



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
DEPTº DE EPIDEMIOLOGIA E MÉTODOS QUANTITATIVOS EM SAÚDE

Avaliação de Estrutura e Processo de Serviços de Farmácia Hospitalar segundo nível de Complexidade do Hospital

Ana Márcia Messeder

Orientadores: Prof. Dr. Luiz Antônio Bastos Camacho
Profª Drª Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro

Rio de Janeiro
2005

ANA MÁRCIA MESSEDER

AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSO DE SERVIÇOS DE FARMÁCIA HOSPITALAR SEGUNDO NÍVEL DE COMPLEXIDADE DO HOSPITAL

Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadores: Prof. Dr. Luiz Antônio Bastos Camacho
Prof^a Dr^a Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro

Rio de Janeiro, Março de 2005

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

M584a Messeder, Ana Márcia
Avaliação de estrutura e processo de serviços de
farmácia hospitalar segundo nível de complexidade do
hospital. / Ana Márcia Messeder. Rio de Janeiro : s.n.,
2005.

118 p., tab.

Orientador: Camacho, Luiz Antônio Bastos

Osorio-de-Castro, Claudia Garcia Serpa

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
Nacional de Saúde Pública.

1.Serviço de farmácia hospitalar-métodos. 2.Avaliação.
I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.1782

À minha mãe, Leda Maria Sebrão Fernandes, pelo seu senso de justiça e solidariedade, que me fez ansiar por um mundo melhor; pelo seu senso de trabalho, que me fez achar que se pode fazer algo para modificar o mundo; pela sua obstinação, que me ensinou a lutar pelos meus sonhos; pela pessoa que ela é, que me fez ser a pessoa que eu sou.

Ao Rodrigo Costa Capeáns, por sua presença de grande companheirismo, apoio e carinho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Luiz Antônio Bastos Camacho e Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro, que com seu apoio, paciência, estímulo e dedicação, me conduziram pelo caminho percorrido.

Aos amigos da Turma do Mestrado em Saúde Pública – Sub-Área de Concentração Epidemiologia – 2003, Ana Paula, Cláudia Pereira, Cláudia Risco, Dorian, Eduardo, Leonardo e Luana, que caminharam ao meu lado durante todo o curso, dando seu apoio e suas contribuições inestimáveis. A caminhada foi muito mais fácil e divertida, por ter sido compartilhada com vocês.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública, que apontaram o caminho a partir de suas vidas e dedicações profissionais.

A Jurema Corrêa da Mota, por seu inestimável auxílio no entendimento de técnica de análise multivariada. Contar com a sua experiência facilitou o percurso transcorrido.

“O profissional de saúde precisa estar ciente de que é uma situação muito difícil a de quem nunca esteve em um leito hospitalar e vê uma pessoa se aproximar com um copinho descartável cheio de remedinhas coloridas, dizendo simplesmente que está na hora de medicação.

Em geral, este momento, que deveria merecer um cuidado especial, é marcado pela inexistência de qualquer explicação sobre a medicação, sua importância, seus resultados, seus efeitos (bons ou ruins). No máximo, é repetida a recomendação – tome, está prescrito.

Nestes casos, na quase totalidade das vezes, o profissional de saúde nada fala sobre posologia, efeitos adversos, interações com outros medicamentos ou com alimentos. Neste momento, **somos reféns** de um sistema que determina o que é melhor para nós.”

Carlos Alberto Ebeling Duarte, representante do Fórum Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiências e Patologias, como usuário, na 1ª Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 2003

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo desenvolver uma metodologia que determine uma tipologia dos serviços de Farmácia Hospitalar de acordo com desempenho das atividades desenvolvidas pelos serviços, considerando os níveis de complexidade hospitalar. Esta tipologia permite identificar quais serviços apresentam 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 o serviço se insere.

No primeiro artigo foi feita uma discussão sobre a abordagem empregada pelo Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, uma avaliação normativa baseada na tríade estrutura-processo-resultado. Naquele Projeto, questões referentes à influência da complexidade do contexto hospitalar sobre a complexidade do serviço de Farmácia Hospitalar e a interdependência das atividades desenvolvidas pelo serviço não foram completamente avaliadas impossibilitando uma hierarquização dos serviços. Propôs-se, então, considerar uma abordagem metodológica analisando a complexidade hospitalar pela classificação de níveis hierárquicos proposta pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e, a questão da interdependência das atividades, pelo desenvolvimento de algoritmos das atividades e das dimensões a serem realizadas por cada nível de complexidade.

No segundo artigo, buscou-se desenvolver a abordagem metodológica de hierarquização de hospitais de acordo com o desempenho dos seus serviços de Farmácia Hospitalar frente a indicadores de estrutura e processo. Foram construídos algoritmos de atividades considerando: pontuações diferenciais, de acordo com a necessidade de realização da atividade pelo serviço, em dado nível de complexidade, e determinação de pesos diferenciados por componentes, de acordo com a influência do componente ao desempenho do serviço. A

aplicação da abordagem foi testada na hierarquização dos serviços de Farmácia Hospitalar avaliados pelo Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil e permitiu determinar os hospitais que apresentaram melhor e pior desempenho. Os resultados demonstraram também que a pontuação máxima alcançada pelos serviços não atingia 2/3 da pontuação ideal para o seu nível de complexidade e que mais de 50% dos serviços de Farmácia Hospitalar, independentemente do nível de complexidade hospitalar, apresentam baixo desempenho.

ABSTRACT

This study presents a methodology for the classification of hospital pharmacies, according to the performance of activities in the pharmacy and taking into account the level of care presented by the hospital. This classification identifies the pharmacies that present the best and worst performance, as measured by structure and process indicators, in each level of care.

The first paper discusses the methodological approach originally employed by the Project “Assessment of Hospital Pharmacies in Brazil” for classification of services. This Project was conducted as a normative assessment, based on structure, process and results, but left unanswered issues referring to the influence exerted by the level of care of the hospital and by the interdependence of activities in the hospital pharmacy on pharmacy performance. Thus it was impossible to classify the hospital pharmacies in the Project. An alternative approach is now proposed, considering two main points. The establishment of the level of care of the hospital harboring the pharmacy under study by use of the National Register of Health Facilities, and the development of performance algorithms for hospital pharmacies in each level of care, taking into account the different activities undertaken by them.

The second paper discusses how this proposed methodology was developed. The algorithms were constructed, considering different weights for different activities, according to the need of these specific pharmacy activities in certain levels of hospital care. There were also differential weights allocated for the existence of core activities in the hospital pharmacy, which might influence the overall performance of the service. The approach was tested on the data originated by the Project “Assessment of Hospital Pharmacies in Brazil” and the hospital pharmacies were classified. The best and the worst services became identifiable. Results also demonstrated that the overall maximum observed score attained by the hospital pharmacies was

under 2/3 of the expected maximum score for each level of care. Over 50% of hospital pharmacies, notwithstanding the level of care assigned to the hospital, presented low-grade performance.

LISTA DE ABREVIATURAS

CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CDI	Comissão de Desenvolvimento Industrial
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
GEIFAR	Gerência Executiva da Indústria Farmacêutica
GEIQUIM	Gerência Executiva da Indústria Químico-Farmacêutica
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NAF/ENSP	Núcleo de Assistência Farmacêutica / Escola Nacional de Saúde Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PT/GM/MS	Portaria Técnica do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SADT	Suporte de Apoio Diagnóstico-Terapêutico
SAS/MS	Secretaria de Atenção a Saúde / Ministério da Saúde
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: O Problema - Como Classificar um Serviço de Farmácia Hospitalar Considerando a Inter-Relação de suas Atividades com o Contexto Hospitalar que se Encontra Inserido	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
<i>A Indústria Farmacêutica e o Mercado</i>	<i>4</i>
<i>Breve História da Política de Assistência Farmacêutica no Brasil.....</i>	<i>8</i>
<i>Percurso da Assistência Farmacêutica Hospitalar no Brasil</i>	<i>23</i>
<i>Avaliação de Serviços de Saúde.....</i>	<i>28</i>
<i>Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil.....</i>	<i>34</i>
<i>Referências Bibliográficas.....</i>	<i>39</i>
3. OBJETIVOS	43
<i>Geral.....</i>	<i>43</i>
<i>Específicos.....</i>	<i>43</i>
4. QUESTÕES ÉTICAS	45
5. ARTIGO 1 – O Papel da Complexidade do Contexto Hospitalar e da Interdependência de Atividades em uma Avaliação Normativa de Estrutura e Processo de Serviços Farmácia Hospitalar: questões a serem discutidas	47
<i>Resumo</i>	<i>47</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>47</i>
<i>Introdução</i>	<i>48</i>
<i>Discussão Sobre a Metodologia Empregada no Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil.....</i>	<i>53</i>
<i>Proposta de Hierarquização de Hospitais segundo desempenho da Farmácia Hospitalar</i>	<i>63</i>
<i>Conclusões.....</i>	<i>66</i>
<i>Referências Bibliográficas.....</i>	<i>67</i>
6. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	69
<i>Referências Bibliográficas.....</i>	<i>73</i>
7. ARTIGO 2 – Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços	74
Resumo.....	74
<i>Abstract.....</i>	<i>74</i>
<i>Introdução</i>	<i>75</i>
<i>Metodologia.....</i>	<i>79</i>
<i>Resultados e Discussão.....</i>	<i>84</i>
<i>Conclusões.....</i>	<i>91</i>
<i>Referências Bibliográficas.....</i>	<i>92</i>
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	94
9. ANEXOS.....	96
<i>ANEXO 1 : Modelo Lógico</i>	<i>97</i>
<i>ANEXO 2: Níveis de Hierarquia dos Serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de acordo com a PT/SAS/MS n° 569/02</i>	<i>98</i>
<i>ANEXO 3: Planilha de Indicadores</i>	<i>99</i>
<i>ANEXO 4 :Algoritmos.....</i>	<i>113</i>
<i>ANEXO 5: Freqüência dos hospitais por unidade federativa de acordo com o nível hierárquico</i>	<i>117</i>

1. INTRODUÇÃO: O Problema - Como Classificar um Serviço de Farmácia Hospitalar Considerando a Inter-Relação de suas Atividades com o Contexto Hospitalar que se Encontra Inserido

Com a promulgação da atual Constituição Brasileira, a Saúde passou a ter um papel de destaque dentro das ações prioritárias do Estado ¹. Foi necessária uma reorganização de todo o sistema de prestação de serviços de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que como seu próprio nome diz, teve como finalidade reunir todos os prestadores de serviços públicos na área de saúde em um único modelo de atenção à saúde. Uma das diretrizes principais do SUS é a integralidade da assistência à saúde, de modo que ações como a da Assistência Farmacêutica foram incluídas no campo de atuação do SUS ².

A Portaria Técnica do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde (PT/GM/MS) nº 3.916/98 instituiu a Política Nacional de Medicamentos, o que objetivava o fortalecimento das ações na área de Assistência Farmacêutica. Entretanto as características do mercado farmacêutico brasileiro tendem a dificultar muito a inserção da Assistência Farmacêutica nas ações do SUS. Esse mercado se caracteriza por apresentar uma grande quantidade de apresentações farmacêuticas registradas para comercialização em território nacional (em torno de 20 mil), sendo que muitas destas são produtos de eficácia duvidosa ou desprovidos de valor terapêutico, que, através de uma propaganda farmacêutica não ética, ganham um forte apelo comercial.

Pode-se perceber que no Brasil, os medicamentos muitas vezes são vistos como bens de consumo e não como partes integrantes de uma ação efetiva de manutenção de saúde, o que associado com a irregular implementação das medidas regulatórias existentes para o mercado farmacêutico, torna o Brasil um dos maiores mercados consumidores de medicamentos do mundo. As principais características do mercado farmacêutico brasileiro são uma grande dependência tecnológica e desigualdade de acesso, onde há uma grande parcela da população excluída ³. Como estratégia para regular mais claramente este mercado, houve em 1999 a criação

da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Esta agência vem sendo responsável pela formulação de toda a regulamentação sanitária do país, com enfoque no aumento da qualidade dos produtos e dos serviços de saúde ofertados a população.

Compete à área da Assistência Farmacêutica Hospitalar disponibilizar os insumos básicos para o tratamento dos pacientes atendidos dentro da unidade hospitalar. Como muitos desses insumos apresentam um alto valor comercial, essa área acaba sendo responsável por altos gastos dentro dessa unidade. Desse modo, a Assistência Farmacêutica Hospitalar representa um sistema complexo e de elevada importância para a gestão dos serviços de saúde. Entretanto, devido às características do mercado farmacêutico e da grande escassez de profissionais capacitados e de recursos financeiros, a situação atual da Assistência Farmacêutica Hospitalar no Brasil parece inadequada, sendo muitas vezes de má qualidade, podendo levar a situações de risco para a saúde da população usuária do serviço ⁴.

Nos últimos anos, ocorreu, no Brasil, uma grande expansão da atenção à saúde, oferta de novas tecnologias, desenvolvimento de modelos assistenciais diversos e crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde. Essas condições favoreceram propostas de racionalização das decisões e das práticas, integrando as preocupações dos gestores públicos e privados, mas participando ainda de forma muito incipiente e marginal nos processos decisórios⁵. Uma vez que os resultados descritos nos trabalhos de avaliação da qualidade de serviços e de programas de saúde, bem como os de avaliação de tecnologia, podem ser úteis para facilitar a tomada de decisão por parte dos gestores e subsidiar intervenções necessárias, trabalhos desse tipo devem ser realizados.

Nesse panorama, um diagnóstico da situação das Farmácias Hospitalares no Brasil é um trabalho de importância estratégica para a promoção da melhoria da qualidade dos serviços

prestados por essas unidades e para favorecer a real implantação da Assistência Farmacêutica Hospitalar no SUS.

Entretanto, essa avaliação deve considerar que os serviços de Farmácia Hospitalar irão apresentar características diferentes de acordo com o hospital a que pertencem e das atividades a serem desenvolvidas pela Farmácia. As atividades básicas de uma Farmácia Hospitalar estão relacionadas primeiramente com a seleção, com a logística (programação, aquisição, armazenamento e distribuição) e com a informação^{6,7,8}. Outra atividade básica é o gerenciamento, que não pode faltar em nenhum tipo de serviço. Todavia, se o hospital ao qual a farmácia está vinculada apresenta tratamento em oncologia ou faz uso de nutrição parenteral, seria adequado que o serviço de farmácia apresentasse área de preparo dos medicamentos e das soluções. Percebe-se, então, que um aumento na complexidade das atividades desenvolvidas pelo hospital agrega uma série de outras atividades a serem desenvolvidas pelo serviço de Farmácia Hospitalar, para que este se torne compatível com as necessidades do hospital.

A qualidade de um serviço deve estar relacionada com a adequação de suas atividades à necessidade do contexto onde está inserido. Assim, a qualidade de uma Farmácia Hospitalar se relaciona com a capacidade do serviço em realizar as atividades, de modo correto, que o hospital do qual ela faz parte necessita. As atividades a serem desenvolvidas devem estar diretamente relacionadas com o tipo de assistência prestado pelo hospital.

Com base no exposto, uma correta avaliação dos serviços de Farmácia Hospitalar, deve pressupor que não apenas as Farmácias maiores e mais complexas possam ser consideradas adequadas; as pequenas, por outro lado, não devem ser necessariamente consideradas ruins por apresentarem poucas atividades. Uma avaliação deve ser construída à luz da idéia de que nem sempre ser mais complexo significa ser melhor.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A Indústria Farmacêutica e o Mercado

Após a Segunda Guerra Mundial temos o desenvolvimento da moderna indústria farmacêutica, baseado nas transformações da dinâmica dos seus regimes tecnológicos ⁹. A indústria farmacêutica evoluiu das Farmácias Magistrais, que desenvolviam atividades artesanais típicas de manipulação das formas farmacêuticas, até a montagem de modernos complexos industriais de alta tecnologia, que tem a automação típica do tecnicismo contemporâneo ¹⁰.

As indústrias farmacêuticas brasileiras tiveram sua evolução coincidente com a evolução da indústria no mundo. Entretanto, devido à ausência de um parque químico industrial instalado, o que em outros países permitiu uma efetiva integração e verticalização de suas indústrias, isso não ocorreu no Brasil. Por outro lado, a Segunda Guerra Mundial levou a que o Brasil, assim como outros países sem desenvolvimento técnico e tecnológico, fosse submetido à estratégia de expansão internacional das empresas que possuíam capacidade de inovação. Em outras palavras, o que foi observado nessa época foi a implantação de subsidiárias de empresas de capital transnacional, associação destas com empresas nacionais brasileiras ou apenas a simples transferência de capital acionário, caracterizando um processo nítido de desnacionalização. Desse modo, houve muito pouca incorporação de tecnologia pelo país, uma vez que a produção de matérias-primas e as atividades de pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos eram realizadas pelas matrizes das empresas transnacionais no exterior ^{10,11}. As grandes empresas transnacionais da época alegavam que o processo de dependência das indústrias farmacêuticas em países em desenvolvimento, como o Brasil, das suas matrizes nos países industrializados era um processo temporário. Supunham que como decorrência natural do crescimento da indústria

farmacêutica no Brasil, teríamos também o desenvolvimento da indústria farmoquímica, o que em realidade não ocorreu ¹⁰.

Observa-se, a partir do desenvolvimento da moderna indústria farmacêutica, que a eficácia competitiva de uma indústria estaria diretamente relacionada com sua capacidade de desenvolver novos produtos e da qualidade desses. Isso se deve ao fato de que medicamentos inovadores possuem proteção patentária, ou seja, a indústria deteria o monopólio temporário de comercialização, se encontrando imune à competição direta, tornando assim possível que preços mais altos sejam praticados, viabilizando a sua produção quaisquer sejam os custos envolvidos ⁹. Ao compararmos os períodos de 1905 a 1935 e as décadas de 50 e 60, vemos que durante o primeiro período temos uma média de seis novos produtos sendo incorporados por ano na Farmacopéia Americana, enquanto no segundo período foram colocados em média 400 novos produtos ao ano, dos quais 10% representavam novas substâncias ¹⁰. Isso exemplifica o aprofundamento da política de inovações e incorporação de novas tecnologias que ocorreu a partir do desenvolvimento da indústria farmacêutica moderna.

Como consequência do aumento da introdução de novos produtos no mercado, as estratégias de propaganda das indústrias farmacêuticas passaram a ser voltadas para o profissional prescriptor, com o intuito de influenciá-lo durante o ato de escolha de que medicamento indicar para seu paciente ¹⁰. Esse tipo de estratégia vem sendo empregado até os dias de hoje, sendo um dos principais problemas a ser enfrentado para efetivação de novas políticas públicas de Assistência Farmacêutica.

No momento atual, a indústria farmacêutica passa por um período de transição, as taxas de lucros mantêm-se como as mais elevadas de todo os setores industriais do mercado capitalista moderno, mas o número de novos produtos no mercado vem reduzindo. Isto vem ocorrendo devido a dois novos fatores. O primeiro é um crescimento maior do mercado de

medicamentos genéricos em comparação ao mercado de medicamentos patenteados. Desse modo, houve o surgimento de conflitos entre governos e os grandes laboratórios internacionais, além de uma maior pressão competitiva intra-industrial ⁹.

O segundo fator é a mudança no regime tecnológico das indústrias, com a crescente incorporação da biotecnologia. O impacto do uso desses novos procedimentos ainda não foi devidamente avaliado, mas a tendência atual parece se direcionar para o aumento dos recursos gastos em pesquisa e desenvolvimento, o que reforçaria as já elevadas barreiras técnicas existentes na indústria ⁹.

Para o ano de 2002, o mercado mundial farmacêutico teve seu faturamento global projetado para 406 bilhões de dólares, sendo apenas 20% desse mercado consumido pela população residente na África, Ásia e América Latina, que representam 80% da população mundial ¹². Ou seja, percebe-se que apesar das cifras milionárias do mercado farmacêutico, nem toda a população mundial consegue ter seu acesso ao medicamento garantido.

Aparentemente, esse quadro concentrador irá se agravar, uma vez que a participação dos países em desenvolvimento no mercado farmacêutico mundial vem caindo de maneira considerável. O gasto público na maioria desses países é muito menor que os gastos realizados por países desenvolvidos, representando percentuais muito baixos em relação ao produto interno bruto ¹¹.

No caso do Brasil, o desempenho da indústria farmacêutica vem sendo positivo e o país aparece entre os dez maiores mercados consumidores do mundo, com participação equivalente a do Canadá e Espanha ⁹. O mercado farmacêutico brasileiro movimentava anualmente cifras em torno de 10 bilhões de dólares ¹³. Apesar disso, os gastos com medicamentos no Brasil na década de 80 não ultrapassaram 17 dólares/habitante, enquanto países como o Estados Unidos e o Japão gastaram 182 e 256 dólares/habitante, respectivamente ⁹.

Assim como ocorre no mercado mundial, o mercado brasileiro apresenta caráter extremamente concentrador, com 23% da população brasileira consumindo 60% da produção de medicamentos do país e metade não utilizando regularmente nenhum tipo de medicamento ⁹.

O mercado farmacêutico brasileiro atual ainda apresenta uma enorme dependência externa, onde a maioria das empresas nacionais se limita quase que exclusivamente ao estágio de transformação de matérias-primas em medicamentos e em alguns casos, na propaganda e comercialização de produtos acabados ¹⁰.

Vale ainda ressaltar que o mercado farmacêutico brasileiro vem sendo dominado por empresas transnacionais, apresentando uma estrutura tipicamente oligopólica, chamando também a atenção para a concentração do mercado por classes terapêuticas, o que traça um claro paralelo com o que ocorre em todo mercado mundial. Podem ser destacadas as seguintes características principais da indústria farmacêutica no Brasil: (1) alta dependência da importação de matéria-prima, devido à insipiência do mercado de química fina do país; (2) as estratégias de concorrência não se baseiam no preço e sim na diversificação de produtos, o que acarreta uma grande diversidade de produtos registrados no país, muitos deles guardando enorme semelhança terapêutica.; (3) gastos excessivos em propaganda, levando a uma diminuição da taxa de lucratividade quando comparada com a média da indústria química; (4) baixa necessidade de capital para sua implantação, devido a baixa relação capital/produto e da falta de economia de escala; (5) setor deficitário com relação à balança comercial; e (6) alta concentração de produtos por classes terapêuticas nas empresas transnacionais ¹⁴.

Essa realidade do mercado farmacêutico brasileiro não é exclusiva do nosso país, podendo ser estendida para a maioria dos países em desenvolvimento, de modo que possíveis obstáculos ao acesso aos medicamentos vêm sendo objeto de vários debates no nível internacional ^{12,15,16}. Destaca-se ainda que o mercado farmacêutico mundial não cobre

adequadamente as necessidades da população, como pode ser exemplificado pelo fato de que 14 milhões de pessoas morreram no ano de 1999 por doenças transmissíveis, a maioria em países em desenvolvimento ^{12, 17}.

Doenças globais, como o câncer, doenças do aparelho cardiovascular, doenças mentais ou alterações neurológicas, constituem áreas prioritárias para o investimento das indústrias farmacêuticas transnacionais, enquanto outras doenças são negligenciadas, como malária, tuberculose, leishmaniose e doença de Chagas ¹².

Mesmo somando os esforços dos organismos internacionais e dos governos dos países, principalmente aqueles de média e baixa renda, ainda uma grande parcela da população mundial permanece excluída do acesso aos medicamentos essenciais, ou seja, acesso àqueles medicamentos que satisfazem as prioridades das necessidades de cuidados de saúde da população ^{13,18}. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, o número de pessoas com acesso aos medicamentos essenciais aumentou apenas de 2,1 bilhões em 1977 para 3,8 bilhões em 1999 ¹³. Percebe-se que ainda existe um longo caminho a se percorrer para se adequar o mercado farmacêutico às reais necessidades da população, onde o medicamento deixe de ser visto com um bem de consumo e passe a ser visto com um bem de saúde.

Breve História da Política de Assistência Farmacêutica no Brasil

A implantação da indústria farmacêutica no Brasil ocorreu entre o final do século XIX e início do século XX, com o objetivo de combater às novas endemias que acometiam a população, de modo análogo ao que acontecia no cenário mundial. A partir da década de 30, iniciou-se a implantação de centros de pesquisa e laboratórios para a produção de soros e vacinas.

Nessa mesma época, a indústria farmacêutica brasileira passou por um grande processo de desenvolvimento, que não foi acompanhado pela indústria química no país ¹⁰.

Durante a Segunda Guerra Mundial foi incorporada ao arsenal terapêutico uma série de inovações tecnológicas, principalmente antibióticos, o que fortaleceu a indústria farmacêutica e levou à expansão do complexo farmacêutico internacional. Entretanto, a introdução dessas novas tecnologias no nível mundial levou a uma situação de maior fragilidade para as indústrias farmacêuticas nacionais, consolidando a hegemonia das empresas transnacionais no mercado brasileiro e, conseqüentemente, levando ao quadro de dependência tecnológica e industrial que vemos até os dias de hoje ¹⁰.

A política nacional-desenvolvimentista implementada no Brasil nas décadas de 40 e 50, que estimulava a entrada do capital estrangeiro, deu início ao processo de desnacionalização da indústria farmacêutica. Esse processo foi propiciado pela facilitação da emissão de licenças de importação para equipamentos a serem instalados no país sem a devida cobertura cambial, facilitando a instalação de empresas estrangeiras no país. Além disso, houve a criação de taxas múltiplas de câmbio, onde os produtos e insumos farmacêuticos ficaram com as taxas mais baixas, estimulando o processo de importação de matérias-primas, o que fez com que as empresas transnacionais passassem a produzir no país produtos que anteriormente importavam, baixando seus custos e fortalecendo sua participação no mercado nacional ¹⁰.

Na década de 60, antes do golpe militar de 1964, houve a criação do Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica (GEIFAR), que tinha como diretrizes básicas realizar ações que fortalecessem a produção farmacêutica nacional e levassem à redução do custo dos medicamentos. Também ocorreu a aprovação da primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que determinou que os órgãos da administração pública federal somente

adquirissem medicamentos indicados naquela relação e que as aquisições deveriam ser feitas, preferencialmente, em laboratórios públicos ou privados de capital nacional ¹⁹.

No início da ditadura militar em 1964, é criada a Comissão de Desenvolvimento Industrial (CDI) vinculada ao Ministério da Indústria e Comércio e formada por grupos executivos, sendo um deles o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (GEIQUIM), que absorveu as atividades anteriormente realizadas pelo GEIFAR.

Durante esta época, houve dois momentos distintos no modo de condução das políticas de saúde no país. No primeiro momento, que se estendeu de 1964 até meados da década de 70, aconteceu uma progressão do modelo de organização do sistema de atenção à saúde que privilegiava os interesses econômicos corporativos do empresariado privado que atuava nessa área. No segundo momento, que se estendeu de meados da década de 70 até o fim da ditadura militar, houve a instalação de uma crise política financeira do modelo assistencial estabelecido no primeiro momento ¹⁹.

Até então, pode-se notar que quase todas as políticas voltadas para a área de medicamentos visavam apenas o fortalecimento da produção. Somente após a crise do modelo de assistência estabelecido é que surgiram as primeiras ações que associavam o desenvolvimento da indústria farmacêutica com a garantia do acesso da população à Assistência Farmacêutica ¹⁹.

Em 25 de junho de 1971 foi criada, através do Decreto nº 68.806 ⁶, a Central de Medicamentos (CEME), instituída como órgão vinculado diretamente à Presidência da República. Este decreto estabelecia que a CEME teria como função promover e organizar o fornecimento de medicamentos àqueles que não tivessem condições de adquiri-los com recursos próprios. A proposta original da CEME tinha por objetivo, além das atividades de coordenação de uma política nacional de medicamentos, a progressiva substituição das importações através da implantação de uma proposta de autonomia para o setor químico-farmacêutico e da consolidação

de um sistema estatal de produção de medicamentos essenciais ¹⁴. Entretanto, por ser um órgão vinculado diretamente à Presidência da República, a CEME estava sujeita às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época. Por isso, desviava-se dos seus objetivos iniciais na medida em que o contexto político se alterava ³.

Como um dos fatos históricos mais marcantes da história da CEME, temos o Plano Diretor de Medicamentos, que foi instituído através do Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973 ². No artigo 2º desse decreto, o plano ficou definido como: “o conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento necessário ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional, como fonte complementar de saúde e bem-estar social”. O direcionamento geral de atuação da CEME se baseou em um projeto de cunho autonomista que objetivava a auto-suficiência nacional na produção de fármacos e medicamentos essenciais ²⁰.

Em 1974, a CEME deixou de ser um órgão vinculado diretamente à Presidência da República, passando ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e tendo suas atividades reduzidas à distribuição de medicamentos às organizações da administração pública.

Em 1975, a promoção e coordenação das atividades destinadas ao desenvolvimento tecnológico químico-farmacêutico, que anteriormente tinha sido incumbência da CEME, foram transferidas para o Ministério da Indústria e do Comércio, através da Secretaria de Tecnologia Industrial ¹⁰. Neste mesmo ano, houve a primeira revisão da RENAME, que havia sido criada em 1964 com a proposta de ser periodicamente revisada e como instrumento estratégico das políticas nacionais de medicamentos ³. Ainda nesse ano, foi regulada a prestação de Assistência Farmacêutica na previdência e assistência social, incumbindo a CEME da aquisição e distribuição dos medicamentos utilizados pelas instituições vinculadas ao Ministério e pelas entidades conveniadas. A finalidade da CEME passou a ser o fornecimento de medicamentos por preços acessíveis ou gratuitamente ²¹.

A partir de 1985, a CEME deixou de ser um órgão vinculado ao MPAS e passou a integrar o Ministério da Saúde (MS), mantendo como fonte de custeio dos recursos necessários para as suas ações de Assistência Farmacêutica, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS ²¹.

O final da década de 80 foi marcado por uma série de publicações elaboradas pela CEME, visando tentar o fortalecimento de suas ações na área de Assistência Farmacêutica, sendo de principal importância duas publicações de 1987. Uma dessas publicações foi *Medicamentos Essenciais – Os Caminhos da Autonomia*, que demonstrou que 80% da população se encontrava no grupo considerado de baixo poder aquisitivo e que ao mesmo tempo, apenas 48% da população brasileira tinha acesso aos medicamentos essenciais. Com base nesses dados, a CEME propunha o fortalecimento de suas ações, com o objetivo de universalização do acesso da população aos medicamentos essenciais, através da busca da autonomia tecnológica e da ampliação da participação de empresas de capital nacional no mercado farmacêutico brasileiro. A outra publicação foi *Medicamentos Essenciais - Medidas para Assegurar o Abastecimento Interno*, que teve como principal papel expor propostas que objetivassem o que havia sido abordado no documento anterior. As principais medidas explicitadas nesse documento foram: a ampliação da produção interna de medicamentos essenciais pelas empresas nacionais privadas e estatais, procurando-se triplicar a capacidade instalada das mesmas; e o fortalecimento da capacidade operacional da própria CEME ¹⁰.

No ano de 1987, o MS implementou a Farmácia Básica, que tinha como objetivo racionalizar o fornecimento dos medicamentos para a atenção básica de saúde. O projeto se baseava na disponibilização de módulos-padrão de suprimento de medicamentos que contemplariam o tratamento das condições patológicas mais comuns na população brasileira. Apesar de, no desenvolvimento dos módulos-padrão, terem sido levadas em conta as diversidades

regionais, a existência de um único elenco de medicamentos no nível nacional, sendo distribuído para todo o país, teve como consequência a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, acarretando um enorme desperdício. Essa falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos associada às descontinuidades nos anos posteriores impediram que este programa tivesse o alcance aguardado ³.

Em 1988 é promulgada a atual Constituição Federal Brasileira, onde a saúde passa a ser considerada como um direito de todos os cidadãos sendo dever do Estado garanti-la de forma universal, integral e equânime, incluindo-se aí a Assistência Farmacêutica ¹. Entretanto, cabe ressaltar que no período de 1991 e 1992, a CEME reduziu a 20% seu níveis históricos de cobertura da demanda de medicamentos para o sistema de saúde ¹⁰.

O ano de 1990 foi marcado por duas ocorrências que até hoje norteiam o cenário das políticas nacionais de medicamentos: a publicação da Lei nº 8.080 e a crise na CEME ¹⁹.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida com Lei Orgânica da Saúde, teve como objetivo a implantação do SUS, que no seu artigo 4º foi definido como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde”. Essa lei ainda define no seu artigo 6º, inciso I, letra d, a inserção da Assistência Farmacêutica como uma das responsabilidades do SUS, quando estabelece que está incluída no campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica ².

Historicamente as ações de Assistência Farmacêutica sempre se basearam na compra de uma lista de medicamentos pelo MS e a distribuição destes aos estados, caracterizando um modelo centralizado e vertical de Assistência Farmacêutica, com enfoque no insumo, sem abordagem das ações de atenção a ele relacionadas ¹⁹. A Lei nº 8.080/90, além de instituir o SUS,

como já foi descrito anteriormente, estabelece os Princípios e Diretrizes do SUS no seu capítulo II, artigo 7º: “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;(…)...

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;(…)...

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única de cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;(…)...”².

Com base nesses novos princípios de reestruturação e direcionamento da atenção à saúde, se tornou necessário repensar o modelo de Assistência Farmacêutica que vinha sendo realizado pelo Estado brasileiro, principalmente levando em consideração a questão da descentralização de ações definidas no inciso IX, artigo 7º da lei referida acima. A reestruturação se deve ao fato do modelo de Assistência Farmacêutica brasileiro sempre ter tido suas ações centralizadas pelo Governo Federal, bem diferente da proposta de atuação no nível municipal.

A grande crise na CEME também ocorreu a partir de 1990, durante o Governo Collor, onde os problemas de indefinição dos objetivos da CEME se agravaram. Esta passou por uma fase de agitação e mudanças caóticas, onde sua estrutura administrativa foi desmontada, sem haver um projeto adequado de reestruturação ²². Uma série de escândalos levou à posterior desativação da CEME, em 1997, tornando-se necessária a formulação de uma nova política para o setor ¹⁰.

Com a desativação da CEME e com base nas novas diretrizes definidas para atenção à saúde, é concebida a nova política de Assistência Farmacêutica do Estado brasileiro. A Política Nacional de Medicamentos é instituída pela PT/GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Essa portaria objetiva formular as diretrizes de reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica, com a definição do papel das três instâncias político-administrativas do SUS.

No capítulo 3 da Política Nacional de Medicamentos é estabelecido que: “Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito estejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas...”

As seguintes diretrizes foram determinadas no capítulo 3 da Política Nacional de Medicamentos: adoção da Relação de Medicamentos Essenciais, regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da Assistência Farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos ²³.

A **Adoção de uma Relação de Medicamentos Essenciais** tem como objetivo racionalizar a aquisição e distribuição dos medicamentos, de modo que aqueles que realmente

sejam necessários estejam disponíveis para a população. Os medicamentos essenciais são aqueles considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde de uma dada população. Estes produtos devem estar continuamente disponíveis para essa população e sendo assim, compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é constantemente atualizada, uma vez que é a referência para organização das listas estaduais e municipais, servindo como instrumento de facilitação da descentralização de ações. No processo de atualização contínua da RENAME, é dada ênfase ao conjunto de medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo critério epidemiológico prévio.

A **Regulamentação Sanitária de Medicamentos** tem como papel avaliar as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como promover o uso dos medicamentos genéricos. As ações de vigilância sanitária foram gradualmente descentralizadas e transferidas à responsabilidade executiva direta de estados e municípios, com exceção do registro de medicamentos e da autorização de funcionamento de empresas, que continuam a cargo do gestor federal. Em todos os casos, foi garantida a aplicação das normas existentes e a integração operacional do sistema, em todas as esferas.

A **Reorientação da Assistência Farmacêutica** tem como objetivo implementar as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. A reorientação do modelo foi fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público, e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos,

viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado. A Assistência Farmacêutica no SUS engloba ainda, as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização, de modo a garantir a permanente disponibilidade dos medicamentos essenciais à população. Cabe ressaltar que o processo de descentralização da gestão contempla a padronização de produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. A premissa básica é a descentralização da aquisição e distribuição dos medicamentos essenciais para o nível municipal, o que não isenta os gestores estadual e federal da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição dos medicamentos em situações especiais. Configuram situações especiais que justificam a aquisição dos medicamentos de forma centralizada, doenças que sejam problemas de saúde pública e cuja estratégia de controle concentre-se no tratamento de seus portadores; doenças que, apesar de atingirem um pequeno grupo de pessoas, requeiram tratamento longo ou permanente, com uso de medicamentos com custo elevado; e doenças cujo tratamento envolva o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

A **Promoção do Uso Racional de Medicamentos** dá atenção especial às informações relativas às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento das doenças prevalentes. Também é proposta a ênfase ao processo educativo dos usuários no que tange aos riscos da automedicação, da interrupção e troca do medicamento prescrito, bem como da necessidade da receita médica para a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial sanitário. Paralelamente, são desenvolvidas atividades dirigidas aos profissionais prescritores e dispensadores. A produção, comercialização, prescrição e uso de medicamentos genéricos também faz parte das atividades para promoção do uso racional de medicamentos.

Para o **Desenvolvimento Científico e Tecnológico** incentiva-se a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promove-se a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas de setor produtivo. Pesquisas que envolvem o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, bem como o desenvolvimento de tecnologias de produção de fármacos que constem na RENAME, têm atenção especial.

A **Promoção da Produção de Medicamentos** tem como alvo principal a produção dos medicamentos contidos na RENAME a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional). Os laboratórios oficiais dão prioridade à produção dos medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, para atender as demandas das esferas municipais e estaduais. Também é estimulada a produção de medicamentos genéricos, bem como de medicamentos destinados ao tratamento de condições patológicas cujos resultados tenham impacto sobre a saúde pública ou que são adquiridos em sua quase totalidade pelo setor público.

A **Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos** fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades são coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária (que foi transformada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Vem sendo promovida a sistematização do arcabouço legal existente, adequando-o aos princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, assim como ao estágio atual do processo de descentralização.

O **Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos** devem ser realizados de forma contínua, de modo que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e

quantidade adequada e oportuna, sendo de competência das três esferas de gestão do SUS o desenvolvimento de ações inter-setoriais objetivando esse desenvolvimento.

Assim, o processo de descentralização iniciado com essa Política de Medicamentos contempla a padronização de produtos, o planejamento adequado e oportuno das ações de Assistência Farmacêutica e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Através das diretrizes definidas e expostas acima, observa-se o direcionamento para a padronização e produção de medicamentos essenciais, com base na RENAME. Ressalte-se que após um período de 12 anos, a RENAME foi objeto de revisão em 1999²⁴, tendo sido revisada e publicada em nova versão em 2002²⁵.

Estima-se que a não adoção de uma relação de medicamentos essenciais possa provocar o colapso do sistema, face à multiplicidade de produtos farmacêuticos disponíveis no mercado, sendo imperioso que a área pública tenha como referência uma padronização, com base em critérios de seleção, como, por exemplo, eficácia, segurança, qualidade, custo, efetividade comparada¹⁹.

Como o processo de reestruturação e descentralização da Assistência Farmacêutica, proposto pela Política Nacional de Medicamentos, previa uma ação integrada e coordenada entre os três níveis de gestão do SUS, tornou-se necessário o desenvolvimento de uma série de outras portarias técnicas reguladoras de áreas específicas do campo da Assistência Farmacêutica¹⁹. Um exemplo é a Assistência Farmacêutica para pacientes em tratamento oncológico, que é regulamentada através das PT/GM/MS nº 3535 e nº 3536, de 02 de setembro de 1998, onde ficou definido os procedimentos para a implantação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACONs, sob gestão do atendimento das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). As SMS passaram a ter a incumbência de orientar e encaminhar os pacientes portadores de neoplasias a um dos Centros de Referência em Oncologia.

Os CACONs devem proporcionar assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando nas áreas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de pacientes em acompanhamento nas Unidades de Saúde do SUS. Sendo assim, um usuário do SUS necessitando desse tipo de atendimento deve se dirigir a SMS do município do seu domicílio, para ser encaminhado ao Programa de Oncologia da mesma. Caso não haja o programa no seu município, o usuário será encaminhado ao Centro de Referência da região mediante a Programação Pactuada Integrada entre os municípios^{26,27}.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas do governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual. A Programação observa os princípios de integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas em um território determinado¹⁹.

As portarias técnicas reguladoras pontuam o atual cenário em que se encontra a Assistência Farmacêutica no Brasil, servindo como arcabouço para reestruturação do sistema. Entretanto, vale ressaltar dois pontos: o primeiro é que as portarias e resoluções não possuem caráter legal, apenas administrativo-normativo, de modo que poucas sanções legais ocorrem em caso de descumprimento dos acordos estabelecidos²⁸; o segundo ponto é que o modelo de Assistência Farmacêutica estruturado da forma atual, segmentado em instâncias e níveis de atenção diversos está sujeito a gerar uma segmentação das ações dos gestores de saúde, deixando

de se ter um processo de atenção básica geral a toda a população e passando a limitar essa atenção pela condição patológica a ser atendida ¹⁹.

Um fato marcante da história recente da Assistência Farmacêutica no SUS foi a constituição da Comissão Parlamentar de Inquérito de Medicamentos (CPI – Medicamentos). Essa CPI apurou que “... o suprimento de medicamentos nos serviços do SUS é ainda bastante problemático por sua insuficiência e falta de regularidade. Grande parte da população não tem acesso aos medicamentos. Em outras palavras, o SUS apresenta problemas graves de desabastecimento”. Além da constatação da CPI, freqüentemente têm-se matérias de destaque na mídia sobre hospitais que estão prestando um serviço de péssima qualidade, sendo muitas vezes obrigados a fechar suas portas ou desativar unidades de tratamento. De modo que o afirmado no relatório da CPI- Medicamentos também vem ocorrendo no nível hospitalar.

Percebe-se que assim como outras áreas da Assistência Farmacêutica, a Assistência Farmacêutica Hospitalar também necessita de uma profunda reestruturação. Paradoxalmente, nas análises desta CPI, não se encontram relatados os problemas existentes na área hospitalar e, em suas proposições de legislação, como no Projeto de Lei que dispõe sobre a Assistência Farmacêutica no SUS, não menciona nenhuma atividade adstrita aos pacientes internados. Por outro lado, passados alguns anos da promulgação da PT/GM/MS nº 3916/98, os dados da CPI evidenciam a falta de um melhor planejamento para a reorientação da Assistência Farmacêutica ²⁹.

Resumidamente pode-se descrever o panorama atual da seguinte forma: em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, a saúde se torna uma função do Estado; com o objetivo de cumprir o estabelecido pela Constituição, tem-se a criação do SUS através da Lei nº 8080/90, que apresenta como diretrizes a descentralização das ações, integralidade da atenção à saúde e o controle social ², o que permitiu consideráveis avanços na organização da

assistência à saúde; a publicação da Norma Operacional Básica/96, instrumento normativo das ações do SUS, possibilitou novas modalidades de repasse de recursos e criou melhores condições para agilizar o processo de municipalização da Saúde e da Assistência Farmacêutica ^{29,30}.

Baseado na diretriz de descentralização da atenção à saúde, o modelo atualmente proposto para o SUS abrange o conjunto das ações que devem ser implantadas nos três níveis de gestão governamental para atender às demandas de serviço individuais e coletivas. A atenção à saúde vem sendo promovida através de serviços assistenciais de atenção ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Na área de atenção ambulatorial, 75% da assistência prestada pelo SUS é produzida em estabelecimentos públicos enquanto que na área Hospitalar, o sistema se baseia predominantemente no reembolso público dos serviços prestados por entidades privadas ²⁹. Assim, percebe-se um nítido desequilíbrio na área de atuação das entidades públicas de saúde.

Como já citado anteriormente, a PT/GM/MS nº 3.916/98 que criou a Política Nacional de Medicamentos, valoriza a implantação de ações que visam promover a melhoria das condições da assistência à saúde. Uma de suas principais diretrizes é a Reorientação da Assistência Farmacêutica, que tem como objetivo implementar as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, fundamentando-se na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços das farmacoterapias ²³. Além disso, dá grande ênfase ao processo educativo dos usuários quanto à adesão aos tratamentos e aos riscos da automedicação, valorizando as atividades compreendidas ao papel do dispensador, que preferencialmente deverá ser o farmacêutico, fortalecendo o papel desse profissional.

Percurso da Assistência Farmacêutica Hospitalar no Brasil

O hospital é definido, no campo da Sociologia, como uma organização moderna e complexa, onde está o campo fundamental de produção do saber médico e da prática da medicina moderna. É visto como “um lugar de confronto da diversidade da referência cultural dos doentes em face de um modelo cultural reconhecido e legitimado, que inclui um modelo de regulação social do que é viver a doença no hospital, concretizado nas ideologias e nas práticas dos diversos grupos profissionais. Neste modelo a medicina apresenta-se simultaneamente como ideologia social, dada a posição de influência que detém na imposição da versão oficial das idéias sobre saúde e doença, subscritas cientificamente, e como instituição de controle social, considerando as formas que o poder médico assume na definição da condição de doente no hospital.”³¹.

O termo hospital vem sendo usado para se referir a um estabelecimento que presta assistência desde o século XI, quando uma ordem de monges militares, conhecida como os Cavaleiros do Hospital de São João, montou uma série de estabelecimentos com o intuito de prestar assistência aos peregrinos que iam a caminho da Terra Santa³².

O primeiro relato de hospital que se tem notícia no Brasil é de 1565. Naquele ano foi fundado o primeiro hospital brasileiro, a Santa Casa de Santos, constituída dentro dos mesmos moldes dos hospitais europeus da época³³.

Até o século XVIII, os hospitais eram vistos como uma instituição de assistência aos pobres, entendendo-se muitas vezes, assistência como separação e exclusão. O pobre doente era visto com perigoso e o hospital deveria existir para recolhê-lo e com isso, proteger o resto da população da sua presença. Nesse momento histórico, a função essencial do hospital era dar os últimos cuidados e o conforto espiritual ao pobre que estava morrendo. Não havia a preocupação com a cura desse doente, por isso esses estabelecimentos eram conhecidos como morredouros,

um lugar onde morrer. O pessoal que trabalhava nesses estabelecimentos era principalmente formado por religiosos e leigos, com objetivos de caridade e de salvação de suas almas ³⁴.

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII, quando se iniciou a transformação de sua missão. Inicialmente, essa transformação se deu com o intuito de acabar com os efeitos negativos dos hospitais - e não pela busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente. ³⁴.

A idéia do hospital como um instrumento terapêutico é bastante recente, datando do final do século XVIII. Em torno de 1780, surge a idéia clara de que o hospital, mas do que apenas um dispensário de doentes, deve ser um local destinado a curar. Além disso, não deve causar efeitos patológicos sobre os pacientes internados e se eventualmente ocorrer, deve ser corrigido. Com isso, inicia-se uma série de estudos sobre a organização espacial e estrutural dos hospitais, para evitar agravos inerentes do convívio hospitalar ³⁴.

Esse novo hospital pode ser implantado devido à transformação do sistema de poder no seu interior, que passa das mãos dos religiosos para a mão dos médicos ³⁴. A partir desse momento, tem-se o desenvolvimento dos hospitais para o modelo atualmente existente.

Aparentemente, o surgimento da Farmácia data da época de gregos, árabes e romanos e na idade média seu desenvolvimento foi paralelo ao da medicina, sob a responsabilidade dos religiosos nos conventos, das boticas e dos hortos ⁷. Em 1752, em um hospital da Pensilvânia, nos Estados Unidos da América, é criada a primeira Farmácia Hospitalar de que se tem registro ⁶.

Com o advento dos antibióticos a partir de 1940 ocorre, na Europa e nos Estados Unidos da América, um movimento por parte dos farmacêuticos, para o fortalecimento das Farmácias Hospitalares, devido à necessidade de incorporação de novas atividades ⁷. As novas atividades incluíam desenvolvimento e preparo, além de formulações oficiais e magistrais

clássicas – para as quais os farmacêuticos eram treinados na arte - de formulações magistrais inovadoras. Ocorre grande desenvolvimento da tecnologia farmacêutica.

O desenvolvimento da Farmácia Hospitalar brasileira teve seu marco inicial na década de quarenta com a produção das sulfas em escala industrial pelos hospitais e caracterizou-se pelos lucros advindos desta produção e pela necessidade de sua profissionalização²⁹. A partir de 1950 tem-se o desenvolvimento e a modernização das Farmácias Hospitalares, que estavam principalmente instaladas nas Santas Casas de Misericórdia e no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo⁷, dando se destaque especial para a atuação dos farmacêuticos Sylvio Cimino, do Hospital das Clínicas de São Paulo, e Cláudio Daffrée, da Santa Casa de Misericórdia. A publicação do livro "Iniciação à Farmácia Hospitalar e Farmacotécnica", de autoria desses farmacêuticos, constituiu-se a principal referência bibliográfica nesta área naquele período²⁹.

Com o desenvolvimento e a crescente complexidade das atividades desenvolvidas pelas Farmácias Hospitalares, fez-se necessário que houvesse um apoio das escolas formadoras no sentido de capacitar mais adequadamente o profissional que saía da graduação dos cursos de Farmácia. Em 1975, através da iniciativa dos professores Zildete Pereira e Antônio Basílio Pereira, foi incluída a disciplina de Farmácia Hospitalar no currículo do curso de farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Já no ano de 1980, o professor Levy Gomes Ferreira implanta, na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o I Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar, que alguns anos depois, veio a se transformar no primeiro curso de mestrado, do país, na área²⁹.

Em 1978, o professor Júlio Fernandes de Maia Neto reestrutura o serviço de Farmácia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e em 1979, os professores Tarcísio José Palhano e Lúcia Noblat criam o primeiro Serviço de

Farmácia Clínica do Brasil. Ainda nesta época também devemos destacar, o trabalho desenvolvido pelos farmacêuticos Victor Hugo Travassos no Hospital das Clínicas de São Paulo, George Washington Bezerra da Cunha no Instituto do Coração e Josué Shostack no Hospital de Clínicas de Porto Alegre ²⁹.

A década de 80 foi um período de muitos desafios a serem vencidos pela Farmácia Hospitalar, onde ocorreu o aparecimento de novos valores, a reformulação dos currículos de graduação com a criação e implantação de novas disciplinas, a criação de cursos de pós-graduação na área e a realização de seminários e cursos de atualização que tiveram papel essencial para o crescimento e fortalecimento da área ²⁹.

Como principais acontecimentos dessa década temos: o I Seminário sobre Farmacologia Clínica, promovido pelo Ministério da Educação e Cultura em março de 1981, que claramente apontou para necessidade de investimentos na Farmácia Hospitalar do Brasil, considerada como uma importante estratégia para promoção racional do uso dos medicamentos no nível hospitalar; o I Seminário Brasileiro de Farmácia Clínica, realizado em maio de 1981 e o I Seminário sobre Farmácia Hospitalar, realizado pelo Ministério da Educação e Cultura em 1982. Esses seminários tiveram como característica principal demonstrar a necessidade de grandes investimentos técnicos e científicos em todos os níveis da Farmácia Hospitalar ²⁹.

Além dos seminários, de 1985 a 1992, o MS e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte promoveram e realizaram, conjuntamente, curso de especialização em Farmácia Hospitalar para o controle de infecção hospitalar anuais. Esse curso foi responsável pela formação e capacitação de vários farmacêuticos hospitalares que vêm contribuindo até os dias de hoje em diversos níveis da Assistência Farmacêutica Hospitalar. Esse curso também deu origem a cursos similares realizados pela Universidade Federal do Paraná e Universidade do Rio Grande do Sul em 1992 e 1993, respectivamente ²⁹.

Na década de 80 temos também a publicação de dois livros que são usados até hoje como marcos referenciais na área de Farmácia Hospitalar, “Farmácia Hospitalar: Um enfoque sistêmico” do professor Júlio Fernandes de Maia Neto e o “Manual Básico de Farmácia Hospitalar” publicado pelo MS ²⁹.

Durante a realização do IX Congresso Paulista de Farmacêuticos, em maio de 1996, é fundada a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, com o objetivo de congregar todos os farmacêuticos do país, em torno de uma proposta de crescimento científico e político em prol da Farmácia Hospitalar. No ano seguinte, a SBRAFH publica, os “Padrões Mínimos para a Farmácia Hospitalar”, como primeiro passo para estabelecer uma uniformização da prática ²⁹.

Em 1998, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), durante a realização do II Congresso de Farmácia Hospitalar, propõe para um grupo de farmacêuticos hospitalares brasileiros, a validação da série de publicações "Guia para el desarrollo de serviços farmacêuticos hospitalares", que já vinha sendo validada em outros países de América Latina. A consolidação deste trabalho deu origem ao I Seminário Sobre Estratégias de Integração e Desenvolvimento da Farmácia Hospitalar na América Latina, realizado em Salvador em 1999, promovido e coordenado pela OPAS/Brasil com o apoio do MS e da Universidade Federal da Bahia. A mais importante recomendação do evento foi a da elaboração do diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, para subsidiar a formulação de políticas públicas nesta área. A decisão da realização deste diagnóstico é sem dúvida o ponto alto de toda a trajetória do desenvolvimento da Farmácia Hospitalar no país que deverá direcionar as políticas de gerenciamento, tecnologia e pesquisa, como também a formação e capacitação de recursos humanos ²⁹.

A OMS e a OPAS, em vários documentos, afirmam a necessidade da introdução de um novo paradigma na área da Farmácia, o da Atenção Farmacêutica. A 47ª Assembléia Mundial da Saúde ressalta a necessidade de definição da função do farmacêutico na promoção e

aplicação da política farmacêutica nacional no marco da estratégia de saúde para todos ³⁵. Já o MS vem demonstrando preocupação crescente com a qualidade nas instituições hospitalares, explícita por meio da divulgação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em 1999 e da criação da Organização Nacional de Acreditação, além de outras ações vinculadas a programas de gestão da qualidade.

Avaliação de Serviços de Saúde

Nos últimos anos houve uma expansão da atenção à saúde, oferta de novas tecnologias e desenvolvimento de modelos assistenciais diversos. O cuidado com a saúde, e suas conseqüências sobre a organização social, se avolumaram de tal forma que, em algumas circunstâncias, de convenientes passaram a ameaçadores, para os demais setores da vida econômica. Tornou-se, assim, imperativo conhecer melhor o que acontece de fato nos serviços de saúde, qual a sua real participação na dinâmica social, e quais os seus efeitos, tantos positivos quanto negativos, para os indivíduos e para a sociedade ^{5,36}. Estratégias de avaliação, seja de serviços, políticas ou tecnologia em saúde, se tornaram uma ferramenta importante para permitir a racionalização das decisões e das práticas, visto que os resultados podem ser úteis para facilitar à tomada de decisão por parte dos gestores e subsidiar intervenções necessárias.

A avaliação é uma atividade bastante antiga, existente desde os primórdios na história da humanidade ³⁷. A palavra avaliação, no sentido mais geral, consiste em atribuir valor a algo, ou seja, manifestar-se em relação a alguma coisa, sem o compromisso com o fundamento desse juízo ou com um método específico ³⁸.

Depois da Segunda Guerra Mundial, temos o surgimento do conceito da avaliação de programas públicos, devido à necessidade de melhorar a eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Com esse objetivo, foram desenvolvidas várias técnicas que permitiram a análise das vantagens e dos custos dos programas ³⁸.

No Brasil, a pesquisa de avaliação de políticas só começa a se desenvolver a partir da década de 80 e tanto no campo acadêmico quanto no campo da incorporação pelo cotidiano da administração pública, esse desenvolvimento é ainda bastante incipiente ³⁸.

A conceituação de avaliação para serviços ou programas, situando a avaliação no campo das modalidades de intervenção social, é dada por: “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável”. Essa definição é dada como avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática ³⁸.

O que distingue a avaliação dos fatos cotidianos da avaliação sistemática é uma diferença de métodos e não, de objetivos ou propósitos. A avaliação cotidiana, baseando-se em certos critérios, emite julgamento de forma despreocupada ³⁸. Quando o julgamento é resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se é elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa), temos a avaliação sistemática ³⁷.

A avaliação normativa pode ser definida como “...a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bem produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas”. A pesquisa avaliativa é definida “...como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de

uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa...”³⁷.

Um dos grandes obstáculos da avaliação de serviços é decidir o que se quer avaliar. A dificuldade reside no fato de que é difícil formular qual seria a função dos serviços de saúde. Por um lado, há aqueles que superdimensionam o papel dos serviços, atribuindo-lhes funções tais como distribuição de alimentos. Por outro lado, há os que limitam o papel ao mero tratamento de doenças, dentro do marco conceitual do modelo teórico médico tradicional⁴⁰.

Estes últimos escolheriam a cura de doenças como medida de sucesso de suas intervenções, buscando no arcabouço teórico do modelo biomédico os critérios de avaliação, enquanto os primeiros optariam por indicadores mais globais, como qualidade de vida, o que muitas vezes torna-se difícil devido à incapacidade de mensuração adequada⁴⁰.

Definir-se que o se quer avaliar é um serviço na íntegra ou seus elementos constituintes, ou ainda a dimensão qualidade, que se configura no âmbito das idéias e permeia tanto o serviço na totalidade quanto os seus elementos separadamente, é primordial para pesquisa, pois irá definir a estratégia a ser empregada na sua condução³⁸.

Uma outra dificuldade quando se quer avaliar a qualidade de um serviço de saúde é a definição conceitual de qualidade⁴¹. Essa dificuldade é tão grande que a Comissão Castonguay (Comissão Canadense de Inquéritos Sobre Saúde e Serviços Sociais) recusou-se a definir qualidade em assistência, dizendo que: “escolher entre as possíveis definições de qualidade, nos leva a rejeitar uma parte da realidade, reduzindo o significado de qualidade a uma ou várias de suas múltiplas dimensões.”. Já Donabedian, um dos grandes referenciais em avaliação, apresenta três definições diferentes de qualidade da assistência: *absolutista*, que apresenta uma perspectiva meramente técnica; *individualista*, onde há incorporação dos valores do consumidor; e *social*, na qual a distribuição de benefícios para a população assume maior

importância. Esse autor propõe um modelo unificador de qualidade, baseado no equilíbrio entre benefícios e riscos, conforme podemos notar pela conceituação por ele criada para qualidade da assistência: “aquele tipo de assistência que se espera possa proporcionar aos pacientes o máximo e mais completo bem-estar, considerando o equilíbrio previsto entre ganhos e perdas decorrentes do processo de assistência em toda a sua complexidade.”. O autor, ainda, incorpora uma idéia sobre custos, ainda que não considere o custo econômico um fator essencial para avaliar a qualidade da assistência ⁴².

O termo qualidade pode englobar uma série de características desejáveis de um cuidado que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica ⁴¹. Então, avaliar a qualidade da assistência se torna uma tarefa complexa, podendo às vezes ser necessário conhecimentos ainda a serem desenvolvidos.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode-se basear no tripé: estrutura-processo-resultado. A *estrutura* se refere às características relativamente estáveis dos prestadores de serviços, das ferramentas e recursos disponíveis e do contexto físico e organizacional no qual trabalham; as medidas de estrutura envolvem informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, tipo e especialização de equipamento, características que determinam continuidade da assistência (acessibilidade, financiamento e definição da população alvo do serviço), entre outros ^{42,43}. O pressuposto subjacente às medidas de indicadores de estrutura é a melhoria da prestação dos serviços em determinadas condições estruturais. Isto levanta a questão se, de fato, características estruturais específicas estão associadas a melhores resultados ⁴⁴.

O *processo* determina como o sistema realmente funciona. É um comportamento normativo que tem duas vertentes. A primeira é composta pelos prestadores de serviços, formada por quatro componentes: reconhecimento do problema ou risco, formulação do diagnóstico ou necessidade, gestão e seguimento. A segunda é a que se refere aos destinatários do serviço, se

relacionando com a utilização, aceitação, compreensão dos serviços e participação ^{42,43,44}. As medidas de processo mais válidas são aquelas em que o vínculo entre o processo de assistência e seus efeitos na saúde ou da satisfação do paciente está claramente demonstrado ⁴⁴.

O *resultado* se refere ao efeito que as ações e procedimentos tiveram sobre o serviço. É definido como a mudança no estado de saúde atual e futuro do paciente atribuível à assistência médica realizada, incluindo as mudanças físicas e fisiológicas, sociais e psicológicas e as de atitude, satisfação e comportamento ^{42,43}. A avaliação de resultados dos serviços de saúde é dificultada pela complexidade da relação saúde-doença, requerendo o uso de metodologias capazes de identificar aquelas mudanças atribuíveis realmente à assistência ⁴⁴.

Esta abordagem, também conhecida como análise de sistemas, é a mais desenvolvida e amplamente usada em avaliação. Tem como vantagens a aparente “formulação científica”, a orientação da gestão, a objetividade quantitativa e replicabilidade, a ênfase em relações de causa-efeito entre os componentes do sistema e sua lógica conceitual.

Outra abordagem menos usual da avaliação é a de objetivos comportamentais. Ela está diretamente relacionada com a gerência por objetivos e pressupõe que a avaliação seja precedida de fixação de objetivos realista durante o planejamento do serviço. Nesse caso, a avaliação consistiria na medição periódica de objetivos de longo prazo ⁴⁴. A vantagem da abordagem é sua aparente validade, já que um serviço deve prestar contas sobre aquilo que se propõe realizar e na administração por objetivos, a avaliação do cumprimento dos objetivos é um componente indispensável. As limitações da abordagem se devem ao fato de pressupor que seja possível, frente à realidade de nossos serviços de saúde, especificar objetivos realistas em um ambiente de mudanças constantes. Sabe-se, que na maioria das vezes os objetivos estabelecidos são irrealis ou errados ou subjetivos, sendo resposta a alguma demanda imposta externamente.

Também devemos lembrar que este método só enfoca o cumprimento dos objetivos, não considerando as razões subjacentes, quando isto é o que realmente mais importa para a gestão ⁴⁴.

Uma terceira estratégia possível é a avaliação por tomada de decisões, que é usada nos casos em que os gestores precisam de informações e de determinadas respostas a algumas questões para guiar suas ações. A fase mais importante na aplicação dessa abordagem é identificar as questões relacionadas às opções de decisão a serem avaliadas. Este método tende a enfatizar mais as questões referentes ao processo de produção de serviços e menos as questões relacionadas ao impacto dos serviços na saúde. A vantagem desse método é sua natureza prática e aplicada à gerência de serviço. A desvantagem é o fato de que nem sempre aquilo que preocupa a gerência é o que preocupa a população usuária do serviço, podendo levar ao esquecimento de questões importantes ⁴⁴.

Ainda há uma outra abordagem de avaliação, a abordagem por aprendizado. Neste método se busca, através da aprendizagem por aproximações sucessivas, a adequação das atividades e da organização dos serviços às necessidades dos usuários. Nesta abordagem, também conhecida como abordagem educativa, gerência comunitária ou avaliação participativa, se aprende com os problemas e experiências, avaliando e planejando conjuntamente com a comunidade. Enfatiza-se mais o progresso, a identificação de problemas e a resolução dos mesmos do que o cumprimento dos objetivos. A grande vantagem desse enfoque é que fornece um veículo mais viável para um controle por parte dos usuários dos serviços de saúde, facilita a implementação de mudanças desejadas e a resolução de conflitos e ajuda a aumentar o compromisso dos serviços com os usuários. As desvantagens estão relacionadas com a lentidão dos processos de aprendizagem, o que muitas vezes representa um aumento de custos e de tempo tanto para os prestadores de serviço como para os usuários ⁴⁴.

Percebe-se nitidamente que não existe uma metodologia única para avaliação de serviços, devendo esta ser adequada ao que se pretende avaliar e à perspectiva do avaliador. A avaliação, contudo, não deve ser considerada um fim em si mesma, mas um processo onde um julgamento explícito é elaborado, e a partir daí desencadear-se-ia um movimento de transformação na direção da qualidade previamente desejada ⁴⁰.

O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias passíveis de serem empregadas, mas o compromisso do sistema de saúde em buscar continuamente aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla de saúde pública. Tal busca precisa estar calcada não somente na luta política para priorização da saúde e na análise das necessidades da população, como também na análise da atuação quotidiana do sistema existente frente a essas necessidades ⁴⁴.

Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil

A OMS e a OPAS vêm apoiando o desenvolvimento de atividades que visem fortalecer o papel do farmacêutico dentro dos serviços de saúde. O fortalecimento do papel desse profissional objetiva melhorar a qualidade do atendimento terapêutico farmacológico, minimizando as possibilidades de erro de medicação, bem como definir a função do farmacêutico na promoção e aplicação da política farmacêutica nacional, como uma das estratégias para garantir a saúde integral da população, conforme descrito na 47^a Assembléia Mundial da Saúde³⁵. Com esse objetivo, foram promovidos várias reuniões que visavam discutir o papel deste profissional e dos serviços farmacêuticos dentro dos serviços e programas de saúde.

Dentre as reuniões ocorridas, destaca-se a realizada em 1989 na cidade de Quito – Equador, que teve como tema: “Os medicamentos nos sistemas locais de saúde”. Nessa reunião foi proposta uma definição de Serviços Farmacêuticos como sendo “parte integrante dos serviços e programas de saúde e um processo que compreende o abastecimento dos medicamentos em todas e cada uma das suas etapas constitutivas: conservação, controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos; seguimento e avaliação da sua utilização; obtenção e difusão de informação de medicamentos e educação permanente dos demais membros da equipe de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o seu uso racional”²⁹.

Outra importante reunião a se destacar, é a Reunião Sub-regional sobre Serviços Farmacêuticos ocorrida na Costa Rica em 1992. Durante essa reunião, houve a recomendação da elaboração da publicação “Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios”. Esse guia foi desenvolvido por um grupo de trabalho montado pela OPAS em 1993 e é composto por 16 módulos, que foram publicados durante o período de 1994 a 1997. Esta publicação vem sendo utilizada e validada por diferentes países da América Latina com o propósito de fundamentar a prática da Assistência Farmacêutica Hospitalar nas Américas²⁹.

Em 1998, a OPAS/Brasil, durante o II Congresso de Farmácia Hospitalar, distribuiu os módulos sobre Farmácia Hospitalar a alguns serviços de farmácia de hospitais brasileiros, para leitura, discussão e avaliação de sua aplicabilidade no contexto específico. As fichas de avaliação, uma vez encaminhadas à OPAS/Br, tiveram seus resultados consolidados. Em maio de 1999, foi promovido e coordenado pela OPAS, com apoio do Ministério da Saúde e da Universidade Federal da Bahia, o I Seminário sobre Estratégias de Integração e Desenvolvimento da Farmácia Hospitalar na América Latina, resultado da avaliação descrita acima. O principal objetivo deste Seminário foi analisar a atual situação da Farmácia Hospitalar na América Latina e apresentar estratégias para o seu fortalecimento²⁹.

A pequena quantidade de informações disponíveis sobre a situação das Farmácias Hospitalares impossibilitou o delineamento de estratégias integrais para intervenção, o que era o principal objetivo do seminário. Sendo assim, essa reunião teve como sua mais importante recomendação a elaboração de um diagnóstico situacional das Farmácias Hospitalares ²⁹.

A realização de um diagnóstico se fundamenta na necessidade de um conhecimento real de como está sendo praticada a Assistência Farmacêutica Hospitalar no país. O desconhecimento da situação dos serviços impossibilita a racionalização das intervenções a serem propostas ²⁹.

Quando se juntam a esse panorama as ações na área de Farmácia Hospitalar realizadas no Brasil nas últimas duas décadas, descritas anteriormente, a maioria delas ocorrida de forma pontual e não planejada, percebe-se que muito pouco se sabe e se fez de modo a se garantir uma Assistência Farmacêutica de qualidade nos hospitais brasileiros. Muito pouco se sabe sobre os erros de medicação, sobre as estruturas dos serviços ofertados, sobre a qualidade de seus processos e sobre o resultado dessas atividades. Sob olhar simplista poderia se pensar que essa falta de informação não teria impacto significativo nas ações a serem realizadas para melhorar o serviço prestado. Se tomarmos como exemplo, entretanto, a forma com que as estruturas e processos ofertados podem possibilitar a ocorrência de erros de medicação, caso seja possível diagnosticar que o sistema de distribuição de medicamentos contribui para uma maior ocorrência destes eventos, pode-se projetar o que isso representa em termos de problemas para o SUS e para a população.

Cabe ainda ressaltar que a realização de diagnósticos da situação da área hospitalar é uma prática corriqueira em alguns países, sendo estas realizadas por sociedades científicas ou por conjugação de esforços entre governo e as mesmas ²⁹.

A partir da percepção da necessidade de realizar o diagnóstico situacional das Farmácias Hospitalares no Brasil, diversas atividades foram realizadas no intuito de viabilizar a realização deste. Dentre estas, destaca-se o seminário no Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (NAF/ENSP/FIOCRUZ), em novembro de 1999, onde foram apresentados diagnósticos realizados em alguns estados do país. Nesse seminário também constituiu-se equipe de trabalho para elaboração do projeto e definiu-se o tipo de pesquisa a realizar, além de reuniões coordenadas pela SBRAFH para definir o marco conceitual da Farmácia Hospitalar que iria nortear a pesquisa realizada, subsidiando a proposição de possíveis indicadores.

O grupo de trabalho constituído durante o seminário citado acima foi formado pela OPAS, pelo NAF/ENSP/FIOCRUZ (centro colaborador da OPAS em Assistência Farmacêutica), pela SBRAFH e pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), tendo sido montado com o objetivo de elaborar um projeto para avaliação das Farmácias Hospitalares no Brasil. Naquela época este grupo contava com pequena representação da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, que posteriormente se desvinculou do projeto. Esse projeto foi concebido durante os anos de 2000 e 2001 e teve como objetivo principal conhecer a situação da Farmácia Hospitalar no Brasil, mediante a realização de um diagnóstico que envolve a identificação da estrutura (recursos materiais e humanos) disponível, dos processos (serviços e atividades) envolvidos na produção dos efeitos e dos resultados (efeitos) obtidos por esses serviços.

A importância da realização desse projeto está fortemente vinculada com idéia de que somente a partir do conhecimento da situação na qual se encontram os serviços de Farmácia Hospitalar no Brasil é que se poderá pensar em planejar as modificações necessárias neste campo, que, provavelmente, vão resultar em medidas para o estabelecimento de padrões mínimos de atuação desejados para uma Farmácia Hospitalar, qual o perfil de profissional que deverá sair dos

órgãos formadores para atuar no SUS, qual o enfoque que cursos de educação continuada deverão adotar e diagnosticar pelo conhecimento da estrutura e dos processos usados nas Farmácias Hospitalares brasileiras, qual o nível de qualidade de atendimento ofertado à população e se este propicia desperdício de recursos e probabilidade de danos para pacientes ²⁹.

A metodologia de trabalho proposta baseou-se em um modelo lógico. Um modelo lógico é um modelo teórico de definição conceitual, com os objetivos, produtos e efeitos esperados das atividades sob exame ³. Os modelos teóricos são conhecidos em alguns países, como o Canadá, como modelos lógicos e constituem uma exigência governamental para avaliação das intervenções federais nesse país, desde o início dos anos 80.

A construção de um modelo lógico deve se basear em parâmetros como o problema ou o comportamento visado pelo programa, a população alvo e as condições do contexto da intervenção, o conteúdo do programa ou atributos necessários e suficientes para produzirem de forma isolada ou integrada os efeitos esperados. O programa é então tratado em sua pluralidade e também na singularidade de seus sub-programas ou projetos, nunca se tendo apenas um efeito desejado para os participantes, mas um conjunto de efeitos lógicos e hierarquicamente articulados em uma série de relações lógicas do tipo “se, ... então”, associando recursos, atividades produzidas e resultados de curto e longo prazo ⁴³. Uma vez construído, o modelo lógico é passível de aperfeiçoamento ao longo do processo de avaliação, visando uma maior consistência dos resultados obtidos ³.

Por meio de extensa revisão bibliográfica e consenso de especialistas, foi proposto o modelo lógico representado graficamente no anexo 1. O modelo lógico desenvolvido para a Assistência Farmacêutica Hospitalar contemplou os seguintes componentes da Farmácia Hospitalar: Gerenciamento, Seleção de Medicamentos, Logística (programação, aquisição e

armazenamento), Distribuição (examinada separadamente do restante da logística devido a sua importância), Informação, Seguimento Farmacoterapêutico, Farmacotécnica, Ensino e Pesquisa²⁹.

A abordagem metodológica foi dividida em duas fases. Na primeira fase foi realizada uma avaliação normativa da estrutura e processo de uma amostra aleatória estratificada (de acordo com a complexidade e a natureza da unidade hospitalar) e representativa das Farmácias Hospitalares do Brasil, tendo esta fase sido realizada entre agosto de 2002 e agosto de 2003. A Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde (SAS/MS) foi o órgão financiador dessa primeira fase²⁹.

A segunda fase do projeto será uma avaliação dos resultados e produtos do processo de trabalho das Farmácias Hospitalares, com modelos explicativos para os piores e melhores resultados encontrados na primeira fase. Essa fase constituir-se-á de um estudo de casos e se prevê que seja realizada em um período de 8 meses²⁹.

Referências Bibliográficas

1. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. MS (Ministério da Saúde). Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF: MS; 1990.
3. COSENDEY MAE. Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um Estudo Multicêntrico em 5 Estados do Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
4. WILKEN PRC. A Farmácia no Hospital e a Atenção à Saúde: Assistência Farmacêutica nos Hospitais do Ministério da Saúde; Estudo de Caso [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
5. NOVAES HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. Revista de Saúde Pública 2000; 34(5):547-59.

6. CFF (Conselho Federal de Farmácia). Manual Básico de Farmácia Hospitalar. Brasília DF: Conselho Federal de Farmácia; 1997.
7. CCIH / MS (Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar / Ministério da Saúde). Guia Básico para Farmácia Hospitalar. Brasília DF: MS; 1994.
8. GOMES MJVM, REIS, AMM. Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
9. VIANNA CMM. Indústria Farmacêutica: uma análise da estrutura e evolução industrial. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Instituto de Medicina Social, Série Estudos em Saúde Coletiva 130; 1995.
10. BERMUDEZ JAZ. Industria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Análise Crítica da Política de Medicamentos no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
11. GEREZ JCC. Indústria Farmacêutica: histórico, mercado e competição. Ciência Hoje 15(89):21-30; 1993.
12. MSF (Médecins Sans Frontières). Fatal Imbalance. The crisis in research and development for drugs for neglected diseases. Bruxelas: Editions Européennes; 2001.
13. BERMUDEZ J. A Globalização, o Mercado Farmacêutico e suas Distorções. In: BAYMA F, KASZNAR I, organizadores. Saúde e Previdência Social – Desafios para o Terceiro Milênio. São Paulo: Editora Pearson Education do Brasil; 2003. pp. 211-219
14. MEDICI AC, OLIVEIRA F, BELTRÃO KI. A Política de Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1991.
15. WHO (World Health Organization). Globalization and access to drugs – Perspective on the WTO TRIPS Agreement, Health Economics and Drugs, DAP Series nº 7. <http://www.who.int/medicines/library/dap/who-dap-98-9-rev/who-dap-98-9rev.pdf> (acessado em 12/Dez/2002).
16. WHO e WTO (World Health Organization and World Trade Organization). Executive Summary of Report - Workshop on Differential pricing and financing of essential drugs, 8–11 April 2001. http://www.who.int/medicines/library/edm_general/who-wto-hosbjor/hosbjorexe-eng.pdf (acessado em 12/Dez/2002).
17. WHO (World Health Organization). The World Health Report 2000. <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm> (acessado em 12/Dez/2002).
18. WHO (World Health Organization). 12th Model List of Essential Medicines. <http://www.who.int/medicines/organization/par/ed1/eml.shtml> (acessado em 12/Dez/2002).

19. FERNANDES AMMS. Os Mandados Judiciais no Contexto da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro [Monografia de Especialização]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
20. LUCCHESI G. Dependência e Autonomia no Setor Farmacêutico: Um Estudo da CEME [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
21. BERMUDEZ JAZ. Remédio: Saúde ou Indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 1992.
22. PEREIRA AA. Produção Descentralizada de Medicamentos essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: Um Diagnóstico Estratégico de sua Implementação [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas; 1995.
23. MS (Ministério da Saúde). Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: MS; 1999.
24. MS (Ministério da Saúde). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, DF: MS; 2000.
25. MS (Ministério da Saúde). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, DF: MS; 2002.
26. Portaria nº 3.535. Estabelece critérios para cadastramento de centro de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União 1998; 14 out.
27. Portaria nº 3.536. Estabelece ficha de cadastro ambulatorial/oncologia FCA/ONCO. Diário Oficial da União 1998; 14 out.
28. FILHO JSC. Manual de Direito Administrativo. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris; 1999.
29. MARIN N, COSENDEY MAE, LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, CASTRO M, CASTILHO SR, *et al.* Porque Diagnosticar a Situação da Farmácia Hospitalar no Brasil? In: OSÓRIO-DE CASTRO CGS, CASTILHO SR, organizadoras. Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. p. 17-33
30. MS (Ministério da Saúde). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília, DF: MS; 1997.
31. CARAPINHEIRO G. Saberes e Poderes no Hospital. Lisboa: Edições Afrontamento; 1998.
32. READ PP. Os Templários. Rio de Janeiro: Editora Imago; 2000.
33. CASTELAR RM, MORDELET P, GRABOISV. Gestão Hospitalar: Um Desafio para o Hospital Brasileiro. França: Éditions École Nationale de la Santé Publique; 1995.

34. FOUCAULT M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1995.
35. WHO (47^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD). Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud: Función del Farmacéutico en apoyo de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos. World Health Assembly 1994; 47.12.
36. NOVAES HMD. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12(2 supl.):7-12.
37. CONTRADIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997 pp.29-47
38. UCHIMURA KY, BOSI MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(6):1561-69.
39. DESLANDES SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13 (1):103-07.
40. AKERMAN M, NADANOVSKY P. Avaliação de serviços de saúde – avaliar o quê?. *Cadernos de Saúde Pública* 1992; 8(4):361-65.
41. RATTNER D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12(Supl. 2):21-32, 1996.
42. DONABEDIAN A. *La calidad de la atención médica: definición e método de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
43. DONABEDIAN A. The quality of care – how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 1988; 260:1743-1748.
44. SILVER L. Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In: Gallo E, Riveira FJU e Machado, MH organizadores. *Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 1992 pp. 195-210.
45. HARTZ ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 341-53.

3. OBJETIVOS

Geral

Desenvolver uma metodologia que determine uma tipologia dos serviços de Farmácia Hospitalar, de acordo com desempenho das atividades desenvolvidas pelos serviços, considerando uma diferenciação de níveis de complexidade hospitalar. Estima-se que esta tipologia permita identificar quais serviços apresentam melhor e pior desempenho

Específicos

- ◆ Discutir, frente à literatura específica, aspectos teóricos da abordagem metodológica empregada no Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, em face da ocorrência de situações não esclarecidas.
- ◆ Com base nas portarias técnicas existentes no arcabouço regulatório do SUS, classificar os hospitais em níveis de complexidade dos serviços de atenção médica.
- ◆ Descrever o universo de hospitais do estudo com relação às características principais de interesse para uma análise da Farmácia Hospitalar, por nível de complexidade, e quanto à existência e desempenho dos componentes.
- ◆ Desenvolver uma proposta para cada nível de complexidade hospitalar, de hierarquização dos hospitais que considere a inter-relação entre atividades.

◆ Ordenar os serviços, dentro de cada categoria de complexidade, pelo desempenho, permitindo identificação das unidades que integrarão a sub-amostra a ser utilizada na segunda fase do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil.

Os resultados obtidos serão apresentados sob a forma de artigos a serem submetidos a publicação. Os artigos serão apresentados em dois capítulos do presente trabalho.

4. QUESTÕES ÉTICAS

O Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil foi realizado mantendo sob sigilo todos os dados coletados e utilizados, de modo a garantir a proteção de todas as pessoas e entidades envolvidas. Todos os pesquisadores que tiveram contato direto com as informações, inclusive a presente autora, assinaram declaração se prontificando a manter todas as informações sobre o mais completo sigilo. Foi também garantido que a apresentação dos dados e dos resultados fosse feita de modo a impedir sua vinculação com qualquer hospital específico, evitando caracterizações e assegurando sua confidencialidade.

O presente projeto também foi norteado de modo a manter a confidencialidade de todas as informações utilizadas. As fichas de coleta de dados, bem como a manipulação do banco de dados gerado a partir das informações contidas nessas fichas, foram mantidos sobre acesso restrito apenas dos pesquisadores autorizados. As informações que identificam nominalmente os hospitais estudados tiveram acesso permitido apenas a presente autora, a seus orientadores e a coordenação do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Todos os documentos descritos anteriormente serão mantidos em arquivos confidenciais, com acesso identificado.

Os resultados gerados por esse projeto foram divulgados de forma a impedir a caracterização individual de qualquer serviço. Os hospitais selecionados como aqueles a participarem da próxima fase do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil foram mantidos sobre confidencialidade, apenas tendo acesso a essa informação a autora, seus orientadores e a gerência do projeto. Não serão permitidas a divulgação de descrições que identifiquem os melhores e piores serviços estudados.

Foi garantido ainda que todas as unidades visitadas tivessem direito de escolha em participar ou não do projeto, tendo sido explicadas a essas unidades todos os desdobramentos

possíveis do estudo. Os representantes legais das unidades que aceitaram participar do estudo assinaram termo de consentimento de participação na pesquisa.

O objetivo de determinar quais os serviços, por nível de complexidade, apresentam melhor ou pior desempenho, é de se poder identificar quais as características desses serviços que levaram a diferenciar seus desempenhos. De modo algum é objetivo desse trabalho e do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, penalizar qualquer unidade estudada e não foram e nem serão divulgadas quaisquer informações que possam ser revertidas para levar prejuízos às unidades estudadas como um todo e individualmente.

O presente estudo atendeu às diretrizes éticas em pesquisa envolvendo seres humanos (Portaria CONEP nº196 / 96). De modo a assegurar o cumprimento dessas diretrizes éticas, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz.

5. ARTIGO 1 – O Papel da Complexidade do Contexto Hospitalar e da Interdependência de Atividades em uma Avaliação Normativa de Estrutura e Processo de Serviços Farmácia Hospitalar: questões a serem discutidas

Resumo

A avaliação normativa baseada na tríade estrutura-processo-resultado é uma abordagem bastante comum nas práticas avaliativas atuais. Sua popularização se deve a sua lógica conceitual. Essa abordagem foi a empregada pelo Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Entretanto, acredita-se que no desenvolvimento do projeto algumas questões relevantes para uma mais adequada avaliação dos serviços, com base em indicadores de estrutura e processo, não foram completamente esgotadas. As questões principais seriam a influência da complexidade hospitalar na complexidade da Farmácia Hospitalar e a interdependência das atividades desenvolvidas pelo serviço de Farmácia Hospitalar em uma mesma dimensão do serviço e também entre dimensões diferentes. Essas questões foram discutidas e uma abordagem metodológica para hierarquização dos serviços considerando essas questões foi proposta. A questão da complexidade hospitalar foi trabalhada utilizando a classificação de níveis hierárquicos proposta pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A questão da interdependência das atividades foi trabalhada desenvolvendo algoritmos considerando as atividades e as dimensões a serem realizadas por cada nível de complexidade.

Abstract

The evaluation based on triad structure-process-result is very common in the evaluation field and its popularity arises from its intrinsic logic. This approach was used in the

Project “Assessment of Hospital Pharmacies in Brazil”. However, some important issues for the better understanding of performance of the services based on structure and process indicators were not fully addressed. These issues were the influence of level of care in hospital pharmacy services and the interdependence of activities conducted in hospital pharmacies within and across service dimensions that aggregate different activities. Questions were debated and led to the proposal of a methodological approach to classify the services based on performance. Level of care of the hospital was addressed by adoption of the National Register of Health Facilities (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Interdependence of activities was addressed by the proposal for an algorithm based on the presence of activities and dimensions in the hospital pharmacy, for each of the levels of care in the CNES register.

Introdução

Com a expansão da atenção à saúde ocorrida nas últimas décadas, os cuidados com a saúde passaram a apresentar consideráveis conseqüências sobre setores da vida econômica. Assim, tornou-se essencial o conhecimento dos serviços de saúde, sua participação na dinâmica social e seus efeitos para os indivíduos e para a sociedade ^{1,2}. Avaliações de serviços, de políticas ou de tecnologias em saúde, se consolidaram como instrumento importante para tornar mais eficiente as práticas e as decisões, por parte dos gestores, e para indicar as intervenções necessárias. A avaliação pode ser assim considerada, como modalidade de intervenção social.

Conceitua-se a avaliação para serviços ou programas, como: “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável” ³.

A construção do campo da avaliação de serviços e programas caracterizou-se pelo uso de pressupostos típicos do rigor positivista, cuja influência se mostra até hoje. Assim, predominam os estudos que definem como o único meio de valorar algo, a medição estatística, como também concebem a avaliação como uma modalidade de pesquisa que utiliza métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre ações de um serviço ou programas e determinados resultados. Entretanto, esse paradigma positivista, tradicionalmente hegemônico em se tratando de avaliação de serviços, já começa a ser questionado ³. Já é possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerado um processo exclusivamente técnico ⁴, ou seja, já se admite a subjetividade inerente a qualquer avaliação, seja ela de um fato cotidiana, seja de um serviço ou programa especial ³.

Ao realizar um processo de avaliação de um serviço de saúde, seus objetivos devem ser escolhidos e explicitados, estando a estratégia de avaliação associada a essa escolha e, desse modo, influenciada pelos usuários do serviço, pelos profissionais diretamente ligados ao atendimento, pelos administradores e planejadores ⁵. Cada um desses atores verá o serviço de forma particular, de modo a diferenciar o que entendem como objetivo do serviço. Percebe-se, então, que a subjetividade permeia todas as etapas de um processo de avaliação.

É difícil formular, de forma clara e abrangente, a função de um serviço de saúde ⁵. Por este motivo, um dos grandes obstáculos da avaliação desses serviços é decidir o que se deseja avaliar, se um serviço na íntegra ou seus elementos constituintes. Outra dificuldade diz respeito ao foco da avaliação, muitas vezes voltado para a dimensão qualidade, que se configura no âmbito das idéias e permeia tanto o serviço na totalidade quanto todos os seus elementos separadamente. A decisão do que avaliar, portanto, é primordial para a pesquisa, pois irá definir a estratégia a ser empregada na sua condução ³.

Dentre os trabalhos de avaliação de serviços, os mais freqüentes na literatura são aqueles que enfocam serviços hospitalares ⁶. A realização de diagnósticos da situação dos serviços hospitalares é uma prática corriqueira em alguns países, sendo desenvolvidas por sociedades científicas ou por conjugação de esforços entre elas e o governo ⁷. A maioria desses estudos avalia a prática médica, embora outros serviços dentro de um serviço hospitalar influenciem diretamente o resultado final do cuidado e, por isso, devam ser objeto de avaliação. Dentre esses serviços, destacam-se os serviços de farmácia hospitalar, enfermagem e nutrição.

O primeiro registro de um serviço de Farmácia Hospitalar data de 1752, em um hospital da Pensilvânia, nos Estados Unidos da América ⁸. Apesar de ter tido, por muitos anos, importância marginal no contexto hospitalar, a partir de 1940, com o advento dos antibióticos e devido à necessidade de incorporação de novas atividades, consequência de novas tecnologias de cuidado e de terapêutica medicamentosa, surge um movimento por parte dos farmacêuticos, na Europa e nos Estados Unidos da América, para o fortalecimento das Farmácias Hospitalares ⁹.

No Brasil, também a partir da década de quarenta, tem-se o início do fortalecimento da Farmácia Hospitalar brasileira ¹⁰. O desenvolvimento e a modernização ocorre a partir de 1950, com destaque principal das instaladas nas Santas Casas de Misericórdia e no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo ⁹.

Essa modernização das atividades desenvolvidas pelas Farmácias Hospitalares tornou necessária uma adaptação das escolas formadoras, com o objetivo de capacitar adequadamente o profissional egresso dos cursos de Farmácia. Na década de 80 houve a incorporação de novos valores e práticas profissionais (a farmácia clínica), a reformulação dos currículos de graduação com a criação e implantação de novas disciplinas, a criação de cursos de pós-graduação na área e a realização de seminários e cursos de atualização que tiveram papel essencial para o crescimento e fortalecimento da mesma.

Em maio de 1996, é fundada a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), que, no ano seguinte, publica os “Padrões Mínimos para a Farmácia Hospitalar”, como primeiro passo para o estabelecimento de uma uniformização da prática ¹⁰.

Em 1998, uma série de atividades coordenadas pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), resulta no I Seminário Sobre Estratégias de Integração e Desenvolvimento da Farmácia Hospitalar na América Latina, realizado em Salvador em 1999, promovido e coordenado pela OPAS/Brasil com apoio do Ministério da Saúde e da Universidade Federal da Bahia.

A recomendação do evento foi a elaboração do diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil para estabelecimento de linha base sobre a Assistência Farmacêutica Hospitalar nos mais de 6.000 estabelecimentos hospitalares em atividade no país. O desconhecimento da situação dos serviços impossibilita a formulação de políticas públicas efetivas, uma vez que impede a definição dos problemas e das prioridades, inviabilizando o planejamento dos investimentos nacionais para o setor ¹⁰.

A realização do diagnóstico motivou a constituição de equipe de trabalho para elaboração do projeto, formado por representantes da OPAS, do Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (NAF/ENSP/FIOCRUZ), da SBRAFH e do Conselho Federal de Farmácia (CFF), e a conseqüente definição do marco conceitual da Farmácia Hospitalar utilizado, a partir de trabalhos pontuais realizados no país, subsidiando a proposição de indicadores para o estudo ¹⁰.

A metodologia de trabalho baseou-se em um modelo lógico composto pelos componentes do serviço, descritos através de seus objetivos, produtos esperados e efeitos. Na primeira fase do projeto, iniciada em agosto de 2002 e concluída em agosto de 2003, foi realizada uma avaliação normativa, composta por indicadores de estrutura e processo dos serviços de

Farmácia Hospitalar, desenvolvidos a partir do modelo. Esta avaliação foi aplicada a uma amostra aleatória e representativa das Farmácias Hospitalares do Brasil. A amostra foi selecionada a partir do universo de 5.203 hospitais com 20 leitos ou mais dentro dos 6.449 hospitais cadastrados no MS em 1998. A partir desse universo, estratificado de acordo com a complexidade (presença ou ausência de unidade de tratamento intensivo - UTI) e a natureza (se pública, privada, filantrópica ou universitária) da unidade hospitalar visitada, calculou-se o tamanho de amostra, fixando-se a precisão em $\pm 0,06$ e a confiança em 95%, e as unidades para compor a amostra foram selecionadas através da geração de números aleatórios que foram correlacionados ao código de cada hospital no cadastro do MS. A segunda fase do projeto foi planejada como uma avaliação dos resultados e produtos do processo de trabalho das Farmácias Hospitalares, com modelos explicativos para os piores e melhores resultados encontrados na primeira fase ⁹. Esta fase, portanto, dependeria da hierarquização das Farmácias Hospitalares visitadas, ficando subordinada, entretanto, à resolução de duas questões ainda em aberto.

A hierarquia pretendida visa traduzir a qualidade do serviço. A adequada classificação das Farmácias Hospitalares, no que tange à estrutura e processo depende, por sua vez, do contexto hospitalar apresentado. O nível de complexidade dos serviços oferecidos pelo hospital influencia a natureza e a complexidade das atividades realizadas pelo serviço de Farmácia Hospitalar: “... o papel primordial em uma teoria são as relações entre os objetos... e para falar em relação há que existir uma trama, uma teia, uma rede... para então se construir ou descrever o bordado.” ¹¹. Desse modo, as relações entre a Farmácia Hospitalar e o Hospital podem auxiliar na análise de qualidade do serviço. A estratificação por nível de complexidade do hospital estabelecida na primeira fase não correspondeu às expectativas da análise, quanto à delimitação, ainda que simplificada, desse contexto. Tampouco permitiu uma separação clara e suficiente entre os grupos, nem forneceu subsídios à classificação pretendida.

É necessário considerar, em um segundo momento, a inter-relação das atividades desenvolvidas. Uma atividade inadequadamente realizada pode influenciar negativamente a consecução de outras atividades. A realização de uma atividade desnecessária dentro do contexto em que o serviço se insere, ainda que adequadamente realizada, pode atrapalhar o desenvolvimento adequado das atividades essenciais. A análise dos resultados da primeira fase do Diagnóstico não privilegiou esta perspectiva, considerando, na maior parte das vezes, os indicadores descritores das atividades de modo independente.

O objetivo desse artigo é discutir as questões da influência da complexidade do contexto hospitalar e da inter-relação das atividades no desempenho dos serviços de Farmácia Hospitalar, o que pode interferir nos resultados de uma avaliação normativa de estrutura e processo desses serviços. A partir dessa discussão, propor uma abordagem que considere essas questões para a hierarquização dos serviços quanto ao seu desempenho frente a indicadores de estrutura e processo.

Discussão Sobre a Metodologia Empregada no Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil

A Avaliação Normativa

A avaliação sistemática de serviços e programas consiste em fazer um julgamento de mérito e valor de um serviço ou intervenção, ou ainda de um de seus componentes, apoiado no uso do método científico, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. A avaliação normativa acontece quando o julgamento é resultado da aplicação de critérios e normas; quando é elaborada

com objetivo de testar uma hipótese seguindo para tanto metodologia de investigação, temos a pesquisa avaliativa ^{2,3,12}.

O desenvolvimento dos indicadores na avaliação normativa das Farmácias Hospitalares baseou-se em um modelo lógico. Um modelo lógico é uma representação simplificada de um programa fundamentada no modelo teórico de definição conceitual, com os objetivos, produtos e efeitos esperados das atividades sob exame ¹⁷. Em um modelo lógico procura-se identificar os elos causais hipotéticos entre o que é feito pela intervenção/serviço e os objetivos do mesmo, permitindo testar a razão da intervenção/serviço e construir um instrumento de avaliação adequado ¹¹. Este modelo fornece então, um método estruturado para definir o fundamento lógico do programa/serviço ¹⁰.

O modelo teórico ou lógico que se encontra representado graficamente no anexo 1 foi produto de extensa revisão bibliográfica e consenso por painel de especialistas e contemplou os seguintes componentes da Farmácia Hospitalar: Gerenciamento, Seleção de Medicamentos, Logística (incluindo programação, aquisição e armazenamento), Distribuição (examinada separadamente do restante da logística devido a sua importância), Informação, Seguimento Farmacoterapêutico, Farmacotécnica, Ensino e Pesquisa ¹⁰. Os “componentes” do modelo lógico têm por objetivo representar as “dimensões” dos serviços.

A avaliação normativa é considerada por alguns como metodologia de caráter eminentemente técnico, o que não valorizaria outras questões inerentes ao desenvolvimento do serviço. No entanto, a aplicação de um modelo lógico baseado em critérios e normas traz como vantagem para a avaliação a aparente “formulação científica”: a objetividade quantitativa e replicabilidade, a ênfase em relações de causa-efeito entre os componentes do sistema e sua lógica conceitual ¹⁸. Em contrapartida, o modelo lógico pode reduzir a dimensionalidade do

contexto, quando, na tentativa de se criar um cenário ideal, deixa-se de considerar uma série de inter-relações do serviço.

Talvez por isso é que, ao longo dos últimos anos, a avaliação de serviços tenha deixado de ser vista como um processo exclusivamente técnico, isto é, suportado em metodologias científicas a partir da qual um conjunto de procedimentos e indicadores visa medir adequadamente a qualidade de um serviço. A introdução da abordagem qualitativa em complementação à abordagem técnica vem enriquecendo o arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde ⁴.

Os estudos sociais na área de saúde mostraram que o processo saúde-doença está intimamente relacionado com aspectos culturais, sociais e econômicos. Desse modo, a efetividade de um serviço de saúde também está relacionada com as características dos atores envolvidos, sejam os usuários, a comunidade, os profissionais de saúde e os gestores. A avaliação dos serviços de saúde deve, então, considerar as características sócio-econômicas e as expectativas dos atores envolvidos ¹⁹. Uma avaliação deve incluir a análise da história desses serviços, a interação com outros atores institucionais, a capacidade participativa de seus membros e a correlação entre os aspectos micro e macropolíticos e econômicos ⁴.

A avaliação normativa desenvolvida no Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil não considerou amplamente questões do contexto institucional dos serviços, dos agentes envolvidos e correlações com aspectos políticos, o que pode ter levado a um empobrecimento dos resultados encontrados.

Elementos Conceituais na Avaliação da Farmácia Hospitalar no Brasil

A avaliação normativa dentro do projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil empregou indicadores de estrutura-processo-resultado, segundo tripé proposto por Donabedian^{13,14}. A abordagem de Donabedian, e o seu marco conceitual – a tríade estrutura-processo-resultado concebida a partir do referencial sistêmico – é o delineamento mais acatado para a concepção de avaliações em saúde^{6,15}.

A *estrutura* se refere às características relativamente estáveis dos prestadores de serviços, das ferramentas e recursos disponíveis e do contexto físico e organizacional no qual trabalham. O *processo* determina como o sistema realmente funciona. O *resultado* se refere ao efeito que as ações e procedimentos tiveram sobre o serviço. Apesar da abordagem de processo parecer um caminho mais direto para se avaliar a qualidade, a melhor estratégia é o uso de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens, isto porque cada uma das dimensões apresenta problemas e isoladamente não são capazes de aferir a qualidade^{13,14}.

Os indicadores propostos para a realização da avaliação normativa são concebidos com base em critérios e normas que são chamados de “resumos do verdadeiro e resumos do bem”¹¹. Esses critérios e normas podem ser oriundos dos resultados de pesquisas ou fundamentados no julgamento de especialistas, partindo-se do pressuposto de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais da intervenção ou serviço¹⁶.

A Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) define indicadores (de saúde) como sendo as medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e/ou do desempenho do sistema de saúde. Em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde²⁰. Traçando um paralelo para a área de avaliação de serviços de saúde, os indicadores resumiriam informações relevantes sobre certas dimensões dos serviços de saúde e o conjunto de indicadores refletiria o desempenho do serviço de saúde.

A maneira de formular um indicador pode se basear em medidas simples, como uma contagem direta de casos, até um processo mais complexo, como o cálculo de taxas, proporções ou índices mais sofisticados ²⁰. A qualidade de um indicador, que é a base empírica dos estudos de avaliação, depende da sua validade, isto é, da capacidade de medir o que se pretende, e da confiabilidade, ou seja, da capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições semelhantes. A qualidade do indicador está intimamente relacionada com a qualidade do dado coletado, que, por sua vez, vai depender diretamente do instrumento de coleta empregado ^{6,20}.

As três dimensões conceituais de validade – de conteúdo, de construção e de critério – podem ser reconhecidas nos indicadores de qualidade. A validade de construção deriva da relação entre os conceitos teóricos (*constructos*) e sua operacionalização. Pode ser verificada através do teste de hipóteses sobre a relação dos desfechos esperados com base na teoria que dá sustentação aos indicadores, em certas condições e para certas populações. A confirmação da hipótese corrobora a teoria e contribui para a validação dos indicadores. ²¹. A validade de construção dos indicadores de qualidade da farmácia hospitalar relaciona-se com o plano teórico usado para definir os indicadores. O plano teórico é construído com os conceitos técnicos profundamente abordados na literatura científica internacional e nacional. Esses conceitos sustentam a maioria das análises da área e integram a maioria dos currículos dos cursos de formação acadêmica que abordam a discussão sobre Farmácia Hospitalar. A validação de construção dos indicadores permite determinar um conjunto de indicadores que sejam aptos para aferir a base conceitual que se tem sobre a área, algo importante, uma vez que não há um conjunto amplo de indicadores já reconhecidos para a área.

A análise da validade de *conteúdo* consiste em julgar em que proporção os itens relacionados para medir uma construção teórica representam bem todas as facetas importantes do

conceito a ser medido; verifica a coerência aparente entre o que se quer medir e o instrumento de medida. A validade de conteúdo pode ser verificada através de consenso de especialistas, de revisão da literatura pertinente, e da aplicação de pré-teste do instrumento em alguns membros da população de estudo ²¹. Quando se opta pelo uso de consenso de especialistas, esse é feito selecionando-se pessoas que se destaquem no campo de atuação que se quer abordar. No caso da Farmácia Hospitalar essa seleção é feita entre profissionais com ampla atuação em serviços de destaque no cenário nacional, como os dos hospitais universitários, e entre acadêmicos que estudem a área. Esses profissionais com base em suas experiências e em seus conhecimentos, traçam um perfil dos serviços, congregando as características técnicas consideradas desejáveis. A validade de conteúdo dos indicadores de qualidade da farmácia hospitalar relaciona-se com o elenco de variáveis usados na construção dos indicadores.

A validade de *critério* é a capacidade do instrumento em medir atributos de acordo com um critério externo ²¹. O critério externo é um critério bem definido e aceito como referência (“padrão-ouro”) para definição de um determinado fenômeno ou característica. A validade de critério pode ser determinada através do grau de concordância entre a medida gerada pelo instrumento e a obtida pelo método de referência. A validade de critério remete à capacidade do instrumento em medir alguma variável correlata ao critério de interesse. No caso da Farmácia Hospitalar, não existem critérios externos amplamente aceitos aplicáveis à realidade brasileira. Alguns instrumentos vêm sendo desenvolvidos para abordar vários aspectos dos serviços de Farmácia Hospitalar, entretanto ainda não há instrumentos específicos, reconhecidos por toda a comunidade científica. É necessário a realização de esforços no intuito de sanar essa lacuna.

A realização dessas estratégias de validação fornece um indicativo do “grau de validade” do indicador ou do instrumento usado. Isto se dá pelo fato de que todo processo de

medida é uma tentativa de aproximação de um atributo real, cujos valores observados trazem necessariamente embutidos desvios que resultam das imperfeições dos métodos^{6,22}.

O instrumento de coleta de dados do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil considerou questões relativas à validade de construção, conteúdo e critério. No entanto, a validade do instrumento de coleta foi verificada apenas através de uma estratégia de validação de conteúdo, executada por meio de um pré-teste aplicado em quatro hospitais. Os resultados do pré-teste realizado mostraram que o instrumento de medida apresentava aparente coerência com o que se queria medir de acordo com o modelo lógico proposto, o que traz indícios de validade de conteúdo do instrumento e dos indicadores propostos. No entanto, não se pode medi-la.

Cabe ainda lembrar que os indicadores, bem como grande parte do modelo lógico, foram propostos por consenso de especialistas, método de consenso considerado por muitos como imperfeito. Métodos validados por um “padrão-ouro” de comparação têm maior credibilidade. No entanto, sendo os especialistas os atores que mais profundamente conhecem o objeto, serão os mesmos especialistas os prováveis proponentes de futuro padrão-ouro. A forte corrente que apóia a incorporação da subjetividade nos processos avaliativos vê o uso da opinião dos especialistas como uma abordagem também adequada dentro da avaliação.

A validade de construção será mais bem considerada na realização do estudo de caso dos resultados, previsto como segunda fase do projeto. Nessa etapa poderá ser verificada a adequação do conceito teórico em que se baseia a construção dos indicadores para a avaliação. Espera-se que os casos selecionados para a avaliação de resultados, apresentem características que mostrem desempenho compatível com os resultados encontrados na avaliação de estrutura e processo. Essa correspondência demonstrará uma aparente lógica na matriz conceitual desenvolvida e nos indicadores propostos. É a correlação com resultados relevantes que dá sentido aos processos selecionados para avaliação.

Dimensões e Atividades da Farmácia Hospitalar

A Farmácia Hospitalar é uma unidade clínica de abrangência assistencial técnico-científica e administrativa, dirigida por profissional farmacêutico, que visa atender toda comunidade hospitalar no âmbito dos produtos farmacêuticos, desenvolvendo atividades ligadas à produção, ao armazenamento, ao controle, à dispensação e à distribuição de medicamentos e correlatos às unidades hospitalares, bem como a orientação de pacientes internos e ambulatoriais, objetivando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução de custos, voltando-se também para o ensino e pesquisa e estando integrada técnica e funcionalmente com as demais unidades de assistência ao paciente ^{8,23}.

As funções da Farmácia Hospitalar podem ser divididas em primárias e secundárias, respectivamente, das mais básicas às de maior especificidade. As funções primárias são a seleção de medicamentos, germicidas e correlatos necessários ao hospital; a programação, a aquisição e o armazenamento dos medicamentos, germicidas e correlatos selecionados, a distribuição de medicamentos e produtos e o fornecimento de informação sobre medicamentos. Os objetivos secundários são a farmacotécnica, incluindo a manipulação de produtos não estéreis e estéreis, o controle das infecções hospitalares, o ensino e a pesquisa e a farmácia clínica⁸. Cabe destacar que para alguns autores, a farmacotécnica está incluída entre as funções primárias da Farmácia Hospitalar ^{9,23}. Entretanto, entendemos que, de acordo com a complexidade do contexto hospitalar, a farmacotécnica pode não ser uma função essencial. Esse entendimento se sustenta no fato do desenvolvimento das formulações farmacêuticas de uso hospitalar, que cada vez mais adequadas às realidades dos serviços, além do surgimento de empresas prestadoras de serviço, que podem desenvolver algumas destas atividades.

Assim, dentro do modelo lógico desenvolvido estão contempladas as atividades básicas ou *core* do serviço através dos componentes *seleção de medicamentos, logística* (que engloba a programação, aquisição e armazenamento), *distribuição e informação*. Ainda dentro das atividades *core* inclui-se o componente gerenciamento, característica essencial a qualquer tipo de serviço de saúde. Além das atividades básicas, o modelo lógico inclui os componentes *farmacotécnica, ensino e pesquisa e seguimento farmacoterapêutico*, contemplando também as atividades secundárias da Farmácia Hospitalar.

Fica claro que os componentes do modelo apresentam diferenças na sua importância relativa ao serviço. Desse modo, foram propostos no estudo citado, pesos específicos para cada componente, estabelecidos com base em consenso de especialistas e respaldados na literatura vigente, de modo a refletir esta questão¹⁰. A lógica usada para determinar a ponderação foi a da capacidade do componente de influir na qualidade da assistência farmacêutica hospitalar prestada pelo serviço. Aquelas atividades centrais, com múltiplas interfaces dentro do serviço e com grande impacto nas ações prestadas, apresentaram maior peso, tendo este sido maior quanto maior a influência. Atividades importantes, mas com características mais pontuais, apresentaram menor peso na ponderação proposta. Nada impede sua utilização na forma sugerida, uma vez que não há outras propostas de ponderação definidas na literatura. Entretanto, como a ponderação possui caráter arbitrário, propostas alternativas podem ser consideradas.

A ponderação foi feita considerando os componentes isoladamente. Determinado componente assume peso fixo frente aos demais, não importando se estão ou não presentes todos os componentes. O valor máximo da soma dos pesos é 100. Não foi considerada a possível redistribuição ponderal em um cenário onde nem todos os componentes estão presentes. A possível relação ponderal entre as atividades realizadas no interior de cada componente, bem

como a relação entre componentes e a relação das atividades com o contexto hospitalar foram, tampouco, consideradas.

Dentro de um serviço de Farmácia Hospitalar, cada um dos componentes analisados representa uma dimensão do serviço. Essas dimensões não podem ser consideradas isoladamente - elas interagem e muitas são dependentes. Exemplificando: a logística está intimamente relacionada com a distribuição e também com a seleção de medicamentos, já que esta dimensão inclui atividades de definição dos medicamentos que deverão ser programados, adquiridos, armazenados e dispensados. Essas três dimensões, como também as outras quatro analisadas, são dependentes do gerenciamento.

As atividades apresentam interdependência no interior de um componente. Ou seja, a realização de determinada atividade depende diretamente da realização de atividades anteriores. Tomando como exemplo a dimensão da informação, percebemos que para a realização de atividades de informação com algum grau de formalização é necessária, como requisito, a existência de, no mínimo, fontes terciárias de informação (livros textos, por exemplo). Considerando essas questões, percebe-se que os indicadores propostos para cada dimensão irão apresentar além de interdependência, uma hierarquização entre eles.

No desenho de um retrato mais fiel da dinâmica das Farmácias Hospitalares, um entendimento é primordial: a complexidade do hospital influencia a complexidade do serviço de Farmácia Hospitalar nele inserido. Para exemplificar consideraremos um hospital que apresente serviço de oncologia. Nesse tipo de hospital, a atividade de manipulação de citostáticos passa a ser uma atividade essencial. Sendo assim, é necessário incluir a dimensão farmacotécnica nas atividades obrigatórias na Farmácia Hospitalar. Por outro lado, um sistema de distribuição de medicamentos é dimensão essencial até mesmo para os serviços de Farmácia Hospitalar menos complexos. Entretanto o tipo de sistema apresentado pode diferir, incluindo diferentes atividades.

Ainda que o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária seja, sem dúvida, o mais seguro para o paciente e o mais racional em termos gerenciais, sua gestão é complexa e tem implantação dispendiosa. Farmácias Hospitalares que integrem hospitais que apresentam baixo grau de complexidade podem, portanto, apresentar sistemas de distribuição menos complexos, como o sistema coletivo. Farmácias Hospitalares de hospitais com grau de complexidade intermediário podem apresentar sistemas de distribuição misto ou por prescrição individualizada, enquanto que Farmácias Hospitalares de hospitais com alto grau de complexidade, devem apresentar sistemas de distribuição de dose unitária.

Percebe-se assim a influência que a complexidade hospitalar exerce sobre as atividades desenvolvidas pelo serviço de Farmácia Hospitalar. No projeto original, a complexidade dos hospitais foi considerada apenas pela presença de leitos de UTI⁹. Este critério de estratificação não se mostrou capaz de delimitar o contexto de modo a permitir uma diferenciação entre os grupos, subsidiando uma classificação dos serviços quanto à sua qualidade.

Proposta de Hierarquização de Hospitais segundo desempenho da Farmácia Hospitalar

Pressupostos

A nova proposta de análise baseia-se nos seguintes pressupostos:

1º) O grau de complexidade do hospital influencia a complexidade da Farmácia Hospitalar.

◆ a utilização do critério de presença de leitos de UTI não é suficiente para representar a complexidade hospitalar.

2º) As atividades desenvolvidas pelo serviço de Farmácia Hospitalar apresentam interdependência entre as de uma mesma dimensão do serviço e também entre dimensões diferentes.

- ◆ a representação adequada do serviço depende da consideração dessas relações dinâmicas.

Classificação da Complexidade Hospitalar por Níveis Hierárquicos

Propõe-se o uso da classificação por níveis hierárquicos constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que foi instituído através da Portaria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (PT/SAS/MS) nº 511, de 29 de dezembro de 2000. Esse sistema tem como objetivo formar um banco de dados, de acesso público, contendo todas as informações sobre as unidades de assistência à saúde existentes em todo território nacional ²⁴.

A PT/SAS/MS nº 569, de 19 de agosto de 2002, atualizou a tabela de níveis de hierarquia dos serviços de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Os níveis de hierarquia são uma classificação dos serviços de saúde de acordo com o nível de complexidade das atividades desenvolvidas, conforme apresentado no anexo 2. Como no presente trabalho os serviços estudados são unidades hospitalares, apenas os níveis de hierarquia de 05 a 08 seriam usados na classificação dos mesmos. A obtenção dessa classificação seria feita através de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, disponível na internet pelo endereço eletrônico <http://cnes.datasus.gov.br>, em virtude dessa informação já se encontrar disponível no cadastro para todos os estabelecimentos de saúde.

Algoritmo da Interdependência entre Atividades e Inter-relação entre Componentes

Para cada um dos níveis hierárquicos propostos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, deveria ser criado um algoritmo considerando as atividades e as dimensões a serem realizadas por cada nível de complexidade. Esse algoritmo deve ser capaz de diferenciar o perfil de cada Farmácia Hospitalar em uma dada complexidade hospitalar.

Para a construção desse algoritmo deve-se considerar que as atividades básicas ou *core*, que devem ser realizadas por todos os tipos de Farmácia Hospitalar, representadas pelos componentes do modelo lógico gerenciamento, seleção, logística, distribuição e informação, apresentarão pontuação diferenciada devido a sua característica de essencialidade. Essas atividades não podem deixar de ser desempenhadas e sua ausência deve ser considerada como um fator que sinaliza problemas de qualidade no desempenho do serviço avaliado.

Também é importante considerar o fato de que algumas atividades podem apresentar graus diferentes de complexidade na sua realização. Como exemplo, retornaremos ao já utilizado dos sistemas de distribuição de medicamentos. Existem quatro sistemas formais de distribuição: coletivo, misto, por prescrição individualizada e dose unitária; e esses sistemas apresentam grau crescente de complexidade na sua aplicação, o que justifica uma adequabilidade deles ao contexto hospitalar, conforme já foi explicado anteriormente. Assim, deve se considerar uma pontuação escalonada para esses sistemas, ou seja, se dentro de um dado nível de complexidade a Farmácia Hospitalar apresentar um sistema de distribuição mais complexo do que o esperado, esta deve ter maior pontuação do que outra Farmácia Hospitalar que apresente o sistema de complexidade adequado, enquanto se apresentar um sistema de distribuição de complexidade menor, esta deve ter uma pontuação menor.

E ainda, deve-se analisar a realização de atividades que não apresentem adequação com o nível de complexidade hospitalar a qual o serviço de Farmácia se insere. Quando essas atividades forem desempenhadas adequadamente e apresentarem aparente coerência com o conjunto das atividades desenvolvidas, deve haver uma pontuação diferenciada para o serviço. Quando as atividades forem desempenhadas inadequadamente ou quando sua realização vier a prejudicar o desempenho de outras atividades essenciais, também deve se considerar uma pontuação diferenciada para o serviço.

Conclusões

Quando se tem como objetivo avaliar o desempenho de um serviço de saúde, uma rede de relações, influências e interações deve sempre ser considerada. Um serviço não é algo estático ou isolado, e tudo ao seu redor pode, potencialmente, influenciar o seu desempenho. E mais ainda, quando se pretende hierarquizar serviços de acordo com a sua qualidade, essas questões devem estar no foco principal do estudo.

A despeito da dificuldade de se medir todas essas influências e da ausência de instrumentos formalizados, as avaliações considerando os contextos enriquecem os resultados da avaliação em saúde e permite que esses apresentem maior consistência, ou seja, representam melhor a realidade dos serviços.

No panorama de influências e inter-dependências é que propõe-se o desenho de um estudo que tente avaliar a qualidade dos serviços de Farmácia Hospitalar estudados. A ausência dessa abordagem seria uma simplificação da análise, o que pode prejudicar a interpretação dos resultados ,sendo, talvez, um alto preço a ser pago.

A proposta feita para essa análise pondera as questões do contexto hospitalar e da relação das atividades e dos componentes do modelo lógico criado como base para o desenho da

avaliação do Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Como proposta não tem o objetivo de ser um o esgotamento da discussão e sim, apenas o início do processo. Outras questões podem e devem ser abordadas com o intuito de elevar o desempenho do modelo proposto.

Referências Bibliográficas

1. NOVAES HMD. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12(2 supl.):7-12.
2. NOVAES HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34(5):547-59.
3. UCHIMURA KY, BOSI MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(6):1561-69.
4. DESLANDES SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13 (1):103-07.
5. AKERMAN M, NADANOVSKY P. Avaliação de serviços de saúde – avaliar o quê?. *Cadernos de Saúde Pública* 1992; 8(4):361-65.
6. STENZEL ACB. A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996.
7. MARIN N, COSENDEY MAE, LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, CASTRO M, CASTILHO SR, *et al.* Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Brasília: OPAS / Naf/ENSP/Fiocruz / Sbrafh / CFF; 2001.
8. CFF (Conselho Federal de Farmácia). Manual Básico de Farmácia Hospitalar. Brasília DF: Conselho Federal de Farmácia; 1997.
9. CCIH / MS (Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar / Ministério da Saúde). Guia Básico para Farmácia Hospitalar. Brasília DF: MS; 1994.
10. MARIN N, COSENDEY MAE, LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, CASTRO M, CASTILHO SR, *et al.* Porque Diagnosticar a Situação da Farmácia Hospitalar no Brasil? In: OSÓRIO-DE CASTRO CGS, CASTILHO SR, organizadoras. Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. p. 17-33.

11. HARTZ ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 341-53.
12. CONTRADIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
13. DONABEDIAN A. *La calidad de la atención medica: definición e método de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
14. DONABEDIAN A. The quality of care – how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 1988; 260:1743-48.
15. AZEVEDO AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública* 1990; 25: 64-71.
16. ROSSI PH, FREEMAN HE. *Evaluation: A Systematic Approach*. Beverly Hills: Sage; 1985.
17. COSENDEY MAE, HARTZ ZMA, BERMUDEZ JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (2): 395-406.
18. SILVER L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo E, Riveira FJU, Machado MH, organizadores. *Planejamento criativo - novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 1992. p. 195-210.
19. ATKINSON J. Anthropology in Research on the Quality of Health service. *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9: 283-99.
20. RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para Saúde). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília DF: Organização Pan-americana de Saúde; 2002.
21. CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, POTVIN L, DENIS JL, BOYLE P. *Saber preparar uma Pesquisa. Definição, Estrutura, Financiamento*. São Paulo: Editora HUCITEC; 1994.
22. HARTZ ZMA, CAMACHO LAB. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12 (2 supl): 13-20.
23. GOMES MJVM, REIS, AMM. *Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar*. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
24. DATASUS. Portaria nº 569, de 19 de agosto de 2002. <http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-569.htm> (acessado em 14/Mai/04).

6. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

A metodologia inicialmente proposta para o desenvolvimento da abordagem de hierarquização dos hospitais segundo desempenho da Farmácia Hospitalar frente a indicadores de estrutura e processo, baseava-se na utilização de uma técnica estatística chamada de Análise de Correspondência ¹.

A proposta metodológica iniciava com a classificação dos hospitais pelos níveis hierárquicos propostos para o CNES ², seguida da comparação entre esta classificação e a classificação por complexidade proposta na primeira fase do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, de modo a verificar a aplicabilidade da utilização da amostra também sobre esse novo critério de classificação de complexidade. A partir disso, propôs-se realizar uma análise descritiva da amostra seguida da análise multivariada, que teria o objetivo de desenvolver a hierarquização dos hospitais.

A análise multivariada dos dados seria realizada em três etapas. Em todas, seria empregada a técnica de Análise de Correspondência, que é uma técnica multivariada para se examinar relações geométricas do cruzamento de variáveis categóricas ¹. As técnicas multivariadas foram desenvolvidas para permitir estudar simultaneamente a relação existente entre um grande conjunto de variáveis. A concepção geral da análise de correspondência é semelhante à análise de componentes principais e à análise fatorial, ou seja, permite a visualização das relações mais importante de um grande conjunto de variáveis entre si ³. Pode-se ser capaz de entender o que se está medindo e, ao mesmo tempo, reduzir o número de variáveis originais a um número mais básicos de fatores para análise ⁴. A grande vantagem desta técnica comparada às outras duas é que permite modelar dados categóricos nominais.

Os resultados da Análise de Correspondência são apresentados na forma de gráficos, onde as categorias de cada variável se encontram representada através de pontos e se pode observar as relações entre estas através das distâncias entre os pontos ⁵.

Cada linha e cada coluna de uma tabela de contingência tem uma distribuição proporcional aos totais de linhas e colunas, o que costuma ser chamado de perfil. A distância entre duas categorias é calculada a partir de seu perfil de coluna e levando em consideração o peso de cada linha e também através do perfil de linha e do peso de cada coluna no total da tabela, sendo denominada de distância qui-quadrado. Desse modo, existe uma perfeita correspondência entre linhas e colunas, o que nos permite visualizar no gráfico, pontos de linhas e colunas em um mesmo espaço. Esses pontos dão origem a uma nuvem, que pode ser projetada em planos. Os planos são selecionados a partir da sua capacidade de preservar ao máximo a distância entre os pontos, de modo a melhor representar a realidade. Essa capacidade é avaliada através da percentagem de variância total da matriz que o eixo está representando. Quanto maior o percentual, melhor a capacidade de representação da nuvem de pontos pelo eixo, isto é, melhor a capacidade de representar adequadamente as relações existentes entre as variáveis. Cada categoria de variável contribui de forma diferente para a definição dos eixos. Algumas categorias vão ter papel principal na construção de um ou mais eixos do gráfico, sendo fortemente correlacionadas com esse eixo e entre si ⁵.

Na primeira etapa, a Análise de Correspondência seria usada para reduzir o número original de indicadores a um número pequeno de dimensões que sintetizassem as características do serviço mais influentes no conjunto de dados analisados, e que se prestassem a representação gráfica. Essa redução seria feita considerando as informações, por nível de complexidade, para cada componente do modelo lógico.

O gráfico obtido para cada nível de complexidade permitiria determinar quais categorias dos indicadores analisados mais contribuiriam para a formação dos eixos que apresentam maior percentual de explicação da variância total da tabela. Com isso, obteríamos os indicadores que mais adequadamente representariam a variabilidade do dado componente, para um dado nível hierárquico.

Na segunda etapa, a técnica seria usada para determinar como o universo de estudo se distribui em relação ao desempenho de cada componente do modelo lógico, para cada nível hierárquico proposto. A idéia era determinar que componentes vêm apresentando melhor e pior desempenho dentro do grupo de componentes avaliado, levando em conta a complexidade do contexto hospitalar em que se encontra inserido.

Cada componente seria avaliado de acordo com cumprimento dos indicadores selecionados como representativos através da análise anterior. O número de indicadores cumpridos iria determinar se o desempenho do componente poderia ser considerado insuficiente, mediano ou inadequado, de acordo com os pontos de corte estabelecidos.

A representação gráfica obtida permitiria avaliar como os serviços de Farmácia Hospitalar, de um dado nível hierárquico, se comportariam com relação ao desempenho dos componentes, determinando quais componentes seriam mais inadequadamente realizados, indicando quais os pontos mais efetivos para intervenções que visem melhorar a qualidade do serviço.

Na terceira etapa, a Análise de Correspondência iria permitir que se avaliasse como as Farmácias Hospitalares, uma a uma, se relacionavam com os componentes, em um nível hierárquico de complexidade determinado.

Primeiramente, seriam definidos os pesos que seriam dados para cada componente. Os pesos são necessários para explicitar que alguns componentes são mais

importantes para o desempenho a contento do serviço que outros componentes. A partir da determinação dos pesos, a análise seria realizada e cada hospital seria avaliado quanto ao cumprimento aos indicadores representativos dos componentes, estabelecidos na primeira etapa da análise multivariada. O número de indicadores cumpridos em um dado componente seria multiplicado pelo peso estabelecido para aquele componente. O resultado obtido iria determinar a pontuação daquele componente referente ao hospital analisado.

O gráfico obtido permitiria visualizar o comportamento dos hospitais com relação à distribuição de todos os componentes avaliados, em seu nível hierárquico de complexidade. Os resultados iriam complementar as informações obtidas na segunda etapa da análise multivariada. O somatório das pontuações de cada componente possibilitaria uma hierarquização dos serviços de Farmácia Hospitalar, levando em conta o desempenho nos indicadores-chaves ponderado pelos pesos conferido aos componentes. A hierarquização dos serviços de Farmácia Hospitalar seria refinada com a introdução dos conceitos de atividades básicas e de interdependência de atividades.

Quando se tentou realizar a primeira etapa da análise multivariada, verificou-se que a técnica não permitiu determinar quais indicadores mais adequadamente representavam a variabilidade do dado componente, para um dado nível hierárquico. Isso ocorreu porque, nos dados coletados, as categorias (sim, não e não se aplica) dos indicadores que mais contribuiriam para a formação dos eixos representados graficamente pela técnica foram aquelas que tinham um acúmulo maior de respostas iguais. Assim, esses indicadores não eram os mais adequados para diferenciar os serviços, pois apresentaram menor variabilidade de respostas. À primeira vista, poderia se supor que, as categorias com menor contribuição para formação dos eixos deveriam ser usadas; entretanto, essas categorias são as que apresentam um menor acúmulo de respostas, ou seja, são as categorias complementares das categorias de maior contribuição. Exemplificando,

se a categoria presença de um determinado indicador apresenta grande contribuição na formação dos eixos, a categoria ausência desse mesmo indicador apresentaria baixa contribuição na formação dos eixos. Assim, a aplicação da técnica não permite determinar quais seriam, dentre todos os indicadores de estrutura e processo presentes, aqueles que melhor representam a variabilidade da amostra em estudo e que poderiam ser usados como indicadores resumo.

Devido à inviabilidade do uso da técnica conforme havia se proposto, passou-se a procurar outras abordagens a serem utilizadas. A abordagem que se empregou será explicada a seguir no artigo 2.

Ressalta-se que algumas etapas da primeira proposta metodológica foram mantidas na proposta metodológica final, como o uso dos níveis hierárquicos do CNES e a análise descritiva da amostra. A alteração principal foi a substituição da técnica estatística a ser empregada na análise multivariada por outra estratégia de análise.

Referências Bibliográficas

1. PEREIRA JCR. Análise de Dados Qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Editora USP; 1999.
2. DATASUS. Portaria nº 569, de 19 de agosto de 2002. <http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-569.htm> (acessado em 14/Mai/04).
3. CARVALHO MS, STRUCHINER CJ. Análise de Correspondência: Uma Aplicação do Método à Avaliação de Serviços de Vacinação. *Cadernos de Saúde Pública* 1992; 8(3):287-301.
4. KLEINBAUM, D. G., KUPPER, L. L. e MULLER, K. E., 1988. *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. Boston: PWS-Kent Publishing Company.
5. CARVALHO MS. Avaliação da Prática de Vigilância Epidemiológica nos Serviços Públicos de Saúde no Brasil [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1990.

7. ARTIGO 2 – Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo desenvolver uma abordagem capaz de hierarquizar hospitais de acordo com o desempenho dos seus serviços de Farmácia Hospitalar frente a indicadores de estrutura e processo. A abordagem empregada considera questões sobre a influência do contexto hospitalar sobre o desempenho dos serviços e a interdependência das atividades. Foram construídos algoritmos de atividades para diferentes níveis de complexidade hospitalar, considerando pontuações diferenciais de acordo com a necessidade de realização da atividade pelo serviço no nível de complexidade em que o hospital se insere. Atribuiu-se pesos diferenciados para componentes, no intuito de indicar que alguns componentes influenciam mais o desempenho do serviço. A aplicação da abordagem aos serviços de Farmácia Hospitalar analisados permitiu determinar os hospitais que apresentam melhor e pior desempenho dos serviços. Utilizando-se categorias de desempenho bom, regular e insuficiente, nenhum dos serviços de Farmácia Hospitalar, independentemente do nível de complexidade hospitalar, integra a categoria de bom e mais de 50% dos serviços integram a categoria de insuficiente.

Abstract

This paper discusses the development of a methodological approach to classify hospital pharmacies according to their performance, measured by structure and process indicators. This method takes into account the influence exerted on performance by the level of care of the

hospital and by the interdependence of pharmacy activities. Algorithms for assessing performance of hospital pharmacies were constructed for each level of care. Different weights were considered for the existence of core activities in the pharmacy and for specific activities accomplished, according to the level of care of the hospital harboring the service. The application of this methodology permitted the classification of hospital pharmacies from best to worst services, according to performance. Categories assigned were high-grade, medium-grade and low-grade. Notwithstanding the level of care of the hospital, no hospital pharmacies were classified as high-grade and more than 50% of pharmacies were classified as low-grade services.

Introdução

O Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil foi desenvolvido a partir da constatação da total ausência de informações sobre a situação desses serviços no país. Essa falta de informações foi constatada no I Seminário sobre Estratégias de Integração e Desenvolvimento da Farmácia Hospitalar na América Latina, que tinha justamente como objetivo analisar a situação da Farmácia Hospitalar na região. Cerca de 2 anos após esse seminário, teve início a elaboração do Projeto ^{1,2}.

Esse seminário foi uma das muitas reuniões promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e/ou Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), como apoio ao desenvolvimento de atividades que visem fortalecer o papel do farmacêutico dentro dos serviços de saúde e com isso melhorar a qualidade da terapêutica medicamentosa, como uma das estratégias para garantir a saúde integral da população ³.

O Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil é um projeto de avaliação dos serviços de Farmácia Hospitalar, baseado em duas etapas: a primeira, já realizada, uma avaliação normativa de estrutura e processo e a segunda, planejada como um estudo de caso dos resultados dos serviços ².

A avaliação é uma prática habitual do homem, inerente ao processo de aprendizagem ⁴. No sentido mais amplo, avaliar insere a idéia de atribuir valor a algo, sem compromisso com o fundamento do juízo ou com método específico ⁵. No sentido estrito de avaliar serviços ou programas, isto é, avaliar intervenções sociais, podemos defini-la como os *“procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável”*, o que costuma se chamar de avaliação sistemática ⁵.

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado passou a substituir o papel do mercado nas áreas da saúde, da educação, do emprego e na área social. Com esse novo campo de ação do Estado, foi necessário desenvolver mecanismos para que a alocação de recursos fosse a melhor possível. Assim, os primeiros métodos de avaliação desenvolvidos, pelos economistas, visavam analisar as vantagens e custos desses programas públicos. Entretanto, esses métodos se mostraram insuficientes e o campo da avaliação passou a se fundamentar nos aspectos metodológicos e em uma abordagem interdisciplinar ⁴.

Na história da avaliação pode-se identificar quatro estágios, que são delimitados pelo desenvolvimento e acumulação dos conhecimentos da área. O primeiro estágio é caracterizado por uma abordagem técnica baseada na medição dos fenômenos estudados, com a construção e utilização de instrumentos com esse fim. O segundo estágio caracterizou-se pela identificação e descrição de como os resultados são alcançados pelos programas e serviços. O

terceiro estágio é caracterizado pelo julgamento das intervenções. O quarto estágio trata a avaliação com um processo dinâmico de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada ⁶.

Atualmente pode-se distinguir as avaliações que são baseadas nos métodos e técnicas daquelas que são norteadas por uma discussão teórica sobre as relações entre a intervenção, o contexto e os resultados ⁷. Esse segundo grupo de práticas de avaliação incorpora ao conceito de serviço de saúde as questões dos movimentos sociais e o conceito de Estado ampliado, onde a direção que o serviço toma é influenciada pelas disputas políticas entre grupos de forças políticas e racionalidades distintas ⁸. Nesse caso, ao se desenvolver um processo de avaliação deve-se considerar se o serviço em análise está em acordo com os valores culturais, as expectativas e as realidades sócio-econômicas dos diversos atores sociais envolvidos ⁹.

Essa nova prática avaliativa, que inclui a subjetividade e, com isso, deixa de ser um processo exclusivamente técnico, é uma tentativa de atualizar a prática institucional das “avaliações de serviço”, onde a força da dimensão técnica e da sua operacionalização, encobrem a dimensão teórico-metodológica sobre o assunto, reduzindo um amplo campo de produção de conhecimento a sua instância técnica. Tenta-se desmistificar a idéia de que a técnica tem uma indiscutível objetividade ¹⁰.

Uma prática avaliativa amplamente difundida e que apresenta este caráter extremamente técnico é a avaliação normativa. Apresenta-se com as principais vantagens desse tipo de avaliação a sua lógica conceitual, sua ênfase em relações de causa-efeito, a objetividade quantitativa e a replicabilidade. Assim, percebe-se que nesse tipo de prática, questões relacionadas com o contexto social do serviço devem também ser consideradas para que se possa obter conclusões mais consistentes sobre a qualidade dos serviços ¹.

Na avaliação normativa, empregada no projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, utilizou-se a abordagem de análise de sistemas de Donabedian, baseada no tripé estrutura-processo-resultados, considerando-se apenas os pés estrutura e processo. Para o desenvolvimento da segunda fase do projeto, um estudo de casos dos resultados, faz-se necessário hierarquizar os serviços de Farmácia Hospitalar, com base no desempenho dos mesmos na primeira fase do projeto, de modo a selecionar os melhores e piores serviços, complementando-se a estratégia original de avaliação.

No desenvolvimento da primeira fase do projeto algumas questões importantes não foram finalizadas, o que impediu a hierarquização direta dos serviços ao final da análise. As questões de maior destaque são a influencia da complexidade hospitalar sobre complexidade da Farmácia Hospitalar e as inter-relações entre as atividades desenvolvidas pelo serviço de Farmácia Hospitalar ¹.

Estima-se que o nível de complexidade dos serviços ofertados pelo hospital influencie a natureza e a complexidade das atividades realizadas pelo serviço de Farmácia Hospitalar. No estudo original, o critério usado para complexidade hospitalar foi a presença de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Entretanto, ao final da análise, notou-se que esse critério não era suficiente para representá-la adequadamente. Quando se considerou as atividades desempenhadas pelos serviços, percebeu-se que separá-los como tendo ou não UTI, não representava que um serviço seria mais complexo do que o outro e portanto, deveria ter certa atividades. Serviços sem UTI apresentaram perfil de serviço mais complexos do que unidades com UTI ¹.

A interdependência das atividades influencia diretamente o desempenho do serviço. A realização inadequada de uma atividade pode influenciar negativamente a realização de outras atividades, assim como a realização, mesmo que adequada, de uma atividade

desnecessária para o grau de complexidade do contexto hospitalar em que o serviço está inserido pode dificultar o desenvolvimento adequado das atividades essenciais. No estudo original, esta perspectiva não foi considerada, tendo os indicadores descritores das atividades sido analisados de modo independente, na maioria das vezes ¹.

O objetivo do presente trabalho é desenvolver método de análise do desempenho dos serviços de Farmácia Hospitalar considerando níveis de complexidade do hospital em que está inserido e a interdependência das atividades, com vistas à hierarquização dos serviços em termos dos elementos de estrutura e processo.

Metodologia

Do banco de 6.449 hospitais brasileiros, cadastrados pelo Ministério da Saúde, em 1998, foi constituído o universo de estudo do Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil formado por aqueles que possuíssem mais de 20 leitos. ¹¹. O ponto de corte foi escolhido a partir de um consenso de especialistas, que considerou que hospitais com 20 ou menos leitos teriam menor probabilidade de apresentar um serviço de Farmácia Hospitalar ¹².

O universo de estudo foi dividido em estratos segundo os critérios de natureza jurídica (público, privado, filantrópico e universitário) e complexidade (com e sem UTI). O tamanho de amostra calculado para estimativas conservadoras de proporções (0,50), fixando-se a precisão em $\pm 0,06$ e nível de confiança de 95%, foi de 244 hospitais. Para fim de simplificação, o tamanho da amostra foi aproximado para 250 hospitais e o número de hospitais em cada estrato foi determinado tendo-se o cuidado de manter, na amostra final, a proporcionalidade de cada

estrato no universo de hospitais ¹³. Os hospitais que integraram a amostra foram selecionados através de geração de números aleatórios.

Criou-se um modelo lógico (anexo 1) e com base neste modelo, foram definidos, por consenso de especialistas, formado pelo Grupo Técnico executivo do Projeto, 62 indicadores distribuídos conforme os componentes estabelecidos no modelo (gerenciamento, seleção de medicamentos, logística - programação, aquisição e armazenamento, distribuição, informação, seguimento farmacoterapêutico, farmacotécnica, ensino e pesquisa) ¹².

O instrumento de coleta utilizado foi um questionário composto por duas partes principais: a primeira, de caracterização geral do hospital, a ser respondida pelo diretor clínico ou seu representante, e a segunda correspondente à farmácia hospitalar, a ser respondida pelo responsável pelo setor. Após a realização do pré-teste, o questionário final contemplou 224 perguntas, abordando aspectos de estrutura e processo dos serviços ¹².

O processo de análise se baseou no modelo lógico supracitado. Todas as variáveis foram tabuladas, tendo os respectivos indicadores sido calculados e tabulados. Durante o processo de análise identificou-se a necessidade de elaborar novos indicadores, uma vez que questões que se acreditava estarem contempladas nos indicadores iniciais, não encontravam-se representadas. Uma planilha expandida de 82 indicadores foi gerada. Para o presente trabalho, os 250 hospitais analisados na primeira etapa do Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil foram reclassificados com relação ao critério de complexidade. Foi utilizado aquele estabelecido pela Portaria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (PT/SAS/MS) nº 569, de 19 de agosto de 2002, que atualizou a tabela de níveis de hierarquia dos serviços de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ¹⁴. Os níveis de hierarquia são uma classificação dos serviços de saúde de acordo com o nível de complexidade das atividades desenvolvidas, conforme apresentado no anexo 2.

Os hospitais foram classificados entre os níveis de hierarquia 5 e 8, que são os níveis que representam serviços que realizam procedimentos hospitalares. A classificação foi obtida através de consulta ao CNES ¹⁵.

A amostra obtida durante a primeira fase do Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil considerou como categoria de complexidade a presença ou ausência de leitos de UTI. Desse modo, a construção da amostra foi feita de modo a representar essa característica do universo. Como para o presente trabalho foi utilizada outra classificação de complexidade, foi verificada a distribuição de todos os estabelecimentos do país em cada um dos níveis hierárquicos de complexidade pelo CNES. A proporção dessa distribuição foi comparada com aquela obtida para a amostra de 250 hospitais de modo a verificar a existência de categorias não representadas na amostra.

A seguir, realizou-se uma caracterização da amostra dos hospitais, e seus serviços de Farmácia Hospitalar. Para tal determinou-se a frequência de hospitais por localização geográfica (unidade federativa e região) e por nível hierárquico de complexidade de acordo com o CNES.

Foram calculadas as proporções de serviços de Farmácia Hospitalar quanto: ao cumprimento aos indicadores de avaliação da estrutura e processo, à existência dos componentes do modelo lógico nos serviços, de modo a justificar a aplicação do módulo de avaliação, e à realização de cada atividade básica que deve existir em uma Farmácia Hospitalar (gerenciamento, seleção de medicamentos, logística, informação e distribuição de medicamentos) ^{16,17}. Esta última proporção foi calculada com base na execução destes serviços em bloco.

Após a descrição da amostra, passou-se à construção dos algoritmos, de acordo com o nível de complexidade hospitalar. Primeiro foram considerados quais componentes do modelo lógico tinham justificativa de serem desempenhados, dado o nível de complexidade

proposto, excetuando-se as atividades básicas que devem ser realizadas por todos os serviços, independente do nível de complexidade. Para cada nível, os componentes considerados foram:

- ◆ nível 5, onde se encontram os hospitais de baixa complexidade, foram consideradas apenas as atividades básicas;
- ◆ nível 6, onde estão incluído os hospitais de média complexidade sem serviço de apoio diagnóstico-terapêutico (SADT) ambulatorial de alta complexidade, optou-se por considerar além dos componentes básicos, os componentes farmacotécnica e seguimento farmacoterapêutico;
- ◆ nível 7, do qual fazem parte os hospitais de média complexidade com SADT ambulatorial de alta complexidade, considerou-se os mesmos componentes do nível 6, com o acréscimo de outros indicadores não considerados no nível anterior;
- ◆ nível 8, do qual fazem parte os hospitais de alta complexidade, todos os componentes foram considerados para a construção do algoritmo.

Após a determinação dos componentes a serem usados, fez-se uma análise de todos os indicadores propostos (anexo 3). Alguns indicadores foram retirados da análise por apresentarem redundância ou inconsistência (indicadores 4, 5, 5a, 5c, 6, 8a, 11, 20, 21,22, 25a, 25b, 25d, 28, 29, 30a, 43, 44a, 51 e 53). A seguir, determinou-se quais dos indicadores propostos para cada componente representavam características obrigatórias, não obrigatórias e indesejáveis, dentro de cada nível hierárquico. Ainda, caso o hospital apresentasse dado componente, ainda que não obrigatório em seu nível hierárquico, deveria apresentar, necessariamente, determinados indicadores. O cumprimento de cada indicador obrigatório foi contabilizado com um ponto. Os indicadores não obrigatórios foram contabilizados como “ponto de bonificação” somente quando

todos os indicadores obrigatórios estavam presentes. A presença de indicadores indesejáveis anulou a pontuação do componente.

Um caso particular é do componente distribuição, onde os indicadores 13, 14, 15 e 16 representam cada sistema de distribuição diferente. Somente um deles pode ser apresentado por cada serviço. Nesse caso, optou-se por escalonar a pontuação conferida de acordo com a complexidade de cada sistema. O sistema coletivo (indicador 14) teve pontuação igual a 1; o sistema misto (indicador 15) teve pontuação igual a 1,25; o sistema de distribuição de medicamentos por prescrição individualizada (indicador 13) teve pontuação igual a 1,5; e o sistema de dose unitária (indicador 16) teve pontuação igual a 1,5. Para o nível 5, considerou-se que o sistema coletivo seria aceitável e os outros seriam bonificáveis, o que é conseguido com a pontuação escalonada para os sistemas. Para o nível 6, o sistema misto foi considerado o mínimo, os outros bonificáveis, enquanto que a presença do sistema coletivo foi considerada indesejável e, quando presente, levou à perda da pontuação do componente. Para o nível 7, considerou-se aceitável o sistema misto ou por prescrição individualizada, sendo o segundo preferível ao primeiro, o sistema de dose unitária bonificável e o sistema coletivo, indesejado. Para o nível 8, considerou-se aceitável os sistemas de distribuição por prescrição individualizada e por dose unitária, sendo o segundo preferível ao primeiro, e os coletivos e mistos, indesejáveis.

Os algoritmos para cada nível hierárquico são apresentados no anexo 4.

Ainda que sejam todos obrigatórios, alguns componentes são mais importantes para o desempenho a contento do serviço do que outros. Por este motivo, o Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil determinou pesos fixos aos componentes ¹², partindo do pressuposto de que todos estariam presentes na grade de análise. Os pesos foram determinados com base na literatura científica, associada com a avaliação dos especialistas, baseando-se na

influência que o componente teria na realização de uma adequada assistência farmacêutica hospitalar pelo serviço. A falta de um componente implicaria em peso zero.

Alternativamente, no modelo construído, os pesos foram rearranjados, guardando as mesmas proporções iniciais, nos casos em que nem todos os componentes estavam presentes na grade de análise (anexo 4). Em algumas situações, componentes que não eram obrigatórios em dado nível de complexidade eram realizados pelos serviços. Nesses casos, a entrada de um componente fez com que os pesos fossem rearranjados, considerando esse novo componente e as proporções iniciais dos pesos.

A pontuação final de cada hospital dentro de um dado nível hierárquico foi obtida através do somatório da pontuação dos indicadores ponderado por componente, o que permitiu hierarquizar os hospitais de acordo com o desempenho frente ao modelo lógico proposto. A pontuação obtida foi comparada com a pontuação ideal dado o algoritmo proposto, sendo o resultado expresso na forma de percentual de aproximação. O percentual de aproximação também foi analisado sob três categorias, *baixa, média e alta pontuação*, que foram estabelecidas considerando três partes iguais em uma escala de 0 a 100%. De 0 a 33,3% tem-se a categoria baixa pontuação; de 33,4 a 66,6%, a categoria média; e de 66,7 a 100%, a categoria alta.

Resultados e Discussão

A distribuição dos hospitais segundo a classificação do CNES de níveis hierárquicos mostrou no universo de hospitais elegíveis, 11,5% dos hospitais no nível hierárquico 5; 58,7%, no nível 6; 12,7%, no nível 7; 16,2%, no nível 8; e 1,0% sem dado de nível hierárquico. Na amostra em estudo, 6,8% (17) dos hospitais estavam no nível hierárquico 5; 64,0% (160), no

nível 6; 12,4% (31), no nível 7; 13,6% (34), no nível 8; e 3,2% (8) sem dado de nível hierárquico. Assim, a presente amostra pode ser abordada sob o critério de níveis hierárquicos, para melhor delimitar as diferenças de contexto, e caracterizar as diferenças entre as atividades a serem desempenhadas pelos serviços, em decorrência do meio onde estão inseridos.

A distribuição dos hospitais da amostra tem configuração semelhante à do universo. Identifica-se que há um maior número de hospitais dentro dos dois níveis mais baixos de complexidade hospitalar, representando tanto no universo quanto na amostra mais de 70% das unidades hospitalares brasileiras. O nível de complexidade mais representativo é o nível 6, onde estão os hospitais de média complexidade sem serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) ambulatorial de alta complexidade.

O recorte usado para a seleção da amostra não utilizou o critério de regionalidade, para estratificação da amostra. No entanto, ele permite algumas considerações com relação ao perfil de distribuição territorial. A frequência dos hospitais por unidade federativa, de acordo com o nível hierárquico, apresentou a distribuição demonstrada no anexo 5. Quando se agrupa por região, verifica-se que 33,6% dos hospitais estão localizados no Sudeste, 28,4% no Nordeste, 18,0% no Sul, 14% no Centro-Oeste e 6% no Norte. Por nível de complexidade, 52,9% dos hospitais de alta complexidade (nível 8) estão na Região Sudeste e 41,9% dos hospitais de média complexidade com SADT ambulatorial de alta complexidade (nível 7) também estão localizados no Sudeste. Os hospitais de média complexidade sem SADT ambulatorial de alta complexidade (nível 6) apresentam uma distribuição entre as regiões comparável com a distribuição geral dos hospitais, 30,6% no Sudeste, 29,4% no Nordeste, 20% no Sul, 13,1% no Centro-Oeste e 6,9% no Norte. Dos hospitais de baixa complexidade (nível 5), 47,1% estão localizados na região Nordeste.

Percebe-se que há uma distribuição desigual entre a rede hospitalar brasileira, onde a Região Sudeste apresenta a maior concentração hospitalar e a maior concentração de hospitais de maior complexidade do país. A Região Nordeste também apresenta uma grande concentração de hospitais, entretanto destes, 77,5% são hospitais de menor complexidade (níveis 5 e 6). Essas desigualdades demonstram que além do maior acúmulo de hospitais na Região Sudeste, estes contemplam proporção razoavelmente equilibrada todos os níveis de complexidade. Esta situação pode levar a migração de pacientes em busca de serviços mais complexos, devido à reduzida oferta em suas regiões. Isso leva ao enfraquecimento das redes instaladas em outras regiões e a sobrecarga dos serviços da Região Sudeste.

O algoritmo proporcionou a estruturação de uma nova planilha de 62 indicadores. São estes os indicadores que permitiram a identificação, no interior dos estratos, do elenco dos melhores e piores hospitais. A eliminação de diversos indicadores no momento da elaboração do algoritmo foi fruto de crítica, quanto à sua redundância e à sua capacidade explicativa, frente aos demais. Estes indicadores foram aplicados à distribuição do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Presume-se, no entanto, que sua aplicação a outros hospitais possa proporcionar uma classificação mais adequada desses, do que aquela anteriormente proposta.

O cálculo da proporção de cumprimento dos serviços de Farmácia Hospitalar aos indicadores criados para a avaliação de estrutura e processo dos serviços evidenciou um valor baixo de cumprimento da maior parte dos indicadores, incluindo os indicadores de atividades básicas da Farmácia Hospitalar. Não se percebe diferença quando analisada por nível de complexidade. A se considerar todos os indicadores, sem recortá-los por adequação ao nível de complexidade, era de se esperar um cumprimento melhor por parte dos hospitais de maior complexidade. Isto não ocorreu. Independentemente do grau de complexidade dos hospitais ocorre o descumprimento da maioria dos indicadores, o que pode caracterizar um sinal de mau

desempenho dos serviços. O descumprimento das atividades, principalmente as essenciais, pode estar reduzindo a efetividade das atividades, acarretando erros com potencial de risco para a saúde dos pacientes.

A análise quanto à presença dos componentes mostrou que a distribuição de medicamentos esteve presente em 249 dos 250 hospitais analisados. Essa é uma das funções básicas a serem desempenhadas e não há registro da ocorrência de um serviço de Farmácia Hospitalar que não distribua medicamentos aos pacientes. O hospital onde não havia distribuição está desativado e fora da classificação do CNES, não fazendo parte da presente análise.

O gerenciamento foi o segundo componente mais presente, apresentando uma maior presença em hospitais de maior complexidade (91,2% dos hospitais de nível 8 e 96,8 dos de nível 7) do que em hospitais de menor complexidade (64,7% dos hospitais de nível 5 e 76,3% dos de nível 6). Isso significa que existe uma parcela de hospitais que não apresenta formalização da atividade gerencial, o que pode acarretar problemas organizacionais que comprometem o rendimento do serviço.

A logística e a seleção foram os componentes que se seguiram em frequência, sendo tanto maior a sua presença quanto maior o grau de complexidade do serviço. Quando a logística é decomposta em três das suas etapas, a aquisição, a programação e o armazenamento, percebe-se maior presença do armazenamento, seguido pela aquisição e em último a programação. Pode-se imaginar que esse descompasso entre a realização das atividades vem enfraquecendo o desenvolvimento da logística, uma vez que para a sua correta realização é necessário o cumprimento de todas as etapas. A seleção de medicamentos é a responsável pela determinação do elenco de medicamentos fornecido pelo hospital. A não realização dessa atividade de forma adequada faz com que não se saiba o que deve ser comprado para garantir o atendimento dos pacientes. Falhas da logística e da seleção podem acarretar desperdícios de

recursos humanos e financeiros, além da não garantir as necessidades dos hospitais quanto ao fornecimento dos medicamentos.

A informação, a farmacotécnica, o seguimento farmacoterapêutico e o ensino e pesquisa apresentaram baixa presença nos hospitais avaliados, sendo que sua frequência aumenta proporcionalmente à complexidade. A informação é uma das atividades básicas da Farmácia Hospitalar e a sua baixa presença nos hospitais demonstra que os serviços estão omissos quanto à garantia do uso seguro e racional dos medicamentos. As outras atividades são *secundárias*¹⁷ e por isso, não precisam estar presentes em todos os serviços. Sua presença deve depender da complexidade.

Vale ressaltar que as considerações feitas com relação a presença dos componentes caracterizam tão somente a presença de algumas das atividades referentes ao componente em análise, sem considerar questões quanto à realização de múltiplas atividades necessárias para o bom desempenho do serviço naquele componente.

Uma outra análise determinou a proporção de hospitais que realizavam todas as atividades básicas, por nível hierárquico. No nível hierárquico 5, nenhum serviço de Farmácia Hospitalar apresentou todos os componentes básicos; no nível hierárquico 6, apenas 1,3% (2/160) dos serviços de Farmácia Hospitalar apresentaram todos os componentes básicos; no nível hierárquico 7, 9,7% (3/31) dos serviços de Farmácia Hospitalar; e no nível 8, 5,9% (2/34) dos serviços de Farmácia Hospitalar. Percebe-se que a grande parte dos serviços não desempenha o conjunto das atividades básicas, sinalizando uma inadequação do serviço, uma vez que esse conjunto é fundamental para que o serviço desempenhe a sua função principal de assistência farmacêutica aos pacientes hospitalizados.

Após a descrição da amostra, foram aplicados os algoritmos de cada nível hierárquico aos serviços de Farmácia Hospitalar daquele nível para a obtenção da pontuação dos

serviços frente ao arranjo das atividades proposta. Para o nível 5, a pontuação ideal foi de 470 pontos e os serviços de Farmácia Hospitalar estudados apresentaram pontuações entre 223,5 pontos e 51 pontos, ou seja, o melhor serviço alcançou 47,6% da pontuação ideal e o pior serviço, 10,9%. O melhor serviço analisado foi o de um hospital filantrópico sem UTI de Santa Catarina e o pior serviço analisado foi o de um hospital privado sem UTI do Rio Grande do Sul.

Para o nível 6, a pontuação ideal foi de 624,9 e os serviços de Farmácia Hospitalar estudados apresentaram pontuações entre 401,5 pontos e 41,5 pontos, ou seja, o melhor serviço alcançou 64,3% da pontuação ideal e o pior serviço, 6,6%. O melhor serviço analisado foi o de um hospital privado sem UTI de Minas Gerais e o pior serviço analisado foi o de um hospital filantrópico sem UTI de Mato Grosso do Sul.

Para o nível 7, a pontuação ideal foi de 830,8 e os serviços de Farmácia Hospitalar estudados apresentaram pontuações entre 462,5 pontos e 72,5 pontos, ou seja, o melhor serviço alcançou 55,7% da pontuação ideal e o pior serviço, 8,7%. O melhor serviço analisado foi o de um hospital público sem UTI de Minas Gerais e o pior serviço analisado foi o de um hospital privado sem UTI do Ceará.

Para o nível 8, a pontuação ideal foi de 884,3 e os serviços de Farmácia Hospitalar estudados apresentaram pontuações entre 544,5 pontos e 105 pontos, ou seja, o melhor serviço alcançou 61,6% da pontuação ideal e o pior serviço, 11,9%. O melhor serviço analisado foi o de um hospital universitário com UTI do Rio Grande do Sul e o pior serviço analisado foi o de um hospital privado sem UTI do Paraná.

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*, *média* e *baixa pontuação*, pode-se dizer que nenhum serviço de Farmácia Hospitalar alcançou o patamar de *bom*. Mais alarmante é constatar que no nível 5, 70,6% dos serviços de Farmácia Hospitalar

estariam na categoria insuficiente; no nível 6, 71,9% dos serviços; no nível 7, 61,3% dos serviços; e no nível 8, 55% deles. Isso demonstra total indignação dos serviços de Farmácia Hospitalar, independentemente do nível de complexidade. Seu significado sanitário é de que esses serviços podem vir a causar mais risco do que benefício à população usuária.

Ainda, nos níveis de maior complexidade 8, 7 e 6, os serviços analisados como melhores são os de hospitais públicos, filantrópicos ou universitários. Os piores serviços são, em sua maioria, os de hospitais privados. No nível de menor complexidade 5, tanto os melhores quanto os piores serviços eram privados. Isso pode estar indicando uma maior inadequação dos serviços privados aos padrões mínimos de qualidade para o desempenho de uma Assistência Farmacêutica hospitalar correta e segura, enquanto os serviços de caráter público, onde se inclui não só os hospitais do serviço público nas três esferas governamentais, como também os hospitais filantrópicos e universitários, apresentam maior adequação na qualidade do serviço.

A idéia de que a hierarquização proposta pode ser capaz de diferenciar os melhores e piores serviços é corroborada pela análise de casos específicos da amostra. Quando, por exemplo, se analisa os dois hospitais considerados como os melhores do nível hierárquico 8 contra os dois hospitais que apresentam os piores desempenhos, percebe-se nos piores serviços a ausência completa de vários componentes que deveriam ser realizados, dado o nível de complexidade do serviço, além da presença de atividades realizadas da forma mais incipiente possível, quando se esperaria cuidado maior (por exemplo, no que tange ao sistema de distribuição – os piores desempenhos ocorreram em hospitais com sistema coletivo). Ao mesmo tempo, os hospitais de melhor desempenho apresentaram maior adequação dos componentes sendo realizados, uma maior coordenação entre as atividades desenvolvidas e a presença de atributos pertinentes ao nível de complexidade hospitalar em que se inserem. Análises semelhantes realizadas nos outros níveis de complexidade apresentaram resultados concordantes

com os expressos acima. Esta parece ser uma indicação de que o método desenvolvido foi capaz de discriminar serviços de Farmácia Hospitalar quanto à estrutura e ao processo.

Os resultados da hierarquização utilizando a abordagem proposta demonstraram uma boa capacidade de diferenciação dos serviços. A validade de conteúdo dessa abordagem, ou seja, a aparente coerência entre o que se quer medir e o instrumento de medida, pode ser defendida com base nessa capacidade de diferenciação. Ressalta-se também o fato de que a validade de conteúdo dos indicadores de estrutura e processo utilizados foi estabelecida por painel de especialistas. Assim, os dados apresentados fornecem um indicativo de validade de conteúdo da abordagem empregada para hierarquização dos hospitais.

A validade de constructo, ou seja, a relação entre os conceitos teóricos e sua operacionalização, é sugerida pela coerência das observações sobre estrutura e processo das FH analisadas com o que se conhece dos hospitais onde estão inseridas. Entretanto, essa suposta validade depende da avaliação de resultados ainda a ser desenvolvida para complementar os resultados até agora encontrados.

A validade de critério, capacidade do instrumento em medir atributos de acordo com um critério externo, também será verificada na avaliação de resultados. O grau de aprofundamento da análise possível no estudo de caso proposto e os elementos de resultado a serem agregados, poderá gerar o referencial externo para validar os indicadores. Entretanto essa verificação de validade pode ser comprometida pelo pequeno número de unidades de análise próprios dos estudos de casos.

Conclusões

A abordagem desenvolvida para hierarquizar os hospitais com base no desempenho dos serviços de Farmácia Hospitalar determinado por indicadores de estrutura e processo, considerando questões do contexto hospitalar e da interdependência de atividades, mostrou-se capaz de diferenciar os serviços e assim, determinar os melhores e piores serviços.

A aplicabilidade direta dessa abordagem foi a hierarquização dos Hospitais integrantes do estudo Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil, permitindo-se determinar os hospitais a serem estudados na segunda fase do projeto. Entretanto, os indicadores propostos e os algoritmos criados apresentam aparente validade, o que permite a sua aplicação em outros contextos. Acredita-se que essa proposta pode contribuir para aplicações futuras de métodos de avaliação de Farmácia Hospitalar.

Referências Bibliográficas

1. MESSEDER AM, CAMACHO LAB, OSORIO-DE-CASTRO, CGS. O Papel da Complexidade do Contexto Hospitalar e da Interdependência de Atividades em uma Avaliação Normativa de Estrutura e Processo de Serviços Farmácia Hospitalar: questões a serem discutidas (artigo a ser submetido a publicação)
2. MARIN N, COSENDEY MAE, LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, CASTRO M, CASTILHO SR, *et al.* Porque Diagnosticar a Situação da Farmácia Hospitalar no Brasil? In: OSÓRIO-DE CASTRO CGS, CASTILHO SR, organizadoras. Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. p. 17-33.
3. WHO (47^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD). Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud: Función del Farmacéutico en apoyo de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos. World Health Assembly 47.12; 1994.
4. CONTRADIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.

5. UCHIMURA KY, BOSI MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(6):1561-69.
6. GUBA EG, LINCOLN YS. *Fourth Generation Evaluation*. Beverly Hills: Sage Publications; 1990.
7. CHEN, TH. *Theory-Driven Evaluations*. Beverly Hills: Sage Publications; 1990.
8. COHEN E, FRANCO R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 1993.
9. ATKINSON J. Anthropology in Research on the Quality of Health service. *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9: 283-99.
10. DESLANDES SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13 (1):103-07
11. PEDERSEN CA, SCHNEIDER PJ, SANTELL JP, KELLY EJ. ASHP national survey of pharmacy practice in acute care settings: monitoring, patient education, and wellness – 2000. *Am J. Health-Syst Pharm* 2000; 57: 2171-87.
12. OSÓRIO-DE CASTRO CGS, CASTILHO SR, organizadoras. *Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
13. DAWSON B, TRAPP RG. *Basic and Clinical Biostatistics*. New York: Lange/Mac Graw-Hill; 2001.
14. DATASUS. Portaria nº 569, de 19 de agosto de 2002. <http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-569.htm> (acessado em 14/Mai/04).
15. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br> (acessado em 14/Mai/04).
16. CCIH / MS (Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar / Ministério da Saúde). *Guia Básico para Farmácia Hospitalar*. Brasília DF: MS; 1994.
17. CFF (Conselho Federal de Farmácia). *Manual Básico de Farmácia Hospitalar*. Brasília DF: Conselho Federal de Farmácia; 1997.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A avaliação de serviços de saúde vem se tornando cada vez mais uma prática corriqueira devido ao seu papel duplamente importante: a racionalização da aplicação de recursos financeiros e humanos e a melhoria de qualidade de atenção ao paciente.

Na área da Farmácia Hospitalar, o desenvolvimento desta atividade ainda é pequeno e, no caso do Brasil, incipiente. Com a realização do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil houve uma mudança nesse panorama, pela sua contribuição para o conhecimento da situação dos serviços, seus pontos fortes e fracos.

Por se tratar de um estudo de escala nacional, um complexo processo metodológico foi desenvolvido para sua realização. Embora atendendo às expectativas de fornecer resultados concretos quando da finalização do projeto, o arcabouço metodológico deixou pontos importantes a esclarecer, sem os quais não seria possível avaliar, de forma mais detalhada, o desempenho dos serviços: a influência exercida pela complexidade do hospital e a importância das relações entre as atividades da farmácia hospitalar. Uma vez contornados esses pontos, estimou-se então a possibilidade de hierarquizar os serviços.

No desenvolvimento deste trabalho, houve oito hospitais cuja inclusão na análise foi impossibilitada por não integrarem a tabela do CNES. Esses hospitais não fazem parte do cadastro nacional. Estima-se que esta perda não comprometeu a realização desta análise.

A técnica originalmente proposta, análise de correspondência, não pode ser usada, – não pela metodologia em si, mas pelas características dos dados trabalhados. Esta limitação ensejou a aplicação de técnica alternativa, que contribuiu para o cumprimento dos objetivos propostos. A metodologia empregada, no entanto, não é validada, embora encontre suporte na coerência dos resultados apresentados na análise individual de casos. A validade da proposta

metodológica encontrará confirmação no desenvolvimento do estudo de casos a ser realizado na segunda fase do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil.

O trabalho foi capaz de discutir propostas de enfrentamento dos problemas originados no Projeto citado. O desenvolvimento dessas propostas, sob forma de nova abordagem metodológica, foi capaz, por sua vez, de fornecer como produtos: nova planilha de 62 indicadores, um algoritmo de desempenho de atividades para a farmácia hospitalar – baseado na planilha - e uma tabela de hospitais, hierarquizados por desempenho de seus respectivos serviços, de acordo com o nível de complexidade no qual se inserem.

9. ANEXOS

ANEXO 1 : Modelo Lógico

COMPONENTE	GERENCIAMENTO	SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	LOGÍSTICA	INFORMAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	FARMACOTÉCNICA	ENSINO E PESQUISA
OBJETIVO DA IMPLANTAÇÃO	prover a 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 demanda de medicamentos, armazená-los de forma adequada às unidades ou 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organogramas institucionais ✓ POPs ✓ RH adequados em n° e qualidade ✓ Planos de curto, médio e longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relação de medicamento (RM) ✓ Protocolos terapêuticos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilidade contínua de medicamentos e correlatos de qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atendimento de informações solicitadas ✓ Guia Terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Distribuição do medicamento prescrito, para o paciente certo, em condições adequadas de uso e no momento certo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorização terapêutica do paciente ✓ Elaboração de perfil farmacoterapêutico ✓ Monitorização de RAM 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Individualização de doses ✓ Fracionamento de sólidos e líquidos orais ✓ Preparações estéreis (misturas IV, NPT, QT) e não estéreis 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa de ensino e educação continuada ✓ Produção científica
EFEITO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resultados de qualidade adequados às necessidades do paciente e da instituição ✓ Cumprimento do plano de objetivos e metas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adesão dos prescritores à RM ✓ Aquisição de medicamentos de acordo com a RM ✓ Racionalização da prescrição 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suprimento das necessidades de medicamentos e correlatos de acordo com a missão e objetivos (perfil de atendimento) do hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes, profissionais de saúde e gestores informados 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Racionalização da prescrição ✓ Redução de erros de medicação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso racional de medicamentos ✓ Racionalização da prescrição ✓ Redução de erros de medicação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Provisão adequada de produtos de qualidade às necessidades individuais dos pacientes e do hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formação de estudantes em nível de graduação e pós-graduação

ANEXO 2: Níveis de Hierarquia dos Serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de acordo com a PT/SAS/MS nº 569/02

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
01	Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica –PAB e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada definidos pela NOAS.
02	Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 1º nível de referência – M1.
03	Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 2º nível de referência - M2.e /ou de 3º 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 de 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 de 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: Datasus

ANEXO 3: Planilha de Indicadores

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Logística- Programação				
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 ¹ .	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 ² .	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 ³ .	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 ⁴ .	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).

¹ Definição adaptada de GIRÓN NA & D'ALESSIO R., 1997. Guía para el desarrollo servicios farmacéuticos hospitalarios: logística del suministro de medicamentos. Serie Medicamentos esenciales y tecnología, nº5.2. Washington, DC: OPS.

² WHO (World Health Organization), 1994. Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual. Geneva: WHO.

³ MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

⁴ MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Logística – Aquisição				
4	E	Porcentagem de hospitais que possuem cadastro de fornecedores.	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 ⁵ .	Nº de hospitais que possuem o cadastro, dividido pelo nº de hospitais (x100).
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 ⁶ .	Nº de hospitais que possuem o cadastro, dividido pelo nº de hospitais que realizam aquisição (x100).
5	E	Porcentagem de hospitais onde o farmacêutico é responsável pela definição das especificações técnicas completas da compra.	Especificações técnicas incluem especificações de qualidade, obrigatoriedades técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ⁷ .	Número de hospitais onde o farmacêutico é responsável pela definição das especificações técnicas completas da compra, dividido pelo número de hospitais visitados (x100).

⁵ Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cadernos de Saúde Pública, 15(4): 769-776. BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 dez. 1973. BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 set. 1976. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. Protocolo para aquisição de medicamentos em instituições públicas de saúde. Revista Brasileira de Farmácia, 77(3): 85-87.

⁶ Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cadernos de Saúde Pública, 15(4): 769-776. BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 dez. 1973. BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 set. 1976. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. Protocolo para aquisição de medicamentos em instituições públicas de saúde. Revista Brasileira de Farmácia, 77(3): 85-87.

⁷ Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cadernos de Saúde Pública, 15(4): 769-776. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. Protocolo para aquisição de medicamentos em instituições públicas de saúde. Revista Brasileira de Farmácia, 77(3): 85-87. BRASIL, 1993b. Lei nº 8666, 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. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 116, seção 1, pp. 8269-8281, de 21/06/93.

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Logística – Aquisição (Continuação)				
5a	E	Porcentagem de hospitais onde existem algumas das especificações técnicas da compra.	Especificações técnicas incluem especificações de qualidade, obrigações técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ⁸ .	Número de hospitais onde há definição das especificações técnicas da compra, dividido pelo número de hospitais visitados (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, obrigações técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ⁹ .	Número de hospitais onde o farmacêutico é responsável pela definição das especificações técnicas da compra, dividido pelo número de hospitais que elaboram especificações técnicas (x100).
5c	E	Porcentagem de hospitais onde, havendo especificações técnicas elaboradas pelo farmacêutico, estas são completas.	Especificações técnicas incluem especificações de qualidade, obrigações técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ¹⁰ .	Número de hospitais onde o farmacêutico é responsável pela definição completa das especificações técnicas da compra, dividido pelo número de hospitais onde o farmacêutico elabora alguma especificação técnica (x100).
5d	E	Porcentagem de hospitais onde existem algumas das especificações técnicas da compra, dentre os que compram.	Especificações técnicas incluem especificações de qualidade, obrigações técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ¹¹ .	Número de hospitais onde há alguma das especificações técnicas da compra, dividido pelo número de hospitais que compram (x100).

⁸ Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cadernos de Saúde Pública, 15(4): 769-776. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. Protocolo para aquisição de medicamentos em instituições públicas de saúde. Revista Brasileira de Farmácia, 77(3): 85-87. BRASIL, 1993b. Lei no8666, 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. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 116, seção 1, pp. 8269-8281, de 21/06/93.

⁹ Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cadernos de Saúde Pública, 15(4): 769-776. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. Protocolo para aquisição de medicamentos em instituições públicas de saúde. Revista Brasileira de Farmácia, 77(3): 85-87. BRASIL, 1993b. Lei no8666, 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. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 116, seção 1, pp. 8269-8281, de 21/06/93.

¹⁰ Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cadernos de Saúde Pública, 15(4): 769-776. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. Protocolo para aquisição de medicamentos em instituições públicas de saúde. Revista Brasileira de Farmácia, 77(3): 85-87. BRASIL, 1993b. Lei no8666, 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. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 116, seção 1, pp. 8269-8281, de 21/06/93.

¹¹ Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cadernos de Saúde Pública, 15(4): 769-776. OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. Protocolo para aquisição de medicamentos em instituições públicas de saúde. Revista Brasileira de Farmácia, 77(3): 85-87. BRASIL, 1993b. Lei no8666, 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. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 116, seção 1, pp. 8269-8281, de 21/06/93.

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Logística – Aquisição (Continuação)				
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, obrigatoriamente técnicas do edital (se houver) e julgamento técnico do processo ¹² .	Número de hospitais onde há especificações técnicas completas realizadas pelo farmacêutico, dividido pelo número de hospitais que compram (x100).
6	P	Porcentagem de hospitais que se utilizam de banco de preços para acompanhamento dos processos de compra.	Banco de preços são cadastros de preços de medicamentos de fontes diversas ¹³ .	Nº de hospitais que utiliza banco de preços, dividido pelo nº de hospitais analisados (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 ¹⁴ .	Nº de hospitais que utiliza banco de preços, dividido pelo nº de hospitais que realizam compra (x100).
Logística – Armazenamento				
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 ¹⁵ .	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 ¹⁶ .	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).

¹² Adaptado de LUIZA VL, OSÓRIO DE CASTRO CGS & NUNES JM, 1999. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cadernos de Saúde Pública, 15(4): 769-776.

OSÓRIO DE CASTRO CGS & RIBEIRO DCS, 1996. Protocolo para aquisição de medicamentos em instituições públicas de saúde. Revista Brasileira de Farmácia, 77(3): 85-87.

BRASIL, 1993b. Lei nº 8666, 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. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, no 116, seção 1, pp. 8269-8281, de 21/06/93.

¹³ MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

¹⁴ MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

¹⁵ VECINA NETO G & REINHART FILHO W. 1998. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: FSP/USP.

MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

¹⁶ VECINA NETO G & REINHART FILHO W. 1998. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: FSP/USP.

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Logística – Armazenamento (Continuação)				
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 ¹⁷ .	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).
8a	P	Porcentagem de FH que possuem sistema de controle de estoque informatizado.	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 ¹⁸ .	Nº de FH que possuem sistema de controle de estoque informatizado na almoxarifado de medicamentos, dividido pelo nº de FH analisadas(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 ¹⁹ .	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).
11	P	Porcentagem média de medicamentos indicadores com prazo de validade vencido na farmácia hospitalar.	Porcentagem de medicamentos indicadores com prazo de validade vencido, em relação ao total de medicamentos indicadores analisados ²⁰ .	1)Número de princípios ativos com prazo de validade vencido 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.

MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

¹⁷ VECINA NETO G & REINHART FILHO W. 1998. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: FSP/USP.

MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

¹⁸ VECINA NETO G & REINHART FILHO W. 1998. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: FSP/USP.

MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

¹⁹ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 1999. Resolução nº 327, de 22 de julho de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília Nº 141-E Brasília - DF, 26/07/99.

²⁰ WHO (World Health Organization), 1994. *Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual*. Geneva: WHO.

RPM (Rational Pharmaceutical Management Project), 1995. *Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach*. USA: Kumarian Press

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Logística – Armazenamento (Continuação)				
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 ²¹ .	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.
Distribuição				
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. ²²	1)Número das boas práticas de dispensação de medicamentos observados, dividido pelo das boas práticas de dispensação de med. 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 ²³ .	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 ²⁴ .	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 ²⁵ .	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 ²⁶ .	Nº de FH que possui farmácia(s) satélite(s), dividido pelo nº de FH analisadas (x100)

²¹ WHO (World Health Organization), 1994. Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual. Geneva: WHO.

RPM (Rational Pharmaceutical Management Project), 1995. Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach. USA: Kumarian Press

²² BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 1999. Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília Nº 141-E Brasília - DF, 26/07/99.

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.

²³ MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

²⁴ MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. West Hartford: Kumarian Press.

²⁵ Definição adaptada de GIRÓN NA & D'ALESSIO R., 1997. Guía para el desarrollo servicios farmacéuticos hospitalarios: sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias. Serie Medicamentos esenciales y tecnologia, nº5.3. Washington, DC: OPS.

²⁶ GIRÓN NA & D'ALESSIO R., 1997. Guía para el desarrollo servicios farmacéuticos hospitalarios: sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias. Serie Medicamentos esenciales y tecnologia, nº5.3. Washington, DC: OPS.

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Gerenciamento				
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 ²⁷ 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).
20	E	Porcentagem de FH que estão ligadas diretamente à área clínica ou à direção geral.	Porcentagem de FH que, na estrutura organizacional do hospital, estão ligadas diretamente à área clínica ou à direção geral	Nº de FH que está ligada diretamente à área clínica ou à direção geral na estrutura organizacional do hospital, dividido pelo número de hospitais analisados (x100)
21	E	Relação farmacêutico/leitos	Número total de leitos ativos por número de farmacêuticos na FH.	Número de leitos ativos dividido pelo número total de farmacêuticos.
22	E	Relação funcionários da farmácia/leitos	Relação entre o número de leitos ativos e o número de funcionários, exceto farmacêuticos.	Número número total de leitos ativos dividido pelo número de funcionários, exceto farmacêuticos.
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).

²⁷ 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).

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Gerenciamento (Continuação)				
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).
25a	E	Porcentagem de farmacêuticos em FH que possuem curso de pós-graduação, <i>latu</i> ou <i>strictu sensu</i>	Curso de pós-graduação <i>latu sensu</i> e <i>strictu sensu</i> , reconhecido pelo MEC.	Nº de farmacêuticos com curso de pós-graduação dividido pelo número total de farmacêuticos na farmácia hospitalar (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).
25b	E	Porcentagem de farmacêuticos em FH que possuem curso de pós-graduação <i>strictu sensu</i>	Curso de pós-graduação <i>strictu sensu</i> , reconhecido pelo MEC.	Nº de farmacêuticos com curso de pós-graduação <i>strictu sensu</i> dividido pelo número total de farmacêuticos na farmácia hospitalar (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)..
25d	E	Porcentagem de FH que possuem farmacêuticos com curso de pós-graduação, dentre as FH que possuem farmacêutico.	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 com farmacêutico (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).
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)

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Gerenciamento (Continuação)				
28	P	Porcentagem de hospitais em que há participação do farmacêutico 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 analisados (x100)
29 ^a	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).
29	P	Porcentagem de hospitais em que há participação do farmacêutico na Comissão de Suporte Nutricional.	Participação do farmacêutico da FH como membro efetivo da Comissão de Suporte Nutricional, comprovado em atas e/ou designação.	Nº de hospitais em que o há participação do farmacêutico da FH na Comissão de Suporte Nutricional, dividido pelo nº de hospitais analisados (x100).
Seleção				
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)
30 ^a	P	Porcentagem de hospitais que possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica.	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, dividido pelo número de hospitais visitados (x100)
31		Porcentagem de hospitais que possuem Relação de Medicamentos atualizada.	Relação de Medicamentos é a seleção de medicamentos para tratar as enfermidade mais frequentes 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 clinica atual da equipe de saúde.	Nº de hospitais que dispõe de formulário farmacoterapêutico, dividido pelo número de hospitais visitados (x100)

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Farmacotécnica				
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 ²⁸ .	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 ²⁹ .	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 ¹⁹ .	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 ³⁰ .	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).

²⁸ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

²⁹ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

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

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Farmacotécnica (Continuação)				
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 ³¹	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 ³² .	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 ³³ .	Nº de FH que contempla CQ, dividido pelo nº de FH analisadas que manipulam medicamentos não estéreis (x100).
43		Porcentagem de FH que executa manipulação de medicamentos.	Manipulação de medicamentos envolve o preparo de formulações não estéreis ou estéreis.	Nº de FH que contempla manipulação, dividido pelo nº de FH analisadas (x100).
44a	P	Porcentagem de FH que, executando apenas fracionamento, contempla controle de qualidade dos medicamentos fracionados.	Fracionamento é divisão de uma especialidade farmacêutica em doses que atendam a prescrição médica ³⁴ .	Nº de FH que dispõe de controle de qualidade dos medicamentos fracionados, dividido pelo número de FH analisadas que fracionam medicamentos (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 ³⁵ .	Nº de FH que dispõe de CQ dos medicamentos fracionados, dividido pelo número de FH analisadas (x100).

³¹ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

³² 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.

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

³⁴ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

³⁵ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2000. Resolução RDC Nº 33, de 19 de abril de 2000.

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Informação				
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 ³⁶ .	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 ³⁷ , 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)

³⁶ D'ALESSIO R, BUSTO U, GIRÓN N, 1997. Guía para el desarrollo servicios farmacéuticos hospitalarios: información de medicamentos. Serie Medicamentos esenciales y tecnologia, nº5.4. Washington, DC: OPS.

³⁷ PEPE VLE & OSORIO-de-CASTRO CGS. 2000. Cadernos de Saúde Pública, 16(3): 815-822.

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Seguimento Farmacoterapêutico				
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 ³⁸ .	Nº de FH que realiza consulta farmacêutica formal a pacientes internados, dividido pelo nº de FH analisadas (x100)
51		Porcentagem de pacientes internados atendidos em consulta farmacêutica formal	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 ³⁹ .	Nº de pacientes internados atendidos em consulta farmacêutica formal, dividido pelo nº de FH analisadas que realizam consulta farmacêutica formal (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)
53		Porcentagem de hospitais que contam com a participação da FH na atividade de monitoração terapêutica de pacientes hospitalizados.	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 de pacientes hospitalizados com a participação da FH, dividido pelo nº de hospitais analisados (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

³⁸ GIRÓN NA & RODRÍGUEZ MB., 1997. Guía para el desarrollo servicios farmacéuticos hospitalarios: atención farmacéutica al paciente ambulatorio. Serie Medicamentos esenciales y tecnología, nº5.5. Washington, DC: OPS.

³⁹ GIRÓN NA & RODRÍGUEZ MB., 1997. Guía para el desarrollo servicios farmacéuticos hospitalarios: atención farmacéutica al paciente ambulatorio. Serie Medicamentos esenciales y tecnología, nº5.5. Washington, DC: OPS.

		COMPONENTE DO PROGRAMA / DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO
Ensino e Pesquisa				
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 4 :Algoritmos

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>	—	<i>11</i>	—	—
<i>Seguimento Farmacoterapêutico</i>		<i>54 (oblig se entrar no módulo)</i>	<i>49, 50, 52</i>	<i>53a</i>	—	—	<i>9</i>	—
<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.

Nível Hierárquico 6						
Componente		Indicadores			Pesos ^a	
		Obrigatórios	Não Obrigatórios	Indesejáveis		
Logística	Programação	1, 2, 3, 3a	—	—	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 (obrig 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 (obrig 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 apresentadas 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.

Nível Hierárquico 7						
Componente		Indicadores			Pesos ^a	
		Obrigatórios	Não Obrigatórios	Indesejáveis		
Logística	Programação	1, 2, 3, 3a	—	—	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, 28a, 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, 57 e 58 (obrig se entrar no módulo)</i>	56	—	—	4

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.

Nível Hierárquico 8					
Componente		Indicadores			Pesos ^a
		Obrigatórios	Não Obrigatórios	Indesejáveis	
Logística	Programação	1, 2, 3, 3a	—	—	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, 28a, 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, 57 e 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 5: Freqüência dos hospitais por unidade federativa de acordo com o nível hierárquico

UF	Geral	Nível Hierárquico				
		5	6	7	8	Sem Dado
AC	1	0	1	0	0	0
AL	6	1	3	0	1	1
AP	1	0	0	1	0	0
AM	2	0	2	0	0	0
BA	17	0	14	1	2	0
CE	13	0	9	3	1	0
DF	0	0	0	0	0	0
ES	8	1	5	0	1	1
GO	24	4	15	3	1	1
MA	13	5	4	1	1	2
MT	9	0	4	2	2	1
MS	2	0	2	0	0	0
MG	28	2	20	3	3	0
PA	5	0	4	0	1	0
PB	3	0	2	0	1	0
PR	21	0	17	0	3	1
PE	8	0	6	0	1	1
PI	8	2	6	0	0	0
RJ	18	0	7	3	8	0
RN	3	0	3	0	0	0
RS	15	1	11	1	2	0
RO	4	0	3	1	0	0
RR	0	0	0	0	0	0
SC	9	1	4	4	0	0
SP	30	0	17	7	6	0
SE	0	0	0	0	0	0
TO	2	0	1	1	0	0
Total	250	17	160	31	34	8