácia e terapêutica, comitê de farmácia e terapêutica, comissão de medicamentos e terapêutica, comissão de farmacoterapia, entre outras. A Organização Mundial da Saúde (OMS), no documento sobre estratégias farmacêuticas para os países no período de 2004 a 2007 (9), estabelece que um dos resultados esperados para o uso racional de fármacos pelos profissionais de saúde e consumidores é a promoção das CF em nível institucional, local e nacional. Os efeitos benéficos da CF em monitorar e promover a qualidade no uso de medicamentos e conter os gastos no hospital e em outros serviços de saúde têm sido geralmente aceitos nos países desenvolvidos. Enquanto isso, nos países em desenvolvimento é pouco comum a avaliação dos impactos clínicos e econômicos que a implementação das CF poderia gerar (10). Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi descrever o papel da comissão farmacoterapêutica nos serviços de saúde e comparar a sua utilização no cenário internacional e no Brasil.

## O PAPEL DA COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA E SUA ORGANIZAÇÃO

O objetivo da CF é possibilitar que os pacientes recebam o melhor e mais custo-efetivo tratamento através do acesso ao medicamento e do seu uso adequado (2).

As funções mais importantes da CF são: oferecer avaliação, educação e consultoria aos profissionais da instituição sobre todas as questões relacionadas ao uso de medicamentos, incluindo a pesquisa clínica; selecionar os fármacos, desenvolver e manter atualizado o formulário terapêutico; estabelecer programas e procedimentos sobre custo-efetividade dos fármacos para que haja uma terapêutica medicamentosa segura e eficaz; estabe-

lecer programas de educação continuada sobre o uso de fármacos para os profissionais da instituição; participar na avaliação da qualidade relacionada à distribuição, à administração e ao uso de medicamentos; monitorar e avaliar as reações adversas aos medicamentos para elaborar as recomendações que previnem tais ocorrências; definir estudos de utilização de medicamentos para elaborar recomendações sobre o uso racional dos fármacos; assessorar o serviço de farmácia na implementação do serviço de distribuição de medicamentos; e divulgar informação e recomendações para todos os profissionais de saúde da instituição (11, 12).

A CF é normalmente subordinada à autoridade da instituição e constituída por uma equipe multiprofissional, variável de acordo com o tamanho e a complexidade do serviço, que inclui médicos, farmacêuticos, enfermeiros e representantes da direção do serviço (13). Em algumas instituições, a CF é organizada em subcomissões, de acordo com as atividades a serem desenvolvidas; são exemplos as subcomissões de controle de infecção, de uso de medicamentos, de monitoramento e intervenção em caso de reações adversas a medicamentos e de elaboração do formulário terapêutico (14, 15).

O trabalho de seleção dos fármacos, levando-se em conta a eficácia, a segurança, a qualidade e o custo, é a função central da CF, e uma das mais difíceis, pois requer muita informação e cautela nas decisões. A partir dessa seleção, a elaboração de um formulário terapêutico tem um importante papel em promover a qualidade da prescrição e apoiar o gerenciamento de recursos limitados, e também como ferramenta de educação continuada (12, 16).

A medicina baseada em evidências deve ser o fundamento de todas as decisões da CF. Para que essa comissão tenha um desempenho adequado, é necessária a contribuição de profissionais com diferentes competências e o apoio da direção da instituição, mostrando transparência em suas ações (2).

## EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

O trabalho das CF é bastante conhecido em países como a Austrália, os Estados Unidos e os países da Europa. Nos Estados Unidos, o estabelecimento das CF iniciou-se na década de 1930, e nos países europeus, na década de 1970. Na Alemanha, em 1984, a legislação definiu a obrigatoriedade das CF em hospitais (17). No Reino Unido e na Austrália, 86 e 92% dos hospitais, respectivamente, mantinham, em 1990, algum tipo de CF hospitalar (18). Na Suécia, em 1997, uma lei determinou que todos os 21 condados do país deveriam constituir CFs (19). Nos Estados Unidos, a acreditação hospitalar é condicionada à existência de CFs (18). Na Austrália,

desenvolveram-se indicadores para monitorar o desempenho da CF como forma de aprimorar a sua relevância e utilidade (20).

Um estudo realizado em 54 hospitais da Alemanha mostrou que 61% das CF estabeleceram subcomissões relacionadas a controle de antimicrobianos, sistemas de distribuição de medicamentos, sistemas de nutrição enteral e parenteral, produtos derivados do sangue, drogas psicotrópicas, fármacos de alto custo, elaboração e publicação do formulário terapêutico e desenvolvimento de diretrizes e protocolos farmacoterapêuticos (17). Outro estudo realizado em 143 hospitais alemães mostrou que, na composição das CF, o número de profissionais variava de 5 a 40 membros e era diretamente proporcional ao número de leitos, sendo que, na grande maioria dessas CF, todas as especialidades clínicas existentes nos hospitais estavam representadas (21).

Nos Estados Unidos, um estudo realizado em 221 grandes hospitais-escola no período de 1994 e 1995 mostrou que a função principal das CF em quase todos os hospitais estava relacionada à inclusão ou exclusão de fármacos das listas, sendo que 54,9% deles reportaram que realizavam análise econômica formal de custo ou avaliação do impacto de custo para a revisão das listas, 97,8% incluíam os custos de aquisição do medicamento na análise e 68,1% incluíam a análise de custo da terapia alternativa (22).

Em um hospital terciário dos Estados Unidos, a subcomissão de segurança no uso de medicamentos tem como principal responsabilidade reduzir os índices de eventos adversos preveníveis relacionados a medicamentos. Em 2001, a maioria das 44 recomendações elaboradas por essa subcomissão foram relacionadas à frequência e ao intervalo entre a administração dos medicamentos, à descontinuidade da medicação, aos ajustes de doses em insuficiência renal, à necessidade de testes laboratoriais e à eliminação de duplicação da terapêutica (23).

Outro estudo em 535 hospitais nos Estados Unidos durante o ano de 2001 mostrou que 99,3% possuíam CF e que a média de reuniões era de sete por ano; 97,1% das CF eram responsáveis por desenvolver o formulário terapêutico; 95,8% pelos estudos sobre as reações adversas a medicamentos; 91,3% pelos estudos de utilização de medicamentos; 62,4% desenvolviam protocolos de utilização de medicamentos; 78% tinham programas de avaliação do uso de medicamentos para melhorar a qualidade das prescrições; e em 95,2% existia uma subcomissão de controle de infecções. Aproximadamente um terço dos hospitais tinha avaliação da adesão do prescritor às políticas de uso de fármacos. Mais de 90% dos hospitais usavam dados clínicos, de custo e farmacoeconômicos no gerencia-

mento do formulário, sendo que 70% destes consideravam ainda os dados sobre qualidade de vida como forma de incluir a dimensão humanística no cuidado em saúde (24).

Verificou-se que as CF de diversas instituições se organizam em sociedades científicas para trocar experiências, fortalecer o trabalho e aprimorar suas ações (25).

Em 2003, a OMS e a organização *Management Sciences for Health* (MSH) (3) elaboraram um guia prático para as CF (2). Esse manual fundamentou-se em instrumentos usados numa capacitação internacional sobre CF e na experiência adquirida no Zimbábue e na Indonésia. O objetivo do manual é informar os profissionais dos serviços de saúde sobre como atuar na CF para promover qualidade e custo-efetividade na atenção à saúde, assim como estabelecer princípios gerais, estratégias e atividades, papéis e responsabilidades da CF e descrever como podem ser alcançadas as metas da comissão.

## EXPERIÊNCIA NACIONAL

A regulamentação brasileira a respeito da incorporação da CF nos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, apresenta algumas características distintas daquelas observadas em outros países (tabela 1). No Brasil, embora haja a recomendação, não existe a obrigatoriedade da existência da CF em serviços de saúde. Além disso, internacionalmente, verifica-se que o controle da resistência bacteriana aos antimicrobianos é de responsabilidade da própria CF, através de uma subcomissão específica, ao passo que, no Brasil, a legislação federal estabelece a obrigatoriedade da existência de uma comissão distinta em hospitais com essa finalidade, chamada de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (26) estabeleceu que os medicamentos essenciais (27) devem ser selecionados em âmbito estadual e municipal a partir da relação nacional de medicamentos essenciais (28). Nossa consulta a um banco de dados que relaciona as publicações oficiais de municípios, estados e união revelou portarias instituindo a CF, com diretrizes gerais de funcionamento, em serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais no Estado e no Município de São Paulo (29, 30), e uma resolução (31) que estabelece um instrumento de avaliação da qualidade da assistência farmacêutica nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Neste instrumento, um dos elementos de análise é a existência ou não de CF nas secretarias municipais de saúde. Por outro lado, em 1983, o Ministério da Saúde estabeleceu a obrigatoriedade da criação e padronização das CCIH (32). Em 1993

**TABELA 1. Comparação das características das comissões farmacoterapêuticas no Brasil e em outros países**

Características das comissões	Outros países <sup>a</sup>	Brasil
Obrigatoriedade de existência nos serviços de saúde	Sim	Não
Divulgação da sua existência nos serviços de saúde	Sim	Restrita a poucos hospitais e secretarias de saúde
Composição de caráter multiprofissional	Sim	Dados não disponíveis
Seleção de medicamentos como função principal	Sim	Sim
Organização em subcomissões	Sim	Não <sup>b</sup>
Divulgação dos métodos de trabalho	Sim	Dados não disponíveis
Desempenho da comissão é monitorado	Sim	Não
Comissão é avaliada para fins de acreditação hospitalar	Sim	Não
Organização em sociedades científicas	Sim	Não

<sup>a</sup> Países da Europa, Austrália e Estados Unidos.

<sup>b</sup> Existência de comissão distinta da comissão farmacoterapêutica para controle de infecção hospitalar.

foram definidos incentivos financeiros para hospitais universitários com CCIH constituída (33).

Em 1998, o Ministério da Saúde, atendendo à Lei Federal (34), regulamentou as ações de controle de infecção hospitalar através do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH). Conforme esse programa, os hospitais devem constituir a CCIH e esta, em cooperação com a CF, deve definir a política de utilização de antimicrobianos (35). A partir daí, vários instrumentos regulatórios surgiram para reforçar o trabalho das CCIH (36, 37). A literatura propõe ações conjuntas da CF e CCIH (38). O Conselho Federal de Farmácia define que, nas atividades de assistência farmacêutica, é de competência da farmácia hospitalar manter um membro permanente na CF e na CCIH (39).

Em 2003, um estudo realizado em 250 hospitais públicos e privados no Brasil mostrou que 139 hospitais possuíam CCIH e 29 hospitais possuíam CF. Em nove destes hospitais, as CF funcionavam regularmente, ou seja, com no mínimo uma reunião a cada 2 meses (40).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) inclui, nos itens de avaliação da assistência farmacêutica do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, a participação em comissões, a especificação e a disponibilidade de medicamentos e o cumprimento das normas de prevenção e controle de infecção, sem contudo mencionar especificamente a existência e o funcionamento da CF (41).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Há vários estudos a respeito do trabalho das CF no mundo, que contemplam desde sua estrutura e organização até as estratégias estabelecidas para enfrentar os problemas advindos do uso irracional dos fármacos. As informações técnico-científicas disponíveis no Brasil quanto ao desenvolvimento das

CF são bastante limitadas, porém permitem identificar diferenças em relação a outros países (tabela 1).

Embora haja recomendações para a implantação e a implementação das CF, existem poucas publicações divulgando a existência de CF em serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). É possível que existam outras CF não oficialmente divulgadas. Por outro lado, existe uma vasta regulamentação para o controle da resistência antimicrobiana através da CCIH. Porém, como a atuação da CCIH se restringe ao hospital, o controle da resistência antimicrobiana em outros serviços de saúde, como os ambulatoriais, merece atenção. O estudo de 2004 de Osório de Castro e Castilho (40) alerta para a discrepância considerável entre o número de CCIH e o de CF nos hospitais públicos e privados pesquisados (139 hospitais com CCIH vs. somente 29 com CF). Supõe-se que a obrigatoriedade da existência de CCIH seja um fator determinante dessa disparidade.

A política nacional de medicamentos define que tanto os estados quanto os municípios devem elaborar suas listas de medicamentos essenciais. Dessa forma, é necessário investigar sistematicamente se as atividades de seleção de medicamentos essenciais envolvem o trabalho de CF.

A respeito da avaliação do impacto das CF em países em desenvolvimento, verifica-se que, no Brasil, ainda faltam estudos sobre a existência, a estrutura, a metodologia de trabalho e a avaliação da qualidade das CF. O manual (2) desenvolvido pela OMS pode ser utilizado como referência para estabelecer o perfil das CF atualmente existentes, assim como contribuir para a implantação de outras CF.

A divulgação do funcionamento e organização das CF, da metodologia de seleção de medicamentos e de outras ações tem grande importância para a colaboração e a troca de experiências entre as comissões. É necessário que os órgãos regulamentadores discutam se a obrigatoriedade da CF nos ser-

viços de saúde é importante para consolidar essa estratégia, à luz do que ocorreu com a CCIH. Para tanto, é fundamental o empenho do Ministério da Saúde, junto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ONA, para propiciar o desenvolvimento das CF no Brasil. Devem-se criar incentivos de estrutura, capacitação de profissionais e arcabouço legal, assim como mecanismos de avaliação do desempenho das CF que sejam consoantes com os objetivos definidos pela política nacional de medicamentos.

---

#### SYNOPSIS

### Pharmacy and therapeutics committees in Brazil: lagging behind international standards

*The inadequate use of drugs leads to lack of therapeutic efficacy, adverse reactions, side effects, preventable drug interactions, increased bacterial resistance to antibiotics, and wasted resources. Changing this scenario is one of the most complex challenges facing health systems today. One ap-*

*proach used to rationalize the use of drugs lies in the creation of pharmacy and therapeutics committees, whose main role is to guide and assist health institutions at all levels in selecting drugs and monitoring their use, training professionals to use drugs rationally, and collecting systematized information to guide new strategies and actions. Brazil, unlike other parts of the world, does not make it compulsory to have pharmacy and therapeutics committees. Although committees for monitoring hospital infections are compulsory in that country, their action is restricted to hospitals and is not as broad as that proposed for pharmacy and therapeutics committees. Data from 2003 shows that among 250 public and private hospitals in Brazil, only 29 had pharmacy and therapeutics committees. It is essential that the need to make these committees compulsory at all levels of the Brazilian health system be discussed, and that the national Ministry of Health and other related agencies create the conditions necessary for the establishment of pharmacy and therapeutics committees, in accordance with other health policies currently in place.*

**Key words:** Drugs, essential; drug utilization; pharmacy and therapeutics committee.

---

#### REFERÊNCIAS

- Velásquez G. Impacto económico del uso racional de medicamentos. Em: Bermúdez JAZ, Bomfim JRA, orgs. Medicamentos e a reforma do setor saúde. São Paulo: Hucitec; 1999. Pp. 29–34.
- Holloway K, Green T. Drug and therapeutics committees—A practical guide. Genebra: WHO; 2003.
- Management Sciences for Health. Rational Pharmaceutical Management Plus [site da Internet]. Disponível em: <http://www.msh.org/projects/rpmplus/>. Acessado em novembro de 2005.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Farmacovigilância [site da Internet]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/conceito\\_glossario.htm](http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/conceito_glossario.htm). Acessado em novembro de 2005.
- Suh DC, Woodall BS, Shin SK, Hermes-De Santis ER. Clinical and Economic Impact of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients. *Ann Pharmacother*. 2000;34(12):1373–9.
- World Health Organization. Interventions and strategies to improve the use of antimicrobials in developing countries: a review [site da Internet]. Disponível em: [http://www.who.int/drugresistance/Interventions\\_and\\_strategies\\_to\\_improve\\_the\\_use\\_of\\_antim.pdf](http://www.who.int/drugresistance/Interventions_and_strategies_to_improve_the_use_of_antim.pdf). Acessado em 17 novembro de 2005.
- Marin N, Luiza VL, Osório de Castro CG, Machado dos Santos S, orgs. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003.
- Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico. *Rev ABCFARMA*. 2005;13(164):10.
- World Health Organization. WHO Medicines strategy: countries at the core. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_EDM\\_2004.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf). Acessado em 17 de novembro de 2005.
- Laing RO, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy Plan*. 2001;16(1):13–20.
- American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on the pharmacy and therapeutics committee. *Am J Hosp Pharm*. 1992;49(8):2008–9.
- Solomon DK, Gourley DR, Brown JR, Gourley GA, Humma LM. Technology assessment and the drug use process. *Am J Manag Care*. 1999;5(2):220–32.
- Bagozzi RP, Ascione FJ, Mannebach MA. Inter-role relationships in hospital-based Pharmacy and Therapeutics Committee decision making. *J Health Psychol*. 2005;10(1):45–64.
- Maswoswe JJ, Okpara A. Enforcing a policy for restricting antimicrobial drug use. *Am J Health-Syst Pharm*. 1995;52(13):1433–5.
- Lewis RP, Moore TD. P & T Committee perspectives: achieving an effective committee through reorganization: the Ohio State University Hospital's experience. *Hosp Formul*. 1991;26(2):120–30.
- Mccain J. P&T Committees in position to reduce medication errors [editorial]. *Manag Care*. 2004;13(6):28–30.
- Fijn R, Brouwers JRB, Knaap RJ, De Jong-Van den Berg LTW. Drug and therapeutics (D&T) committees in Dutch hospitals: a nation-wide survey of structure, activities, and drug selection procedures. *Br J Clin Pharmacol*. 1999;48:239–46.
- Green T, Beith A, Chalker J. Comissão de Farmácia e Terapêutica: instrumento para promover o uso racional do medicamento. *Farmacoterapêutica (CEBRIM)/Pharm Bras* 2003;VIII(out/dez): 1–4. Disponível em: <http://www.cff.org.br/revistas/40/farmacoterapeutica.pdf>.
- World Health Organization. Drug and therapeutics committees: a Swedish experience. *WHO Drug Inf*. 2002;16(3):205–42.
- Weeks LM, Brooks C, Day RO. Indicators for Drug and Therapeutics Committees. *Br J Clin Pharmacol*. 1998;45(4):393–8.
- Thürmann PA, Harder S, Steiöff A. Structure and activities of hospital drug committees in Germany. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;52(6):429–35.
- Mannebach MA, Ascione FJ, Gaither CA, Bagozzi RP, Cohen IA, Ryan ML. Activities, functions, and structure of pharmacy and therapeutics committees

- in large teaching hospitals. *Am J Health-Syst Pharm.* 1999;56(7):622–8.
23. Silverman JB, Stapinski CD, Churchill WW, Neppel C, Bates DW, Gandhi TK. Multifaceted approach to reducing preventable adverse drug events. *Am J Health-Syst Pharm.* 2003;60(6):582–6.
  24. Pedersen CA, Schneider PJ, Santell JP. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: prescribing and transcribing—2001. *Am J Health-Syst Pharm.* 2001;58(23):2251–66.
  25. The Pharmacy & Therapeutics Society. Improving patient safety and quality of care: a Pharmacy & Therapeutics Society response to the challenges of medications errors [site da Internet]. Disponível em: <http://www.ptociety.org>. Acessado em novembro de 2005.
  26. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2001. (Série C Projetos, Programas e Relatórios, no. 25).
  27. World Health Organization. Essential drugs and medicines policy [Internet site]. Disponível em: <http://www.who.int/countries/eth/areas/medicines/en/>. Acessado em 17 de novembro de 2004.
  28. Brasil, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais—RENAME 2002. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série B).
  29. Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde. Portaria no. 01 de 09 de junho de 2003. Diário Oficial do Estado de São Paulo 10 de junho de 2003 [CD-ROM]. São Paulo: Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária/Optionline; 2004.
  30. Município de São Paulo, Secretaria da Saúde. Portaria no. 2693 de 11 de dezembro de 2003. Normatiza a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal. Diário Oficial do Município de São Paulo 12 de dezembro de 2003 [CD-ROM]. São Paulo: Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária/Optionline; 2004.
  31. Estado do Rio de Janeiro, Secretaria da Saúde. Resolução no. 1487 de 18 de abril de 2000. Implanta instrumento de prestação de contas do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro 24 de abril de 2000 [CD-ROM]. São Paulo: Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária/Optionline; 2004.
  32. El Far F, Marino CG, Medeiros EAS. The organization of hospital infection control committees and their importance in Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2001;5(6):290–3.
  33. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria no. 32 de 16 de fevereiro de 1993. Diário Oficial da União 17 de fevereiro de 1993 [CD-ROM]. São Paulo: Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária/Optionline; 2004.
  34. Brasil, Presidência da República. Lei no. 9431 de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Diário Oficial da União 7 de dezembro de 1997 [CD-ROM]. São Paulo: Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária/Optionline; 2004.
  35. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria no. 2616 de 12 de maio de 1998 [site da Internet]. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>. Acessado em novembro de 2005.
  36. Conselho Federal de Medicina. Resolução no. 1552 de 20 de agosto de 1999. Diário Oficial da União 17 de setembro de 1999 [CD-ROM]. São Paulo: Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária/Optionline; 2004.
  37. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) no. 48 de 2 de junho de 2000. Diário Oficial da União 6 de julho de 2000. São Paulo: Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária/Optionline; 2004.
  38. Usberco LMP, Gastaldi SR, Santos GAA, Fernandes AT, Ribeiro Filho N. Farmácia hospitalar. Em: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N, Graziano KU, Cavalcante NJF, Lacerda RA. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. Pp. 1079–102.
  39. Conselho Federal de Farmácia. Resolução no. 300 de 30 de janeiro de 1997. Regulamenta o exercício profissional em farmácia de unidade hospitalar, clínica e casa de saúde de natureza pública ou privada. Em: Conselho Federal de Farmácia. A organização jurídica da profissão farmacêutica. 4º ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2003. Pp. 210–1.
  40. Osório de Castro CGS, Castilho SR, orgs. Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2004.
  41. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Brasileiro de Acreditação [site da Internet]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servico\\_saude/acreditacao/manuais/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/servico_saude/acreditacao/manuais/index.asp). Acessado em novembro de 2005.