

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**A FARMÁCIA NO HOSPITAL E A ATENÇÃO À SAÚDE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS HOSPITAIS DO MINISTÉRIO
DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE CASO**

PAULO ROBERTO COELHO WILKEN

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção de título de mestre em Saúde Pública.
Área de concentração de Planejamento e Gestão
de Serviços e Sistemas

**ORIENTADOR : PROF. DR. JORGE ANTONIO ZEPEDA BERMUDEZ
CO - ORIENTADORA : PROF. DR^a MARGARETH PORTELA**

Rio de Janeiro
1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

A FARMÁCIA HOSPITALAR E A ATENÇÃO À SAÚDE
A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO HOSPITAL NOS HOSPITAIS DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE CASO

Dissertação de Mestrado submetida à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos necessários a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

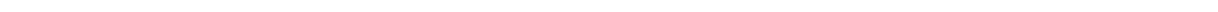
(ORIENTADOR)

(CO - ORIENTADOR)

(EXAMINADOR -1)

(EXAMINADOR - 2)

FICHA CATALOGRÁFICA



A toda minha família, em especial a minha esposa Denise, e as minhas filhas Luciana, Juliana e Michele pela força compreensão e carinho fornecido durante os períodos mais críticos de nossa caminhada. Aos meus pais Lina e Weimar e meus tios Aparecida e Edgard, in memória, e a minha tia Irene os meus agradecimentos especiais, pois sem a ajuda dos mesmos nunca poderia ter conseguido chegar ao meu estágio profissional atual.

AGRADECIMENTOS

- À Prof.^a, Dr.^a. Margareth Crisóstomo Portella, minha co - orientadora, pela paciência, pelos conselhos, incentivo, confiança e habilidade com que conduziu os seminários avançados de planejamento.
 - Ao Prof^o,Dr. Francisco Javier Uribe Rivera pela oportunidade de desenvolver e ampliar meus conhecimentos sobre planejamento de saúde, principalmente através do PES (Planejamento Estratégico Situacional).
 - As Prof.^a Sheila M. Lemos e Prof.^a. Creuza da Silva Azevedo pelas brilhantes aulas sobre Teorias Organizacionais e de Gestão de Serviços de Saúde, o que me permitiu manter contato com obras de autores como Gareth Morgan e Henry Mintzberg dentre outros.
 - À Prof.^a Maura Taveira pela paciência, conselhos e oportunidade de aumentar meus conhecimentos em Programação de Serviços de Saúde.
 - À todos os Professores da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. aos quais tive contatos direto ou indireto, através de suas obras, e que em muito contribuíram para o nosso aperfeiçoamento.
 - A todos os colegas de mestrado, da turma de 1996, da Escola Nacional de Saúde Pública.
 - Aos Farmacêuticos, Guacira Corrêa de Matos, Naira Villas Bôas de Oliveira, Rita de Cássia da Silva Ascenção Barros, Elizabeth Valverde Macedo dos Santos, Antônio Carlos Carreira Freitas, Ivo Fernandez de Araújo, Roberto Pereira Neto e Joaquim Amaral, membros da Comissão Executiva Operacional ERERJ/UFF/1996, da qual tive a satisfação de participar, e cujo o trabalho desenvolvido tornou-se ponto de referência para a elaboração de nossa dissertação.
 - À Prof.^a, Dr.^a Lilian Terezinha Trotta pelas opiniões, incentivo e participação em nossa Banca de Qualificação.
 - As Farmacêuticas Vera Lucia Luiza e Claudia Osório de Castro, Mestres em Farmácia Hospitalar, pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelas bibliografias recomendadas, conselhos e observações efetuadas em nossa dissertação.
 - Ao Amigo e meu ex. Aluno de Química Orgânica, no 2^o Grau, do Colégio Marista São José, André Luiz Almeida dos Reis, colega Farmacêutico e Mestre em Química Orgânica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelos conselhos e ajuda nos momentos difíceis e que tornou-se ponto de referência para que eu concluísse que vale a pena ainda ser Professor.
-
- A Alexandre Pinto Marques (Estudante de Engenharia Eletrônica) e Hiro de Lima Brandão Murakami (Estudante de Medicina), pelo apoio logístico na área de informática.

- À Jussara Amaro da Silva, secretária do Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública, pela colaboração e atenção sempre dispensada.
- Ao Meu Orientador Prof, Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez, cuja carreira profissional tive oportunidade de acompanhar nos últimos 15 anos, ora trabalhando em órgãos diferentes, ora no mesmo órgão, mas sempre ligados a uma mesma questão que envolve a Política de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica desenvolvida no Brasil. Aprendemos a respeitar o profissionalismo, a dedicação, a honestidade e responsabilidade com que o Dr, Bermudez desenvolveu o seu trabalho em todas as Instituições pelo qual passou e que tivemos interseção direta ou indireta. Foi uma enorme satisfação ter sido orientado pelo Dr. Bermudez para elaboração de nossa dissertação de mestrado, o que proporcionou um relacionamento mais afetivo. O meu muito obrigado ao amigo e confidente certo de minhas horas incertas, cujo incentivo, paciência e experiência contribuíram decisivamente para que eu pudesse chegar ao final do caminho.

SUMÁRIO

Sumário	vii
ABSTRACT	xi
LISTA DE TABELAS E QUADROS	xii
LISTA DE FIGURAS	xiv
ABREVIACOES E CONVENOES	xv
CAPÍTULO 1. INTRODUÇAO	1
1.1 - O Problema, a Justificativa e os Objetivos	1
1.1.1 - O Problema	1
1.1.2 - Justificativa	2
1.1.3 - Os Objetivos	2
1.2 - Referencial utilizado para fundamentar nosso estudo	3
1.3 - Categoria de análise e metodologia de pesquisa	8
1.3.1 - Categoria de análise	8
1.3.2 - Metodologia de Pesquisa	8
1.4 - Amostragem, coleta e organizaao dos dados	9
1.4.1 - Amostragem	9
1.4.2 - Coleta de dados	10
1.4.3 - Organizaao dos dados	10
1.5 - Hipóteses	11
CAPÍTULO 2. QUESTOES IMPORTANTES PARA O ENTENDIMENTO E COMPLEMENTAAO DA DISSERTAAO	12
2.1 - A Indústria Farmacêutica ; Contextualizaao e Importância atual	12
2.2 - Brasil : Assistência Farmacêutica; Histórico e Situaao Atual	17
CAPÍTULO 3. NOOES SOBRE TEORIAS ORGANIZACIONAIS E PLANEJAMENTO ; EXTRAPOLANDO PARA O ENTENDIMENTO DA QUESTAO EM FARMÁCIA HOSPITALAR	24
3.1 - Teorias Organizacionais e de Gestão de Serviços de Saúde	25
3.1.1 - Análise de uma Organizaao Segundo Marinho	25
3.1.2 - Análise de uma Política Organizacional Segundo Morgan	29
3.1.3 - O Modelo Teórico Organizacional de Mintzberg	32
3.2 - O Planejamento Estratégico Situacional (PES)	39
3.2.1 - Conceitos e Questões Relevantes para o Entendimento do PES	40
3.2.2 - O Processo de Produao Social	45
3.2.3 - Os Momentos do PES	48
3.2.4 - Fundamentos do Planejamento Situacional	49

Sumário	viii
3.2.5 - Propostas Metodológicas	53
CAPÍTULO 4 . A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR	54
4.1 - Aspectos e Questões Relevantes	54
4.2 - Conceitos sobre Farmácia Hospitalar	56
4.3 - Funções e Padrões Mínimos de um Serviço de Farmácia Hospitalar	59
4.4 - A estrutura Básica Utilizada para a Avaliação das Atividades Desenvolvidas pelas Farmácias Hospitalares	65
4.1.1 - Aspectos gerais	65
4.4.2 - contextualização da estrutura básica para a avaliação das atividades	68
CAPÍTULO 5 . A FARMÁCIA HOSPITALAR NOS HOSPITAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO RIO DE JANEIRO: UMA AVALIAÇÃO	84
5.1 - Avaliação de Serviços e Sistemas	84
5.2 - Evolução, Considerações e Resultados Obtidos com o Instrumento MEC/ERERJ/UFF	91
5.3 - Gastos Gerais dos Hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, no exercício de 1996	103
5.4 - O Instrumento AVAFARMA/HOSP: Uma nova proposta; Justificativas, Bases para a Elaboração, Metodologia e formatação para possíveis resultados	108
5.4.1 - Justificativas	108
5.4.2 - As bases para elaboração do instrumento	110
5.4.3 - Metodologia utilizada	111
5.4.4 - Sistemática utilizada para a avaliação	112
CAPÍTULO 6 . DISCUSSÃO	115
6.1 - No que tange as teorias organizacionais e de gestão da farmácia hospitalar	115
6.2 - No que Tange ao Planejamento Estratégico Situacional Matusiano	124
6.3 - No que Tange a Assistência Farmacêutica Hospitalar	127
6.4 - No que Tange a avaliação do serviço de Farmácia Hospitalar, na amostra escolhida, pelo Instrumento MEC/ERERJ/UFF	131
6.5 - No que Tange a Proposta de Utilização do Instrumento AVAFARMA/HOSP	135
6.5.1 - A importância do instrumento	135
6.5.2 - Proposta de indicadores	137
6.6 - Considerações Finais	139

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
ANEXOS	144
ANEXO 1- Instrumento MEC/ERERJ/UFF	144
ANEXO 2 - Instrumento AVAFARMA/HOSP	155
ANEXO 3 - Roteiro para Preenchimento do Instrumento AVAFARMA/HOSP	167

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivos articular ou inferir a questão da Farmácia Hospitalar, de um modo geral desenvolvida no País, com a área de Gestão de Serviços e Sistemas com ênfase em estudos de Teorias Organizacionais e Planejamento Estratégico, principalmente o Situacional. Com vistas a uma melhor contextualização analisamos resumidamente as principais questões relacionadas a

indústria farmacêutica e os caminhos percorridos pela assistência farmacêutica governamental, que envolvem a Central de Medicamentos e o INAMPS, em nosso país. Como objetivo específico refletimos sobre o instrumento utilizado e sobre os resultados obtidos na avaliação de 12 (doze) farmácias, de hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, que foi realizada, em maio/junho de 1996, pela Comissão Executiva Operacional, nomeada através da Portaria n°01 MS/ERERJ/UFF. A base do instrumento de avaliação elaborado e aplicado pela referida comissão foi alicerçada em um instrumento utilizado pelo Ministério da Educação para auto - avaliação de farmácias hospitalares universitárias o que levou a comissão a adotar o nome do instrumento acima citado como MEC/ERERJ/UFF (ANEXO 1). Em função das dificuldades encontradas, na época, para avaliação das farmácias hospitalares da rede do Ministério da Saúde, resolvemos refletir e elaborar uma nova proposta de instrumento para avaliação das atividades desenvolvidas nas referidas farmácias. O instrumento desenvolvido, pelo mestrando, levou em consideração três metodologias, representadas primeiramente pelo próprio instrumento de avaliação MEC/ERERJ/UFF, articulado a duas outras metodologias representadas pela Auto Avaliação pela série ISO 9000 que trabalha com um sistema de pontuação para atividades desenvolvidas nas organizações, associada a metodologia de desdobramento da função qualidade (QFD - Quality Function Deployment) que utiliza a adoção de pesos para avaliação do desempenho em determinadas atividades organizacionais. O instrumento referenciado foi denominado, pelo mestrando, de AVAFARMA/HOSP (ANEXO 2). Pela complexidade do instrumento e falta de tempo hábil para a validação do mesmo, resolvemos elaborar um roteiro para preenchimento e organização dos dados obtidos para facilitar a validação futura. O instrumento AVAFARMA/HOSP é apenas uma proposta que pode e deve ser mais estudado, aperfeiçoado e validado e possivelmente informatizado para uso externo. Finalmente, resumindo nossa dissertação, procuramos articular a farmácia hospitalar com as teorias organizacionais, planejamentos e avaliação de serviços e sistemas.

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 3.1 - Diferenças filosóficas entre as concepções unicista, pluralista e radical ligadas aos Interesses, conflitos e poder na Organização (Morgan, 1996)

30

Quadro 3.2 - A visão organizacional de Mintzberg (1995) em relação

a outras correntes de pensamento	36
Quadro 3.3 - As dimensões do processo de produção social (Matus, 1993)	47
Quadro 4.1 - Os três pilares da farmácia hospitalar	66
Quadro 4.2 - Resumo das principais atividades desenvolvidas pela Farmácia Hospitalar Avaliadas no recorte escolhido	67
Quadro 4.3 - Padronização de Medicamentos Essenciais em Hospitais de alguns Países.	71
Quadro 5.1 - Características de modelos de gestão (Takashina & Flores, 1997)	88
Quadro 5.2 - Atores Sociais que influenciam nas farmácias hospitalares dos hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro	93
Quadro 5.3 - Características gerais das unidades hospitalares do Ministério da saúde (Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF 1996)	95
Quadro 5.4 - Estrutura organizacional dos serviços de farmácias do Ministério da Saúde (Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, 1996)	96
<hr/>	
Quadro 5.5 - Desempenho das farmácias hospitalares do Ministério da Saúde, quanto suas funções básicas (Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF 1996)	97
Quadro 5.5 (Continuação)	98
Quadro 5.6 - Desempenho das farmácias hospitalares do Ministério da Saúde, quanto suas Funções Clínicas	

(Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF 1996)	99
Quadro 5.7 - Gastos totais dos hospitais gerais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, em relação aos gastos com medicamentos (MS/ERERJ/CUHP/DPOF/SIAFI - 1997)	104
Quadro 5.8 - Gastos totais dos hospitais especializados do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, em relação aos gastos com medicamentos (MS/ERERJ/CUHP/DPOF/SIAFI - 1997)	105
Quadro 5.9- Relação entre gastos dos hospitais gerais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, com material de consumo e medicamento (MS/ERERJ/CUHP/DPOF/SIAFI - 1997)	106
Quadro 5.10 - Relação entre gastos dos hospitais especializados do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, com material de consumo e medicamento (MS/ERERJ/CUHP/DPOF/SIAFI - 1997)	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1 - O Triângulo de Governo. (Matus, 1993)	29
Figura 3.2 - As cinco partes ou dimensões básicas da Organização (Mintzberg, 1995)	34
Figura 3.3 - Alguns membros e unidades das partes de uma empresa fabril (Mintzberg, 1995)	34

Figura 5 1- Diagrama de Ishikawa (Takashina & Flores, 1996)	89
Figura 5.2 - O ciclo PDCA (Plan, do, check, act), (Takashina & Flores, 1996)	90
Figura 6 1- Configuração de uma Burocracia Profissional (Mintzberg, 1995)	118
Figura 6.2 - Configuração de uma Burocracia Mecanizada (Mintzberg, 1995)	119
Figura 6.3 - Perspetiva múltipla	123

ABREVIações E CONVENções

- ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AVAFARMA/HOSP - Método de Avaliação proposto para Farmácia Hospitalar
- CCIF - Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar/SAS/MS
- CDMs - Centrais de Distribuidoras de Medicamentos do INAMPS
- CEME - Central de Medicamentos do Ministério da Saúde
- CRF - Conselho Federal de Farmácia
- CRFs - conselhos regionais de Farmácia

- CTI - Centro de Tratamento Intensivo
 - CUP - Coordenadoria de Unidades Próprias do Ministério da Saúde
 - CURVA ABC (Curva de Pareto)
 - DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados do Ministério da Previdência Social
 - DELFHI - Método de Programação
 - DPAC - Departamento de Promoção e Assistência à Saúde/SAS/MS
 - DPOF - Divisão de Programação Orçamentaria e Financeira da CUP
 - EBAP - Escola Brasileira de Administração Pública
 - ENAP - Escola Nacional de Administração Pública
 - ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
 - ERERJ - Escritório de Representação do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro
 - FH - Farmácia Hospitalar
 - FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
 - FUNABEM - Fundação Brasileira de Assistência e Bem Estar ao Menor
 - GMP - Good Manufacturing Practices
 - IAPAS - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
 - IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
 - IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
 - IAPETEC - Instituto de Aposentadoria e Pensões
 - IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
-
- IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
 - IAPs - Institutos de Assistência e Pensões
 - INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
 - INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
 - IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
 - ISO - International Organization for Standardization
 - LBA - Legião Brasileira de Assistência
 - MAPP - Método Altadir de Planejamento Popular
 - MEC - Ministério da Educação e Cultura
 - MMH - Material Médico Hospitalar
 - MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

- MS - Ministério da Saúde
 - OFIL - Organização dos Farmacêuticos Ibero - Latino americanos
 - OMS - Organização Mundial de Saúde
 - OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
 - OPS/HSS/94-09 - Buenas Praticas de Manufactura Vigentes Inspeccion Y Auditoria - 1994
 - PAMs - Postos de Assistência Médica do INAMPS
 - PDCA - Plan, do,check, act
 - PES - Planejamento Estratégico Situacional
 - RENAME - Relação de Medicamentos Essenciais
 - RMB - Relação de Medicamentos Básicos
 - SAS - Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde
 - SBRAFH - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
 - SIAFI - Sistema de Administração Financeira do Governo Federal
 - SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
 - SOBRAVIME - Sociedade Brasileira de Vigilância Sanitária
 - SUS - Sistema Único de Saúde
 - SUS - Sistema Único de Saúde
 - UAFs - Unidades de Assistência Farmacêuticas do INAMPS
 - UFF - Universidade Federal Fluminense
 - UTI - Unidade de Tratamento Intensivo
-
- VEM - Método que classifica os Medicamentos em Vitais, Essenciais e Não Essenciais
 - ZOOP - Planejamento por Projetos Orientados por Objetivos

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 - O PROBLEMA, A JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS

1.1.1- O PROBLEMA

A Assistência Farmacêutica Hospitalar constitui-se como um sistema complexo e relevante no âmbito da gestão de sistemas e serviços de saúde, não somente por contemplar um dos insumos básicos para cuidados aos pacientes, como também, pelos altos custos que envolve este tipo de questão. A situação atual da assistência farmacêutica foi agravada em função principalmente do quadro de escassez grave, que ocorre em nosso País, de recursos de todos os tipos, e pode vir a proporcionar inúmeras distorções à clientela em decorrência da prestação de uma assistência de má qualidade e que pode levar, como conseqüência, ao risco de situações iatrogênicas.

Podemos considerar a questão sob diversas óticas, não só no âmbito de um grande problema social, pelo não atendimento das necessidades de medicamentos à população, tanto em nível hospitalar como em nível ambulatorial, como também sob a ótica da gestão de serviços e sistemas.

Não podemos esquecer também a área de Ciência e Tecnologia (Pesquisa e Desenvolvimento), bem como a política industrial liberal desenvolvida pelo Governo Federal, nos últimos anos, e que como conseqüência produz reflexos em todas as áreas que compõem o âmbito do Estado, principalmente as ligadas aos direitos sociais como a área de Saúde Pública. Esta situação produz efeitos substanciais, aumentando as desigualdades sociais, característica em nosso país e agravada por sua geografia continental (Bermudez, 1995). Vários conceitos de farmácia hospitalar serão apresentados no capítulo 4 de nossa dissertação. Entretanto, é nossa opinião que os conceitos podem e devem ser analisados e articulados, tendo sempre em vista, como foco principal, a Política de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica desenvolvida no País.

Podemos também extrapolar a visão do assunto para os reflexos que a política desenvolvida em escala mundial produz em nível nacional (Bermudez, 1995), e que serão abordadas oportunamente no capítulo 2.

1.1.2 - A JUSTIFICATIVA

Uma questão importante para detectar e minimizar distorções existente em qualquer farmácia hospitalar, seja de natureza técnica ou administrativa, está ligada fatalmente à existência de instrumentos de avaliação que permitam diagnosticar os nós críticos, porventura existentes, com o objetivo de redirecionar as atividades desenvolvidas pelo serviço a fim de prestar aos usuários uma assistência farmacêutica de boa qualidade, com custos reduzidos, evitando-se desperdícios desnecessários em função de falhas técnicas e administrativas.

Partindo-se de indicadores para a avaliação de farmácia hospitalar já existentes e levando-se em conta os aspectos que possam interferir tanto na Política de Medicamentos como na de assistência farmacêutica no Brasil, este trabalho pretende contribuir para o aprimoramento do sistema de gestão de farmácias hospitalares, tanto no setor público, como também para o setor privado, buscando a obtenção de respostas apropriadas ao perfil epidemiológico vigente em cada nosocômio (Laporte, Tognoni & Rozenfeld, 1989), tendo como fundamento as condições adequadas de segurança, qualidade e uso racional de recursos de um modo geral.

1.1.3 – OS OBJETIVOS

Nossa dissertação tem como objetivo principal o desenvolvimento de um instrumento de avaliação, que denominamos de AVAFARMA/HOSP.(Anexo 2).O referido instrumento foi elaborado tendo como bases uma avaliação desenvolvida pela Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, em serviços de farmácia hospitalar de 12 (doze) hospitais da rede própria do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, em abril/maio de 1996.

Utilizou-se na avaliação um instrumento oriundo do Ministério da Educação e Cultura, adaptado pela referida comissão, e que passou a ser conhecido como instrumento MEC/ERERJ/UFF (Anexo 1).

A este instrumento acrescentamos aspectos metodológicos utilizados pelo Sistema de Auto Avaliação ISO 9000 (Báez, Sanches, Louro & Mitteldorf, 1993) e da metodologia de desmembramento da função Qualidade (QFD - Quality Function Deployment), segundo as colocações efetuadas por Takashina & Flores (1997).

Queremos ressaltar o interesse deste trabalho, principalmente para os hospitais do Ministério da Saúde, pertencentes ao recorte escolhido como amostra, mas também para outros hospitais, na medida em que nossa análise da questão possa vir a subsidiar diretrizes que permitam obter-se uma metodologia de avaliação e de gestão de farmácia hospitalar, tanto em nível individual, como em nível de redes hospitalares de saúde.

É importante assinalar que o Instrumento AVAFARMA/HOSP é uma proposta que leva em consideração o contexto e as características dos hospitais analisados na rede do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, em 1996, o que sob nossa ótica não invalida a sua aplicação em outros contextos pela sua capacidade de adaptação, através da introdução ou exclusão de quesitos ou atividades, ou seja, o referido instrumento pode sofrer mutações para adaptar-se ao contexto da estrutura que será avaliada.

1.2 - REFERENCIAL UTILIZADO PARA FUNDAMENTAR NOSSO ESTUDO

Como referencial, utilizamos a análise das diversas definições de farmácia hospitalar, tendo como base várias óticas e diversos autores e instituições que trabalham com o assunto, e que estão contextualizadas nesta dissertação.

O referencial para estudo, são os critérios relacionados às grandes atividades da farmácia hospitalar, que destacaremos no capítulo 4 desta dissertação. De forma resumida, eles são representados pelo que entendemos por:

Organização, Padronização, Planejamento, Programação, Aquisição, Manipulação, Controle de Qualidade, Armazenagem, Distribuição interna e externa, Comissões e Farmácia Clínica.

Utilizamos também como referências para o nosso estudo a visão de determinados autores como Avedís Donabedian (Conceito de qualidade), Paulo Roberto Motta (Conceitos de eficiência, eficácia e efetividade), Maria José Aguilar & Ezequiel Ander - Egg e Zumira Maria de Araújo Hartz. (Avaliação).

Procuramos articular a questão da farmácia hospitalar de um modo geral com nossa área de concentração representada pelo planejamento e gestão de serviços e sistemas, principalmente dando ênfase as teorias organizacionais e de gestão de serviços e ao planejamento estratégico Matusiano. Para tanto, utilizamos como referência para a contextualização e reflexões, principalmente, as obras de Francisco Javier Uribe Rivera e Carlos Matus no que se refere ao planejamento estratégico situacional e principalmente Henry Mintzberg em relação à teorias organizacionais.

Pretendemos assim avaliar técnica e administrativamente a gestão da farmácia hospitalar, no contexto geral do hospital, levando-se em consideração o seu sentido mais amplo. Desenvolvemos nosso estudo considerando **TRÊS PILARES BÁSICOS**.

O PRIMEIRO PILAR é representado pelo custo atual da assistência farmacêutica prestada nos hospitais da rede do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, que no decorrer do exercício de 1996 atingiu 14,0 milhões de Reais. (Fonte: Gastos com Material de Consumo - Divisão de Programação Orçamentaria e Financeira - MS/SAS/ERERJ/CUHP/DPOF/ SIAFI - 1997), o que correspondeu a 8,8% dos gastos gerais dos hospitais na época.

Estudos efetuados nos Estados Unidos da América em 1993 indicam que os custos com medicamento consomem cerca de 7% a 15% dos custos gerais dos hospitais, com perspectivas na época de dobrar até o ano de 1995 (Rhoark, 1993).

Outra autora americana discute que as despesas com medicamentos em relação aos gastos gerais dos hospitais variam de 5% a 20%, entretanto alertando que esses percentuais tem crescido, em média, 25% anualmente (Ryan, 1993).

Na Europa, coloca-se que os custos com medicamentos em relação às despesas gerais dos hospitais variam de 5% a 10%, assinalando que de 15% a 30% são gastos com antibióticos (Liaropoulos, 1993).

Analisaremos, em caráter preliminar no capítulo 5 os dados relativos aos gastos com medicamentos, tendo como referência os quantitativos totais de gastos gerados pelos hospitais escolhidos no recorte, e também a relação entre os gastos efetuados com material de consumo, no mesmo período em relação aos gastos com medicamentos. Esta análise preliminar irá deixar claro a necessidade de aprofundar os estudos e avaliar as diferenças significativas entre os hospitais que compõem a amostra, além de demonstrar a necessidade urgente de desagregação dos dados contidos no SIAFI.

O SEGUNDO PILAR será representado pela avaliação e qualidade atual da assistência farmacêutica prestada aos pacientes, que entendemos não tem se mostrado eficiente, eficaz ou mesmo efetiva e necessita ser analisada para futuras correções. Utilizaremos, para tanto, como referência os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade os apresentados por Motta (1992), tendo em vista que as definições contidas no dicionário Aurélio são muito semelhantes e outras definições a que tivemos acesso muitas vezes são conflituosas. Considerando o exposto, optamos por trabalhar com o conceito de um único autor.

Segundo Motta (1992), as dimensões básicas da avaliação são representadas pela eficiência, eficácia e efetividade. De acordo com o autor, o conceito de eficiência poderia ser traduzido pelo cumprimento de normas e procedimentos e redução de custo, e poderia ser medida através da análise dos procedimentos, da razão insumo/produto e da razão entre custo/resultado.

A eficácia seria conceituada como o alcance de resultados e a qualidade de produtos e serviços, podendo ser medida através da discrepância entre os

resultados previstos e os efetivamente alcançados e pela qualidade final do produto desenvolvido.

A efetividade poderia ser conceituada como o impacto da decisão pública e poderia ser medida através da **adequação**, proveniente da satisfação de necessidades que deram origem a estratégia, pela **eqüidade**, referente a distribuição mais justa de recursos públicos e **pela propriedade política** que representaria a resposta a demandas explícitas da comunidade.

Considerando os conceitos de Motta (1992), podemos inicialmente concluir que transitaremos mais em nossa dissertação pela dimensão da avaliação representada pela eficiência.

Entretanto, se levarmos em consideração como classificação de avaliação as formulada por Peneault e Daveluy (1987) e Donabedian (1966;1984), que são geralmente aceitas na área da saúde, e que estabelecem três tipos de avaliação, que são representadas por avaliação da estrutura, avaliação do processo e avaliação dos efeitos, teremos que inicialmente concluir que transitaremos pelas vertentes caracterizadas através das avaliações de estrutura e de processo, mas não de efeito.

Segundo Hartz (1997), que classifica as avaliações através de dois conjuntos articulados que representam a pesquisa avaliativa e a avaliação normativa, inicialmente concluímos que transitaremos no âmbito da avaliação normativa.

Outro conceito que também que é bastante discutível é o de Qualidade, principalmente considerando as últimas décadas, que foram representadas por um período fértil no que se refere a elaboração de definições de qualidade.

As Contribuições para a conceituação de qualidade são inúmeras, principalmente em face da evolução tecnológicas, das próprias organizações e da preocupação das direções com a questão da satisfação dos recursos humanos utilizados no processo

de trabalho e tendo como centro a satisfação dos usuários do sistema de produção, tendo em vista a competição existente no mercado globalizado (Gestão pela Qualidade Total).

Considerando o exposto, utilizaremos como referência o conceito de Donabedian (1980), que sintetizaremos a seguir:

Segundo Donabedian (1980), coexistem três definições de Qualidade considerando os elementos que entram em cada uma delas e que são representadas pela qualidade absoluta, a qualidade individual e a qualidade social. Em termos de área de saúde, Donabedian procura uma teoria unificadora que de um modo geral poderia ser expressa da seguinte forma: "Qualidade em saúde seria uma propriedade, ou um juízo sobre, algumas unidades definíveis da atenção a saúde a qual se pode dividir em pelo menos duas partes: técnica e interpessoal".

Portanto, o grau da qualidade seria uma medida em que a atenção prestada é capaz de alcançar um equilíbrio mais favorável entre riscos e benefícios em termos técnicos. Em termos interpessoal a questão seria mais complexa em se definir face sua subjetividade.

Entretanto Donabedian (1980), destaca como um conceito unificador da qualidade da atenção em saúde como a "classe de atenção que se espera poder proporcionar ao paciente, o máximo e mais completo bem estar, depois de haver tomado em conta o balanço entre custos e benefícios esperados e que acompanham o processo de atenção em todas as suas partes". Este conceito é fundamental para os valores, ética e tradição dos profissionais de saúde.

O TERCEIRO PILAR de nosso estudo estaria representado pelo sistema de planejamento e gestão, que nas farmácias hospitalares do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, de um modo geral poderíamos classificar "de inexistentes ou no mínimo inadequados", considerando o processo evolutivo da questão da farmácia

hospitalar estudada no espaço/tempo, tanto no Brasil como no Mundo e que leva em consideração todos os aspectos relacionados desde a entrada do medicamento na farmácia hospitalar até a saída dos mesmos para os pacientes internos e externos.

Em função das colocações efetuadas, foi nossa intenção pesquisar a possível inadequação ou ausência de metodologias, principalmente relacionadas a estrutura organizacional, planejamento, programação e avaliação, ou seja, considerando aspectos ligados a gestão de serviços, extrapolando o conteúdo desses assuntos para a farmácia hospitalar do recorte escolhido.

1.3 - CATEGORIA DE ANÁLISE E METODOLOGIA DE PESQUISA

1.3.1.- CATEGORIA DE ANÁLISE

A categoria de análise está representada pela "Avaliação de Farmácia Hospitalar, tanto tecnicamente como administrativamente", tendo como base fundamental as atividades mais básicas ou principais inseridas na problematização da questão, ou seja, desde a padronização de medicamentos (primeiro parâmetro básico para o desenvolvimento de qualquer programa de assistência farmacêutica), passando pelo processo de planejamento e gestão, até a aplicação final do produto ao paciente interno ou externo, levando-se em consideração o contexto do recorte escolhido, e os conceitos de Donabedian (1980) e de Pineault & Daveluy (1987).

1.3.2 - METODOLOGIA DE PESQUISA

A metodologia de pesquisa utilizada para a elaboração da dissertação pode ser considerada como um estudo de caso em 12 (doze) hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro.

A partir do levantamento procedido pela Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, em abril/maio de 1996, é que desenvolvemos nossa proposta de avaliação denominada de AVAFARMA/HOSP.

Com objetivo de alicerçar nossa colocação citaremos Hartz (1997), que define o estudo de caso como uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre

uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apóia na coerência das variações existentes e suas relações no tempo.

A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades. Acrescentamos que nossa proposta de Instrumento não foi validada, entretanto, segundo Hartz (1997), o estudo de caso pode ser validado internamente e depende da capacidade do pesquisador de minimizar a presença de vieses que comprometem a exatidão da pesquisa.

Ainda segundo Hartz (1997), o estudo de caso pode ser validado externamente, apesar da problemática da estratégia de pesquisa, pois visa particularmente a uma generalização analítica que se apóia no confronto da configuração empírica de vários casos similares a um quadro teórico particular, para verificar se há replica dos resultados de um caso para outro. A validação do instrumento AVAFARMA/HOSP se apoiaria no estudo de casos múltiplos.

1.4 - AMOSTRAGEM, COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

1.4.1 - AMOSTRAGEM

O estudo proposto neste trabalho baseia-se na consideração da eficiência e qualidade associada a diferentes modelos de gestão possíveis em farmácia hospitalar. Este universo inclui os 12 (doze) hospitais localizados no município do Rio de Janeiro, ainda sob controle e gestão do Ministério da Saúde, no exercício de 1996, representados a seguir:

Hospitais Gerais

- Hospital Geral do Andaraí
- Hospital Geral de Bonsucesso
- Hospital da Piedade
- Hospital dos Servidores do Estado
- Hospital Geral de Jacarepaguá
- Hospital de Ipanema

- Hospital da Lagoa

Hospitais Especializados

- Hospital de Cardiologia de Laranjeiras
- Centro Psiquiátrico Pedro II
- Instituto Philippe Pinel
- Hospital Raphael de Paula e Sousa
- Colônia Juliano Moreira

Trabalhamos em nossa dissertação com sete hospitais que podem ser considerados gerais e cinco hospitais classificados como especializados, sendo um de cardiologia, três de psiquiatria e um de doenças Infecto-contagiosas.

1.4.2 - COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi efetuada pela utilização do instrumento MEC/ERERJ/UFF - 1996 (Anexo 1), que serviu de base para uma nova proposta metodológica de avaliação representada pelo instrumento AVAFARMA/HOSP.

1.4.3 - ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os resultados e dados obtidos pela metodologia de avaliação foram organizados em tabelas para melhor visualização e comparação na amostra escolhida.

1.5 - HIPÓTESES

As hipóteses mais freqüentes no universo escolhido, e que buscamos comprovar, podem ser sintetizadas nos seguintes quesitos:

- A farmácia hospitalar, no recorte escolhido, sofre uma grande influência do mercantilismo executado pelas indústrias, principalmente no que se refere a padronização de medicamentos e programação dos mesmos pela unidades hospitalares.

- As farmácias dos hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, não apresentam um sistema de aquisição de medicamentos racional, que vise a obtenção de um menor custo e a qualidade da assistência.
- Não há geralmente um sistema de planejamento, programação e gestão adequados nas farmácias dos hospitais do Ministério da Saúde.
- A armazenagem de produtos acabados e de outros insumos, na maioria das farmácias, não atendem as Boas Normas de Armazenagem elaboradas pelo próprio Ministério da Saúde (CEME, 1989).
- A manipulação de medicamentos, internamente executadas pelos hospitais não seguem as Boas Normas de Preparação de Produtos Farmacêuticos - (Good Manufacturing Practices ou GMP), incluindo-se neste caso a manipulação de produtos parenterais e enterais.
- A metodologia de distribuição interna de medicamentos, na maioria dos hospitais estudados, e que são destinados às clínicas, é obsoleta e de alto custo, conhecida como metodologia de distribuição coletiva. A distribuição de medicamentos à pacientes externos pelo método de dispensação praticamente está paralisada em função da desativação da CEME e quando é feita, utilizam-se medicamentos adquiridos na indústria privada.

CAPÍTULO 2

QUESTÕES IMPORTANTES PARA O ENTENDIMENTO E COMPLEMENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

2.1 - A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA; CONTEXTUALIZAÇÃO E IMPORTÂNCIA ATUAL

Nosso projeto, além de estar inserido em um contexto maior, necessita ser complementado por diversos conceitos e questões que fazem parte da área da Política de Medicamentos como um todo, mas que se refletem na Assistência

Farmacêutica em seus diversos níveis e complementarmente na Farmácia Hospitalar.

Para analisar qualquer assunto referente a política de medicamentos desenvolvida neste país continental, e considerando qualquer programa de assistência farmacêutica desenvolvido no Brasil, é necessário relacionar duas questões importantes, que são representadas pela diversidade das nosologias existentes nas diferentes regiões do país e suas infra estruturas, que divergem muito de região para região (Laporte, Tognoni & Rozenfeld, 1989), além da participação hegemônica do capital internacional neste mercado de vital importância (Bermudez, 1995).

É lamentável que muitos programas de assistência farmacêutica desenvolvidos, em todos os três níveis de governo, nem sempre levem em consideração esses aspectos relevantes. Não podemos deixar de considerar vários parâmetros, entre eles a questão da evolução do medicamento no Brasil e no mundo, que possibilitará entender a essência da problemática atual. Pela sua magnitude, passa a ser um assunto que teremos que abordar para tentar encontrar saídas que sejam compatíveis com os interesses nacionais (Bermudez, 1995).

De acordo com Gerez (1993), no início do século XIX, a produção de medicamentos, em nível mundial, estava centralizada em pequenas oficinas de cunho familiar que processavam artesanalmente extratos de origem animal e vegetal. Eram as chamadas Boticas, que produziam medicamentos de valor terapêutico na época, em sua maioria ainda não avaliados.

Na segunda metade do século XIX, com a revolução industrial, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, começaram a surgir empresas produtoras de medicamentos, tais como a Merck, a Eli Lilly, a Upjohn, a Smith Kline, etc., e a Beacham, na Inglaterra, que criaram uma rede de produção, distribuição e comercialização relativamente complexa para esses tipos de produtos (Gerez, 1993).

Pelo exposto, segundo Gerez (1993), podemos afirmar que o processo de industrialização dos medicamentos, em nível mundial, se iniciou bem antes da comprovação da eficácia dos mesmos.

A comprovação da atividade terapêutica dos medicamentos, produzidos em escala industrial, iniciou-se em 1889 com a apresentação, em Paris, durante a exposição do Centenário da Revolução Francesa, da Aspirina (Ácido acetilsalicílico), pela Bayer da Alemanha. e que viria a ser talvez o mais bem sucedido produto farmacêutico de todos os tempos. Em seguida, em 1907, a Hoechst, também da Alemanha, lançou o produto Salvarsan (Composto arsenobenzóico) destinado ao tratamento da sífilis. Em 1935, a Bayer lançou no mercado a Sulfanilamida, que viria a se tornar a cabeça de chave de uma série de antibacterianos (Gerez, 1993).

Em 1940, os cientistas Florey e Chain, de Oxford, divulgaram os primeiros resultados obtidos com um produto experimental, denominado de Penicilina e que viria posteriormente a se constituir na base da Indústria Farmacêutica Mundial de Antibióticos, que nos dias atuais possui grande representatividade em nível mundial para a Indústria Farmacêutica.

A evolução científica e tecnológica continuou aceleradamente, principalmente em função das pesquisas efetuadas durante as duas grandes guerras tendo, sido acelerada pelos vultosos investimentos realizados no setor, principalmente no que se refere a pesquisa e desenvolvimento, o que consolidou a participação no mercado mundial de empresas principalmente originárias da Alemanha, Estados Unidos da América e da Inglaterra, fato esse determinante para o entendimento da oligopolização e monopolização existentes no mercado farmacêutico mundial nos dias de hoje (Gerez, 1993).

Pelo exposto, podemos verificar que, se por um lado, o progresso científico e tecnológico conseguido pela indústria farmacêutica, neste século, contribuiu para a diminuição da mortalidade em função da descoberta de novas drogas de comprovada atividade terapêutica, por outro lado houve também a concentração da produção e da pesquisa e desenvolvimento em poucas indústrias que hoje dominam o conhecimento, a tecnologia e o mercado mundial (Gerez, 1993).

A indústria farmacêutica mundial é bastante concentrada, de acordo com Gerez (1993), e pode ser analisada através de dois cortes, que chamaremos de vertical e horizontal.

O corte vertical pode ser representado pelas diferentes classes terapêuticas que compõem a farmacologia aplicada e, neste caso, podemos classificar o segmento em questão como monopolizado, pois uma determinada classe terapêutica não substitui uma outra. Em outras palavras, podemos exemplificar no sentido de que hormônios não substituem antibióticos, que por sua vez não substituem antiulcerosos e assim sucessivamente.

O verdadeiro mercado monopolizado é constituído pelo conjunto das diferentes classes terapêuticas, e a competição entre as empresas produtoras ocorre na prática em poucas classes terapêuticas.

Na maioria das classes terapêuticas, o que verificamos é a existência de monopólios internacionais, entre os quais podemos destacar a Roche com cerca de 35% do mercado de vitaminas, a Schering com 44,2% do mercado de corticosteróides, a Johnson com 34,8% do mercado de anti-helmínticos e a Biogalênica com 41,3% do mercado de diuréticos (Bermudez, 1992).

O outro corte em análise seria o horizontal, relacionado a aspectos mercadológicos e ligados à área da ciência e tecnologia, originando dois segmentos. O primeiro segmento está relacionado a um grupo de produtos que podem ser chamados de um modo geral de populares e que são vendidos pelo comércio sem receita médica, e um segundo segmento que engloba um grupo de produtos vendidos pelo comércio, sob receita médica, e que são os denominados pela indústria como medicamentos éticos. Este segundo segmento, por sua vez, pode ser subdividido em dois sub grupos: os produtos que possuem patentes vencidas, e os produtos que possuem patentes vigentes.

Os produtos cujas patentes já estão vencidas, normalmente são comercializados por várias empresas, cada uma delas utilizando uma determinada marca ou mesmo o nome genérico do fármaco.

Os produtos cujas patentes ainda estão vigentes são os comercializados por uma única empresa, que é a detentora da patente, utilizando-se normalmente de uma única marca comercial.

Para que uma determinada empresa farmacêutica consiga colocar no mercado uma nova droga, há necessidade de investimentos em pesquisa e desenvolvimento, que em alguns casos podem chegar a centenas de milhões de dólares (Gerez, 1993). Evidentemente, os fatos acima mencionados favorecem a concentração do mercado farmacêutico mundial, pois poucas empresas possuem a estrutura organizacional e condições econômico-financeiras para operar na área de pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos.

Para podermos entender melhor o processo de concentração e internacionalização, verificaremos a hegemonia de indústrias nacionais em alguns países em relação a outros, cuja dependência internacional é marcante. Assim, é diferenciado o percentual de nacionalização das Indústrias farmacêuticas em alguns países do mundo, como Japão (87%), Estados Unidos (85%), Suíça (72%) e Alemanha Ocidental (65%), em contraponto com países dependentes de indústrias estrangeiras, tais como Arábia Saudita (100%), Nigéria (97%), Bélgica (90%) ou Brasil (85%) (Bermudez, 1992).

Observa-se pela evolução do mercado farmacêutico mundial que, nos últimos vinte anos, o faturamento das indústrias farmacêuticas tem crescido substancialmente, principalmente em regiões desenvolvidas, enquanto cresce paradoxalmente o número de pessoas que não tem qualquer acesso a medicamentos, presentemente estimado em mais da metade da população mundial.

No Brasil a situação é a mesma, ou seja, grande parcela da população brasileira também não tem acesso a medicamentos essenciais. Segundo diversos autores (Gerez, 1993; WHO, 1988; Unido, 1991; Gazeta Mercantil, 1998; Pinheiro &

Bermudez, 1998), o consumo de medicamentos em nível mundial vem crescendo constantemente nas últimas décadas, haja vista o consumo que era de 42,9 bilhões de dólares em 1975, passando para 79,0 bilhões de dólares em 1980, atingindo 93,0 bilhões de dólares em 1985 e chegando a 172,7 bilhões de dólares em 1990, hoje se situando no patamar dos 297,3 bilhões de dólares. O Brasil atualmente representa um mercado de aproximadamente 10,3 bilhões de dólares anuais e está relacionado entre os cinco mercados mais importantes do mundo (Gazeta Mercantil, 1998; Pinheiro & Bermudez, 1998; Sindusfarm, 1997).

Observa-se por dados obtidos em fontes internacionais que há uma tendência de estabilização dos grandes mercados mundiais e crescimento de mercados emergentes. Analisando os dados supra mencionados, verificamos que no ano de 1990, o conjunto que indicava os países centrais representava cerca de 77,5% do consumo global de medicamentos mundial, cabendo ao resto do mundo a parcela aproximada de 22,5%, apesar de sua alta concentração demográfica.

É importante assinalar que as indústrias transnacionais investem grande somas em pesquisa e desenvolvimento. Pela análise de dez empresas verificamos que o desenvolvimento de novas drogas podem atingir valores que representam cerca de 11,7% a 23,6% do faturamento da empresa. Apesar dos altos custos para o lançamento de novos fármacos no mercado ainda assim é compensador o retorno financeiro para essas empresas, além de permitir o que poderíamos chamar de monopólio do conhecimento no mundo.

2.2 - BRASIL: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; HISTÓRICO E SITUAÇÃO ATUAL

Segundo Cordeiro (1991), em 1966/1967, patrocinado pelo governo militar da época, ocorreu o processo de centralização dos Institutos de Assistência e Pensões (IAPs), surgindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A assistência farmacêutica desenvolvida pelo antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), era levada a efeito por intermédio de farmácias conhecidas como de vendas, pois compravam medicamentos no mercado privado e revendiam os mesmos, a preço de custo, aos beneficiários da previdência social.

Podemos considerar que esse tipo de assistência farmacêutica era extremamente focal e excludente. Em 1971 houve a Criação da Central de Medicamentos (CEME) pelo Decreto 68.806, de 25 de junho de 1971, órgão inicialmente ligado a Presidência da República (Bermudez, 1992; 1995). No mesmo período, o Ministério da Saúde, paralelamente ao INPS, também desenvolvia alguns programas verticalizados de Assistência Farmacêutica, direcionados para clientela específicas, como o caso dos tuberculostáticos, dentre outros.

O sistema acima mencionado funcionava no Ministério da Saúde paralelamente e sem qualquer articulação com o programa existente no INPS, que foi desmembrado no início de 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), surgindo desse desmembramento vários Institutos, destacando-se entre eles o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

No Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), criado em 1977, foram organizados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com novo direcionamento, o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), além da reorganização dos órgãos de assistência social Legião Brasileira de Assistência (LBA) e da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM), e da constituição de uma empresa de processamento de dados (DATAPREV).

A CEME passou a ser vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, como órgão autônomo pelo decreto 74.000, em 1974 (Bermudez, 1992). Como podemos observar, haviam diversos órgãos desenvolvendo em nível federal programas de assistência farmacêutica que não possuíam articulações entre si.

Programa de assistência farmacêutica do antigo INPS, como já foi dito, direcionava suas aquisições para o mercado privado, sendo realizadas através de compras efetuadas diretamente dos laboratórios produtores ou de seus distribuidores ou de seus representantes.

Os medicamentos adquiridos no mercado privado eram revendidos aos segurados da previdência social através de farmácias na época conhecidas pelo nome de Farmácias de Revenda.

Desta forma o Programa existente tinha a sua lógica alicerçada no sistema de venda da totalidade de especialidades farmacêuticas existentes no mercado, como uma farmácia ou drogaria qualquer, sem existência de qualquer tipo de padronização.

Haviam diversas farmácias de revendas no Rio de Janeiro (Postos de Assistência Médica 13 de Maio, Matoso, São Francisco Xavier, entre outros), assim como em outras unidades da Federação, como Minas Gerais e São Paulo.

A partir de 1974 iniciou-se, ainda no final do antigo INPS, um Programa de assistência farmacêutica fundamentado no fornecimento gratuito de um elenco básico de medicamentos, constituído por cerca de 30 especialidades farmacêuticas, denominado de elenco de dispensação, e que estava inserido numa relação maior, contendo 150 produtos, denominada de Relação de Medicamentos Básicos (RMB), elaborada pelo Conselho Consultivo da Central de Medicamentos.

Em 1974/1975 foi agilizado o desenvolvimento, em tempo recorde, de um Programa de Assistência Farmacêutica, composto por diversas unidades de dispensação de medicamentos (Unidades de Assistência Farmacêutica - UAFs), que foram montadas e operacionalizadas com rapidez, em várias áreas do Estado do Rio de Janeiro, principalmente na baixada fluminense. Houve no período em questão investimentos em reformas de áreas físicas para serem utilizadas como unidades distribuidoras de medicamentos (UAFs), além da aquisição de materiais e equipamentos necessários para a implementação do programa, complementado pela contratação de profissionais de nível superior, principalmente farmacêuticos, bem como de nível médio.

Em 1976, iniciou-se a expansão do programa para todos os Estados da Federação e toda a estrutura e o convênio assinado com a Central de Medicamentos foi mantido e ampliado, já agora no INAMPS. Para o atendimento ao programa de assistência farmacêutica que foi criado como piloto no Estado do Rio de Janeiro, criou-se uma

estrutura para a gestão do sistema, composta por uma Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF), em nível de Direção geral do INAMPS, que ficou ligada à Secretaria de Medicina Social (SMS).

Também foram criadas estruturas nas Superintendências Regionais do INAMPS, representadas pelas Chefias de Equipe de Farmácia e pelas Centrais Distribuidoras de Medicamento (CDMs), que funcionavam como almoxarifados intermediários no subsistema de distribuição CEME.

As CDMs possuíam a responsabilidade pelo recebimento e armazenagem dos medicamentos repassados pela CEME, e a redistribuição dos mesmos às Unidades de Assistência Farmacêuticas (UAFs), conforme solicitação das mesmas e avaliação de demanda em níveis regionais e central.

Entre 1976 e 1978, o programa inicialmente implantado no Rio de Janeiro, como piloto, foi implementado nos demais Estados da Federação, completando-se o processo de implantação entre os anos de 1978/1979.

Em 1980, o programa de assistência farmacêutica já tinha uma grande envergadura, crescendo audaciosamente, tanto em número de unidades distribuidora de medicamentos como também em número de medicamentos dispensados, passando dos 30 produtos da origem do programa para cerca de 90 produtos no início da década de 80.

A situação supra mencionada persistiu até aproximadamente 1985, sempre acompanhada de um volume cada vez mais substancial de recursos para a manutenção do programa. A antiga relação de medicamentos básicos (RMB), inicialmente elaborada pelo Conselho Consultivo da CEME, e que em seu início continha apenas 150 especialidades farmacêuticas, já tinha sofrido varias alterações, e em 1985 já apresentava 475 especialidades farmacêuticas.

Nessa época, já era conhecida como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e tinha a sua regulamentação e aprovação através de Portaria Inter-Ministerial MS/MPAS/MEC.

No início do programa eram adquiridos pelo INAMPS, somente cerca de 30 especialidades farmacêuticas exclusivamente para a dispensação em suas unidades próprias que na sua totalidade era composta por 614 Postos de Assistência Médica e 41 Hospitais (Cordeiro, 1991), números estes que foram expandidos em função da incorporação ao programa de toda a demanda das unidades próprias em nível ambulatorial como hospitalar, bem como para o atendimento de diversos convênios, o que ocasionou uma situação bastante crítica.

Em 1986, o elenco de medicamentos destinados à dispensação já atingia a 170 especialidades farmacêuticas e o programa de assistência farmacêutica tentava cobrir as necessidades de medicamentos de 655 Unidades Próprias do INAMPS (Cordeiro, 1991) mais 3395 Unidades Farmacêuticas convenientes, utilizando praticamente todo o arsenal de medicamentos disponível na RENAME, além da incorporação cada vez mais intensa de novidades terapêuticas que eram lançadas no mercado, principalmente as utilizadas em nível hospitalar e para atendimento de programas especiais.

Apesar das diversas tentativas para minimizar o custo do programa de assistência farmacêutica desenvolvido no período compreendido entre 1987 a 1990, poucos foram os resultados obtidos, culminando em 1990 com a transferência do INAMPS do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde.

Com a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde aos poucos todo o aparato do programa de assistência farmacêutica foi sendo descentralizado para os Estados, culminando com a extinção da Coordenadoria em nível nacional e das estruturas congêneres em nível regional representadas pelas CDMs e chefias de equipes entre 1991/1992, sendo finalmente, em 1993, extinto o próprio INAMPS.

Após a extinção da Coordenadoria de Farmácia e do próprio INAMPS, a responsabilidade pelos programas de assistência desenvolvidos passaram para a esfera estadual e em nível federal ficaram sob a responsabilidade das

Coordenações dos Programas verticalizados do Ministério da Saúde, em número de dezesseis, que respondiam pelo atendimento de 125 especialidades, cuja responsabilidade pelo suprimento foi mantida na CEME, até a sua desativação em julho de 1997. Além da vivência profissional do mestrando como ator social durante o período analisado, foram utilizados como fontes de consulta os relatórios de atividades da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do INAMPS e Ordens de Serviços e Portarias elaboradas no período, buscando resgatar um histórico da assistência farmacêutica desenvolvida durante o período supra mencionado.

O processo de desativação da Central de Medicamentos, encerrado no exercício de 1997, em que pese as críticas à sua atuação e a alocação orçamentaria quase que exclusivamente para a aquisição de medicamentos, acarretou a realocação de suas atividades, a pulverização em diversos órgãos do Ministério da Saúde e uma perda da interlocução por parte das esferas estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).

A questão mais premente e que vem sendo objeto de inclusão na agenda de discussão no âmbito das três esferas de governo, é o processo de descentralização e a definição das responsabilidades de aquisição de medicamentos (Pinheiro & Bermudez, 1998).

Neste contexto, a assistência farmacêutica sempre foi uma atividade relegada a segundo plano e tratada geralmente em caráter individual pelos programas de controle de doenças e outros agravos à saúde. A desativação da CEME, a pulverização de suas atribuições e a demanda crescente de custos, levou ao Ministério da Saúde a implementar um amplo processo de discussão e de consultas à sociedade, que redundou no documento "Política Nacional de Medicamentos", disponível para consultas na página eletrônica do Ministério da Saúde e que determina as seguintes diretrizes e prioridades (MS, 1998; Pinheiro & Bermudez, 1998):

Diretrizes:

- ❑ Adoção de relação de medicamentos essenciais
- ❑ Regulamentação sanitária de medicamentos

- ❑ Reorientação da assistência farmacêutica
 - ❑ Promoção do uso racional de medicamentos
 - ❑ Desenvolvimento científico e tecnológico
 - ❑ Promoção da produção de medicamentos
 - ❑ Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos
 - ❑ Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.
-

Prioridades:

- ❑ Revisão permanente da RENAME
- ❑ Assistência farmacêutica
- ❑ Promoção do uso racional de medicamentos
- ❑ Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

Cabe registro ao Programa Farmácia Básica, implementado pelo Ministério da Saúde a partir de 1997, com o objetivo de possibilitar o acesso das populações de municípios de pequeno porte a um elenco de medicamentos destinados à atenção primária de saúde. Foram selecionados os municípios com menos de 21.000 habitantes, recebendo um elenco de 40 medicamentos, estando prevista em uma segunda etapa a descentralização dos recursos correspondentes (MS, 1997a, 1997b, 1997c; Bermudez, Rozenfeld & Portela, 1997; Cosendey et al, 1998).

CAPÍTULO 3

NOÇÕES SOBRE TEORIAS ORGANIZACIONAIS E PLANEJAMENTO; EXTRAPOLANDO PARA O ENTENDIMENTO DA QUESTÃO EM FARMÁCIA HOSPITALAR

Após contextualizar, no capítulo 2, as questões relativas ao processo de desenvolvimento da indústria farmacêutica mundial, da política de medicamentos e de assistência farmacêutica desenvolvida na atualidade, pode-se observar claramente que nossa intenção foi partir de um macro universo representado pelas questões supra mencionadas até chegar ao micro universo composto pela farmácia hospitalar.

Dois assuntos, sob nossa ótica, são fundamentais em farmácia hospitalar para podermos entender o seu funcionamento e que são representados pelas teorias organizacionais e de gestão de serviços e pelo planejamento, considerando que não podemos divorciar os aspectos técnicos dos administrativos quando avaliamos este tipo de serviço.

Considerando a importância desses assuntos, passaremos a abordar determinadas questões marcantes sobre ambos, com o objetivo de fundamentar colocações que serão abordadas nos próximos capítulos, principalmente no capítulo referente a discussão (capítulo 6), e para tanto utilizaremos a visão de três autores no âmbito de organizações, e de dois autores no que se refere ao planejamento estratégico situacional.

É evidente que ambos assuntos são extremamente complexos e podem ser observados e analisados por ângulos diferenciados e portanto não é nossa proposta o tratamento profundo dos assuntos que podem e devem ser estudados através de diversas obras.

Nossa intenção é somente contextualizar neste capítulo o pensamento de alguns autores sobre os referidos assuntos e refleti-los sob a ótica de uma farmácia hospitalar.

3.1 - TEORIAS ORGANIZACIONAIS E DE GESTÃO

Conforme Azevedo (1993:33), no campo da administração e das teorias organizacionais, cada abordagem teórica privilegia determinados aspectos da vida organizacional e a própria conceituação de organização. Diversos autores podem ser citados como fonte e referencial para o estudo de formas de gestão e de organizações, entre os quais, podemos destacar Paulo Roberto Motta (1993), Fernando C. Preste Motta (1995), Maria de Salette Corrêa Marinho (1990), Gareth Morgan (1996) e Henry Mintzberg (1995).

Iremos discorrer resumidamente a visão de três autores que estudam o assunto e que estão representados abaixo:

3.1.1 - ANÁLISE DE UMA ORGANIZAÇÃO SEGUNDO MARINHO

De acordo com a visão de Marinho (1990), poderíamos ver as organizações sob cinco perspectivas que estão alicerçadas na questão dos seus objetivos.

a - Perspectiva racional

A perspectiva racional, também conhecida como mecanicista, tem como principais ideólogos Taylor que, em 1911, publicou o seu livro mais conhecido: "Os Princípios da Administração Científica", e Henry Fayol que, em 1916, publicou na França o livro "Administração Geral e Industrial" (Editora Atlas, 1960).

Em termos normativos e práticos os dois autores são considerados como relevantes, e no plano teórico Max Weber (The Theory of Social and Economic Organization 1947).

As obras dos autores supra mencionados estão fundamentadas nos seguintes pensamentos básicos. Segundo Prestes Motta (1995), os pensamentos de Taylor e Fayol formam dois fluxos que se encontram no mesmo ponto representado por maiores lucros e maiores salários. e podem ser representados da seguinte forma:

Pensamentos de Taylor, (Prestes Motta 1995):

- ❑ Estudos de Tempos e Movimentos.
- ❑ Determinação da Única Maneira Certa.
- ❑ Seleção do Homem de Primeira Classe.
- ❑ Lei da Fadiga.
- ❑ Incentivo Monetário.
- ❑ Padrão de Produção.
- ❑ Supervisão Cerrada.
- ❑ Aumento da Produtividade.
- ❑ Maiores Salários e Maiores Lucros.

Poderíamos dizer que Taylor procurou novas formas de divisão de trabalho, que eram antes artesanais e que se modificaram com a revolução industrial o que originou a adoção de novas técnicas de gestão. Procurou a utilização de métodos mais científicos como forma mais eficiente de avaliar o trabalho desenvolvido nas organizações, avaliando nessa seleção todo o potencial do trabalhador possível de ser desenvolvido em prol de metas e objetivos da organização através do treinamento permanente do trabalhador, e a criação de um sistema de monitorização do desempenho do trabalho desenvolvido. O foco principal estava alicerçado no estudo de tempos e movimentos.

Pensamento de Fayol, (Prestes Motta, 1995):

- ❑ Divisão de Trabalho.
- ❑ Especialização.
- ❑ Unidade de Comando.
- ❑ Amplitude de Controle.
- ❑ Objeto Principal da Organização: Tarefas
- ❑ Organização Formal.
- ❑ Maior Eficiência.
- ❑ Maiores Salários e Maiores Lucros.

Poderíamos dizer que Fayol procurou na unidade de comando formar uma cadeia escalar no que se refere a hierarquia, ou seja, a autoridade era verticalizada, vindo do pico da pirâmide para a base. A amplitude do controle acompanhava a mesma lógica. Havia separação clara entre as linhas de "Staff" e linha de produção e uma lógica alicerçada na iniciativa do executivo principalmente, em quase todas as decisões da organização, desde as mais simples as mais complexas. Como características, poderíamos colocar a divisão do trabalho por especialidade, e a prioridade ao sistema, que tinha como objetivos a autoridade dos dirigentes e a responsabilidade de todos os trabalhadores na organização. A centralização das decisões no pico da pirâmide mostra uma visão na lógica da disciplina e subordinação dos interesses individuais dos trabalhadores aos interesses gerais da organização. Procurou dar ênfase na estabilidade e duração tanto do executivo como do trabalhador no cargo e ênfase no espírito de equipe.

b - Perspectiva funcionalista

Uma segunda forma é a perspectiva funcionalista. Do ponto de vista desta análise, a questão dos objetivos da organização se liga a uma outra mais geral e fundamental, sendo a organização e tratada como um "sistema" de partes inter-relacionadas e

interdependentes. O conceito de sistema é central para os funcionalistas (Marinho, 1990).

c - Perspectiva tecnológica

Outra forma seria através da perspectiva tecnológica que vem sendo mais estudado por Perrow (1961), que distingue objetivos operacionais de objetivos oficiais. Por objetivos oficiais, ele entende os propósitos gerais da organização, enquanto os objetivos operacionais seriam aqueles que dizem o que a organização está tentando realmente fazer, independentemente do que é oficialmente declarado como sendo os seus fins (Marinho, 1990).

d - Perspectiva da Abordagem dos Próprios Objetivos

A perspectiva da abordagem dos objetivos na teoria do processo decisório, considera, de acordo com Simon (1970) os objetivos como o principal critério para determinar o que será realizado. De acordo com essa visão, as organizações não são orientadas como pretendiam as teorias clássicas para um objetivo específico. Pelo contrário, elas perseguem objetivos múltiplos que em geral estão em conflito, em face das próprias peculiaridades das organizações em que se leva em consideração não somente os objetivos, que é o foco da perspectiva estudada, mas também o processo de trabalho, estrutura, ambiente, pessoas e sobretudo o poder (Marinho, 1990).

e - Perspectiva da Abordagem Econômica Política

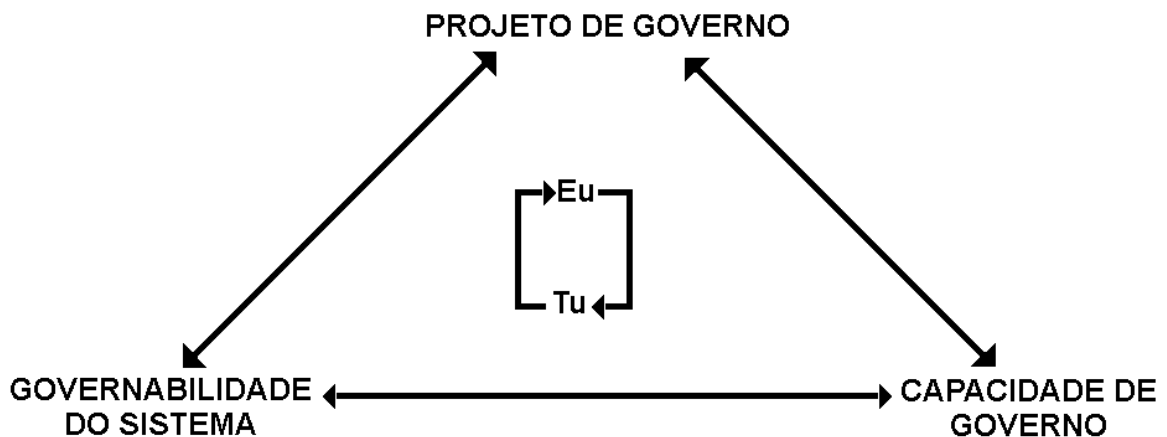
A quinta forma de avaliar uma organização seria através da perspectiva ou abordagem econômica política que procura mostrar que a questão dos objetivos está essencialmente em determinar as relações desejadas entre a organização e a sociedade. A perspectiva política trabalha com interesses, conflitos e poder (Marinho, 1990).

Na realidade, as organizações podem ser consideradas como sistemas de governos que variam de acordo com os princípios políticos empregados. A legitimidade de

uma administração pode ser entendida como um processo de governo que se reflete sobre a relação entre a organização e a sociedade.

Uma das chaves do Planejamento Estratégico Situacional Matusiano é justamente a governabilidade. Segundo Matus (1993), o processo de governar não é único, nem monopólio de um único ator social e tem que ter em mente sempre que outros atores também governam e planejam. Matus procura explicar o processo de governabilidade através de seu triângulo de governo, que consiste em articular três variáveis, permanentemente e dependentes uma das outras e que são representadas por:

FIGURA 3.1 O Triângulo de Governo, (Matus, 1993)



3.1.2 - ANÁLISE DE UMA POLÍTICA ORGANIZACIONAL SEGUNDO MORGAN

De acordo com Morgan (1996), podemos analisar uma política organizacional de maneira sistemática, focalizando as relações entre três domínios representados por Interesses, Conflito e Poder. Uma das maneiras de analisar os interesses é através de três aspectos interligados caracterizados pelas tarefas, carreira e vida pessoal de alguém na organização. Os três domínios podem interagir ou permanecerem separados. O poder é o meio através do qual conflitos e interesses são, afinal, resolvidos. O poder influencia quem consegue o que, quando e como. Há diferenças filosóficas em relação aos três domínios citadas de acordo com três concepções denominadas de Unicista, Pluralista e Radical.

Principais Fontes de Poder (Morgan, 1996)

- Autoridade formal;
- Controle sobre recursos escassos;
- Uso da estrutura organizacional, regras e regulamentos;
- Controle do processo de tomada de decisão;
- Controle do conhecimento e da informação;
- Controle dos limites ou fronteiras;
- Habilidade de lidar com incerteza;
- Controle da tecnologia;
- Alianças interpessoais, redes e controle da "organização informal";
- Controle das Contra - Organizações;
- Simbolismo e Administração do significado;
- Sexo e Administração das Relações entre Sexo;

QUADRO 3.1 - Diferenças Filosóficas entre as concepções Unicista, Pluralista e Radical ligadas aos interesses, conflitos e poder na organização

Domínios	Unicista	Pluralista	Radical
Interesses	Coloca ênfase na busca de objetivos. Busca a união de interesses e a integração	Coloca ênfase na adversidade do indivíduo e dos grupos de interesses.	Coloca ênfase na natureza das "classes" contraditórias de interesses
Conflito	Considera o conflito como um fenômeno raro e passageiro nas organizações e que pode ser removido. (chefias)	Considera o conflito como uma característica inerente e inevitável das atividades organizacionais.	Considera o conflito como parte mais ampla da luta de classes que pode eventualmente mudar toda a estrutura social
Poder	Ignora completamente o papel do poder na vida organizacional. Autoridade, liderança e controle são os meios para que sejam atendidos os interesses comuns.	Vê o poder como uma variável crucial. O poder é o meio pelo qual os conflitos e interesses são resolvidos e conciliados.	Vê o poder como a característica chave da organização e como um fenômeno desigualmente distribuído e que segue a divisão de classes.

Fonte: Baseado em Burrell & Morgan (1979)

Ao abordar a atividade de administrador de conflitos, o gerente pluralista depara-se com a escolha de estilos. Temos caracterizados 5 estilos pelos seguintes tipos de comportamento: Impeditivo, Negociador, Competitivo, Acomodador, Colaborador.

De um modo geral, essas questões ligadas a poder e a política dentro de uma organização não são normalmente comentadas formalmente e somente de modo informal. Muitas vezes, a comunidade da organização tem conhecimento das disputas políticas dentro da organização ou mesmo intra - organizações sem, porém, se envolverem nesses aspectos.

A discussão dessa abordagem ajuda a aceitar a realidade da política como um aspecto inevitável da organização e a metáfora também ajuda a arrasar o mito da racionalidade organizacional. As considerações relativas a política sugerem uma reavaliação da importância ideológica do conceito de racionalidade.

A ênfase na racionalidade tenta tornar coeso um sistema político que, devido a diversidade de interesses, tende a movimentar-se para direções diferentes e algumas vezes até ruir. O segredo é aprender uma forma de diálogo com a situação que está se tentando entender.

Na concepção pluralista, a organização é constituída por uma diversidade de interesses de grupos e de indivíduos interna e externamente articulados. Esses interesses prevalecem com maior ou menor intensidade no meio da organizacional, conforme a distribuição interna de recursos e poder.

A aceitação cada vez mais clara, de que o conflito é inerente e inevitável em qualquer organização moderna foi acompanhada de sua visão de funcionalidade, ou seja, da crença de que o conflito pode contribuir positivamente para o progresso organizacional. Da mesma forma, a visão hierárquica da organização, aceita no liberalismo clássico, ressaltando a interdependência entre todos os membros de uma organização, defende a repressão dos conflitos, baseada na premissa social da empresa.

No sentido amplo e teórico do termo, participação compreende todas as formas e meios pelos quais os membros de uma organização podem participar para que a organização tente atingir a três aspectos básicos, que são representados pela eficiência, pela eficácia e pela efetividade, aspectos que muitas vezes não são perceptíveis para os gestores.

3.1.3 - O MODELO DE ORGANIZAÇÃO DE MINTZBERG

Consideramos o modelo organizacional de Mintzberg muito interessante para a reflexão sobre este tipo de questão e para tanto iremos procurar sintetizar sua proposta.

a) Os cinco mecanismos de coordenação de Mintzberg

Mintzberg (1995), define cinco mecanismos de coordenação que podem abranger as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam suas tarefas e que podem ser representados pelo(a):

- Ajustamento Mútuo; obtém a coordenação do trabalho pelo processo simples de comunicação informal.
- Supervisão Direta; obtém a coordenação do trabalho por meio de uma pessoa que possui a responsabilidade pelo trabalho dos outros, dando instruções e monitorando as ações desenvolvidas,
- Padronização dos Processos de Trabalho; obtém a coordenação quando as condições de trabalho são especificadas ou programadas.
- Padronização dos Resultados; obtém a coordenação quando as saídas são padronizadas, ou seja quando o resultado do trabalho são especificados como por exemplo as dimensões do produto ou o desempenho.
- Padronização das Habilidades; Obtém a Coordenação do trabalho quando as habilidades e conhecimentos são padronizáveis em relação ao tipo de treinamento necessário para executar o trabalho especificado.

b - As Cinco Partes Básicas (Dimensões) da Organização

Assim como Carlos Matus (1993) no que se refere ao planejamento estratégico situacional, achamos que Mintzberg (1995) também apresenta em seu estudo, um modelo poderoso que tem fundamento para a explicação do funcionamento das organizações. A obra de Mintzberg é bastante complexa e fugiria ao escopo desta dissertação tentar explicar todo o seu pensamento em termos de organização.

Entretanto, acreditamos ser pelo menos possível, a partir de suas configurações organizacionais, dar uma idéia do método adotado pelo autor. Resumindo, segundo o paradigma de Mintzberg, as organizações poderiam ser divididas ou dimensionadas em partes que poderíamos resumir em uma parte verticalizada constituída por uma Cúpula Estratégica, uma Linha Intermediária e um Núcleo Operacional, local realmente destinado à produção mais essencial da empresa. Lateralmente a essa linha verticalizada, teríamos duas outras dimensões que irão variar nas organizações, tanto em tamanho como em importância, como as outras três, e que seriam representadas pelo que chamamos de Tecnoestrutura (onde estariam localizados o planejamento, a programação, o estudo do trabalho e o apoio técnico).e o que poderíamos chamar de Assessoria de Apoio (Assessoria Jurídica, Relações Públicas, Relações Industriais, Estudo de preços, dentre outras atividades).

FIGURA 3.2. As 05 partes básicas da organização (Mintzberg, 1995)

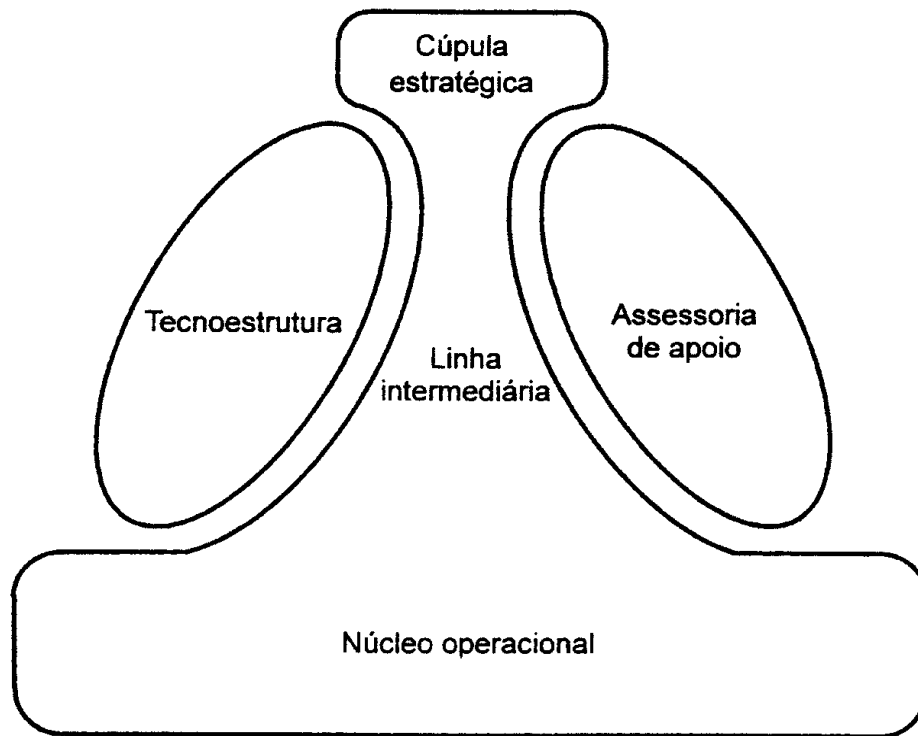
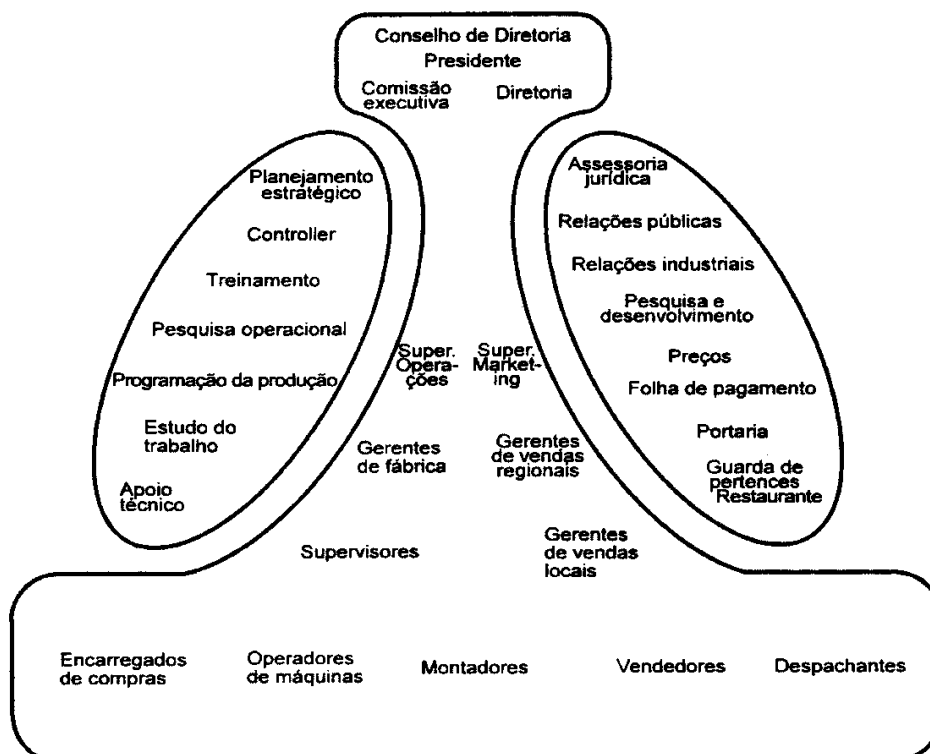


FIGURA 3.3. Atividades e estrutura de uma organização fabril



c) As cinco Configurações Básicas de Mintzberg (1995)

Segundo Mintzberg (1995) as organizações podem apresentar cinco configurações básicas, que são:

- Estrutura Simples, com base na supervisão direta, na qual a cúpula estratégica é o componente chave;
- Burocracia Mecanizada, com base na padronização dos processos de trabalho, na qual a tecnoestrutura é o componente chave;
- Burocracia Profissional, com base na padronização de habilidades, na qual o núcleo operacional é o componente chave;
- Forma Divisionada, com base na padronização de saídas, na qual a linha intermediária é o componente chave;
- Adhocracia, com base no ajustamento mútuo, na qual a assessoria de apoio (algumas vezes com o núcleo operacional) é o componente chave.

Segundo Azevedo(1993: 39), a visão de Mintzberg em relação a outras correntes de pensamento poderia ser sintetizada pelo seguinte quadro:

QUADRO 3.2 - As configurações organizacionais de Mintzberg (1995)

Tipo de Organização ou Configuração	Mecanismo de Coordenação	Componente Chave da Organização	Características Dominantes
-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------------

	Principal		
Empreendedora	Supervisão direta	Centro de decisão	Líder carismático/autoritário. Estrutura simples, pouca hierarquização. Organização em desenvolvimento ou em crise
Mecanicista	Padronização do processo de produção	Tecnoestrutura	Burocracia centralizadora, trabalho formalizado comum nas organizações de produção de grandes volumes.
Profissional	Padronização das Qualificações	Operadores	Dependência sobre os profissionais, normas de práticas definidas pôr fora. Estrutura dupla administrativa/profissional.
Diversificada	Padronização dos resultados	Gerentes	Componentes quase autônomos. Centro controla os resultados. Comuns nas organizações de produção variada.
Inovadora	Ajustamento mútuo	Pessoal de apoio	Pouca formalização. Funcionamento pôr projeto. Descentralização
Missionária	Padronização das normas	ideologia	Sistema de valores e de crenças muito desenvolvido (tradições,, rituais, etc). Centralidade da Missão. Valoriza a lealdade dos mesmos.
Política	Nenhum	Nenhum	Jogos de poder. Alta prevalência de conflitos.

Fonte: Dussaut, Gilles (1992)

d - Considerações

Modelos organizacionais são difíceis de atenderem todas as exigências e a complexidade que as organizações na maioria da vezes possuem.

Modernamente, as organizações levam em consideração uma perspectiva mais integradora que possui como bases o contexto interno e externo em que ela está inserida; que possua um desenho organizacional racional com a missão, que

privilegie desenhos organizacionais mais concentrados, com linha hierárquica menor possível entre os dirigentes e os operadores tendo como objetivo a satisfação de todos os usuários, tanto interno como externo.

Dois conceitos são fundamentais. O primeiro é o Sistema da Qualidade, definido segundo a Norma ISO 8402, como a estrutura, as responsabilidades, os procedimentos, os processos e os recursos da organização para implementar a Gestão da Qualidade.

A ISO 9000 especifica os requisitos de um Sistema de Qualidade. A Gestão Total da Qualidade (Total Quality Management - TQM) é conceituada como abordagem de gerenciamento para uma organização centralizada na qualidade, que se baseia na participação de todos os seus membros, visando ao sucesso a longo prazo por meio da satisfação dos clientes e dos benefícios para os membros da organização e para a sociedade (Hutchins, 1994).

É necessário, entretanto que haja privilégio para as comunicações laterais e a descentralização das decisões e, sobre tudo, que valorize o planejamento descentralizado e participativo e que possua mecanismos de controle e avaliação competentes, que permitam o redirecionamento das atividades desenvolvidas pela organização na presença de imprevistos.

As organizações de saúde possuem particularidades que são inerentes ao setor e que dificultam muito o processo de gestão das organizações. O primeiro problema na área refere-se ao conjunto, ou seja, não podemos deixar de levar em consideração que uma determinada organização de saúde não pode ser pensada isoladamente, mas sim levando-se em consideração o ambiente externo e a existência de uma rede, fato que contribui sensivelmente para aumentar as dificuldades do processo de gestão.

Além disso, tomando-se como referência o modelo de Mintzberg (1995), as organizações de saúde são extremamente complexas, pois o centro de sua produção está mais assemelhado e articulado com o que poderíamos chamar de núcleo operacional, onde prevalece o poder médico e a autonomia do trabalho por

ele desenvolvido, o que dificulta a padronização de atividades que com o avanço da tecnologia a cada dia ficam mais caras.

Acreditamos que nas instituições de saúde, o grande desafio seja a implementação de modelos que tenham como base o planejamento participativo e descentralizado, levando-se sempre em consideração o contexto, cenários e a situação em que se encontra a organização. Adicionalmente, devem incluir a estimulação da comunicação lateral, levando-se em consideração desenhos organizacionais mais compactos e a descentralização das responsabilidades com a obtenção das metas e objetivos contidos no plano. A autonomia orçamentária e financeira são requisitos básicos para uma boa gestão, pois permite maior flexibilidade para a resolução dos problemas de um modo geral (Barbosa, 1995).

Outras questões que consideramos importantes é o treinamento constante dos recursos humanos, melhores remunerações, a busca permanente de mudança da cultura nas instituições que apresentam distorções em função deste parâmetro e a interdisciplinaridade (Vieira, 1995). Como exemplo poderíamos citar a própria amostra que estamos analisando.

Finalizando, gostaríamos de colocar que as teorias organizacionais e de gestão, fazem parte de um universo extremamente complexo considerando a ótica, cultura, ambiente e distância que o sujeito tenha em relação ao objeto analisado. Nossa dissertação visa somente despertar os gestores de farmácia hospitalares para a importância do assunto, que refletiremos extrapolando as visões colocadas para o contexto da farmácia hospitalar no capítulo referente a discussões. Fica evidente, que o assunto deve ser aprofundado pela leitura de obras específicas relativas ao tema.

3.2 - O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

Todas as colocações que efetuamos, ao final de nossa abordagem para organizações e gestão, são válidas também para a ferramenta representada pelo planejamento, ou seja, discutiremos resumidamente o assunto, visando inferir na

farmácia hospitalar conceitos e teorias que serão citadas, na discussão final. Como existem diversos autores que refletem sobre o assunto, resolvemos utilizar como referência o planejamento estratégico situacional Matusiano, por considerá-lo alicerçado em teorias e conceitos convincentes. De um modo geral, tanto os governos, como também empresas, utilizam o que poderíamos denominar de planejamento clássico ou normativo, que procura definir objetivos e metas sem levar em consideração diversos fatores relevantes como cenários, tempo e movimento dentre outros, baseando-se simplesmente nos planejamentos orçamentário e operacional.

Segundo colocações efetuadas por Matus (1993), podemos concluir que o planejamento é extremamente importante, e questão relevante para uma análise da farmácia hospitalar, principalmente na amostra utilizada na dissertação, que não apresenta cultura nesta atividade. Procuramos explorar, dentre várias opções, a relacionada ao planejamento estratégico situacional que possui como expoentes Carlos Matus, e no Brasil Francisco Javier Uribe Rivera, dentre outros autores também importantes. Tanto as obras de Matus como de Rivera são bastante ricas e complexas. Portanto, ratificamos que nosso objetivo é somente chamar a atenção para alguns aspectos que julgamos relevantes das respectivas obras para um possível aprofundamento futuro por parte dos gestores que trabalham em farmácia hospitalar.

Segundo Matus (1993), o planejamento normativo difere do estratégico pelas seguintes razões:

- A separação entre o sujeito que planeja e o objeto "sob seu controle" que é o planejado. O sujeito não se considera como parte da realidade/objeto do planejamento.
-
- A realidade para o sujeito que planeja é analisada através de um diagnóstico único e objetivo. A dimensão tempo só leva em consideração o passado e o presente do diagnóstico.
 - O futuro para o sujeito é analisado através de leis de comportamento social e aplicação de cálculos analíticos de base causa e efeito; previsão e predição são

entendidas como a mesma coisa e a potência do método depende da capacidade de predição do sujeito.

- Não é levada em consideração a possibilidade de interferência de outros atores no processo de planejamento, não existindo, portanto, oponentes. O ator que planeja se considera único e central.
- O planejamento normativo não leva em consideração as incertezas ou problemas não estruturados ou eventos probabilísticos mal definidos ou até as imponderabilidades.
- O planejamento normativo não leva em consideração a possibilidade da existência de diversos cenários, é fechado ou engessado reduzindo-se ao cumprimento do plano desenhado para alcançar os objetivos.

3.2.1 - CONCEITOS E QUESTÕES RELEVANTES PARA O ENTENDIMENTO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

a - Os Conceitos de Estratégia e Tática

Segundo Matus (IPEA, Tomo I, 1993, pg. 191 -1954), o conceito de estratégia pode ser definido segundo a ótica de vários autores, seria "um processo de decisão que visa orientar de maneira determinante as atividades e a organização da Instituição para satisfação a longo prazo do usuário" de acordo com Decour (1990). Segundo Gabor estratégia "é a teoria do movimento em direção ao objetivo, onde o critério de decisão de cada movimento é obter o máximo de liberdade no jogo após cada decisão e reposta do oponente". De acordo com Clausewitz a "estratégia é o uso do encontro para alcançar o objetivo da guerra". A tática revela o uso da força nos encontros e a estratégia o uso dos encontros para alcançar o objetivo da guerra. Beaufre já considera "o jogo estratégico como a luta pela liberdade de ação própria e a aptidão para privar o oponente de sua liberdade de ação".

De acordo com Aurélio (1995), a tática é uma arte de dispor e ordenar as tropas em posições favoráveis para o combate ou a maneira hábil de dirigir qualquer negócio. Em última análise poderemos classificar a estratégia como os momentos de desenho de um plano e a tática o momento de ação ou operacionalização do plano.

b - O Conceito de Situação

Segundo Matus (IPEA, Tomo I, 1993, pg. 203 -221), vários autores conceituaram ao longo do tempo o termo situação, entre os quais ele destaca Heidegger (O Ser e o Tempo, 1927), Sartre (O Ser e o Nada, 1943), Gadamer (Truth and Method, 1975) e Ortega Y Gasset (História como Sistema) Sintetizando seria uma apreciação do conjunto feita pelo ator em relação as ações que projeta produzir, visando preservar ou alterar a realidade em que vive. É sempre um recorte problemático da realidade em função de um projeto de ação. O conceito de ação constitui-se pelo ator eixo da explicação, por outros atores, pelas suas ações pelas estruturas econômicas, políticas, sociais, ideológica etc.

Características do conceito de situação

- Totalizante: Abrange todas as dimensões da realidade (Política, cultural, social, ecológica, ideológica, econômica)
- Dinâmica: Incorpora o movimento da realidade, ou seja articula presente passado e futuro.
- Ator referencial: A situação é referida a um ator, ou seja a sua visão de mundo, de valores, etc, e também referida ao seu projeto político.
- Policêntrica: Inclui as explicações dos demais atores.
- Ativa: Pois fundamenta a ação do ator.
- Rigorosa: Pois articula o mundo fenomênico com o mundo da essência, que só pode ser vista através de um modelo teórico.

c - O Conceito de Ator Social

Ator social é qualquer indivíduo que possua algum tipo de poder nas organizações e que possa influenciar de alguma forma em seu funcionamento (Matus, IPEA, Tomo I, 1993 pg. 227 - 233).

d) O Poder

O conceito de poder é fundamental, pois representa a chave de viabilidade política do plano (Matus, 1987), entretanto, é bastante complexo para ser conceituado, e podemos citar pelo menos como referência, Gallo, Rivera & Machado (1992) que analisando aspectos relacionados a obra de Matus destacam como base fundamental do poder a questão da legitimidade. Se não houver legitimidade do poder o ator fatalmente experimentará no futuro os efeitos desgastantes da situação impositiva. Gallo. Rivera & machado (1992), utilizam como referência em sua análise

de conceitos de poder as obras de Habermas (1987), Kosik (1976) e Barrenchea & Trujillo (1987).

e - O Planejamento como um problema entre os homens

Segundo Matus (IPEA, Tomo I 1993, pg. 9 - 28), quando dizemos que planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar”que nos levem”e tratarmos de ser condutores de nosso próprio futuro, estamos nos referindo a um processo social, no qual o homem indivíduo realiza um ato de reflexão superior e reconhece que só a consciência e a força de homem coletivo pode encarnar tal vontade humana e enfrentar a correnteza dos fatos para desviar seu curso em direção a objetivos racionalmente decididos. O homem coletivo, como agente de mudança e através do plano, converte-se no contrapeso do vazio da direção do processo social que todos produzimos como indivíduos atomizados.

O homem coletivo é o condutor do processo social; por esse motivo o planejamento surge como um problema entre homens; primeiramente o homem indivíduo que procura alcançar seus objetivos particulares, em segundo, lugar o homem coletivo, que busca uma ordem e uma direção societária; e entre as distintas forças sociais, nas quais se encarna o homem coletivo, que luta por objetivos opostos.

Se os objetivos dos homens são conflitantes sobre o futuro, o planejamento não se faz num mar de rosas comandado por cálculo técnico-científico. Não é certo que podemos decidir sobre o futuro pensando exclusivamente na relação:

Homem -----> Instrumento -----> Objetivo

O objeto do planejamento está sempre em movimento e esse movimento não é distinto de nós como produtores sociais.

Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou seremos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceita-lo seja ele qual for. Se um homem, governo ou Instituição renuncia a conduzir, desiste de dominar e é arrastado pelos fatos, abdica então da principal liberdade humana, que é tentar decidir por nós e para nós onde queremos chegar e como lutar para alcançar nossos objetivos.

O planejamento é assim uma ferramenta das lutas permanentes que o homem trava desde o início da humanidade para conquistar graus crescentes de liberdade. Usamos o termo variante quando o planejador encontra-se ante uma alternativa na qual não tem poder de decidir e a realidade decide por ele. Se todas as disjuntivas que enfrentamos fossem variantes, a realidade seria completamente ingovernável para nós. Assim, o processo de liberdade do homem é o processo de conversão de variantes em opções, tornando a realidade mais governável para os desígnios de sua razão.

f - Precisamos Planejar ?

Segundo Matus (IPEA, Tomo I, 1993, pg. 17 - 34), o primeiro problema consiste em delimitar o âmbito do planejamento e o papel da improvisação. Admitamos, em princípio, que o planejamento refere-se ao cálculo que precede e preside a ação. A existência desses cálculos é suficiente para fundamentar decisões ?. Aqui surge o primeiro requisito para que a reflexão se identifique com o planejamento: deve relacionar-se com a ação, deve constituir uma mediação entre o conhecimento que se obtém com a pesquisa e a ação que vamos empreender agora. Por que o cálculo situacional sistemático é articulado em distintos prazos é mais potente ou eficaz que o cálculo situacional imediatista ou cálculo puramente técnico ?

Matus (1993) responde através de seis argumentos puros, isolados artificialmente uns dos outros que procuramos sintetizar:

- **Primeiro Argumento**

É necessária uma mediação entre o futuro e o presente. A necessidade do planejamento reside em que o meu critério para decidir o que devo fazer hoje consiste saber se esta ação de hoje será eficaz amanhã. Este argumento destaca a necessidade de prever as possibilidades do amanhã para desenhar antecipadamente o que devo fazer hoje.

- **Segundo Argumento**

É necessário prever quando a predição é impossível. Assim, o futuro que nos afetará amanhã e incide na eficácia de nossas decisões de hoje depende, às vezes em grande parte, de variáveis desconhecidas e inimagináveis, que não podemos

enumerar. Isso, certamente acontece com todos os casos. Podemos fazer uma boa previsão sobre a população que existirá amanhã. Mas não podemos fazer o mesmo em relação às ações dessa população.

- **Terceiro Argumento**

Reação veloz planejada ante as surpresas. O terceiro argumento pode ser então anunciado como a necessidade de estar preparado para reagir de forma veloz e eficaz ante a surpresa.

- **Quarto Argumento**

É necessária uma mediação entre o passado e o futuro. Devo prever formas de aprender oportunamente com o passado recente, e colocar esse conhecimento a serviço de outros argumentos desse discurso. O quarto argumento baseia-se, então, na necessidade de aprendizagem na prática como mediação entre passado e futuro.

- **Quinto Argumento**

É necessária mediação entre conhecimento e ação. O quinto argumento sugere, então, que entre a ação e o conhecimento da realidade requer-se o planejamento, ainda que como mera análise do presente para o presente.

- **Sexto Argumento**

É necessária coerência global ante ações parciais dos atores sociais. O sexto argumento pode ser assim enunciado: "é necessário uma ação central que busque a coerência global frente às ações parciais dos atores sociais, se é que queremos conduzir o sistema social a objetivos decididos democraticamente pelos homens".

3.2.2 - O PROCESSO DE PRODUÇÃO SOCIAL

Segundo Matus (IPEA, Tomo I, 1993, pg. 98 - 134), poderíamos destacar:

a - Diferença entre homem de ação e o de ciência

- Homem de ação: Insere-se no processo de produção social como ator que luta por preservar ou alterar o mundo.

- Homem de ciência: Procura explicar o mundo pelo mero desejo de satisfazer sua sede de conhecimento e não está diretamente interessado na ação.

b - Diferenças entre cortes da realidade dos homens de ação e dos homens de ciências

Não existe uma só forma de se ver o mundo. O homem de ação vê talvez superficialmente um sistema global, enquanto cientista vem âmbito parciais de reflexão porém com maior profundidade. Os cientistas não estão preparados para apoiar o homem de ação. As ciências setorizam a realidade enquanto o homem de ação problematiza a realidade em função de sua prática. As ciências sociais não foram feitas para políticos, governantes e combatentes. Foram elaboradas para conhecer o mundo e não governa-lo. As ciências tem um conceito distinto de unidade da realidade empregado pelo homem de ação. Quando um ator produz um fato econômico ele vem inevitavelmente acompanhado de conseqüências políticas, sociais, culturais, Institucionais e ecológicas. As ciências tendem a departamentalizar as análises situacionais, excluindo as intercessões que fatalmente existem. Como exemplo Matus cita a análise de um problema político sem levar em consideração os aspectos econômicos ou vise e versa.

c - O perfil do governante do futuro (Matus, 1993)

O governante do futuro seria o protótipo de um novo homem prático, renovado pela compreensão de uma ciência integradora.

d - O desenho futuro de produção social (Matus, 1993)

Exige a possibilidade de uma teoria integradora da totalidade social. No presente a teoria econômica. divorciou-se da teoria política e social. O conceito de produção social unificaria todos os conceitos que hoje estão restritos as produções econômica, política, ideológica, cultural, etc. Evidentemente trata-se de uma proposta utópica mas que merece ser perseguida.

e - Aspirações de uma ciência de produção social (Matus, 1993)

- Que seja uma teoria que unifique a variedade particular das distintas dimensões do processo (econômico, político, cultural, ideológico, etc)

- Que a partir da teoria unificada voltem-se a reconstituir-se as diversas ciências sociais departamentalizadas (economia, sociologia, antropologia, análise histórica, etc).
- Que a nova ciência da totalidade social reabra para si as teorias refundidas dos diversos corpos teóricos das ciências conhecidas (economia, sociologia, antropologia, etc).

QUADRO 3.3 - As dimensões do processo de produção social (Matus, 1993)

Regras (Genoestruturas)	Acumulações (Fenoestruturas) Jogadores	Fluxos(Fatos) Fenoprodução Jogadas
------------------------------------	---	---

Proíbem e permitem, inibem e estimulam ações possíveis.	Capacidades em geral, habilidades, conhecimentos, destreza, valores, recursos econômicos, políticos, culturais.	Jogadas (qualquer fato seja econômico, político, ideológico, cultural, sanitário, etc)
Definem o espaço de variedade do possível.	Sistemas (capacidade física)	Bens e origens produzidos
Podem ser regras econômicas, políticas, culturais, ideológicas, jurídicas, etc. normas legais que definem a variedade dos atores e sua capacidade de poder produzir fatos.(Produção)	Sistemas organizacionais e de gestão.	Eficiência e finalidade
Macro estruturas políticas, econômicas e ideológicas.	Sistema de produção teórica (capacidade instalada)	Planos
Normas legais	Recursos humanos acumulados cognitivas	Produtos
Política de saúde vigente Método estrutural da ideologia sanitária.	poder político dos atores.	Atos de fala
	Sistema de financiamento	Ações
	Capital	
	Atores (capacidade de produzir fatos)	

Fonte: Matus, Carlos (IPEA, 1993)

As microcausalidades são àquelas que transitam intra dimensões e as macrocausalidades são àquelas que transitam entre as dimensões.

Qualquer organização tem sempre regras, acumulações e fatos. Há uma interação constante entre as três dimensões da produção social.

3.2.3 - OS MOMENTOS DO PES

De acordo com Rivera (1992, pg. 123 - 149), o planejamento estratégico situacional possui quatro momentos que são divididos para efeito didático, mas que na prática estão permanentemente articulados e que resumidamente podemos conceituar:

a) Momento explicativo

O momento explicativo equivale ao diagnóstico do planejamento normativo. É realizado através de um fluxograma situacional, (árvore explicativa).

b) Momento Normativo

Representa o desenho do planejamento, ou seja o deve ser. É o momento do planejamento em que desenhamos o como deve ser a realidade.

c) Momento Estratégico

Representa o estudo dos problemas e obstáculos que devemos superar para a transformação do desenho normativo em realidade.

d) Momento Tático Operacional

Os momentos anteriores são cálculos; não transcendem o ator que planeja, constituem análises, desenhos e simulações que não perturbam o real. O momento tático operacional já é responsável pela produção ações ou fatos. Este momento leva em consideração quatro aspectos representados por:

- Apreciação da situação conjuntural;
- Pré-avaliação das decisões possíveis;
- Tomadas de decisões e execução;
- Pós-avaliação da decisões tomadas ou apreciação da nova situação

3.2.4. – FUNDAMENTOS DO PLANEJAMENTO SITUACIONAL

Segundo Rivera (1992. Pg. 107 - 123), o planejamento situacional refere-se a arte de "governar" em situação de poder compartilhado. O que é planejamento ? Quem planeja ?

Aquele que planeja realmente é o que realiza o cálculo último de síntese que procede e preside a ação? A complexidade do cálculo situacional, onde combina toda uma

variada constelação de fatores, não está normalmente no nível técnico, ainda que seja imprescindível que exista uma equipe técnica de bom nível e de elevada experiência que apoie este complexo cálculo situacional feito por quem governa.

Porém esta tarefa técnica, que deve ser realizada com sentido político, representa apenas o apoio logístico a quem governa. Como consequência disso o conceito de planejamento tem de ser ampliado. Já não pode ser restrito ao âmbito do econômico, que é tradição da planificação normativa. O que é que você planeja ?, se for economista, responde: "planejo o crescimento do produto territorial bruto, o consumo, as importações, as exportações, a alteração de uma série de coeficientes que relacionam estas variáveis com variáveis políticas que lhe imprimem dinâmica".

Assim o planejador tem respostas muito precisas mas insuficientes e pouco acessíveis à população e lança por terra a teoria economicista do planejamento, quando este supõe que há um único recurso escasso dominante: O recurso econômico e a eficácia econômica. Todavia, na realidade, pode haver múltiplos critérios de eficácia em conflito e o ator que faz o cálculo de síntese deve optar freqüentemente entre uma decisão que tem alta eficácia política, porém baixa eficácia econômica ou vice e versa.

um decálogo resumido do PES

De acordo com Rivera (1992. Pg. 107 - 123), o PES leva em conta 10 considerações, que tentaremos resumir, o máximo possível, somente para dar idéia da complexidade do planejamento que estamos apresentando.

Primeira Consideração

Planeja quem governa. Para nos localizarmos na concepção de planejamento estratégico, é necessário redefinir o sentido das palavras planejamento e planejador; o planejamento tem que ser algo mais amplo, mais abrangente que o mero

planejamento de um âmbito específico como o econômico. Na prática de governo resulta óbvia esta limitação do planejamento normativo. Por sua vez, planeja quem governa, que tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir.

Segunda Consideração

O planejamento se refere ao presente. O planejamento não se refere a um desenho do futuro. Esta idéia é uma deformação que nos chega através de sua origem como projeto de investigação. Tudo o que fazemos para explorar o futuro pelo prazo de um ano, cinco anos ou quinze anos não tem importância nenhuma se as mesmas explorações não orientam a ação de hoje. Contudo a decisão de hoje não pode ser racional se não transcende o presente, porque o que ocorre depois ou amanhã é o que dá eficácia à minha decisão.

Terceira Consideração

- planejamento exige um cálculo situacional complexo que perpassa os quatro momentos do planejamento Quando se explica uma situação inicial não se deve explicar apenas o problema médico, porque então não se poderia encarar o problema organizativo, o problema financeiro ou o problema político. É óbvio que não bastaria um diagnóstico do problema de saúde como um problema médico. Talvez o problema técnico seja o menos difícil e os obstáculos mais complexos são os organizativos, financeiros, políticos etc.
-

No momento tático-operacional, encontrar-se-ão novamente com a soma de todos esses problemas, para evitar que a ação concreta se desvie do caminho que conduz ao alcance do objetivo.

Quarta Consideração

O planejamento se refere a oportunidades e a problemas reais. É essencial ao planejamento situacional a categoria "problema". Temos que ter cuidado com a categoria problema, pois o que problema para eu pode ser oportunidade para outro, o que pode nós afastar da categoria diagnóstico no sentido tradicional. O diagnóstico foi extraído da medicina para o planejamento. É muito importante a partir do ponto de vista do planejamento situacional, explicar a realidade não somente como a percebo, senão que me localize na auto-referência do outro e tente compreender

sua explicação diversa da minha. A explicação do "outro" é parte da realidade que devo explicar, faz parte da situação.

Quinta Consideração

O planejamento é inseparável da gerência. A única forma de fazer com que o planejamento funcione é que responda às necessidades de quem gerência. Utilizemos dois termos: planejamento operacional (na base) e planejamento diretivo (de síntese global). O primeiro princípio que relaciona ambos os tipos de planejamento é que o planejamento diretivo não pode ter sentido sem o planejamento operacional. O segundo princípio aponta para o fato de que o planejamento operacional, normalmente, se realiza sob fenoe estruturas constantes. O planejamento operacional refere-se, mais especificamente, a como conseguir o máximo de eficácia, dadas as acumulações sociais que aí estão configuradas, como edifícios, instalações médicas, dotações de recursos etc. Porém, caracteriza-se como planejamento suficientemente complexo e, sem ela, o planejamento diretivo que realiza seus cálculos sob fenoe estruturas e genoestruturas variáveis, não poderia operar. Ou o sistema articula o planejamento operacional com o diretivo, ou novamente se transforma num livro.

Sexta Consideração

o planejamento situacional, por definição, é necessariamente político. Um dos recursos que restringem nossas capacidades de produção social de ações são as restrições de poder.

Sétima consideração

O planejamento nunca está referido à adivinhação do futuro. Um "cenário de cálculo" do plano conforma-se por uma determinada articulação de opções e variantes. Nossa obrigação é ter um plano e uma estratégia para vários cenários que se localizem dentro dos extremos aparentemente possíveis.

Oitava Consideração

- O plano é "modular". Está composto por unidades ou células que podem agregar-se, dimensionar-se e combinar-se de maneiras distintas, segundo os objetivos que se busquem, a situação inicial e a estratégia elaborada.
- O que é operação? É a aplicação de recursos ou insumos à produção de um resultado que altere a situação. Trata-se da aplicação de recursos escassos na situação para conseguir como resultado uma mudança da mesma. Porque a concepção do plano é modular? Primeiro porque diante de mudanças de cenário de cálculos do plano (ex.: mudança do preço do petróleo, etc) podemos introduzir, retirar ou redefinir algumas operações, através das quais podemos mudar a estrutura modular do plano por operações. Segundo, porque cada módulo, quer dizer cada operação, pode ser dimensionada ou desenhada de acordo com as variantes previsíveis, com o fim de utilizar mais ou menos recursos, segundo a situação o exija ou permita.

Nona Consideração

- O planejamento não é monopólio nosso. Nosso plano enfrenta oponentes que também planejam. A idéia central do planejamento estratégico consiste em considerar que, além de nós, há outros atores na realidade que também planejam com objetivos distintos do nosso.

Décima Consideração

O planejamento não domina o tempo e não deixa enrijecer por ele. O problema do tempo no planejamento é um tema fascinante e de muitas arestas. Por um lado, em poucos dias, o plano comprime o tempo para simular a realidade para além do presente. Mas também joga com o eixo do tempo, movendo-se do presente para o passado e o futuro. O planejamento situacional opera com quatro instâncias temporais articuladas ou formalizadas:

- O planejamento na conjuntura, ou de curto prazo;
- O planejamento anual operativo;
- O planejamento para período de governo, ou de médio prazo;
- O planejamento a longo e muito longo prazo;

3.2.5 - PROPOSTAS METODOLÓGICAS

Não entraremos em detalhes sobre propostas metodológicas utilizadas para a elaboração do Planejamento Estratégico por não ser o objetivo principal de nossa dissertação e também pela existência de várias propostas, principalmente após o desenvolvimento dos sistemas de gerenciamento pela qualidade total que existem atualmente e que estão sendo aplicados em organizações. Entretanto, podemos assinalar a trilogia PES (Planejamento Estratégico Situacional), ZOOP (Planejamento por Projetos Orientados por Objetivos) e MAPP (Método Altadir de Planejamento Popular), proposta por Carlos Matus e explicada por (Artmann & Sá, 1993). Aconselhamos para aprofundamento da questão a leitura da publicação desenvolvida pelo Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde no Brasil denominada "Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário", Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde n(13, Brasília, 1994. A publicação em questão apresenta algumas experiências práticas desenvolvidas no Brasil que certamente contribuirão para o entendimento da questão. Evidentemente as obras de Carlos Matus, Mario Testa, Francisco Javier Uribe Rivera, e Edmundo Gallo, Rivera, Maria Helena Machado (Planejamento Criativo, 1992), dentre outros autores também importantes, devem ser estudadas com mais profundidade em face da complexidade da referida área.

CAPÍTULO 4

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR

4.1 - ASPECTOS E QUESTÕES RELEVANTES

No Brasil, a Santa Casa de Santos, é considerada como o primeiro hospital brasileiro fundado em 1565 (Castelar, 1995). De acordo com o Guia Básico para Farmácia Hospitalar (MS, 1994), a farmácia hospitalar nasceu na idade média através dos gregos, árabes e romanos. Surgindo no Brasil por volta dos anos 50, logo modernizou-se, mas em seguida praticamente ficou estagnada. A primeira farmácia hospitalar que se tem registro, data de 1752 no Estados Unidos em um hospital da Pensilvania - EUA. No Brasil as farmácias hospitalares mais antigas foram instaladas nas Santa Casas de Misericórdia e Hospitais Militares (CFF, 1997).

A assistência farmacêutica hospitalar possui extrema relevância por várias razões que destacaremos oportunamente. Entretanto, como o medicamento e outros

produtos correlato são vitais para o funcionamento harmonioso de qualquer hospital que procura ser eficiente, eficaz e efetivo, deve ser estudado cuidadosamente e destacado em qualquer trabalho relacionado com a questão.

Segundo Gadêlha (1996), não existem ainda são poucos os cursos de especialização e de mestrado, e praticamente inexistentes o de doutorado nessa área, o que provoca uma enorme deficiência no quadro geral da farmácia hospitalar, no Brasil, por falta de profissionais habilitados em relação ao número de estabelecimentos existentes. De acordo com dados fornecidos pelo autora, existem no Brasil cerca de 900 farmacêuticos preparados para atuar na farmácia hospitalar para um total de 6349 hospitais, o que dá uma média de 0,14 farmacêuticos por hospital, quando a média mundial para um hospital de 500 leitos é de pelo menos três farmacêuticos,. isso se a farmácia desempenhar apenas as funções básicas de dispensação, controle de estoque e informação sobre medicamentos.

Caso hajam atividades de manipulação, preparação de soluções parenterais, misturas intra venosas e farmácia clínica, dentre outras atividades, o número de farmacêutico deve aumentar.

A Organização Mundial de Saúde determina a proporção de um farmacêutico para cada 100 leitos como sendo suficiente. No Brasil a média é de 655 leitos para cada farmacêutico, sem contar que existe um número expressivo de hospitais que não possuem farmacêutico. Tanto nos Estados Unidos como na Europa, praticamente todos os serviços de farmácia têm farmacêuticos com formação em farmácia hospitalar e obedecendo o indicador estabelecido pela OMS/OPAS (Gadêlha, 1996).

Na Espanha, esses serviços são mais difundidos e trabalham com indicadores mais elásticos (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1990). No Brasil, além da falta de interesse das Universidades muitas das quais, em suas faculdades de farmácias não possuem a disciplina específica de farmácia hospitalar, também temos a falta de interesse dos governos, em seus três níveis, de aprimorar esta atividade tão importante.

Ainda de acordo com Gadêlha (1996), não existe no Brasil um manual que estabeleça os padrões para a avaliação de farmácia hospitalar. Utilizam-se

normalmente os manuais feitos pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde como o (OPAS/OMS, 1997), que determina os padrões e indicadores de qualidade para hospitais que estariam mais compatíveis com a situação existente nos países centrais, o que nem sempre corresponde a realidade brasileira. Concluímos que vários dados referentes à farmácia hospitalar, desse manual, e de outros anteriores, são difíceis de serem aplicados ao nosso contexto.

Segundo o manual supra mencionado, classifica-se uma farmácia hospitalar como de nível 1 se ela apresentar um depósito de medicamentos e uma geladeira, como de nível 2 se ela apresentar um catálogo de informações e uma padronização de medicamentos. No caso do nível 3 deverá apresentar pessoal de plantão de 24 horas e para ser classificada em nível 4 é necessário que a farmácia conte com uma comissão de vigilância farmacêutica.

4.2 - CONCEITOS SOBRE FARMÁCIA HOSPITALAR

Vários são os conceitos de farmácia hospitalar existentes. Discutiremos a questão com base na análise dos diversos autores que serão abordados e que consideraremos para o desenvolvimento desta reflexão. A farmácia hospitalar é um sistema relevante no contexto dos hospitais e tendo em vista sua importância foram elaborados, através do tempo, para instrumentalizá-la, vários conceitos.

Discorreremos sobre os conceitos de alguns autores, como o de Nogueira Henrique (1961), que define a farmácia hospitalar "como uma atividade que adquiriu especial significado, em face de ser fator de alta cooperação no perfeito equilíbrio do orçamento hospitalar, contribuindo de modo decisivo no custo do leito /dia".

Segundo Cimino (1973), a farmácia hospitalar é considerada como uma unidade técnica aparelhada para prover as clínicas e demais serviços, dos medicamentos e produtos afins de que necessitam para seu funcionamento normal definição incluída também por Maia Neto (1990).

As definições sobre farmácia hospitalar são fartas e podemos destacar ainda outros autores tais como Santich (1995) que conceitua de modo geral o que vem a ser assistência farmacêutica e que pode perfeitamente ser inferido para farmácia hospitalar. Entre diversos conceitos Santich (1995) destaca o de Mikeal et, al (1975), que a define como "O cuidado que um paciente determinado deve receber ou recebe, e que assegura o uso racional dos medicamentos". Já Brodie et, al (1980), define a farmácia hospitalar "através da determinação das necessidades de medicamentos para um só indivíduo, como também dos serviços necessários (antes, durante e depois do tratamento), para assegurar uma terapia otimamente segura e efetiva". Segundo Santich (1995), podemos ainda citar Hepler (1987), que define a atividade como "uma relação acordada entre o paciente e o farmacêutico, no qual o farmacêutico possui o controle do uso dos medicamentos, com habilidade e conhecimento apropriados, consciente de seu compromisso com os interesses dos pacientes".

Santich (1995), ainda cita o conceito de Hepler & Strand (1990) como um dos mais citados na atualidade que estaria representado "pelo componente da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente com o propósito de atender as necessidades do paciente relacionadas com medicamentos".

Segundo o Programa Regional de Medicamentos Essenciais da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 1987) a farmácia hospitalar compreende a "seleção de medicamentos, a aquisição e o controle dos medicamentos selecionados e o estabelecimento de um sistema racional de distribuição que assegure que o medicamento prescrito chegue ao paciente na dose correta. Para tal é vital a implantação de um sistema de informações sobre medicamentos que permita otimizar a prescrição".

No Curso de Especialização em Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1990), definiu-se a farmácia hospitalar "como o departamento ou serviço de um hospital, que sob a responsabilidade técnica de um profissional farmacêutico habilitado, se destina a contribuir para o seu bom desempenho procedendo à ampla assistência farmacêutica a seus pacientes e colaborando com todos os demais

profissionais que integram a área de saúde, através de uma série de atividades colocadas em pratica” (Maia Neto, 1990).

O próprio Ministério da Saúde , através de seu Guia para Farmácia Hospitalar (MS/SAS/DPAS/CCIF, 1994), define a farmácia hospitalar como uma “atividade que representa uma parcela muito alta do orçamento destinado aos hospitais, justificando, portanto, a implementação de medidas que assegurem o uso racional desses produtos”

A farmácia hospitalar seria portanto uma unidade técnico - administrativa do hospital é que visa primordialmente a assistência ao paciente no âmbito dos medicamentos e correlato e executa uma série de atividades com o objetivo de fazer o uso racional de medicamentos.

Para que a farmácia hospitalar possa assegurar produtos farmacêuticos de boa qualidade em quantidade adequadas, com segurança, quanto a eficácia e efeitos indesejáveis, a farmácia precisa de uma estrutura organizacional adequada e bem elaborada e com funções bem definidas”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, 3º oficina de trabalho edição (SBRAFH, 1996/1997), a farmácia hospitalar é um serviço clínico, administrativo e econômico, dirigida por profissional farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades de assistência ao paciente.

Segundo Cimino (1973), a farmácia hospitalar é uma ”unidade tecnicamente aparelhada para prover às clínicas e demais serviços de medicamentos e produtos afins de que necessitam para o seu funcionamento normal”.

Em vista das diversas definições arriscamos também a defender um conceito para farmácia hospitalar.

Considerando como base as Teorias Organizacionais e de Gestão em Serviços de Saúde, a farmácia hospitalar pode ser assemelhada a um sistema mecanicista

(Burocracia Mecanizada), tendo em vista que sua **estrutura mais básica**, em qualquer organização médica, pode perfeitamente levar a formulação de atividades que podem ser padronizadas, paradoxalmente com o que se assemelha o sistema hospitalar como um todo, que poderia representar uma “Burocracia Profissional”. Nossa conceituação está alicerçada segundo as configurações organizacionais de Mintzberg (1995), já analisadas no capítulo 3, e que serão discutidas no capítulo 6.

Segundo Santich (1995), a farmácia hospitalar tende a ter funções, estruturais e organizacionais mais homogêneas que as farmácias dos centros de saúde o que ao nosso ver justifica nosso conceito, além da classificação em níveis formulada pela OPAS/OMS(1997).

Segundo Maia Neto (1990), podemos classificar os hospitais de várias maneiras: Uma primeira maneira seria quanto à administração financeira; Ex. Hospitais Públicos e Privados. Uma segunda maneira quanto ao aspecto financeiro; Neste caso, poderíamos classifica-los em não lucrativos, filantrópicos, beneficentes. Uma terceira maneira seria quanto a sua finalidade e, neste caso, poderíamos utilizar a terminologia de crônicos, de longa permanência, e agudos ou de curta permanência. Uma quarta maneira seria quanto a sua estrutura física; e a classificação poderia ser considerada como Pavilhonar, Monobloco, Multibloco, Horizontal e Vertical. Por último, poderíamos classificar o hospital quanto ao corpo clínico, que neste caso poderiam ser abertos ou fechados.

Queremos salientar que diversos aspectos atuam administrativamente e tecnicamente para justificar a importância do assunto escolhido, e a própria classificação hospitalar, sob seus vários aspectos, tem influência marcante na atividade de farmácia hospitalar como um todo.

4.3 - FUNÇÕES E PADRÕES MÍNIMOS DE UM SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Iremos resumir rapidamente algumas atividades que são características das farmácias hospitalares sem procurar entrar em detalhes.

De acordo, com a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, 3º oficina de trabalho edição (SBRAFH, 1996/1997), são atribuições essenciais dos serviços de farmácia hospitalar: o gerenciamento; desenvolvimento de infra-estrutura; preparo, distribuição, dispensação e controle de qualidade de medicamentos e correlato; otimização da terapia medicamentosa; informação sobre medicamentos e correlato; pesquisa e ensino.

Segundo o programa regional de medicamentos essenciais da OPAS/OMS (OPAS, 1987), o serviço de farmácia de um hospital deve ser sempre dirigido por um farmacêutico especializado e pode ser considerado como um serviço central e vital para o bom funcionamento do hospital, semelhante a outros tantos, tais como laboratório, radiologia, etc.

Segundo a Organização Pan. Americana da Saúde, um serviço de farmácia moderno sustenta seu trabalho em quatro suportes fundamentais (OPAS, 1997):

- A seleção de Medicamentos necessários para o hospital, realizada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, na qual a participação do farmacêutico é de extrema importância, face a seus conhecimentos sobre as necessidades de medicamentos, rotatividade dos mesmos e seus custos. No Brasil, segundo o Guia Básico de Farmácia Hospitalar do Ministério da Saúde (MS, 1994), os medicamentos representam cerca de 1/3 do custeio de um hospital, dentre outras atividades igualmente importantes.
- A aquisição, conservação e o controle dos medicamentos selecionados, evitando-se sempre a aquisição de quantidades excessivas e conseqüentemente perdas que só trariam prejuízos ao serviço, evitando-se o remanejamento de produtos para outras unidades onerando ainda mais, o sistema com o custo de transporte.
- O estabelecimento de um sistema racional de distribuição de medicamentos que assegure que o medicamento prescrito chegue ao paciente com segurança, no

lugar certo, na hora certa, e do modo certo, garantindo dessa forma a qualidade da assistência farmacêutica prestada.

- A implementação de um sistema de informação sobre medicamentos, que proporcione dados objetivos tanto para o pessoal de saúde como também para o próprio paciente hospitalizado ou já em tratamento ambulatorial.

A farmácia hospitalar, de acordo com Santich & Pedrasa (1989), pode ser classificada como uma atividade técnico - científico e operativa, que teria como centro de sua atividade a informação sobre uma série de inter - relações com atividades que poderíamos considerar nobres, a começar pela seleção (padronização), que seria o arcabouço do sistema, e seria elaborada por uma Comissão de Padronização ou por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica com funções mais amplas, acompanhada da programação de medicamentos cujas técnicas modernas já permitem diminuir as imperfeições.

Outra atividade seria a aquisição, que será um assunto não abordado em nossa avaliação por não estar relacionada ao serviço ou seção de farmácia, mas sim ao serviço de material dos hospitais escolhidos como amostragem.

O armazenamento, é um fator preponderante para a conservação dos medicamentos e diminuição das perdas por diversos fatores. Finalmente, a distribuição, que consideramos como fator de elite no que se refere a diminuição de gastos com farmácia hospitalar, principalmente pela implantação da dose individualizada ou mesmo unitária, métodos que diminuem consideravelmente o custo da assistência farmacêutica prestada, e que no Brasil raramente são levados em consideração.

Ainda outra atividade importante, segundo o documento em análise, é a educação em saúde que, no Brasil de um modo geral, não é levada em consideração.

Recentemente, o Guia para o Desenvolvimento de Serviços de Farmácia, da OPAS/OMS, (1997), emite alguns conceitos que consideramos importantes em nossa dissertação, tanto em nível geral como em nível específico.

Em nível geral poderíamos levar em consideração o número de leitos do hospital, sua categoria: geral (crônico ou especializado). O nível de gestão onde se localiza o hospital também é importante, como por exemplo; federal, estadual ou municipal.

Outra característica importante se refere às normativas legais que regulamentam o funcionamento do hospital e conseqüentemente também a farmácia hospitalar. O tipo de administração, centralizada ou descentralizada, também tem uma influência importante, bem como a oferta de profissionais e a capacidade de resolução do nosocômio.

No que se refere mais especificamente a farmácia hospitalar vários fatores devem ser levados em consideração, segundo o guia citado. Dentre eles, destacaremos:

1 - Área (Espaço Físico) - Devem ser consideradas as áreas de administração, de recepção, de envase, de distribuição e de produção. Em relação ao espaço físico o guia informa a possibilidade de utilização de alguns indicadores, como tais:

- . 250 leitos - 210 m²
- . 600 leitos - 375 m²
- . 1000 leitos - 500 m²

No caso de armazenagem de outros insumos, a área deve ser aumentada em 50% Para a área administrativa, recomenda-se 2 m² por funcionário, com uma altura mínima de 2,5 m² de pé direito.

Também, devem-se considerar as condições específicas da armazenagem da área utilizada e a ventilação e iluminação adequadas, preferencialmente natural. Os pisos devem ser de materiais resistentes e fáceis de serem limpos através de lavagem, além de declives apropriados, tanto no que se refere a pisos e paredes.

Outro sistemas que deve ser constantemente revistos é o elétrico, além de um sistema adequado de combate a incêndios e de ventilação adequados às necessidades. A instalação para vestuário dos funcionários deve ser observada, com lavatórios específicos para os primeiros socorros em caso de acidentes.

2 - Recursos Humanos

A farmácia hospitalar requer o trabalho simultâneo de profissionais multidisciplinares, sendo que o farmacêutico no contexto seria o principal profissional. O ideal é que existam farmacêuticos suficientes para operar no hospital, alicerçados por técnicos que possam embasar as atividades que são características do processo de produção de uma farmácia hospitalar.

3 - Programação

A programação é um dos baluartes da farmácia hospitalar, juntamente com a padronização. Não adianta termos uma padronização bem elaborada por Comissão de Farmácia e Terapêutica, de alto nível, se a programação não segue as recomendações do corpo clínico do hospital e que devem ser discutidos periodicamente em bases científicas. São várias as recomendações da OPAS/OMS (1997), para resolução da questão, tais como:

- Selecionar o período para o qual se calcula o consumo,
- Ajustar o consumo considerando perdas inevitáveis,
- Ajustar o consumo de modo a evitar o desabastecimento,
- Calcular o consumo de cada medicamento levando-se em consideração o consumo de cada clínica,
- Procurar chegar a um cálculo o mais aproximado possível das necessidades da Instituição;
- Utilizar dados relativos a morbidade e protocolos de tratamento estabelecidos no hospital principalmente para medicamentos que tenham administração constante,
- Calcular a quantidade de medicamentos a partir dos registros existentes no armazém, preferencialmente utilizando a curva de Pareto ou método similar.

- Realizar inventários de medicamentos no menor período possível (mensal, Trimestral, anual), sendo que neste caso a data mais adequada é a de 31 de dezembro. É aconselhável um acompanhamento constante dos produtos perdidos por prazo vencido ou por outras razões através de sistema paralelo.
 - Calcular o consumo ajustado das necessidades de medicamentos de cada clínica (ambulatorial ou hospitalar) por pelo menos 30 dias.
-

- Calcular o consumo médio de cada medicamento discriminado por serviço e em alguns hospitais por consulta externa, estimando o consumo médio de cada medicamento discriminado por serviço.
- Calcular a demanda reprimida, principalmente se o período ultrapassar a trinta dias.

4. - Aquisição

As aquisições de medicamentos podem ser realizadas através de diversas modalidades, tais como, Compra Direta, Licitação Pública ou Privada ou através de Cooperativas visando economia de escala. É ideal que existam algumas normas básicas que permitam que as aquisições de medicamentos e que possam tornar o processo mais transparentes. Um passo importante que pode ser utilizado como exemplo, seria constituir uma Comissão de Compras ligada ao Departamento de Compras do Nosocômio, com integrantes dos setores responsáveis pelos insumos necessários ao funcionamento da instituição. A elaboração de normas para a aquisição de medicamentos é um grande passo para uma assistência farmacêutica de baixo custo e de boa qualidade. A revisão das cotações apresentadas pelos fornecedores deve ser uma constante na sistemática de aquisição, além de existirem normas para aquisições de medicamentos padronizados e de uso emergencial.

5 - Armazenamento

É responsabilidade dos almoxarifados de medicamentos o planejamento, a direção e o controle do processo de recepção, armazenamento e distribuição dos produtos estocados. Deve ainda coordenar, supervisionar e avaliar as funções que são desenvolvidas nos diferentes setores que formam o armazém. Cabe ainda a esta

atividade a revisão de toda a documentação referente ao ingresso de medicamentos, como também a sua posterior saída.

6 - Distribuição

A distribuição de medicamentos em hospital pode ser de dois tipos, ou seja para pacientes internos ou para pacientes externos (dispensação). Existem diversos métodos para a distribuição de medicamentos, podendo ser, coletiva, individualizada indireta, individualizada direta ou por dose unitária.

7 - Controle de Qualidade

A farmácia hospitalar deve verificar as especificações técnicas estabelecidas para os produtos que foram adquiridos, confrontando o resultado encontrado com as solicitações de compras efetuadas, bem como prazos de validade, n° de lotes, além de supervisionar continuamente o armazenamento dos produtos estocados e a sua distribuição e emprego. Deve estabelecer controles para detectar falhas terapêuticas e eficácia duvidosa e, no caso de possuir laboratório para manipulação, manter controle das matérias primas e dos produtos acabados.

8 - Padronização

É uma das atividades mais importantes pois é a base do desenvolvimento de qualquer programa de assistência farmacêutica em nível hospitalar que esteja alicerçado na qualidade e na diminuição de custos. Uma boa padronização é um excelente começo para uma farmácia hospitalar de bom padrão.

4.4 - A ESTRUTURA BÁSICA UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS FARMÁCIAS HOSPITALARES NA AMOSTRA ESCOLHIDA NA DISSERTAÇÃO

4.1.1 - ASPECTOS GERAIS

Genericamente, podemos caracterizar a farmácia hospitalar como apoiada em três grandes pilares:

QUADRO 4.1 (Os Três Pilares da Farmácia Hospitalar)

- CUSTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
- A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
- PLANEJAMENTO E A GESTÃO DO SERVIÇO

Como primeiro pilar podemos considerar os custos, ainda mais importantes nos tempos atuais em que os recursos de todas as ordens estão escassos. Uma das preocupações de qualquer gestor é tentar compatibilizar custos com a qualidade da assistência prestada. Para tanto, o processo de planejamento e gestão do serviço ou sistema tem que ser levado em consideração.

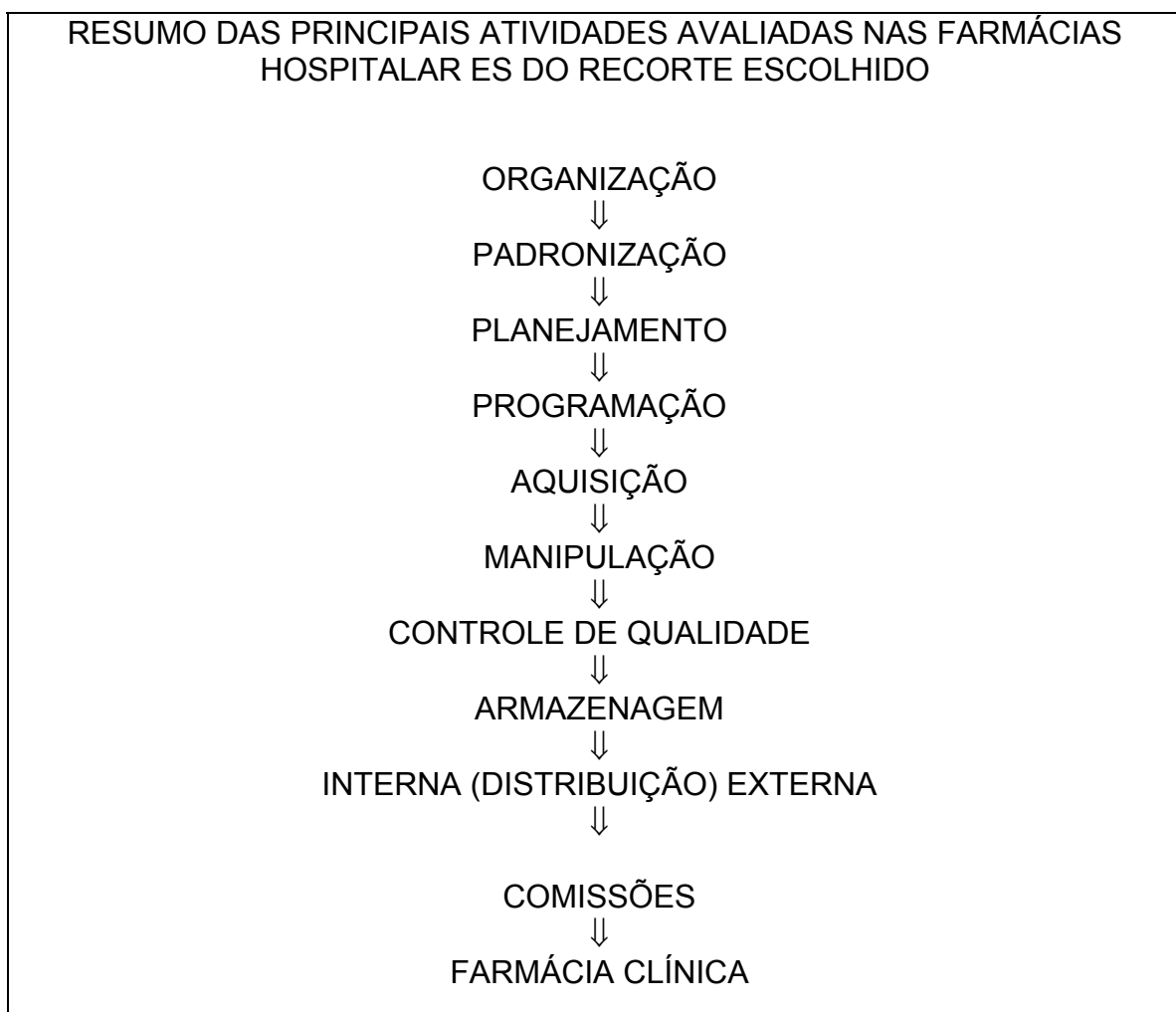
Nesse sentido, a questão custo da Assistência Farmacêutica, seja ela em qualquer nível, não pode ser desprezada, tendo-se em vista que a cada exercício e por diversas razões, os recursos são cada vez mais escassos, prejudicando o desenvolvimento de qualquer programa. A farmácia hospitalar não foge à regra e depende fundamentalmente de recursos que sejam compatíveis para a aquisição de medicamentos, sem os quais os hospitais não conseguem sobreviver, resultando em fechamento de leitos e diminuindo a qualidade da assistência prestada.

Um segundo pilar está representado pela qualidade da assistência farmacêutica prestada. Várias técnicas procuram avaliar esta questão, tanto na área da saúde como também nas empresas privadas. A qualidade da assistência prestada está intimamente relacionada com o uso racional dos medicamentos pelas farmácias hospitalares e, principalmente pelos usuários do sistema.

Finalmente, o terceiro pilar está representado pelo planejamento e gestão do sistema, que no caso de nossa dissertação irá procurar trabalhar com indicadores estruturais, acompanhado de indicadores de desempenho de processos de importância para a avaliação da farmácia hospitalar.

Com a finalidade de delimitar o universo amplo da farmácia hospitalar passamos a considerar uma estrutura básica para o desenvolvimento de nosso trabalho em termos de avaliação, representada pelo resumo das atividades assinaladas abaixo e que foram consideradas como referência, em 1996, pela Comissão Executiva Operacional ERERJ/UFF:

QUADRO 4.2_



Como podemos verificar, estamos trabalhando com as atividades mais elementares, em termos de farmácia hospitalar, procurando em cada atividade assinalar aspectos que consideramos importantes para a administração geral de uma farmácia hospitalar e para que o resultado da assistência desenvolvida seja mais eficiente.

Com o objetivo de ampliar o horizonte a respeito da farmácia hospitalar, estamos incorporando alguns conceitos da Organização Pan. Americana de Saúde (OPAS, 1997), que acreditamos ser de extrema importância para o entendimento do assunto, na amostra analisada.

4.4.2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESTRUTURA BÁSICA UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

1 - Estrutura Organizacional (Organização)

Uma das atividades de relevância para o desenvolvimento de empresas privadas ou instituições estatais é sua organização ou estrutura organizacional. A complexidade das organizações através do tempo fez com houvessem estudos cada vez mais profundos da questão e diversas teorias e autores tentaram explicar o desenvolvimento dessas organizações (Mintzberg, 1995).

Podemos verificar a estrutura organizativa da farmácia hospitalar através da dependência hierárquica refletida por seu organograma (estrutura formal), ou pelas observações e entrevistas realizadas (informal), tanto em nível interno como ambulatorial.

A farmácia hospitalar pode ser enquadrada nas categorias de departamento, serviço e seção, funcionando no sistema hospitalar como apoio clínico. Para tanto, deve estar integrada a outros grupos de serviços, tais como: laboratório de análises clínicas, radiologia, nutrição, central de esterilização, bem como a todas as clínicas existentes no hospital. Pode atuar também com a função de apoio administrativo, devendo, portanto, estar integrada a um grupo de serviços, como compras ou abastecimento (serviço de material) e administração geral (pessoal, manutenção, vigilância, etc).

Outro fator importante está representado pelas linhas de supervisão e de coordenação. Quem supervisiona a farmácia hospitalar e que áreas de atividades são supervisionadas?. A quem cabe a supervisão do chefe ou encarregado da Farmácias e que áreas de atividades são supervisionadas ?. Quais são os mecanismos formais e informais com os serviços clínicos e de apoio (Comitês, Comissões, Conselhos) e com os níveis hierárquicos superiores da instituição. (Comitês, Comissões Regionais, Nacionais, etc) ? (OPAS, 1992).

O estabelecimento de políticas, através de normas, manuais e diretrizes, que regulamentem o funcionamento da organização da farmácia, é necessário e essas normas devem constar em documentos vigentes, conhecida por todos os usuários. Para tanto, devem verificar-se a existência de um documento que contenha as funções da farmácia, assim como as tarefas e responsabilidade de cada servidor, além de outras.

É necessário identificar a participação do chefe ou encarregado pela Farmácia e de seu pessoal em cada um dos componentes da atenção farmacêutica, assim como também em outras atividades realizadas pela Unidade de Saúde que objetive o uso racional de medicamentos (OPAS, 1992).

2 - Padronização

A padronização tem por objetivo garantir que medicamentos de comprovada eficácia, segurança e ampla cobertura, em termos de prevenção e tratamento das nosologias mais prevalentes, cheguem aos pacientes, possibilitando melhor utilização dos recursos destinados à assistência farmacêutica e facilitando a vigilância farmacológica.

A padronização de medicamentos pode ser considerada como a base para o desenvolvimento de qualquer programa de assistência farmacêutica, principalmente no nível hospitalar que trabalha com medicamentos de alto custo.

De um modo geral, as padronizações de medicamentos são elaboradas por Comissões de Farmácia e Terapêutica, que, além de elaborar as padronizações de medicamentos, podem também executarem outras atividades, tais como a elaboração de protocolos de tratamento, ou controle de produtos de alto custos. (OPAS, 1992).

De acordo com a OPAS (1987), a padronização de medicamentos é um processo contínuo, multidisciplinar e participativo que pretende assegurar o acesso aos fármacos mais necessários para um ou mais níveis do sistema sanitário, sempre tendo em conta aspectos como segurança, qualidade e custo, além de procurar impulsionar o uso racional dos mesmos.

A padronização de medicamentos é estratégica em todos os níveis de assistência farmacêutica, ou seja desde o nível mais macro através de uma Relação de Medicamentos Essenciais (Bermudez, 1997) até ao nível de uma Farmácia Hospitalar ou mesmo Ambulatorial.

A seleção de medicamentos de uma maneira ou de outra sempre existe nos hospitais e ambulatórios. Entretanto, na maioria das vezes, não representam a realidade das necessidades das referidas unidades e espelham mais interesses do que realmente a necessidade da assistência farmacêutica prestada.

Atualmente existem vários protocolos que permitem elaborar e atualizar listas de medicamentos para utilização em praticamente todos os níveis, com a maior segurança.

Finalizando, gostaríamos de salientar que a questão da padronização de medicamentos pode ser considerada como um marco para o desenvolvimento de uma política de medicamentos e de assistência farmacêutica em qualquer nível, podendo ser considerada uma atividade nobre e sem a qual qualquer programa pode não ter sucesso.

Há alguns indicadores nessa área que procuram determinar o número mais racional de produtos nos vários níveis de assistência farmacêutica, conforme o quadro abaixo. Entretanto queremos salientar que esses números não podem ser levados ao pé da letra em função das características diferentes das unidades hospitalares, ambulatoriais e até mesmo de programa em nível nacional.

**QUADRO 4.3 (Padronização de Medicamentos Essenciais
Número de Produtos em alguns Países)**

Países	Hospital Universitário	Hospital especializado	hospital geral	Centro de saúde
Bangladesh	-	280	150	45
Butuam	312	251	202	91
Camborja	190	110	71	-
Equador	-	410	370	131
Guiné	341	170	102	69
Kenya	256	255	223	75
Malásia	1048	578	578	136
Zimbabwe	592	414	337	83

Fonte: será colocada (1997)

Indicadores mais usuais

- . Medicamentos registrados - 3000 a 4000 itens
- . Lista de medicamentos essenciais - 300 a 400 itens
- . Lista de Hospital Geral - 150 a 200 itens
- . Lista para Centros de Saúde - 40 a 50 itens
- . Lista para dispensação - 20 a 30 itens

Fonte: a mesma (1997)

Outros indicadores importantes (OPAS, 1997)

Área da Farmácia = 1,2 m² por leito hospitalar

Área do Almoarifado = 0,6 m (por leito hospitalar

Número de Farmacêuticos = 01 para cada 100 leitos

Número de Técnicos = 02 técnicos por Farmacêutico

De acordo com a Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar (CGCOF, 1990) pode-se partir também de alguns indicadores para a avaliação das Farmácias Hospitalares, tais como:

Área da Farmácia = 1,0 m²(por leito hospitalar sendo que o mínimo seria de 100 m² 01 farmacêutico por leito.

Apesar de todos os esforços desenvolvidos, tanto em nível nacional como internacional, não existem atualmente dados expressivos que possam comprovar os indicadores verificados, pois cada situação em termos de farmácia hospitalar pode variar de acordo com o contexto em que ela esteja inserida, o que dificulta qualquer avaliação em função dos inúmeros modelos existentes.

3 - Planejamento

Um dos grandes pontos de estrangulamento da Farmácia Hospitalar está relacionado ao planejamento no universo pesquisado. No universo analisado por este trabalho, podemos dizer com segurança que as farmácias hospitalares do Ministério da Saúde não possuem qualquer atividade que possa parecer com um planejamento clássico, muito menos estratégico.

É importante reafirmar que o planejamento tradicional confunde planejamento com desenho. Desenhar coerentemente como devem ser as coisas é um problema de alta complexidade teórica. Assim, numa espécie de lógica dedutiva, busca a coerência entre o que deve ser dos objetivos com o deve ser dos meios e instrumentos mais precisos capazes de atingir a norma. Com efeito, salvo para um ator que tenha poder absoluto, cumprir a norma desenhada é o começo de outro problema de planejamento. O desenho é parte do momento normativo: apenas um dos quatro momentos do planejamento Matusiano que corresponde na realidade a o desenho do plano a ser aplicado para a questão problemática,(Matus, 1993 ;Gallo, Rivera & Machado, 1992).

4. - Programação

A atividade de programação deve estar sempre associada ao planejamento. Na realidade é muito difícil delimitar estas duas atividades, que estão sempre interagindo e que na realidade podem até mesmo ser confundidas.(Chorny & Taveira 1996). De acordo com Taveira (1996), a preocupação com a viabilidade e factibilidade das medidas transformadoras depende fundamentalmente da seleção de informações que permitam uma efetiva aproximação de uma dada região, ou mesmo de um determinado hospital. Portanto é lógico que todo o trabalho de programação seja elaborado tendo como base fontes fidedignas que possam fundamentar o planejamento elaborado. Deve haver muito cuidado com a coleta de informações.

De acordo com Taveira (1996), existem vários métodos de programação que podem ser utilizados tanto para a gestão de hospitais como também pelos seus componentes orgânicos, tais como o Método Delfhi, que vem sendo aperfeiçoado gradativamente e que transcendeu a área técnica ou tecnológica e já atingem domínios políticos, educativos e sanitários.

Como a própria Taveira (1996) coloca, a atenção ao método vem-se ampliando durante os últimos anos. As características do método estão alicerçadas em três características básicas representadas pelo anonimato das respostas, a Interação com retroação controlada e a resposta estatística do grupo. O método Delfhi busca olhar o fundo, ou seja o problema submetido à investigação. Outra técnica que pode ser utilizada em programação é a técnica do grupo nominal.

Tal como o método Delfhi a referida técnica dá ênfase ao "braisnstorming" e pode ser caracterizada por etapas que compreendem a reflexão em silêncio das idéias, a apresentação das idéias, o período de discussão, votação sobre a importância dos itens e por fim as considerações finais. É uma técnica utilizada em situações complexas e que envolvem tomadas de decisões.

De acordo com a OPAS (1997), a programação de medicamentos pode ser definida como um processo mediante o qual se determina as necessidades de medicamentos para o atendimento da demanda por um determinado período a fim de atender as

necessidade da farmácia hospitalar, estimando-se sempre o processo nos recursos financeiros disponíveis para o período. Algumas normas básicas devem ser levadas em consideração no processo de programação de medicamentos. Damos destaque a responsabilidade da farmácia hospitalar pela programação das necessidades de medicamentos, preferencialmente com a participação da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Entre os métodos mais conhecidos para a programação de medicamentos estão o método da "Curva ABC", também conhecida como curva de Pareto, que apresenta a sua lógica em função do valor de consumo do medicamento programado e o sistema "VEN", que classifica os medicamentos como vitais, essenciais e não essenciais. Sobre esse, já referenciado, indicamos leitura do capítulo referente ao assunto de Maia Neto (1990). Outro aspecto que deve ser ressaltado é a necessidade de participação das clínicas que compõem o sistema, que podem fornecer informações adequadas.

5 - Aquisição

A questão da aquisição de medicamentos nos hospitais escolhidos como universo da dissertação é extremamente complicada porque não envolve somente a Farmácia mas também uma Diretoria Administrativa que é hegemônica no sistema e de um modo geral não está preparada para realizar as aquisições de acordo com os métodos mais adequados.

Segundo a OPAS (1997), existem determinadas normas básicas que devem ser observadas no processo de aquisição de medicamentos, entre as quais podemos citar a responsabilidade do Departamento ou Serviço de Compras de constituir comissões de licitações que possam analisar e adjudicar os fornecedores de medicamentos ao hospital.

Essa comissão essa que poderia ser integrada pelo representante da área administrativa, do chefe do departamento de compras, do usuário do sistema que no caso poderia ser representado pela própria farmácia e por representantes das próprias clínicas.

Outro aspecto relevante é a criação de normas e rotinas que procurem homogeneizar todo o processo. É fundamental a criação de normas que permitam não só determinar procedimentos para os medicamentos mais usados como também de medicamentos que são comprados circunstancialmente, não previstos na padronização e considerados emergenciais.

É importante também a revisão constante dessas normas, principalmente as relativas aos fornecedores que devem possuir no hospital um cadastro constantemente revisado. Um fato que deve ser considerado é a aquisição de medicamentos que poderão ser distribuídos através de doses unitárias. Nesse caso, deverão ter regulamentações especiais no hospital e observados pela comissão de compras e pela referida comissão assessora, além da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Outro fator que consideramos um dos mais importantes da atividade é a manutenção de um inventário de medicamentos de preferência informatizado e que possa fornecer a qualquer momento uma posição exata da posição do estoque da farmácia hospitalar.

Vários sistemas podem ser utilizados como processo de gestão de estoque. O sistema mais usual leva em consideração a existência de estoques mínimos, máximos e de alerta. Outros detalhes que não podem ser esquecidos são o espaço para armazenagem, que determina de uma certa forma a rotatividade do estoque ao longo do tempo, a disponibilidade do medicamento no mercado e as necessidades "reais" dos mesmos.

O sistema também deve contar com informações confiáveis sobre o andamento das aquisições e o cronograma de compras pois qualquer falha pode ser fatal ao processo de abastecimento da unidade.

6 - Armazenagem

No contexto da administração hospitalar, a armazenagem de medicamentos não pode deixar também de ser considerada devido a sua importância. Quando tratamos dos hospitais do Ministério da Saúde, essa questão é extremamente questionável, não obedecendo as mínimas normas técnicas (MS/CEME, 1989).

De acordo com a OPAS (1997), a questão do armazenamento de medicamento é fundamental no processo de desenvolvimento da farmácia hospitalar e deve obedecer a pelo menos alguns parâmetros básicos que não são observados no universo analisado. Como poderíamos classificar essa atividade básica, levando-se em consideração o contexto geral?. Resumindo o problema, poderíamos dizer que a questão do armazenamento pode ser vista em três áreas de armazenamento, que poderíamos classificar em armazém central, a própria farmácia ou armazém que efetua a distribuição, seja ela individualizada ou unitária de acordo com as características do hospital, acoplada a uma área destinada a dispensação de medicamentos externos que alguns autores procuram separar, mas que na realidade em nossa opinião não deixa de ser um processo de distribuição, só que externo e para tal devem haver normas específicas para a atividade.

De acordo com a OPAS (1997), o ideal para qualquer farmácia hospitalar seria a existência das determinadas áreas de armazenagem, incluindo uma área de recepção de medicamentos, que nos hospitais analisados por nós é extremamente frágil e sem qualquer regulamentação. Nesse tópico gostaríamos de assinalar que em nenhum hospital analisado verificamos a existência de qualquer método de controle de recebimento de medicamentos.

É justamente na área de recepção de medicamentos, que em muitos casos acontecem fraudes, que inviabilizam uma assistência farmacêutica de baixo custo e de alta qualidade. Não é novidade para a direção do Ministério da Saúde, tanto no Rio de Janeiro, como em Brasília, a existência de desvios de medicamentos nessa fase que pode representar altos percentuais em relação ao consumo geral de medicamentos nos hospitais da rede.

Outra questão que temos de levar em consideração é a área de armazenagem destinada à embalagem e distribuição para as diversas clínicas que compõem o sistema. Nesse caso entram em ação vários mecanismos que podem ou não ser eficientes tanto em relação à qualidade como também em relação a assistência farmacêutica prestada pelo hospital. Conforme veremos mais a frente prevalece atualmente nos hospitais do Ministério da Saúde o método coletivo de distribuição, que além de ser ultrapassado, permite gastos bem maiores do que as necessidades.

Outra área nobre em termos de armazenagem é a área de registro e ingresso de medicamentos cuja finalidade é a de promover a existência de mecanismos que sejam adequados para a verificação das entradas e saídas dos produtos que circulam pelo armazém, evitando-se possíveis desvios e fraudes. Finalmente, a própria área destinada ao armazenamento ou estocagem que deve seguir todas as normas previstas nos Manuais de Boas Práticas de Armazenamento, dentre ele o da própria OPAS(1997) e o da Central de Medicamentos (CEME, 1989).

7 - Controle de Qualidade

A qualidade dos medicamentos utilizados em farmácia hospitalar é um dos fatores importantes para o desenvolvimento da atividade. A qualidade depende de fatores determinantes que procuram entender e observar a questão da eficácia dos medicamentos (OPAS, 1994), sendo um fator preponderante para o sucesso de qualquer programa de assistência farmacêutica desenvolvido em um nosocômio, independente de sua especialidade.

Podemos definir como fatores determinantes da eficácia dos medicamentos algumas questões importantes, tais como: processo de inspeção periódica, o tipo de amostra utilizada para o controle de qualidade, e a existência na farmácia hospitalar de um sistema que aponte de forma concreta para o que conhecemos hoje como qualidade total. A estruturação da atividade, para poder absorver esta questão da qualidade total, sem qualquer problema traumático, se constitui como um passo importante para a implementação da qualidade, que pode ser observada por vários ângulos dentre os quais. da documentação existente no serviço, seção ou departamento de

farmácia hospitalar, bem como, do acompanhamento de todo o ciclo relativo ao controle de qualidade.

Outra questão que não podemos deixar de mencionar relacionada ao controle de qualidade se refere ao custo. Todo processo de controle de qualidade inicialmente é oneroso pois exige que a empresa ou órgão tenha que adquirir muitas vezes materiais e equipamentos que em princípio podem parecer desnecessários, mas que em futuro próximo serão importantes para o processo de produção e se auto financiarão em termos de produtividade.

É importante assinalarmos que a questão do controle de qualidade de um medicamento em uma farmácia hospitalar não está relacionado simplesmente com a existência de laboratórios sofisticados que possam detectar através de processos físicos ou químicos se o medicamento está dentro do que foi previsto pelas Farmacopéia mais comuns.

Por nossa experiência na área, achamos que é possível verificar várias características de um medicamento sem o auxílio de um laboratório de controle de qualidade e que são em nossa opinião importantes para as farmácias hospitalares que não possuem o referido laboratório. Existem colocações oficiosas que consideram que a perda de medicamentos por desvios ou perda de validade podem ultrapassar a cifra de 30% dos recursos investidos para a assistência.

8 - Manipulação de Medicamentos

Segundo a OPAS (1994), a história das Boas Práticas de Fabricação iniciou-se na indústria farmacêutica, e evoluiu rapidamente até atingir atualmente à todas as estruturas que manipulam medicamentos, inclusive as farmácias hospitalares, considerando o avanço da ciência e tecnologia atuais.

Apesar deste universo ser pequeno na atualidade, ainda temos no Brasil farmácias hospitalares que produzem medicamentos officinais e magistrais. Existem também

farmácias hospitalares que produzem em escala semi industrial e, para tanto, devem seguir o que denominamos de Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. Várias são as razões que antecedem as boas Práticas de Fabricação vigente, que de uma forma ou de outra contribuíram para provocar tragédias que comprometeram a qualidade dos medicamentos produzidos por determinada instituição, dentre as quais podemos destacar a substituição involuntária e não avaliada adequadamente de matérias primas dentro de uma formulação.

Outro aspecto importante que deve ser considerado é a contaminação cruzada entre produtos de um mesmo fabricante, que também pode ser acompanhada do emprego de matérias primas com qualidade deficiente, fato muito comum no Brasil que as vezes através do mercado negro ou de intermediários adquire matérias primas não confiáveis de países não produtores da matéria prima.

Outra questão que deve ser destacada com relevâncias é a ausência em muitas empresas e mesmo em farmácias hospitalares, da utilização das Boas Práticas de Fabricação. Também de relevância é o problema de bioequivalência entre medicamentos que levam o mesmo principio ativo, na mesma proporção porém são elaborados por diferentes fabricantes. No caso do universo de hospitais pesquisados, a questão da qualidade da assistência é praticamente inexistente, levando-se em comparação outros centros, principalmente nos Estados Unidos e na Europa.

9 - Distribuição e Dispensação

De acordo com a OPAS (1997), em um hospital a distribuição de medicamentos pode ser claramente definida em duas partes. Uma delas representada pela distribuição interna, e que no caso da rede do Ministério da Saúde, é utilizado o método coletivo. Um segundo caso representado pela distribuição externa, conhecida como dispensação de medicamentos, ou seja é a distribuição efetuada para pacientes externos ou em tratamento em nível ambulatorial.

O método de distribuição utilizado pela farmácia hospitalar é um dos fatores mais importantes para o sucesso do sistema como um todo. Dependendo do tipo de

distribuição de medicamentos que o hospital utiliza, podemos antecipar com certa margem de segurança se a farmácia funciona adequadamente ou não e se a medicação está sendo fornecida ao paciente levando-se em consideração os aspectos de qualidade e segurança.

Existem diversas formas de se processar a distribuição de medicamentos, bem como também existem vários locais que podem desenvolver esse tipo de atividade, uns com mais segurança e outros com menos segurança. Segundo a OPAS (1997), existem quatro métodos gerais de distribuição de medicamentos: O método do stock ou inventário permanente, que é mais utilizado na distribuição coletiva. Um outro método de distribuição que poderíamos denominar de híbrido entre o método do inventário e a distribuição coletiva, além da do método da dose individualizada para 24 horas direto ou indireto e a distribuição por dose unitária. Tentaremos explicar resumidamente os referidos métodos:

- O método coletivo pode ser representado pela distribuição que a farmácia realiza tendo como foco os pedidos das clínicas, sem crítica, para atendimento de demandas que podem ser representadas por 7 dias, 15 dias ou um mês, ou seja, para atendimento de necessidades a longo prazo, que possibilita a atomização de estoque de medicamentos por todo hospital, o que permite desvios e perda de medicamentos por prazo de validade.

-
- A metodologia híbrida, seria representada pelo atendimento de medicamentos de alto custo, ou de determinadas classes terapêuticas, para atingir as necessidades das clínicas solicitantes por 24 horas, sendo o restante dos medicamentos distribuídos pelo sistema coletivo.
 - A terceira metodologia representaria o que entendemos por dose individualizada indireta, ou seja, a farmácia atenderia as solicitações de medicamentos pelas clínicas somente para um período de 24 horas.
 - A quarta, que consideramos a ideal, seria a distribuição por dose individualizada direta, que estaria alicerçada em solicitações efetuadas pelas clínicas a partir dos prontuários médicos, e que visa atender a necessidade de medicamento por paciente internado, por 24 horas. As cópias dos prontuários seriam encaminhadas à farmácia para o devido fracionamento dos medicamentos.

- A quinta e última, que é a dose unitária, pode ser considerada uma sofisticação da quarta, e nesse caso a farmácia hospitalar deveria estar estruturada para fracionar qualquer forma farmacêutica possível.

Existem algumas normas básicas no processo de distribuição, tais como documentar toda distribuição de medicamentos efetuada pela farmácia hospitalar, estabelecendo mecanismos de solicitação dos pedidos e a elaboração de formulários que incluam as informações necessárias ao bom andamento da farmácia. As solicitações de medicamentos pelas clínicas devem ser claras e incluir informações necessárias para facilitar sua revisão, registro e preparação. As informações devem incluir o nome da instituição, o nome do serviço que está executando a distribuição, a ficha contendo a solicitação do produto, sendo que preferencialmente deveria a farmácia receber uma cópia do prontuário médico, a descrição clara do produto pelo nome genérico, concentração, forma farmacêutica, código, quantidade solicitada, quantidade fornecida, observações, assinatura do pessoal responsável pela distribuição, assinatura do farmacêutico e assinatura do funcionário que recebeu o produto.

10 - Comissões

De um modo geral os hospitais costumam possuir algumas Comissões que procuram facilitar o desenvolvimento das rotinas de um hospital e a segurança tanto dos pacientes internados como também do próprio patrimônio da Instituição, tais como Comissões de padronização de Medicamentos, ou mais amplamente Comissões de Farmácia e Terapêutica, que além da atividade clássica de padronizar e rever periodicamente a referida padronização pode também funcionar como um Conselho Consultivo Permanente que discute e Propõe protocolos de tratamento para o hospital. Outras Comissões podem ser formadas pela farmácia hospitalar com o objetivo de aprimorar os serviços, tais como a Comissão de avaliação de recebimento de medicamentos adquiridos, dentre outras. A Comissão de Controle de infecção hospitalar, em hospitais organizados deve ter sempre a presença de um farmacêutico.

11 - Farmácia Clínica

Segundo o Guia Básico para Farmácia Hospitalar editado pelo Ministério da Saúde (1994), a implantação da atividade de farmácia clínica em nível hospitalar pressupõe a existência de uma farmácia hospitalar moderna e bem estruturada.

A prática da farmácia clínica pode ser dirigida para pacientes internados, como também para pacientes em tratamento ambulatorial e consiste em uma atividade que aumenta grandemente a qualidade da assistência farmacêutica como um todo no sistema. A farmácia clínica poderia ser considerada atualmente como uma nova especialidade profissional em termos de farmácia hospitalar, pois exige do profissional farmacêutico um conhecimento vasto de várias áreas do conhecimento farmacêutico, como também aproxima o referido profissional da figura principal dentro de um hospital que é representada pelo paciente, além de permitir a possibilidade de um trabalho de equipe mais proveitoso.

Segundo Maia Neto (1990), o primeiro serviço de farmácia clínica instalado no Brasil foi em 1979, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A farmácia clínica permite uma maior interação entre o médico, o farmacêutico e o paciente aumentando em muito a qualidade da assistência prestada nos nosocômios.

CAPÍTULO 5

A FARMÁCIA HOSPITALAR NOS HOSPITAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO: UMA AVALIAÇÃO

5.1 - AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS E SISTEMAS

a - Definição

O termo avaliação é bastante elástico e amplo e pode nos levar a várias definições, dentre as quais podemos destacar as de Aguilar & Ander-Egg (1995), que citam a definição da Real Academia Espanhola: avaliar é "assinalar o valor de uma coisa" ou utilizar a definição de Scriven, que coloca a definição de avaliação como "um processo pelo qual estimamos o mérito ou o valor de algo"; portanto, avaliar é uma forma de estimar, apreciar, calcular. Em sentido lato, Aguilar & Ander - Egg (1995) se referem ao termo valor e supõe juízo sobre algo. Resumidamente, avaliação seria um processo que consiste em emitir um juízo de valor. Trata-se, pois de um juízo que envolve uma avaliação ou estimação de "algo" (objeto, situação, ou processo), de acordo com determinados critérios de valor com que se emite o juízo.

Algumas outras definições sobre avaliação são importantes para o entendimento da questão e Aguilar e Ander Egg citam Stufflebean, et al, (1971); que define a avaliação como um processo de identificar, obter e proporcionar informação útil e descritiva acerca do valor e do mérito das metas, do planejamento, da realização e do impacto de um objeto determinado, com fim de servir de guia para tomar decisões, solucionar os problemas de responsabilidade e promover a compreensão dos fenômenos implicados. Já Pineault & Daveluy (1987); definem avaliação como um processo que consiste em determinar e em aplicar critérios e normas com o fim de fazer um juízo sobre os diferentes componentes do programa, tanto no estágio de sua concepção, como de sua execução, assim como sobre as etapas do processo de planejamento que são prévias à programação.

De acordo com Hartz (1997), as definições de avaliação são numerosas e pode-se dizer que cada avaliador constrói a sua. Hartz (1997), cita Patton (1981/1982) que propõe o grupamento das definições da avaliação em seis grandes famílias em função de sua natureza que podem ser desdobradas em 36 tipos de definições de avaliação que só permitem classificar um pouco mais de 50% dos trabalhos avaliados e publicados.

Hartz (1997), cita Guba & Lincoln (1990) que identificam quatro estágios na história da avaliação que poderiam ser representados e baseados primeiramente na medida dos resultados, um segundo estágio que identifica e descreve o programa de forma a permitir o atingimento de seus resultados, um terceiro estágio baseado no julgamento e um quarto estágio que historicamente está emergindo, que considera a avaliação um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Hartz (1997), cita Chen (1990), que propõe a distinção de avaliações que são baseadas nos métodos das que são orientadas por uma discussão teórica, sobre as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela está inserida e os resultados obtidos.

De acordo com Hartz (1997), avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Ainda segundo Hartz, uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Uma intervenção é caracterizada, portanto, por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços; bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento.

De acordo com as colocações efetuadas por Hartz (1997), acreditamos poder classificar o nosso trabalho no conjunto da avaliação normativa. Para tanto, é necessário o entendimento de alguns conceitos, como por exemplo o da própria avaliação normativa.

Segundo Hartz (1997), a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (Estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos (Produtos), com critérios e normas. Portanto a avaliação normativa leva em consideração a apreciação da Estrutura, a apreciação do Processo, que pode ser dividido em três dimensões (dimensão técnica dos serviços, a dimensão das relações interpessoais e a dimensão organizacional) e a apreciação dos Resultados (Produtos).

O nosso trabalho está focalizado na avaliação da estrutura e do processo de produção dos serviços de farmácias hospitalares escolhidos no recorte. Não procuramos avaliar os resultados obtidos (Produtos).

b - A Importância da Avaliação Para a Tomada de Decisões

Conforme podemos verificar até pelas próprias definições apresentadas de avaliação, principalmente a de Stufflebean et al (1971), podemos verificar que o processo que envolve a avaliação é extremamente importante para a tomada de decisões que visem o início ou mesmo a correção de rumos de qualquer atividade relacionada a sistemas ou serviços.

Segundo Aguilar & Ander - Egg (1995), não é imprescindível a existência de um programa ou de um projeto para fazer avaliação. A existências de um conjunto de atividades específicas que se organizam para conseguir um determinado fim são suficientes para a ação de avaliar. Em outras palavras, toda aquela atuação destinada a alcançar certos efeitos ou produzir resultados é susceptível de ser avaliada de maneira sistemática. Quando os autores dizem "produzir efeitos e resultados concretos, levam-se em conta uma dupla dimensão desses propósitos:

- Por um lado, valorar a conquista dos objetivos propostos num programa, serviço ou atividade:
- Por outro lado, valorar também até que ponto foram satisfeitas as necessidades dos usuários, beneficiários ou destinatários do programa, serviço ou atividade. Uma pesquisa avaliativa não tem sentido, se não for para melhorar a prestação de um serviço ou a efetividade e eficácia da administração de um programa.

c - Indicadores

O processo de avaliação está intimamente ligado à construção de indicadores que permitirão que a avaliação atinja de forma mais objetiva os resultados encontrados.

Os Indicadores são elementos essenciais para a elaboração do planejamento e controle dos processos das organizações. São fundamentais para a análise crítica do desempenho das organizações, para a tomada de decisões e para o replanejamento. Os indicadores são formas de representação quantificáveis de produtos e processos. Um indicador deve ser gerado de forma a assegurar a disponibilidade dos dados e resultados mais relevantes, no menor tempo possível e ao menor custo (Takashina & Flores, 1996).

De acordo com Takashina & Flores (1996), os indicadores são instrumentos de extrema importância para o desenvolvimento de modelos de gestão cujas características podem ser sintetizadas no quadro a seguir:

QUADRO 5.1 (Características de Modelos de Gestão)

Processos decisórios

Crescente descentralização;
Decrescente n (de níveis hierárquicos);
Crescente participação dos trabalhadores nas decisões e ganhos da organização.

Fluxo de Informação

Horizontalização;
Crescente intensidade.

Produtos

Crescente atendimento às especificações dos clientes;
Crescente esforços de desenvolvimento.

Processos Produtivos

Busca da melhoria contínua;
Crescente flexibilidade;
Baixos níveis de estoques;
Menores Tempos Mortos.

Fontes: Coutinho & Ferraz, 1994; Takashina & Flores, 1996.

Segundo Takashina & Flores (1996), apresentam algumas características básicas:

- Indicadores estão ligados ao conceito de qualidade centrada no cliente.
- Indicadores possibilitam o desdobramento das metas na estrutura organizacional, assegurando que as melhorias atendam os interesses globais da organização.
- Indicadores devem sempre estar associados às áreas da organização cujo desempenho causam maior impacto no sucesso da organização.
- Indicadores viabilizam a busca da melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços e da produtividade da organização.

Ainda segundo esses autores, um processo é um conjunto de recursos e atividades que transformam insumos em produtos. Uma vez que para haver um efeito (produto) são necessárias causas, podemos entender o processo como um conjunto de causas (Campos, 1992). Para facilitar a visualização de um processo pode-se utilizar vários instrumentos, como por exemplo, o diagrama de Ishikawa (espinha de Peixe).

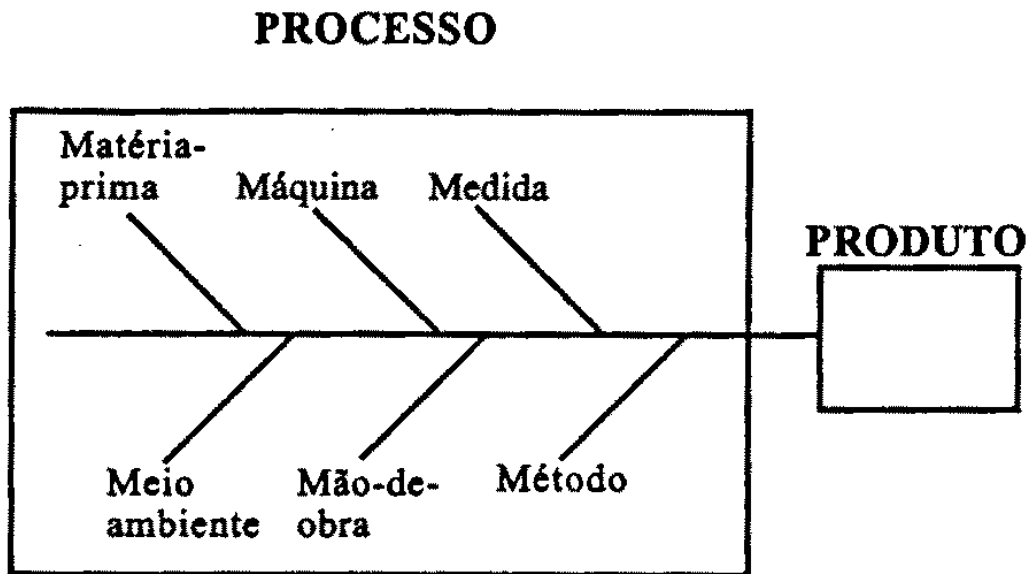


Diagrama de Ishikawa aplicado ao processo.

FIGURA 5.1 Diagrama de Ishikawa; Fonte: Takashina & Flores (1996).

De acordo com Takashina & Flores (1996), um processador é qualquer unidade organizacional que realiza um processo (Juran, 1989). O ciclo PDCA (Plan, do, check, act) é um dos instrumentos que podem ser utilizados para o planejamento e o controle do processo, pelo processador. O ciclo possui quatro etapas.

- Planejamento, quer consiste no estabelecimento de metas e métodos para atingi-las;
- Execução, que envolve a execução propriamente dita e coleta de dados e resultados;
- Verificação, que consiste em comparar os resultados obtidos com as metas estabelecidas.
- Ação Corretiva, caso necessário o replanejamento do processo.

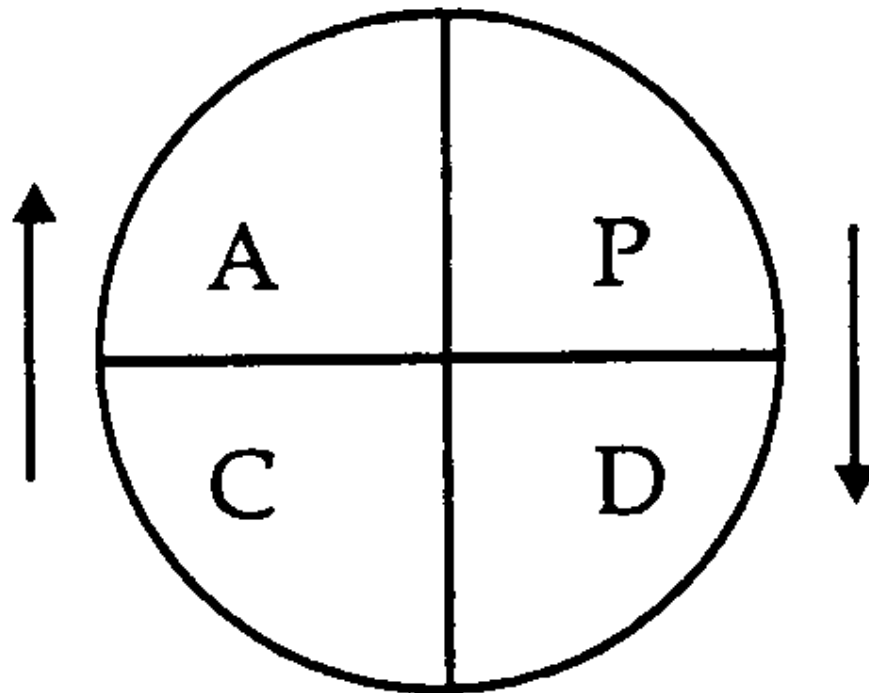


FIGURA 5.2. ciclo PDCA, Fonte: Takashina & Flores, 1996

Segundo Takashina & Flores (1996) o termo produto é utilizado de forma genérica como produto ou serviço (ISO 9004 - 2, 1991)

A qualidade pode ser definida como a totalidade de características de um produto ou serviço que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas ou explícitas (ABNT, 1994).

As características da qualidade de um produto ou serviço podem ser classificadas em primárias, secundárias e adicionais. A característica primária é fundamental, pois está associada à própria finalidade do produto ou serviço. As características da qualidade devem ser desdobradas pelo processador para permitir a identificação das características do desempenho do produto e do processo para atendimento das necessidades da clientela.

A tradução das necessidades e expectativas dos clientes em característica da qualidade e seu desdobramento até as características do desempenho do produto e do processo pode ser realizada através da Metodologia de Desdobramento da Função Qualidade (QFD - Quality Function Deployment).

5.2 - EVOLUÇÃO, CONSIDERAÇÕES E RESULTADOS OBTIDOS COM O INSTRUMENTO MEC/ERERJ/UFF DE AVALIAÇÃO

a - A evolução do Instrumento

Através da Portaria Conjunta MS/ERERJ/UFF n°01 de 19 de março de 1996, publicada em diário oficial, foi constituída uma Comissão Executiva Operacional, constituída pelos Farmacêuticos Rita de Cássia da Silva Ascenção Barros, Naira Vilas Bôas de Oliveira, Guacira Correia de Matos, Paulo Roberto Coelho Wilken, Elizabeth Valverde Macedo dos Santos, Antonio Carlos Carreira Freitas, Roberto Pereira Neto e Ivo Fernandez, sendo que os primeiros quatro farmacêuticos estavam representando o MS/ERERJ e os quatro últimos representaram a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense.

O objetivo principal da referida Comissão era realizar um diagnóstico da situação das farmácias hospitalares da rede do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, com o objetivo de estabelecer com a Universidade Federal Fluminense, um convênio para treinamento dos farmacêuticos e funcionários da rede, assim como também estabelecer um convênio para a seleção e treinamento de residentes de farmácia através de seleção pública.

Em abril de 1996, foi elaborado, pelo grupo acima, um instrumento de avaliação a partir de um documento oriundo do Ministério da Educação e Cultura denominado de instrumento de avaliação de Farmácias Hospitalares Universitárias que passou a se chamar de instrumento MEC/ERERJ/UFF.

O instrumento em questão foi aplicado em doze hospitais da rede própria do Ministério de Saúde no mês de maio de 1996, originando um relatório da situação

encontrada nos respectivos nosocômios e que, resumidamente passaremos a discorrer.

Através do referido relatório, cujas partes mais significativas estão incluídas nesta dissertação, podemos verificar que na época da avaliação, a maioria dos hospitais não atendiam a normas racionais, o que contribuía para um enorme custo da Assistência Farmacêutica prestada.

No período em que ocorreu a análise não foram levados em consideração algumas características que consideramos básicas para um bom desenvolvimento de uma farmácia hospitalar, tais como:

- No que tange a Custo, Qualidade da Assistência, Organização e Gestão de Serviços e Sistemas.
- No que tange a articulação da questão da farmácia hospitalar com a política de medicamentos e a ausência de programas de assistência farmacêutica estruturados no que poderíamos chamar de epidemiologia do medicamento.
- No que tange a ausência de planejamento e, conseqüentemente, de sistema de programação compatível com a atividade desenvolvida. Destacamos também a questão da estrutura organizacional da farmácia hospitalar em relação às teorias modernas das organizações, planejamento, programação e gestão, que no caso estudado não tem qualquer correspondência.

b - Os Atores que Influenciam no Sistema

De um modo geral, os hospitais da rede do Ministério da Saúde possuem uma estrutura organizacional representada, por um Diretor Geral, Um Diretor de Divisão Médica e um Diretor Administrativo.

Serviços como de manutenção, material, pessoal, segurança, contabilidade, etc, estão localizados na Diretoria Administrativa, enquanto que, serviços mais técnicos como enfermagem, nutrição, e farmácia, estão localizadas na Divisão Médica. Além dos atores que atuam quotidianamente nos hospitais, através das chefias de

serviços e de seções, a rede sofre também à ação da Coordenadoria Hospitalar de Unidades Próprias da Secretaria de Assistência à Saúde, do Escritório Regional do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, além dos representantes de laboratórios farmacêuticos, que possuem muita influência sobre os prescritores. A estrutura organizacional dos hospitais da rede foram elaboradas tendo como base as estruturas Fordianas do passado, bastante hierarquizadas, o que impede o desenvolvimento das atividades de forma mais rápidas e racionais.

QUADRO 5.2

ATORES QUE INFLUENCIAM NAS FARMÁCIAS HOSPITALARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRETOR GERAL
DIRETOR ADMINISTRATIVO (AQUISIÇÃO DE MATERIAL , MANUTENÇÃO, SEGURANÇA, PESSOAL, CONTABILIDADE, ETC)
DIRETOR DA DIVISÃO MÉDICA (FARMÁCIA, NUTRIÇÃO, ENFERMAGEM, CLÍNICAS, ETC)
CHEFE DE SERVIÇOS E SEÇÕES DE FARMÁCIA
COORDENADORIA HOSPITALAR DE UNIDADES PRÓPRIAS/RJ
ESCRITÓRIO DE REPRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MS
PRESCRITORES
REPRESENTANTES DE LABORATÓRIOS
ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS OU PORTADORES DE PATOLOGIAS

c - Estrutura do instrumento MEC/ERERJ/UFF

O instrumento MEC/ERERJ/UFF- 1996, é constituído por partes que descreveremos a seguir:

A primeira parte compreende os **Dados Gerais da Unidade Avaliada**, representado pelos quesitos: nome da unidade, endereço, cidade, Estado, CEP, telex, telefone, fax, acompanhado da tipologia, tipo de atendimento, serviços existentes em nível hospitalar e ambulatorial e número de leitos.

A segunda parte compreende a **Análise Técnica da Farmácia Hospitalar**, representada pelos quesitos: farmacêutico responsável, número de farmacêuticos, número de servidores, dentre outros quesitos ligados a área de administração, tais como, horário de funcionamento, área física existente, localização, existência de manual de organização, dentre outros. Em seguida, o instrumento avalia as atividades de distribuição/dispensação, e segue transitando pelas atividades representadas por armazenagem de medicamentos e material médico hospitalar, produção e manipulação de medicamentos, terminando com as atividades relacionadas a comissões e farmácia clínica (Anexo 1).

d - Os Resultados Obtidos

A situação encontrada, na época, utilizando - se o instrumento de avaliação MEC/ERERJ/UFF - 1996, elaborado pela Comissão Operacional Conjunta ERERJ/UFF, constituída pela portaria MS/ERERJ/UFF n 01 de 19 de março de 1996, será apresentada pelos quadros 5.3 a 5.6.

É importante ratificar que foi utilizado para a avaliação, da rede hospitalar, um instrumento oriundo do Ministério da Educação que foi modificado pêlos técnicos que compuseram a Comissão supra mencionada, e que passou a ser denominado de instrumento de avaliação MEC//ERERJ/UFF. O referido instrumento foi elaborado, tendo como base indicadores principalmente de estrutura, e em alguns casos indicadores de processo de produção. Não foram utilizados indicadores de resultado ou de impacto em nível local ou mesmo regional.

QUADRO 5.3

(Características Gerais das Unidades de Saúde do MS/ERERJ em 1996)

Unidades ❶	Tipologia			Atendimento				Número de Clínicas		Leitos		
	Horizontal	Vertical	Outra	Geral	Especializado	Ambulatorial ❷		Internas	Ambulatoriais	Total	Ativos	Coeficiente leitos ocupados
						S	N					
CJM			•		•	•		06	03	1356	1154	0,85
HI		•		•		•		19	09	250	174	0,69
HCL		•			•	•		-	-	192	134	0,69
HGJ		•		•		•		20	16	270	180	0,66
HSE		•		•		•		30	13	710	406	0,57
HP		•		•		•		16	20	140	120	0,85
CPPII		•			•	•		08	07	526	312	0,59
HRPS	•				•	•		11	05	115	82	0,71
IPP		•			•		•	-	-	83	83	1,00
HGA			•	•		•		25	15	500	225	0,45
HGB	•			•		•		29	11	500	474	0,94
HL		•		•		•		27	13	400	300	0,75
Total	02	08	02	07	05	11	01	-	-	5042	3644	0,72

Fonte: Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF -1996

❶ CJM (Colônia Juliano Moreira), HI (Hospital de Ipanema), HCL (Hospital de Cardiologia das Laranjeiras), HGJ (Hospital Geral de Jacarepaguá), HSE (Hospital Servidores do Estado), HP (Hospital da Piedade), CPPII (Centro Psiquiátrico Pedro II), HRPS (Hospital Raphael de Paula Souza), IPP (Instituto Phillippe Pinel), HGA (Hospital Geral do Andaraí), HGB (Hospital Geral de Bonsucesso), HL (Hospital da Lagoa).

❷ S (sim), N (Não)

QUADRO 5.4

Estrutura Organizacional dos Serviços de Farmácia do MS/ERERJ em 1996

Unidades ❶	Horário de funcionamento “Horas”		Funcionários Número		Área total (m ²)	Localização		Organograma		Manual e rotinas		Relação área/leito (Ideal (1,2))*	Relação Farmacêutico / Leito(*)
	12	24	Farm ❷	Tec/Adm ❸		Satisf ❹	Insatisf. ❺	S ❻	N ❼	S	N		
CJM	•		03	08	200	•			•	•		0,17	1/380
HI	•		02	06	150	•			•	•		0,86	1/87
HCL	•		01	05	220	•			•		•	1,64	1/130
HGJ	•		06	14	500		•		•		•	2,77	1/30
HSE	•		07	20	630	•		•			•	1,55	1/58
HP		•	05	06	165		•		•		•	1,37	1/24
CPPII	•		03	07	260	•			•		•	0,83	1/100
HRPS	•		02	15	770	•		•		•		9,39	1/40
IPP	•		01	03	85	•			•		•	0,97	1/83
HGA	•		02	20	300		•		•		•	1,33	1/400
HGB		•	05	20	402		•		•		•	0,84	1/100
HL	•		02	09	115	•		•			•	0,38	1/150

Fonte: Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, 1996

- ❶ CJM (Colônia Juliano Moreira), HI (Hospital de Ipanema), HCL (Hospital de Cardiologia das Laranjeiras), HGJ (Hospital Geral de Jacarepaguá), HSE (Hospital Servidores do Estado), HP (Hospital da Piedade), CPPII (Centro Psiquiátrico Pedro II), HRPS (Hospital Raphael de Paula Souza), IPP (Instituto Phillipe Pinel), HGA (Hospital Geral do Andaraí), HGB (Hospital Geral de Bonsucesso), HL (Hospital da Lagoa).
 ❷ Farm.(Farmacêutico). ❸ Tec/Adm (Técnico Administrativo). ❹ Sast. (Satisfação) ❺ Insast. (Insatisfação) ❻ S (Sim), ❼ N (Não)
 * Leitos ativos.

QUADRO 5.5

Desempenho das Farmácias Hospitalares do MS/ERERJ quanto as suas Funções Básicas

Unid ❶	Relação dos medicamentos padronizados		Número de produtos padronizados	Planejamento			Programação		Aquisição		Distribuição dos medicamentos			
	S ❷	N ❸		Normativo	Estratégico	Outros	Curva ABC	Outros	Pela FH	Outro setor	Colet. ❹	Individ ❺	Ind. Indir. ❻	Unit. ❼
CJM	•	-	217	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-
HI	•	-	500	-	-	-	-	-	-	•	-	-	•	-
HCL	•	-	146	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-
HGJ	•	-	475	-	-	-	-	-	-	•	-	•	-	-
HSE	-	•	-	-	-	-	-	-	-	•	-	-	•	-
HP	•	-	375	-	-	-	-	-	-	•	-	-	•	-
CPPII	•	-	400	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-
HRP S	•	-	377	-	-	-	-	-	-	•	-	-	•	-
IPP	•	-	120	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-
HGA	•	-	475	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-
HGB	•	-	320	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-
HL	•	-	200	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-

Fonte: Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, 1996

❶ CJM (Colônia Juliano Moreira), HI (Hospital de Ipanema), HCL (Hospital de Cardiologia das Laranjeiras), HGJ (Hospital Geral de Jacarepaguá), HSE (Hospital Servidores do Estado), HP (Hospital da Piedade), CPPII (Centro Psiquiátrico Pedro II), HRPS (Hospital Raphael de Paula Souza), IPP (Instituto Phillipe Pinel), HGA (Hospital Geral do Andaraí), HGB (Hospital Geral de Bonsucesso), HL (Hospital da Lagoa).

❷ S (SIM) ❸ N (Não) ❹ Colet (Coletiva) ❺ Individ. (Individualizada) ❻ Ind.Indir. (Individualizada indireta) ❼ Unit. (Unitária).

QUADRO 5.5 (CONTINUAÇÃO)

Desempenho das Farmácias Hospitalares do MS/ERERJ quanto as suas Funções Básicas

Unid ❶	Dispensação Ambulatorial		Manipulação de medicamentos ❷						Controle de qualidade		Área de armazenam .	Armazenagem		Controle de estoque		
	S	N	Estéreis		Não estéreis		Fracionamento		S	N		Satisf.	Insatisf.	❸	❹	❺
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	m ²	Satisf.	Insatisf.	K	FP	INF
CJM	•	-	-	•	•	-	-	•	-	•	-	•	-	-	•	•
HI	•	-	-	•	-	•	•	-	-	•	-	•	•	•	-	-
HCL	-	•	-	•	-	•	•	-	-	•	102	•	-	-	•	-
HGJ	•	-	•	-	-	•	•	-	-	•	-	•	•	•	•	•
HSE	•	-	•	-	•	-	•	-	-	•	-	•	-	-	-	-
HP	-	•	•	-	-	•	•	-	-	•	110	•	•	•	•	-
CPPII	•	-	-	•	•	-	-	•	•	•	-	•	-	-	•	-
HRP S	•	-	•	-	•	-	•	-	-	•	340	•	-	-	•	•
IPP	•	-	-	•	•	-	•	-	-	•	36	•	-	-	•	•
HGA	•	-	-	•	-	•	-	•	-	•	250	•	•	•	-	-
HGB	•	-	-	•	•	-	•	-	-	•	-	•	-	-	•	•
HL	•	-	-	•	-	•	•	-	•	•	-	•	•	•	•	•

Fonte: Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, 1996

❶ CJM (Colônia Juliano Moreira), HI (Hospital de Ipanema), HCL (Hospital de Cardiologia das Laranjeiras), HGJ (Hospital Geral de Jacarepaguá), HSE (Hospital Servidores do Estado), HP (Hospital da Piedade), CPPII (Centro Psiquiátrico Pedro II), HRPS (Hospital Raphael de Paula Souza), IPP (Instituto Phillipe Pinel), HGA (Hospital Geral do Andaraí), HGB (Hospital Geral de Bonsucesso), HL (Hospital da Lagoa).

❷ S (SIM), N (Não). ❸ K (Kardex). ❹ F P (Ficha de prateleira). ❺ Inf.(Informatizado). Satisf (Satisfatório). Insatisf. (Insatisfatório). armazenam (armazenamento)

QUADRO 5.6

Desempenho das Farmácias Hospitalares do MS/ERERJ quanto suas Funções Clínicas

Unid. ①	Atuação nas comissões ②			Controle do uso de antimicrobianos		CIM ③		Manipulação de ④ Mist. Endovenosas		Orientação ao paciente			
	FT	PTM	CIH					NP	Citostático	Ambulatorial		Hospitalar	
				S	N	S	N	-	-	S	N	S	N
CJM	•	•	-	•	-	-	•	-	-	-	-	-	•
HI	•	•	•	-	•	-	•	-	-	•	-	-	•
HCL	-	-	•	•	-	-	•	-	-	-	-	-	•
HGJ	-	-	-	•	-	-	•	•	-	-	-	-	•
HSE	-	•	-	-	•	-	•	•	-	-	-	-	•
HP	•	•	•	•	-	-	•	•	-	-	-	-	•
CPPII	•	•	•	•	-	-	•	-	-	•	-	-	•
HRPS	•	-	-	-	•	-	•	-	•	-	-	-	•
IPP	-	-	-	-	•	-	•	-	-	-	-	-	•
HGA	-	•	•	-	•	-	•	-	-	-	-	-	•
HGB	•	-	•	-	•	-	•	-	-	-	-	-	•
HL	•	•	•	•	-	-	•	-	-	•	-	-	•

Fonte: Comissão Executiva Operacional ERERJ/UFF - 1996

② FT = Farmácia e Terapêuticas, PTM = Parecer técnico de medicamentos, CIH Controle de infecção hospitalar

③ CIM = Centro de informações de medicamentos, ④ NP = Nutrição parentera

① CJM (Colônia Juliano Moreira), HI (Hospital de Ipanema), HCL (Hospital de Cardiologia das Laranjeiras), HGJ (Hospital Geral de Jacarepaguá), HSE (Hospital Servidores do Estado), HP (Hospital da Piedade), CPPII (Centro Psiquiátrico Pedro II), HRPS (Hospital Raphael de Paula Souza), IPP (Instituto Phillipe Pinel), HGA (Hospital Geral do Andaraí), HGB (Hospital Geral de Bonsucesso), HL (Hospital da Lagoa).

d - Análise dos Resultados

A avaliação qualitativa efetuada pela Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, conforme pode-se observar através dos quadros supra mencionados, não levou em consideração as atividades de planejamento, programação e aquisição, sendo que esta última foi abordada de forma não adequada. Por estas razões, e conforme discutiremos adiante, incluímos em nosso instrumento.

Basicamente foram avaliadas, em 1996, somente as características gerais dos hospitais da rede, a estrutura organizacional da farmácia hospitalar e atividades essenciais como padronização, distribuição, dispensação, manipulação, controle de qualidade, armazenagem, comissões e farmácia clínica, sendo que esta última atividade praticamente não existe nas farmácias hospitalares da rede.

Analisando os dados contidos nos quadros citados, podemos ter uma visão geral do que vem ocorrendo na rede de hospitais que servem de amostra para nossa dissertação. Resumindo os resultados obtidos podemos citar os seguintes problemas:

- As Farmácias Hospitalares da rede do Ministério da Saúde não possuem as atividades de planejamento, programação e aquisição. As farmácias não participam do planejamento geral do hospital quando o mesmo existe e utilizam metodologia de programação baseada em série histórica bastante distorcida, em função da ausência de fluxo financeiro de nível central para o nível regional. Algumas nem elaboram programações anuais, trabalhando apenas com pedidos de compra de medicamentos trimestrais, fatos que impedem a elaboração antecipada de um planejamento orçamentário. Em termos de aquisição de medicamentos, as farmácias se restringem a elaborar os pedidos de compras de medicamentos para as diretorias de administração dos hospitais, não discutindo com a mesma questões técnicas que poderiam constar dos editais, evitando-se desta forma aquisições tanto de custo como de qualidade duvidosa.
-

- Em termos organizacionais, as farmácias hospitalares da rede de um modo geral não possuem farmacêuticos e outros profissionais de nível médio, tanto em relação a qualidade como também em quantidade, apesar de existirem algumas distorções considerando indicadores internacionais. Outra questão relevante se refere à pouca comunicação lateral existente entre as farmácias hospitalares e outros setores do complexo hospitalar.
 - A falta de uma sistemática para treinamento de pessoal técnico e administrativo também vem contribuindo para o sucateamento das referidas farmácias. O horário de funcionamento das farmácias também não atende às necessidades. Em alguns casos, os serviços de farmácia estão instalados em locais impróprios para o desenvolvimento de uma assistência farmacêutica com os requisitos mínimos possíveis.
 - Em relação à padronização de medicamentos, verificou-se que existem inúmeras distorções tanto nos elencos para medicamentos de uso interno como para uso ambulatorial, sendo que alguns serviços não possuem padronização de medicamentos. Entre os que possuem padronização, na maioria dos casos não são revistas periodicamente nem obedecem a qualquer protocolo de inclusão e exclusão de medicamentos que leve em consideração o perfil epidemiológico e as nosologias prevalentes.
 - No que se refere à atividade de manipulação de medicamentos, são poucos os serviços de farmácia que possuem esta atividade na rede analisada e os serviços que possuem a respectiva atividade funcionam de maneira precária. A quase totalidade dos serviços não trabalham com a preparação e o manuseio de soluções parenterais.
 - A questão do controle da qualidade também é extremamente precária, não existindo laboratórios especializados para este fim, nem mesmo convênios com outras instituições especializadas para a realização de análises por amostragem. Na maioria dos casos não há mesmo atenção para pequenos detalhes como controle de prazo de validade, lote de produção e análise visual.
-
- Em relação à atividade de armazenagem podemos afirmar que a grande maioria dos serviços de farmácia não seguem as boas praticas previstas para este tipo de

atividade, incluindo indicadores como área física/ leito e sistema de controle de estoque. Prevalece o sistema manual de controle de estoque em relação ao informatizado.

- A metodologia utilizada para a distribuição de medicamentos nestes hospitais também não sofreram praticamente alterações nas últimas três décadas, pois prevalece o sistema coletivo e o individualizado indireto para atendimento por 24 horas, sendo que a maioria não recebe a segunda via da prescrição médica. As metodologias de distribuição utilizadas, portanto, contribuem para aumento dos gastos com medicamentos em virtude da existência de estoques de medicamentos atomizados por todas as clínicas hospitalares, o que resulta em perda de produtos por vencimento de prazo de validade e desvios, além de aquisições desnecessárias.
- A dispensação nas farmácias hospitalares da rede praticamente paralisou em 1994 em face do processo falimentar da CEME e da extinção da Central Distribuidora de Medicamentos do Rio de Janeiro (CDM). Porém alguns hospitais especializados dispensam produtos adquiridos no mercado privado, entretanto sem critérios bem definidos.
- Em relação a comissões, podemos afirmar que a maioria dos hospitais possuem a de Farmácia e Terapêutica e de Infecção Hospitalar oficializadas. Entretanto, em sua maioria as referidas comissões não funcionam, pois não se reúnem periodicamente, apesar do Farmacêutico fazer parte das mesmas.
- Questões relacionadas a Farmácia Clínica praticamente não existem nas farmácias hospitalares da rede

e - Conclusão

As farmácias hospitalares da rede de hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, funcionam sem qualquer uniformidade. Cada serviço possui metodologias

próprias no que se refere ao processo de gestão das atividades, o que torna a rede heterogênea como um todo, não existindo normas e rotinas definidas pelo Ministério da Saúde ou pelo EREERJ em nível regional. A maioria das farmácias necessitam ser reestruturadas com urgência afim de que se possa realmente prestar uma assistência farmacêutica de qualidade e a custos reais.

5.3 - GASTOS GERAIS DOS HOSPITAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO RIO DE JANEIRO, NO EXERCÍCIO DE 1996

Outra justificativa, para a elaboração de nossa dissertação, refere-se aos gastos com medicamentos, que apuramos, em março de 1997, em relação ao exercício anterior, e que poderão ser apresentadas através dos quadros a seguir, cuja análise iremos desenvolver, considerando dados de **Ryan (1993)**, que informa que os gastos com medicamentos em relação aos gastos totais de um hospital podem variar de **5% à 20%**; com crescimento médio de 25% ao ano. Outro autor Americano **Rhoark (1993)**, informa que a mesma relação pode variar de **7% à 15%**. Na Europa, temos que citar **Liaroupolos (1993)**, que apresenta a mesma relação na faixa de **5% à 15 %**, sendo que 15% à 25% ao ano, refere-se a antibióticos.

QUADRO 5.7

**Gastos Totais dos Hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, em
Relação aos Gastos com Medicamentos no mesmo período - 1996.
(Hospitais Gerais) x 1000,00 R\$**

Hospitais	Gastos Gerais	Gastos com	%
------------------	----------------------	-------------------	----------

	R\$	Medicamentos -R\$	
H. Geral do Andaraí	18.364	1.505	8,2%
H. Geral de Bonsucesso	21.827	1.895	8,7%
H. Geral de Jacarepaguá	11.823	800	6,8%
H. da Lagoa	16.966	2.153	12,7%
H. Geral de Ipanema	17.189	1.566	9,2%
H. Geral de Nova Iguaçu	16.645	1.450	8,7%
Hospital da Piedade	8.278	207	2,5%
Hospital dos Servidores do Estado	16.141	2.048	12,6%
SUB TOTAL	127.233	11.624	9,13%

Fonte: MS/SAS/ERERJ/CUP/DPOF/SIAFI

Levando-se em consideração os indicadores assinalados pelos autores supra mencionados a situação significava gastos gerais de aproximadamente R\$ 12.0000,00 (doze milhões de dólares), que poderiam ser diminuídos em caso de uma melhor administração de recursos e a tomada de medidas que permitissem uma melhor estruturação das farmácias e de seus processos de produção. Temos de destacar nos hospitais gerais os gastos com medicamentos dos hospitais da Lagoa e dos Servidores do Estado. Apesar dos valores elevados dos hospitais mencionados, também chama a atenção o percentual adquirido de medicamentos pelo hospital da piedade que foi de 2,5%, valor que pode ser considerado baixo.

QUADRO 5.8

Gastos Totais dos Hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, em Relação aos Gastos de Medicamentos no mesmo período - 1996 (Hospitais Especializados) x 1000,00 R\$

Hospitais	Gastos Gerais - R\$	Gastos com Medicamentos - R\$	%
H. de Cardiologia da Laranjeiras	13.573	832	6,0%

H. Psiquiátrico Pedro II	8.624	456	5,2%
H. Phillipe Pinel	2.308	309	13,4%
H. Raphael de Paula e Sousa	7.701	859	11,6%
SUB TOTAL	32.206	2.456	7,6%
TOTAL GERAL	159.439	14.080	8,8%

Fonte: MS/SAS/ERERJ/CUP/DPOF/SIAFI

Não houve muita diferença entre os percentuais relativos a medicamentos entre hospitais gerais e especializados que variou de 7,6% nos especializados para 9,13% nos gerais. Entretanto, em se tratando do conjunto, podemos verificar que o gasto com medicamentos em relação aos outros gastos dos hospitais ficaram em cerca de 8,8%, sendo que a maior despesa nos hospitais especializados foi realizada pelo Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel e pelo Hospital Raphael de Paula e Souza, ambos com respectivamente 13,7% e 11,6%.

QUADRO 5.9

Gastos dos Hospitais do Ministério da Saúde considerando Material de Consumo com Gastos com Medicamentos (Hospitais Gerais) em R\$ 1.000,00

Hospitais	Gastos Gerais com Material de Consumo	Gastos com Medicamentos	%
H. Geral do Andaraí	4.290	1.505	35,1%
H. Geral de Bonsucesso	7.033	1.895	26,9%

H. Geral de Jacarepaguá	3.208	800	24,8%
H. Geral da Lagoa	6.239	2.153	34,5%
H. Geral de Ipanema	7.910	1.566	19,8%
H. Geral de Nova Iguaçu	7.645	1.450	19,0%
Hospital Geral da Piedade	2.015	207	10,3%
Hospital Geral dos Servidores do Estado	6.127	2.048	33,4%
SUB TOTAL	44.467	11.624	26,1%

Fonte: MS/SAS/ERERJ/CUP/DPOF/SIAFI

Considerando somente o material de consumo e não os gastos gerais do hospital, a situação da assistência farmacêutica sofre algumas alterações. Do material de consumo gasto pelos hospitais gerais cerca de 26,1% corresponde a medicamentos, indicador que atualmente está difícil de ser avaliado pela ausência de dados, tanto em nível internacional, como nacional. Há hospitais, como o Antônio Pedro, que oficiosamente colocou gastos de medicamentos na faixa de 40% a 50% dos gastos com material de consumo, e que conseguiram através de dose individualizada e unitária reduzir os gastos para a faixa de 15% a 20%. No caso em análise queremos chamar a atenção para dois hospitais cujos indicadores se aproximam dos referenciados acima. Trata-se dos hospitais do Andaraí com 35,1%, do hospital geral da Lagoa com 34,5% e o Hospital Servidores do Estado com um percentual de 33,4%. Acreditamos que esses hospitais não possuem controle eficiente das verbas destinadas a medicamentos e mereçam futuramente uma análise mais detalhada da situação da assistência farmacêutica praticada.

QUADRO 5.10

Gastos dos Hospitais do Ministério da Saúde considerando Gastos com Material de Consumo com Gastos com Medicamentos (Hospitais Especializados) x R\$ 1.000,00

Hospitais	Gastos com Mat/Consumo	Gastos com Medicamentos	%
H. de Cardiologia das Laranjeiras	9.325	832	8,9%
H. Psiquiátrico Pedro II	762	456	59,8%
H. Phillippe Pinel	622	309	49,9%
H. Raphael de Paula	2.493	859	34,0 %

e Souza			
SUB – TOTAL	13.202	2.456	18,6%
TOTAL	57.673	14.080	24,4%

Fonte: MS/SAS/ERERJ/CUP/DPOF/SIAFI

A mesma questão colocada anteriormente surge no caso dos hospitais especializados, que de acordo com nossa visão, é mais crítico ainda do que os gerais. Observando-se o quadro acima podemos verificar que o Hospital Psiquiátrico Pedro II, apresenta um percentual de gastos em relação a material de consumo bastante significativo e que em termos numéricos representam 59,8% dos gastos com material de consumo.

Logo a seguir temos os casos dos hospitais Phillipe Pinel, com 49,9% e Raphael de Paula e Souza com 34,0%, que consideramos fora das especificações, apesar da falta de autores que possam corresponder às nossas expectativas, tanto em nível nacional como também em nível internacional.

É importante colocar que, tanto no caso dos hospitais gerais, como também nos hospitais especializados a questão dos gastos em excesso pode passar pelo processo de dispensação que não esta sendo realizado em função da desativação da CEME (Central de Medicamentos), 1997 e que obriga ao hospital, principalmente o especializado a criar programas de distribuição de medicamentos gratuitos que supram a ausência do referido órgão que mesmo antes de sua desativação atendia à rede analisada.

5.4 - O INSTRUMENTO AVAFARMA/HOSP: UMA NOVA PROPOSTA; JUSTIFICATIVA, BASES PARA A ELABORAÇÃO, METODOLOGIA E FORMATAÇÃO DOS RESULTADOS

Considerando a nossa participação, durante o processo de avaliação dos hospitais da amostra, no decorrer de 1996, e as dificuldades encontradas, e os resultados obtidos durante a avaliação, resolvemos elaborar uma proposta de instrumento para avaliar farmácia hospitalar que denominamos de AVAFARMA/HOSP, que acreditamos ser mais completo do que o anterior, e que poderia ser utilizado como instrumento de auto - avaliação, tanto para cada hospital, como para avaliação de

ma rede com mesmas características, o que facilitaria consideravelmente o trabalho dos gestores.

5.4.1 - JUSTIFICATIVAS

Como justificativa para o desenvolvimento do instrumento poderemos reiterar a importância do assunto, já focado anteriormente, além do resultado final elaborado pela Comissão Conjunta Operacional MS/ERERJ/UFF, nomeada pela Portaria n° 01 de 19 de março de 1996, efetuada no recorte escolhido, além do interesse profissional particular pela referida área, face a experiência profissional do mestrando. Poderemos complementar como justificativa para o trabalho as seguintes questões:

a) A necessidade de contar com um instrumento avaliativo, de base mais completo, que permita medir a produção de farmácias hospitalares, e também colaborar para o desenvolvimento de indicadores que permitam a avaliação da atividade de forma mais científica.

b) A pesquisa dos sistemas de distribuição de medicamentos, tanto para consumo interno, como para consumo externo que, no caso do Ministério da Saúde, geralmente podem ser considerados como "inadequados" e que atendam as exigências epidemiológicas.

c) A pesquisa da aplicabilidade dos princípios gerais da GMP (Good Manufacturing Practices) nas principais atividades desenvolvidas relacionadas a manipulação e também a de armazenamento.

d) A discussão da definição, de forma mais clara, das atividades de uma farmácia hospitalar, incluindo todas as suas "funções", dentre as quais também as questões relacionadas ao controle de qualidade, a preparação de soluções parenterais e enterais, farmácia clínica e farmacovigilância, dentre outras.

e) A situação crítica da CEME (Central de Medicamentos) que nunca atendeu às necessidades de medicamentos do país e se desvirtuou de seu plano diretor inicial,

o que provocou reflexos na questão da farmácia hospitalar em todo o Brasil e que se traduziu em sua extinção no ano de 1997, deixando lacunas até hoje não resolvidas.

f) A necessidade de inserir mais permanentemente, nas ações de saúde, nos três níveis de governo, um relacionamento mais íntimo com a indústria de medicamentos oficial, que consideramos preliminarmente como à margem da farmácia hospitalar pública e privada no Brasil.

g) A necessidade de aprimorar a gestão da atividade visando a diminuição de custos e qualidade da assistência prestada aos pacientes, tanto interno como externos, por intermédio de alguns modelos de gestão.

h) A possibilidade de podermos utilizar diversos modelos de diagnósticos como forma de aprimorar o processo de gestão e que estão sendo aplicados em determinadas organizações, tais como:

Planejamento Estratégico Situacional, (Matus, 1993)

G.M.P (Good Manufacturing Práticas).

Bases: mão de obra, materiais, máquinas e instalações e métodos

O Sistema 5S Japonês (Silva, 1994)

Bases: senso de utilização, ordenação, autodisciplina, saúde e limpeza

Teoria Z - Princípios Organizacionais Japoneses (Engel,1982)

Bases: círculo da qualidade

ISO 9000 - A gestão pelo processo da qualidade.

As 5 configurações de Henry Mintzberg (1995)

Bases: a estrutura simples, a burocracia mecanizada, burocracia profissional, a forma divisionada e a adhocracia

O objetivo de nosso trabalho é encontrar um sistema de avaliação que permita identificar mais claramente a diferença existente entre as farmácias hospitalares no recorte escolhido. Entretanto, em nossa opinião, qualquer sistema de avaliação por mais dificuldades que possa apresentar sempre possui a possibilidade de ser utilizado em outras redes, principalmente em se tratando de governos em nível estadual e municipal e até mesmo pelos hospitais privados.

Uma das dificuldades observadas através do instrumento de avaliação utilizado é que o mesmo fornecia uma análise as farmácias hospitalares mas não permitia uma comparação ou melhor, uma visão sobre a distância evolutiva entre as mesmas. Em virtude desse fato, resolvemos testar a possibilidade de aperfeiçoar o instrumento de avaliação MEC/ERERJ/UFF, utilizando um sistema de pontuação e pesos de acordo com a importância da atividade desenvolvida no contexto. O que mais nós chamou a atenção é que a análise em 1996, não apresentava praticamente distorções quando utilizávamos o instrumento AVAFARMA/HOSP idealizado, levando-se em conta os mesmos indicadores.

5.4.2 - AS BASES PARA A ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

Com o objetivo de elaborar um instrumento de avaliação proposto para análise de farmácias hospitalares (Anexo 2), procuramos aperfeiçoar o instrumento elaborado pela comissão executiva operacional MS/ERERJ/UFF, e que teve como base, outro instrumento utilizado pelo Ministério da Educação para avaliação qualitativa de suas farmácias hospitalares universitárias.

5.4.3 - A METODOLOGIA UTILIZADA

O nosso instrumento de avaliação, na realidade, é um híbrido, que utiliza atividades e quesitos existentes no instrumento MS/ERERJ/UFF, além de outros que consideramos indispensáveis, tais como planejamento, programação e aquisição, associado a sistemática de auto - avaliação contida na série ISO 9000 (International Organization for Standardization), apresentada por Báez, Sanches, Louro, & Mitteldorf (1994) e a metodologia utilizada para o desmembramento da Função Qualidade. (Quality Function Deployment), apresentada por Takashina, & Flores, (1996). O instrumento híbrido proposto não foi validado.

Introduzimos, no instrumento, a sistemática de utilização de pesos considerando a grande variedade possível de contextos, tanto em nível de estrutura, como em relação ao processo de produção das atividades desenvolvidas por uma farmácia

hospitalar. Outro fator importante, é possibilidade que o segundo instrumento proporciona, de oferecer mais uma opção do que o sistema sim ou não. Como exemplo, podemos citar o caso da atividade de comissões de farmácia e terapêutica que em muitos casos estão oficialmente constituídas por postarias mas na prática não funcionam.

A prioridade em nossa avaliação foi construída pelas seguintes atividades com peso 03: Organização, Padronização, Armazenagem e Distribuição. Com peso 02 Manipulação, Dispensação e Comissões pelas seguintes razões: Manipulação porque alguns hospitais não possuem esta atividade ou a possui em estado precário. Dispensação (distribuição de medicamentos à nível ambulatorial) apesar de considerarmos uma atividade básica está praticamente desativada na rede do Ministério da Saúde pois funcionava com medicamentos CEME. As Comissões também tiveram peso 02 em função de na maioria dos hospitais não funcionarem. O controle de qualidade e a farmácia clínica, com peso 01, considerando que esta última praticamente não existe na rede. A utilização de pesos pode ser introduzida ou abolida de acordo com o contexto.

5.4.4 - SISTEMÁTICA UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO

1 - PONTUAÇÃO

ZERO - Quesito não atendido

01 - Quesito parcialmente atendido

02 - Quesito totalmente atendido

I - Quesito informativo

2 - FÓRMULA UTILIZADA

$$N_p (N_t \times 100)$$

N_p - Número de pontos obtidos pela Farmácia Hospitalar

N_t - Número total de pontos possíveis de obter pela Farmácia Hospitalar

3 - RESULTADOS

0% a 30% - Insuficiente

30% a 60% - Regular

60% a 90% - Bom

90% a 100% - Excelente

4 - FORMATAÇÃO DO RESULTADO POR FARMÁCIA HOSPITALAR

Atividades analisadas	Pesos	Pontos obtidos pela farm. hospitalar	Pontos possíveis	%	I	R	B	E
A - Organização								
B - Padronização								
C - Planejamento								
D - Programação								
E - Aquisição								
F - Manipulação								
G - Controle de Qualidade								
H - Armazenagem								
I - Distribuição								
J - Dispensação								
K - Comissões								
L - Farmácia clínica								
Resultado final								

A visualização dos resultados obtidos em cada hospital, poderia ser formatada utilizando como por exemplo o quadro que colocamos acima. Há possibilidade de se usar ou não pesos no processo de avaliação, dependendo do contexto .em que esteja inserida a farmácia hospitalar.

5 - FORMATAÇÃO DOS RESULTADOS POR REDE

Em termos de rede, poderia ser utilizado uma formatação como a sugerida acima, que daria uma idéia do posicionamento de cada farmácia hospitalar no interior da rede. Além de possibilitar a visualização das atividades que deveriam ser consideradas prioritárias para o gestor em cada uma das farmácias hospitalares isoladamente. Como o instrumento AVAFARMA/HOSP, foi elaborado tendo como base o instrumento MS/ERERJ/UFF, seria possível também a apresentação de quadros do tipo 5.3 à 5.6, dando uma visão mais ampla sobre a farmácia hospitalar analisada.

FORMATAÇÃO DO RESULTADO POR REDE

Hosp	Atividades desenvolvidas pela Rede de Farmácias Hospitalares												
	Org %	Pad %	Plan %	Pro %	Aqui %	Man %	C.Q %	Arm %	Dist %	Disp %	Com %	FC %	RG%
CJM													
HI													
HCL													
HGJ													
HSE													
HP													
CPPII													
HRPS													
IPP													
HGA													
HGB													
HL													

❶ CJM (Colônia Juliano Moreira), HI (Hospital de Ipanema), HCL (Hospital de Cardiologia das Laranjeiras), HGJ (Hospital Geral de Jacarepaguá), HSE (Hospital Servidores do Estado), HP (Hospital da Piedade), CPPII (Centro Psiquiátrico Pedro II), HRPS (Hospital Raphael de Paula Souza), IPP (Instituto Phillipe Pinel), HGA (Hospital Geral do Andaraí), HGB (Hospital Geral de Bonsucesso), HL (Hospital da Lagoa).

❷ Organização, Padronização, Planejamento, Programação, Aquisição, Manipulação, Controle da Qualidade, Armazenagem, Distribuição, Dispensação, Comissões, Farmácia Clínica e Resultado Geral

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO

Passaremos a discutir os aspectos que acreditamos serem relevantes de forma departamentalizada, ou seja, relacionando a questão da farmácia hospitalar, no recorte escolhido, com os diferentes assuntos que abordamos no escopo da dissertação, e que podemos representar pelas Teorias Organizacionais e de Gestão de Serviços de Saúde, Planejamento, Assistência Farmacêutica e Avaliação de Serviços e Sistemas.

6.1 - No que Tange às Teorias Organizacionais e de Gestão da Farmácia Hospitalar

Em nossa opinião uma organização pode ser definida de forma bastante simplificada através de três dimensões ou partes básicas que são representadas pelos insumos, processo de produção e produtos obtidos. (Takashina & Flores, 1997).

As três dimensões podem ser tangíveis ou não tangíveis, palpáveis ou não palpáveis, objetivas ou subjetivas. Outro fator relevante, que destacamos é que o produto pode ser considerado como um efeito. Logo entendemos que para tanto seja necessário uma causa, que nas organizações está representada pelo processo de produção (Campos, 1992). Esta visão pode ser representada através do diagrama de Ishikawa ou Espinha de Peixe. (Nunes, 1997), ou por outros diagramas, que no capítulo 5.

Acreditamos que podemos transferir essa visão para qualquer tipo de organização. No caso do Capitalismo, podemos considerar como insumo a Lei do Mercado. O Capital, representado pelos recursos econômicos e financeiros e cognitivos. O Processo de Produção seria representado pelo Trabalho em todas as suas formas e o Produto Final seria o Lucro ou o Prejuízo de acordo com as “Leis de Mercado”.

A ênfase do sistema está centrada no Insumo, representado pela “Lei de Mercado”. Já o Paradigma da Social Democracia, (Capitalismo Social), considerando a mesma

lógica, teria ênfase no Processo, representado pelo Trabalho, que deveria ser um meio para o atendimento das expectativas e necessidades da Sociedade. Acredito, que no Paradigma do Socialismo, o sistema possa ser observado sob outra lógica, ou seja, o trabalho que nos dois paradigmas acima, tem como insumo a “Lei de Mercado”, passa agora a ter como novo insumo o Trabalho, e como meio para o processo de produção, o Capital, representado pelos seus três aspectos básicos, e como produto uma atomização das riquezas acumuladas para a sociedade.

Levando - se em consideração a lógica de nossa reflexão podemos verificar que a Teoria da Produção Social de Matus está correta, pelo menos em um aspecto: O capital é uma fenoeestrutura ou acumulação em qualquer Paradigma por ventura a ser analisado, agora as regras são mutáveis, e dependendo dos fatos, fluxos ou fenoprodução podem ser modificadas, e portanto mais dependentes da lógica do sistema escolhido. Concordamos com Matus, no que se refere às interações que cada uma de suas três dimensões podem ter tanto internamente como externamente. Em última análise, apesar de utilizarmos outras denominações que são utilizadas na visão da qualidade total, não temos dúvidas que a teoria de Matus é consistente e explicativa da produção social realizada no mundo real.

Toda nossa reflexão está alicerçada no seguinte princípio; colocado por Mintzberg (1995) “Teorizar qualquer pessoa pode”, entretanto, acreditamos, que embasar a teoria é um processo bastante complexo.

Observa-se também, que, ao longo do tempo, vários pensamentos são distorcidos, e como exemplo, consideramos importante citar Prestes Motta (1995). De acordo com o autor, os pensamentos de Taylor e Fayol podem ser representados por dois fluxos que vão fluir para um mesmo objetivo representado por maiores lucros e maiores salários (Postulado Fundamental: “Homo Economicus”). Parece que as organizações Brasileiras desconhecem o postulado citado.

Atualmente há uma tendência das organizações em diversificarem suas atividades através de produções variadas e não mais setorializadas, o que resultaria num processo de Burocratização Divisionada (Mintzberg 1995) O processo de

globalização contribui para esse fato gerando organizações mais poderosas do que muitos Estados. Concordamos com Azevedo (1993), que a definição e a própria análise de uma organização é uma questão complexa e discutível, face as inúmeras possibilidades que existem de serem enfocadas, e de acordo também com a ótica que o autor tenha sobre o mundo real. Podemos acrescentamos ainda, um fator importante representado pelo fluxo de análise que pode partir do micro para o macro ou vice versa, que também pode contribuir para o surgimento de visões diferentes.

Todavia, como Matus (1993), no que se refere a Planejamento, também consideramos Mintzberg (1995), como um autor que possui bases consistente para sua teoria.

Em termos analíticos, nossa opinião é que uma organização pode em determinados casos ser dividida, em sub organizações, sub estruturas ou células, que podem ser analisadas e classificadas diferentemente da organização vista como um todo A Burocracia Divisionada de Mintzberg (1995) pode alicerçar nossa opinião. Isto posto, podemos considerar a organização hospitalar possível de ser analisada e classificada segundo a ótica de Mintzberg (1995).

Se levarmos em consideração o processo de trabalho desenvolvido por uma organização hospitalar, cujo produto final do processo de produção depende basicamente da habilidade profissional de operadores representados pela categoria médica, poderemos concluir que o referido processo seria difícil de ser padronizado.

Refletindo sobre a questão, é possível concluir que o sucesso da obtenção do produto final fica dependente dos recursos cognitivos do profissional, e de metodologias que podem variar, até mesmo entre profissionais da mesma especialidade.

O processo de produção médico, portanto, é autônomo, e poderíamos classificar a organização hospitalar, segundo as configurações de Mintzberg (1995), como uma Burocracia Profissional. Logo o componente chave da organização hospitalar seria o Núcleo Operacional, onde estariam localizados os operadores que possuem a responsabilidade pelo produto final da organização e que por sua peculiaridade

depende de habilidades profissionais específicas que são extremamente difíceis de padronizar. Neste caso poderíamos dizer que a farmácia hospitalar estaria inserida na Assessoria de Apoio que representa uma das partes ou dimensões de Mintzberg (1995).

Apesar de, no Capítulo 3, termos citado algumas questões relativas a obra do referido autor, vale a pena lembrar que Mintzberg (1995), divide ou departamentaliza as organizações em cinco partes ou dimensões, sendo que três fazem parte do mesmo conjunto e estão interligadas (Cúpula Estratégica, Linha Intermediária e Núcleo Operacional) e outras duas são representadas pela Tecnoestrutura e Assessoria de Apoio.

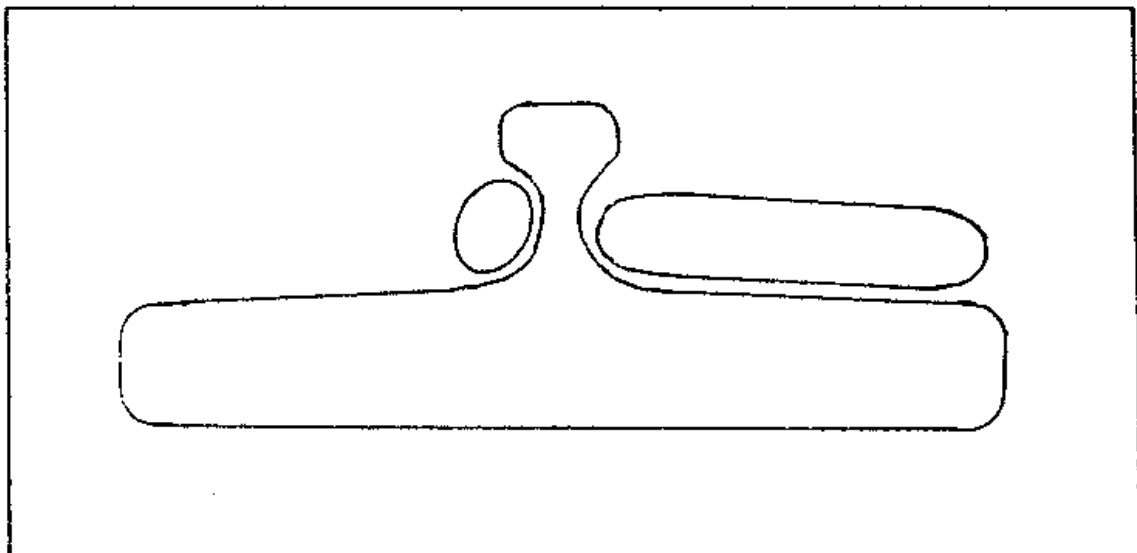


FIGURA 6.1 :Configuração de uma Burocracia Profissional.
Fonte: Mintzberg (1995)

Refletindo sobre o caso específico da farmácia hospitalar, acreditamos que poderíamos classificar esta micro estrutura, quando vista de forma isolada no interior da organização hospitalar, como semelhante a uma Burocracia Mecanizada (Visão Mecanicista), e portanto seu componente chave seria a tecnoestrutura, e a base do modo de produção seria representado pela padronização dos processos de trabalho em seu nível mais básico, e o produto final seria elaborado no núcleo operacional

que estaria representado por operadores responsáveis pela, recepção, armazenagem e a distribuição para uso interno ou externo de medicamentos. O produto que espera-se obter seria uma assistência farmacêutica de baixo custo, desenvolvida com qualidade e com uso racional dos medicamentos estritamente necessários, aplicados na hora certa, no lugar certo ao paciente certo, distribuídos com vistas a satisfazer as necessidades dos usuários da organização como um todo.

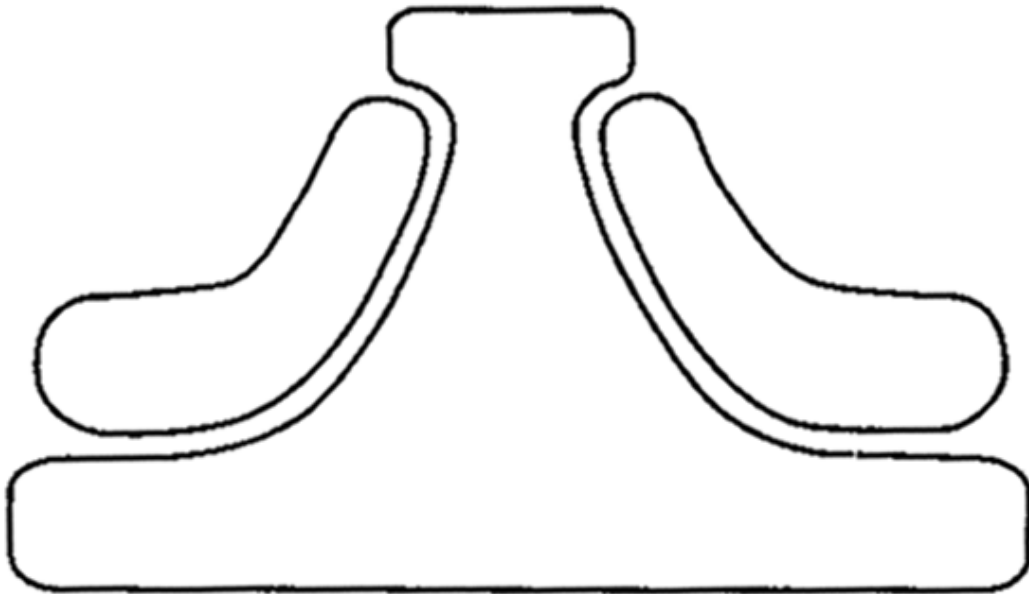


FIGURA 6.2 Configuração de uma Burocracia Mecanizada.
Fonte: Mintzberg (1995)

É importante assinalar que as configurações de Mintzberg são partes explicativas de uma Teoria Organizacional, portanto nem sempre podem ser aplicadas, ou explicar o mundo real, como também qualquer outro tipo de teoria, principalmente considerando a complexidade e diversidade das organizações.

Resumindo o pensamento de Mintzberg (1995), ele procura trabalhar com um número chave representado pelo 5 (cinco), ou seja conceitua cinco tipos de Coordenação do trabalho, divide uma organização em 05 (cinco) partes ou dimensões e propõe 05 (cinco) configurações explicativas para uma organização. Será que o número 05 (cinco) é mágico ?

Mintzberg responde no último capítulo de sua obra, demonstrando que na realidade as organizações são bastante complexas e que as 05 (cinco) configuração podem

sofrer um conjunto básico de trações nas 05 (cinco) dimensões ou partes através de 05 (cinco) forças representadas pelas 05 (cinco) configurações o que pode provocar o aparecimento de estruturas híbridas que entretanto tendem para as 05 (cinco) configurações que são representadas por um pentágono.

Em virtude do que foi exposto, utilizamos o termo "assemelha-se", em função da farmácia hospitalar apresentar inúmeras atividades padronizáveis, mas como está inserida no contexto do hospital, também sofre trações externas (Comissões, etc) e mesmo internas pela possibilidade de realizar atividades que dependam da habilidade dos profissionais como exemplos, dentre outros, o fracionamento de soluções e a manipulação de um modo geral, que em nossa opinião pode ser considerada como uma arte e a farmácia clínica.

Em última análise, poderíamos dizer que no mundo real não há possibilidade, pelo menos no momento, de as teorias explicativas serem separadas de duas questões básicas representadas pelo relativismo e pelo contexto.

Poderíamos ainda, como reflexão, arriscar a elaboração de um desenho para as farmácias hospitalares do recorte escolhido como amostra, tendo como base a visão de Mintzberg, da seguinte forma:

Cúpula Estratégica: Chefia da Farmácia Hospitalar

Linha Intermediária: Chefias de seção de Psicotrópicos, Entorpecentes e Equiparados, e de Manipulação. Acreditamos que no caso da farmácia possuir Laboratório de Controle de Qualidade poderia ser colocado na linha intermediária.

Tecnoestrutura: Planejamento Estratégico, Programação de Medicamentos, Propostas de Treinamento, Pesquisa Operacional, Estudo do Trabalho (Manual de

Normas e Rotinas), Apoio Técnico (Informações Sobre Medicamentos e Farmacovigilância)

Assessorias de Apoio: Assessoria Administrativa (Controle de Frequência, etc), Assessoria Financeira (Pesquisa de Preços, Análise de custos - Farmacoeconomia)

Núcleo Operacional: Chefia de Recebimento Guarda e Distribuição (Recepção, Armazenagem, Controle e Distribuição racional de medicamentos para uso interno "clínicas" e para uso externo "dispensação" e a Farmácia Clínica que representaria uma tração no Núcleo operacional)

Caso nossa reflexão sobre o desenho proposto seja procedente, poderemos justificar em nossa dissertação, fatos ocorridos no passado nas farmácias hospitalares do recorte, escolhido, tendo como base a obra de Mintzberg (1995).

Se refletirmos sobre o histórico contextualizado no capítulo 2, desta dissertação, poderemos verificar que a rede analisada é bastante antiga, sendo que alguns hospitais, principalmente os gerais, foram criados nos antigos IAPs, (Andaraí - IAPM, Bonsucesso - IAPC, Lagoa - IAPB, Servidores do Estado - IAPETEC), logo não é difícil concluir que possivelmente existe um problema cultural, em face da qualificação do pessoal existe, pela ausência de uma política para treinamento Institucional, bem como em relação a quantidade de recursos cognitivos, principalmente de Farmacêuticos, haja visto que o último concurso realizado especificamente para o Rio de Janeiro data de 1978.

Considerando o exposto, e todo histórico inserido no capítulo 2, e articulando o referido histórico com a avaliação realizada pela Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, em 1996, nas atividades desenvolvidas pelas farmácias hospitalares, que estão servindo como amostra para o estudo de casos, acreditamos que muitas das distorções encontradas, na referida época., tendo em vista a nossa reflexão sobre os assuntos podem ser explicadas.

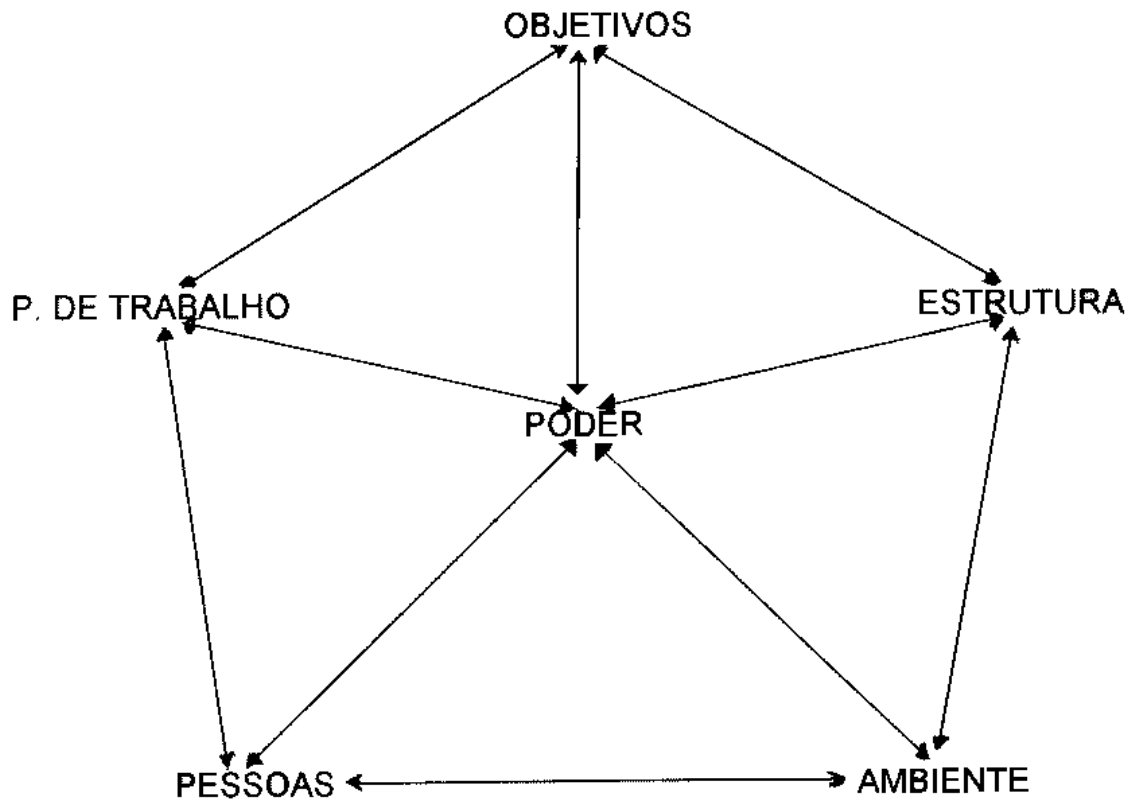
Considerando, de um modo geral, a farmácia hospitalar como sub organizações ou sub estrutura que se assemelharia a uma configuração Burocrática Mecanizada, que

tem como componente ou dimensão chave a tecnoestrutura, poderíamos concluir que as farmácias hospitalares da amostra, funcionavam tendo como base as diretrizes emanadas de estruturas centrais, como a CEME e a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do INAMPS, que respondiam pela elaboração de normas e rotinas de trabalho, planejamento, análise das programações, padronização de medicamentos, programação de treinamentos, apoio técnico, dentre outras atividades.

Houve, portanto, um esvaziamento das tecnoestruturas das farmácias hospitalares que utilizavam os níveis centrais como tecnoestruturas. Com o processo de descentralização, vinculado ao Sistema Único de Saúde e a conseqüente desativação das referidas estruturas centrais, as farmácias hospitalares não conseguiram internamente suprir a ausência ou fragilidade das tecnoestruturas internas, o que resultou no caos detectado pela Comissão MS/ERERJ/UFF, que inclusive afirma em seu relatório, final que as farmácias hospitalares avaliadas formavam um sistema heterogêneo.

Finalizando nossa discussão e reflexões baseadas nos estudos de autores referenciados no capítulo 3, gostaríamos de assinalar que a visão de Marinho (1990), que procura analisar as organizações segundo os seus objetivos, sob nossa ótica não é a mais apropriada. Entretanto, extrapolando a visão da autora para a sub organização representada pela farmácia hospitalar, principalmente no recorte estudado, poderíamos classificar a estrutura "semelhante", pelas mesmas razões anteriores a uma Perspectiva Racional.

A conclusão considera que amostra estudada, não se leva em consideração o conceito de sistema, nem os objetivos oficiais, nem mesmo objetivos múltiplos. A abordagem econômica política estaria representada pelos interesses, conflitos e poder que normalmente não são levados muito em conta. Acreditamos, que a perspectiva mais conveniente estaria representada por uma perspectiva múltipla que pudesse articular todas as outras.



FI

FIGURA 6.3 - Perspectiva Múltipla

Em relação à política organizacional tratada por Morgan (1996), que está baseada em três domínios, representados pelos Interesses, Conflitos e Poder e que são vistos de formas diferentes através de três concepções (Unicista, Pluralista e Radical), também levando-se em consideração as razões anteriores, acreditamos que as farmácias hospitalares do recorte estudado estão mais assemelhadas e articuladas com a concepção Unicista. Entretanto, sob nossa ótica a concepção pluralista talvez seja mais adequada.

Resumindo, destacamos que estudamos três autores selecionando visões organizacionais de objetivos (Marinho, 1990), de Política Organizacional (Morgan, 1996) e de estrutura (Mintzberg, 1995). Entendemos que uma determinada organização deve ser analisada segundo uma perspectiva múltipla e que considere todos os aspectos possíveis inter e extra organização, tais como Poder, que seria o centro de um pentágono e as pontas representadas pelos Objetivos, Estrutura,

Ambiente, Processo de Trabalho e Pessoas. Todos os aspectos estariam articulados entre si através de um fluxo de trânsito duplo.

6.2 - No que Tange ao Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Inicialmente queremos colocar que, a questão do planejamento em farmácia hospitalar, na amostra analisada, nem foi considerado em 1996. Entretanto, achamos primordial questão ser discutida, pois inclusive vai alicerçar uma outra atividade importante que é a programação.

Utilizamos o planejamento estratégico situacional como contextualização em nossa dissertação por considerarmos uma ferramenta bastante poderosa e aplicável em qualquer tipo de organização, tanto em nível macro como em nível micro, merecendo um aprofundamento através do estudo de obras clássicas.

Uma das questões do PES que mais nos chamou a atenção foi a Teoria da Produção Social. Para um melhor entendimento da Teoria da Produção Social e dos momentos do Planejamento Estratégico Situacional, extrapolando e inferindo para a questão da farmácia hospitalar (micro estrutura), e para o Instrumento que elaboramos para avaliação das atividades desenvolvidas na estrutura estudada, poderíamos classificar os resultados obtidos pelo referido instrumento como parte do Momento explicativo do PES, apesar da utilização de uma metodologia híbrida que assemelha-se a uma auto-avaliação.

Além disso, acreditamos que seria interessante relacionar os três níveis supra mencionados com a questão da farmácia hospitalar, que segundo nossa visão apresenta como qualquer estrutura organizacional as três dimensões ou níveis da Teoria da Produção Social de Carlos Matus.

Como já colocamos em tese uma visão organizacional de farmácia hospitalar baseado nas configurações de Mintzberg, arriscaremos novamente a inferir uma farmácia hospitalar nas dimensões da Teoria da Produção Social.

A nossa visão do processo de produção de uma farmácia está ligada a um fluxo de atividades básicas representadas pela aquisição, (que na maioria dos casos não é realizada pela farmácia hospitalar, que somente solicita), recebimento do medicamento, armazenagem e controle (segundo as normas previstas para o tipo de produto), e a mais importante em nossa visão que seria a distribuição e dispensação que conduziria a um produto final representado por uma Assistência Farmacêutica de alta qualidade a custos reduzidos, com segurança, e pelo uso racional dos medicamentos pela clientela. Poderíamos considerar o produto final desse processo como a fenoprodução da farmácia hospitalar, a estrutura organizacional, os recursos (cognitivos, orçamentários, financeiros, políticos, materiais, físicos, etc) e processo de produção como acumulações ou fenoestruturas, e como regras ou genoestruturas as Normas e Legislações que regulamentam o assunto.

Destacamos que na Teoria da Produção Social de Carlos Matus há possibilidade do transito inter e extra dimensionais e que um fato, fluxo ou ato de fala podem representar uma fenoprodução, incluindo também produtos tangíveis ou não.

Como exemplo, poderíamos citar o caso de um ato de fala, ou um fato representado pela explicação sobre a necessidade de modificação do método de distribuição de medicamentos na farmácia hospitalar, que pode provocar uma determinada ação por parte do gestor do hospital em determinar a mudança da metodologia utilizada.

Poderíamos dizer que houve uma microcausalidade, ou seja, um ato de fala, ou um fato gerou uma ação, logo ocorreu um trânsito inter dimensional na Fenoprodução. Entretanto a ação de mudar a metodologia de distribuição dos medicamentos irá influenciar o processo de produção, todas as questões relacionadas a recursos que representam as acumulações ou fenoestruturas e como consequência teremos uma mudança nas Regras ou Genoestruturas, que por sua vez irá influenciar o produto final.

Neste caso teríamos uma Macrocausalidade, ou seja, a ação gerou modificações extra dimensionais. O sistema poderia também ser invertido, ou seja, muda-se a regra em nível Central o que irá gerar modificações nas acumulações e consequentemente na fenoprodução. É minha opinião, em face de experiências empíricas, que a melhor maneira de estabelecer as regras é através do micro sistema para o macro sistema. Normalmente quando as regras, normas, legislações, etc, não analisadas e aceitas como verdadeiras nos micros sistemas não são cumpridas, principalmente pela ausência de infra estrutura fiscalizatória, haja visto o caso atual de medicamentos falsificados, que poderíamos avaliar das seguintes formas: a primeira tomando como base a existência de regras que são boas, mas as acumulações não estão estruturadas de forma adequada para modificar os fatos; uma segunda forma seria analisar pelo fato da descoberta de medicamentos falsificados, que desencadeou ações, que se refletiram nas acumulações e nas próprias regras que foram aperfeiçoadas, inclusive extrapolando a própria área de saúde.

Outra reflexão que poderemos fazer está alicerçada em nossa lógica de ver uma organização como um sistema composto por insumos, processo de produção e produto.(Takashina & Flores, 1997).

Acreditamos que as duas teorias são validas e praticamente semelhantes, no que se refere a ótica ver uma organização, apenas as terminologias utilizadas são diferentes. As organizações podem, portanto, ser representadas como sistemas que apresentam três níveis ou dimensões articuladas entre si e representadas por insumos, processo de produção e produtos.

Como reflexão, acredito ainda que ambas teorias explicativa para determinados fenômenos só possui validade levando-se em consideração o contexto e o relativismo,. pois mesmo as ciências naturais que tem como base o estudo de fenômenos que podem ser repetidos a qualquer tempo, em qualquer lugar, e da mesma forma, dependem do contexto.

6.3 - No que Tange a Assistência Farmacêutica Hospitalar

Iremos discutir a assistência farmacêutica de forma mais apropriada no item relativo a avaliação realizada pela Comissão Executiva Operacional MS/ERERJ/UFF, em 1996. Entretanto, poderíamos sintetizar a situação da seguinte maneira: A assistência farmacêutica, prestada na amostra estudada, comprova todas as hipóteses destacadas no capítulo 1 (pag 11). Portanto, há necessidade de reestruturação de praticamente todas as farmácias analisadas, além do desenvolvimento de estudos mais profundos de indicadores que permitam uma melhor avaliação das atividades que compõem a assistência farmacêutica hospitalar.

É fundamental a divulgação pelo Ministério da Saúde da nova Relação de Medicamentos essenciais (RENAME, 1998), para que sirva como base para o desenvolvimento de padronizações locais de farmácias hospitalares de um modo geral, e especificamente na rede estudada.

É necessária a reestruturação de praticamente todas as atividades desenvolvidas na amostra, principalmente, no que se refere as questões ligadas ao planejamento, programação, aquisição, armazenagem e controle de estoque e distribuição (interna e externa).

Prevalecem no recorte estudado processos de produção onerosos e distorcidos que dificultam a obtenção de produtos desejáveis.(eficientes, eficazes e efetivos). Para tanto, acreditamos que o gestor de uma farmácia hospitalar inserida no recorte utilizado como amostra deva levar em consideração os seguintes cuidados:

1) Ausência de padronização de medicamentos e ausência de critérios. (protocolo) para avaliação da inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização. O fato permite aos Laboratórios e Distribuidoras a induzir, e introduzir no hospital medicamentos novos e cada vez mais caros sem qualquer tipo de estudo prévio. Como já colocamos anteriormente, a Padronização é a base para o desenvolvimento tanto de Política de Medicamentos, em nível Nacional, como também e de Programas de Assistência Farmacêutica em qualquer nível.

2) Verificar permanentemente o sistema de controle de estoque visando deixa-lo em um patamar que supra a realidade do contexto, com vista a diminuir a possibilidade

de ocorrer desabastecimento por falhas de controle ou mesmo proposital e como consequência hajam aquisições através de processos emergenciais, que pode em alguns casos não serem transparentes e como resultado o produto ser adquirido por preços super faturados.

3) Exigir no processo de compra de qualquer medicamento, principalmente por processos emergenciais, cópias das respectivas licenças de funcionamento, que são anualmente renováveis, pela Coordenadoria de Fiscalização Sanitária do Estado, e pelo Conselho Regional de Farmácia, onde conste o nome do Farmacêutico Responsável. Tal procedimento poderá pelo menos diminuir a possibilidade de que empresas irregulares, que não existem na prática, acabem dando cobertura a uma empresa registrada e habilitada no processo de compra emergencial.

4) Toda Farmácia Hospitalar Pública, ou pelo menos no interior do hospital, deveria ter um computador ligado a Internet para dar transparência nas aquisições. Qualquer solicitação de compra, mesmo emergencial, deveria ser colocada e divulgada imediatamente pela rede, além dos procedimentos previstos em Lei.

5) Verificar através do Controle de estoque, preferencialmente informatizado, se há solicitações de medicamentos em quantidades desnecessárias ou muito maiores do que as necessidades, o que resulta em vencimentos de prazos de validade e pode estar atendendo a interesses pessoais.

6) Não receber medicamentos com mais de 1/3 do tempo de fabricação, ou verificar se a quantidade adquirida pode ser consumida antes do vencimento. É possível que determinadas empresas forneçam medicamentos com prazo de validade ultrapassado ou reduzido e como consequência resulte em perdas por expiração do prazo de validade.

7) Mesmo que o controle de estoque na farmácia hospitalar seja eficiente, é possível haver perdas de medicamentos em função do vencimento do prazo de validade, principalmente em função da diminuição da rotatividade dos mesmos em decorrência pela adoção médica de outros similares. (o que diminui com a elaboração de uma padronização, e regulamentação especial para utilização de produtos de uso excepcional). Nesse caso deve haver formulário próprio que

justifique a respectiva perda. Não é legal a baixa fantasma de medicamentos vencidos e sua destruição sem a observância das normas legais próprias para o tipo de produto, principalmente se o medicamento estiver contido nas Portarias 27 e 28 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Portanto, devem ser criadas normas que regulamente a questão no âmbito da rede.

8) Verificar se o medicamento que está sendo recebido está de acordo com o processo de licitação. É possível uma determinada empresa ao vencer uma licitação oferecendo uma marca mais cara no mercado, e entregue outra marca mais barata aumentando sua margem de lucro. O ideal seria se ter uma Comissão de Recebimento de Medicamentos para verificar essa questão, assim como outras, como prazo de validade, lote de fabricação, tipo de embalagem, e nos tempos atuais até a verificação se o produto é falso ou não, e depois sim, atestar o recebimento dos medicamentos na Nota Fiscal.

9) Outra distorção que pode ocorrer, principalmente, na rede de farmácias hospitalares do Ministério da Saúde, em função de prevalecer as metodologias de distribuição coletiva ou híbrida da individualizada indireta, seria o desvio de medicamentos nas próprias clínicas, ou até mesmo o aumento da possibilidade de se atestar o recebimento medicamentos constantes de Notas Fiscais, sem a contra partida do recebimento dos produtos, ou seja, a Nota Fiscal é recebida, atesta-se que o medicamento foi recebido, mas na prática não é entregue. A vulnerabilidade do sistema é nítida, entretanto, a montagem de uma comissão de recebimento com a presença de um Farmacêutico pode diminuir a probabilidade deste tipo de fraude.

10) Especificamente nos hospitais do Ministério da Saúde, o Controle Orçamentário e Financeiro é realizado pelo Sistema de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI). Esse sistema controla, em termos de farmácias hospitalares, os

gastos efetuados com aquisição de medicamentos e os gastos dos medicamentos que saem da farmácia. Quando o medicamento é distribuído para as clínicas é considerado consumido pelo sistema. Seria importante, portanto, o acompanhamento dos gastos com medicamentos na tramitação entre a farmácia e o paciente, passando pelas diversas clínicas que compõem o hospital. É justamente na tramitação dos medicamentos entre a farmácia e o paciente interno ou externo é que ocorrem desvios. Estamos propondo indicadores de acompanhamento do desempenho financeiro para podermos identificar o custo medicamento/leito por clínicas, além de dificultar desvios.

11) Os métodos de distribuição coletivo ou híbrido do individualizado indireto, favorece o desvio de medicamentos nas clínicas do hospital que podem perfeitamente ser negociados com empresas do ramo. A adoção da metodologia de distribuição direta por dose individualizada e dose unitária, pode evitar ou pelo menos diminuir consideravelmente essas distorções. A retirada da embalagem do produto, sem desqualificá-lo pode também ser considerada.(nº do lote, prazo de validade).

12) A dispensação de medicamentos adquiridos no mercado privado, com nome de marcas e na embalagem oficial do fabricante também contribui para desvios.

Lembrar que a colocação na embalagem dos dizeres "Proibida a venda pelo Comercio" pode ser removida. Acreditamos que a solução para essa questão possa ser resolvida através da elaboração de elencos de medicamentos destinados a dispensação, em número reduzido, e negociados com laboratórios oficiais, que normalmente fabricam somente para Instituições Públicas, logo seus medicamentos normalmente não são encontrados no comércio em geral.

13) O gestor também deve ter cuidado com o parecer técnico, que deveria ser dado por uma Comissão presidida pelo Farmacêutico. O parecer técnico deve conter o maior número de informações possíveis sobre os medicamentos escolhidos, preços oferecidos, nome da empresa escolhida e seu respectivo preço, e deve ser elaborado em duas vias para que uma delas seja recebida durante a tramitação do

processo para outra seção e arquivado na farmácia. O procedimento em questão minimizará a substituição de pareceres no processo, ou a introdução de novas propostas com preços diferentes do oferecido no processo de licitação, após o parecer técnico.

6.4 - No que Tange à Avaliação do Serviço de Farmácia Hospitalar, na Amostra Escolhida, pelo Instrumento MEC/ERERJ/UFF

Independentemente dos resultados que poderão ser obtidos através do instrumento proposto AVAFARMA/HOSP, poderíamos concluir que as farmácia hospitalares da rede do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, apresentam inúmeras distorções, principalmente nas atividades referentes a comissões, planejamento, programação, estudo do trabalho e apoio técnico o que o que assemelharia com uma tecnoestrutura frágil (Burocracia Mecanizada de Mintzberg). Como já mencionamos, no passado funcionava em função do suporte que era fornecido pelo nível central da rede, através do estabelecimento de ordens de serviços que davam o devido amparo legal e funcionavam como ponto de referência para as supervisões e auditorias realizadas (Regras ou Genoestrutura de Matus).

Com o processo de descentralização e a extinção de determinadas Instituições, entre as quais o INAMPS e a CEME as ordens de serviços perderam suas validade e não foram substituídas, o que ocasionou uma heterogeneidade de procedimentos nas farmácias Hospitalares da rede.

O que se observou em 1996, foi a existência de uma rede sem rumo por falta de regras, que não foram supridas internamente, principalmente pela falta de profissionais especializados tanto em quantidade como em qualidade. Portanto, sem regras definidas, o sistema ficou fragilizado em relação ao processo de produção (acumulações ou fenoestruturas de Matus) e também em relação aos produtos obtidos (fenoprodução de Matus).

Outro problema que observamos é que o Instrumento MEC/ERERJ/UFF, por utilizar a metodologia do sim ou não, provoca desvios em relação as conclusões finais de algumas atividades avaliadas. Entretanto, o referido instrumento utiliza alguns

indicadores importantes, que conseguem dar uma visão geral sobre as atividades desenvolvidas por uma farmácia hospitalar e que sintetizaremos a seguir.

O instrumento MEC/ERERJ/UFF, apesar de nossas críticas, demonstra claramente que a situação das farmácias hospitalares do Ministério da Saúde era caótica, na época da avaliação, pelas seguintes razões:

- As Comissões existentes na rede, em sua grande maioria, estão oficializadas por Portarias das Direções mas não correspondem às expectativas, não se reunindo periodicamente e não levando em consideração os protocolos e a periodicidade de normas estabelecidas pela OPAS/OMS, ou de outras origens (Capítulo 4), principalmente as relacionadas com a comissão de Farmácia e Terapêutica que responde pela Padronização dos Medicamentos da Unidade, mas que não se reúnem nem utilizam protocolos para a inclusão e exclusão de produtos, e como consequência interfere no número de produtos utilizados pela unidade e no próprio formato do processo de produção.(Quadro 5.5 - Capítulo 5). Logo, os dados apresentados no referido quadro estão distorcidos ou enviesados e não podem ser avaliados.
-
- Comprovadamente, 33% da relação de farmacêuticos/leitos não atendem as necessidades, de acordo com requisitos internacionais (Quadro 5.4 - Capítulo 5). Entretanto, 50% das farmácias estudadas apresentam a referida relação acima das recomendações internacionais, o que nos leva a crer, que há uma concentração maior de farmacêuticos em determinados hospitais.
 - As estruturas organizacionais são frágeis, pela ausência de "organogramas" e manuais de rotinas que representam, respectivamente, 75% para ambos os casos nas farmácias hospitalares estudadas (Quadro 5.4 - Capítulo 5).
 - Além desses problemas a grande maioria das farmácias hospitalares somente funcionam 12 horas diárias, representando 83% do recorte estudado (Quadro 5.4 - Capítulo 5), quando o ideal seria um funcionamento por 24 horas.

- Em relação as suas áreas totais, 50% das farmácias hospitalares estão de acordo com as normas, e 50% em desacordo com as normas da OPAS/OMS (Quadro 5.4 - Capítulo 5).
- A questão dos resultados obtidos em termos da localização da farmácia hospitalar ser satisfatória ou não, consideramos distorcida, e por essa razão não levamos em consideração em nossa análise (Quadro 5.4 - Capítulo 5).
- A área de armazenagem nem sempre atende as normas emanadas pela OPAS/OMS, e no instrumento MEC/ERERJ/UFF não foi avaliada em sua totalidade (Quadro 5.5, Continuação - Capítulo 5), o que consideramos outra distorção.
- Além desses problemas poderíamos citar ainda a ausência de Centros de Informações de Medicamentos em 100% das farmácias hospitalares da amostra, e de controle de antimicrobianos em 50% dos hospitais (Quadro 5.6 - Capítulo 5).

-
- Praticamente não existem as atividades de planejamento e programação, ou são sub dimensionadas por serem elaboradas através de metodologias não adequadas, como por exemplo, a série histórica, e não foram avaliadas em 1996.(Quadro 5.5 - Capítulo 5).
 - A atividade de aquisição é realizada normalmente sem a participação da farmácia em 100% da amostra (Quadro 5.5 - Capítulo 5), e as metodologias que prevalecem na atividade de distribuição são representadas pelo método coletivo ou individualizado indireto, que representam 92% da amostra estudada, e que podem contribuir para o surgimento de inúmeros problemas que poderíamos classificar como efeitos ligados direta ou indiretamente a essas causas.(Quadro 5.5 - Capítulo 5).
 - A atividade de dispensação ambulatorial também apresenta desvio da realidade, pois apesar de os resultados obtidos acusarem a existência da atividade em 83% da amostra estudada, a mesma está praticamente desativada na maioria dos

hospitais que utilizavam medicamentos CEME para esse fim (Quadro 5.5, continuação - Capítulo 5)

- A atividade de manipulação em suas três formas (manipulação de medicamentos estéreis, não estéreis e fracionamento) só existe de forma completa em 16% da amostra. (Quadro 5.5, continuação - Capítulo 5).
- A atividade de Controle de Qualidade não existe em 83% da amostra estudada (Quadro 5.5, continuação - Capítulo 5)
- A manipulação de misturas endovenosas para nutrição parenteral é realizada somente por 25% das unidades e a manipulação de citostáticos apenas por 8% o que representa uma unidade.

-
- Praticamente não existe o que denominamos de Farmácia Clínica no recorte escolhido, sendo que o instrumento apurou que a orientação ao paciente hospitalizado não existe em 100% da amostra, e em nível ambulatorial existe somente em 25% da amostra.

Finalizando, podemos concluir que a possibilidade de a situação encontrada em 1996 persistir atualmente é muito grande, e para tanto desenvolvemos o instrumento de avaliação AVAFARMA/HOSP como proposta.

6.5 - No que tange a avaliação da amostra escolhida pelo Instrumento AVAFARMA/HOSP.

6.5.1 - A Importância do Instrumento

Acreditamos que tanto o instrumento de avaliação MEC/ERERJ/UFF como o AVAFARMA/HOSP são válidos. Entretanto, o primeiro não leva em consideração as atividades de Planejamento, Programação e Aquisição, que foram acrescentadas no

segundo instrumento, além da introdução de novos quesitos em outras atividades desenvolvidas por uma farmácia hospitalar.

Nossa intenção inicial seria desenvolver o instrumento e aplicá-lo na rede para validação. Entretanto, não foi possível em face de sua complexidade, de nossa proposta de novos indicadores, e do tempo disponível para validação do mesmo.

Acreditamos ser mais oportuno apresentar o Instrumento AVAFARMA/HOSP como uma proposta para validação futura, acompanhado de um roteiro que permita aos avaliadores maior objetividade na coleta dos dados necessários. Através do instrumento AVAFARMA/HOSP poderemos diminuir os desvios da avaliação anterior e acrescentar ainda uma visão da rede como um todo, pois pode ser facilmente adaptado a qualquer contexto.

A avaliação de uma farmácia hospitalar é sempre difícil face as inúmeras variações possíveis em sua estrutura e modo de produção. Uma farmácia hospitalar pode variar de uma simples sala onde são armazenados e distribuídos medicamentos, como acontece em várias clínicas particulares, até a farmácias hospitalares semi-industriais.

Evidentemente que qualquer instrumento de avaliação sempre terá alguma falha, tendo em vista o contexto em que esteja inserido a farmácia hospitalar. Entretanto, consideramos que existem algumas atividades básicas inerentes a qualquer farmácia hospitalar e que podem ser avaliadas.

Nossa preferência pela avaliação proposta se deve a possibilidade da adoção de pesos para as atividades dependendo do contexto em que elas estejam inseridas.

No caso da rede de hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, nos últimos 30 anos, as farmácias hospitalares sofreram poucas modificações no que se refere ao processo de gestão, conservando o amadorismo administrativo que levou ao sucateamento das farmácias hospitalares da rede.

Fica evidente que o instrumento para análise dessa rede pode ser mais simplificado do que um instrumento que avalie uma farmácia hospitalar Universitária ou uma Farmácia Semi-Industrial.

Acreditamos, que apesar das dificuldades de validação, a análise pelo referido instrumento possa fornecer mais claramente um diagnóstico de uma determinada situação encontrada (momento explicativo de Matus), possibilitando, portanto, a definição de prioridades para o aperfeiçoamento das atividades internamente desenvolvidas.

Alem disso, a análise pelo referido instrumento permite mais facilmente a comparação entre farmácias hospitalares que compõem uma determinada rede, permitindo ao gestor de nível central também estabelecer prioridades em relação a rede sob sua supervisão.

Acreditamos que nossa metodologia de análise, com a ajuda de analistas de sistemas e programadores, poderá futuramente ser transformada em um programa informatizado que possibilite adequar o instrumento a qualquer contexto, permitindo inclusão e exclusão de quesitos e alteração de pesos. Teríamos portanto um instrumento que poderia sofrer mutações para se adaptar a realidade do momento.

6.5.2 - Proposta de Indicadores

Proposta de Indicadores para a Avaliação de Farmácia hospitalar na Rede Analisada.

- **Indicadores de avaliação do desempenho financeiro**

- 1) Relação percentual entre gastos com medicamentos e gastos gerais do hospital;
- 2) Relação percentual entre gastos com medicamentos e gastos com materiais de consumo;
- 3) Relação percentual entre gastos com medicamentos para consumo interno e gastos totais com medicamentos;
- 4) Relação percentual entre gastos com medicamentos para à dispensação e gastos totais com medicamentos;

- 5) Relação percentual entre gastos com medicamentos para consumo interno por clínicas;
- 6) Relação entre gastos com medicamentos por clínica e n° de leitos de cada clínica;
- 7) Relação entre gastos com medicamentos para dispensação e n(de receitas atendidas);
- 8) Relação percentual de gastos com medicamentos nos setores público e privado;
- 9) Variação percentual do preço médio dos medicamentos adquiridos.

- **Indicadores de avaliação da estrutura da farmácia**

- 1) Área total da farmácia (1,2 m²/leito
- 2) Área destinada a armazenagem > 0,6m²/leito
- 3) Número de farmacêuticos > 1 farmacêutico/100 leitos
- 4) Números de funcionários/leito > 4 func./leito
- 5) Número de clínicas hospitalares
- 6) Número de clínicas ambulatoriais
- 7) Relação farmacêuticos / clínicas hospitalares
- 8) Relação farmacêuticos / clínicas ambulatoriais

- **Indicadores de desempenho do processo de produção do serviço**

- 1) Número de produtos padronizados para consumo interno = < 400 gerais e < 250 especializados
- 2) Número de produtos padronizados para a dispensação = < 40 especialidades
- 3) Número de produtos manipulados = < 50 especialidades
- 4) Número de receitas atendidas (dispensação) = produção média diária
- 5) Número de produtos vencidos/ano ou desperdiçados/ano
- 6) Método de distribuição utilizado
- 7) Tempo de giro do estoque
- 8) Percentual de produtos recebidos no prazo previsto
- 9) Percentual de funcionários envolvidos em projetos de melhorias

- 10) Taxa da absenteísmo
- 11) Taxa de rotatividade de pessoal
- 12) Taxa de freqüência de erros cometidos na distribuição

6.6 -- Considerações Finais

Apesar de nossa proposta ter como eixo o estudo de caso, em doze hospitais da rede do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, acreditamos que a nossa dissertação irá contribuir para todos os interessados no estudo da especialidade de farmácia hospitalar, em função das abordagens que utilizamos e das reflexões que consideramos originais, efetuadas no capítulo 6.

Podemos destacar como contribuições de nossa dissertação o Histórico da Assistência Farmacêutica desenvolvida desde a década de 70 até os dias atuais (Capítulo 2), procurando resgatar informações que se perderam no tempo e que podem vir a subsidiar novas reflexões sobre a questão. Procuramos também, refletir e articular a farmácia hospitalar em relação a Teorias Organizacionais e de Gestão de Serviços de Saúde, tendo como foco as obras de alguns autores que consideramos importantes e consistentes nessa área (Capítulo 3). O mesmo processo utilizamos em relação ao Planejamento (Capítulo 3), pois acreditamos que não haveria lógica desenvolver só reflexões que não tivessem articulação com nossa área de concentração.

Contribuímos também, como reflexão de nossas pesquisas, para um novo conceito de farmácia hospitalar, considerando como base as Teorias Organizacionais e de Gestão. (Capítulo 4). Finalizando, elaboramos uma nova proposta para avaliação de farmácia hospitalar que apesar, de não ter sido validada, acreditamos será importante para futuras reflexões (Capítulo 5), além de propor novos indicadores para a avaliação das atividades desenvolvidas em farmácia hospitalar, sob nossa

ótica não suficientes para uma mais criteriosa do conjunto de atividades que compõem o sistema desde seu início até o seu final, em face de sua complexibilidade.

Fundamentalmente, é necessário alertar para a importância da Farmácia Hospitalar ser um instrumento de racionalidade e que possa contribuir para a eficiência, eficácia e efetividade do itens de atenção à saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA (em construção e revisão)

Aguilar, M. J. & Ander-Egg, E., 1995. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda.

Azevedo, C. da S., 1993. Gerência Hospitalar: A Visão Dos Diretores De Hospitais Públicos Do Município Do Rio De Janeiro. Rio de Janeiro: Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Báez, V. C., Sanches, A. C., Louro, M. & Mitteldorf M., 1994. ISO Série 9000: Auto-Avaliação. Rio de Janeiro,; Qualitymark Editora Ltda.

Barbosa P. R., 1996. Gestão de Hospitais Públicos: maior autonomia e melhor performance organizacional com apoio de contratos de gestão. Brasília: Revista do Servidor Público - ENAP.

Bermudez, J. A. Z, 1992. Remédios: Saúde e Indústria ?. A Produção de Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará Distribuidora de Publicações Ltda. (Col. Abrasco).

Bermudez, J. A. Z.,1995. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. Críticas da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec Ltda. (Co - Edição com a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos - SOBRAVIME).

Bermudez, Rozenfeld & Portela; Cosendey et al, 1998

Campos, 1992

Castelar, R. M, Mordelet, P & Grabois, V. (Organizadores),1995. Gestão Hospitalar. Um Desafio para o Hospital Brasileiro. Impresso En França: Éditions École Nationale de la Santé Publique (ENSP) Imprensa Calligraphi, Print Rennes (França) - Cooperação Brasil - França.

Cecilio, L. C. de.O, (Organizador),Merhy, E. E.& Campos, G. W. de S.,1994. Inventando a Mudança na Saúde, São Paulo: Editora Hucitec Ltda.

Conselho Federal de Farmácia (Apoio: MS/CEME/SAS/OFIL/SBRAFH/EMBRATEL), 1997. Manual Básico de Farmácia Hospitalar. Brasília: K & K Artes Gráficas e Editora Ltda.

Cordeiro, H., 1991. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda. (Col. Abrasco)

Donabedian, A. 1984. La Calidad de la atención médica. Denición y metodo de avaliacion. México: La Prensa Médica Mexicana S.A

Donabedian, A. 1966. Evaluating the Quality of Medical Care. Memorial Fund Quartely 44.

Dussault, G., 1992. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. Rio de Janeiro: Artigo apresentado pela Revista de Administração Pública, 26 (2): 8-19, Abr./Jun. 1992.

Gadêlha, Z., 1996. Que Assistência temos no Brasil ?. Brasília, DF: Entrevista dada à Revista Pharmacia Brasileira, Ano I - Número 3 - outubro/novembro de 1996, Publicação do Conselho Federal de Farmácia, 13 - 15.

Gallo, E., Rivera, F. J. U. & Machado, M. H., (Organizadores), 1992. Planejamento Criativo. Novos Desafios Teóricos em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará Distribuidora de Publicações Ltda.

Gazeta Mercantil, 1998

Gerez, J. C., 1993. Indústria Farmacêutica: Histórico, Mercado e Competição. Rio de Janeiro: Artigo Publicado na Revista Ciência Hoje, Volume 15, número 89 da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 21 - 30.

Hartz, Z.M.de A (Organizadora), 1997. Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Laporte, J.R., Tognoni, G. & Rozenfeld, S., 1989. Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais. São Paulo, SP - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco.

Lemos, S. M., 1994. O Processo de Definição e Implementação de Objetivos numa Organização Pública do Setor Saúde: Do conjunto Sanatorial de Curicica ao Hospital de Clínicas Básicas Raphael de Paula Souza. Rio de Janeiro: Tese de Mestrado. Escola Brasileira de Administração Pública.

Liaroupolos, L.L., 1993. Cost savings through technological change in the administration of antibiotics. Intl of j. of technology assessment in health care 9 (4): 580 - 587.

Maia Neto, J. F., 1990. Farmácia Hospitalar. Um enfoque Sistêmico. Brasília: Thesaurus Editora.

Marinho, M. de S. C., 1990. Artigo: A Questão dos Objetivos nas Organizações. São Paulo: Revista de Administração de Empresas, 30(2) 5-22 Abr/Jun.

Matus C., 1993. Política Planejamento & Governo, Tomo I. Brasília: Serviço Editorial IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

Mendes, E. V.,(Organizador), 1994. Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPAS/OMS (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde n(13).

Minayo, M. C. de S. (Organizadora), 1994. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda.

Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, 1994. Guia Básico para Farmácia Hospitalar. Brasília: Edição pela Divisão de Editoração Técnico - Científica / Coordenação de Documentação e Informação/Secretaria de Administração Geral/ CDI/SAG/MS.

Mintzberg, H., 1995. Criando Organizações Eficazes: Estrutura em cinco Configurações. São Paulo, SP: Editora Atlas S.A.

Morgan G., 1996. Imagem da Organização. São Paulo, SP: Editora Atlas S.A

Motta P.R., 1992. Avaliação na Administração Pública, cadernos de estudo. Rio de Janeiro: EBAP/ Fundação Getúlio Vargas.

Motta, P.R., 1993. Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente. Rio de Janeiro, RJ: Distribuidora Record de Serviços de Imprensa S. A

Nogueira, H., 1961. Serviço de Farmácia nos Hospitais. Rio de Janeiro, RJ: Artigo publicado na Revista Brasileira de Farmácia n° 3/4, março/abril de 1961.

Nunes, M., 1997. Gestão da Qualidade nas Unidades de Saúde: Gestão participativa para a Qualidade, Circulo da Qualidade, Ferramentas da Qualidade, Exemplos Práticos de Problematização. Rio de Janeiro, RJ: Projeto gráfico e Ilustrações - Projeto Radis/ENSP.

OPAS/OMS (Programa Regional de Medicamentos Esenciales), PNSP 87/35, 1987. Bases Para El Desarrollo y Aprovechamiento Sanitario De La Farmacia Hospitalaria. Bogota, Colombia: Trazo Ltda. Editorial.

OPAS/OMS (Programa Regional de Medicamentos Esenciales), PNSP/92-10, 1992. Guia Para El Diagnostico de Farmacias y Servicios Farmaceuticos en las Unidades de Salud.

OPAS/OMS, Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnologia (HSE), Division de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Serie (HSP), 1997. Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. (Serie 5 -"5.1 a 5.15). Washington, EUA.

OPS/HSS/94-09

Pineault, R. & Davely, C., 1987. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona, Espanã: Masson.

Pinheiro & Bermudez, 1998.

Prestes Motta, F. C., 1995. Teoria Geral da Administração: Uma Introdução. São Paulo, SP: Enio Matheus Guazzelli & Cia. Ltda (Livraria Pioneira Editora).

Rivera, F. J. U., (Organizador),1992. Planejamento e Programação Em Saúde. Um Enfoque Estratégico. São Paulo, SP: Cortez Editora (Col. Abrasco).

Rivera, F. J. U., 1995. Comunicação e Gestão por Compromissos.....

Roark, M., 1993. Slowing rate of cost increase in the pharmacy, Hospitals 67(2): 56.

Rozenfeld

Ryan, B. A, 1993. The rising cost of Pharmaceuticals: An Industry observer's perspective. Am. J. Hosp. Farm. 50, suppl 4: 53 - 54.

Santich I.R. & Pedrasa, A, 1985. Enfoque Integral del Proceso de Suministro de Medicamentos Esenciales y otros Insumos Criticos para el Sector Salud. Documento PNSP/85 - 37. Organización Panamericana de Salud.

Santich, I. R.& Galli, A, 1995. La Asistencia Farmacéutica En El Sistema Único de Salud de Ceará: Elementos para su Transfomación, Fortaleza, Ceará, CE: Edição Escola de Saúde Pública e Departamento de Assistência Farmacêutica, SESA, Ceará.

Scrip Magazine, January 1994. Lead Companies in 1992/1993. Richmond, EUA: Published by PJB Publications.

Severino, J. A., 1996. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo, SP: Cortez Editora.

Sindusfarma, 1997.

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 1990. Criterios y Estandares de Practica para Servicios de Farmacia Hospitalaria. Madrid, España: Edita y Distribuye: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos.

Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, 1996/1997. Padrões Mínimos para Serviços de Farmácia Hospitalar no Brasil. Salvador: doc. Mimeo.

Takashina, N.T. & Flores, M. C., 1996. Indicadores de Qualidade e do Desempenho. Como Estabelecer Metas e Medir Resultados. Rio de Janeiro: QualityMark Editora Ltda.

Taveira, M., 1991. "Planejamento e Programação: Aproximações diferenciadas ao problema - elementos para discussão". Londrina, Paraná: in Revista Saúde em Debates/CEBES.

UNIDO, 1991

Valery, P. P. T., 1989. Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Central de Medicamentos, Diretoria de Controle de Qualidade.

Vieira, P. G., 1995. Ponto de Encontro e Dispersões. Rio de Janeiro, RJ. Tese de Doutorado. ENSP.

ANEXO 1

O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA MEC/ERERJ/UFF

Parte Integrante do convênio entre Ministério da Saúde - Universidade Federal Fluminense com vistas a implantação da Residência Farmacêutica, nos moldes de Especialização.

Material preparado pela Comissão Executiva Operacional, composta pelos profissionais farmacêuticos abaixo relacionados, conforme portaria conjunta MS/ERERJ/UFF nº 01 de março de 1996, publicada em D.O .U no dia ----/---/96.

- Rita de Cássia da Silva Ascensão Barros - Pelo MS - Presidente
- Naira Villas Bôas de Oliveira - Pelo MS
- Guacira Corrêa da Matos - Pelo MS
- Paulo Roberto Coelho Wilken - Pelo MS
- Elizabeth Valverde Macedo dos Santos - Pela UFF - Suplente
- Antonio Carlos Carreira Freitas - Pela UFF
- Roberto Pereira Neto - Pela UFF
- Ivo Fernandes de Araújo - Pela UFF

QUESTIONÁRIO PARA VIABILIZAR O DIAGNÓSTICO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA DAS UNIDADES HOSPITALARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

1- DADOS DA UNIDADE HOSPITALAR

1.1 - Nome: _____

1.2 - Endereço: _____

Cidade :Rio de Janeiro UF: RJ CEP: _____

1.3 -Nº de Telex: _____

Telefone: _____

Fax: _____

1.4 - Tipologia : vertical horizontal outros
 especificar: _____

1.5 - Atendimento:

1.5 a) Especializado Geral

Especificar : _____

Especialidades oferecidas a nível hospitalar

Banco de sangue	<input type="checkbox"/>	Cardiologia	<input type="checkbox"/>
Cirurgia pediátrica	<input type="checkbox"/>	Cirurgia cardíaca	<input type="checkbox"/>
Cirurgia geral	<input type="checkbox"/>	Cirurgia plástica	<input type="checkbox"/>
Cirurgia vascular	<input type="checkbox"/>	Clínica médica	<input type="checkbox"/>
Clínica pediátrica	<input type="checkbox"/>	Clínica radiológica	<input type="checkbox"/>
CTI / UTI	<input type="checkbox"/>	CTI / UTI neonatal	<input type="checkbox"/>
Ginecologia	<input type="checkbox"/>	Hematologia	<input type="checkbox"/>
Infectologia	<input type="checkbox"/>	Laboratório de análises clínicas	<input type="checkbox"/>
Neurocirurgia	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>
Nutrição parenteral e/ou enteral	<input type="checkbox"/>	Obstetrícia	<input type="checkbox"/>
Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	Oncologia / Quimioterapia	<input type="checkbox"/>
Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/>
Processo de diálise / Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Pronto socorro	<input type="checkbox"/>
Unidade de transplante renal	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		

Especificar _____

Especialidades oferecidas a nível ambulatorial:

Clínica cirúrgica	<input type="checkbox"/>	Clínica médica	<input type="checkbox"/>
Dermatologia	<input type="checkbox"/>	Endocrinologia	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Homeopatia	<input type="checkbox"/>
Maternidade/Ginecologia	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	<input type="checkbox"/>
Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	Oncologia	<input type="checkbox"/>
Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/>
Outras	<input type="checkbox"/>	Pediatria	<input type="checkbox"/>

Especificar _____

1.5 b) N° de leitos

Capacidade total : _____ leitos

Em atividade : _____ leitos

Percentual de ocupação : _____ leitos

2 - ANÁLISE TÉCNICA DA FARMÁCIA HOSPITALAR

2.1) FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Nome: _____

Horário de trabalho: de ___ às ___ horas CRF- RJ: n° : _____

2.2) NÚMERO DE FARMACÊUTICOS :

Nome	Formação (Grad, Espec, Mestrado, Doutorado)	Horário de Trabalho
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		

2.3) ASPECTOS TÉCNICO / ADMINISTRATIVOS:

2.3 a) N° DE FUNCIONÁRIO (EXCETO FARMACÊUTICOS)

Nome	Formação (nível primário, médio, superior)	Horário de Trabalho
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		

10)		
-----	--	--

2.3 b) Horário de funcionamento da farmácia:

- 24 horas ininterruptas De ___ às ___ horas.
 12 horas De ___ às ___ horas.
 Outro De ___ às ___ horas.

2.3 c) Área da farmácia: _____ m².

2.3 d) A localização da farmácia é satisfatória? (Sim) (Não)

Obs.: _____

2.3 e) Facilita o recebimento de medicamentos? (Sim) (Não)

2.3 f) Facilita a distribuição de medicamentos? (Sim) (Não)

2.3 g) Existe manual de normas e procedimentos ou rotinas operacionais da farmácia? (Sim) (Não)

No caso de possuir algum, qual ou quais são eles ?

Existe Procedimentos procedimento para:	Sim	Não
• Seleção e medicamentos e produtos médicos hospitalares		
• Aquisição de medicamentos e produtos médicos hospitalares		
• Recebimento de medicamentos		
• Estocagem, conservação e controle de medicamentos		
• Dispensação de medicamentos		
• Protocolo de tratamentos		
• Informação de medicamentos constantes da padronização		
• Devolução de medicamentos		
• Métodos de análise para o controle da qualidade dos medicamentos manipulados		
• Procedimento para a seleção de medicamentos e produto médico hospitalares		
• Outros		

2.3 h) A farmácia possui organograma? (Sim) (Não)
 No caso de possuir, anexar.

2.3 i) Existe plantão de farmacêuticos? (Sim) (Não)

Como funciona o plantão ?

(Com a presença física do farmacêutico 24 horas ininterruptas).

(Com o farmacêutico de sobreaviso).

(Outro): _____

2.3 j) Existe algum projeto de ampliação ou reestruturação da farmácia?

(Sim) (Não)

Especifique:

2.3 k) Existe equipamento para combate a incêndio na farmácia?
(Sim) (Não)

Especifique: _____

2.4) DISPENSAÇÃO / DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS:

2.4 a) Qual o sistema de distribuição de medicamentos ?
(Coletivo) (Individualizado direto)
(Dose unitário) (Individualizado indireto)
(Não sei) (Outro) _____

2.4 b) A farmácia recebe a 2ª via (fotocópia) da prescrição médica?
(Sim) (Não)

2.4 c) Qual a validade da prescrição médica?
(24 horas) (Outro): _____

2.4 d) Existe fracionamento de medicamentos na farmácia?
(Sim) (Não)

Que formas farmacêuticas são fracionadas?
(Sólidos: comprimidos, drágeas, óvulos, pós, supositórios)
(Líquidos: xaropes, suspensões).
(Injetáveis)
(Semi-sólidos: cremes e pomadas).

2.4 e) Existe farmácia satélite para distribuição de medicamentos?
(Sim) (Não)

2.4 f) Existe estoque de medicamentos nos setores do Hospital ?
(Sim) (Não)

Em que setores?
(CTI) (PS) (Outros): _____

2.4 g) Existe relação de medicamentos padronizados?
(Sim) (Não)

2.4 h) Quantos itens de medicamentos estão na padronização?

2.4 i) Existe registro para as perdas de medicamentos ?
(Sim) (Não)

Qual ? _____

2.4 j) Existe farmácia ambulatorial para dispensação de medicamentos a pacientes externos e/ou de alta hospitalar?

(Sim) _____ (Não) _____

2.4 k) O farmacêutico orienta o paciente ambulatorial?

(Sim) _____ (Não) _____

2.4 l) Qual a origem dos medicamentos dispensados na farmácia ambulatorial ?

(CEME) _____ (Outro) _____

2.4 m) Existe padronização de Material Médico Hospitalar(MMH) ?

(Sim) _____ (Não) _____

2.4 n) Quantos itens de MMH existem na farmácia ?

2.4 o) O MMH está sob controle da farmácia ?

(Sim) _____ (Não) _____

2.4 p) Algum MMH é dispensado junto com o medicamento conforme a prescrição?

(Sim) _____ (Não) _____

Qual ? _____

2.5) ALMOXARIFADO DE MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR.

2.5 a) São armazenados no almoxarifado:

(Medicamentos

(MMH)

(Outros): _____

2.5 b) Qual a área física do almoxarifado ? _____ m².

É suficiente ? _____ (Sim) _____ (Não) _____

Obs.: _____

2.5 c) Qual o sistema de controle dos itens armazenados ?

("Kardex) _____ (Ficha de prateleira)

(Sistema computadorizado) _____ (Outros) _____

2.5 d) É feito algum tipo de balanço para controle dos itens armazenados ?

(Sim) _____ (Não) _____

2.5 e) Qual a periodicidade do balanço ?

(Mensal) _____ (Anual) _____ (Outro) _____

2.5 f) Os itens estão protegidos da incidência de luz solar direta?

(Sim) (Não)

2.5 g) Existe controle de umidade ?

(Sim) (Não)

2.5 h) A temperatura ambiente é controlada ?

(Sim) (Não)

Como ?

(Ar refrigerado central)

(Aparelhos de ar condicionado) , quantos? _____

(Básculas para ventilação natural)

2.5 i) Existe geladeira para o acondicionamento de medicamentos ?

(Sim), quantas? _____ (Não)

2.5 j) Existe controle do lote de produção e prazo de validade dos medicamentos e MMH ?

(Sim) (Não)

2.6) PRODUÇÃO/MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

2.6 a) A farmácia possui um laboratório para produção de medicamentos?

(Sim) (Não)

2.6 b) Existe um fichário com as fórmulas de medicamentos produzidos?

(Sim) (Não)

2.6 c) Quantos itens são produzidos pela farmácia? _____ medicamentos.

2.6 d) São produzidos/fracionados pela farmácia:

(Soluções de nutrição parenteral)

(Citostáticos)

(Misturas endovenosas)

(Soluções para diálise)

(Outros) _____

2.6 e) Que tipos de equipamentos existem na farmácia?

Equipamentos	Disponíveis			Condições de uso		Nº Suficiente	
	Sim	Não	Nº	Em uso	Fora de uso	Sim	Não
1)Balança de precisão							
2)Balança de 2 a 5 Kg							
3)Granulador de 100 g							
4)Enchedora de cápsulas de gelatina (manual)							
5)Moldes de supositórios(adulto e infantil)							
6)Espátula e placa de mármore							
7)Vasilhame para preparo de soluções							
8)Recipiente de aço inoxidável de 1 a 2 litros.							
9)Jogo de tamises de malhas distintas; nº 40, 50, 60							
10)Bomba de vácuo							
11)Placa aquecedora							
12)Mantas aquecedoras							
13)Câmara de fluxo laminar vertical							
14)Câmara de fluxo laminar horizontal							
15)Equipamento para filtração esterilizante							
16)Equipamento para fechamento de frascos e vidros							
17)Estufa de calor seco							
18)Autoclave							
19)Alcoômetro							
20)Termômetro							
21)Ph metro							
22)Vasilhame de polietileno para preparo de soluções germicidas							
23)Carros para distribuição de medicação em dose individualizada/unitária							
24)Frascos de polietileno esterilizáveis para distribuição de líquidos em dose unitária.							

2.6 f) A vidraria existente é suficiente?

(Sim)

(Não)

2.6 g) O controle de qualidade é realizado para os medicamentos produzidos pelo Hospital?

(Sim) (Não)

2.6 h) Também para os medicamentos comprados?

(Sim) (Não)

2.6 i) Existe controle de qualidade para a matéria-prima utilizada na produção de medicamentos?

(Sim) (Não)

2.7) COMISSÕES E ATIVIDADES RELACIONADA A FARMÁCIA CLÍNICA:

2.7 a) Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) ou Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM) no Hospital?

(Sim) (Não)

2.7 b) O farmacêutico participa da Comissão?

(Sim) (Não)

2.7 c) Existe Comissão de Infecção Hospitalar?

(Sim) (Não)

2.7 d) O farmacêutico participa da Comissão?

(Sim) (Não)

2.7 e) Quais os métodos de notificação de infecção hospitalar?

(Busca ativa) (Notificação controlada)

(Notificação não controlada) (Outro) _____

2.7 f) É feito o controle da prescrição de antimicrobianos?

(Sim) (Não)

2.7 g) Existe Comissão de parecer técnico para a compra de medicamentos e MMH no Hospital ?

(Sim) (Não)

2.7 h) O farmacêutico participa da Comissão?

(Sim) (Não)

2.7 i) Quais os critérios utilizados para aquisição de medicamentos e MMH no Hospital?

(Menor preço) (Qualidade) (Preço x Qualidade)

(Outro) _____

2.7 j) O farmacêutico participa de outra Comissão no Hospital?

(Sim) (Não)

Qual? _____

2.7 l) Existe Centro de Informação de Medicamentos (CIM) na farmácia?
(Sim) (Não)

2.7 m) Em média, quantas informações são fornecidas por mês?

2.7 n) Quais as solicitações de informação mais comuns? _____

2.7 o) Que fontes de informações (livros, revistas) a farmácia possui ? _____

2.7 p) O farmacêutico acompanha a administração de medicamentos aos pacientes visando detectar reações adversas/efeitos colaterais?

(Sim) (Não)

2.7 q) É feito perfil farmacológico dos pacientes internados?

(Sim) (Não)

2.7 r) O farmacêutico faz anamênese farmacológica nos pacientes internados?

(Sim) (Não)

2.7 s) Existe algum trabalho educativo dirigido ao paciente relacionado ao uso de medicamentos?

(Sim) (Não)

2.7 t) Qual ? _____

2.7 u) O farmacêutico participa ou participou de algum tipo de trabalho de pesquisa no Hospital?

(Sim) (Não)

2.7 v) Qual? _____

2.7 x) Existe notificação de reação adversa a medicamentos no Hospital?

(Sim) (Não)

2.7 z) O farmacêutico detecta na prescrição algum problema relacionado a interação de medicamentos?

(Sim) (Não)

2.7 y) Existe algum programa ou atividade desenvolvida pela farmácia para a busca de interações medicamentosas?

(Sim) (Não)

2.7 w) Qual? _____

ANEXO 2

O INSTRUMENTO AVAFARMA/HOSP

Observações:

2 - Atendimento: Geral Especializado

Nº de leitos: _____

Capacidade total em atividade: _____

Se especializado (especificar tipo) _____

3 - Indicadores principais da área de internação (Últimos 12 meses)

3.1 - Taxa de ocupação: _____

3.2 - Média diária de leitos disponíveis: _____

3.3 - Média diária de pacientes internados: _____

3.4 - % de ocupação de leitos: _____

3.5 - Tempo médio de permanência: _____

3.6 - Rotatividade de leitos: _____

3.7 - Intervalo de giro: _____

3.8 - Taxa de mortalidade: _____

3.9 - Taxa de letalidade das principais nosologias prevalentes: _____

4 – Indicadores principais da área de ambulatório: (Últimos 12 meses)

4.1 - Média de consultas por hora médica: _____

4.2 - % de consultas de 1º vez: _____

4.3 - Proporção de consultas subsequentes: _____

4.4 - Concentração de consultas: _____

Observações: _____

5 – Serviços existentes na área de internação

Serviços	Sim	Não
Banco de sangue		
Cardiologia		
Cirurgia pediátrica		

Cirurgia cardíaca		
Cirurgia geral		
Cirurgia plástica		
Cirurgia vascular		
Clínica médica		
Clínica pediátrica		
Clínica radiológica		
Clínica de diagnóstico por imagens		
CTI/UTI		
CTI/UTI Neonatal		
Gastroenterologia		
Ginecologia		
Hemodinâmica		
Hematologia		
Infectologia		
Laboratório de análises clínicas		
Neurocirurgia		
Neurologia		
Nutrição parenteral e ou enteral		
Obstetrícia		
Oftalmologia		
Oncologia/Quimioterapia		
Ortopedia		
Otorrinolaringologia		
Nefrologia/Processo de diálise		
Pronto socorro (emergência)		
Reumatologia		
Unidade de transplante renal		
Urologia		
Unidade coronariana		
Outros		

Observações:

6 – Serviços existentes na área de ambulatório		
Serviços	Sim	Não
Cardiologia		
Clínica cirúrgica		
Clínica médica		
Dermatologia		

Endocrinologia		
Gastroenterologia		
Homeopatia		
Maternidade/Ginecologia		
Nefrologia		
Oftalmologia		
Oncologia		
Ortopedia		
Otorrinolaringologia		
Pediatria		
Proctologia		
Outros		

Observações: _____

7 - Número de farmacêuticos			
Nome	Setor	Formação - grad, espec, mestrado e doutorado	Horário de trabalho

Observações : _____

8 - Números de técnicos e funcionários administrativos			
Nome	Setor	Formação - nível primário, médio e superior	Horário de trabalho

IV - ANÁLISE TÉCNICA E ADMINISTRATIVA DA FARMÁCIA HOSPITALAR

A - ORGANIZAÇÃO

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	3
1 - A farmácia possui organograma (anexar)?					
2 - O horário de funcionamento da farmácia atende a necessidade da assistência prestada					

?					
3 - A área física total ocupada pela farmácia atende as especificações da referida atividade ?					
4 - O estado de conservação e de higiene da área ocupada pela farmácia hospitalar é satisfatório ?					
5 - A localização da farmácia é satisfatória em relação aos usuários (fluxo)?					
6 - A localização da farmácia facilita o recebimento de medicamentos ?					
7 - A localização da farmácia facilita a distribuição de medicamentos (fluxo)?					
8 - A distribuição dos diversos setores que compõe a farmácia hospitalar é homogênea ?					
9 - Existe algum manual de normas e procedimentos ou rotinas operacionais da farmácia ? explicitar.					
10 - A farmácia dispõe dos meios informáticos para uma gestão correta ?					
11 - Existe plantão de farmacêuticos ?					
12 - Como funciona o plantão na farmácia ?					
13 - Existe comunicação lateral entre a farmácia e os demais setores do hospital ?					
14 - Existe algum processo de ampliação e reestruturação da farmácia ?					
15 - Existe equipamento para combate a incêndio na farmácia ? - especificar.					
16 - Existe um farmacêutico chefe oficialmente na farmácia ?					
17 - O número de farmacêuticos na farmácia, atende as recomendações internacionais ?					
18 - O número de servidores técnicos e administrativos são suficiente ?					
19 - Os servidores conhecem bem suas áreas de trabalho e as atividades desenvolvidas nas referenciadas ?					
20 - Há formação continuada para o pessoal do serviço ?					

B - PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - O hospital possui comissão de farmácia e terapêutica oficial e atuante ?					
2 - A função da respectiva comissão é padronizar e avaliar as necessidades de medicamentos para o funcionamento do hospital ?					

3 - Há alguma padronização de medicamentos definida para distribuição interna ?					
4 - Quantos produtos existem na padronização ?					
5 - Há alguma padronização de medicamentos definida para dispensação ambulatorial ?					
6 - Existe alguma sistemática para acompanhamento da padronização elaborada ?					
7 - Existem protocolos de inclusão e exclusão da lista de medicamentos padronizados de nível externo ou interno ?					
8 - Existem critérios para a seleção de medicamentos excepcionais ?					
9 - O farmacêutico participa da comissão de farmácia e terapêutica no hospital?					
10 - É atuante na comissão ?					

C - PLANEJAMENTO

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - Que tipo de planejamento costuma ser desenvolvido pelo setor ?	Nenhum, outro tipo normativo, estratégico				
2 - Há metodologia para a elaboração do planejamento ? Qual ?					
3 - Há articulação com os demais setores do hospital para elaboração do planejamento ?					
4 - No caso de haver planejamento, o mesmo é acompanhado periodicamente ?					
5 - Existe estabelecimento de objetivos e metas ?					
6 - O planejamento antecipado é utilizado para o desenvolvimento das atividades ?					
7 - Elabora-se uma proposta anual das necessidades de pessoal ?					
8 - Elabora-se uma proposta anual de materiais permanentes e de consumo ?					

D - PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - Há programação para o abastecimento dos medicamentos padronizados necessários ao hospital ?					
2 - Utiliza-se a curva de ABC para o auxílio na realização da programação ?					
3 - Há busca ativa para a determinação da demanda ?					

4 - A programação de medicamentos leva em consideração dados epidemiológicos e as nosologias prevalentes no Hospital ?					
5 - É utilizado outro método ?					
6 - Existe programação de material médico hospitalar ?					X
7 - Há algum sistema de acompanhamento da programação elaborada ?					

E - AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - A aquisição é efetuada utilizando-se a curva de ABC para classes terapêuticas ?					
2 - A aquisição é efetuada utilizando-se a curva de ABC para efeito de custos ?					
3 - Existe algum banco de dados de preços para acompanhamento das licitações ?					
4 - Existe cadastro de fornecedores ?					
5 - Há exigência de prazos máximos de fabricação de produtos no edital ?					
6 - Há exigência de colocação na embalagem "proibida a venda pelo comercio " ?					
7 - São exigidos documentos relativos a regulamentação dos fornecedores junto ao CRF e fiscalização estadual ?					
8 - Há compra direta de medicamentos somente no comércio privado ?					
9 - A compra no mercado privado é realizada diretamente nos laboratórios ou nos distribuidores ?					
10 - Qual o critério utilizado ?					
11 - Há compras diretas em laboratórios oficiais ?					
12 - Há compra eventual de material médico hospitalar ?					X
13 - Há aquisição de produtos manipulados no mercado privado ?					

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS (CONTINUAÇÃO)

Tópicos a avaliar Continuação	Observações	0	1	2	I
14 - Há aquisição de medicamentos para serem dispensados ?					
15 - Qual o critério utilizado ?					
16 - O farmacêutico da parecer técnico para a aquisição de todos os medicamentos adquiridos ?					
17 - O farmacêutico participa da comissão de licitação ?					X

F - MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - Há laboratório de acordo com a G.M.P para a produção de medicamentos e correlatos ?					
2 - Há critérios para a seleção de produtos manipulados ?					
3 - Existe formulário relativo aos itens produzidos ?					
4 - Quantos itens são produzidos ?					
5 - Há seleção e padronização de matérias primas para manipulação dos produtos ?					
6 - Há sistemática para o eventual recebimento de medicamentos manipulados através de outros órgãos ?					
7 - Qual a sistemática utilizada ?					X
8 - A estocagem, conservação e controle dos medicamentos manipulados é adequada?					
9 - Há distribuição de medicamentos manipulados para consumo interno?	Coletivo Outros Individual Unitário				
10 - Há dispensação (distribuição ambulatorial) de medicamentos manipulados ?					
11 - Quantos medicamentos são dispensados ?					
12 - Há preparação centralizada na farmácia hospitalar de :	Nutrição Enteral Nutrição Parenteral Citostáticos Solução para Diálise Misturas Endovenosas Sólidos Semi - sólidos Líquidos Outros				

MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS (CONTINUAÇÃO)

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
13 - Há produção de medicamentos manipulados estéreis e não estéreis seguem as normas de GMP ?					
14 - Há produção de germicidas para uso no hospital ?					
15 - Há produção de saneantes para uso hospitalar ?					
16 - há controle de qualidade dos produtos produzidos no hospital ?					
17 - há controle de qualidade das matérias					

primas utilizadas nos produtos manipulados ?					
18 - Observa-se a GMP em todos os aspectos da produção ?					

G - CONTROLE DE QUALIDADE

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - Existe controle do lote de produção ?					
2 - Existe controle do prazo de validade dos produtos ?					
3 - Existe algum controle visual dos medicamentos armazenados ?					
4 - Há laboratório para a realização do controle de qualidade dos produtos adquiridos ?					
5 - Existe alguma sistemática para encaminhamento de produtos adquiridos no comercio ou manipulados para outros centros especializados ?					

H - ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - No almoxarifado são armazenados somente medicamentos ?					
2 - Qual a área física do almoxarifado ?					
3 - Como é feito o controle de estoque dos itens armazenados ?					
4 - É feito algum balanço para controle dos itens armazenados ?					
5 - Qual a periodicidade do balanço ?					
6 - Os itens estão protegidos da incidência da luz solar direta ?					

ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS (CONTINUAÇÃO)

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
7 - O almoxarifado possui segurança contra incêndio ?					
8 - O almoxarifado está apto a receber produtos farmacêuticos ?					
9 - Os medicamentos são armazenados de acordo com as boas práticas de armazenagem CEME ?					
10 - Existe controle de umidade ?					
11 - A temperatura ambiente é controlada ?	Ar refrigerado central Ar condicionados Ventilador de teto Básculas para				

	Ventilação natural				
12 - Existe geladeira para armazenagem de medicamentos ?					
13 - Existe câmara frigorífica para a armazenagem de medicamentos ?					
14 - Como é feito o controle do estoque da Farmácia Hospitalar ?					

I - DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - Qual o sistema de distribuição de medicamentos ?	coletivo individualizado indireto individualizado direto dose unitária				
2 - A farmácia recebe a segunda via da prescrição médica ?					
3 - Qual a validade da prescrição médica ?					
4 - Existe fracionamento de medicamentos na farmácia ?					
5 - Que formas farmacêuticas são fracionadas ?					
6 - Existe farmácia satélite para a distribuição de medicamentos ?					
7 - Existe estoques de medicamentos nos setores do hospital ?					
8 - Em que setores ?					
9 - Há normas para a devolução de Medicamentos ?					
10 - Existe registro para perda de medicamentos ?					

J - DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - Existe farmácia ambulatorial para a dispensação de medicamentos à pacientes externos e/ou alta hospitalar ?					
2 - O farmacêutico orienta o paciente na farmácia ambulatorial?					
3 - Qual a origem dos medicamentos dispensados na farmácia ambulatorial ?					
4 - O mmh está sob o controle da farmácia ?					X
5 - Em caso positivo quantos itens possui ?					X
6 - Algum mmh é dispensado junto com medicamento conforme prescrição ?					X
7 - A área da farmácia ambulatorial é adequada para o desenvolvimento da atividade ?					

8 - Quantos medicamentos são dispensados ?					
--	--	--	--	--	--

K - COMISSÕES

Tópicos a avaliar	Observações	0	1	2	I
1 - Existe comissão de infecção hospitalar ?					
2 - O farmacêutico participa da comissão ?					
3 - Quais os métodos de notificação de infecção hospitalar ?	Busca ativa Notificação controlada Notificação não controlada Outro				X
4 - É feito controle da prescrição de antimicrobianos ?					
5 - Existe comissão de parecer técnico para a compra de medicamentos no hospital ?					
6 - O farmacêutico participa da comissão ?					
7 - Quais os critérios para a aquisição de medicamentos ?	menor preço qualidade preço/ qualidade outro				
8 - Existe comissão para participar do recebimento de medicamentos ?	Não				
9 - O farmacêutico participa de outras comissões no hospital ? quais ?	Não				X

L - ATIVIDADES RELACIONADAS COM FARMÁCIA CLÍNICA

Tópicos a avaliar	Observações		1	2	I
1 - Existe centro de informação de medicamentos na farmácia (CIM) ? De que tipo ?	Informatizado Livros Revistas e periódicos Mementos DEF Outros				
2 - A informação é emitida para quem? Tipos: ajuste de dose, substituição por equivalentes, medicamentos não padronizados, duração excessiva de tratamento, incompatibilidade medicamentosa, interações medicamentosa	corpo clínico enfermagem pacientes internos pacientes externos outros hospitais Não há informação	0			
3- Quantas informações são solicitadas por	Não há cadastro				X

mês ?					
4 - Quais as solicitações mais comuns ?	Não há cadastro				X
5 - O farmacêutico acompanha a administração dos medicamentos aos pacientes ?	detectar reações adversas efeitos colaterais interações med				
6 - É feito o perfil farmacológico dos pacientes internados ?					
7 - O farmacêutico faz anamnese farmacológica nos pacientes internados ?					
8 - Há protocolos de tratamento definidos no hospital ?					
9 - Existe algum trabalho educativo dirigido ao paciente relacionado ao uso de medicamentos ?					
10 - O farmacêutico participa de atividades de pesquisa no hospital ?					
11 - Existe notificação de reação adversa a medicamentos no hospital ?					
12 - Existe algum estudo ou notificação sobre interação medicamentosa no hospital ?					

ANEXO. 3

ROTEIRO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO AVAFARMA/HOSP

Como já destacamos no Capítulo 6: - (Discussão), o ideal seria a elaboração de um programa para computador que permitisse introduzir quesitos novos ou excluir quesitos que não tivessem utilidade para a avaliação da FH, considerando o contexto em que a mesma se encontra, ou mesmo permitir a introdução ou retirada de atividades de acordo com o nível que a referida farmácia estivesse classificada. Como já colocamos anteriormente, uma farmácia hospitalar pode estar constituída por um único ambiente que serve para o desenvolvimento de todas as suas atividades, até a farmácias hospitalares complexas, como as Universitárias e Semi - Industriais. Logo, em função de sua complexibilidade e diversidade a avaliação do assunto se torna problemática. Entretanto, a metodologia de desdobramento de indicadores, que utiliza pesos para diferenciar atividades, ou mesmos quesitos em uma mesma atividade, de acordo com sua importância, ao nosso ver, é importante para avaliação de uma farmácia em seu contexto. A metodologia não é nova muitas indústrias a utilizam em suas auto - avaliações. Exemplificando, poderíamos utilizar o seguimento representado pelas indústrias farmacêuticas, que podem produzir

diversas formas farmacêuticas, que possuem complexidade de produção diferentes, tais como a produção de sólido orais e injetáveis.

Evidentemente, a produção de soluções injetáveis necessita, ao ser avaliada, de levar em consideração inúmeros aspectos que a outra atividade não possui. Mesmo numa mesma atividades existem quesitos que podem ser considerados mais importantes do que outros e como exemplo poderíamos citar o quadro abaixo adaptado de Godfrey (1993), por Takashina & Flores(1997), sobre as características do desempenho no transporte de volume.

Característica do desempenho	Peso
Preservação do conteúdo	10
Rastreabilidade da encomenda	10
Pontualidade da encomenda	08
preservação da embalagem	05
Pontualidade na entrega	05
Prontidão no atendimento	04
Simplicidade do Pagamento	01
Disponibilidade de evidência da entrega	01

Analisando o quadro supra mencionado podemos verificar que a adoção de pesos não é uma metodologia simples, muito ao contrário, é extremamente complexa, em função da possibilidade de cada avaliador possuir uma visão diferente da questão.

Entretanto, como exemplo, da importância do assunto, podemos citar o caso em moda, de roubos e falsificação de produtos farmacêuticos, que demonstra que no transporte não é levado em conta o aspecto segurança, além das indústrias serem frágeis em relação aos aspectos de preservação do conteúdo, rastreabilidade da encomenda e preservação das embalagens.

Com o objetivo de homogeneizar o preenchimento do Instrumento de Avaliação AVAFARMA/HOSP, através das respostas aos quesitos existentes no escopo do referido instrumento, e que serão respondidas por avaliadores, que podem distorcer os resultados obtidos, mesmo não intencionalmente, em função do caráter subjetivo que pode surgir, principalmente quando se utiliza no processo a expressão “parcialmente atendido”, iremos adotar a seguinte metodologia:

Consideraremos como resposta “Sim ou Não “ quando não houver nenhuma dúvida em relação a resposta do quesito, pois as expressões são objetivas.

Os quesitos que consideramos informativos já estarão assinalados em cada uma das tabelas que compõem o instrumento, e ainda poderão ser revistos.

A questão mais complexa do Instrumento é a subjetividade existente na expressão “parcialmente“ que entendemos poder ser evitada adotando-se a seguinte sistemática: Qualquer quesito que não possa ser respondido definitivamente com o “Sim ou Não” poderá ser classificado como “Parcialmente”, e para tanto existe uma coluna de observações no instrumento que deverá ser utilizada principalmente para esses casos.

Como exemplo poderíamos citar a pergunta: A farmácia tem organograma? Resposta: tem, mas não é oficial, portanto, poderia constar como parcialmente atendida, com a devida observação.

Outro exemplo que poderíamos citar seria em relação a distribuição de medicamentos. Existe uma pergunta: Qual a metodologia de distribuição adotada pela farmácia hospitalar? Existem 05 metodologias, sendo que as duas primeiras não atendem, a terceira atende parcialmente e as duas últimas são as ideais.

E nossa intenção, futuramente, desenvolver um manual explicativos sobre o instrumento com vista a diminuição de possíveis vieses, discutindo quesito por quesito e analisando as possibilidades de interpretação.

Outra questão que iremos analisar, futuramente, com o cuidado que a questão requer é a utilização de pesos tanto para atividades, como para os quesitos, e mesmo a possibilidade de não considerá-los em determinadas situações. Um outro problema seria o valor de cada peso utilizado, que pode concentrar ou diluir a importância da atividade avaliada.

Entretanto, temos uma proposta para a utilização de pesos, tanto em nível de atividades, como também em relação aos quesitos ou tópicos a avaliar, que está alicerçada, na lógica de duas outras metodologias, representadas pela curva ABC, ou sistema VEN.

Finalizando, colocaremos no quadro abaixo algumas visões de nossa parte em relação aos quesitos que serão avaliados, revisados e ampliados futuramente.

EXEMPLO DE QUESITOS ABORDADOS EM ORGANIZAÇÃO

Observações
Organograma: Pode ter organograma de forma oficiosa
Horário : O ideal e ter Farmacêutico presente por 24 horas. 12 horas não atende as necessidades e casos intermediários seriam considerados “parcialmente
Espaço Físico: Indicador utilizado: 1,2m ² /leito. Podemos considerar parcialmente quando não atinge o especificado pelo indicador, mas atende as necessidades da FH
Higiene e conservação: Determinadas áreas podem atender e outras não.
Localização: Pode não ter o fluxo ideal mas atender as necessidades dos usuários.
Recebimento: Idem em relação ao recebimento.
Distribuição: Idem em relação a distribuição.
Setorização Homogênea: Alguns setores podem ter outros não.
Manual de normas e rotinas: Podem existir sob a forma de ordens de

serviços ou similar.
Informatização da gestão: Podem existir outros métodos confiáveis.
Plantão de farmacêuticos: Pode haver somente em alguns dias da semana.
Funcionamento do Plantão: Sobre aviso, 12 horas, 24 horas, Ideal: 24 horas.
Comunicação: Pode haver somente com parte dos setores ou mesmo oficiosamente, não formalizada.
Ampliação: As vezes existem projetos que não estão sendo processados
Materiais contra incêndio: Podem existir em quantidades que não atendam as normas sobre a questão
Chefia do Serviço: Pode ter oficiosamente, ou não ser especializado na área.
N° de farmacêuticos: Utilizar como indicador 01 Farm/100 leitos, entretanto é necessário a observação do processo de produção, o que pode levar ao “parcialmente”.
N° de servidores ou técnicos: Recomendamos como indicador 05 func/100 leitos.
Conhecimento das atividades: Caso haja muita rotatividade de pessoal, pode ser considerado “parcialmente”.
Treinamento: Só de nível superior, .ou só de nível médio.