

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da Farmácia Hospitalar em hospitais estaduais do Rio de Janeiro”

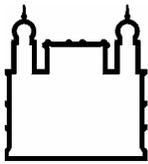
por

Mario Jorge Sobreira da Silva

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro
Assistente da orientadora: Prof.^a Raquel Magarinos Torres

Rio de Janeiro, março de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da Farmácia Hospitalar em hospitais estaduais do Rio de Janeiro”

apresentada por

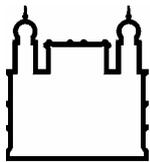
Mario Jorge Sobreira da Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Silvia Helena de Bortoli Cassiani

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Edais Pepe

Prof.^a Dr.^a Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro – Orientadora principal



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 19 de março de 2010.

Mario Jorge Sobreira da Silva

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2730 ou 08000-230085

E-mail: secasp@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Mario Jorge Sobreira da
Avaliação da farmácia hospitalar em hospitais estaduais do Rio de Janeiro. / Mario Jorge Sobreira da Silva. Rio de Janeiro: s.n., 2010. xiii, 128 f.

Orientador: Castro, Claudia Garcia Serpa Osorio de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Serviço de Farmácia Hospitalar. 2. Serviços de Saúde.
3. Avaliação. 4. Indicadores. 5. Estudos de Casos. 6. Políticas Públicas de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 658.7098153

Aos meus familiares e amigos que iluminam
a minha vida. Em especial a minha esposa
Paula por todo amor, apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por mais essa conquista.

À minha esposa Paula por toda compreensão e respeito nas horas de silêncio, reflexões e ausências ao longo desse período. Pelo seu incansável desejo de ajudar e pelo auxílio nas escutas, leituras e correções.

Aos meus familiares, em especial pais, irmãs e sobrinhos, por terem compreendido a minha ausência e por sempre acreditarem em mim.

As minhas orientadoras e “excepcionais amigas” Claudia e Rachel pelo incentivo, carinho, respeito, confiança e paciência. Sem vocês, tenho certeza, que esta trajetória seria muito mais difícil.

Aos amigos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui com sorrisos, ajudas e palavras animadoras.

Aos colegas de trabalho e especialmente aos chefes de serviço que me compreenderam e me auxiliaram nas inúmeras trocas de horário de trabalho. Sem esquecer dos alunos da UNIGRANRIO que com suas indagações e inquietações contribuíram para minhas reflexões e decisões quanto a esta temática.

Aos antigos e novos amigos do Núcleo de Assistência Farmacêutica que me apoiaram e me acolheram com muito carinho e atenção ao longo destes dois anos, me emprestando materiais, computadores e “horas” preciosas de ajuda.

À Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, em especial a Dra. Ana Márcia Messeder, que autorizou a realização deste trabalho, e aos colegas farmacêuticos responsáveis pelos serviços visitados, sem a colaboração e disponibilidade de vocês esta pesquisa não seria concluída.

Por fim, agradeço a esta renomada instituição por ter me dado à oportunidade de aprender e partilhar conhecimentos com mestres tão competentes e ilustres.

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	vii
LISTA DE QUADROS.....	ix
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	x
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUÇÃO.....	1
JUSTIFICATIVA	4
REFERENCIAL TEÓRICO	7
O ambiente hospitalar e sua complexidade	7
Assistência farmacêutica hospitalar – Competências e atividades.....	9
Legislação aplicada à farmácia hospitalar no Brasil	12
Avaliação em serviços de saúde	15
Experiências e propostas para avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil	18
Diagnóstico das farmácias hospitalares nos hospitais estaduais do Rio de Janeiro ...	21
OBJETIVOS.....	23
Objetivo Geral	23
Objetivos Específicos	23
METODOLOGIA.....	24
Sobre estudos de caso	24
Desenho do estudo.....	26
Etapas do estudo	26
<i>Apresentação e descrição de estrutura e processo das farmácias hospitalares.....</i>	<i>26</i>
<i>Diagnóstico hierarquizado por nível de complexidade dos hospitais.....</i>	<i>27</i>
<i>Estudo de caso de farmácias dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro.....</i>	<i>28</i>
Seleção dos indicadores de resultados.....	31
Instrumento e Roteiros para coleta das evidências.....	32
Questões éticas	33
RESULTADOS.....	34
Apresentação e descrição de estrutura e processo das farmácias hospitalares.....	34
Diagnóstico hierarquizado de estrutura e processo de serviços	37
Indicadores de resultados e métodos de mensuração	39
Desempenho das farmácias hospitalares frente aos indicadores de resultado.....	41
DISCUSSÃO.....	51
Quanto às características de estrutura e processo das farmácias hospitalares.....	51
Quanto aos indicadores de resultados selecionados	53
Desempenho dos serviços de farmácia hospitalar selecionados e influência do contexto	54
Quanto ao perfil das farmácias hospitalares, frente às questões normativas.....	62
Recomendações para uma política de Assistência Farmacêutica Hospitalar	64
Vantagens e limites do estudo.....	66
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	80
APÊNDICE 1 – Planilha dos indicadores de resultados selecionados para a farmácia hospitalar	81
APÊNDICE 2 – Questionário prévio para entrevista	85
APÊNDICE 3 – Roteiro prévio para observação direta	93

APÊNDICE 4 – Roteiro prévio para análise de documentos	96
APÊNDICE 5 – Roteiro prévio para análise de registros em arquivo.....	100
APÊNDICE 6 – Algoritmo dos indicadores selecionados	102
ANEXOS	105
ANEXO 1: Modelo lógico: Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil	106
ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar	107
ANEXO 3: Algoritmos segundo nível de hierarquia dos hospitais	117
ANEXO 4: Modelo lógico com resultados considerados adequados, possíveis de mensuração e relevantes de serem mensurados, segundo consenso de especialistas	121
ANEXO 5: Cópia do documento de autorização de acesso ao banco de dados e realização do estudo no âmbito da SESDEC RJ	122
ANEXO 6: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Direção	123
ANEXO 7: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevistado	124
ANEXO 8: Resultados dos indicadores de estrutura e processo	125
ANEXO 9: Análise do atendimento aos indicadores de estrutura e processo	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Níveis de hierarquia dos serviços de saúde de acordo com a PT/SAS/MS n.º 569/2002.	9
Quadro 2: Legislação Sanitária, selecionada segundo algumas atividades desenvolvidas, de interesse em Farmácia Hospitalar.	13
Quadro 3: Lista padrão de Medicamentos traçadores	32
Quadro 4: Presença do componente no serviço de farmácia hospitalar de acordo com o nível hierárquico do serviço.	37
Quadro 5: Pontuação obtida pelos serviços avaliados, segundo código de identificação e nível hierárquico, para cada atividade desenvolvida.	38
Quadro 6: Pontuação máxima e mínima obtida pelos serviços x pontuação ideal, após aplicação do algoritmo de cada nível hierárquico.	39
Quadro 7: Nível de adequação dos serviços segundo a complexidade dos hospitais.....	39
Quadro 8 : Indicadores específicos de resultados selecionados.	40
Quadro 9: Indicadores de resultados de gerenciamento dos hospitais selecionados.....	43
Quadro 10: Indicadores de resultados de programação dos hospitais selecionados.....	45
Quadro 11: Indicadores de resultados de aquisição dos hospitais selecionados.	47
Quadro 12: Indicadores de resultados de armazenamento dos hospitais selecionados. .	49
Quadro 13: Indicadores de resultados de distribuição dos hospitais selecionados.....	50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPE	Boas Práticas de Estocagem
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGRSS	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
CMM	Consumo Médio Mensal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CQ	Controle de Qualidade
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CSN	Comissão de Suporte Nutricional
CTA	Comissão de Terapia Antienoplásica
CTN	Comissão de Terapia Nutricional
DCB	Denominação Comum Brasileira
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FGTS	Fundo de Garantia de Trabalho e Seguridade
FH	Farmácia Hospitalar
FIP	<i>International Pharmaceutical Federation</i>
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IV	Intra Venosa
LME	Lista de Medicamentos Essenciais
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NPT	Nutrição Parenteral Total
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Procedimentos de Atenção Básica

PD	Perguntas de análise de documentos
PE	Perguntas de entrevista
PO	Perguntas de observação direta
POP	Procedimentos Operacionais Padronizados
PR	Perguntas de análise de registros
PT/SAS/MS	Portaria Técnica / Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde
QT	Quimioterapia
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RJ	Rio de Janeiro
RM	Relação de Medicamentos
RNM	Resultados Negativos a Medicamentos
SADT	Serviços Auxiliares de Apoio e Diagnóstico
SAFIE	Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
SAME	Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
SESDEC	Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil
SICAF	Sistema de Cadastro de Fornecedores
SP	Soluções Parenterais
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFF	Universidade Federal Fluminense

RESUMO

Este estudo realiza uma avaliação, com ênfase nos resultados da farmácia hospitalar de unidades próprias do Estado do Rio de Janeiro, no que se refere às seguintes atividades: gerenciamento, programação, aquisição, armazenamento e distribuição. Foi realizado um estudo de casos múltiplos envolvendo seis serviços de farmácia. As unidades foram selecionadas a partir da análise de dados secundários do diagnóstico realizado pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro no ano de 2008. A análise dos dados aconteceu através de síntese de casos cruzados. Foram ainda construídos planilha de indicadores, instrumentos e roteiros para coleta de evidências e, também, elaborado um relatório com recomendações para subsidiar os gestores na formulação de uma política estadual de assistência farmacêutica hospitalar. Apenas uma unidade atendeu a todos os indicadores de resultados da atividade gerenciamento, mantendo participação em comissões institucionais, realizando planejamento de objetivos e metas e possuindo procedimentos escritos e atualizados. O componente programação demonstrou-se inadequado na maioria dos serviços (5/6). Em quatro unidades não acontece cadastramento, avaliação e qualificação de fornecedores, comprometendo o processo de aquisição de medicamentos. Os piores resultados foram relacionados ao componente armazenamento, e os melhores à atividade de distribuição. Os dados encontrados remetem a uma inadequação dos serviços proporcionando uma grande preocupação, por serem os componentes avaliados considerados como atividades centrais da farmácia hospitalar. Avanços são necessários para normatização e qualificação dos serviços, no intuito de implementar e/ou aperfeiçoar as ações estratégicas para o setor e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Serviço de Farmácia Hospitalar; Avaliação de Serviços de Saúde; Indicadores; Estudo de Casos; Política Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This study carries out an evaluation, with emphasis on the outcomes of state hospital pharmacies in Rio de Janeiro, with regard to the following activities: management, forecasting, procurement, storage and distribution. A multiple case study involving six hospital pharmacy services was conducted. The units were selected from the secondary data analysis of the survey made by the State Department of Health and Civil Defense of Rio de Janeiro in 2008. Data analysis occurred through cross-case synthesis. An indicator spreadsheet, tools and instruments to collect data were constructed. A report with recommendations to support managers in formulating a state policy for hospital pharmaceutical services was also made. Only one unit met all outcomes indicators for management, through participation in institutional committees, carrying out planning objectives and goals and having written and updated procedures. The forecasting component was shown to be inadequate for most services (5/6). Registration, evaluation and qualification of suppliers do not happen in four units, undermining the process of drug procurement. The worst results were related to the storage component, and the best were related to distribution. The data obtained refer a failure of services, providing great concern, since the evaluated components were considered as core activities of the hospital pharmacy. Advances are needed to standardize and qualify services in order to implement and/or improve strategic actions for the sector and thus contribute to enhancing the quality of care in the hospital.

Key words: Pharmacy Service, Hospital; Health Services Evaluation; Indicators; Case Studies; Public Health Policy.

INTRODUÇÃO

O desempenho dos serviços de farmácia hospitalar pode ser influenciado por diversos aspectos internos e externos ao serviço, comprometendo positiva ou negativamente a qualidade dos cuidados prestados. Dentre essas questões destaca-se: a capacitação profissional, a sustentabilidade das ações desenvolvidas, as influências administrativas e gerenciais, a dificuldade de aplicação das normatizações das políticas vigentes, a precariedade estrutural das áreas destinadas ao serviço e a sua marginalidade dentro do debate da saúde pública brasileira.

Essas questões transformaram-se em grandes inquietações, suscitando o desejo de compreender as reais causas de sucesso e insucesso de atividades desenvolvidas por este setor, por entender sua importância: i) para a saúde pública, no que se relaciona ao uso seguro e racional de medicamentos em ambientes hospitalares; ii) para a gestão, devido à incorporação de tecnologias de custo elevado; iii) e para a sociedade, dado a responsabilidade dos profissionais de saúde frente ao controle das doenças dentro do ambiente hospitalar e na garantia de qualidade dos medicamentos utilizados na farmacoterapia.

O serviço de farmácia hospitalar é responsável por diversas atividades com forte impacto na assistência hospitalar. As várias necessidades dos pacientes requerem que as farmácias hospitalares desempenhem uma série de atividades de modo organizado. As funções do farmacêutico hospitalar exigem comprometimento com os resultados dos seus serviços e não somente com o fornecimento dos mesmos.

A crescente demanda por serviços de saúde mais efetivos, assim como a racionalidade no uso de medicamentos, redução de custos, minimização de problemas relacionados a medicamentos e aumento da segurança da farmacoterapia, fundamentam a importância de um processo constante de avaliação e monitoramento da Assistência Farmacêutica Hospitalar.

A farmácia hospitalar necessita da implementação de políticas públicas que incentivem e priorizem medidas que promovam a qualificação dos serviços e da assistência farmacêutica hospitalar, ao que requer muito empenho e comprometimento dos gestores.

Em 1999, o I Seminário sobre Estratégias de Integração e Desenvolvimento da Farmácia Hospitalar na América Latina, promovido e coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com o apoio do Ministério da Saúde e da

Universidade Federal da Bahia, recomendou a realização do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. A primeira etapa deste projeto, concluída no ano 2004, disponibilizou informações sobre a situação da Farmácia Hospitalar no país, relacionadas à estrutura e processos¹.

As informações do projeto mobilizaram diferentes atores da sociedade para avaliar a situação, discutir os problemas e formular propostas para a área de forma abrangente.

No ano de conclusão do projeto, o Ministério da Saúde nomeou um grupo de trabalho para elaborar a “Política Nacional de Assistência Farmacêutica Hospitalar”. Embora fosse elaborado um documento de excelência e que contemplasse as necessidades e estratégias diferenciadas para a farmácia hospitalar no Brasil, esta proposta nunca foi viabilizada e conseqüentemente a Portaria não foi publicada. Em 2004/2005 em decorrência direta do Projeto Farmácia Hospitalar no Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nomeou um grupo de trabalho para elaboração de norma técnica referente ao gerenciamento de produtos para a saúde em hospitais. Após quase dois anos de trabalho e tentativas da ANVISA em transformar a norma em consulta pública o documento não foi publicado.

Concomitantemente dois trabalhos acadêmicos apresentaram indicações para adequação da proposta original do projeto. A Dissertação de Mestrado intitulada “Avaliação de estrutura e processo de serviços de farmácia hospitalar segundo nível de complexidade do hospital”² objetivou desenvolver uma metodologia que determinasse uma tipologia dos serviços de Farmácia Hospitalar de acordo com desempenho das atividades desenvolvidas pelos mesmos, considerando os níveis de complexidade hospitalar. Esta tipologia permitiu identificar quais serviços apresentavam melhor e pior desempenho, frente a indicadores de estrutura e processo, dentro de diferentes níveis de complexidade, estabelecidos com base no contexto hospitalar em que este estava inserido. Grande parte das farmácias hospitalares brasileiras apresenta baixo desempenho, quando considerados estrutura e processos desenvolvidos, em vários componentes que descrevem as atividades desse serviço, independente do nível de complexidade do hospital onde estão inseridos.

Já a Dissertação de Mestrado intitulada “Indicadores de resultado para a farmácia hospitalar”³ objetivou desenvolver indicadores de resultado para os componentes da farmácia hospitalar brasileira, com base no modelo lógico construído para o estudo Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil.

Desde então, nenhum trabalho foi realizado com objetivo de avaliar o desempenho dos serviços de farmácia hospitalar frente aos indicadores de resultados. Tal pesquisa seria fundamental para entender: Como se desempenham os serviços de farmácia hospitalar frente aos indicadores de estrutura, processos e resultados? Por que existem diferentes desempenhos em unidades pertencentes a uma mesma esfera administrativa?

Em 2008 foi iniciado um projeto de cooperação entre a Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SAFIE/SESDEC) e o Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública (NAF/ENSP), intitulado “Apoio à organização da assistência farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro”, tendo um dos eixos estratégicos voltado para a assistência farmacêutica hospitalar. Neste, foi expresso pela SAFIE/SESDEC, o desejo de conhecer em profundidade como se dava a assistência farmacêutica nos 28 hospitais próprios do Estado. Estes apresentam-se, com diferentes níveis de complexidade, com capacidade instalada total de 4.924 leitos (janeiro/2006), correspondendo a 11,8% de todos os leitos hospitalares do Estado. Este representativo número de leitos traduz em linhas gerais uma alta demanda de atendimento, associado pela utilização de novas tecnologias e pelo anseio da população de um atendimento de qualidade⁴.

Diante do grande número de hospitais do Estado no Rio de Janeiro, e da importância destes para a atenção à saúde no Estado, um Diagnóstico da Farmácia Hospitalar é essencial para fundamentar estratégias de ação e implantar intervenções dirigidas à melhoria da qualidade da Assistência Farmacêutica Hospitalar no Estado. Sendo assim, este trabalho tem como propósito avaliar os resultados das farmácias nos hospitais próprios do Estado do Rio de Janeiro, com o intuito de entender como e por que diferentes desempenhos acontecem e de ampliar o debate na agenda pública sobre a importância da implementação de parâmetros norteadores específicos para estes serviços.

JUSTIFICATIVA

Inúmeros são os argumentos que podem ser utilizados como suporte para o desenvolvimento do presente estudo. Porém, nesse universo, seis questões se tornaram preponderantes, estando destacadas neste capítulo.

A primeira argumentação está pautada no crescente emprego de tecnologias e inovações em serviços de saúde, o que proporciona um aumento dos riscos com a terapia empregada aos pacientes internados, além de conseqüente elevação de custos. Dentre as diversas tecnologias empregadas destacam-se os medicamentos, utilizado como instrumento essencial nos processos diagnósticos, na reabilitação da saúde e na prevenção de doenças. Os constantes avanços da terapia medicamentosa, porém, alavanca uma série de benefícios e de problemas relacionados ao seu uso. Esses problemas podem estar relacionados com a necessidade, com aspectos de segurança, ou efetividade do medicamento. A ocorrência dessas complicações surge por questões inerentes ao medicamento ou ao usuário, como por exemplo, as chamadas reações adversas ou efeitos adversos a medicamentos⁵.

Outra possibilidade advém de processos de trabalho ou de gestão, como por exemplo, aquelas provocadas pelos erros de medicação, proporcionando, dentre outras questões, o aumento da morbidade e/ou mortalidade no ambiente hospitalar. Muitos destes erros podem ser evitados com um adequado monitoramento dos cuidados de saúde^{6,7,8}. Várias atividades da farmácia hospitalar auxiliam neste monitoramento.

Os problemas provocados por medicamentos, à baixa qualidade de produtos farmacêuticos disponíveis e as inúmeras condições patológicas que acometem a população nos dias atuais, complementadas pelas alterações do perfil epidemiológico e pelas necessidades de aumento de leitos para o tratamento de doenças crônicas em hospitais, têm demandado um crescente gasto com medicamentos nos serviços de saúde. Esta situação pode ser agravada quando da má ou inadequada habilidade gerencial no setor responsável por este insumo – a farmácia hospitalar. As análises de utilização dessa tecnologia devem ser incorporadas, considerando os custos provenientes do uso dos medicamentos, aliada aos riscos *versus* benefícios deste instrumento terapêutico⁹.

Uma correta utilização de recursos, sejam estes humanos ou materiais, é dependente de orientações, normas e padrões, além de capacitação técnica fundamental no processo de gestão. Nesse contexto a farmácia hospitalar encontra-se com grandes deficiências, dada à ausência de uma política de assistência farmacêutica hospitalar e da restrição de informação, aos farmacêuticos associados, sobre os critérios e padrões

mínimos para estes serviços, preconizados pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH). Atualmente, dispõe-se apenas de um instrumento de caráter informativo, produzido pelo Conselho Federal de Farmácia, sendo este insuficiente para subsidiar ações de qualidade, frente as inúmeras atribuições desenvolvidas por este setor. Essas questões enfraquecem as atividades desenvolvidas pelos serviços, criando uma lacuna importante no processo de construção de um sistema de saúde de qualidade. Em contrapartida, temos o processo de acreditação hospitalar, movimento de cunho privado, que reforça a necessidade de manutenção de padrões, com melhorias contínuas dos resultados¹⁰.

O governo do estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Saúde e Defesa Civil (SESDEC), tem demonstrado grande interesse em reorganizar ações e reestruturar serviços. O desenvolvimento de redes de atendimento, dentre outras ações tem sido apontado como prioritário no processo de reconstrução do sistema de saúde no estado. Nesse percurso surge a iniciativa de reorganizar a assistência farmacêutica, por entender a relevância deste setor na estratégia de recuperação da saúde. Dentre os eixos estratégicos apontados pela Secretaria está o desejo de conhecer os serviços de farmácia hospitalar das unidades próprias do estado, o que originou a elaboração do estudo intitulado Diagnóstico das Farmácias Hospitalares de Hospitais Estaduais do Rio de Janeiro.

Concomitantemente ao processo de reorganização da rede de atenção à saúde, o governo do Estado do Rio de Janeiro inicia um processo de alteração na forma de administração das unidades hospitalares própria, através da aprovação da Lei Estadual n.º 5.164/07, que autoriza o poder executivo a instituir a “fundação estatal dos hospitais gerais”, a “fundação estatal dos hospitais de urgência” e a “fundação estatal dos institutos de saúde e da central estadual de transplante”¹¹. Torna-se, portanto, essencial uma análise de situação desses estabelecimentos, de seus serviços ou de suas ações, para que possam funcionar como parâmetros e suscitem uma futura avaliação da implementação desta política.

O último argumento destacado, não menos relevante que os demais, foca-se na pouca informação disponível quanto ao desempenho dos serviços de farmácia hospitalar no estado do Rio de Janeiro e no Brasil, não sendo ainda desenvolvidos avaliações de resultados relativas a este setor¹. Sabe-se, porém, através de estudos disponíveis que grande parte das farmácias hospitalares do país, apresentam um baixo nível de qualidade, sendo necessário a realização de pesquisas que tentem encontrar explicações para os resultados encontrados^{1,12}.

Desta forma, é essencial a realização de estudos que busquem compreender as interferências das atividades desenvolvidas por este setor sobre a qualidade do cuidado prestado pelos estabelecimentos de saúde e entender as influências das políticas públicas sobre a gestão desses serviços.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está pautado na literatura nacional e internacional e compreende seis tópicos. O primeiro consiste em uma breve discussão sobre o ambiente hospitalar e sua complexidade, dado a importância de se entender a relação entre o cuidado prestado pelo hospital e a complexidade dos serviços da farmácia hospitalar. O segundo destina-se a contextualizar as atividades e funções da assistência farmacêutica hospitalar, na tentativa de se compreender as competências e habilidades desempenhadas. Em seguida é realizada uma análise da legislação aplicada à farmácia hospitalar no Brasil, na tentativa de descrever resumidamente as implicações legais impostas a estes serviços, e a normatização e a orientação a este segmento. O quarto tópico se concentra em apresentar benefícios do processo de avaliação de resultados em serviços de saúde. O quinto transcorre sobre as experiências prévias e propostas de avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil. O sexto aborda a experiência do projeto “Diagnóstico das farmácias hospitalares nos hospitais estaduais do Rio de Janeiro”, onde foram analisados indicadores de estrutura e processo.

O ambiente hospitalar e sua complexidade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o hospital é parte integrante de uma organização médica e social que tem como principal objetivo prestar assistência à população em caráter curativo e preventivo, além de funcionar como um centro de formação e de investigação¹³. Suas ações devem estar centradas no nível terciário e quaternário de atenção a saúde, devendo manter recursos materiais e humanos suficientes para atendimentos mais complexos¹⁴. Este cenário sofre a influência de diversos componentes, tais como: demografia, perfil epidemiológico, recursos humanos, tecnologia, medicalização, custo, cidadania, legislação, equidade, hospitalocentrismo e regionalização, dentre outros¹⁵. Desta forma, a assistência hospitalar estará modulada por esta diversidade, assim como pelo nível de complexidade das ações desempenhadas.

As recentes modificações da rede de atenção à saúde no Brasil, com uma oferta de serviços ambulatoriais de alta complexidade, além da mudança do perfil epidemiológico da população, tem tornado o ambiente hospitalar um centro de referência para procedimentos que envolvem tecnologias mais custosas, e que exigem um alto nível de confiabilidade e qualidade¹⁶. Estas mudanças implicam na utilização de recursos de forma eficiente e responsabilização de gestores pelos resultados obtidos.

Torna-se, portanto um grande desafio o processo de pactuação de ações, dado a diversidade de estruturas hospitalares. Existem diversas maneiras de classificarmos um hospital, sendo as mais conhecidas: quanto ao regime jurídico (público e privado); quanto ao porte (pequeno, médio, grande e especial); quanto ao tipo de serviço (geral e especializado); quanto ao corpo clínico (aberto e fechado); quanto à edificação (pavilhonar, monobloco, multibloco, horizontal e vertical); e, quanto ao tempo de permanência ou de internação (longa e curta)¹⁷. Ressalta-se, porém, que essa diversidade de formas de classificação leva em consideração algum componente estrutural, sendo pouco considerado a complexidade do atendimento a que se destinam. Cabe lembrar, no entanto, que 62% dos hospitais do sistema de saúde brasileiro são estabelecimentos de pequeno porte¹⁸, dotados de pouco aporte tecnológico para o nível de atenção a que se destinam.

Em 2000 a Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde instituiu a Portaria Técnica (PT/SAS/MS) n.º 511 passando a classificar os hospitais por níveis hierárquicos. Esta legislação foi atualizada em 2002 pelo mesmo órgão sendo substituída pela PT/SAS/MS n.º 569¹⁹. O nível de hierarquia considera a complexidade das atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde (Quadro 1), sendo este um excelente instrumento para classificar hospitais. Desta forma, independente do porte da unidade, esta deve ter infra-estrutura mínima, de acordo com os procedimentos que realiza, e assim seus diversos serviços devem ser adequados à realidade que estão inseridos.

A unidade hospitalar é composta por setores administrativos e técnicos. Dentre os setores administrativos destacam-se: setor de recursos humanos, setor de informática, departamento financeiro, setor de faturamento, os serviços de apoio (limpeza, recepção, segurança, manutenção, engenharia, lavanderia, transporte, dentre outros), o setor de medicina do trabalho, e o departamento de suprimentos. Os setores técnicos podem ser divididos em: diretoria clínica, serviço de enfermagem, serviço de nutrição e dietética, serviço de arquivamento médico e estatístico (SAME), serviço de assistência social, serviços auxiliares de apoio e diagnóstico (SADT), serviço de fonoaudiologia, serviço de psicologia, serviço de fisioterapia, e serviço de farmácia. Alguns destes serviços, porém, podem desempenhar funções relativas à área administrativa e à área técnica do hospital¹⁷.

A qualidade dos cuidados hospitalares, portanto, vai ser resultado do conjunto de serviços que compõem essa rede, e da inter-relação que estes serviços apresentam a fim de garantir os devidos benefícios aos pacientes. Segundo Hartz, “... o papel primordial

em uma teoria são as relações entre os objetos...”²⁰, e dessa forma não podemos pensar em entender o ambiente hospitalar se não compreendermos as influências provocadas por cada setor que o compõe. Alguns estudos apontam para a associação entre o tipo de hospital e a quantidade e qualidade das atividades desenvolvidas pela farmácia hospitalar^{21,22,23}.

Quadro 1: Níveis de hierarquia dos serviços de saúde de acordo com a PT/SAS/MS n.º 569/2002.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
01	Estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica – PAB e ou procedimento de atenção básica ampliada definido pela NOAS.
02	Estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza procedimentos de média complexidade definidos pela NOAS como de 1.º nível de referência – M1
03	Estabelecimento de saúde ambulatorial que realiza procedimentos de média complexidade definidos pela NOAS como de 2.º nível de referência – M2 e/ou de 3.º nível de referência – M3
04	Estabelecimento de saúde ambulatorial capacitado a realizar procedimentos de alta complexidade definidos pelo Ministério da Saúde
05	Estabelecimento de saúde que realiza além dos procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 01 e 02, efetua primeiro atendimento hospitalar, em pediatria e clínica médica, partos e outros procedimentos hospitalares de menor complexidade em clínica médica, cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia
06	Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos previstos nos níveis de hierarquia 02 e 03, além de procedimentos hospitalares de média complexidade. Por definição enquadram-se neste nível os hospitais especializados
07	Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos hospitalares de média complexidade. Realiza procedimentos previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 02 e 03, abrangendo SADT ambulatorial de alta complexidade.
08	Estabelecimento de saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e/ou ambulatorial

Fonte: PT/SAS/MS n.º 569/2002

Assistência farmacêutica hospitalar – Competências e atividades

A farmácia hospitalar é entendida como uma unidade de caráter clínico e assistencial, dotada de capacidade administrativa e gerencial, sendo um dos setores mais importantes no contexto hospitalar. É responsável pela provisão segura e racional de medicamentos, e em algumas condições de materiais médico-hospitalar, podendo estar “ligada” a direção clínica e/ou administrativa do hospital²⁴.

Suas atribuições são diversas, compreendendo: i) as etapas centrais da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos); ii) as atividades de gerenciamento de recursos

humanos, recursos financeiros e de recursos materiais; iii) e as ações especializadas (seguimento farmacoterapêutico, farmacovigilância, informação sobre medicamentos, farmacotécnica, ensino e pesquisa)^{6,7,25}.

O processo de seleção de medicamentos deve garantir a racionalidade dos medicamentos padronizados pela instituição, implantando políticas de utilização que garantam uma terapia segura ao paciente, assegurando à disponibilidade de fármacos de qualidade essenciais a manutenção da vida e restabelecimento, pelo menor custo possível, desde que se mantida a efetividade clínica. Para tal, recomenda-se a preparação de uma lista de medicamentos padronizados, através de uma comissão multiprofissional, denominada Comissão de Farmácia e Terapêutica, que deverá dentre outros critérios considerar o perfil epidemiológico e farmacoterapêutico da instituição, a infra-estrutura para o tratamento, o treinamento e a experiência da equipe de saúde¹⁷.

A etapa de programação é essencial para se definir prioridades e quantidades de medicamentos que devem ser adquiridas, a fim de atender as necessidades dos pacientes. Várias são as técnicas empregadas que auxiliam nesse processo, devendo considerar os recursos financeiros disponíveis, a área de estocagem dos medicamentos, a demanda de consumo, as prioridades e o tempo de abastecimento dos itens, considerando as especificidades administrativas. Este processo envolve um correto planejamento e um fluxo eficiente de informações²⁶.

Uma vez programada a quantidade de medicamentos, segue-se o processo de aquisição que tem como principal objetivo suprir a unidade hospitalar com os medicamentos selecionados, mantendo os critérios de qualidade em quantidade adequada. Existem procedimentos variados de aquisição, dependentes do tipo administrativo da instituição, do montante financeiro empregado e da quantidade de medicamentos a ser adquirida. Porém, independente do método utilizado é importante que se mantenha a compra de medicamentos com qualidade, sendo o farmacêutico o ator chave nessa etapa²⁷.

A atividade de armazenamento envolve um conjunto de procedimentos: o recebimento de medicamentos, a estocagem, o controle de estoque e a expedição. Devem ser atendidos os critérios de Boas Práticas, para a garantia da qualidade dos produtos adquiridos. O setor responsável pelo armazenamento de medicamentos é denominado Central de Abastecimento Farmacêutico, e deve contar com estrutura física adequada e controle de qualidade de processos²⁶.

O processo de distribuição de medicamentos em ambiente hospitalar objetiva garantir os produtos solicitados na quantidade correta e de acordo com as devidas

especificações. Existem diversos métodos de distribuição que podem ser empregados, devendo ser considerado: o custo-efetividade e a garantia de qualidade da atividade; a estrutura física e administrativa da unidade hospitalar e do serviço de farmácia; e os recursos físicos e humanos disponíveis⁷.

A dispensação de medicamentos é considerada uma atividade a ser desenvolvida sob responsabilidade do profissional farmacêutico²⁵, envolvendo a entrega do medicamento ao usuário, seguida de orientação quanto ao uso correto. Esta atividade só é desempenhada em unidades hospitalares que executam atendimento ambulatorial e/ou de pacientes em alta hospitalar.

Os componentes centrais da assistência farmacêutica são sistêmicos e usualmente representados como um ciclo, onde essas atividades se interrelacionam e são estratégicas para a manutenção das demais. A baixa qualidade executiva de qualquer uma dessas etapas compromete a efetividade da terapêutica.

Espera-se atualmente, que o serviço de farmácia esteja envolvido com os resultados da assistência prestada aos pacientes em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde, e não apenas com as atividades de provisão de produtos e serviços^{6,24}. Para alcançar tais objetivos é essencial que haja uma estrutura organizada e processos bem definidos que possam subsidiar a qualidade dos cuidados prestados pela equipe de saúde²⁸. Sendo assim, as atividades especializadas e as de cunho clínico e epidemiológico precisam ser desenvolvidas.

Os estudos de utilização de medicamentos constituem excelentes instrumentos que possibilitam a definição do perfil farmacoterapêutico dos pacientes internados, além de auxiliarem no processo de seleção de medicamentos²⁹, e na detecção de reações adversas a medicamentos. Segundo Rozenfeld, essas reações podem conduzir ao óbito ou ainda aumentar o tempo de permanência hospitalar de modo significativo⁸.

O processo de atenção farmacêutica e de farmácia clínica são áreas de prática dentro da assistência farmacêutica e podem ser estratégicas para o uso racional de medicamentos. Atualmente a atenção farmacêutica é considerada importante elemento na garantia da adesão ao tratamento e para o seguimento farmacoterapêutico^{30,31}. A informação sobre medicamentos é fundamental para a garantia do uso correto dos mesmos, em todas as suas etapas (prescrição, dispensação/distribuição e administração), sendo considerada pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) uma função básica da farmácia hospitalar, pelo fato que sem informação segura, tanto para a equipe de saúde como para o paciente, as demais etapas perdem efeito³².

A manipulação de medicamentos, estéreis e não estéreis, em ambiente hospitalar

é considerada uma atividade especializada que traz inúmeros benefícios, tais como: diminuição do desperdício de medicamentos e de dinheiro; controle da administração de medicamentos; garantia de qualidade de processos; diminuição da incidência de infecção hospitalar; dentre outros. Para tanto, é fundamental a manutenção de área apropriada para o desempenho das atividades e procedimentos controlados, de acordo com as Boas Práticas de Manipulação^{7,33}.

Diante desse cenário é imprescindível a existência de um conjunto de normas, regulamentos e orientações, claras e precisas, que possam auxiliar o profissional farmacêutico na execução das suas atividades, a fim de garantir resultados eficientes nos tratamentos terapêuticos empregados em ambiente hospitalar.

Legislação aplicada à farmácia hospitalar no Brasil

A complexidade dos procedimentos executados no ambiente hospitalar, principalmente na última década, tem contribuído sobremaneira para integração de farmacêuticos nas equipes de saúde, e tem exigido maior qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de farmácia hospitalar. Tal demanda implica em conhecimento amplo das regulamentações que norteiam o funcionamento dessa unidade, que se relaciona operativamente com os demais serviços de assistência hospitalar e se encontra hierarquicamente ligada a direção do hospital, a fim de alcançar inúmeros dos seus objetivos^{6,7,24}. A organização e estruturação do serviço são fundamentais para o cumprimento das funções prioritárias, que desenvolvidas de forma absoluta podem se tornar mais especializadas, e quando aprimoradas podem evoluir para implementação de ações clínico-assistenciais⁶.

A qualidade da prestação de serviços da farmácia hospitalar se inter-relaciona com uma série de influências externas e internas ao ambiente hospitalar. O fator externo de maior impacto está relacionado à propaganda e publicidade de medicamentos pela indústria farmacêutica³⁴. Dentre os fatores internos, podemos destacar: o nível de complexidade do hospital, o emprego de altas tecnologias envolvendo terapias medicamentosas, o desenvolvimento de práticas multidisciplinares, a pesquisa clínica com medicamentos, os problemas relacionados a medicamentos, a falta de atualização profissional, e outros. Ressalta-se ainda a organização da rede de serviços, principalmente quando relacionada ao setor público.

Alguns autores têm destacado a baixa adequação dos serviços de farmácia^{12,35,36}, ressaltando dentre outros fatores as deficiências na formação acadêmica nesta área^{37,38}, a

restrita produção científica relacionada à essas atividades³⁹, o baixo nível de conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão⁴⁰ e a inexistência de uma política nacional de assistência farmacêutica hospitalar^{1,41}.

Os profissionais de saúde devem garantir a qualidade de produtos e serviços, minimizando os riscos aos usuários. Para tanto, é fundamental um extenso conhecimento das normas e regulamentos relacionados às atividades desenvolvidas. As legislações de interesse na área da farmácia hospitalar se destinam a garantir qualidade no processo de aquisição, preparação, armazenamento e distribuição de medicamentos⁴².

Uma norma específica para o setor é a Resolução n.º 492/08 do Conselho Federal de Farmácia (CFF)⁴³, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza privada ou pública. Esta faz uma abordagem sobre as atribuições e competências do profissional farmacêutico neste setor de atuação. Porém, se trata de uma legislação informativa, não sendo regulatória, quando consideramos as atividades mínimas que devem ser desempenhadas pela farmácia hospitalar.

Ainda que uma única norma tenha sido encontrada que verse especificamente sobre a farmácia hospitalar, o setor é dependente da normatização sanitária como um todo. É importante ressaltar, que o cumprimento dos direcionamentos legais existentes é que garante a diminuição dos desequilíbrios entre os diferentes serviços, sendo muito importante que a farmácia hospitalar mostre adesão às normas sanitárias. Desta forma, os profissionais atuantes nesta área devem estar preparados para identificar estas legislações e para aplicá-las devidamente ao setor. Algumas dessas normas encontram-se relacionadas no Quadro 2.

Quadro 2: Legislação Sanitária, selecionada segundo algumas atividades desenvolvidas, de interesse em Farmácia Hospitalar.

Atividade	Legislação Sanitária relacionada
Seleção de medicamentos	Portaria GM/MS n.º 2.475, de 13 de Outubro de 2006 – Aprova a 4ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).
	Resolução CFF n.º 449, de 24 de Outubro de 2006 – Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.
Seguimento Farmacoterapêutico e Farmacoepidemiologia	Portaria GM/MS n.º 2.616, de 12 de Maio de 1998 – Cria o Programa de Controle de Infecção Hospitalar

Quadro 2: Legislação Sanitária, selecionada segundo algumas atividades desenvolvidas, de interesse em Farmácia Hospitalar (continuação)

Atividade	Legislação Sanitária relacionada
Farmacotécnica	Portaria MS/SNVS n.º 272, de 08 de Abril de 1998 – Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Parenteral.
	RDC ANVISA n.º 45, de 12 de Março de 2003 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde
	RDC ANVISA n.º 220, de 21 de Setembro de 2004 – Aprova o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de Terapia Antineoplásica
	RDC ANVISA n.º 67, de 08 de Outubro de 2007 – Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para uso humano em farmácias.
Gerenciamento	Portaria MS/SVS n.º 93, de 24 de Agosto de 1993 – Institui a obrigatoriedade da placa informativa com dados da empresa e do profissional responsável técnico
	Portaria MS/SVS n.º 783, de 10 de Outubro de 1998 – Autoriza em caráter excepcional, a importação de produtos, unicamente para uso hospitalar.
	Portaria GM/MS n.º 3.916, de 30 de Outubro de 1998 – Aprova a Política Nacional de Medicamentos
	RDC ANVISA n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
Aquisição	Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993 – Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal. Institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências.
	Portaria GM/MS n.º 1.818, de 02 de dezembro de 1997 – Recomenda que nas compras de licitações públicas de produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal, estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniados e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores destes produtos.
	Lei Federal n.º 10.520, de 17 de julho de 2002 – Institui no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.
	Portaria GM/MS n.º 375, de 28 de fevereiro de 2008 – Institui, no âmbito do SUS, o programa nacional para qualificação, produção e inovação em equipamentos e materiais de uso em saúde no complexo industrial da saúde.
Aquisição, Armazenamento e Distribuição	Portaria MS/SVS n.º 344, de 12 de Maio de 1998 – Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
	Portaria ANVISA n.º 328, de 22 de Julho de 1999 – Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácia e drogaria.

Quadro 2: Legislação Sanitária, selecionada segundo algumas atividades desenvolvidas, de interesse em Farmácia Hospitalar (continuação)

Atividade	Legislação Sanitária relacionada
Ensino e Pesquisa	Resolução CNS n.º 196, de 10 de Outubro de 1996 – Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.
	Lei Federal n.º 11.788, de 25 de Setembro de 2008 – Dispõe sobre o estágio de estudantes, e dá outras providências.

* GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde; CFF – Conselho Federal de Farmácia; MS/SNVS – Ministério da Saúde/Serviço Nacional de Vigilância Sanitária; ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; MS/SVS – Ministério da Saúde/Serviço de Vigilância Sanitária; CNS – Conselho Nacional de Saúde.

** Elaboração própria.

Avaliação em serviços de saúde

É propósito do processo de avaliação estabelecer julgamento de valor e subsidiar o processo de tomada de decisão e formulação de políticas⁴⁴. Devido a grande utilização de novas tecnologias e as modificações dos modelos assistenciais, o processo de avaliação e o monitoramento de serviços têm se tornado uma necessidade.

A avaliação da qualidade dos cuidados em saúde envolve a definição do foco avaliativo. Para a definição desse foco, nas avaliações de gestão, há de se envolver os agentes dos serviços (*stake-holders*)⁴⁴. Para se aprofundar o foco da avaliação é importante selecionar as características do objeto a ser avaliado. Segundo Donabedian⁴⁵, os atributos passíveis de serem mensurados em uma avaliação, são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A eficácia é o grau em que uma intervenção, procedimento, serviço ou tecnologia produz um efeito benéfico sob as condições mais favoráveis. O resultado de um estudo de avaliação da eficácia é o “padrão de qualidade” que deve servir como referência para os estudos de efetividade. A efetividade é o grau em que uma intervenção, procedimento, serviço ou tecnologia produz um efeito benéfico em “condições reais”, ou seja, da prática cotidiana. Já a eficiência pode ser definida como a habilidade de obter os melhores resultados com os menores custos⁴⁵.

Entende-se por otimização como a mais favorável relação entre os custos e benefícios. A aceitabilidade pode ser resumida como a conformidade da atenção prestada com os desejos, as expectativas e os valores dos usuários ou seus responsáveis. Os estudos de acessibilidade podem envolver os seguintes aspectos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades do cuidado, preferências do paciente pela efetividade do cuidado, e preferências do paciente quanto ao custo do cuidado⁴⁵.

A legitimidade é a conformidade com os princípios éticos, valores, normas e leis definidos pela sociedade. Ou seja, em certo aspecto, diz respeito ao bem-estar da

coletividade. E, a equidade é o princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. É parte daquilo que faz o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade⁴⁵.

Na delimitação do objeto é também importante definir os níveis da realidade do que se pretende estudar. O campo da saúde pode envolver os seguintes níveis: as ações, os serviços, os estabelecimentos e os sistemas⁴⁶. Todos os níveis do sistema de saúde podem ser objetos da avaliação de políticas, programas e projetos. Para Paim⁴⁷ “*as políticas de saúde podem ser consideradas como a ação ou omissão do Estado enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade*” (2003: p.588).

Segundo Novaes⁴⁶, de acordo com os critérios selecionados, a avaliação de serviços pode ser: investigativa, utilizada para a tomada de decisão ou utilizada para a gestão. As variáveis que irão definir o processo envolvem: o objetivo da pesquisa, a posição do avaliador, o enfoque priorizado, a metodologia predominante, o contexto da avaliação, a forma de utilização da informação produzida, o tipo de juízo formulado, e a temporalidade do processo.

Bosi & Uchimura⁴⁸ afirmam que duas são as modalidades de avaliação de programas e serviços de saúde: a avaliação formativa e a avaliação normativa. A avaliação formativa⁴⁴ “*é frequentemente conduzida durante a implementação de um programa e tem por objetivo apoiar o desenvolvimento do mesmo*” (2005: p.19). Já a avaliação normativa⁴⁹ “*busca estudar cada um dos componentes da intervenção em relação às normas e critérios*” (1997: p.31). Desta forma, as avaliações normativas são bem empregadas quando se deseja acompanhar permanentemente a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde.

As avaliações normativas são utilizadas para comparar os produtos obtidos em um processo com os recursos empregados e os procedimentos desenvolvidos, sendo considerada uma atividade comum a ser desempenhada pelas organizações. Esses modelos de pesquisa, mormente se traduzem em apreciações quanto à estrutura, os processos e os resultados⁴⁴. A abordagem da tríade estrutura-processo-resultados, foi proposta e sistematizada por Donabedian, e pode ser empregada como uma primeira aproximação com o objeto a ser avaliado⁵⁰.

As investigações de estrutura envolvem as análises dos recursos financeiros, humanos e materiais, além de informações sobre as normas e os procedimentos do

objeto avaliado. Já as apreciações de processo se destinam a entender como as atividades ocorrem (incluindo a compreensão sobre: o funcionamento da organização, as relações interpessoais, e a dimensão técnica) com o intuito de analisar se os serviços encontram-se adequados para obtenção de resultados de qualidade⁴⁹.

O exame de resultados se propõe a comparar os resultados observados aqueles previamente esperados segundo normas e critérios. De forma indireta, a avaliação de resultados, pode auxiliar na identificação de problemas de estrutura e processo⁵¹. Nos serviços de saúde pode ser útil, dentre outros aspectos, para evitar inúmeros problemas, tais como, óbitos^{52,53}, auxiliar na identificação de problemas que auxiliem na tomada de decisão⁵⁴, e também funcionar como mecanismo de acompanhamento de desempenho de serviços^{55,56,57}.

Em geral é mais fácil distinguir os componentes estruturais daqueles relacionados aos processos e aos resultados, porém esta diferenciação não é tão simples entre estes dois últimos^{50,51}. Muitas vezes, inclusive, os componentes de estrutura e processo estão tão imbricados com a produção de resultados, que as medidas usadas para avaliar resultados (indicadores), podem refletir o binômio estrutura-processo.

Embora a avaliação normativa se destine a comparar os recursos empregados (estrutura) e os serviços ou bem produzidos (processo) com os efeitos (resultados), estas são utilizadas apenas para apreciação de estrutura e processo, havendo necessidade de realização de pesquisa avaliativa para a apreciação de resultados. Segundo Contandriopoulos *et al*⁴⁹, estes modelos são mais bem empregados quando se deseja analisar as relações que existem entre os diferentes componentes de um processo.

A pesquisa avaliativa se propõe a analisar a relação entre os efeitos de uma determinada condição e o contexto no qual esta se situa. Este tipo de investigação pode ser realizada de formas diferentes, podendo ocorrer de maneira isolada ou combinada. Contandriopoulos *et al*⁴⁹, sugerem a seguinte tipologia para pesquisas avaliativas: análise estratégica, que consiste em examinar a consistência entre as ações que estão sendo desenvolvidas e a situação problemática que definiu as ações; análise da intervenção, que destina-se a analisar a coerência entre os recursos utilizados e o foco da intervenção; análise da produtividade, que se baseia em investigar a maneira como os recursos estão sendo empregados para produzir serviços; análise dos efeitos, que consiste em analisar as mudanças obtidas nos estados de saúde da população-alvo e sua relação com os serviços prestados; análise do rendimento, que destina-se a relacionar a análise dos recursos utilizados com os efeitos obtidos; e análise da implantação que baseia-se em medir a influência que pode ter a variação no grau da implantação de uma

intervenção nos seus efeitos e em apreciar a influência do contexto no qual a intervenção esta sendo implantada nos efeitos da intervenção.

Desta forma, as avaliações de estrutura-processo-resultados podem ser empregadas tanto durante a fase de implementação de um serviço, programa ou política, ou ainda, para avaliar a sua *performance* ao longo do tempo, ao que se denomina avaliação de desempenho. Este tipo de avaliação deve estar centrada em analisar o nível de alcance dos objetivos, princípios e metas estabelecidas para cada serviço de saúde e deve ser utilizada para orientar a formulação de políticas, programas e ações em saúde, o que demanda uma seleção adequada da estratégia de avaliação⁴⁶.

Segundo Silva⁴⁴ “*as estratégias de pesquisa para a avaliação correspondem às possíveis maneiras de mobilizar recursos teóricos e técnicos visando responder à pergunta de investigação de forma a evitar vieses e também responder a hipóteses rivais*” (2005: p.27). A escolha da estratégia de pesquisa a ser utilizada deve considerar o foco delimitado e o objeto de avaliação.

Experiências e propostas para avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil

A primeira proposta para a elaboração de um guia com critérios objetivos para avaliação das farmácias hospitalares no Brasil aconteceu em 1992, durante uma oficina de trabalho, realizada pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁵⁸.

Entre 1993 e 1994 foi desenvolvido um documento para ser utilizado para o credenciamento de farmácias hospitalares no Brasil, o que culminou com a elaboração de um questionário para auto-avaliação de serviços farmacêuticos de hospitais cadastrados. Esse instrumento denominado “Guia para avaliação de farmácias hospitalares”, foi aplicado em seis hospitais. A OPAS recomendou que o instrumento fosse adaptado, a fim de garantir um processo permanente de crescimento, estimulando os avaliados, e sugeriu algumas recomendações¹.

Na perspectiva de construir um instrumento mais completo para avaliação, em 1996 houve uma iniciativa por parte de um grupo técnico composto pela Comissão Executiva Operacional-MS / Escritório Regional do MS no Rio de Janeiro / Universidade Federal Fluminense (UFF). Este grupo desenvolveu um estudo de caso múltiplo de doze unidades hospitalares, sendo composto de sete hospitais de atendimento geral e cinco hospitais de atendimento especializado, todos administrados pelo governo federal e localizados no Estado do Rio de Janeiro. Este esforço levou a construção de um instrumento denominado “AVAFARMA/HOSP”, que se demonstrou

limitado dado às características dos hospitais avaliados⁵⁹.

Em 1997, após um ano de fundação da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), foi publicada uma orientação contendo os “Padrões Mínimos em Farmácia Hospitalar”, que funcionou como uma tentativa de organizar a prática da assistência farmacêutica hospitalar²⁴. Esse instrumento auxiliou os serviços no processo de construção de instrumentos de auto-avaliação nos serviços farmacêuticos.

A OPAS apoiada pelo MS e pela Universidade Federal da Bahia, em 1999, realizou o I Seminário sobre Estratégias de Integração e Desenvolvimento da Farmácia Hospitalar na América Latina, onde se recomendou fortemente a elaboração do diagnóstico brasileiro de farmácia hospitalar, objetivando a elaboração de políticas públicas destinadas a este setor¹.

A elaboração desta avaliação, que culmina com o Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil em 2002/2003 se inicia em 1999, com o intuito principal de conhecer a situação da farmácia hospitalar no Brasil, envolvendo a identificação da estrutura disponível e dos processos realizados. Essa fase foi desenhada como uma avaliação normativa, baseada na legislação vigente⁶⁰.

A metodologia foi construída a partir da formulação de um modelo lógico, considerando a opinião de *expertises* e um extenso processo de revisão bibliográfica¹. Foram selecionados, por amostragem estatística, e visitados 250 hospitais, de diferentes níveis de complexidade e com regimes de administração diferenciados, localizados em diferentes regiões do país. Foram estabelecidos indicadores de estrutura e processo, validados através de consenso de especialistas¹.

Os resultados encontrados não foram satisfatórios, em nenhuma das unidades visitadas. Porém se percebeu a necessidade de adequação do método de análise de dados, que não permitia uma adequada classificação dos hospitais, pelas questões hierárquicas pré-estabelecidas¹².

Uma segunda fase foi prevista neste projeto, onde se pretendia aprofundar a análise, através da identificação de produtos e resultados das etapas anteriormente avaliadas. Sugeriu-se para tal o desenvolvimento de estudos de caso⁶⁰. Esta etapa, porém, não foi desenvolvida, devido à falta de recursos para financiamento.

Após a divulgação dos resultados, e da percepção dos problemas relativos à definição dos casos a estudar, foi desenvolvida por Messeder¹² uma metodologia capaz de analisar os dados de maneira a classificar as farmácias de acordo com o nível de complexidade hospitalar, utilizando como base a PT/SAS/MS n.º 569/02. Foram construídos algoritmos de interdependência entre as atividades e de inter-relação entre

os componentes considerando as atividades *core* (centrais) da farmácia hospitalar, e também atribuída pontuação escalonada de acordo com os níveis diferentes de complexidade das atividades realizadas. Os resultados deste estudo confirmaram e especificaram os anteriormente encontrados no Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, e a pontuação máxima alcançada pelas farmácias, dentro do seu nível de complexidade, não atingiu 2/3 da pontuação ideal².

Naquele mesmo momento, Magarinos-Torres³⁵ tentava definir critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar. A metodologia empregada para estabelecimento dos indicadores, envolveu um consenso de especialista, através do uso do método de Delfos. Foi utilizado como base o modelo lógico construído para o “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”. O método se demonstrou confiável e resultou na construção de vinte indicadores de resultados³.

Concomitante ao desenvolvimento e desdobramentos do projeto “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”, outros estudos regionalizados foram realizados com metodologias específicas, não compreendendo, em algumas circunstâncias, todas as atividades da farmácia.

Em 2004, a dissertação de mestrado intitulada “*Proposta de um conjunto de indicadores para a utilização na Farmácia Hospitalar com foco na acreditação hospitalar*”, realizou uma investigação em onze farmácias de hospitais acreditados no Estado de São Paulo, onde não se evidenciou utilização sistemática dos indicadores, e propõe um conjunto de vinte e quatro indicadores voltados para o processo de acreditação hospitalar⁶¹.

Noronha & Borges⁶², em 2005, avaliam a qualidade do processo logístico em três hospitais públicos localizados no município de Natal, Rio Grande do Norte, e concluem que esses hospitais apresentavam deficiências frente aos indicadores analisados. Ressaltam que os fatores causadores dos problemas observados são desconhecidos pelos gestores. Penaforte *et al*⁶³, no mesmo ano, apresentam resultados de um estudo que avaliou a prática de vinte farmacêuticos de um hospital universitário. A pesquisa considerou indicadores relacionados às atividades de: gerenciamento, atividades em comissões, farmacotécnica hospitalar, informação e seguimento farmacoterapêutico, e atividades de ensino e pesquisa. Os resultados apontaram para problemas quanto aos indicadores de estrutura, e destacou a pouca atividade clínica e epidemiológica desenvolvida pelo serviço.

Em 2006, foi desenvolvido um estudo de caso onde se avaliou a aplicabilidade dos conceitos da teoria de sistemas no gerenciamento de um serviço de farmácia

hospitalar. Os resultados demonstraram excelência das atividades desempenhadas, focando-se nos indicadores de processos relacionados a este componente⁶⁴. Neste período, Xavier⁴¹ desenvolvia um estudo de caso descritivo sobre aspectos da vigilância sanitária relacionados aos serviços farmacêuticos no município de São Paulo, e destaca problemas relacionados à estrutura e aos processos desenvolvidos por estes serviços. Em suas conclusões, correlaciona a dificuldade de realização das atividades com a falta de legislação específica para o setor.

Cabe ressaltar, porém, a inexistência de trabalhos envolvendo a aplicação e a análise de indicadores de resultados da farmácia hospitalar em contextos específicos.

Diagnóstico das farmácias hospitalares nos hospitais estaduais do Rio de Janeiro

A elaboração do diagnóstico das farmácias hospitalares nos hospitais estaduais do Rio de Janeiro surgiu como um dos eixos estratégicos demandado pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SESDEC/RJ - com a finalidade de organizar a assistência farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro. A justificativa se fundamentou na importância que o uso racional de medicamentos tem no contexto da atenção em saúde, onde se ressaltam os crescentes estudos acerca dos erros de medicação, que apresentam conotações especiais quando atingem o paciente hospitalizado, tendo em vista que esta condição está, em geral, associada a estados patológicos mais graves, com conseqüente maior fragilização dos pacientes e uso concomitante de maior quantidade de medicamentos de menor margem terapêutica. Ao lado disto, existe uma também crescente demanda de eficiência e profissionalização dos serviços de saúde, aspecto tão mais estratégico quanto maior a importância e graus de articulação da atividade em questão. Tal é o caso da Farmácia Hospitalar, cujas atividades permeiam de forma crucial as atividades finalísticas do cuidado em saúde e o produto base de suas ações, o medicamento, com implicações mercadológicas, impactando fortemente no custo final do processo de cuidado⁴.

Para realização deste diagnóstico, foi necessário, segundo adaptação do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil¹:

1. *“Identificar as atividades desenvolvidas na farmácia hospitalar e sua adequação à parâmetros estabelecidos;*
2. *Verificar a disponibilidade de profissionais adequados em número e formação às funções desempenhadas;*

3. *Verificar a adequação dos aspectos construtivos das farmácias hospitalares às atividades por ela desenvolvidas;*
4. *Propor recomendações, visando à correção dos problemas encontrados.”* (2004: p.27).

Foram entrevistados profissionais que trabalham nas farmácias hospitalares dos hospitais estaduais, assim como os respectivos diretores das unidades. Foi utilizado um questionário estruturado, adaptado do instrumento utilizado para o projeto “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”¹. O projeto foi conduzido em caráter de intervenção pela SESDEC-RJ, no escopo do Projeto de Cooperação ENSP/SESDEC-RJ.

Foram visitadas 20 (vinte) unidades hospitalares de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos⁴.

A coleta de dados foi realizada por pesquisadores de campo devidamente treinados para a atividade. Os questionários foram submetidos à dupla revisão para garantir a qualidade das informações coletadas. Foi preparado um banco de dados próprio no programa Access[®] (Microsoft Corp, 2005). Houve dupla digitação dos questionários, com revisão das inconsistências por um estatístico. Os dados foram estatisticamente tratados, utilizando-se dos aplicativos SPSS[®] versão 13.0 e Microsoft Excel[®] (Microsoft Corp, 2005)⁴.

De modo geral, os resultados apontaram para uma baixa adequação dos serviços, considerando os indicadores propostos. As informações coletadas referiam-se a aspectos consolidados na literatura nacional e internacional, bem como, normas estabelecidas pela legislação sanitária vigente, ou ainda, critérios mínimos de qualidade recomendados pelas sociedades afins⁴.

O relatório final ressaltou a importância de uma análise minuciosa das informações relatadas, a fim de tentar explicar, de maneira mais precisa, os motivos que deram origem aos resultados encontrados e, desta forma, subsidiar medidas que contribuam para a reorganização da assistência farmacêutica hospitalar no Estado do Rio de Janeiro⁴.

A proposta desta dissertação consistiu em realizar, a partir do diagnóstico de estrutura e processos das farmácias hospitalares dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro o aprofundamento da análise, buscando explicações com vista a propor um plano diretor para o fortalecimento do setor.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Realizar uma avaliação das farmácias hospitalares em hospitais estaduais do Rio de Janeiro, com especial enfoque sobre os resultados alcançados.

Objetivos Específicos

1. Realizar diagnóstico hierarquizado e apontar características de estrutura e processo dos serviços de farmácia hospitalar segundo nível de complexidade dos hospitais, a partir de dados secundários da SESDEC-RJ do ano de 2008;
2. Selecionar indicadores de resultados específicos para mensurar os resultados da farmácia hospitalar, e construir planilha dos indicadores e métodos de mensuração dos mesmos;
3. Definir o desempenho das farmácias hospitalares em relação aos resultados observados, discutindo-os no interior dos diferentes níveis de complexidade hospitalar;
4. Analisar a influência do contexto nos resultados observados;
5. Propor recomendações para uma política estadual de Assistência Farmacêutica Hospitalar.

METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a metodologia empregada e descreve as estratégias de investigação e análise que foram utilizadas. Inicialmente descreve-se a estratégia de pesquisa que foi empregada nesta investigação, o estudo de caso. A seguir, destaca-se o desenho e as etapas do estudo, incluindo seus métodos de análise. Serão ainda evidenciados: o processo de seleção dos indicadores de resultados, a construção e utilização do instrumento e dos roteiros para coleta dos dados e as questões éticas.

Como descrito no referencial teórico, a avaliação de resultados deve ser empreendida por meio de pesquisa avaliativa, na qual as estratégias possíveis envolvem estudos estruturados ou semi-estruturados e metodologias não estruturadas ou qualitativas.

Os desenhos de estudo estruturados ou semi-estruturados têm sido propostos a partir de uma comparação com os estudos experimentais ou de intervenção, típicos dos estudos epidemiológicos. Esses desenhos, porém, apresentam algumas limitações de caráter ético e operacional que podem ser superadas com o uso de metodologias qualitativas complementares⁴⁴. Dentre as metodologias não estruturadas ou qualitativas se destacam os estudos de caso, que dependendo dos níveis de análise e da profundidade, podem utilizar várias técnicas de coleta de dados⁴⁴.

Este trabalho focalizou a análise dos resultados dos serviços de farmácia de hospitais estaduais do Rio de Janeiro, conforme interesse dos *stake-holders* demonstrado no trecho do referencial teórico “*Diagnóstico das farmácias hospitalares nos hospitais estaduais do Rio de Janeiro*”. O seu objeto de avaliação é a assistência farmacêutica hospitalar, sendo, portanto, indicado o uso de estratégias não estruturadas como o estudo de caso.

Sobre estudos de caso

Os estudos de caso estão indicados quando se deseja entender como e por que uma situação acontece. Uma das aplicações dessas técnicas em processos de avaliação é para explorar aquelas situações na qual a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados⁶⁵.

Quatro condições estão relacionadas à qualidade de um estudo de caso: i) a validade interna; ii) a validade do constructo; iii) a validade externa; iv) e a confiabilidade.

A validade interna é fundamental nos estudos cujo pesquisador tem por objetivo estabelecer uma relação de causa e efeito, sendo a estratégia analítica de adequação ao padrão uma das maneiras de aplicá-la. Como estratégia para garantir a validade do constructo recomenda-se a utilização de múltiplas fontes de informação, o estabelecimento de uma seqüência de evidências e a revisão dos rascunhos dos relatórios pelos informantes-chaves. Já a validade externa é alcançada pela lógica da replicação, e mais facilmente obtida em estudos de casos múltiplos.

A confiabilidade, que tem por finalidade minimizar erros e os vieses de um estudo, pode ser alcançada com o uso de um protocolo e com a construção de um banco de dados para o estudo. As seguintes seções devem compor um protocolo de estudo de caso: uma visão geral do projeto, os procedimentos de campo, as questões do estudo de caso, e um guia para o relatório do estudo^{65,66}.

Os estudos de caso podem ser classificados em quatro tipos distintos: i) projetos holísticos de caso único; ii) projetos incorporados de caso único; iii) projetos holísticos de casos múltiplos; iv) e projetos incorporados de casos múltiplos⁶⁵.

Os estudos de caso serão considerados holísticos quando analisam a situação de forma global, não sendo estudadas as subunidades do caso em questão. Em contraste, nos projetos incorporados além da análise plena da situação, os estudos examinam as subunidades do caso.

Segundo Yin⁶⁵, os estudos de caso único são utilizados para ratificar, contrapor ou desdobrar uma teoria; ou, quando a situação representa um caso incomum ou extraordinário; ou, quando a situação é um caso representativo ou característico; ou, quando a situação é um caso revelador; ou ainda, quando se pretende estudar o mesmo caso em vários momentos ao longo do tempo. Já os estudos de casos múltiplos estão fundamentados na lógica da replicação, de forma a prever resultados similares entre os casos (replicação literal) ou produzir resultados diferentes (replicação teórica).

Documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos são fontes utilizadas para gerar evidências em um estudo de caso. São recomendações importantes para a prática desta estratégia: a utilização de várias fontes de evidências, a construção de um banco de dados e um encadeamento de evidências.

A análise desses estudos pode ser através de uma de cinco técnicas específicas: adequação ao padrão, construção da explanação, análise de séries temporais, modelos lógicos ou síntese de casos cruzados. Na lógica de adequação ao padrão se compara um padrão essencialmente empírico com outra previsão alternativa. Na segunda técnica o

objetivo é analisar os dados do estudo construindo uma explicação sobre o caso. Nas análises de séries temporais se objetiva examinar algumas questões explicativas sobre a relação dos eventos ao longo do tempo. Na técnica analítica do modelo lógico os eventos empiricamente observados são comparados com eventos teoricamente previstos. Na síntese de casos cruzados os achados de cada caso em particular são comparados com uma estrutura uniforme⁶⁵.

Desenho do estudo

No presente trabalho foi realizado a avaliação de resultados de serviços de farmácia hospitalar em unidades estaduais do Rio de Janeiro, através de estudo de casos múltiplos, a partir da análise de dados secundários da SESDEC-RJ do ano de 2008. A análise dos estudos de caso ocorreu através de síntese de casos cruzados. O estudo foi desenvolvido em três etapas específicas, e ao final foi elaborado um relatório com recomendações com possibilidade de subsidiar os gestores na formulação de uma política estadual de assistência farmacêutica hospitalar.

Etapas do estudo

O método utilizado neste estudo é consequência de outras abordagens metodológicas já utilizadas para avaliar a farmácia hospitalar. Desta forma, foram etapas de desenvolvimento deste projeto: i) Apresentação e descrição de estrutura e processo das farmácias dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro; ii) Diagnóstico hierarquizado por nível de complexidade desses hospitais; e, iii) Estudo de casos das farmácias dos hospitais selecionados. As duas primeiras etapas podem ser classificadas como “pré-metodológicas”, ou “prévias” por serem fundamentais para a aplicação da terceira, onde é descrito o método específico deste estudo.

No interior da descrição das etapas realizadas será detalhado o campo de atuação da pesquisa, e como se processou a coleta e análise das informações.

Apresentação e descrição de estrutura e processo das farmácias hospitalares

A primeira etapa contou com uma análise aprofundada do banco de dados secundários da SESDEC-RJ, quanto à estrutura e processo das farmácias hospitalares, construído durante o processo de elaboração do projeto de colaboração entre a ENSP e a SESDEC-RJ. Para tal, foi utilizado o marco metodológico do “*Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil*”, empregado como base no “*Diagnóstico das farmácias hospitalares nos hospitais estaduais do Rio de Janeiro*”.

Para tanto, foi considerado o modelo lógico (Anexo 1) construído para o “*Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil*”, assim como sua planilha de indicadores (Anexo 2)¹.

A elaboração de modelos lógicos é fundamental para a compreensão da relação de causa-efeito entre os componentes envolvidos²⁰, devendo conter sua descrição, seus objetivos e os resultados diretamente relacionados. Os seguintes componentes da Farmácia Hospitalar foram descritos neste modelo: Seleção de Medicamentos; Logística (Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição); Gerenciamento; Informação; Seguimento Farmacoterapêutico; Farmacotécnica; e, Ensino e Pesquisa¹.

Foram apresentados e descritos os resultados dos indicadores de estrutura e processo calculados, segundo os componentes do modelo lógico, para os hospitais da amostra. Esta estratégia é fundamental para a compreensão do contexto das unidades, considerando que as informações se referem às características gerais dos hospitais e as características dos serviços de farmácia hospitalar. Tais informações foram também utilizadas quando da análise dos indicadores de resultados frente aos recursos empregados e aos serviços prestados.

Na coleta de dados, cada farmácia hospitalar recebeu uma identificação através de um código alfanumérico único, elaborado para esse estudo, de forma a preservar a identidade da unidade.

Diagnóstico hierarquizado por nível de complexidade dos hospitais

Nesta etapa, foi identificada a classificação dos hospitais pelos níveis hierárquicos propostos pela PT/SAS/MS n.º 569¹⁹, através do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram calculados os algoritmos, segundo Anexo 3, considerando o nível de complexidade dos hospitais, conforme proposta de Messeder². A opção metodológica por esta análise está pautada no trecho “*Experiências e propostas para avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil*” presente no referencial teórico deste texto.

A pontuação final obtida por cada farmácia hospitalar permitiu hierarquizar os serviços de acordo com o desempenho, segundo os componentes do modelo lógico. Essa pontuação foi comparada com a pontuação padrão frente ao algoritmo. A pontuação ideal para serviços de farmácia de hospitais de nível 5 é de 470 pontos, para os serviços em unidades de nível 6 é de 624,9 pontos, para as farmácias dos hospitais de nível 7 é de 830,8 pontos, e para as unidades dos hospitais de nível 8 é de 884,3 pontos².

Para a construção desse algoritmo foi considerado que as atividades centrais (representadas pelos componentes: gerenciamento, seleção de medicamentos, logística e

informação), apresentariam pontuação diferenciada devido a sua essencialidade, pois essas atividades não podem deixar de ser desempenhadas². Considerou-se que algumas atividades podem apresentar diferentes níveis de complexidade na sua execução, como por exemplo, a atividade de distribuição de medicamentos¹². Foi também considerada a realização de atividades que não apresentavam adequação com o nível de complexidade hospitalar no qual o serviço de farmácia estava inserido. Os indicadores foram classificados em obrigatórios, não obrigatórios e indesejáveis dentro de cada nível hierárquico. Foi atribuída ponderação as atividades, e desta forma, os pesos foram rearranjados conforme a presença do componente em cada serviço².

Desta forma, a pontuação final dos dados analisados neste estudo, foi obtida através do somatório da pontuação dos indicadores ponderados por componente. Essa pontuação foi comparada com a pontuação ideal dado o algoritmo proposto, sendo o resultado expresso na forma de percentual de aproximação. Foram consideradas três categorias, conforme proposto por Messeder²: i) 0 a 33,3 % - baixa pontuação; ii) 33,4 a 66,6 % - média pontuação; e, iii) 66,7 a 100 % - alta pontuação.

Este ranqueamento permitiu a **seleção dos casos**, que compuseram a terceira etapa deste estudo. Os casos selecionados foram aqueles representados pelo pior e pelo melhor serviços em relação ao desempenho de estrutura e processo, em cada nível de hierarquia, o que totalizou seis casos.

Estudo de caso de farmácias dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro

Optou-se pela realização de estudo de casos múltiplos para aumentar a validade externa desse trabalho.

Para garantir a validade interna do estudo foi utilizado o modelo lógico como técnica analítica, comparando os eventos empiricamente observados àqueles teoricamente presumidos. O modelo lógico estipula um encadeamento de eventos ao longo do tempo. Tais eventos são representados em padrões repetidos de causa-efeito⁶⁵.

Foi necessário, portanto, evidenciar os resultados das atividades que são desenvolvidas pela farmácia hospitalar. Para tal, recorreu-se ao estudo de Magarinos-Torres³ intitulado “*Indicadores de resultados para a farmácia hospitalar*”, onde, através de consenso de especialistas, foi realizado um processo de revisão do modelo lógico utilizado no “*Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil*”. O aperfeiçoamento do modelo lógico ao longo de um processo de avaliação é apontado como positivo, pois tende a elevar a coerência dos resultados observados⁶⁷.

A opção por utilizar este modelo lógico, neste estudo, está pautada nos seguintes argumentos: i) este foi o único estudo realizado no país, que define critérios e

indicadores de resultados específicos para a farmácia hospitalar; ii) os benefícios da técnica de consenso utilizada no estudo para o aperfeiçoamento do modelo lógico; iii) e o fato de que o modelo foi aperfeiçoado, mantendo a fidelidade aos componentes que foram idealizados no projeto original, o que garante a possibilidade de comparação dos resultados obtidos com o contexto de estrutura e processos observados no “*Diagnóstico das farmácias hospitalares nos hospitais estaduais do Rio de Janeiro*”.

O Anexo 4 descreve os novos objetivos dos componentes do modelo lógico, assim como relaciona os resultados individuais e compostos dessas atividades, de acordo com critérios de adequação, possibilidade de mensuração e relevância em ser mensurado, segundo o consenso de especialistas³. A partir da definição do uso daquele modelo lógico adaptado por Magarinos-Torres³ foram construídos os indicadores de resultados, assim como instrumentos e roteiros para a coleta das evidências, conforme descrito nas seções seguintes.

A terceira etapa também envolveu a pesquisa de campo, onde foram investigados os casos selecionados para o estudo. Nesta fase, foi realizada pesquisa avaliativa para apreciação dos indicadores de resultados.

Foram utilizadas neste estudo múltiplas fontes de evidências, coletadas através de entrevistas, observação direta, análise de dados documentais e dos registros em arquivos. Tal estratégia objetivou manter a validade do constructo.

As entrevistas representam a principal fonte de informação em estratégias de estudo de caso, podendo ser conduzidas de forma espontânea, focada ou através de levantamento formal⁶⁵. Neste estudo foram realizadas entrevistas estruturadas com atores chaves – farmacêuticos responsáveis pelos serviços tomados como casos do estudo e funcionários responsáveis pelas atividades de programação, aquisição e armazenamento de medicamentos.

A observação direta pode variar de uma atividade formal a uma atividade informal de coleta de dados⁶⁵. Neste estudo a observação direta das atividades desenvolvidas no serviço, aconteceu conforme roteiro de observação direta elaborado para o estudo, de forma complementar a entrevista.

A análise de documentos deve ser realizada para valorizar e corroborar as evidências obtidas por outras fontes. Segundo Yin⁶⁵, são considerados documentos: cartas, memorandos e outros tipos de correspondências; estudos ou avaliações formais do mesmo “local” sob estudo; agendas, avisos e minutas de reuniões, e outros relatórios escritos de eventos em geral; recortes de jornais e outros artigos que aparecem na mídia de massa ou em informativos de determinadas comunidades; e, documentos

administrativos. Foram coletados e analisados, neste estudo, documentos que evidenciavam a qualidade da assistência prestada, conforme roteiro de análise de documentos construído para a pesquisa.

Os registros em arquivos devem ser avaliados com atenção, devendo considerar sob quais condições foram produzidos e o seu nível de precisão. Os registros em arquivos incluem: os registros de serviço, os registros organizacionais, mapas e gráficos, listas de nomes e outros itens importantes, dados oriundos de levantamentos e registros pessoais⁶⁵. Os registros em arquivos que foram observados e analisados neste estudo estão listados no roteiro de análise de registros em arquivos desenvolvido.

A coleta foi realizada mediante autorização prévia da direção da unidade e da chefia do serviço de farmácia, e de agendamento com os informantes e com os serviços a serem visitados pelo pesquisador responsável.

Procurou-se manter um encadeamento das evidências encontradas, de modo a aumentar a confiabilidade das informações observadas no estudo. Para tanto foi construído um banco de dados para registro das informações coletadas e produzidos relatórios dos estudos.

O banco de dados foi desenvolvido no aplicativo Microsoft[®] Excel (Microsoft[®] Corporation, 2007). Os dados foram duplamente revisados e duplamente digitados, de forma a eliminar as inconsistências que pudessem ser observadas durante a coleta de dados. Em casos de dúvidas, foi consultado o caderno de campo, utilizado durante a coleta das informações.

As evidências foram analisadas por meio de síntese de casos cruzados. Nesta técnica cada caso é analisado separadamente e posteriormente as informações são cruzadas, criando-se categorias que exibem os dados provenientes dos casos individuais⁶⁵. As categorias de análise consideradas, neste projeto, estão diretamente relacionadas aos componentes do modelo lógico, suporte deste estudo.

Os casos foram sumarizados de modo a proporcionar juízo de valor sobre a qualidade dos serviços de assistência farmacêutica dos hospitais visitados, bem como, os motivos envolvidos nos diferentes desempenhos observados das evidências coletadas.

Para o julgamento de valor foram utilizadas como parâmetros as atuais legislações sanitárias normativas para o setor, conforme embasamento do trecho “*Legislação aplicada à farmácia hospitalar no Brasil*”, apresentado no referencial teórico.

Os resultados foram analisados considerando o contexto de estrutura e processos

que estão envolvidos. Desta forma, procurou-se realizar uma análise da produtividade dos serviços, conforme detalhado no trecho do referencial teórico “*Avaliação em serviços de saúde*”.

Um relatório com os achados, assim como, recomendações para a elaboração de uma política estadual de assistência farmacêutica hospitalar foi encaminhada à superintendência de assistência farmacêutica e insumos estratégicos do Estado.

Seleção dos indicadores de resultados

Em qualquer das abordagens avaliativas o uso de indicadores tem se demonstrado aplicável. Indicadores são expressões objetivas de critérios utilizados para análise da qualidade. Os critérios, por sua vez, podem ser definidos como as propriedades que correspondem a um nível de qualidade almejado ou esperado⁵⁰.

Os indicadores devem apresentar algumas características fundamentais^{68,69}: importância (deve refletir uma importante dimensão do desempenho); mensurabilidade (pode ser definido em termos quantitativos e qualitativos); validade (deve medir realmente o que se propõe a medir); clareza (deve ser fácil de entender e calcular); e confiabilidade (permite avaliação consistente ao longo do tempo e entre diferentes observadores).

Desta forma, este estudo procurou selecionar indicadores que atendessem ao máximo as características supracitadas. Para tanto, foram examinados os indicadores de resultados estabelecidos no estudo de Magarinos-Torres³, a fim de manter a coerência com o modelo lógico (Anexo 4), utilizado neste estudo. Foi necessário, porém, revisar a metodologia utilizada na pesquisa, considerando que os indicadores de resultados estavam agrupados segundo aspectos de qualidade do cuidado, e não segundo a lógica dos componentes do modelo lógico original.

Alternativamente, neste estudo, se preferiu a manutenção da fidelidade ao modelo lógico, relacionando os indicadores a lógica dos componentes. Essa postura conservadora objetiva manter a consistência interna da pesquisa, facilitando a análise do contexto. Sendo assim, a partir dos resultados considerados adequados, passíveis de mensuração e relevantes de serem mensurados, foram relacionados os seus indicadores correspondentes.

No entanto, os indicadores consensuados no estudo de Magarinos-Torres³ foram insuficientes para analisar os resultados esperados e desejados para a farmácia hospitalar. Recorreu-se, então, a outros estudos, nacionais e internacionais, de avaliação de serviços de farmácia, com metodologias validadas, na tentativa de adaptar

indicadores de resultados que pudessem ser empregados neste estudo. Houve necessidade de adequação do enunciado dos indicadores selecionados.

Em seguida, foram elaboradas a definição dos indicadores construídos e selecionados, seus métodos de cálculo, o algoritmo adequado para calculá-los, e escolhidas as fontes de evidências que foram utilizadas.

Para avaliação de alguns indicadores optou-se por adotar uma lista limitada de medicamentos, denominados “medicamentos traçadores”. Este recurso é apontado como forma de reduzir tempo e custos da pesquisa de campo. *“Por definição, esses medicamentos devem pertencer à lista nacional de medicamentos essenciais, estar entre os mais importantes do ponto de vista terapêutico e entre os medicamentos mais utilizados”*¹ (2004: p.31).

O Quadro 3 apresenta a lista padrão de medicamentos traçadores que foram utilizados neste estudo. Preferiu-se manter a lista utilizada no *“Diagnóstico das farmácias hospitalares dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro”*, com o propósito de manter a consistência interna.

Quadro 3: Lista padrão de Medicamentos traçadores (n=20).

Água destilada injetável	Fenitoína injetável
Albumina humana injetável	Furosemida injetável
Bicarbonato de sódio injetável	Hidrocortisona injetável
Brometo de ipratrópio solução	Insulina humana NPH injetável
Captopril ou enalapril comprimido	Lidocaína geléia
Ceftriaxona injetável	Morfina injetável
Ciprofloxacino injetável	Oxacilina injetável
Diazepam injetável	Ranitidina injetável
Dobutamina injetável	Sinvastatina comprimido
Epinefrina injetável	Sulfato Ferroso comprimido

Fonte: Osorio-de-Castro *et al*, 2008.

Instrumento e Roteiros para coleta das evidências

Diferentes instrumentos de coleta de dados podem ser utilizados nos diversos desenhos de estudo, porém, o questionário é o mais empregado em pesquisas avaliativas. As questões que compõem um questionário podem ser do tipo abertas, fechadas ou mistas. Os questionários podem ser preenchidos através de entrevistas, ou ainda, serem auto-preenchidos com ou sem a presença do investigador⁷⁰.

Os roteiros para coleta de evidências são úteis para auxiliar o pesquisador antes e

durante as pesquisas, assim como, para evitar que o pesquisador esqueça de coletar alguma informação importante no decorrer do estudo. Estes roteiros devem permitir, ao mesmo tempo, o foco nas questões previamente apontadas para a avaliação e a abertura para novas descobertas⁷⁰.

O instrumento e os roteiros foram elaborados de forma a privilegiar a coleta de informações necessárias para o cálculo dos indicadores, e, também, para evidenciar características que possam auxiliar na contextualização dos resultados observados.

Para identificar a adequação do instrumento e dos roteiros propostos, os mesmos foram validados em um pré-teste. Devido às poucas alterações necessárias nos instrumentos de coleta, não foi realizado estudo piloto.

Questões éticas

O trabalho foi desenvolvido sob a égide da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em todas as suas fases, uma vez que houve necessidade de coleta de dados dos serviços e a realização de entrevistas com atores-chaves⁷¹.

Os dados secundários foram utilizados mediante expressa autorização da SESDEC RJ (Anexo 5). Estes dados foram coletados, também, mediante a concordância dos diretores dos hospitais (Anexo 6), por meio de termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.

A participação dos entrevistados no estudo foi voluntária com base em informações encaminhadas sobre o estudo e a não correlação das respostas fornecidas com os nomes dos entrevistados e dos serviços, e assinatura do TCLE (anexo 7). Foram garantidos os seguintes direitos: i) solicitar maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, em qualquer momento; ii) negar-se a responder os questionamentos ou a dar informações que julgue prejudicial a sua integridade social, física e/ou moral; iii) desistir de participar do estudo em qualquer momento e retirar o seu consentimento.

O trabalho (protocolo n.º 78/09 – CAAE: 0082.0.031.000-09) foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em seres humanos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) em 03 de junho de 2009.

RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados encontrados a partir da metodologia empregada, dividido em quatro sub-capítulos. O primeiro descreve os dados de estrutura e processo das farmácias hospitalares obtidos a partir do banco de dados secundários da SESDEC-RJ. No segundo sub-capítulo é apresentado o resultado do diagnóstico hierarquizado de estrutura e processo dos serviços. Em seguida são apresentados os indicadores de resultados selecionados, seus respectivos instrumentos de coleta e métodos de cálculos. E por último, é descrito o desempenho dos hospitais estudados frente aos indicadores de resultados.

Apresentação e descrição de estrutura e processo das farmácias hospitalares

Os dados obtidos do banco de dados da SESDEC-RJ evidenciaram que dos vinte hospitais estaduais avaliados: i) 08 (40 %) são especializados; ii) 04 (20 %) são gerais; e iii) 08 (40 %) são de emergência. Os hospitais pesquisados reúnem cerca de 6,5% do total de leitos dos hospitais do estado do Rio de Janeiro, totalizando 3.698 leitos. Esses hospitais apresentam em média 170 leitos ativos, e 70% desses, realizam atendimento ambulatorial⁴.

Apenas um hospital avaliado não apresenta organograma com a estrutura organizacional da instituição. Dentre as instituições que possuem organograma, a farmácia encontra-se representada, como órgão, divisão, departamento, serviço, setor ou seção responsável pelos medicamentos, em apenas quinze (78,9%) unidades. Em três unidades, a farmácia está exclusivamente submetida à área administrativa ou de suprimentos, enquanto nas demais se encontra hierarquicamente ligada a área clínica⁴.

Em média a área física das farmácias avaliadas é de 136,6 m², com moda de 99 m² e desvio padrão de $\pm 116,7$ m². A menor farmácia apresentava 25 m² e a maior tinha 500 m²⁴.

O diagnóstico destacou ainda que o profissional farmacêutico estava presente em todas as unidades estudadas, com uma média de 10 farmacêuticos por hospital. A unidade com maior número de farmacêuticos apresenta 22 profissionais, enquanto, duas unidades apresentavam na época da avaliação apenas 3 profissionais⁴. Em média os serviços de farmácia funcionavam 18 horas diariamente. O menor período de funcionamento era de 12 horas, enquanto outros serviços funcionavam de forma ininterrupta em sistema de plantão. De acordo com o banco de dados, os farmacêuticos

estavam presentes durante todo o período de funcionamento.

Ao se analisar a relação farmacêutico/leito, encontra-se o resultado de 1 profissional para cada 15 leitos. Sendo a maior relação à de 1 farmacêutico para cada 43 leitos ativos, em duas unidades, e a menor a de 1 profissional para cada 4 leitos ativos.

Os resultados dos indicadores propostos encontram-se sumarizados no Anexo 8.

Em média os serviços de farmácia realizavam apenas seis atividades, entre as dez avaliadas no estudo. A comparação entre o número de farmacêuticos com as atividades desenvolvidas não encontrou correlação. A única unidade que exercia todas as atividades avaliadas contava com 14 farmacêuticos. Já a unidade que detinha o maior número de farmacêuticos (22) exercia apenas seis atividades. A unidade que exercia o menor número de atividades, apenas quatro, contava com três farmacêuticos⁴.

O anexo 9 apresenta o resultado da análise de atendimento aos indicadores dos diversos componentes do modelo lógico. O componente que atendeu ao maior número de indicadores tratou-se da atividade de armazenamento. Em 80% (16/20) das unidades estudadas todos os indicadores relacionados à atividade foram atendidos. Há de se destacar que este componente em 95% (19/20) das unidades avaliadas é desempenhado por uma firma terceirizada, segundo relatório da SESDEC-RJ⁴. A unidade que atendeu apenas 50% dos indicadores deste componente tratou-se exatamente do hospital cujo serviço não é terceirizado.

O componente informação sobre medicamentos tratou-se da atividade com o menor número de indicadores atendidos. Ainda, nesses hospitais, não se atende mais de 50% dos indicadores deste componente, o que reflete uma completa inadequação destes serviços⁴.

Com relação ao componente distribuição, em média 39,5% não cumprem com as boas práticas de dispensação de medicamentos⁴. Em dez (50%) unidades a distribuição de medicamentos acontece através do sistema individualizado, em quatro (20%) unidades através do sistema coletivo e em seis (30%) unidades através do sistema misto ou combinado. Nenhum dos serviços dispunha de farmácias satélites.

A atividade de gerenciamento é desenvolvida em todos os serviços avaliados, porém a grande maioria (16/20) cumpre menos de 50% dos indicadores propostos. Dois pontos se destacam nesse contexto: i) a ausência completa de manual de normas e procedimentos nas unidades avaliadas; e, ii) o número pequeno de unidades (10%) com planejamento de metas e objetivos.

O componente aquisição é atendido na grande maioria (17/20) das unidades⁴. Em geral, os medicamentos são adquiridos pela SESDEC-RJ e posteriormente são distribuídos as unidades. Porém, quando há necessidade de aquisição de medicamentos não selecionados, ou ainda, em situações especiais e/ou emergenciais, cada unidade é responsável pela aquisição dos seus medicamentos. Dentre as unidades avaliadas, quatro (20%) não cumpre nenhum dos indicadores propostos da atividade programação, e em 40% faltam medicamentos considerados essenciais para o controle e tratamento das principais causas de internação no Estado.

Quanto ao componente seleção de medicamentos, apenas uma (5%) cumpria 75% dos indicadores relacionados a esse componente. Destaca-se que em 30% das unidades nenhuma medida era adotada para promover o uso correto dos medicamentos na instituição, e que uma unidade embora não apresentasse relação de medicamentos essenciais, possuía protocolos terapêuticos para uso de alguns medicamentos na unidade.

A atividade de farmacotécnica é desempenhada em apenas 20% (4/20) dos hospitais estudados⁴. Há evidências, porém, que estas atividades não são devidamente exercidas, uma vez que a unidade que atende a maioria dos indicadores, só o faz em 54%, significando que grande parte dos itens imprescindíveis e necessários, segundo a legislação sanitária vigente, não são devidamente atendidos.

O componente seguimento farmacoterapêutico tem pelo menos um indicador atendido em 30% das unidades avaliadas no estudo⁴. Em apenas 3 unidades o farmacêutico participa das visitas médicas, porém, em nenhuma delas é realizada orientação sobre os medicamentos em uso. O processo de monitoração terapêutica dos fármacos ocorre em 3 unidades, mas em apenas 1 o farmacêutico participa desta atividade. As atividades de farmacovigilância acontecem em 5 unidades, de modo devidamente registrado.

Embora não seja considerada atividade *core*, o componente ensino e pesquisa está presente em 65% (13/20) das unidades estudadas⁴. Destas, a maioria (12/13) desenvolve algum tipo de programa ou atividade voltada para a formação profissional em farmácia hospitalar, centrada nos estágios para acadêmicos, e apenas duas realizam sessões científicas bimestrais no próprio serviço, a fim de discutir os assuntos relacionados com a prática diária. Atividades de pesquisa são desenvolvidas pelas mesmas unidades que realizam sessões científicas.

Diagnóstico hierarquizado de estrutura e processo de serviços

Após considerar a PT/SAS/MS n.º 569¹⁹, a distribuição dos hospitais estudados, de acordo com o nível de complexidade, mostrou que: i) 30% dos hospitais estão no nível hierárquico 6; ii) 30% no nível hierárquico 7; e, iii) 40% no nível hierárquico 8.

A análise quanto à presença do componente no serviço, segundo nível de complexidade dos mesmos, encontra-se descrita no Quadro 4. Percebe-se um maior desenvolvimento das atividades de armazenamento, distribuição e gerenciamento, seguido dos componentes aquisição, programação, seleção e ensino e pesquisa. Os componentes seguimento farmacoterapêutico, farmacotécnica e informação, são desempenhados em menor proporção.

Quadro 4: Presença do componente no serviço de farmácia hospitalar de acordo com o nível hierárquico do serviço.

Componentes do Modelo Lógico	Geral		Nível Hierárquico					
			6		7		8	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Logística - programação	16	80,0	3	50,0	5	83,3	8	100,0
Logística - aquisição	17	85,0	3	50,0	6	100,0	8	100,0
Logística - armazenamento	20	100,0	6	100,0	6	100,0	8	100,0
Distribuição	20	100,0	6	100,0	6	100,0	8	100,0
Gerenciamento	20	100,0	6	100,0	6	100,0	8	100,0
Seleção	14	70,0	4	66,7	4	66,7	6	75,5
Farmacotécnica	4	20,0	0	0,0	1	16,7	3	37,5
Informação	2	10,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0
Seguimento farmacoterapêutico	6	30,0	0	0,0	4	66,7	2	25,0
Ensino e pesquisa	13	65,0	3	50,0	3	50,0	7	87,5

* Elaboração própria.

Em seguida, foram aplicados os algoritmos de cada nível hierárquico aos serviços de farmácia hospitalar para a obtenção da pontuação frente ao arranjo das atividades proposta. O Quadro 5 apresenta a pontuação obtida pelos serviços avaliados, segundo código de identificação e nível hierárquico, para cada atividade desenvolvida.

Quadro 5: Pontuação obtida pelos serviços avaliados, segundo código de identificação e nível hierárquico, para cada atividade desenvolvida.

Nível Hierárquico	Cód. do Hospital	Logística*	Distribuição	Gerenciamento	Seleção	Informação	Farmacotécnica	Seguimento Farmacoterap.	Ensino e Pesquisa	Total
6	RJ5	207,7	29,2	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	311,9
	RJ7	221,7	31,7	105,0	15,5	0,0	0,0	0,0	0,0	373,9
	RJ8	275,0	29,8	90,0	15,5	0,0	0,0	0,0	0,0	410,3
	RJ14	129,8	29,1	45,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	203,9
	RJ15	128,3	27,8	75,0	15,5	0,0	0,0	0,0	0,0	246,6
	RJ19	125,6	0,0	105,0	15,5	0,0	0,0	0,0	0,0	246,1
7	RJ1	176,8	30,2	93,0	15,5	0,0	0,0	8,5	0,0	324,0
	RJ9	184,4	30,9	77,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	292,8
	RJ11	230,1	0,0	93,0	15,5	0,0	0,0	8,5	0,0	347,1
	RJ12	257,0	28,5	90,0	15,5	0,0	0,0	17,0	12,0	420,0
	RJ16	203,9	36,4	93,0	0,0	0,0	21,0	0,0	0,0	354,3
	RJ18	253,5	0,0	93,0	15,5	0,0	0,0	8,5	0,0	370,5
8	RJ2	287,5	0,0	150,0	30,0	8,0	49,6	24,0	16,0	565,1
	RJ3	182,5	29,7	90,0	15,0	0,0	0,0	0,0	4,0	321,2
	RJ4	209,7	0,0	105,0	15,0	0,0	10,0	0,0	4,0	343,7
	RJ6	157,9	30,0	60,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	267,9
	RJ10	193,4	32,5	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	259,9
	RJ17	177,6	32,5	90,0	15,0	0,0	0,0	0,0	4,0	319,1
	RJ20	151,3	0,0	75,0	15,0	0,0	0,0	8,0	4,0	253,3
	RJ21	138,2	0,0	90,0	15,0	19,6	0,0	0,0	4,0	266,8

* Logística – Programação, Aquisição e Armazenamento / **Elaboração própria

A pontuação obtida foi comparada com a pontuação ideal para cada nível de complexidade, conforme demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6: Pontuação máxima e mínima obtida pelos serviços x pontuação ideal, após aplicação do algoritmo de cada nível hierárquico.

Nível Hierárquico	Pontuação				
	Ideal	Máxima	%	Mínima	%
6	624,9	410,3	65,7	203,9	32,6
7	830,8	420,0	50,6	292,8	32,2
8	884,3	565,1	63,9	253,3	28,6

* Elaboração própria

Para todos os níveis de complexidade, a adequação máxima alcançada não ultrapassou 2/3 da pontuação total. Utilizando como ponto de corte três categorias (*alta* - bom desempenho; *média* – desempenho médio; e, *baixa* pontuação – desempenho insuficiente), pode-se dizer que, de acordo com os critérios adotados neste estudo, nenhum serviço de Farmácia Hospitalar alcançou um bom desempenho, conforme se observa no Quadro 7.

Quadro 7: Nível de adequação dos serviços segundo a complexidade dos hospitais.

Nível Hierárquico	Pontuação					
	Baixa	%	Média	%	Alta	%
6	1	16,7	5	83,3	0	0,0
7	0	0,0	6	100,0	0	0,0
8	4	50,0	4	50,0	0	0,0

* Elaboração própria

Uma outra análise determinou a proporção de hospitais que realizavam todas as atividades básicas da farmácia hospitalar, por nível hierárquico. Nos níveis hierárquicos 6 e 7 nenhum serviço apresentou todos os componentes básicos; e no nível hierárquico 8 apenas 25% (2/8) dos serviços realizavam todas as atividades.

Indicadores de resultados e métodos de mensuração

O processo de seleção de indicadores de resultados esperados e/ou desejados resultaram na elaboração do Quadro abaixo (Quadro 8). Os motivos e movimentos que permitiram a escolha serão detalhados na Discussão.

A definição dos indicadores selecionados, seus respectivos métodos de cálculos e as fontes de evidências necessárias para atender os indicadores, encontram-se sumarizadas no Apêndice 1.

Quadro 8 : Indicadores específicos de resultados selecionados.

Componente	Resultado	Indicador	Referência
Gerenciamento	1- Participação e atuação de farmacêuticos em comissões institucionais.	Percentagem de comissões institucionais onde existem profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	2- Metas estabelecidas cumpridas.	Percentagem de metas estabelecidas cumpridas.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	3- Procedimentos (POP) escritos e atualizados para todas as atividades desempenhadas.	Percentagem de atividades da farmácia hospitalar que possuem procedimentos (POP) escritos e atualizados.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	4- Atividades realizadas conforme determinam os POP.	Percentagem de itens dos procedimentos (POP) realizados adequadamente.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
Programação	5- Medicamentos disponíveis nas quantidades necessárias.	Percentagem de medicamentos disponíveis nas quantidades necessárias.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	6- Medicamentos para aquisição com especificação geral e detalhada.	Percentagem de medicamentos programados para a aquisição com especificação detalhada.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	7- Medicamentos disponíveis em tempo oportuno.	Percentagem de medicamentos disponíveis em tempo oportuno.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	8- Aquisição considerando a lista de medicamentos padronizados.	Percentagem de medicamentos especificados para a compra em adequação à lista de medicamentos selecionados.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	9- Existência de relatórios com informações atualizadas sobre consumo físico de medicamentos.	Percentagem de informações atualizadas sobre o consumo físico de medicamentos.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006; OPAS/OMS; MS, 2005.
	10- Medicamentos dentro do prazo de validade.	Percentagem de medicamentos dentro do prazo de validade.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
Aquisição	11- Existência de lista de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente.	Percentagem de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	12- Medicamentos adquiridos de acordo com a política de medicamentos do hospital (padronização).	Percentagem de medicamentos adquiridos em adequação à lista de medicamentos selecionados.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	13- Medicamentos recebidos de acordo com a especificação solicitada.	Percentagem de medicamentos adquiridos em adequação à especificação solicitada.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
Armazenamento	14- Medicamentos perdidos por caducidade ou falta de qualidade.	Percentagem de unidades de medicamentos perdidos.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
	15- Medicamentos recebidos em concordância com o parecer técnico.	Percentagem de medicamentos recebidos em adequação ao parecer técnico.	Adaptado de Magarinos-Torres, 2006.
Distribuição	16- Diminuição de erros de medicação diretamente relacionados ao processo de distribuição.	Percentagem de medicamentos distribuídos erradamente.	Adaptado de Pedersen et al., 2006.

* Elaboração Própria

Considerando as fontes de dados listadas no Apêndice 1 foi construído um instrumento e três roteiros para coleta das evidências,: i) Questionário com perguntas mistas para entrevista (Apêndice 2); ii) Roteiro para observação direta (Apêndice 3); iii) Roteiro para análise de documentos (Apêndice 4); e, iv) Roteiro para análise de registros em arquivos (Apêndice 5).

Após a construção dos métodos de mensuração, foi elaborado, ainda, o algoritmo para calcular os indicadores (Apêndice 6), a fim de obter o desempenho das farmácias hospitalares frente aos indicadores de resultados.

O pré-teste foi realizado em agosto de 2009 em um hospital público, de nível de complexidade 8, situado na cidade do Rio de Janeiro. A escolha da unidade ocorreu pela facilidade de acesso e pelo fato da unidade desempenhar todo o elenco das atividades que estavam sendo investigadas neste estudo. Os instrumentos de coleta se demonstraram adequados, sendo necessárias poucas adaptações a fim de evitar possíveis inconsistências e dificuldades de compreensão do conteúdo. O pré-teste também se demonstrou importante na estimativa do tempo necessário para a coleta das informações.

Desempenho das farmácias hospitalares frente aos indicadores de resultado

A etapa de coleta de informações referente aos indicadores de resultado ocorreu entre setembro e dezembro de 2009. O tempo médio de coleta de dados “*in loco*” foi de dois dias, sendo necessário mais um dia, em média, para análise dos documentos e dos registros. Não ocorreram recusas ou desistências entre as unidades selecionadas. Em cada unidade visitada foi entrevistado o farmacêutico responsável pelo serviço.

Entre as unidades que apresentaram os melhores serviços foram selecionadas as farmácias RJ8 (nível 6), RJ12 (nível 7) e RJ2 (nível 8). Entre as unidades que apresentaram os piores serviços, de acordo com os indicadores de estrutura e processo, foram selecionadas as farmácias RJ14 (nível 6), RJ9 (nível 7) e RJ20 (nível 8).

Considerando as atividades desenvolvidas pelos serviços, todos os casos estudados desenvolvem as seguintes atividades: programação, aquisição, distribuição e gerenciamento. A atividade de armazenamento, presente em todos os serviços é desempenhada por empresa terceirizada. Em três unidades ocorrem atividades de ensino e pesquisa (RJ12, RJ20 e RJ2) e em duas ocorrem atividades relacionadas à seleção de medicamentos (RJ12 e RJ2). Apenas em uma das unidades há desenvolvimento da atividade de informação sobre medicamentos (RJ12), de farmacotécnica (RJ2) através

da manipulação de medicamentos estéreis (preparo de quimioterapia antineoplásica) e de seguimento farmacoterapêutico (RJ2).

Em média existem 12 farmacêuticos nas unidades estudadas, com desvio padrão de 5,85. A unidade com maior número de farmacêuticos é a RJ20, com 21 profissionais, e a unidade com menor número de farmacêuticos é a RJ14, com 5. A média do total de funcionários é de 21 profissionais, com desvio padrão de 6,53. A RJ20 é a unidade com maior número de profissionais (total= 31), e a RJ14 é a unidade com menor número de funcionários (total= 12).

Na maioria das unidades visitadas (exceção RJ2) as comissões não são formalmente constituídas, não havendo atos normativos (mesmo que institucionais) instituindo as referidas comissões e nomeando os seus participantes. As atividades são desenvolvidas informalmente, não havendo inclusive registros das atividades desempenhadas pelos membros da equipe, e das reuniões realizadas. A única comissão institucional, citada como, existente em todas as unidades visitadas é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) foi citada como existente em apenas duas unidades (RJ12 e RJ2), a Comissão de Licitação e Parecer Técnico em apenas uma unidade (RJ2), a Comissão de Terapia Nutricional (CTN) em duas unidades (RJ9 e RJ2), a Comissão de Riscos Hospitalares em duas unidades (RJ9 e RJ2), a Comissão de Terapia Antineoplásica (CTA) em uma unidade (RJ2), a Comissão de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) em duas unidades (RJ20 e RJ2) e a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) em quatro unidades (RJ14, RJ8, RJ9 e RJ2). Foram citadas ainda como comissões institucionais: Comissão de Curativo (RJ8), Comissão de Prontuário (RJ8), Comissão Multidisciplinar de Controle da Dor (RJ2), Comissão de Controle de Leucemias e Talassemias (RJ2), Comissão de Faturamento Hospitalar (RJ2), Comissão de Auditoria Hospitalar (RJ2), Comitê de Não-Conformidades e Eventos Sentinela (RJ2) e Comissão de Odontologia Hospitalar (RJ2).

Considerando a atividade de gerenciamento, no que se refere à participação de profissionais da farmácia em comissões multidisciplinares institucionais, percebe-se uma baixa atuação por parte dos mesmos, conforme demonstrado no Quadro 9. Em duas unidades (RJ8 e RJ20) os profissionais não participam de nenhuma comissão institucional, mesmo que informalmente. Nas unidades RJ14, RJ9 e RJ12 há participação informal de farmacêuticos na CCIH. A RJ12 participa, também, informalmente da CFT. A única unidade onde 5 farmacêuticos participam das 15

comissões institucionais formalmente constituídas é a RJ2. Há de se ressaltar, que na referida unidade as nomeações ocorrem em diário oficial, com renovação anual, de forma a manter atualizado os registros oficiais de nomeação. A participação dos profissionais é registrada, e inclui participação nas reuniões (mensais ou bimestrais, dependendo da comissão) através de livros de ata e parecer técnico, envolvendo: aspectos clínicos, análise de risco e aspectos técnicos, no que se refere ao medicamento.

Quadro 9: Indicadores de resultados de gerenciamento dos hospitais selecionados.

Indicador \ Hospital	RJ14 (%)	RJ8 (%)	RJ9 (%)	RJ12 (%)	RJ20 (%)	RJ2 (%)
Percentagem de comissões institucionais onde existem profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes	NA	NA	NA	NA	NA	100,0
Percentagem de metas estabelecidas cumpridas	NA	NA	NA	NA	NA	100,0
Percentagem de atividades da farmácia hospitalar que possuem procedimentos (POP) escritos e atualizados	NA	NA	NA	NA	NA	100,0
Percentagem de itens dos procedimentos (POP) realizados adequadamente	NA	70,7	NA	47,3	NA	100,0

* NA – Indicador não atendido./ ** Elaboração própria.

Apenas duas unidades (RJ12 e RJ2) realizam planejamento de objetivos e metas. A RJ12 afirmou elaborar o plano com periodicidade bienal, enquanto RJ2 afirmou que a elaboração do plano é quinquenal, alinhado ao planejamento estratégico institucional. Porém, RJ12 encontra-se com o plano desatualizado e não há documentos comprobatórios do cumprimento das metas estabelecidas. A unidade RJ2, no último planejamento idealizou um total de 72 metas, incluindo as institucionais, que comprovadamente foram alcançadas. O planejamento, desta unidade, inclui descrição detalhada dos objetivos e metas a serem alcançadas, com seus respectivos prazos, os recursos financeiros necessários, a estratégia de informação e marketing institucional que serão empregadas, além dos recursos humanos envolvidos. Os funcionários presentes no serviço eram capazes de descrever as metas estabelecidas, e tinham consciência sobre a sua contribuição para que estas fossem alcançadas. Existia material de divulgação disponível para os funcionários, impresso e na “intranet” do hospital, sobre as metas estabelecidas. Todos os funcionários receberam treinamento e instruções sobre as metas e objetivos planejados.

O manual de normas e procedimentos só é editado em três das seis unidades avaliadas (RJ8, RJ12 e RJ2). Embora as unidades afirmem que a atualização do manual ocorra anualmente, apenas a unidade RJ2, comprovadamente, o faz, com última

atualização ocorrida em Julho de 2009. A unidade RJ8 processou sua última atualização em Janeiro de 2006 e a RJ12 o fez em Agosto de 2004. Os manuais das unidades RJ8 e RJ12 contemplam exclusivamente os procedimentos operacionais, não havendo descrição das normas do serviço, horários de funcionamento, fluxo de trabalho e detalhamento das atividades. Destaca-se que, nessas unidades, nem todas as atividades desenvolvidas apresentam Procedimento Operacional Padronizado (POP) correspondente. Na unidade RJ8 os POP não estavam disponíveis em local visível e os funcionários afirmaram desconhecer a existência destes, embora fossem capazes de cumprir algumas etapas, conforme descrição dos POP avaliados (Quadro 9). Já na unidade RJ12, embora os POP não estivessem em local visível, os funcionários sabiam da sua existência e onde poderiam encontrá-los. Eram capazes de cumprir com algumas das etapas estabelecidas, porém, alegavam que a falta de atualização dos mesmos provocava um determinado desinteresse na sua leitura e na sua reprodução literal. Na unidade RJ2 os POP estavam disponíveis e eram conhecidos pelos funcionários presentes no momento da avaliação. Todos eram capazes de realizar adequadamente as etapas conforme o procedimento escrito.

Em relação ao componente programação observa-se, que entre as unidades avaliadas, a variável necessidade (5/6) é a principal informação utilizada para calcular a quantidade de medicamentos, seguida do Consumo Médio Mensal (CMM) (4/6). Apenas a unidade RJ2 utiliza a curva ABC referência, como informação para programação, e a unidade RJ12 utiliza-se do cálculo da demanda reprimida, para estimar a quantidade necessária de medicamentos para o atendimento ambulatorial que realiza. A unidade RJ8 afirmou não registrar, em nenhum local, as informações utilizadas para calcular a quantidade necessária de medicamentos. Desta forma, as necessidades são estimadas pelas informações de consumo informadas pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Como não havia registro das informações do CMM em RJ8 e em RJ2 os dados não foram disponibilizados para consulta, não sendo possível identificar se a quantidade de medicamentos disponível no serviço, no momento da visita, estava de acordo com as quantidades necessárias, comprometendo o cálculo dos indicadores (Quadro 10).

Na unidade RJ14 não foi possível visitar a CAF, por não haver autorização da farmacêutica da empresa terceirizada. Na unidade RJ12 durante o período de coleta de informações a CAF estava realizando inventário. Esses fatos inviabilizaram a coleta de algumas informações nestas unidades, quanto à quantidade disponível, prazo de

validade e qualidade dos medicamentos traçadores.

Quadro 10: Indicadores de resultados de programação dos hospitais selecionados.

Indicador	Hospital	RJ14	RJ8	RJ9	RJ12	RJ20	RJ2
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Percentagem de medicamentos disponíveis em quantidades necessárias		40,0	NA	52,6	30,0	70,0	NA
Percentagem de medicamentos programados para a aquisição com especificação detalhada		100,0	90,0	89,5	100,0	100,0	100,0
Percentagem de medicamentos disponíveis em tempo oportuno		95,0	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Percentagem de medicamentos especificados para compra em adequação à lista de medicamentos essenciais		100,0	95,0	89,5	100,0	100,0	100,0
Percentagem de informação atualizada sobre consumo físico de medicamentos		NA	NA	NA	100,0	100,0	100,0
Percentagem de medicamentos dentro do prazo de validade		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* NA – Indicador não atendido./ ** Elaboração própria.

Em três unidades (RJ9, RJ12 e RJ2) a periodicidade de solicitação de medicamentos para compra ocorre mensalmente, já as demais unidades afirmam realizar a solicitação semanalmente (RJ14 e RJ8) ou diariamente (RJ20). As três últimas unidades referem-se à solicitação de compra, como sendo a solicitação de medicamentos para a CAF a fim de suprir as necessidades do setor de distribuição, visto que esse setor é gerenciado por uma empresa terceirizada. A última solicitação de compras dos serviços (RJ14, RJ9, RJ12 e RJ20) foi devidamente realizada em tempo e quantidade. Não foi possível identificar se RJ8 e RJ2 o fizeram de forma adequada, pois não foram disponibilizadas informações sobre o CMM. As solicitações de 4 unidades (RJ14, RJ12, RJ20 e RJ2) continham corretamente para todos os medicamentos traçadores a dosagem, a forma farmacêutica, o volume e/ou peso e a nomenclatura conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB).

Todas as unidades afirmaram utilizar-se da Lista de Medicamentos Essenciais (LME) para orientar a solicitação das compras. Essa lista é definida pela SESDEC-RJ e qualquer inclusão e/ou exclusão de medicamentos deve ser previamente consultada e validada pela gerência de suprimentos estadual. Em duas unidades (RJ8 e RJ20) havia solicitação de medicamentos não padronizados na LME. A unidade RJ9 solicitou na última compra um medicamento com especificação diferente da constante da LME.

As informações sobre o consumo físico de medicamentos são atualizadas

diariamente em duas unidades (RJ12 e RJ2), semanalmente em outras duas (RJ9 e RJ20) e mensalmente em uma (RJ14). A unidade RJ8 não atualiza (na farmácia) os seus dados, embora haja atualização diária dos dados na CAF terceirizada. Em todas as unidades o controle das informações de entrada e saída são informatizados, com exceção da farmácia da unidade RJ8 onde não ocorre atualização dos dados. Na unidade RJ9 durante a visita foi observado que existiam documentos de entrada de medicamentos traçadores não atualizados no sistema informatizado, com data superior a sete dias da data da visita.

A atividade de aquisição exercida nas unidades apresenta algumas deficiências frente ao padrão considerado. Apenas duas unidades (RJ12 e RJ2) realizam cadastro de fornecedores de medicamentos. A unidade RJ12 utiliza como critérios para cadastrar um fornecedor: licença da vigilância sanitária, documentos da firma, carta de apresentação do laboratório, parecer técnico do farmacêutico (após visita ao distribuidor), CNPJ ativo, nada consta do FGTS e do INSS, alvará de localização, documento de regularidade do Conselho Regional de Farmácia (CRF) e certidão negativa. Já a unidade RJ2 utiliza, resumidamente, como critérios: documentos relacionados ao registro comercial, instrução do ato constitutivo, decreto de autorização, regularidade fiscal, qualificação econômico-financeira e qualificação técnica. No documento disponibilizado pela unidade RJ12 não havia data do último cadastro de fornecedores. Na unidade RJ2 o cadastro de fornecedores ocorre pela internet. Existe um edital, anualmente publicado, onde os fornecedores solicitam cadastramento ou recadastramento, e desta forma apresentam os documentos necessários para o cumprimento das exigências do edital. O último cadastramento ocorreu em Agosto de 2009. Após o período de cadastramento as unidades são avaliadas e qualificadas tecnicamente, e só após a avaliação é liberada a lista dos fornecedores cadastrados autorizados a participar dos processos de licitação da unidade. Os fornecedores cadastrados nas instituições (RJ12 e RJ2) estão em acordo com as normas sanitárias vigentes no país.

A avaliação e qualificação dos fornecedores ocorrem apenas em duas instituições (RJ12 e RJ2). Para avaliar e qualificar um fornecedor a unidade RJ12 relatou utilizar-se do roteiro de inspeção da vigilância sanitária relacionado às boas práticas de atividades relacionadas aos medicamentos. A unidade RJ2 utiliza como critérios: carta de recomendação, histórico da empresa na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), laudo de análises dos produtos, manual de boas

práticas, realização e histórico de farmacovigilância, histórico da empresa na instituição, queixas técnicas e atrasos na entrega. Não há documentos e/ou registros, porém, das unidades avaliadas e qualificadas na unidade RJ12. Na unidade RJ2 a última avaliação e qualificação de fornecedores ocorreu em Outubro de 2009, e segundo dados institucionais todos os fornecedores foram avaliados e qualificados tecnicamente.

Nenhuma das unidades disponibilizou todos os documentos comprobatórios de avaliação e qualificação dos fornecedores, inviabilizando a identificação do número de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente, e o cálculo de pelo menos um indicador de resultado de aquisição (Quadro 11).

Quadro 11: Indicadores de resultados de aquisição dos hospitais selecionados.

Indicador	Hospital					
	RJ14 (%)	RJ8 (%)	RJ9 (%)	RJ12 (%)	RJ20 (%)	RJ2 (%)
Percentagem de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Percentagem de medicamentos adquiridos em adequação à lista de medicamentos selecionados	100,0	100,0	84,2	100,0	95,0	100,0
Percentagem de medicamentos adquiridos em adequação à especificação solicitada	100,0	100,0	89,5	100,0	100,0	100,0

* NA – Indicador não atendido./ ** Elaboração própria.

Duas unidades (RJ14 e RJ2) afirmaram haver atrasos na entrega de medicamentos pelos fornecedores. A unidade RJ14 alegou, porém, que existe relação entre atraso na entrega e falta de pagamentos aos fornecedores. Apenas a unidade RJ2 registra o período de atraso da entrega pelos fornecedores e responsabiliza-os pelo atraso, proibindo-os de participarem dos processos licitatórios por um período, relativizado ao tempo de atraso. Porém, não foram disponibilizados documentos comprobatórios de registro do tempo de atraso por fornecedor.

Nenhuma das unidades disponibilizou os dados relacionados à quantidade de medicamentos traçadores adquiridos no ano de 2008, e nem o número de vezes que os medicamentos traçadores foram adquiridos no período. De acordo, com os entrevistados em Junho de 2009 foi trocada a empresa responsável pelo gerenciamento da CAF, e ao sair à empresa não disponibilizou os dados consolidados para a nova empresa gestora. A única unidade (RJ2) que detinha essas informações, pois, nessa unidade o sistema de gerenciamento é diferenciado das demais, porém, o entrevistado alegou não poder disponibilizar esses dados. Essa falta de informações inviabilizou os cálculos dos

indicadores de resultados de armazenamento (Quadro 12).

No que se relacionam ao componente armazenamento apenas três unidades (RJ9, RJ20 e RJ2) afirmaram registrar os medicamentos perdidos por validade e/ou por perda de qualidade. Quatro unidades (RJ14, RJ9, RJ12 e RJ20) afirmaram que os medicamentos perdidos por validade e/ou por perda de qualidade são segregados na unidade (na CAF) e posteriormente são encaminhados para a central da empresa terceirizada que faz o destino final desses medicamentos. Esse destino final, porém, é desconhecido para os serviços. A unidade RJ8 afirmou que esses medicamentos são descartados na própria unidade e são encaminhados para o destino final como lixo infectante. A unidade RJ2 afirmou que os medicamentos são segregados na unidade e enviados para incineração. Essa é a única unidade onde a área de segregação de medicamentos perdidos está em acordo com as especificações da legislação sanitária vigente no país.

No momento da visita apenas a unidade RJ9 apresentava medicamentos traçadores, perdidos por validade e/ou por qualidade, segregados na unidade. Esses medicamentos estavam devidamente registrados com quantidade e descrição detalhada. Apenas nesta unidade e na RJ2 havia documentos dos medicamentos perdidos no ano de 2008. Em ambas existia descrição detalhada dos medicamentos e suas respectivas quantidades, porém, somente em RJ2 tinha descrição do local onde os medicamentos foram incinerados. Em RJ2, também, haviam registros os motivos relacionados a perda de validade e/ou qualidade dos medicamentos.

A emissão de parecer técnico no momento do recebimento dos medicamentos na unidade só ocorre em RJ2. Esta unidade utiliza como critérios para emissão do parecer técnico: a observação da integridade, informações e aspectos da embalagem, conformidade com a nota fiscal e com as características definidas no edital de licitação e o tempo para expirar a validade do medicamento. Não foram disponibilizados, porém, documentos comprobatórios referentes à quantidade de medicamentos traçadores recebidos na unidade em adequação ao parecer técnico no ano de 2008.

O Quadro 12 sumariza os indicadores de resultados do componente armazenamento.

Quadro 12: Indicadores de resultados de armazenamento dos hospitais selecionados.

Indicador	Hospital					
	RJ14 (%)	RJ8 (%)	RJ9 (%)	RJ12 (%)	RJ20 (%)	RJ2 (%)
Percentagem de unidades de medicamentos perdidos	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Percentagem de medicamentos recebidos em adequação ao parecer técnico	NA	NA	NA	NA	NA	NA

* NA – Indicador não atendido./ ** Elaboração própria.

No que concerne à atividade de distribuição, os casos estudados desenvolvem sistema de distribuição individualizado, com exceção da unidade RJ12 onde o sistema de distribuição é misto ou combinado. Apenas em RJ2 as prescrições são informatizadas. O serviço de farmácia implantou no sistema alertas para os médicos sobre os potenciais riscos de interações, e quando esses profissionais permanecem com a prescrição desses medicamentos, são emitidas recomendações para a equipe de enfermagem para prevenir e/ou minimizar os resultados negativos a medicamentos (RNM). Além disso, esta unidade realiza registros dos erros de distribuição ocorridos e/ou detectados no setor. Os dados registrados dos erros de distribuição do ano de 2008 não foram disponibilizados.

Todas as unidades adotam como medida preventiva e/ou corretiva para minimizar os erros detectados o sistema de conferência dos medicamentos distribuídos. Em apenas uma unidade (RJ20) os medicamentos são conferidos pelo farmacêutico após a distribuição e re-conferidos pela equipe de enfermagem na presença de um funcionário da farmácia no momento da entrega dos medicamentos. Nas demais a conferência ocorre por outros profissionais da farmácia após a distribuição (RJ8 e RJ2) ou pela equipe de enfermagem no momento da entrega dos medicamentos, sempre na presença de um funcionário da farmácia (RJ14, RJ9 e RJ12). A unidade RJ2 além do sistema de conferência promove treinamento dos funcionários responsáveis pela distribuição, e na detecção de erros persistentes pelo mesmo funcionário o mesmo é remanejado para realização de outra atividade.

Os principais fatores observados que podem favorecer os erros de distribuição foram: falta de avaliação farmacêutica da prescrição como rotina diária (RJ14), falta de conferência dos medicamentos após a distribuição (RJ14, RJ9 e RJ12), espaço físico limitado para distribuição dos medicamentos (RJ8 e RJ20) e procedimento de distribuição realizado por estagiários inexperientes (RJ12).

O Quadro 13 apresenta o indicador de resultado do componente distribuição.

Quadro 13: Indicadores de resultados de distribuição dos hospitais selecionados.

Indicador	Hospital	RJ14 (%)	RJ8 (%)	RJ9 (%)	RJ12 (%)	RJ20 (%)	RJ2 (%)
Percentagem de medicamentos distribuídos erradamente		1,8	1,0	0,7	0,4	1,5	0,8

* Elaboração própria

DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os principais achados do estudo realizado. Inicialmente será apresentada a análise realizada sobre os aspectos de estrutura e processo dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro. Em seguida, será realizada uma breve explicação sobre a escolha dos indicadores de resultados. Será destacado o desempenho dos serviços de farmácia hospitalar selecionados e a influência do contexto nos resultados observados. Será ainda apresentado o perfil das farmácias hospitalares frente às questões normativas, além de uma proposta para a elaboração de uma política de Assistência Farmacêutica Hospitalar. Por fim, serão descritas as vantagens e os limites do estudo realizado.

Quanto às características de estrutura e processo das farmácias hospitalares

Mesmo não sendo objetivo deste estudo analisar as características de estrutura e processo, alguns fatores carecem de um maior detalhamento.

A atividade armazenamento foi a que atendeu o maior número de indicadores de estrutura e processo. Este componente tem grande impacto sobre a qualidade do medicamento e da assistência prestada, estando diretamente relacionada aos demais componentes desenvolvidos pela farmácia hospitalar⁴. Em oposição, o componente informação foi praticamente inexistente nos serviços. Cabe ressaltar a importância da atividade de informação, considerada pelo OPAS²⁸ como função básica da farmácia hospitalar, é exercida em apenas 10 % (2/20) das unidades estudadas. Esta atividade é fundamental para o uso seguro e racional dos medicamentos. Não adianta apenas o medicamento está disponível, se não há informações que garantam a sua devida utilização.

O componente distribuição ainda não é bem desempenhado pelos serviços, considerando que boa parte dos hospitais avaliados não cumpriam com critérios de boas práticas. Sendo essa atividade a única exercida em todos os serviços de farmácia hospitalar, esperava-se que fosse desenvolvida com maior efetividade. A qualidade do cuidado em saúde é altamente comprometida por este componente, dado os riscos dos erros de medicalização.

O desenvolvimento de práticas de gestão da qualidade depende de uma estrutura organizacional que viabilize as ações do serviço, e que demandam processos bem definidos, atividades integradas e busca permanente por melhorias de seus processos e

resultados. Nas unidades avaliadas a ausência, quase completa, de planejamento de objetivos e metas, e também, de manual de normas e procedimentos, podem impactar na qualidade do cuidado.

O cadastramento e avaliação dos fornecedores, além da obediência aos critérios estabelecidos na legislação em vigor, aparecem como etapas fundamentais para a aquisição de medicamentos de qualidade. Grande parte das unidades avaliadas não realiza cadastramento de fornecedores, e conseqüentemente, nenhum tipo de avaliação é realizada. Outro componente logístico fundamental para a manutenção da quantidade necessária de medicamentos, e conseqüentemente da qualidade da assistência farmacêutica prestada no hospital é a programação. Esta atividade encontra-se altamente comprometida, considerando a falta de medicamentos nas unidades analisadas.

A seleção de medicamentos aparece como atividade essencial para a farmácia hospitalar, principalmente no que concerne o uso seguro e racional de medicamentos. A grande maioria das unidades não atende de forma satisfatória ao conjunto de indicadores proposto para a atividade.

Embora a atividade de farmacotécnica não seja considerada como básica da farmácia hospitalar, espera-se que esta esteja presente em hospitais com maior nível de complexidade de atendimento, o que não foi observado com os dados de estrutura e processo. As unidades que desenvolvem o componente podem comprometer a qualidade do cuidado prestado, considerando que as normas vigentes na legislação brasileira não são atendidas.

O acompanhamento de pacientes, assim como o monitoramento do uso de medicamentos em hospitais por farmacêuticos, tem sido apontado como medida fundamental para a prevenção e detecção precoce de reações adversas e outros problemas relacionados a medicamentos, favorecendo o uso seguro da farmacoterapia e a qualidade da assistência prestada ao paciente. Nas unidades analisadas, apenas 30% desenvolviam alguma prática relacionada ao componente seguimento farmacoterapêutico.

Um grande número de unidades desenvolviam alguma atividade relacionada ao componente ensino e pesquisa, promovendo atualização e capacitação profissional. Porém, estas medidas parecem não estar sendo suficientes para subsidiar mudanças importantes que impactem na qualidade dos serviços, principalmente, no que se relaciona as atividades básicas.

A hierarquização dos serviços, segundo proposta de Messeder², foi capaz de diferenciar os melhores e piores serviços. A análise dos casos específicos da amostra permitiu observar que os hospitais com melhores desempenhos dentro de cada nível de complexidade, desenvolviam um número maior de atividades, comparado aos demais hospitais do mesmo estrato. Os piores serviços, dentro de cada nível hierárquico, efetivamente desenvolviam um número menor de atividades, chegando a ausência completa de vários componentes que deveriam ser realizados.

Percebe-se que a grande parte das unidades não desempenha o conjunto das atividades básicas, sinalizando uma inadequação da farmácia hospitalar, uma vez que esse conjunto é fundamental para que o serviço desempenhe a sua função principal de assistência farmacêutica aos pacientes hospitalizados.

Chama atenção o fato de 50% dos serviços de farmácia dos hospitais de nível hierárquico 8 apresentar nível insuficiente de adequação. Seu significado sanitário é de que esses serviços podem vir a causar mais risco do que benefício à população usuária.

Quanto aos indicadores de resultados selecionados

Considerando que as atividades *core* devem ser desenvolvidas em todas as farmácias hospitalares, independente do nível de complexidade hospitalar, e são transversais em todos os níveis hierárquicos, optou-se por apreciar, exclusivamente, resultados específicos destas atividades, não sendo, portanto, foco deste estudo a avaliação de resultados específicos de atividades não *core* (seguimento farmacoterapêutico, farmacotécnica e ensino e pesquisa), assim como, a avaliação de resultados do conjunto dos componentes.

No entanto, não foram consensuados no estudo de Magarinos-Torres³ indicadores de resultados considerados adequados, passíveis de mensuração e relevantes de serem mensurados, referentes às atividades de seleção e informação, não sendo estes componentes, portanto, avaliados neste estudo. Ressalta-se ainda, que as atividades informação e seleção, praticamente não são desenvolvidas pelos serviços avaliados, inviabilizando a observação de resultados desses componentes.

Em geral, os indicadores selecionados foram adaptações quase que literais dos indicadores propostos nos estudos. Apenas um, sofreu uma alteração substancial. Trata-se do indicador: “Porcentagem de comissões institucionais onde existem profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes”; onde o texto original dizia: “Número de

profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes em comissões institucionais”. A opção se deu pelo fato de ser mais importante identificar às comissões onde os profissionais da farmácia estão contribuindo para o uso seguro e racional de medicamentos, do que simplesmente saber quantos profissionais efetivamente atuam nas comissões.

Desempenho dos serviços de farmácia hospitalar selecionados e influência do contexto

Considerando os componentes do modelo lógico analisados neste estudo (gerenciamento, programação, aquisição, armazenamento e distribuição), o desempenho dos serviços de farmácia hospitalar selecionados pode ser considerado satisfatório para alguns e completamente insatisfatório para outros.

Observando de forma pormenorizada, o componente gerenciamento atingiu, em linhas gerais, um padrão bastante inadequado, considerando que apenas um caso atendeu a todos os indicadores propostos para esta atividade com excelência. Os demais casos apresentaram alta inadequação, frente à inexistência completa ou quase absoluta dos resultados.

O gerenciamento da farmácia hospitalar deve ser executado de forma a prover estrutura organizacional suficiente para viabilizar as atividades a serem desempenhadas pelo serviço. Essa atividade deve, portanto, proporcionar condições adequadas para a obtenção da qualidade da assistência prestada, e ainda, garantir a contribuição técnica, científica, clínica e administrativa, através da inserção permanente de profissionais farmacêuticos nas comissões multiprofissionais da instituição^{24,43,72,73}. Os processos de gestão participativa focados na qualidade e nos resultados, alinhados a filosofia institucional, tem sido apontados como os mais adequados modelos de gestão a serem implementados pelas farmácias hospitalares^{72,74,75,76}.

Uma recente publicação apresentou os resultados do modelo de gestão instaurado na farmácia hospitalar de uma instituição pública brasileira e destacou os benefícios alcançados relacionados à melhoria da qualidade dos processos e a obtenção de resultados extremamente satisfatórios. A inexistência de um planejamento adequado às ações desempenhadas, a falta de manual de normas e procedimentos e a ausência de farmacêuticos e outros profissionais da farmácia nas comissões multidisciplinares institucionalmente constituídas, compromete de forma importante o componente gerenciamento, de acordo com o estudo⁷⁵. Essa correlação ficou claramente evidenciada

através dos resultados observados, onde o único caso estudado que desenvolve planejamento estratégico no serviço, alinhado ao institucional, corresponde àquele que com excelência atende a todos os indicadores de resultados do componente gerenciamento aplicados no estudo.

Lima *et al*⁷⁷, ao caracterizarem o gerenciamento dos hospitais filantrópicos brasileiros, demonstraram que o nível de capacidade gerencial exercido por cada unidade estudada afeta no desempenho das atividades realizadas. Esse fato corrobora a idéia de que o uso de uma ferramenta adequada de gestão pode favorecer a obtenção de melhores resultados, contribuindo para a excelência na prestação de serviços.

A existência da atividade de gerenciamento é de grande relevância, porém, RJ2 era a única unidade que dispunha de dados retroativos sobre a atividade de armazenamento, pois, é explícito no organograma setorial e institucional que a CAF encontra-se hierarquicamente subordinada ao serviço de farmácia. Nesta unidade, a empresa terceirizada deve enviar relatórios periódicos sobre os processos desempenhados, validar suas decisões junto ao gerente farmacêutico do hospital e disponibilizar as informações sobre os medicamentos armazenados no sistema institucional, e não apenas no sistema informatizado particular, conforme ocorre nos demais casos estudados.

O componente programação atingiu um nível satisfatório. Em geral, pelo menos 2/3 dos indicadores propostos foram atendidos em cada caso, e a indisponibilidade de algumas informações limitaram o possível alcance do nível de excelência em uma unidade (RJ2) e a interpretação adequada do resultado sobre a disponibilidade de medicamentos em duas outras (RJ14 e RJ12).

A programação incorreta e/ou insuficiente pode gerar um impacto significativo na disponibilidade e no acesso ao medicamento, assim como, favorecer perdas por validade e/ou por qualidade. É fundamental, portanto, que nessa etapa logística sejam utilizados cálculos que permitam estimar as quantidades necessárias de medicamentos considerando um conjunto de fatores, tais como: área física, demanda e recursos financeiros. Para tanto, devem ser utilizados métodos para monitorar de forma permanente o consumo físico dos medicamentos a fim de atender as necessidades e não comprometer a continuidade e a qualidade da farmacoterapia⁷⁸. Além de quantificar, durante a programação, deve-se estabelecer especificação detalhada dos produtos, de forma a garantir a aquisição correta e de qualidade dos medicamentos.

Vieira *et al*⁷⁹, ao avaliar a assistência farmacêutica a gestante na rede básica de

um município, constataram problemas no abastecimento dos medicamentos e relacionam essa questão ao fato da programação ser baseada exclusivamente no consumo histórico dos medicamentos. Em suas considerações, afirmam que o uso de apenas uma estratégia na programação de medicamentos proporciona erros sistemáticos de fornecimento, sendo fundamental o uso de um conjunto de critérios. Já Moura & Perini⁸⁰ avaliando a assistência farmacêutica nos municípios de Minas Gerais apontam que os problemas de programação encontrados estavam relacionados à falta de um controle físico rigoroso dos medicamentos disponíveis na unidade, ressaltando a importância desta etapa também para o componente aquisição. Destaca-se que ambas as condições foram observadas entre os casos analisados neste estudo.

A atividade de programação pode, ainda, ser analisada em conjunto com o componente aquisição, pois são afetados por um mesmo fator contextual – a centralização. A programação embora aconteça pelas unidades hospitalares, as quantidades previamente estimadas são submetidas a uma análise da SAFIE/SESDEC-RJ para “*validação*”, e esta gerência é quem define o quantitativo que será adquirido e fornecido para cada hospital. A aquisição regular dos medicamentos padronizados para cada instituição, também, ocorre de forma centralizada, proporcionando uma determinada ingerência das unidades sobre essa atividade. Apenas as compras de medicamentos não padronizados e/ou aqueles necessários para suprir condições emergenciais são realizadas pelos casos. Porém, a responsabilidade sobre a manutenção do fornecimento ininterrupto dos medicamentos aos pacientes continua sendo da unidade farmacêutica hospitalar.

Não é possível compreender os motivos envolvidos no processo de “*validação*” da programação executada pelo órgão central, considerando a inexistência e/ou o desconhecimento, pelos entrevistados, dos critérios utilizados para ratificar ou para alterar as quantidades previamente calculadas em cada unidade. É notório, porém, que tal prática precisa ser revisada observando que existe irregularidade de abastecimento, proporcionando constantes “*trocas*” de medicamentos entre as unidades hospitalares e/ou compras emergenciais, conforme constatado neste estudo.

Em contra-partida é extremamente inteligível e recomendável que o procedimento de compra de medicamentos se realize de maneira centralizada de forma a reduzir os custos da aquisição⁷⁹. Porém, é essencial que haja envolvimento do farmacêutico inserido na assistência local, no caso a farmácia hospitalar, para que este participe ativamente do processo de habilitação técnica dos fornecedores e na qualificação dos produtos a serem adquiridos. Essa participação, portanto, não se limita

ao processo de definição do elenco de medicamentos a serem comprados, mas deverá ocorrer durante todas as etapas do processo de aquisição, principalmente, como da sua ocorrência em serviços públicos através dos processos licitatórios⁸¹.

Sigulem & Zucchi⁸², ao avaliarem o impacto da aquisição conjunta de medicamentos por uma rede de hospitais públicos, concluem que tal prática pode produzir grandes economias, mantendo a qualidade do processo, a partir do uso de metodologia bem definida. Recomenda-se, portanto, o exercício da compra centralizada, desde que, se mantenham critérios claros e participação dos *stakeholders*. Essas características, porém, não foram observadas neste estudo.

Analisando isoladamente a categoria aquisição nota-se que os resultados se assemelham ao componente programação podendo ser considerados satisfatórios. Embora em RJ2 haja um sistema de avaliação e qualificação dos fornecedores, a indisponibilidade da informação comprometeu o alcance da excelência.

O processo de aquisição objetiva disponibilizar medicamentos selecionados de qualidade, com preço justo, em tempo oportuno e nas quantidades necessárias. O alcance desse objetivo depende de um sistema adequado de gestão de suprimentos, o que demanda um processo continuado de seleção, avaliação e validação de fornecedores, e também, de um monitoramento eficiente do procedimento de compra^{78,83}.

Luiza *et al*⁸¹ apontam como ações a serem implementadas para aquisição de medicamentos em serviços públicos as seguintes estratégias: conhecer os fornecedores, conhecer os produtos, estabelecer e cumprir regras claras para com os fornecedores e constituir um sistema de compras onde seja possível identificar os compradores. Desta forma, a participação dos farmacêuticos hospitalares no processo de aquisição de medicamentos é fundamental para a obtenção de melhores resultados. Fato não observado neste estudo.

Considerada, pelo Ministério da Saúde, como uma das atividades principais no processo de gestão da assistência farmacêutica, em 2006 foram publicadas orientações para a aquisição de medicamentos na rede de cuidados de atenção básica, e pactuados financiamentos para a sua execução^{84,85}. Porém, até este momento não foram evidenciadas estratégias de investimento (técnico e financeiro) para a aquisição de medicamentos no contexto hospitalar.

O pior desempenho dos serviços avaliados ocorreu na categoria armazenamento. Em nenhuma das unidades foi possível observar os indicadores propostos, devido à inexistência de informações em cinco unidades e a indisponibilidade dos dados em um

caso (RJ2).

Três etapas podem ser destacadas no componente armazenamento de medicamentos: i) a recepção – o que requer inspeção criteriosa, a fim de garantir que o produto que está sendo recebido corresponda ao solicitado, e que o mesmo está em condições adequadas e em conformidade com a avaliação técnica; ii) a conservação – garantida através da manutenção da qualidade dos produtos recebidos. O que exige que o local onde esses estejam armazenados seja organizado e com estrutura física e ambiental suficiente para suprir as necessidades dos produtos; e, iii) a informação – fundamental para gerar um *feedback* ao sistema logístico, através do fornecimento de dados sobre o consumo físico dos medicamentos, incluindo o número de unidades adquiridas, distribuídas e perdidas por validade ou por qualidade. Portanto, um conjunto de ações deve ser adotado para zelar pela qualidade dos medicamentos e evitar ao máximo a sua perda, seja por qualidade ou por caducidade⁷⁸.

Reis & Perini⁸⁶ destacam, ainda, a importância das informações produzidas pelo componente armazenamento no gerenciamento do desabastecimento de medicamentos. Porém, a falta desses dados, pode determinar o contrário, como já destacado anteriormente⁸⁰. Dessa forma, a inexistência de informações, fato ocorrido nesse estudo, cria uma lacuna na gestão adequada dos suprimentos, inviabilizando ações que possam ser determinantes na melhoria da qualidade do cuidado.

O componente armazenamento se destaca na análise do contexto. Conforme descrito na seção de resultados esta atividade encontra-se terceirizada dentro da estrutura hospitalar das unidades próprias da SESDEC-RJ, e apresentou um efeito muito satisfatório quanto aos indicadores de estrutura e processo. Porém, esse mesmo componente obteve completa inadequação quanto aos indicadores de resultados. Essa questão parece ter sido influenciada diretamente pela troca da empresa terceirizada ao longo do processo de avaliação, gerando uma descontinuidade nas ações previamente realizadas. Destaca-se grandes dificuldades de relacionamento entre o setor responsável pelo armazenamento de medicamentos (CAF) em diversas unidades e a gerência dos serviços de farmácia hospitalar. O estudo da SESDEC-RJ ressaltou que algumas unidades se quer reconheciam a CAF como parte integrante do serviço de farmácia, dado a falta de integração e comunicação entre os setores⁴.

A terceirização de serviços tem sido apontada como uma das tendências da assistência hospitalar. Dependendo dos objetivos a que se destina, essa prática pode exercer efeitos positivos, quando uma empresa realiza tarefas de qualidade para outra, ou negativos, quando a meta é exclusivamente redução de custos com mão-de-obra⁸⁷.

Para que possam surtir resultados adequados, os serviços terceirizados precisam estar interconectados aos serviços hospitalares, contribuindo para o bom desempenho da assistência prestada⁸⁸. É necessário, ainda, que se garanta a continuidade das ações desenvolvidas de forma a não comprometer a qualidade do cuidado. Sendo assim, deve-se interpor estratégias para diminuir a rotatividade das empresas terceirizadas e/ou dos funcionários, dado as especificidades das atividades desempenhadas pelo setor.

Zamberlan & Siqueira⁸⁸, em seu estudo sobre as conseqüências da terceirização no cuidar de enfermagem, demonstraram que a falta de interação entre as atividades desenvolvidas pelo setor prestador de serviços e a equipe de enfermagem da instituição proporcionou atraso das informações e da resolução dos problemas detectados. Total semelhança foi observada neste estudo.

O armazenamento é uma das atividades centrais mais importantes, por ser responsável por retro-alimentar na cadeia logística as etapas de programação e aquisição com informação atualizada sobre o consumo físico dos medicamentos, por zelar pela manutenção da qualidade dos produtos adquiridos, e por garantir o fornecimento ininterrupto (distribuição) dos medicamentos aos pacientes internados. Além disso, irá produzir informações essenciais para a gestão estratégica que deve ser desenvolvida pelos gerentes farmacêuticos. Portanto, este componente parece influenciar diretamente os resultados observados nas demais atividades avaliadas neste estudo.

A distribuição foi a categoria que apresentou o melhor desempenho. Embora tenham sido observadas diferenças entre os resultados dos casos, em média, apenas 1% dos medicamentos são distribuídos erradamente.

Um sistema adequado de distribuição de medicamentos deve proporcionar: diminuição de erros de medicação, racionalização do uso de medicamentos, redução de custos hospitalares, aumento da segurança ao paciente e controle adequado da farmacoterapia⁸⁹.

Estudos dedicados a avaliar os erros de distribuição relatam uma margem de incidência de erro em torno de 10%, considerando os tipos de falhas avaliadas nesse estudo^{90,91}. Dessa forma é possível afirmar que os resultados aqui encontrados foram altamente satisfatórios, demonstrando uma preocupação dos casos estudados em evitar esse tipo de erro. Cabe salientar, que não estava no escopo deste estudo analisar os erros de distribuição demandados por falhas na avaliação farmacêutica da prescrição médica.

É necessário, também, que haja um constante monitoramento e organização das atividades desenvolvidas, de forma a prevenir e corrigir eventuais falhas na distribuição de medicamentos que possam ocasionar erros de medicação resultando no aumento da

morbidade ou da mortalidade dos pacientes internados.

O diagnóstico sobre os serviços de farmácia hospitalar de Porto Rico⁹² destacou que as falhas no processo de distribuição são responsáveis por aproximadamente 4% dos erros de medicação, devendo, portanto, ser prevenidos. As causas dos erros de distribuição apontadas nos estudos envolvem: problemas de comunicação (ex.: prescrições manuais ilegíveis, incompletas, abreviadas), problemas relacionados aos aspectos do medicamento (ex.: medicamentos com mesmo tamanho, cor, formato) e problemas relacionados às condições de trabalho (ex.: tamanho do ambiente, temperatura, falta de procedimentos escritos, disposição dos medicamentos no setor)^{93,94}. Os problemas relacionados às condições de trabalho foram as principais causas de erros de distribuição detectadas neste estudo.

A avaliação farmacêutica de todas as prescrições de medicamentos, excetuando as emergenciais, e a conferência, por um farmacêutico, dos medicamentos distribuídos antes de serem encaminhados para a administração aos pacientes, são apontadas como recomendações importantes na prevenção dos erros de medicação⁹⁵.

Em todos os casos avaliados a atividade de distribuição é executada através do sistema de dose individualizada ou de forma mista, o que envolve no fluxo de trabalho a avaliação farmacêutica da prescrição. A unidade (RJ14) onde não existem farmacêuticos executando diariamente este processo é exatamente aquela que apresenta maior incidência de erros de distribuição.

Outro aspecto a ser ressaltado no contexto da distribuição é a incorporação de sistema de conferência dos medicamentos distribuídos em todos os casos estudados. Certamente essa atividade contribui para diminuição dos erros de medicação. É importante explicitar que a coleta da informação sobre o erro de distribuição foi realizada durante o processo de conferência nas unidades, sendo, portanto, esses problemas previamente corrigidos antes da administração dos medicamentos nos pacientes.

Curiosamente o caso que apresentou a menor incidência de erros de distribuição corresponde aquela onde o processo é executado por estagiários inexperientes. Recorrendo as anotações observadas durante a coleta de dados, essa correlação parece se justificar pelo fato desses estudantes realizarem a atividade com maior atenção, por estarem em processo de aprendizagem, e por checarem, repetidas vezes, com o farmacêutico que havia avaliado a prescrição o que estava escrito no receituário médico antes da separação do medicamento.

Em geral, nenhum dos serviços apresentou excelente nível de desempenho. Apenas uma unidade cumpriu com 75% dos indicadores propostos, e todos os demais casos resultaram no atendimento de menos de 2/3 destes, sendo esses resultados pouco satisfatórios. Analisando o contexto em que estão envolvidos, os resultados dos casos estudados apresentam uma determinada correlação com as informações de estrutura e processo detalhadas pelo estudo da SESDEC-RJ⁴.

Os casos que obtiveram melhores resultados correspondem aqueles que apresentaram melhor estrutura e processo, nos níveis 7 e 8. Porém, no nível 6 não houve correlação entre estrutura, processo e resultados. Ambas as unidades atenderam ao mesmo número de indicadores de resultados (n= 8) mesmo apresentando diferenças tão distintas quando observados os dados de estrutura e processo dessas unidades. A explicação para essa situação pode estar no fato de RJ8 ser o único caso onde ocorreu mudança do responsável pelo serviço de farmácia, entre o período em que ocorreu a avaliação da SESDEC-RJ em 2008 e este estudo. Cumpre destacar que o profissional entrevistado declarou estar em processo de conhecimento e re-estruturação do serviço, ressaltando grande dificuldade em dar continuidade aos procedimentos previamente realizados pela outra gestão, o que certamente implicaria em mudanças nos dados dos indicadores de estrutura e processo, se esses fossem coletados na gestão atual.

Não foi observado correlação entre o número de farmacêuticos, e de funcionários da farmácia em cada instituição e a obtenção de excelência nos resultados. O caso que apresentou melhores resultados (RJ2) possuía um total de 12 farmacêuticos e 22 funcionários, em contraste a unidade (RJ20) que apresentou um total de 21 farmacêuticos e 31 funcionários, atendeu apenas 9 indicadores de resultados. Esse fato já tinha sido advertido no estudo da SESDEC-RJ⁴, sugerindo a necessidade de revisão da distribuição das funções dentro dos serviços, ou até mesmo, dentro da própria rede estadual.

Embora não seja objetivo deste estudo, cumpre destacar que nenhum dos hospitais, onde os casos analisados estão inseridos, funcionam como unidades orçamentárias do Estado. Uma unidade (RJ2), porém, contava com uma organização de direito privado trabalhando integrada a instituição fornecendo apoio logístico para todas as atividades institucionais desenvolvidas, incluindo as avaliadas nesse estudo exercidas pela farmácia hospitalar.

Portanto, é possível ratificar que o contexto onde os serviços estão inseridos exerce potencial influência sobre os resultados observados.

Quanto ao perfil das farmácias hospitalares, frente às questões normativas

As farmácias hospitalares avaliadas neste estudo apresentam grandes desigualdades no que se refere ao cumprimento da legislação em vigor, expresso através dos indicadores analisados. Observando individualmente as atividades realizadas, em algumas farmácias existe um alto nível de excelência no desenvolvimento das suas práticas, enquanto em outras há extrema precariedade, tanto no que tange as atividades essenciais quanto ao que se refere às atividades especializadas.

A prestação de serviços farmacêuticos de qualidade demanda conhecimento e aplicação expressiva das práticas normativas vigentes no país. Dentro do ambiente hospitalar, a garantia da eficácia, da qualidade e da segurança relacionadas a farmacoterapia, só podem ser alcançadas quando o uso de produtos para saúde e medicamentos, além da prestação de serviços, estejam pautadas dentro das mais rigorosas normas⁹⁶.

Cabe destacar que existe uma grande lacuna na implementação de normas e orientações governamentais especificamente referentes à farmácia hospitalar no Brasil. Em geral, a assistência farmacêutica só foi incluída na agenda de discussões políticas em 1998, dez anos após o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que culminou na publicação da Política Nacional de Medicamentos⁹⁷. Desde então, todo esforço realizado em torno desta atividade se relaciona à incorporação de serviços farmacêuticos de qualidade destinados a atenção básica, incluindo incentivos financeiros e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Por outro lado, a assistência farmacêutica hospitalar continua mantendo suas demandas “reprimidas” pelos interesses dos governantes.

É evidente que existe uma focalização mundialmente estimulada para a atenção primária, porém, essa não deve estar desarticulada dos outros níveis de atenção, a fim de se manter a integralidade da assistência, tão discutida no cenário da saúde brasileira. Portanto, tanto a atenção básica quanto os demais níveis de atenção à saúde precisam estar qualificados. Matsoso⁹⁸, durante a Conferência Global sobre o Futuro da Farmácia Hospitalar, que aconteceu na Suíça em agosto de 2008, destacou que a prestação de serviços de qualidade da farmácia hospitalar pode melhorar os resultados clínicos dos pacientes e reduzir os custos da hospitalização, conforme demonstrado por vários estudos, e sendo assim, os recursos economizados podem ser utilizados em investimentos na atenção primária ou em outros serviços considerados prioritários.

A falta de uma legislação específica para o setor dificulta em muito a

qualificação dos serviços farmacêuticos de assistência hospitalar. Qualificar serviços cujo arcabouço regulatório é extremamente variado e adaptado, definitivamente não é uma tarefa simples, e requer capacitação profissional e um grande empenho por parte dos gerentes farmacêuticos.

Apesar da crítica sobre a ausência de um marco regulatório para o setor, não é objetivo dessa análise minimizar os problemas encontrados nas unidades avaliadas, considerando que o farmacêutico deve zelar pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, e para tal deve observar atentamente todas as regulamentações que se relacionam aos serviços de saúde, as normas técnicas e as recomendações de padrões mínimos para o setor⁹⁶. Além disso, a inexistência de um documento norteador para uma política de Assistência Farmacêutica Hospitalar não é um privilégio exclusivamente brasileiro, e mesmo nos países onde o nível de excelência da assistência prestada é internacionalmente reconhecido, os serviços farmacêuticos hospitalares são orientados por um conjunto de leis, normas e diretrizes^{99,100}.

É necessário, ainda, considerando o mundo globalizado que vivemos observar as orientações internacionalmente reconhecidas de boas práticas para o setor. Importantes iniciativas têm sido realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP) no sentido de estabelecer parâmetros para a prática farmacêutica, incluindo a elaboração de um guia de boas práticas em farmácia, que abrange, dentre outras questões, as especificidades da farmácia hospitalar, a fim de atender as metas desenvolvidas para o milênio⁹⁸.

Portanto, a atualização do farmacêutico hospitalar sobre os parâmetros norteadores do setor deve acontecer de forma periódica e sistemática, através de consulta aos órgãos oficiais de governo ou de organizações profissionais que disponibilizem banco de legislações, normas e diretrizes. No Brasil essas buscas podem acontecer através do acesso às bases de dados da ANVISA, do CFF, do Ministério da Saúde e do Diário Oficial da União⁹⁶. Considerada as dimensões geográficas brasileiras, devem ainda ser consultadas as legislações específicas dos Estados e Municípios. Ressalta-se, também, a importância de se observar os parâmetros mínimos estabelecidos pela SBRAFH²⁴, que já se encontram orientados pelo conjunto de normas nacionais, além de estarem alinhados aos padrões internacionalmente aceitos.

Reitera-se, porém, que essa “política” que está sendo explicitada nesse “excepcional acervo”, muitas vezes conflitante e segmentada, e a ausência de um documento sanitário regulador específico, pode favorecer a falta de cumprimento das

normas existentes e perpetuar a ocorrência de falhas de qualidade no cuidado e de infrações que podem levar risco aos pacientes. Uma breve análise das legislações selecionadas e citadas no marco teórico deste estudo possibilitou a detecção de falta de clareza, contradições e ausência de estratégias para implementação.

Portanto, baseado por esse “excepcional acervo” que envolve mais de 100 regulamentações vigentes que se relacionam a farmácia hospitalar⁹⁶, dos parâmetros mínimos socialmente recomendados²⁴ e das diretrizes e normas técnicas publicadas^{101,102}, é possível afirmar que os serviços farmacêuticos dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro encontram-se inadequados, demandando reestruturação física, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, investimentos financeiros e harmonização de processos. Essas mudanças devem estar focadas nos resultados que esses serviços podem produzir, o que envolve: a melhoria da qualidade da assistência prestada, benefícios clínicos e terapêuticos aos pacientes e a diminuição dos custos de internação.

Cabe, porém, refletir que tanto o excesso quanto a ineficácia das legislações podem favorecer o excesso dos custos nos serviços de farmácia hospitalar e contribuir para a diminuição da qualidade. Uma legislação eficiente pode ao contrário diminuir custos e aumentar a qualidade do cuidado, desde que não se limite apenas às questões normativas, mas que também auxilie no processo de implementação de estratégias para sua execução, aos moldes do que vêm ocorrendo com a promoção do uso racional de medicamentos¹⁰³.

Recomendações para uma política de Assistência Farmacêutica Hospitalar

Observando os resultados encontrados, a elaboração de uma política de Assistência Farmacêutica Hospitalar é eminente. É interessante destacar que a RDC n.º 44¹⁰⁴, publicada em 2009 estabelecendo critérios e condições mínimas para o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas, estabelece no Artigo 1º, § 3º, que “*Os estabelecimentos de atendimento privativo de unidade hospitalar ... ficam sujeitos às disposições contidas em legislação específica*”. Esta referida “*legislação específica*” foi postada em consulta pública em 2007¹⁰⁵, e ainda não foi promulgada.

Uma política, em geral, deve reunir um conjunto de deliberações de aspectos comuns aos gestores, direcionando as estratégias e os rumos de atuação a serem desenvolvidas nas atividades, programas e projetos. Funcionam como norteadoras das ações governamentais, objetivando a minimização do impacto nas discontinuidades

administrativas e racionalizando o uso dos recursos disponíveis. Devem ser disponibilizadas ao acesso público e comportar a discussão das suas propostas pela população em geral, e principalmente, pelos formadores de opinião¹⁰⁶.

A formulação de uma política deve ser contextualizada mediante uma metodologia apropriada, baseada em um processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em modelo único e acabado. Esse processo deve envolver a construção de um instrumento inicialmente estruturado a partir de evidências, que possa ser elaborado por um conjunto de *experts* e posteriormente submetido à discussão em diversas instâncias¹⁰⁶.

Ressalta-se que não é objetivo desse estudo estruturar o documento de base da política de Assistência Farmacêutica Hospitalar, mas apontar caminhos para sua construção, e ao mesmo tempo, servir de fonte de informação para esta.

Dessa forma, essa regulamentação deverá esclarecer os princípios da Assistência Farmacêutica Hospitalar envolvendo sua definição, objetivos e modelos de ações a serem implementadas. É fundamental que estejam estabelecidos requisitos estruturais mínimos, balizados por outras legislações que já regulam o setor, contribuindo para o cumprimento de todas as exigências validamente vigentes.

A descrição das atividades a serem desempenhadas e dos eixos estratégicos, assim como, das competências e habilidades necessárias para que estas sejam realizadas com êxito, deverão compor essa política. Deve estar incluso parâmetros essenciais para a padronização de processos e normas a serem seguidas por todas as unidades, assim como, a importância da inserção e participação dos farmacêuticos nas comissões institucionais.

Prioridades a serem alcançadas e o estabelecimento de metodologias de monitoramento e avaliação devem, também, estar determinadas nesta regulamentação, a fim de que os resultados obtidos pelas atividades operacionalizadas pela política possam ser sistematicamente divulgadas e as necessidades periodicamente revisadas. É importante, porém, que essa norma considere os limites institucionais e possa ser adequada ao contexto regionalizado que a farmácia hospitalar estará inserida.

A introdução de normas específicas para o setor pode favorecer a obtenção de melhores resultados clínicos, administrativos e assistenciais, além de esclarecer para os gestores hospitalares a importância do serviço na prestação de uma assistência hospitalar de qualidade.

Vantagens e limites do estudo

A realização do estudo de casos múltiplos possibilitando a correlação entre as variáveis contextuais com os resultados observados conferiu validade externa ao estudo⁶⁵.

Muitos estudos discutem as dificuldades de generalização dos resultados através da metodologia de estudo de caso. Poucos, porém, demonstram como o procedimento pode ser desenvolvido a fim garantir a validade externa¹⁰⁷. Bergen & While¹⁰⁸, ao analisarem um estudo de casos múltiplos desenvolvido para identificar a relevância potencial e o valor do gerenciamento dos casos para a enfermagem comunitária, concluem que esta metodologia sendo devidamente aplicada pode avaliar credibilidade para possível generalização. Para tanto é fundamental o uso da lógica da replicação através de generalizações analíticas, conforme realizado neste estudo.

O estudo ao utilizar o modelo lógico como técnica analítica, com o propósito de reproduzir nas diferentes instituições avaliadas uma relação entre causa e efeito, atribuiu validade interna a pesquisa⁶⁵.

O modelo lógico como procedimento de análise foi utilizado por Galvão *et al*¹⁰⁹ na condução de um estudo de casos múltiplos imbricados objetivando avaliar a implementação do plano de intensificação das ações de controle da malária no estado do Mato Grosso. O uso da ferramenta se mostrou altamente eficiente ampliando a validade interna do estudo, dado a possibilidade de contextualizar as diversas dimensões que poderiam influenciar a relação entre causa e efeito.

A validade do constructo foi alcançada no estudo quando da utilização das múltiplas fontes de evidências⁶⁵. A coleta de informações através das entrevistas com informantes chaves, análise de documentos e registros, aliada a observação direta, concedeu maior robustez ao estudo.

O uso de múltiplas fontes de evidências tem sido altamente recomendado quando da realização de estudos de casos. Macêdo *et al*¹¹⁰ realizaram estudo de casos múltiplos para avaliarem as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas do nordeste brasileiro, e apontaram o uso da triangulação de técnicas para coleta de dados como um fator essencial para garantir a qualidade das informações em um estudo de caso.

Outra vantagem observada foi o processo de seleção de indicadores de resultados, ao considerar como características fundamentais: a importância, mensurabilidade, validade, clareza e confiabilidade^{68,69}; possibilitando a sua replicação

em diferentes contextos do cenário brasileiro, e demonstrando ser aplicáveis para avaliar os avanços da farmácia hospitalar no país, conforme orientações conclusivas da Conferência Global sobre o Futuro da Farmácia Hospitalar¹¹¹.

Embora tenha se buscado encadear de forma sistemática as informações coletadas, além de se manter a máxima fidedignidade aos dados coletados e observados, através do uso de protocolos para pesquisa, elaboração de banco de dados e emissão de relatórios, estes últimos não foram revisados pelos *stake-holders*, a fim de ampliar a confiabilidade do procedimento de coleta de dados.

Por serem os indicadores de resultados variáveis dependentes dos indicadores de estrutura e processo, estes podem ter sofrido mudanças ao longo do intervalo de tempo ocorrido entre a coleta de dados de estrutura e processo e a coleta de informações relacionadas aos resultados, podendo ter sido um limite desse estudo. Uma observação das variáveis de estrutura, processo e resultados no mesmo momento do tempo pode ampliar a confiabilidade das correlações empregadas nesse estudo.

A construção de mais indicadores de resultados, que possam ser validados, a fim de avaliar outras atividades e/ou o conjunto dos componentes da farmácia hospitalar é necessária. Essa iniciativa poderia aumentar a compreensão sobre a qualidade da assistência prestada por este serviço, e dessa forma analisar não apenas os resultados produzidos dentro do próprio setor pelas atividades desenvolvidas, mas também, os impactos que estas podem trazer aos clientes externos (pacientes, outros profissionais de saúde e fornecedores), aos moldes do que já ocorrem em outros inquéritos nacionais sobre a farmácia hospitalar realizados em outros países^{55,56,57,92,100,112,113,114}.

Embora, a metodologia de pesquisa e de análise tenha se demonstrado altamente satisfatória para esse estudo, uma ampliação no processo de avaliação de resultados da farmácia hospitalar poderia exigir uma maior discussão dos aspectos metodológicos. Alguns autores consideram a metodologia de avaliação idealizada por Donabedian limitada, alegando que os efeitos provenientes da estrutura e dos processos, podem gerar efeitos imediatos, intermediários e/ou de longo prazo, não sendo conveniente nomear esse conjunto diversificado apenas como “resultados”⁴⁶. Seria interessante, também, refletir sobre a possibilidade de incorporação de algoritmos, com pontuação escalonada, que considerassem o nível de complexidade hospitalar e a conseqüente hierarquização da farmácia, conforme modelo desenvolvido por Messeder² para o “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”.

CONCLUSÃO

A metodologia utilizada no estudo possibilitou a avaliação de resultados da farmácia hospitalar, considerando que o estudo de caso é o procedimento mais adequado para investigar fenômenos contextualizados em um sistema complexo^{4,107}.

O emprego de estudos de casos múltiplos, o uso de múltiplas fontes de evidências e de técnica analítica acurada, garantiu validade externa, validade de constructo e validade interna ao estudo, proporcionando possibilidade de inferências.

O uso dos dados secundários da SESDEC-RJ permitiu a realização do diagnóstico hierarquizado de estrutura e processo dos serviços avaliados, colaborando para a seleção dos casos a serem estudados, assim como, para a análise da influência do contexto no desempenho dos serviços.

A opção pela continuidade a lógica dos processos iniciados no Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil e suas evoluções^{1,2,3} favoreceu a seleção de dezesseis indicadores relacionados as atividades de: gerenciamento, aquisição, programação, armazenamento e distribuição. Em consequência, foram elaborados métodos de cálculos de indicadores e instrumentos de coleta plenamente adequados e aplicáveis.

A análise dos seis casos selecionados contribuiu para a conclusão de que farmácias hospitalares que apresentam melhor estrutura e processo, também, são aquelas que detêm os melhores resultados, que podem se traduzir em benefícios aos usuários do sistema hospitalar, considerando a qualidade do cuidado prestado.

Nenhum dos serviços alcançou nível de excelência diante dos indicadores aplicados, e apenas um atingiu um grau satisfatório de desempenho. Essa constatação é extremamente preocupante considerando que os componentes avaliados, são consideradas atividades *core* da farmácia. Destaca-se que os serviços estudados estavam hierarquizados nos níveis 6, 7 e 8 da complexidade hospitalar, devendo exercer outras atividades especializadas².

Mesmo não sendo objetivo do estudo, foi possível observar e analisar o efeito da terceirização da central de abastecimento farmacêutico nas atividades avaliadas. O modelo empregado gerou descontinuidade das atividades realizadas e parece ter comprometido o desempenho dos serviços em outros componentes.

Foi possível, ainda, propor recomendações para o estabelecimento de uma política de Assistência Farmacêutica Hospitalar, considerando o perfil dos serviços diante das questões normativas vigentes.

Espera-se que esta avaliação, assim como as recomendações realizadas, possa contribuir para elaboração do planejamento das ações de saúde nas diversas instâncias administrativas¹¹⁵, e que dessa forma possam ser melhorados os resultados observados nesse estudo e a qualidade da Assistência Farmacêutica Hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Osorio-de-Castro CGS & Castilho SR (organizadores). Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz: 2004. 152p.
2. Messeder AM. Avaliação de estrutura e processo de serviços de farmácia hospitalar segundo nível de complexidade do hospital. [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2005. 118p.
3. Magarinos-Torres R. Indicadores de Resultados para a Farmácia Hospitalar. [Dissertação]. Instituto Fernandes Figueiras. Rio de Janeiro: 2006. 151p.
4. Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Magarinos-Torres R, Sobreira MJ, Vasconcelos DMM, Lima EC, Avelar FG, Freitas LF. Relatório final da primeira fase do projeto de apoio à organização da assistência farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro. 2008: 231p.
5. Novaes HMD. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40: 133-140.
6. Gomes MJVM, Reis AMM. Farmácia hospitalar: histórico, objetivos e funções. In: Gomes MJVM, Reis AMM, organizadores. *Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar*. São Paulo: Ed. Atheneu; 2000. p. 275-287.
7. Neto JFM. A farmácia hospitalar. In: Neto JFM, organizador. *Farmácia hospitalar e suas interfaces com a saúde*. São Paulo: RX; 2005. p. 31-46.
8. Rozenfeld S. Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007.
9. Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8 (2): 501-520.
10. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta paul. Enferm.* 2005; 18 (2): 213-219.
11. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Lei nº 5.164, de 17 de dezembro de 2007. Autoriza o poder executivo a instituir a “fundação estatal dos hospitais gerais”, a “fundação estatal dos hospitais de urgência” e a “fundação estatal dos institutos de saúde e da central estadual de transplante”, e dá outras providências. Rio de Janeiro: 2007.
12. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Camacho LAB. Projeto diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4): 835-844.
13. Organização Mundial de la Salud. Comitê de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. Función de los hospitales en los programas de protección de

- la salud. *Ser Inform. Tecn.* 1957; 122 (4).
14. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância sanitária. In: Rouquayrol & Almeida Filho. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 567-586.
 15. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 825-839.
 16. Portela MC. Accountability e qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 840-841.
 17. Cavallini ME, Bisson MP. Farmácia Hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde. Barueri: Manole. 2002. 218p.
 18. Ugá MAD, López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 915-928.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Saúde. Portaria n.º 569, de 19 de agosto de 2002. Define a tabela de nível de hierarquia e dá outras providências. Brasil: 2002.
 20. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4 (2): 341-353.
 21. Gupta SR *et al.* Association between hospital size and pharmacy department productivity. *Am J Health-Syst Pharm*. 2007; 64: 937-944.
 22. Nau DP, Garber MC, Lipowski EE, Stevenson JG. Association between hospital size and quality improvement for pharmaceutical services. *Am J Health-Syst Pharm*. 2004; 61: 184-189.
 23. Hiom S *et al.* Benchmarking the current dispensing rate of Welsh hospital pharmacies. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2006; 31: 357-362.
 24. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar - SBRAFH. Padrões mínimos em farmácia hospitalar. São Paulo: SBRAFH. 2ª. ed.; 2008.
 25. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. 2004.
 26. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osorio-de-Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.
 27. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S (organizadores). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS. 2003.
 28. Organización Panamericana de Salud (OPAS). Guia para el desarrollo de servicios farmacéuticos hospitalarios. Mundial de la Salud. Serie medicamentos

- essenciais y tecnologia. Washington DC: OPAS; 1997.
29. Carvalho JM, Magarinos-Torres R, Osorio-de-Castro CGS. Estudos de utilização de medicamentos em hospitais brasileiros: uma revisão bibliográfica. *Rev. Bras. Farm.* 2007; 88 (2): 77-82.
 30. Buck TC, Brandstrup L, Brandslund I, Kampmann JP. The effects of introduction a clinical pharmacist on orthopaedic wards in Denmark. *Pharm World Sci.* 2007; 29: 12-18.
 31. Bosma L *et al.* Evaluation of pharmacist clinical interventions in a Dutch hospital settings. *Pharm World Sci.* 2008; 30: 31-38.
 32. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Manual básico da farmácia hospitalar. Brasília, Distrito Federal. Conselho Federal de Farmácia: 1997.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n.º 67, de 08 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para uso humano em farmácias. Brasil: 2007.
 34. Luchessi AD, Marçal BF, Araújo GF, Uliana LZ, Rocha MRG, Pinto TJA. Monitoração de propaganda e publicidade de medicamentos: âmbito de São Paulo. *Rev Bras Ciências Farmacêuticas.* 2005; 41(3): 345-349.
 35. Magarinos-Torres R, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(8): 1791-1802.
 36. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24 (2): 91-100.
 37. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar - SBRAFH. Carta de Goiânia. 2007. [acessado em: 2008 Jul 20]. 7p. Disponível em: http://www.sbrafh.org.br/downloads/Carta_de_Goinia_vs_final.pdf
 38. Osorio-de-Castro CGS. Farmacêutico: ser profissional do mundo e cidadão exige responsabilização. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(Sup): 569-577.
 39. Magarinos-Torres R, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12(4): 717-728.
 40. Silva LR, Vieira EM. Conhecimento dos farmacêuticos sobre a legislação sanitária e regulamentação da profissão. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(3): 429-437.
 41. Xavier RMF. Vigilância sanitária em serviços de saúde: controle sanitário da farmácia hospitalar. [Dissertação]. Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2007. 85 p.

42. Rozenfeld S (organizadora). Fundamentos da vigilância sanitária. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro: 2000. 301p.
43. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n.º 492, de 26 de Novembro de 2008. Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Brasil: 2008.
44. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA & Silva LMV (Organizadoras). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.15-39.
45. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch.Path.Lab Med.*. 1990; 114: 1115-1118.
46. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (5): 547-559.
47. Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol; Almeida-Filho. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-604.
48. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública*. 2007; 41 (1): 150-153.
49. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (organizadora). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997, p. 29-48.
50. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment.: a conceptual exploration. In: Donabedian, A., *Explorations in quality assessment and monitoring* vol.I. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press. 1988, p. 3-31.
51. Donabedian A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. *Quality Review Bulletin*. 1992; 356-360.
52. Guerra HL, Barreto SM, Uchoa E *et al.* A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16 (2): 545-551.
53. Cunha CB *et al.* Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 3 (4): 805-813.
54. O' Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13 (5): 1637-1648.
55. Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of

- pharmacy practice in hospital settings: Prescribing and transcribing – 2007. *Am J Health-Syst Pharm*. 2008; 65: 827-843.
56. Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Dispensing and administration – 2005. *Am J Health-Syst Pharm*. 2006; 63: 327-345.
57. Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education – 2003. *Am J Health-Syst Pharm*. 2004; 61: 457-471.
58. Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Farmácia (organizadores). Organização da Assistência Farmacêutica em Hospitais – Relatório final da oficina de trabalho. Brasília: 1992.
59. Wilken PRC. A farmácia no hospital e a atenção à saúde – Assistência Farmacêutica nos hospitais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro: Estudo de Caso. [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 1998, 182p.
60. Marin N, Cosendey MAE, Luiza VL *et al*. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. OPAS/ NAF-ENSP-Fiocruz/ SBRAFH/ CFF. Brasília: 2001.
61. Cipriano SL. Proposta de um conjunto de indicadores para a utilização na Farmácia Hospitalar com foco na acreditação hospitalar. [Dissertação]. Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo. São Paulo: 2004. 191p.
62. Noronha AGGM, Borges DF. Qualidade da gestão de medicamentos em hospitais públicos. *Rev Adm Publica*. 2005; 39 (4): 895-912.
63. Penaforte TR, Forster AC, Simões MJS. Evaluation of the performance of pharmacists in terms of providing health assistance at a university hospital. *Clinics*. 2007; 62 (5): 567-572.
64. Perazzolo E, Cipriano SL, Cornetta VK, Almeida MIR. Os conceitos da Teoria dos Sistemas, alinhados ao modelo de gestão Prêmio Nacional da Gestão em Saúde – PNGS, no gerenciamento da Farmácia Hospitalar. *RAS*. 2006; 32 (8): 95-107.
65. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.
66. Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA (Organizadora). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p.49-88.
67. Cosendey MAE. Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2000.

68. Management Sciences for Health / Rational Pharmaceutical Management Project. Arlington: Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach. 1995.
69. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde; Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Brasil. Ministério da Saúde: 2005.
70. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG & Souza ER (organizadoras). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p.133-156.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde n.º 196, de 10 de Outubro de 2006. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasil: 1996.
72. Cipriano SL, Cornetta VK. Gestão da qualidade e indicadores na farmácia hospitalar. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Ciências Farmacêuticas: Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008, p. 123-144.
73. Novaes MRCG. La farmacia hospitalaria en Brasil: estrategias e desafyos. *Farm Hosp*. 2006; 30: 265-268.
74. Cipriano SL, Carvalho FD, Pinto VB. Estratégias e ferramentas de gestão para qualidade e resultados. In: Novaes MRCG *et al* (organizadores). *Guia de boas práticas em farmácia hospitalar e serviços de saúde – SBRAFH*. São Paulo: Ateliê Vide o Verso. 2009, p. 49-100.
75. Cipriano SL, Pinto VB, Chaves CE. Gestão estratégica em farmácia hospitalar: Aplicação prática de um modelo de gestão para qualidade. São Paulo: Editora Atheneu. 2009, 158p.
76. Reis AMM. Farmácia Hospitalar: Planejamento, missão e visão. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Ciências Farmacêuticas: Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008, p. 101-106.
77. Lima SML, Barbosa PR, Portela MC, Ugá MAD, Vasconcellos MM, Gerschman S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (5): 1249-1261.
78. Tuma IL, Carvalho FD, Marcos JF. Programação, aquisição e armazenamento de medicamentos e produtos para saúde. In: Novaes MRCG *et al* (organizadores). *Guia de boas práticas em farmácia hospitalar e serviços de saúde – SBRAFH*. São Paulo: Ateliê Vide o Verso. 2009, p. 149-190.
79. Vieira MRS, Lorandi PA, Bousquat A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (6): 1419-1428.

80. Moura CS, Perini E. Evaluation of pharmaceutical assistance in municipalities in the state of Minas Gerais. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2009; 45 (2): 279-286.
81. Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Nunes JM. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade-custo. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15 (4): 769-776.
82. Sigulem F, Zucchi P. E-procurement in the Brazilian healthcare system: the impact of joint drug purchases by a hospital network. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26 (5): 429-434.
83. Osmo FPF, Osmo AA. Gestão de suprimentos e custos hospitalares. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. *Ciências Farmacêuticas: Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008, p. 95-100.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde. 2006, 76p.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Coordenação Geral de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação da Qualidade de Produtos e Serviços Farmacêuticos. Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS: orientações básicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2006, 47p.
86. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13 (Sup): 603-610.
87. Neto GV, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 825-839.
88. Zamberlan C, Siqueira HCH. A terceirização nos serviços e conseqüências no cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58 (6): 727-730.
89. Marcos JF, Cordeiro A, Barbare MHAO. Sistemas de distribuição de medicamentos e produtos para saúde. In: Novaes MRCG *et al* (organizadores). *Guia de boas práticas em farmácia hospitalar e serviços de saúde – SBRAFH*. São Paulo: Ateliê Vide o Verso. 2009, p. 235-266.
90. Costa LA, Valli C, Alvarenga AP. Medication dispensing errors at a public pediatric hospital. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16 (5): 812-817.
91. Anacleto TA, Perini E, Rosa MB, César CC. Drug-dispensing errors in the hospital pharmacy. *Clinics*. 2007; 62 (3): 243-250.
92. Perez ME, Martinez MD, Feliu JF, Mendez CA, Garcia R. Hospital Pharmacy

- services in Puerto Rico. *Am J Health-Syst Pharm.* 2006; 63 (5): 460-465.
93. Miasso AI, Oliveira RC, Silva AEBC, Junior DPL, Gimenes FRE, Fakh FT, Cassiani SHB. Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25 (2): 313-320.
94. Anacleto TA, Perini E, Rosa MB, César CC. Medications errors and drug-dispensing systems in the hospital pharmacy. *Clinics.* 2005; 60 (4): 325-332.
95. American Society of Health-System Pharmacists. ASPH guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm.* 1993; 50: 305-314.
96. Chaves CE, Tuma IL, Marcos JF. Legislação em Farmácia Hospitalar. In: Novaes MRCG *et al* (organizadores). *Guia de boas práticas em farmácia hospitalar e serviços de saúde – SBRAFH.* São Paulo: Ateliê Vide o Verso. 2009, p. 297-312.
97. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24 (2): 91-100.
98. Matsoso MP. Future vision and challenges for hospital pharmacy, *Am J Health-Syst Pharm.* 2009; 66 (Suppl 3): S9-S12.
99. American Society of Health-System Pharmacists. ASPH guidelines: minimum standard for pharmacies in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm.* 1995; 52: 2711-2717.
100. Doloresco F, Vermeulen LC. Global survey of hospital pharmacy practice. *Am J Health-Syst Pharm.* 2009; 66 (Suppl 3): S13-S19.
101. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009; 44p.
102. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota técnica conjunta: qualificação da assistência farmacêutica, de 20 de janeiro de 2008. Brasília. 2008.
103. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Plano de ação: Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. 2008, 13p.
104. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 44, de 17 de Agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização dos produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder

Executivo. Brasília – DF. 18 ago, 2009.

105. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n.º 70, de 11 de julho de 2007. Minuta da RDC, que define os requisitos mínimos exigidos às Boas Práticas para o Gerenciamento de Medicamentos, Insumos Farmacêuticos, Produtos para Saúde, de Higiene e Saneantes em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 13 jul, 2007.
106. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. 2001, 40p.
107. Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev SOCERJ*. 2007; 20 (5): 383-386.
108. Bergen A, While A. A case for case studies: exploring the use of case study design in community nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31 (4): 926-934.
109. Galvão ND, Yokoo EM, Santos MA, Natal S. Vigilância epidemiológica no plano de intensificação das ações de controle de malária no estado de Mato Grosso: estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13 (6): 1933-1944.
110. Macêdo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (8): 1679-1692.
111. Gray AL. Conference conclusions. *Am J Health-Syst Pharm*. 2009; 66 (Suppl 3): S75-S76.
112. European Association of Hospital Pharmacists. 2005 EAHP survey. Disponível em: www.eahp.eu/EAHP-survey-on-HP. Acessado em: agosto de 2009.
113. Fitzpatrick RW, Boardman HF. A survey of the provision of clinical pharmacy services in relation to existing published standards. *Pharm World Sci*. 2005; 27: 191-196.
114. Wilson SG, Tusi M, Tong N, Wilson DI, Chapman CB. Hospital pharmacy service provision in Australia – 1998. *Am J Health-Syst Pharm*. 2000; 57 (7): 677-680.
115. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde. 2006, 74p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Planilha dos indicadores de resultados selecionados para a farmácia hospitalar

GERENCIAMENTO			
Denominação do indicador	Definição	Método de cálculo	Fonte de dados
Porcentagem de comissões institucionais onde existem profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes	Entende-se como comissões institucionais aquelas formalmente constituídas no hospital tais como: Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Licitação e Parecer Técnico, Comissão de Terapia Nutricional, Comissão de Riscos Hospitalares, Comissão de Terapia Antineoplásica, Comissão de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Comissão de Avaliação de Tecnologias, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, e Comissão de Educação Permanente ¹ .	Número de comissões institucionais do hospital onde existem profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes, dividido pelo número de comissões institucionais do hospital (x100).	Entrevista Análise de documentos Registros de serviços
Porcentagem de metas estabelecidas cumpridas.	As metas estabelecem quantitativamente os efeitos esperados em um tempo determinado. Devem ser específicas, viáveis e mensuráveis ² . Serão consideradas metas estabelecidas aquelas que são explicitadas em documentos.	Número de metas estabelecidas cumpridas, dividido pelo número de metas estabelecidas (x100).	Entrevista Análise de documentos Observação direta
Porcentagem de atividades da farmácia hospitalar que possuem procedimentos (POP) escritos e atualizados.	Procedimento operacional padrão é entendido como sendo a descrição pormenorizada de técnicas e operações a serem utilizadas na farmácia, visando proteger e garantir a preservação da qualidade dos medicamentos e a segurança dos funcionários da farmácia ³ . Serão considerados atualizados os POP construídos ou revisados nos últimos 2 anos. As atividades examinadas serão aquelas definidas pelo Projeto Diagnóstico da FH no Brasil ⁴ .	Número de procedimentos (POP) escritos e atualizados para as atividades da farmácia hospitalar, dividido pelo número de atividades realizadas pelo serviço (x100)	Entrevista Análise de documentos Observação direta
Porcentagem de itens dos procedimentos (POP) realizados adequadamente	Procedimento operacional padrão é entendido como sendo a descrição pormenorizada de técnicas e operações a serem utilizadas na farmácia, visando proteger e garantir a preservação da qualidade dos medicamentos e a segurança dos funcionários da farmácia. Considera-se item cada etapa do procedimento. Considera-se realização adequada a reprodução literal da descrição do POP.	Número de itens dos procedimentos (POP) realizados adequadamente, dividido pelo número de itens dos procedimentos examinados (x100) ⁵	Análise de documentos Registros de serviços Observação direta

¹ Adaptado do Conselho Federal de Farmácia, Resolução n.º 492, de 26 de novembro de 2008.

² LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, MIRANDA ES & CHAVES GC, Manual de capacitação em avaliação com foco na melhoria da assistência farmacêutica, 2006.

³ Adaptado de BRASIL. ANVISA, RDC n.º 67, de 30 de setembro de 2008.

⁴ Adaptado de BRASIL. ANVISA, RDC n.º 67, de 30 de setembro de 2008.

⁵ Serão examinados 10% do total dos POP disponíveis no serviço.

APÊNDICE 1 – Planilha dos indicadores de resultados selecionados para a farmácia hospitalar (continuação)

PROGRAMAÇÃO			
Denominação do indicador	Definição	Método de cálculo	Fonte de dados
Percentagem de medicamentos disponíveis nas quantidades necessárias.	A quantidade necessária de um medicamento é obtido a partir do consumo médio mensal, aliada ao estoque de segurança, análise ABC de valor e outros parâmetros ⁶ . Será considerado medicamento disponível em quantidade necessária aqueles que tiverem estoque igual ou superior ao consumo previsto para um mês, de acordo com o consumo médio mensal ou de acordo com a necessidade prevista, e com prazo de validade para o período mínimo de um mês.	Número de medicamentos traçadores disponíveis em quantidades necessárias, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100)	Análise dos documentos. Observação direta.
Percentagem de medicamentos programados para aquisição com especificação detalhada.	Medicamentos programados para aquisição são aqueles encaminhados para compra, contendo a quantidade de itens a ser adquirida. A especificação de um medicamento deve incluir: dosagem, forma farmacêutica, volume e/ou peso e nomenclatura do fármaco segundo Denominação Comum Brasileira – DCB. ⁷	Número de medicamentos traçadores programados para aquisição com especificação detalhada dividido pelo número total de medicamentos traçadores programados para aquisição (x100)	Análise de documentos.
Percentagem de medicamentos disponíveis em tempo oportuno	Serão considerados medicamentos disponíveis em tempo oportuno, aqueles que estiverem em estoque no hospital (setor de armazenamento e/ou setor de distribuição), em ao menos uma unidade, dentro do prazo de validade, no momento da visita a unidade.	Número de medicamentos traçadores disponíveis em tempo oportuno, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100)	Observação direta.
Percentagem de medicamentos especificados para a compra em adequação à lista de medicamentos selecionados.	A lista de medicamentos essenciais é uma publicação geralmente em forma de manual que traz a relação atualizada de medicamentos selecionados para uso no hospital e informações essenciais sobre medicamentos ⁸ . Serão considerados medicamentos especificados para compra em adequação a lista de medicamentos selecionados aqueles que apresentarem na lista de compra descrição compatível com a da lista de medicamentos selecionados.	Número de medicamentos traçadores especificados para compra em adequação à lista de medicamentos selecionados, dividido pelo número total de medicamentos traçadores especificados para compra (x100)	Entrevista Análise de documentos.
Percentagem de informações atualizadas sobre o consumo físico de medicamentos.	São consideradas informações sobre o consumo físico de medicamentos às referentes à movimentação de estoque, tais como, lançamento de entradas e saídas de medicamentos e seu respectivo saldo físico. Será considerada informação atualizada sobre consumo físico de medicamentos aquelas registradas no setor de controle de estoque da farmácia com prazo máximo de atraso de sete dias.	Número de medicamentos traçadores com informação atualizada sobre consumo físico, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100)	Entrevista Análise de documentos Observação direta.

⁶ Adaptado de Gomes MJVM & Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar, 2000.

⁷ Adaptado de Gomes MJVM & Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar, 2000.

⁸ Adaptado de Gomes MJVM & Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar, 2000.

APÊNDICE 1 – Planilha dos indicadores de resultados selecionados para a farmácia hospitalar (continuação)

PROGRAMAÇÃO			
Denominação do indicador	Definição	Método de cálculo	Fonte de dados
Percentagem de medicamentos dentro do prazo de validade.	Prazo de validade é entendido como o tempo durante o qual o produto poderá ser usado, caracterizado como período de vida útil e fundamentada nos estudos de estabilidade específicos ⁹ .	Número de medicamentos traçadores com todos os lotes dentro do prazo da validade, dividido pelo número total de medicamentos traçadores disponíveis (x100)	Observação direta.

⁹ Adaptado de BRASIL. ANVISA, RDC n.º 157, de 31 de maio de 2002.

AQUISIÇÃO			
Denominação do indicador	Definição	Método de cálculo	Fonte de dados
Percentagem de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente.	São considerados parâmetros importantes para avaliar e qualificar fornecedores: análise cadastral; certificações de sistemas de qualidade; e, auditoria de qualidade – envolvendo: tecnologia, processo, qualidade das matérias-primas, qualificação da mão-de-obra, organização, suporte e controle da produção, qualidade do produto acabado, e assistência técnica. O monitoramento de fornecedor pode envolver a avaliação comercial (administrativa, jurídico-fiscal e mercadológica) e a avaliação técnica (matéria-prima, garantia de qualidade, controle de qualidade, organização industrial, boas práticas de fabricação, e boas práticas de armazenamento e estocagem) ¹⁰ .	Número de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente, dividido pelo número total de fornecedores cadastrados (x100)	Entrevista Análise de documentos.
Percentagem de medicamentos adquiridos em adequação à lista de medicamentos selecionados.	A lista de medicamentos essenciais é uma publicação geralmente em forma de manual que traz a relação atualizada de medicamentos selecionados para uso no hospital e informações essenciais sobre medicamentos ¹¹ . Serão considerados medicamentos adquiridos em adequação à lista de medicamentos selecionados aqueles disponíveis em estoque e/ou no setor de distribuição de medicamentos compatíveis com a descrição da lista de medicamentos selecionados.	Número de medicamentos traçadores adquiridos em adequação à lista de medicamentos selecionados, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100).	Análise de documentos. Observação direta.

¹⁰ Adaptado de Maia Neto JF. Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde, 2005.

¹¹ Adaptado de Gomes MJVM & Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar, 2000.

APÊNDICE 1 – Planilha dos indicadores de resultados selecionados para a farmácia hospitalar (continuação)

AQUISIÇÃO			
Denominação do indicador	Definição	Método de cálculo	Fonte de dados
Percentagem de medicamentos adquiridos em adequação à especificação solicitada.	Especificações técnicas incluem especificações de qualidade, obrigatoriedades técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ¹² .	Número de medicamentos traçadores adquiridos em adequação à especificação solicitada, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100).	Análise de documentos. Observação direta.

ARMAZENAMENTO			
Denominação do indicador	Definição	Método de cálculo	Fonte de dados
Percentagem de unidades de medicamentos perdidos.	Serão consideradas unidades de medicamentos perdidas aquelas que estejam fora de condição de uso, seja por perda de validade e/ou por perda de qualidade.	Número de unidades de medicamentos traçadores perdidos no último ano, dividido pelo número de unidades de medicamentos traçadores adquiridos no último ano (x100)	Entrevista Análise de documento.
Percentagem de medicamentos recebidos em adequação ao parecer técnico	Parecer técnico é o documento emitido pelo técnico, expressando um juízo, contendo pronunciamento, recomendação ou opinião em relação à questão técnica específica de sua área de atuação, podendo ser registrado após a assinatura do técnico o ciente de seu superior hierárquico ¹³ .	Número de medicamentos traçadores recebidos em adequação ao parecer técnico no último ano, dividido pelo número total de medicamentos traçadores recebidos no último ano (x100)	Entrevista Análise de documento

DISTRIBUIÇÃO			
Denominação do indicador	Definição	Método de cálculo	Fonte de dados
Percentagem de medicamentos distribuídos erradamente.	Distribuição racional de medicamentos consiste em assegurar os produtos solicitados pelos usuários na quantidade e especificação solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido. Os principais erros de distribuição descritos são: duplicação de doses, dosagem e/ou via incorretas; distribuição de medicamentos não solicitados. ¹⁴	Número de medicamentos distribuídos erradamente em uma sessão de trabalho, dividido pelo número total de medicamentos distribuídos durante a sessão de trabalho (x100)	Observação direta.

¹² Adaptado de Osorio-de-Castro CGS & Castilho SR. Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, 2004.

¹³ Adaptado de BRASIL. ANEEL, Revisão de Norma Organizacional, 2007.

¹⁴ Adaptado de Gomes MJVM & Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar, 2000.

APÊNDICE 2 – Questionário prévio para entrevista

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

Código do Hospital: _____

Nome do Hospital: _____

Endereço: _____

_____ UF: _____

Entrevistador: _____

Código do Entrevistador: _____

Período: ___ / ___ / ___ à ___ / ___ / ___

PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Função	Nome	Cargo	Telefone e/ou e-mail
Farmacêutico responsável pelo serviço de FH			
Responsável pela programação de medicamentos			
Responsável pela aquisição de medicamentos			
Responsável pelo armazenamento de medicamentos			

ASPECTOS GERAIS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

PE1. Que atividades são desenvolvidas pelo serviço de farmácia? (**MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO**)

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| a. Armazenamento | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| b. Manipulação de produtos estéreis | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| c. Manipulação de produtos não estéreis | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| d. Controle de qualidade | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| e. Distribuição de medicamentos | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| f. Dispensação ambulatorial | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| g. Serviço de Informação sobre medicamentos | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| h. Outra (s) | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |

Quais? _____

PE2. Número de profissionais farmacêuticos no setor: |_|_|

PE3. Número total de profissionais do setor: |_|_|

GERENCIAMENTO

PE4. Quais as comissões institucionais do hospital, formalmente constituídas? (**MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO**)

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| a. Comissão de Farmácia e Terapêutica | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| b. Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| c. Comissão de Licitação e Parecer Técnico | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| d. Comissão de Terapia Nutricional | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| e. Comissão de Riscos Hospitalares | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| f. Comissão de Terapia Antineoplásica | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| g. Comissão de Ética e Pesquisa em Seres Humanos | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| h. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| i. Outras | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |

Quais? _____

PE5. Quais as comissões institucionais do hospital, formalmente constituídas, em que há participação de profissionais da farmácia? **(MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO – Solicitar a descrição do profissional por comissão)**

- | | |
|---|---|
| a. Comissão de Farmácia e Terapêutica | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| b. Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| c. Comissão de Licitação e Parecer Técnico | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| d. Comissão de Terapia Nutricional | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| e. Comissão de Riscos Hospitalares | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| f. Comissão de Terapia Antineoplásica | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| g. Comissão de Ética e Pesquisa em Seres Humanos | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| h. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| i. Outras | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |

Quais? _____

PE6. Número de profissionais da farmácia atuando em comissões institucionais, formalmente constituídas: |_|_|

PE7. Quais as atividades desempenhadas, pelos profissionais vinculados à farmácia hospitalar, em cada uma das comissões onde estes participam?

PE8. Existem documentos que comprovem a nomeação e/ou participação de profissionais da farmácia nas comissões institucionais?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS**
2. NÃO

<p>PE9. Existem registros da participação de profissionais da farmácia nas comissões institucionais?</p> <ol style="list-style-type: none">1. <input type="checkbox"/> SIM → SOLICITAR CÓPIA DOS REGISTROS2. <input type="checkbox"/> NÃO3. <input type="checkbox"/> NSI
<p>PE10. O serviço de farmácia realiza planejamento de objetivos e metas?</p> <ol style="list-style-type: none">1. <input type="checkbox"/> SIM → SOLICITAR CÓPIA DO PLANEJAMENTO2. <input type="checkbox"/> NÃO → IR PARA A P133. <input type="checkbox"/> NSI
<p>PE11. Qual é a periodicidade de elaboração do plano?</p> <ol style="list-style-type: none">1. <input type="checkbox"/> SEMESTRAL2. <input type="checkbox"/> ANUAL3. <input type="checkbox"/> BIENAL4. <input type="checkbox"/> QÜINQÜENAL5. <input type="checkbox"/> OUTRA Qual? _____6. <input type="checkbox"/> NSI
<p>PE12. O serviço de farmácia tem documentos comprobatórios das metas estabelecidas cumpridas?</p> <ol style="list-style-type: none">1. <input type="checkbox"/> SIM → SOLICITAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS2. <input type="checkbox"/> NÃO3. <input type="checkbox"/> NSI
<p>PE13. O serviço de farmácia possui manual de normas e procedimentos?</p> <ol style="list-style-type: none">1. <input type="checkbox"/> SIM → SOLICITAR CÓPIA DO MANUAL2. <input type="checkbox"/> NÃO → IR PARA A P153. <input type="checkbox"/> NSI → IR PARA A P15
<p>PE14. Qual é a periodicidade de atualização dos procedimentos?</p> <ol style="list-style-type: none">1. <input type="checkbox"/> SEMESTRAL2. <input type="checkbox"/> ANUAL3. <input type="checkbox"/> BIENAL4. <input type="checkbox"/> OUTRA Qual? _____5. <input type="checkbox"/> NSI

PROGRAMAÇÃO

PE15. Quais as informações utilizadas para calcular a quantidade necessária de medicamentos? (**MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO**)

- a. Necessidade 1. Sim 2. Não
- b. Consumo Médio Mensal (CMM) 1. Sim 2. Não
- c. Estoque de Segurança (Estoque Mínimo) 1. Sim 2. Não
- d. Curva ABC de valor 1. Sim 2. Não
- e. Outros parâmetros 1. Sim 2. Não

Quais? _____

PE16. Existem registros das informações utilizadas para calcular a quantidade necessária de medicamentos?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DOS REGISTROS**
2. NÃO
3. NSI

PE17. Qual é a periodicidade de solicitação de medicamentos para compra? →

SOLICITAR CÓPIA DA ÚLTIMA SOLICITAÇÃO DE COMPRA

1. MENSAL
2. BIMESTRAL
3. TRIMESTRAL
4. SEMESTRAL
5. ANUAL
6. OUTRA Qual? _____

PE18. A lista de medicamentos essenciais é utilizada para orientar a solicitação de compras?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DA LISTA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS**
2. NÃO

PE19. Qual a periodicidade de atualização das informações sobre o consumo físico de medicamentos?

1. DIARIAMENTE
2. ENTRE DOIS E SETE DIAS
3. MAIS DE SETE DIAS Qual? _____

PE20. Como é realizado o controle das informações de entrada e saída de medicamentos?
(SOLICITAR CÓPIA DO RELATÓRIO DE CONTROLE OU VISTA DAS FICHAS DE CONTROLE MANUAL)

1. INFORMATIZADO
2. MANUAL Onde? _____
3. COMBINADO (INFORMATIZADO/MANUAL) Onde? _____
4. NÃO É REALIZADO CONTROLE

AQUISIÇÃO

PE21. É realizado cadastro de fornecedores de medicamentos?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DOS FORNECEDORES CADASTRADOS**
2. NÃO → **IR PARA A P23**
3. NSI → **IR PARA A P23**

PE22. Que critérios são utilizados para cadastrar um fornecedor?

PE23. É realizada avaliação e qualificação dos fornecedores de medicamentos?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DAS AVALIAÇÕES E QUALIFICAÇÕES REALIZADAS**
2. NÃO → **IR PARA A P25**
3. NSI → **IR PARA A P25**

PE24. Que critérios são utilizados para avaliar e qualificar um fornecedor?

PE25. Existem atrasos na entrega de medicamentos pelos fornecedores?

1. SIM
2. NÃO → **IR PARA A P28**
3. NSI → **IR PARA A P28**

PE26. Existem registros dos períodos de atraso e dos fornecedores que atrasam a entrega de medicamentos?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DOS REGISTROS DE ATRASO DE ENTREGA**
2. NÃO
3. NSI

PE27. Existe alguma responsabilização aos fornecedores quando da entrega de medicamentos em atraso?

1. SIM Qual? _____
2. NÃO
3. NSI

ARMAZENAMENTO

PE28. É realizado registro de medicamentos perdidos por validade e/ou por perda de qualidade?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DOS REGISTROS**
2. NÃO
3. NSI

PE29. Qual o destino dos medicamentos perdidos por validade e/ou por perda de qualidade no serviço?

1. DESCARTE NO SETOR
2. SEGREGAÇÃO NA UNIDADE E ENVIO PARA INCINERAÇÃO → **SOLICITAR CÓPIA DE DOCUMENTO**
3. ENVIADO IMEDIATAMENTE PARA INCINERAÇÃO → **SOLICITAR CÓPIA DE DOCUMENTO**
3. OUTRO DESTINO Qual? _____

PE30. É emitido parecer técnico no momento do recebimento do medicamento na unidade?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DOS PARECERES DOS MEDICAMENTOS TRAÇADORES EMITIDOS NO ÚLTIMO ANO (2008)**
2. NÃO → **IR PARA A P**
3. NSI → **IR PARA A P**

PE31. Quais os critérios utilizados para a emissão do parecer técnico?

DISTRIBUIÇÃO

PE32. Qual o tipo de sistema de distribuição de medicamentos utilizado na unidade?

1. DISTRIBUIÇÃO POR DOSE COLETIVA
2. DISTRIBUIÇÃO POR DOSE INDIVIDUALIZADA
3. DISTRIBUIÇÃO POR SISTEMA MISTO OU COMBINADO
4. DISTRIBUIÇÃO POR DOSE UNITÁRIA

PE33. Existem registros dos erros de distribuição ocorridos e detectados no setor?

1. SIM → **SOLICITAR CÓPIA DOS REGISTROS**
2. NÃO
3. NSI

PE34. São adotadas medidas preventivas e/ou corretivas para minimizar os erros de distribuição?

1. SIM Quais? _____
2. NÃO
3. NSI

APÊNDICE 3 – Roteiro prévio para observação direta

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

Código do Hospital: _____

Nome do Hospital: _____

OBSERVAÇÃO 1: METAS ESTABELECIDAS PARA O SERVIÇO

PO1. Existe material de divulgação para os funcionários das metas estabelecidas para o serviço?

PO2. Número de funcionários do serviço de farmácia que conhecem as metas estabelecidas para o serviço: |_|_|

OBSERVAÇÃO 2: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO

PO3. Os procedimentos operacionais padronizados (POP) estão disponíveis no serviço, em local visível aos funcionários?

PO4. Número de funcionários do serviço de farmácia que conhecem os POP das atividades que realizam: |_|_|

PO5. Número de itens realizados adequadamente conforme procedimento escrito:

_____ : |_|_|

_____ : |_|_|

OBSERVAÇÃO 3: MEDICAMENTOS TRAÇADORES DISPONÍVEIS EM ESTOQUE

PO6. Todos os medicamentos traçadores estão disponíveis em estoque no setor de armazenamento e/ou no setor de distribuição?

PO7. Qual a quantidade disponível dos medicamentos traçadores em estoque no setor de armazenamento, dentro do prazo de validade?

PO8. Qual a quantidade disponível dos medicamentos traçadores no setor de distribuição, dentro do prazo de validade?

PO9. Qual o prazo de validade dos medicamentos traçadores disponíveis no setor de armazenamento? E no setor de distribuição?

PO10. Os medicamentos traçadores disponíveis no setor de armazenamento e/ou no setor de distribuição estão compatíveis com as descrições da lista de medicamentos essenciais utilizada no serviço?
PO11. Qual a especificação dos medicamentos traçadores disponíveis no setor de armazenamento e/ou no setor de distribuição?
PO12. Existem medicamentos traçadores disponíveis em estoque no setor de armazenamento e/ou no setor de distribuição fora do prazo de validade? E com qualidade comprometida?
PO13. Qual o número de unidades de medicamentos traçadores perdidos por prazo de validade disponíveis em estoque? Quantos estão perdidos por qualidade comprometida?
PO14. Existem medicamentos traçadores disponíveis na unidade em desacordo com parecer técnico emitido no ato do recebimento do medicamento?

OBSERVAÇÃO 3: MEDICAMENTOS TRAÇADORES SEGREGADOS NA UNIDADE

PO15. Qual o número de unidades de medicamentos traçadores perdidos segregados na unidade?
PO16. A área de segregação de medicamentos perdidos está em acordo com as especificações da legislação sanitária do país?
PO17. Existe lista com a descrição detalhada e quantidade especificada de medicamentos segregados na unidade?

OBSERVAÇÃO 4: CONTROLE FÍSICO DE MEDICAMENTOS

PO18. Existem documentos de entrada de medicamentos (notas de entrada) não registrados nas fichas e/ou no sistema de controle físico de medicamentos?
PO19. Existem documentos de saída de medicamentos (requisições internas, documentos de perda por caducidade e/ou por perda de validade, documentos de transferência) não registrados nas fichas e/ou no sistema de controle físico de medicamentos?

OBSERVAÇÃO 5: DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

PO20. Número de medicamentos distribuídos em quantidade incorreta em uma sessão de trabalho*: |__|__|

PO21. Número de medicamentos distribuídos com dose incorreta em uma sessão de trabalho: |__|__|

PO22. Número de medicamentos distribuídos com via incorreta em uma sessão de trabalho: |__|__|

PO23. Número de medicamentos não solicitados distribuídos incorretamente em uma sessão de trabalho: |__|__|

PO24. Número total de medicamentos distribuídos em uma sessão de trabalho: |__|__|__|__|

PO25. Principais questões observadas relacionadas aos erros de distribuição de medicamentos: _____

* Será considerado uma sessão de trabalho um plantão diurno da unidade.

APÊNDICE 4 – Roteiro prévio para análise de documentos

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

Código do Hospital: _____

Nome do Hospital: _____

DOCUMENTO 1: DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE NOMEAÇÃO E/OU PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA FARMÁCIA EM COMISSÕES INSTITUCIONAIS

PD1. Para quais comissões institucionais existem documentos comprobatórios da nomeação de profissionais da farmácia?

PD2. Para quais comissões institucionais existem documentos comprobatórios da participação de profissionais da farmácia?

DOCUMENTO 2: PLANEJAMENTO DE METAS E OBJETIVOS E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE METAS CUMPRIDAS

PD3. De posse do último planejamento verificar se contempla: **(MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO):**

- | | |
|-------------------------------------|---|
| a. Descrição dos objetivos e metas | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| b. Prazos para cumprimento de metas | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| c. Recursos financeiros necessários | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| d. Outros | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |

Qual? _____

PD4. Qual a data do último plano? ___/___/___ (dd/mm/aaaa)

PD5. Número de metas estabelecidas no último planejamento: |_|_|

PD6. Número de metas estabelecidas cumpridas no prazo estabelecido no último planejamento: |_|_|

DOCUMENTO 3: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS

PD7. O manual contempla (**MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO**):

- | | |
|---|---|
| a. Horário de funcionamento | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| b. Fluxos de trabalho | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| c. Atividades desenvolvidas | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| d. POP para distribuição de medicamentos | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| e. POP para armazenamento de medicamentos | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| f. POP para farmacotécnica | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| g. Outros POP e/ou informações | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |

Qual? _____

PD8. Qual a data da última atualização dos procedimentos? ____/____/____
(dd/mm/aaaa)

PD9. Número total de procedimentos (POP) escritos no serviço: |__|__|

PD10. Número de itens por procedimento:

_____ : |__|__|

_____ : |__|__|

DOCUMENTO 4: SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS, LISTA COM CONSUMO MÉDIO MENSAL OU COM A NECESSIDADE DE MEDICAMENTOS PARA UM MÊS E LISTA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

PD11. Qual o Consumo Médio Mensal (CMM) ou a necessidade prevista para um mês dos medicamentos traçadores?

PD12. Qual a data da última solicitação de compra? |__|__| |__|__| |__|__| (**DD/MM/AA**)

PD13. A última programação de compras (dos medicamentos traçadores) foi devidamente realizada (em tempo e quantidade)?

PD14. Para quais medicamentos traçadores a última programação contém:

- a) a dosagem dos medicamentos?
- b) a forma farmacêutica dos medicamentos?
- c) volume e/ou peso dos medicamentos?
- d) nomenclatura segundo a DCB?

PD15. Todos os medicamentos solicitados na lista de programação constam da lista de medicamentos essenciais utilizada na unidade?
PD16. Os medicamentos especificados na última compra, constantes da lista de medicamentos essenciais utilizada na unidade, estão com descrição compatível?
PD17. Qual a descrição e especificação dos medicamentos traçadores na lista de medicamentos essenciais utilizada na unidade?
PD18. Qual a especificação dos medicamentos traçadores na última solicitação de compras encaminhada para aquisição?

DOCUMENTO 5: RELATÓRIO INFORMATIZADO E/OU FICHA DE CONTROLE FÍSICO DE MEDICAMENTOS
PD19. Qual a data da última atualização de entrada dos medicamentos traçadores? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (DD/MM/AA)
PD20. Qual a data da última atualização de saída dos medicamentos traçadores? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (DD/MM/AA)
PD21. O saldo físico dos medicamentos traçadores estão devidamente registrados?
PD22. Qual a quantidade (em unidades) de medicamentos traçadores adquiridos no último ano (2008)?
PD23. Quantas vezes no último ano (2008) cada um dos medicamentos traçadores foi recebido na unidade?

DOCUMENTO 6: CADASTRO DE FORNECEDORES E RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES
PD24. Qual a data da última atualização do cadastro de fornecedores? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (DD/MM/AA)
PD25. Qual a data da última avaliação e qualificação de fornecedores? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (DD/MM/AA)
PD26. Qual o total de fornecedores cadastrados? Quantos fornecedores cadastrados foram avaliados e qualificados tecnicamente na última avaliação e qualificação?

PD27. Existem fornecedores cadastrados com baixo nível de adequação na sua última avaliação?
PD28. Os critérios utilizados para avaliar e qualificar os fornecedores estão compatíveis com a legislação brasileira e com as recomendações da literatura nacional e internacional?
PD29. Os fornecedores cadastrados estão em acordo com as normas sanitárias vigentes no país?

DOCUMENTO 7: RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PERDIDOS E ENCAMINHADOS PARA INCINERAÇÃO
PD30. Os medicamentos perdidos estão devidamente especificados e suas quantidades estão relacionadas?
PD31. Está relacionado o local onde os medicamentos serão incinerados?
PD32. Qual a quantidade (em unidades) de medicamentos traçadores perdidas no último ano (2008)?

DOCUMENTO 8: PARECER TÉCNICO DE RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS
PD33. Os pareceres técnicos emitidos no último ano (2008) para os medicamentos traçadores contem critérios de julgamento para as recomendações, pronunciamentos ou opiniões apresentadas?
PD34. O número de pareceres técnicos emitidos no último ano (2008) é compatível com o número de vezes em que os medicamentos traçadores foram recebidos na unidade no mesmo período?
PD35. Qual a quantidade (em unidades) de medicamentos traçadores recebidos em adequação ao parecer técnico no último ano (2008)?

APÊNDICE 5 – Roteiro prévio para análise de registros em arquivo

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

Código do Hospital: _____

Nome do Hospital: _____

REGISTRO 1: REGISTROS DA PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA FARMÁCIA EM COMISSÕES INSTITUCIONAIS

PR1. Para quais comissões institucionais existem registros comprobatórios da participação de profissionais da farmácia?

REGISTRO 2: REGISTROS DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS

PR2. Número de itens registrados adequadamente conforme procedimento (POP) escrito:

_____ : |__|__|

_____ : |__|__|

REGISTRO 3: REGISTROS DAS INFORMAÇÕES DE PROGRAMAÇÃO DE COMPRA

PR3. Onde estão registradas as informações utilizadas para calcular a quantidade de medicamentos necessários?

PR4. As informações necessárias para calcular a quantidade de medicamentos estão devidamente registradas?

REGISTRO 4: REGISTROS DE ATRASOS DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS PELOS FORNECEDORES

PR5. Quais os fornecedores que atrasaram na entrega de medicamentos?

PR6. Qual o tempo médio de atraso de entrega de medicamentos por fornecedor?

REGISTRO 5: REGISTROS DE MEDICAMENTOS PERDIDOS POR PERDA DE VALIDADE E/OU POR PERDA DE QUALIDADE

PR7. Os registros de medicamentos perdidos contem a especificação detalhada do medicamento e sua respectiva quantidade?

PR8. Estão registradas os motivos da perda de validade e/ou perda de qualidade dos medicamentos?

PR9. Estão registrados os destinos dos medicamentos perdidos?

REGISTRO 6: REGISTROS DE ERROS DE DISTRIBUIÇÃO

PR10. Número de erros de distribuição ocorridos, detectados e registrados no último ano (2008): |_|_|

PR11: Quais os principais erros de distribuição registrados?

PR12. Existem registros das principais causas de erros de distribuição? Quais as causas registradas?

PR13. Quais as medidas corretivas e/ou preventivas adotadas, que se encontram registradas?

PR14. Após a adoção de medidas corretivas e/ou preventivas adotadas a prevalência de erros de distribuição se alterou?

APÊNDICE 6 – Algoritmo dos indicadores selecionados

GERENCIAMENTO			
Denominação do indicador	Método de cálculo	Perguntas	Algoritmo
1- Percentagem de comissões institucionais onde existem profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes	Número de comissões institucionais do hospital onde existem profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes, dividido pelo número de comissões institucionais do hospital (x100).	PE4 PE5 PE8 PE9 PD1 PD2 PR1	Se em PE5 as respostas a, b, c, d, e, f, g, h e i, forem NÃO, então não calcular este indicador. Se PE8=NÃO, então não calcular este indicador. Se PE9=NÃO, então não calcular este indicador. Considerar para o numerador apenas as comissões relacionadas em PD1, PD2 e PR1, e para o denominador PE4
2- Percentagem de metas estabelecidas cumpridas.	Número de metas estabelecidas cumpridas, dividido pelo número de metas estabelecidas (x100).	PE10 PE12 PD5 PD6	Se PE10= NÃO, então não calcular este indicador. Se PE12= NÃO, então não calcular este indicador. Considerar para o numerador PD6, e para o denominador PD5.
3- Percentagem de atividades da farmácia hospitalar que possuem procedimentos (POP) escritos e atualizados.	Número de procedimentos (POP) escritos e atualizados para as atividades da farmácia hospitalar, dividido pelo número de atividades realizadas pelo serviço (x100)	PE1 PE13 PE14 PD7 PD8	Se PE13= NÃO, então não calcular este indicador. Se PE14> 2 anos, então não calcular este indicador. Se PD8> 2 anos da data da entrevista, então não calcular este indicador. Considerar para o numerador PD7, e para o denominador PE1.
4- Percentagem de itens dos procedimentos (POP) realizados adequadamente.	Número de itens dos procedimentos (POP) realizados adequadamente, dividido pelo número de itens dos procedimentos examinados (x100)	PE13 PO5 PD10 PR2	Se PE13= NÃO, então não calcular este indicador. Considerar para o numerador PO5 e PR2, e para o denominador PD10.
PROGRAMAÇÃO			
5- Percentagem de medicamentos disponíveis nas quantidades necessárias.	Número de medicamentos traçadores disponíveis em quantidades necessárias, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100)	PO7 PO8 PO9 PD11	Se em PO9 o medicamento apresentar validade inferior a um mês, então não considerar a quantidade de PO7 e/ou PO8. Se PO7 + PO8 < PD11, então não considerar o medicamento no numerador.
6- Percentagem de medicamentos programados para aquisição com especificação detalhada.	Número de medicamentos traçadores programados para aquisição com especificação detalhada dividido pelo número total de medicamentos traçadores programados para aquisição (x100)	PD14	Se em PD14 as respostas a, b, c ou d NÃO incluírem o medicamento traçador, então não considerar o medicamento no numerador.

Apêndice 6 – Algoritmo dos indicadores selecionados (continuação)

PROGRAMAÇÃO			
Denominação do indicador	Método de cálculo	Perguntas	Algoritmo
7- Percentagem de medicamentos disponíveis em tempo oportuno	Número de medicamentos traçadores disponíveis em tempo oportuno, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100)	PO7 PO8	Se $PO7 + PO8 \geq 1$, então considerar o medicamento no numerador.
8- Percentagem de medicamentos especificados para a compra em adequação à lista de medicamentos selecionados.	Número de medicamentos traçadores especificados para compra em adequação à lista de medicamentos selecionados, dividido pelo número total de medicamentos traçadores especificados para compra (x100)	PE18 PD17 PD18	Se PE18= NÃO, então não calcular este indicador. Se PD17= PD18, então considerar o medicamento no numerador.
9- Percentagem de informações atualizadas sobre o consumo físico de medicamentos.	Número de medicamentos traçadores com informação atualizada sobre consumo físico, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100)	PE19 PO18 PO19 PD19 PD20 PD21	Se PE19 > 7 dias, então não calcular este indicador. Se PO18= SIM e PD19 > 7 dias, então não calcular este indicador. Se PO19= SIM e PD20 > 7 dias, então não calcular este indicador. Se PD21= NÃO, então não considerar o medicamento no numerador.
10- Percentagem de medicamentos dentro do prazo de validade.	Número de medicamentos traçadores com todos os lotes dentro do prazo de validade, dividido pelo número total de medicamentos traçadores disponíveis (x100)	PO7 PO8 PO12	Se $PO7 + PO8 = 0$, então não calcular este indicador. Se PO12= SIM, então não considerar o medicamento no numerador.
AQUISIÇÃO			
11- Percentagem de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente.	Número de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente, dividido pelo número total de fornecedores cadastrados (x100)	PE21 PE23 PD26 PD28 PD29	Se PE21= NÃO, então não calcular este indicador. Se PE23= NÃO, então não calcular este indicador. Se PD28= NÃO, então não calcular este indicador. Se PD29= NÃO, então não calcular este indicador. Considerar para o numerador e para o denominador a PD26.
12- Percentagem de medicamentos adquiridos em adequação à lista de medicamentos selecionados.	Número de medicamentos traçadores adquiridos em adequação à lista de medicamentos selecionados, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100).	PO11 PD17	Se $PO11 = PD17$, então considerar o medicamento no numerador.

Apêndice 6 – Algoritmo dos indicadores selecionados (continuação)

AQUISIÇÃO			
Denominação do indicador	Método de cálculo	Perguntas	Algoritmo
13- Percentagem de medicamentos adquiridos em adequação à especificação solicitada.	Número de medicamentos traçadores adquiridos em adequação à especificação solicitada, dividido pelo número total de medicamentos traçadores (x100).	PO11 PD18	Se PO11 = PD18, então considerar o medicamento no numerador.
ARMAZENAMENTO			
14- Percentagem de unidades de medicamentos perdidos.	Número de unidades de medicamentos traçadores perdidos no último ano, dividido pelo número de unidades de medicamentos traçadores adquiridos no último ano (x100)	PE28 PD22 PD32	Se PE28= NÃO, então não calcular este indicador. Considerar para o numerador PD32 e para o denominador PD22.
15- Percentagem de medicamentos recebidos em adequação ao parecer técnico.	Número de medicamentos traçadores recebidos em adequação ao parecer técnico no último ano, dividido pelo número total de medicamentos traçadores recebidos no último ano (x100)	PE30 PD22 PD33 PD34 PD35	Se PE30= NÃO, então não calcular este indicador. Se PD33= NÃO, então não calcular este indicador. Se PD34= NÃO, então não calcular este indicador. Considerar para o numerador PD35 e para o denominador PD22.
DISTRIBUIÇÃO			
16- Percentagem de medicamentos distribuídos erradamente.	Número de medicamentos distribuídos erradamente em uma sessão de trabalho, dividido pelo número total de medicamentos distribuídos durante a sessão de trabalho (x100)	PO20 PO21 PO22 PO23 PO24	Considerar PO20, PO21, PO22 e PO23 para o numerador e PO24 para o denominador.

ANEXOS

ANEXO 1: Modelo lógico: Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil (Osorio-de-Castro & Castilho, 2003, apud Cosendey, 2000)

COMPONENTE	GERENCIAMENTO	SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	LOGÍSTICA	INFORMAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	FARMACOTÉCNICA	ENSINO E PESQUISA
OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	Prover estrutura organizacional e infra-estrutura que viabilizem as ações da unidade de Farmácia.	Definir medicamentos para suprir as necessidades do hospital segundo critérios de farmacoterapia baseada em evidências e uso racional.	Suprir a demanda de medicamentos, armazená-los de forma adequada às unidades ou aos serviços do hospital.	Disponibilizar informação objetiva e apropriada sobre medicamentos e seu uso racional aos pacientes, profissionais de saúde e gestores hospitalares.	Disponibilizar os medicamentos e produtos farmacêuticos em condições adequadas com a finalidade terapêutica.	Assegurar o uso racional de medicamentos e maximizar efetividade e eficiência de tratamentos farmacológicos.	Adequar princípios ativos e/ou medicamentos disponíveis no mercado para a administração ao paciente e/ou uso intra-hospitalar.	Formar RH para a farmácia hospitalar. Produzir informação e conhecimento que subsidiem o aprimoramento das práticas vigentes.
PRODUTO	Organogramas institucionais. POPs. Recursos Humanos adequados em número e qualidade. Planos de curto, médio e longo prazo.	Relação de medicamentos (RM). Protocolos Terapêuticos.	Disponibilidade contínua de medicamentos e correlatos de qualidade.	Atendimento de informações solicitadas. Guia Terapêutico.	Distribuição do medicamento prescrito, para o paciente certo, em condições adequadas de uso e no momento certo.	Monitorização terapêutica do paciente. Elaboração de perfil farmacoterapêutico. Monitorização de Reações adversas a Medicamentos (RAM).	Individualização de doses. Fracionamento de sólidos e líquidos orais. Preparações estéreis (misturas intravenosas, nutrição parenteral total, quimioterapia – IV, NPT, QT) e não-estéreis.	Programa de ensino e educação continuada. Produção científica.
EFEITO	Resultados de qualidade adequados às necessidades do paciente e da instituição. Cumprimento do plano de objetivos e metas.	Adesão dos prescritores à RM. Aquisição de medicamentos de acordo com a RM. Racionalização da prescrição.	Suprimento das necessidades de medicamentos e correlatos de acordo com a missão e objetivos (perfil de atendimento) do hospital.	Pacientes, profissionais de saúde e gestores informados.	Racionalização da prescrição. Redução de erros de medicação.	Uso racional de medicamentos. Racionalização da prescrição. Redução de erros de medicação.	Provisão adequada de produtos de qualidade às necessidades individuais dos pacientes e do hospital.	Formação de estudantes em nível de graduação e pós-graduação.

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Adaptado de Osorio-de-Castro & Castilho, 2003; Messeder, 2004)

Logística - Programação				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
1	E	Porcentagem de FH em que há programação para abastecimento dos medicamentos selecionados.	Entende-se por programação a definição da demanda (considerando necessidades x estoque disponível) e orçamento ^a .	Nº de FH em que há programação para abastecimento dos medicamentos padronizados, dividido pelo número de FH analisadas (x100)
2	P	Porcentagem de FH que possuem todos os medicamentos indicadores disponíveis em estoque.	Um medicamento é considerado disponível se, ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque ^b .	Nº de FH que possuem todos os medicamentos indicadores em estoque, dividido pelo total de farmácias hospitalares analisadas (x100).
3	P	Porcentagem de FH que utiliza a curva ABC para programação, dentre aqueles que possuem uma relação de produtos para compra.	Análise ABC compreende a construção de índice classificatório de medicamentos, levando em conta padrão de consumo e custo unitário de cada medicamento, classificando-os em 3 categorias (A, B e C), de acordo com o gasto anual de cada medicamento em relação ao total ^c .	Dividir o número de FH que utiliza a curva ABC, pelo número de FH que possuem relação de produtos para compra (x100).
3a	P	Porcentagem de FH que utilizam curva ABC para programação, dentre aquelas que especificam quantidade de compra.	Análise ABC compreende a construção de índice classificatório de medicamentos, levando em conta padrão de consumo e custo unitário de cada medicamento, classificando-os em 3 categorias (A, B e C), de acordo com o gasto anual de cada medicamento em relação ao total ^d .	Dividir o número de FH que utiliza a curva ABC para auxílio na realização da programação, pelo número de FH que especificam quantidade de compra (x100). ^e

a Definição adaptada de GIRÓN NA & D'ALESSIO R., 1997.

b WHO (World Health Organization), 1994.

c MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997.

d MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997.

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Logística - Aquisição				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
4a	E	Porcentagem de hospitais que possuem cadastro de fornecedores, dentre aqueles que realizam aquisição de medicamentos.	Cadastro de fornecedores deve conter documentos como: autorização de funcionamento/MS, licença de funcionamento/VS, inscrição no CRF, registros atualizados dos medicamentos que pretende vender, protocolos técnicos de cada medicamento, situação junto ao SICAF (no caso de hospitais públicos federais), certificação de boas práticas de fabricação ^a .	Nº de hospitais que possuem o cadastro, dividido pelo nº de hospitais que realizam aquisição (x100).
5b	E	Porcentagem de hospitais onde, havendo alguma especificação técnica elaborada para a compra, estas são elaboradas pelo farmacêutico.	Especificações técnicas incluem especificações de qualidade, obrigadoriedades técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ^b .	Número de hospitais onde o farmacêutico é responsável pela definição das especificações técnicas da compras, dividido pelo número de hospitais que elaboram especificações técnicas (x100).
5d	E	Porcentagem de hospitais onde existem algumas das especificações técnicas da compra, dentre os que compram.	Especificações técnicas incluem especificações de qualidade, obrigadoriedades técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ^c .	Número de hospitais onde há alguma das especificações técnicas da compras, dividido pelo número de hospitais que compram (x100).
5e	E	Porcentagem de hospitais nos quais o farmacêutico realiza as especificações completas da compra, dentre os que realizam aquisição	Especificações técnicas incluem especificações de qualidade, obrigadoriedades técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ^d .	Número de hospitais onde há especificações técnicas completas realizadas pelo farmacêutico, dividido pelo número de hospitais que compram (x100).
6a	P	Porcentagem de hospitais que se utilizam de banco de preços para acompanhamento dos processos de compra, dentre os que compram.	Banco de preços são cadastros de preços de medicamentos de fontes diversas ^e .	Nº de hospitais que utiliza banco de preços, dividido pelo nº de hospitais que realizam compra (x100).

- a Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996.
- b Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. BRASIL, 1993b. Lei no8666, de 21 de junho de 1993.
- c Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. BRASIL, 1993b. Lei no8666, de 21 de junho de 1993.
- d Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. BRASIL, 1993b. Lei no8666, de 21 de junho de 1993.
- e MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997.

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Logística - Armazenamento				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
7	P	Porcentagem de FH que possuem sistema de controle de estoque na central de abastecimento farmacêutico.	Sistema de controle de estoque é um sistema de monitoração de fluxo de produtos. Pode ser realizado por meio manual (fichas próprias) ou informatizado e incluem definições de parâmetro de consumo médio mensal, ponto de ressuprimento, estoque de segurança e estoques mínimo e máximo ^a .	Nº de FH que possuem sistema de controle de estoque na CAF, dividido pelo nº de FH analisadas (x100).
7a	P	Porcentagem de FH que possuem sistema de controle de estoque no almoxarifado de medicamentos.	Sistema de controle de estoque é um sistema de monitoração de fluxo de produtos. Pode ser realizado por meio manual (fichas próprias) ou informatizado e incluem definições de parâmetro de consumo médio mensal, ponto de ressuprimento, estoque de segurança e estoques mínimo e máximo ^b .	Nº de FH que possuem sistema de controle de estoque no almoxarifado de medicamentos, dividido pelo nº de FH que possuem almoxarifado de medicamentos (x100).
8	P	Porcentagem de FH que possuem sistema de controle de estoque informatizado no almoxarifado de medicamentos, dentre as que possuem controle de estoque.	Sistema de controle de estoque é um sistema de monitoração de fluxo de produtos, realizado por meio informatizado e incluem definições de parâmetro de consumo médio mensal, ponto de ressuprimento, estoque de segurança e estoques mínimo e máximo ^c .	Nº de FH que possuem sistema de controle de estoque informatizado na almoxarifado de medicamentos, dividido pelo nº de FH que possuem controle de estoque (x100).
9	P	Porcentagem média de adequação das práticas de estocagem de medicamentos na CAF ou no almoxarifado de medicamentos.	Porcentagem de critérios de boas práticas de estocagem (BPE) observados ^d .	1)Número de itens de BPE observados sobre o número total de itens de BPE analisados (x100) 2)Somar as porcentagens obtidas para cada unidade de saúde e dividir pelo número total de FH que possuam CAF.
10	P	Porcentagem de FH onde o registro do estoque corresponde à contagem física para os medicamentos estocados na CAF ou no almoxarifado de medicamentos.	Porcentagem de farmácia hospitalar onde todos os medicamentos indicadores tem o registro do estoque correspondendo à contagem física.	Dividir o número de farmácias hospitalares cujos registros de estoque correspondem exatamente à contagem física pelo número total de farmácias hospitalares que possuam CAF (x100).
11a	P	Porcentagem média de medicamentos indicadores no prazo de validade na farmácia hospitalar.	Porcentagem de medicamentos indicadores no prazo de validade, em relação ao total de medicamentos indicadores analisados ^e .	1)Número de princípios ativos no prazo de validade dividido o número total de princípios ativos analisados por FH (x100); 2)Somar as porcentagens obtidas para cada FH e dividir pelo nº de FH analisadas.

- a VECINA NETO G & REINHART FILHO W. 1998.
MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997.
- b VECINA NETO G & REINHART FILHO W. 1998.
MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997.
- c VECINA NETO G & REINHART FILHO W. 1998.
MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997.
- d BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 1999.
- e WHO (World Health Organization), 1994.
RPM (Rational Pharmaceutical Management Project), 1995.

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Distribuição				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
12	E	Porcentagem média de cumprimento das boas práticas de dispensação de medicamentos nas FH.	Verificar o grau de cumprimento das boas práticas de dispensação, conforme legislação específica, no que couber para o setor de distribuição da FH. ^a	1)Número de das boas práticas de dispensação de medicamentos observados, dividido pelo das boas práticas de dispensação de medicamentos analisadas (x100); 2)Somar as porcentagens obtidas para cada FH e dividir pelo nº de FH analisadas.
13	E	Porcentagem de FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema de distribuição de medicamentos por prescrição individualizada.	Entende-se por dose individualizada, o sistema em que o medicamento é enviado para cada paciente separadamente, sendo indispensável a cópia da prescrição médica ^b .	Nº de FH que utiliza sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
14	E	Porcentagem de FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema coletivo.	Entende-se por sistema coletivo aquele em que a farmácia funciona como um armazém e dispensa por requisição sem revisão individual da prescrição médica ^c .	Nº de FH que utiliza sistema coletivo de distribuição de medicamentos, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
15	E	Porcentagem de FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema misto.	Entende-se por sistema misto aquele em que se verifica características dos sistemas coletivo, individualizado e/ou unitário.	Nº de FH que utiliza sistema misto de distribuição de medicamentos, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
16	E	Porcentagem de FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema de dose unitária	Entende-se por dose unitária, o sistema em que a dose de medicamento efetivamente prescrita é envasada de modo a permitir administração direta ao paciente, por horário de administração ^d .	Nº de FH que utiliza sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária, dividido pelo nº de FH analisadas (x100).
17	E	Porcentagem de FH que possuem farmácia(s) satélite(s).	Define-se por farmácia satélite posto avançado, localizados nos serviços de atenção aos pacientes hospitalizados, ligado técnica e administrativamente à farmácia central, recebendo apoio para envase e preparação de doses, transporte e fornecimento de informações sobre medicamentos ^e .	Nº de FH que possui farmácia(s) satélite(s), dividido pelo nº de FH analisadas (x100)

- a BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 1999.
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 300 de 30 de janeiro de 1997.
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 349 de 20 de janeiro de 2000.
- b MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997.
- c MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997.
- d Definição adaptada de GIRÓN NA & D'ALESSIO R., 1997.
- e GIRÓN NA & D'ALESSIO R., 1997.

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Gerenciamento				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
18	E	Porcentagem de FH que possuem manual de normas e procedimentos.	O manual de normas e procedimentos deve contemplar fluxos de trabalho, horário de funcionamento, atividades desenvolvidas. Pelo menos POP ^a para a distribuição de medicamentos (constantes ou não da RM), farmacotécnica e armazenamento.	Nº de FH que dispõe de manual de normas e procedimentos, dividido pelo número de FH analisadas (x100).
19	E	Porcentagem de FH que estão inseridas formalmente no organograma do hospital.	Verificar se a FH está formalmente representada no organograma do hospital.	Nº de FH que possuem inserção formal na estrutura organizacional do hospital, dividido pelo número de hospitais com organograma (x100).
19a	E	Porcentagem de hospitais que possuem organograma.	Organograma é uma representação gráfica da estrutura organizacional do hospital, com as interdependências entre os diversos setores que o compõem.	Nº de hospitais que dispõem de organograma, dividido pelo número de hospitais analisados (x100).
20a	E	Porcentagem de FH que, dentro do organograma, estão ligadas diretamente à área clínica ou à direção geral.	Verificar se a FH está formalmente representada no organograma do hospital como subordinada ao diretor clínico, à direção de saúde, à área assistencial ou à direção geral.	Nº de FH que estão ligadas diretamente à área clínica ou à direção geral na estrutura organizacional do hospital, dividido pelo número de hospitais com organograma (x100).
23	P	Porcentagem de FH que desenvolvem planejamento de objetivos e metas com periodicidade anual ou maior.	Descrição escrita de objetivos e metas a serem atingidos, os prazos e recursos financeiros, no que couber, para o cumprimento dos mesmos.	Nº de FH que desenvolvem planejamento de objetivos e metas com periodicidade anual ou maior, dividido pelo número de FH analisadas (x100).
24	E	Porcentagem de FH que possuem programação anual ou maior para capacitação de recursos humanos.	Porcentagem de FH que possuem programação escrita para capacitação de recursos humanos, realizados na própria instituição ou fora dela. Considera-se capacitação: cursos de atualização, participação em seminários, congressos, simpósios e cursos de pós-graduação.	Nº de FH que possui programação para capacitação de recursos humanos anual ou maior, dividido pelo número de FH analisadas (x100).
25	E	Porcentagem de FH que possuem farmacêuticos com curso de pós-graduação.	Curso de pós-graduação <i>latu sensu</i> e <i>strictu sensu</i> , reconhecido pelo MEC.	Nº de FH com farmacêuticos com curso de pós-graduação <i>latu sensu</i> e <i>strictu sensu</i> dividido pelo número total de farmácias hospitalares (x100).
25c	E	Porcentagem de FH que possuem farmacêuticos com curso de pós-graduação <i>strictu sensu</i>	Curso de pós-graduação <i>strictu sensu</i> , reconhecido pelo MEC.	Nº de FH com farmacêuticos com curso de pós-graduação <i>strictu sensu</i> dividido pelo número total de farmácias hospitalares (x100).
25e		Porcentagem de FH que possuem farmacêutico.	Farmácia Hospitalar que possui farmacêutico é aquela que possui, em seu quadro, profissional de nível superior, graduado em Farmácia.	Nº de FH que possui farmacêutico, dividido pelo número de FH analisadas (x100).

a Procedimento operacional padrão (POP): descrição pormenorizada de técnicas e operações a serem utilizadas na farmácia, visando proteger, garantir a preservação da qualidade das preparações manipuladas e a segurança dos manipuladores (BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000).

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Gerenciamento				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
26	E	Porcentagem de FH que possuem recursos de informática para utilização em atividades clínicas.	Considera-se recursos de informática equipamentos e softwares para utilização em atividades clínicas.	Nº de FH que possui recursos de informática para utilização em atividades clínicas, dividido pelo número de FH analisadas (x100).
27	E	Porcentagem de FH que trabalham com produtos médico-hospitalares além de medicamentos.	Trabalhar com material médico hospitalar, significa pelo menos armazenar e dispensar estes produtos, além de medicamentos.	Nº de FH que que trabalham com produtos médico-hospitalares além de medicamentos, dividido pelo número de FH analisadas (x100).
28a	P	Porcentagem de hospitais em que o farmacêutico hospitalar participa efetivamente na CCIH.	Participação do farmacêutico da FH como membro efetivo da CCIH, comprovado em atas e/ou designação.	Nº de hospitais em que há participação do farmacêutico da FH na CCIH, dividido pelo nº de hospitais com farmacêutico e com CCIH analisados (x100)
29a	P	Porcentagem de hospitais em que o farmacêutico hospitalar participa efetivamente na CSN.	Participação do farmacêutico da FH como membro efetivo da Comissão de Suporte Nutricional, comprovado em atas e/ou designação.	Nº de hospitais com farmacêutico e Comissão de Suporte Nutricional em que há participação do farmacêutico da FH na Comissão de Suporte Nutricional, dividido pelo nº de hospitais com farmacêutico e com CSN analisados (x100).

Seleção				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
30	P	Porcentagem de hospitais que possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica funcionando regularmente.	Comissão de Farmácia e Terapêutica é um órgão assessor formado por membros da equipe de saúde, incluindo, obrigatoriamente o farmacêutico e serve de linha de comunicação entre o corpo médico e o serviço de farmácia. É responsável por estabelecer a política de medicamentos do hospital. Entende-se por funcionamento regular uma reunião bimestral pelo menos.	Nº de hospitais que possuem formalmente a Comissão de Farmácia e Terapêutica funcionando regularmente, dividido pelo número de hospitais visitadas (x100)
31		Porcentagem de hospitais que possuem Relação de Medicamentos atualizada.	Relação de Medicamentos é a seleção de medicamentos para tratar as enfermidade mais freqüentes no hospital, elaborada pela CFT Atualizada, se foi elaborada uma nova versão dentro dos últimos 3 anos;	Nº de hospitais que possuem Relação de Medicamentos dividido pelo número de hospitais visitados (x100)
32		Porcentagem de hospitais em que existem protocolos terapêuticos.	Protocolos terapêuticos são normas de uso de medicamentos em que constam indicação, posologia, dose, para cada enfermidade. Para efeitos deste indicador é aceita a existência de pelo menos 1 protocolo, atualizado nos últimos 2 anos.	Nº de hospitais que dispõe protocolos terapêuticos, dividido pelo número de hospitais visitados (x100)
33		Porcentagem de hospitais em que existe formulário ou guia farmacoterapêutico.	o Formulário Terapêutico é uma compilação, continuamente revisada, de produtos farmacêuticos que reflete a opinião clínica atual da equipe de saúde.	Nº de hospitais que dispõe de formulário farmacoterapêutico, dividido pelo número de hospitais visitados (x100)

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Farmacotécnica				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
34	E	Porcentagem de FH que realiza fracionamento de medicamentos.	Fracionamento de medicamentos é a divisão de uma especialidade farmacêutica em doses que atendam a prescrição médica ^a .	Nº de FH que realiza fracionamento de medicamentos, dividido pelo nº de FH analisadas (x100).
35	E	Porcentagem de FH que realiza preparação de formulações não estéreis.	Manipulação de medicamentos e/ou matérias-primas farmacêuticas para administração oral, tópica ou retal.	Nº de FH que realiza a preparação de fórmulas não estéreis, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
36	E	Porcentagem média de adequação das condições para a realização do fracionamento e/ou preparação de medicamentos não estéreis.	Adequação das condições estruturais e ambientais, conforme relacionado em legislação específica ^b .	1)Número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100); 2)Somar as porcentagens obtidas para cada FH e dividir pelo número de FH analisadas que realizam fracionamento e/ou manipulação de não estéreis.
37	E	Porcentagem de FH que realiza preparação de Nutrição Parenteral.	Nutrição Parenteral (NP): solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas ^c .	Nº de FH que realiza a preparação de NP, dividido pelo nº de FH analisadas (x100).
38	E	Porcentagem média de adequação das condições de preparação de Nutrição Parenteral na FH.	Adequação das condições estruturais e ambientais, conforme relacionado em legislação específica ^c .	1)Número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100); 2)Somar as porcentagens obtidas para cada FH e dividir pelo número de FH analisadas que preparam NP.
39	E	Porcentagem de FH que realiza preparação de misturas IV.	Porcentagem de FH que realiza preparação de misturas de medicamentos de uso parenteral, exceto nutrição parenteral e quimioterápicos.	Nº de FH que realiza a preparação de misturas IV, dividido pelo nº de FH analisadas (x100).
40	E	Porcentagem média de adequação das condições de preparação de misturas IV na FH.	Adequação das condições estruturais e ambientais, conforme relacionado em legislação específica ^d	1)Número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100); 2)Somar as porcentagens obtidas para cada FH e dividir pelo número de FH analisadas que preparam misturas IV.
41	E	Porcentagem de FH que realiza preparação de QT.	Porcentagem de FH que realiza preparação de QT e outros medicamentos que ofereçam risco ao manipulador.	Nº de FH que realiza a preparação de QT, dividido pelo nº de FH analisadas (x100).
42	E	Porcentagem média de adequação das condições de preparação de QT na FH.	Adequação das condições estruturais e ambientais, conforme relacionado em legislação específica ^e .	1)Número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100); 2)Somar as porcentagens obtidas para cada FH e dividir pelo número de FH analisadas que preparam QT.
43a	P	Porcentagem de FH que, executando manipulação e/ou fracionamento de não estéreis, contempla controle de qualidade dos mesmos.	Controle de qualidade é o conjunto de operações (programação, coordenação e execução) com o objetivo de verificar a conformidade das preparações com as especificações estabelecidas. Este serviço pode ser terceirizado ^f .	Nº de FH que contempla CQ, dividido pelo nº de FH analisadas que manipulam medicamentos não estéreis (x100).
44	P	Porcentagem de FH que contempla controle de qualidade dos medicamentos fracionados.	Fracionamento é divisão de uma especialidade farmacêutica em doses que atendam a prescrição médica ^g .	Nº de FH que dispõe de CQ dos medicamentos fracionados, dividido pelo número de FH analisadas (x100).

a BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

b BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

c BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 1998. Portaria 272 de 8 de abril de 1998.

d BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

e BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 288 de 21 de março de 1996.

f BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

g BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Informação				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
45	E	Porcentagem de FH que desenvolve atividade de informação com algum nível de formalização.	Porcentagem de FH que disponibiliza informações relativas a medicamentos e fármacos, com algum nível de formalização (registro escrito). Informar sobre medicamentos significa coletar, analisar e organizar toda a informação relevante sobre medicamentos a fim de difundi-la com fins educativos, de investigação ou simplesmente informativos ^a .	Nº de FH que desenvolvem atividade de informação com algum nível de formalização, dividido pelo número de FH analisadas (x100)
46	P	Porcentagem média de atendimento de solicitações sobre informação de medicamentos	Porcentagem média de atendimento de solicitações sobre informação de medicamentos, nos 3 últimos meses	1)Nº de informações atendidas, dividido pelo total de informações solicitadas (x100); 2) Somar a porcentagem obtida para cada FH e dividir pelo número de FH que dispensam informações.
47	P	Porcentagem de FH que desenvolvem atividades educativas com os pacientes	Entende-se atividades educativas palestras, grupos de discussão, grupos de orientação, distribuição de informação impressa, voltadas a grupos de pacientes.	Nº de FH em que desenvolve atividades educativas com os pacientes, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
48	E	Porcentagem de FH que dispõem pelo menos de fontes de informação terciárias	Fontes terciárias correspondem a livros texto, compêndios e Farmacopéias ^b , com edições atualizadas (3 anos retroativos à contar da data da visita)	Nº de FH que dispõem de fontes de informação terciária, dividido pelo número de FH analisadas (x100)

a D'ALESSIO R, BUSTO U, GIRÓN N, 1997.

b PEPE VLE & OSORIO-de-CASTRO CGS. 2000.

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Seguimento Farmacoterapêutico				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
49	P	Porcentagem de FH em que o farmacêutico participa da visita médica ou realiza visita específica	Define-se como visita médica, a ocasião em que o corpo clínico, de enfermagem, residentes e outros profissionais de saúde discutem os casos dos pacientes internados, à medida em que visitam os leitos dos pacientes e como visita específica atendimento individual do paciente junto ao leito, com a finalidade de prover orientações sobre seus medicamentos e a terapêutica.	Nº de FH em que o farmacêutico participa da visita médica ou realiza visita específica, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
50		Porcentagem de FH que realiza consulta farmacêutica formal a pacientes internados	Entende-se por consulta farmacêutica, atendimento individual do paciente em recinto privativo, com a finalidade de prover orientações sobre seus medicamentos e a terapêutica. A consulta inclui registro escrito do atendimento, contendo: registro cronológico da informação relacionada ao consumo de medicamentos de um paciente, informação relacionada a condições médicas deste, suas alergias e dados demográficos ^a .	Nº de FH que realiza consulta farmacêutica formal a pacientes internados, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
52		Porcentagem de FH que dispõem de ficha farmacoterapêutica de pacientes internados	Entende-se por ficha farmacoterapêutica registro atualizado escrito dos dados relativos ao paciente e sua enfermidade e do regime terapêutico ao qual está submetido.	Nº de FH que dispõe de ficha farmacoterapêutica para pacientes internados, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
53a		Porcentagem de hospitais, dos que realizam atividade de monitoração terapêutica em pacientes hospitalizados, que contam com a participação da FH nesta atividade.	Monitoração terapêutica de fármacos é a atividade em que há coleta sistemática a intervalos específicos de líquidos orgânicos de pacientes, com a finalidade de analisar concentrações de fármacos e realizar os ajustes de doses necessários	Nº de hospitais que realiza atividade de monitoramento terapêutico com a participação da FH, dividido pelo nº de hospitais que realizam monitoração (x100)
54	P	Porcentagem de FH que realiza formalmente atividades de farmacovigilância	Atividades de farmacovigilância: monitoração de reações adversas por metodologias como seguimento intensivo de pacientes internados, sistema de notificação espontânea, estudos de coorte e caso controle	Nº de FH que realiza formalmente atividades de farmacovigilância, dividido pelo nº de FH analisadas

a GIRÓN NA & RODRÍGUEZ MB., 1997.

ANEXO 2: Planilha dos indicadores de estrutura e processo para a farmácia hospitalar (Continuação)

Ensino e Pesquisa				
Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Definição	Método de Cálculo
55	P	Porcentagem de FH que oferece programas ou atividades para formação profissional	Os programas e atividade incluem: residência (são atividades acadêmicas e práticas formalizadas como curso que confere ao aluno, grau de especialista, reconhecido pelo MEC), estágios ou treinamento em serviço.	Nº de FH que oferece programas ou atividades para formação profissional dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
56	P	Porcentagem de FH cujos integrantes publicam trabalhos científicos	Para efeito deste indicador, considera-se ao menos 1 trabalho em anais de congresso, periódicos (indexados ou não), livros ou capítulos de livros, por ano.	Nº de FH cujos integrantes publicam trabalhos científicos dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
57	P	Porcentagem de FH que realiza sessão científica periódica	Define-se como sessão científica a reunião da equipe de farmacêuticos, acadêmicos, bolsistas e residentes, com a finalidade de discutir temas da sua prática diária, à luz da evidência científica	Nº de FH que realiza sessão científica periódica, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
58	P	Porcentagem de FH que participa de atividades de pesquisa no hospital	Considera-se como atividades de pesquisa estudos de utilização, ensaios clínicos, estudos de revisão de uso ou avaliação de uso ou outro.	Nº de FH que participam de atividades de pesquisa, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)

ANEXO 3: Algoritmos segundo nível de hierarquia dos hospitais (Messeder, 2004)

Nível Hierárquico 5								
Componente		Indicadores			Pesos ^a			
		Obrigatórios	Não Obrigatórios	Indesejáveis				
Logística	Programação	1, 2	3, 3 ^a	---	32	29	29,5	31
	Aquisição	4a, 5b, 5d	5e, 6 ^a	---				
	Armazenamento	7, 9, 10, 11a	7a, 8	---				
Distribuição		12, 14	15 (1,25) ^b , 13 (1.5) ^b , 16 (1.75) ^b , 17	---	19	17	17,5	18
Gerenciamento		18, 19, 19a, 25e, 28a	20a, 23, 24, 25, 25c, 26, 27, 29 ^a	---	19	17	17,5	18
Seleção		30, 31	32, 33	---	19	17	17,5	18
Informação		48 46 (oblig. se 45=1)	45, 47	---	11	9	9	10
<i>Farmacotécnica</i>		<i>40 (oblig. se 39=1)</i> <i>43a (oblig. se 35=1)</i> <i>44 (oblig. se 34=1)</i>	<i>34, 35, 36, 39</i>	<i>37, 38, 41, 42</i>	---	11	---	---
<i>Seguimento Farmacoterapêutico</i>		<i>54 (oblig. se entrar no módulo)</i>	<i>49, 50, 52</i>	<i>53a</i>	---	---	9	---
<i>Ensino e Pesquisa</i>		<i>55 e 58 (oblig. se entrar no módulo)</i>	<i>56, 57</i>	---	---	---	---	5

OBS.: em itálico estão os componentes considerados não obrigatórios para o nível de complexidade;

^a Os pesos foram rearranjados conforme a presença de componentes; são apresentados todas as combinações de pesos utilizadas de acordo com o perfil dos serviços analisados.

^b Pontuação diferenciada pelo nível de complexidade do sistema de distribuição de medicamentos apresentado.

ANEXO 3: Algoritmos segundo nível de hierarquia dos hospitais (Continuação)

Nível Hierárquico 6						
Componente		Indicadores			Pesos ^a	
		Obrigatórios	Não Obrigatórios	Indesejáveis		
Logística	Programação	1, 2, 3, 3 ^a	---	---	26	25
	Aquisição	4a, 5b, 5d, 5e, 6a	---	---		
	Armazenamento	7, 7a, 9, 10, 11a	8	---		
Distribuição		12, 15 (1,25) ^b	13 (1.5) ^b , 16 (1.75) ^b , 17	14	15,5	15
Gerenciamento		18, 19, 19a, 25e, 27 28a	20a, 23, 24, 25, 25c, 26, 29a	---	15,5	15
Seleção		30, 31, 33	32	---	15,5	15
Informação		45, 46, 48	47	---	8,5	8
Farmacotécnica		34, 35, 36, 43a, 44 40 (oblig. se 39=1)	39	37, 38, 41, 42	10,5	10
Seguimento Farmacoterapêutico		54	49, 50, 52	53a	8,5	8
<i>Ensino e Pesquisa</i>		<i>55 e 58 (oblig. se entrar no módulo)</i>	<i>56, 57</i>	---	---	<i>4</i>

OBS.: em itálico estão os componentes considerados não obrigatórios para o nível de complexidade;

^a Os pesos foram rearranjados conforme a presença de componentes; são apresentados todas as combinações de pesos utilizadas de acordo com o perfil dos serviços analisados.

^b Pontuação diferenciada pelo nível de complexidade do sistema de distribuição de medicamentos apresentado.

ANEXO 3: Algoritmos segundo nível de hierarquia dos hospitais (Continuação)

Nível Hierárquico 7						
Componente		Indicadores			Pesos ^a	
		Obrigatórios	Não Obrigatórios	Indesejáveis		
Logística	Programação	1, 2, 3, 3 ^a	---	---	26	25
	Aquisição	4a, 5b, 5d, 5e, 6a	---	---		
	Armazenamento	7, 7a, 8, 9, 10, 11a	---	---		
Distribuição		12, 15(1,25) ^b , 13(1.5) ^b , 17	16 (1.75) ^b	14	15,5	15
Gerenciamento		18, 19, 19a, 20a, 23, 24, 25, 25e, 26, 27, 28 ^a , 29a	25c	---	15,5	15
Seleção		30, 31, 32, 33	---	---	15,5	15
Informação		45, 46, 47, 48	---	---	8,5	8
Farmacotécnica		34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43 ^a , 44	41, 42	---	10,5	10
Seguimento Farmacoterapêutico		49, 52, 54	50, 53 ^a	---	8,5	8
<i>Ensino e Pesquisa</i>		<i>55, 57e 58 (obrig. se entrar no módulo)</i>	<i>56</i>	---	---	<i>4</i>

OBS.: em itálico estão os componentes considerados não obrigatórios para o nível de complexidade;

^a Os pesos foram rearranjados conforme a presença de componentes; são apresentados todas as combinações de pesos utilizadas de acordo com o perfil dos serviços analisados.

^b Pontuação diferenciada pelo nível de complexidade do sistema de distribuição de medicamentos apresentado.

ANEXO 3: Algoritmos segundo nível de hierarquia dos hospitais (Continuação)

Nível Hierárquico 8					
Componente		Indicadores			Pesos^a
		Obrigatórios	Não Obrigatórios	Indesejáveis	
Logística	Programação	1, 2, 3, 3 ^a	---	---	25
	Aquisição	4a, 5b, 5d, 5e, 6a	---	---	
	Armazenamento	7, 7a, 8, 9, 10, 11a	---	---	
Distribuição		12,13(1.5) ^b , 16 (1.75) ^b 17	---	14, 15(1,25) ^b	15
Gerenciamento		18,19,19a,20a,23,24, 25, 25c,25e,26, 27,28 ^a , 29a	---	---	15
Seleção		30, 31, 32, 33	---	---	15
Informação		45, 46, 47, 48	---	---	8
Farmacotécnica		34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43a , 44 42 (obrig. se 41=1)	41	---	10
Seguimento Farmacoterapêutico		49, 52, 53 ^a , 54	50	---	8
Ensino e Pesquisa		55, 56, 57e 58	---	---	4

^a Os pesos foram rearranjados conforme a presença de componentes; são apresentados todas as combinações de pesos utilizadas de acordo com o perfil dos serviços analisados.

^b Pontuação diferenciada pelo nível de complexidade do sistema de distribuição de medicamentos apresentado.

ANEXO 4: Modelo lógico com resultados considerados adequados, possíveis de mensuração e relevantes de serem mensurados, segundo consenso de especialistas (Adaptado de Magarinos-Torres, 2006)

Componente		Objetivo	Resultados específicos	Resultados do conjunto de componentes
Gerenciamento		Prover estrutura organizacional e infraestrutura que viabilizem as ações do serviço de farmácia, com a devida qualidade.	<ol style="list-style-type: none"> 1- Participação e atuação dos farmacêuticos em comissões institucionais. 2- Metas estabelecidas cumpridas. 3- Procedimentos (POP) escritos e atualizados para todas as atividades desempenhadas. 4- Atividades realizadas conforme determinam os POP. 	<p>20 - Ocorrência de reações adversas a medicamentos.</p> <p>21 - Ocorrência de erros de medicação – Dispensação.</p> <p>22 – Medicamentos perdidos (unidades e valores)</p>
Seleção		Definir os medicamentos necessários para suprir as necessidades do hospital segundo critérios de eficácia e segurança. Seguidos por qualidade, comodidade posológica e custo.		
Logística	Programação	Definir especificações técnicas e quantidades dos medicamentos a serem adquiridos, tendo em vista os recursos e prazos disponíveis.	<ol style="list-style-type: none"> 5- Medicamentos disponíveis nas quantidades necessárias. 6- Medicamentos para aquisição com especificação geral e detalhada. 7- Medicamentos disponíveis em tempo oportuno. 8- Aquisição considerando a lista de medicamentos padronizados. 9- Existência de relatórios com informações atualizadas sobre consumo físico de medicamentos. 10- Medicamentos dentro do prazo de validade. 	
	Aquisição	Suprir a demanda de medicamentos do hospital, tendo em vista a qualidade.	<ol style="list-style-type: none"> 11- Existência de lista de fornecedores qualificados avaliados tecnicamente. 12- Medicamentos adquiridos de acordo com a política de medicamentos do hospital (padronização). 13- Medicamentos recebidos de acordo com a especificação solicitada. 	
	Armazenamento	Manter disponibilidade de estoques assegurando a qualidade dos produtos. O que requer controle de estoque.	<ol style="list-style-type: none"> 14- Medicamentos perdidos por caducidade ou falta de qualidade. 15- Medicamentos recebidos em concordância com o parecer técnico. 	
	Distribuição	Fornecer medicamentos em condições adequadas e tempestivas com garantia de qualidade do processo.	<ol style="list-style-type: none"> 16- Diminuição de erros de medicação diretamente relacionados ao processo de distribuição. 	
Informação		Disponibilizar informação independente, objetiva e apropriada sobre medicamentos e seu uso racional a: pacientes, profissionais de saúde e gestores hospitalares.		
Seguimento Farmacoterapêutico		Acompanhar o uso de medicamentos prescritos a cada paciente individualmente, com registro sistemático das atividades.	<ol style="list-style-type: none"> 17- Problemas relacionados a medicamentos detectados, prevenidos e resolvidos. 18- Identificação e notificação de eventos adversos relacionados com medicamentos. 	
Farmacotécnica		Elaborar preparações magistrais e oficinais, disponíveis ou não no mercado, e/ou fracionar especialidades farmacêuticas para atender as necessidades dos pacientes, resguardando a qualidade.		
Ensino/ Pesquisa		Formar recursos humanos para a farmácia hospitalar e para assistência farmacêutica. Produzir Informação e conhecimento que subsidiem o aprimoramento das condutas e práticas vigentes, incluindo farmacovigilância e estudos de utilização de medicamentos.	<ol style="list-style-type: none"> 19- Recursos humanos atualizados e capacitados para o desenvolvimento das atividades de assistência farmacêutica em farmácia hospitalar. 	

ANEXO 5: Cópia do documento de autorização de acesso ao banco de dados e realização do estudo no âmbito da SESDEC RJ



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS**

MINUTA DE AUTORIZAÇÃO

Prezado Mario Jorge Sobreira
Mestrando em Saúde Pública
ENSP - Fiocruz,

Após ciência da solicitação encaminhada e análise da proposta sobre o projeto intitulado: *“Avaliação de resultados da farmácia hospitalar em hospitais estaduais do Rio de Janeiro”*, autorizo a realização do mesmo no âmbito das unidades hospitalares sob gestão desta Secretaria, permitindo seu acesso ao banco de dados secundários do projeto *“Diagnóstico das farmácias hospitalares nos hospitais estaduais do Rio de Janeiro”*.

Autorizo, ainda, o acesso às farmácias hospitalares e a realização de entrevistas com os farmacêuticos responsáveis pelos serviços de farmácia das unidades selecionadas para este estudo, bem como com os profissionais responsáveis pelas atividades de programação de medicamentos. Autorizo a análise dos documentos e registros dos serviços, e a observação direta das atividades realizadas nos mesmos.

Rio de Janeiro, de Abril de 2009.

Atenciosamente,


ANA MÁRCIA MESSEDER
Superintendente
Mat.: 934.617-2

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
Rua México, nº 128 – 4º andar – Sala 401-A – Castelo – Rio de Janeiro / RJ – Brasil – CEP 20.031-142
Tel.: 55 (21) 2299.9703 | Fax: 55 (21)2299.2252
www.saude.rj.gov.br / e-mail: farmacia@saude.rj.gov.br

ANEXO 6: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Direção

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O **Hospital XXX** está sendo convidado para participar da pesquisa “*Avaliação de resultados da farmácia hospitalar em hospitais estaduais do Rio de Janeiro*”.

O objetivo deste estudo é analisar a situação dos serviços de farmácia da rede de hospitais próprios do Estado do Rio de Janeiro, segundo indicadores de resultados.

Esta unidade pública de saúde foi selecionada por adequar-se aos critérios definidos na metodologia do estudo e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o gestor pode desistir da participação da unidade e retirar seu consentimento para a pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida no projeto.

A participação desta unidade de saúde nesta pesquisa consistirá em permitir o trânsito do entrevistador para observação de alguns aspectos da Farmácia hospitalar, consulta a documentos e registros, e entrevista aos responsáveis pelos serviços de farmácia e central de abastecimento farmacêutico (almoxarifado de medicamentos). O entrevistador é aluno do curso de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, adequadamente treinado para os procedimentos da pesquisa.

As informações fornecidas contribuirão para um maior conhecimento sobre a situação da Farmácia Hospitalar no Estado, e, assim, fundamentar estratégias de ação e implantação de intervenções dirigidas à melhoria da qualidade nestes serviços.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. O anonimato da unidade será preservado quando os resultados forem divulgados.

Como gestor, V. Sa. receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sobre a participação da unidade, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação da unidade na pesquisa e concordo em participar.

Responsável pelo: **HOSPITAL XXX**

Pesquisador Responsável: Mario Jorge Sobreira
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Sala 620 –
Manguinhos.
Telefones: (21) 2598-2591 ou 9854-8577
FAX: (21) 2209-3076
e-mail: mjsobreira@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Térreo – Manguinhos – CEP: 21041-210
Telefone: (21) 2598-2863
e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO 7: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevistado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA FARMÁCIA HOSPITALAR EM HOSPITAIS ESTADUAIS DO RIO DE JANEIRO”.

Você foi selecionado por ser o **responsável pelo serviço de farmácia do Hospital XXX** e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida no projeto.

O objetivo deste estudo é analisar a situação dos serviços de farmácia da rede de hospitais próprios do Estado do Rio de Janeiro, segundo indicadores de resultados.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir o trânsito do entrevistador para observação de alguns aspectos da Farmácia Hospitalar, consulta a documentos e registros, e em responder algumas questões sobre o funcionamento do serviço. O entrevistador é aluno do curso de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, adequadamente treinado para os procedimentos da pesquisa.

As informações fornecidas contribuirão para um maior conhecimento sobre a situação da Farmácia Hospitalar no Estado, e, assim, fundamentar estratégias de ação e implantação de intervenções dirigidas à melhoria da qualidade nestes serviços.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais. Iremos assegurar o sigilo sobre sua participação, porém, devido a estratégia metodológica a ser desenvolvida, existe uma pequena possibilidade de você ser identificado(a). Seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação da unidade na pesquisa e concordo em participar.

Responsável pelo serviço de farmácia do: **HOSPITAL XXX**

Pesquisador Responsável: Mario Jorge Sobreira
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Sala 620 –
Manguinhos.
Telefones: (21) 2598-2591 ou 9854-8577
FAX: (21) 2209-3076
e-mail: mjsobreira@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Térreo – Manguinhos – CEP: 21041-210
Telefone: (21) 2598-2863
e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO 8: Resultados dos indicadores de estrutura e processo

(Osorio-de-Castro et al, 2008)

Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Resultado
Logística - Programação			
1	E	Porcentagem de FH em que há programação para abastecimento dos medicamentos selecionados.	0,0 % (0/20)
2	P/R	Porcentagem de FH que possuem todos os medicamentos indicadores disponíveis em estoque.	60,0 % (12/20)
3	P/R	Porcentagem de FH que utiliza a curva ABC para programação, dentre aqueles que possuem uma relação de produtos para compra.	15,0 % (3/20)
3a	P/R	Porcentagem de FH que utilizam curva ABC para programação, dentre aquelas que especificam quantidade de compra.	100,0 % (3/3)
Logística - Aquisição			
4a	E	Porcentagem de hospitais que possuem cadastro de fornecedores, dentre aqueles que realizam aquisição de medicamentos.	100,0 % (15/15)
5b	E	Porcentagem de hospitais onde, havendo alguma especificação técnica elaborada para a compra, estas são elaboradas pelo farmacêutico.	92,9 % (13/14)
5d	E	Porcentagem de hospitais onde existem algumas das especificações técnicas da compra, dentre os que compram.	82,4 % (14/17)
5e	E	Porcentagem de hospitais nos quais o farmacêutico realiza as especificações completas da compra, dentre os que realizam aquisição	0,0 % (0/13)
6a	P/R	Porcentagem de hospitais que se utilizam de banco de preços para acompanhamento dos processos de compra, dentre os que compram.	29,4 % (5/17)
Logística - Armazenamento			
7	P/R	Porcentagem de FH que possuem sistema de controle de estoque na central de abastecimento farmacêutico.	95,0 % (19/20)
7a	P/R	Porcentagem de FH que possuem sistema de controle de estoque no almoxarifado de medicamentos.	95,0 % (19/20)
8	P/R	Porcentagem de FH que possuem sistema de controle de estoque informatizado no almoxarifado de medicamentos, dentre as que possuem controle de estoque.	94,7 % (18/19)
9	P/R	Porcentagem média de adequação das práticas de estocagem de medicamentos na CAF ou no almoxarifado de medicamentos.	65,3 %
10	P/R	Porcentagem de FH onde o registro do estoque corresponde à contagem física para os medicamentos estocados na CAF ou no almoxarifado de medicamentos.	65,0 % (13/20)
11a	P/R	Porcentagem média de medicamentos indicadores no prazo de validade na farmácia hospitalar.	100,0 % (20/20)
Distribuição			
12	E	Porcentagem média de cumprimento das boas práticas de dispensação de medicamentos nas FH.	60,5 %
13	E	Porcentagem de FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema de distribuição de medicamentos por prescrição individualizada.	50,0 % (10/20)
14	E	Porcentagem de FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema coletivo.	20,0 % (4/20)
15	E	Porcentagem de FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema misto.	30,0 % (6/20)

Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Resultado
16	E	Porcentagem de FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema de dose unitária	0,0 % (0/20)
17	E	Porcentagem de FH que possuem farmácia(s) satélite(s). INDICADOR INFORMATIVO	0,0 % (0/20)
Gerenciamento			
18	E	Porcentagem de FH que possuem manual de normas e procedimentos.	0,0 % (0/20)
19	E	Porcentagem de FH que estão inseridas formalmente no organograma do hospital.	78,9 % (15/19)
19a	E	Porcentagem de hospitais que possuem organograma.	95,0 % (19/20)
20a	E	Porcentagem de FH que, dentro do organograma, estão ligadas diretamente à área clínica ou à direção geral.	31,6 % (13/19)
23	P	Porcentagem de FH que desenvolvem planejamento de objetivos e metas com periodicidade anual ou maior.	10,0 % (2/20)
24	E	Porcentagem de FH que possuem programação anual ou maior para capacitação de recursos humanos.	0,0 % (0/20)
25	E	Porcentagem de FH que possuem farmacêuticos com curso de pós-graduação.	80,0 % (16/20)
25c	E	Porcentagem de FH que possuem farmacêuticos com curso de pós-graduação <i>stricto sensu</i>	30,0 % (6/20)
25e	E	Porcentagem de FH que possuem farmacêutico.	100,0 % (20/20)
26	E	Porcentagem de FH que possuem recursos de informática para utilização em atividades clínicas.	35,0 % (7/20)
27	E	Porcentagem de FH que trabalham com produtos médico-hospitalares além de medicamentos. INDICADOR INFORMATIVO	35,0 % (7/20)
28a	P/R	Porcentagem de hospitais em que o farmacêutico hospitalar participa efetivamente na CCIH.	75,0 % (15/20)
29a	P/R	Porcentagem de hospitais em que o farmacêutico hospitalar participa efetivamente na EMTN.	50,0 % (1/2)
Seleção			
30	P/R	Porcentagem de hospitais que possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica funcionando regularmente.	20,0 % (4/20)
31	E	Porcentagem de hospitais que possuem Relação de Medicamentos atualizada.	65,0 % (13/20)
32	E	Porcentagem de hospitais em que existem protocolos terapêuticos.	10,0 % (2/20)
33	E	Porcentagem de hospitais em que existe formulário ou guia farmacoterapêutico.	0,0 % (0/20)
Farmacotécnica			
34	E	Porcentagem de FH que realiza fracionamento de medicamentos.	20,0 % (4/20)
35	E	Porcentagem de FH que realiza preparação de formulações não estéreis.	15,0 % (3/20)
36	E	Porcentagem média de adequação das condições para a realização do fracionamento e/ou preparação de medicamentos não estéreis.	0,0 % (0/20)
37	E	Porcentagem de FH que realiza preparação de Nutrição Parenteral.	0,0 % (0/20)
38	E	Porcentagem média de adequação das condições de preparação de Nutrição Parenteral na FH.	0,0 % (0/20)

Nº	Tipo	Denominação do Indicador	Resultado
39	E	Porcentagem de FH que realiza preparação de misturas IV.	5,0 % (1/20)
40	E	Porcentagem média de adequação das condições de preparação de misturas IV na FH.	2,2 %
41	E	Porcentagem de FH que realiza preparação de QT.	5,0 % (1/20)
42	E	Porcentagem média de adequação das condições de preparação de QT na FH.	2,7 %
43a	P/R	Porcentagem de FH que, executando manipulação e/ou fracionamento de não estéreis, contempla controle de qualidade dos mesmos.	0,0 % (0/20)
44	P/R	Porcentagem de FH que contempla controle de qualidade dos medicamentos fracionados.	0,0 % (0/4)
Informação			
45	E	Porcentagem de FH que desenvolve atividade de informação com algum nível de formalização.	5,0 % (1/20)
46	P/R	Porcentagem média de atendimento de solicitações sobre informação de medicamentos	2,2%
47	P/R	Porcentagem de FH que desenvolvem atividades educativas com os pacientes	5,0 % (1/20)
48	E	Porcentagem de FH que dispõem pelo menos de fontes de informação terciárias	5,0 % (1/20)
Seguimento Farmacoterapêutico			
49	P/R	Porcentagem de FH em que o farmacêutico participa da visita médica ou realiza visita específica	15,0 % (3/20)
50	P/R	Porcentagem de FH que realiza consulta farmacêutica formal a pacientes internados	0,0 % (0/20)
52	E	Porcentagem de FH que dispõem de ficha farmacoterapêutica de pacientes internados	0,0 % (0/20)
53a	P/R	Porcentagem de hospitais, dos que realizam atividade de monitoração terapêutica em pacientes hospitalizados, que contam com a participação da FH nesta atividade. INDICADOR INFORMATIVO	33,3 % (1/3)
54	P/R	Porcentagem de FH que realiza formalmente atividades de farmacovigilância	25,0 % (5/20)
Ensino e Pesquisa			
55	P/R	Porcentagem de FH que oferece programas ou atividades para formação profissional	60,0 % (12/20)
56	P/R	Porcentagem de FH cujos integrantes publicam trabalhos científicos	20,0 % (4/20)
57	P/R	Porcentagem de FH que realiza sessão científica periódica	10,0 % (2/20)
58	P/R	Porcentagem de FH que participa de atividades de pesquisa no hospital	10,0 % (2/20)

* E – indicador de estrutura; P/R – Indicador de processo ou resultado.

ANEXO 9: Análise do atendimento aos indicadores de estrutura e processo

(Adaptado de Osorio-de-Castro et al, 2008)

Componente		Percentual de Atendimento aos Indicadores do Componente (%)	Número de Hospitais
Gerenciamento		15	1
		23	1
		30	1
		38	4
		46	9
		54	3
	77	1	
Seleção		0	6
		25	10
		50	3
		75	1
Logística	Programação	0	4
		25	13
		50	2
		75	1
	Aquisição	0	3
		20	2
		40	5
		60	6
		80	4
	Armazenamento	50	1
		67	3
		100	16
Distribuição	17	5	
	33	15	
Informação	0	18	
	25	1	
	50	1	
Seguimento Farmacoterapêutico	0	14	
	20	4	
	40	1	
	60	1	
Farmacotécnica	0	16	
	9	1	
	27	2	
	54	1	
Ensino/ Pesquisa	0	7	
	25	6	
	50	2	
	75	4	
	100	1	