

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CLEITON BUENO DA SILVA

FARMÁCIA HOSPITALAR, SEGUNDO O MODELO DE GESTÃO DOS  
HOSPITAIS PÚBLICOS DE GRANDE PORTE, NO EIXO GOIÂNIA-  
BRASÍLIA

GOIÂNIA  
2016

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

### 2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Cleiton Bueno da Silva

Título do trabalho: FARMÁCIA HOSPITALAR, SEGUNDO O MODELO DE GESTÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE GRANDE PORTE, NO EIXO GOIÂNIA-BRASÍLIA.

### 3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do (a) autor (a) <sup>2</sup>

Data: 19 / 12 / 2016.

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

<sup>2</sup>A assinatura deve ser escaneada.

CLEITON BUENO DA SILVA

FARMÁCIA HOSPITALAR, SEGUNDO O MODELO DE GESTÃO DOS  
HOSPITAIS PÚBLICOS DE GRANDE PORTE, NO EIXO GOIÂNIA-  
BRASÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de pesquisa:** Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Mercia Pandolfo Provin

GOIÂNIA

2016

Silva, Cleiton Bueno da  
FARMÁCIA HOSPITALAR, SEGUNDO O MODELO DE GESTÃO  
DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE GRANDE PORTE, NO EIXO GOIÂNIA  
BRASÍLIA [manuscrito] / Cleiton Bueno da Silva. - 2016.  
CXXVI, 126 f.: il.

Orientador: Prof. Dra. Mercia Pandolfo Provin.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró  
reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

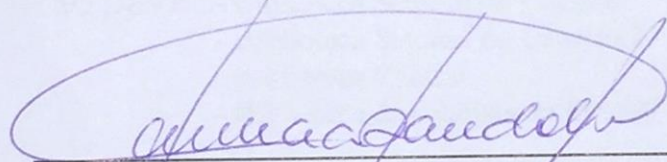
Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista  
de tabelas.

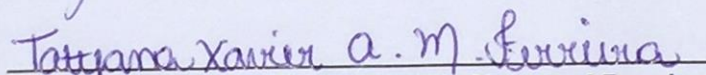
1. Assistência Farmacêutica. 2. Serviço de Farmácia Hospitalar.  
3. Administração de Serviços de Saúde. 4. Estudo Comparativo. I.  
Provin, Dra. Mercia Pandolfo, orient. II. Título.

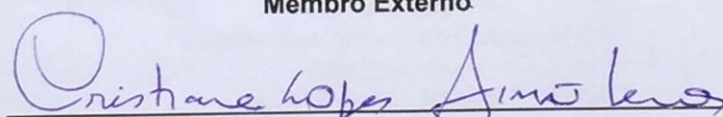


## ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Aos 09 dias do mês de dezembro de 2016, às 09h, na sala de reunião da Faculdade de Farmácia/UFG, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Mércia Pandolfo Provin (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira (Membro Externo) e Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "Farmácia Hospitalar, Segundo Modelo de Gestão dos Hospitais Públicos de Grande Porte, no Eixo Goiânia-Brasília", em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Cleiton Bueno da Silva**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Mércia Pandolfo Provin, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição do mestrando e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou o candidato aprovado (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:20 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Mércia Pandolfo Provin  
Presidente e Orientadora UFG

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira  
Membro Externo

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos  
Membro Interno

## **DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais, Edson e Divina Lúcia, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Eles nunca mediram esforços para que eu chegasse até a esta etapa da minha vida. A vocês, meu eterno amor e gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a Deus, por me conceder saúde e força espiritual para superar as dificuldades que surgiram no decorrer desta trajetória, e pelas oportunidades de estudo e trabalho que nunca me faltaram.*

*À minha orientadora, profa. Dra. Mercia Pandolfo Provin, pela oportunidade de manusear as ferramentas adequadas para realizar este estudo, e por todo aprendizado, estima, paciência, estímulo e encorajamento.*

*Ao meu pai (Edson), à minha mãe (Divina), à minha irmã (Thatiane) e a toda minha família que, com muito carinho e apreço, sempre me incentivam a seguir em frente, depositando confiança em mim.*

*À Nilda Bueno, minha tia, que, desde o meu nascimento, está sempre ao meu lado. Sei que posso contar com seu amor e afabilidade.*

*Ao meu companheiro Jefferson Alves Tavares, pelo total assentimento e incentivo, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo exercício da escuta nos momentos difíceis, de desânimo e cansaço.*

*À professora Dra. Ellen Synthia, grande profissional e, antes de tudo, grande pessoa. Muito obrigado pela oportunidade de estagiar contigo, e por toda confiança e estima!*

*Aos consortes e professores da Turma 5 do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás; de forma especial, à Nayara Messias. Esses caminharam ao meu lado durante todo o curso, com apoio e contribuições inestimáveis.*

*À Dra. Tatyana Matteucci, pelo reconhecimento, pela participação e pelas contribuições oportunas (e valiosas) para a melhoria do conteúdo desta Dissertação.*

*Aos amigos(as) e colegas desta jornada chamada “Vida”, que, direta ou indiretamente, me ajudaram a chegar até aqui, por meio de seus sorrisos, de suas atitudes e palavras animadoras. De modo particular, à Mirian Amaral de Melo.*

*E, por fim, e não com menor importância, à Universidade Federal de Goiás, por proporcionar esse momento ímpar em minha vida.*

## **EPÍGRAFE**

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

***Madre Teresa de Calcutá.***

SILVA, CB. **Farmácia Hospitalar, Segundo o Modelo de Gestão dos Hospitais Públicos de Grande Porte, no Eixo Goiânia-Brasília** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional – Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES), Goiânia, 2016.

## RESUMO

**Introdução:** O melhor formato para administrar os serviços de saúde, considerando os diferentes Modelos de Gestão, oriundos da Reforma Gerencial da década de 1990, ainda divide opiniões, principalmente no que se refere ao desempenho das chamadas Organizações Sociais em Saúde (OSS). Entretanto, a necessidade de aperfeiçoamento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é consensual. Nesse contexto, os subsistemas hospitalares, visando a excelência, independentemente do modelo de gestão adotado, absorvem rapidamente novos conceitos e práticas gerenciais. Um serviço importante e complexo nesse âmbito é o da farmácia hospitalar (SFH), não somente por desempenhar função administrativa na gestão dos medicamentos (recurso terapêutico mais utilizado nos hospitais) ou por seu significativo papel assistencial e social, mas também pelos altos custos que o envolve. **Objetivos:** Caracterizar e analisar os serviços de farmácia de hospitais públicos, segundo o modelo de gestão. **Métodos:** Trata-se de um estudo comparativo, transversal do tipo analítico-descritivo. O instrumento que operacionalizou a coleta de dados contemplou três técnicas: aplicação de questionários em campo; observação direta em campo; e verificação documental. Para a análise, procedeu-se à confrontação cruzada dos elementos. **Resultados:** Os quatro hospitais selecionados para o estudo são responsáveis por 43,9 % do total de leitos em Órgãos Públicos do Poder Executivo Estadual do estado de Goiás e do Distrito Federal. Nenhum dos SFH de ambos os grupos oferece serviços de Farmacotécnica Hospitalar; e igualmente, nenhum soube precisar informações acerca da área física do serviço. Os SFH do grupo 1 (Administração Direta – AD) apresentaram, de um modo geral, resultados mais heterogêneos; e nesse grupo, a estruturação só foi mais completa em um dos doze componentes analisados (Ensino e Pesquisa). Aponta-se que a diferença entre os grupos foi numericamente mais expressiva no tocante ao gerenciamento e aos quatro componentes da logística; de modo particular, no atendimento às boas práticas de armazenamento e dispensação. **Conclusão:** O modelo de Gestão influencia o serviço de farmácia hospitalar e, provavelmente, outros subsistemas. Além disso, existem diferenças entre os SFH de um hospital gerido por OSS e os de um gerido por AD. Diante disso, pode-se inferir que, com relação à estrutura, a maior adequação e o atendimento às recomendações, bem como o melhor nível de formalização dos processos inerentes ao serviço, ocorrem devido à presença de exigências legais que devem ser cumpridas para a manutenção dos Contratos de Gestão celebrados entre as OSS e o Poder Público.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Serviço de Farmácia Hospitalar; Administração de Serviços de Saúde; Estudo Comparativo.

SILVA, CB. **Hospital Pharmacy, According Management Model of Largest Public Hospitals in Goiânia-Brasília axis** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's – Agreement Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES), Goiânia, 2016.

## ABSTRACT

**Introduction:** The best format to manage health services, considering the different Management Models, originating from the Brazilian Managerial Reform of the 1990s, still divides opinions, especially regarding the performance of the so-called Social Health Organizations (Organizações Sociais em Saúde – OSS). However, the need to improve the management of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) is consensual. In this context, hospital subsystems aiming at excellence, independently of the adopted management model, quickly absorb managerial concepts and practices. An important and complex service in this area is the hospital pharmacy (Serviço de Farmácia Hospitalar – SFH), not only because it has an administrative function in the management of medicines (the most used therapeutic resource in hospitals) or because of its significant social and care role, but also because of the high costs involved. **Objectives:** Characterize and analyze the pharmacy services of public hospitals according to the management model. **Methods:** This is a comparative, cross-sectional, analytical-descriptive study. The instrument that operationalized the data collection included three techniques: application of questionnaires, direct observation, and documentary verification. For the analysis, a cross-checking of the elements. **Results:** The four hospitals selected for the study are responsible for 43.9% of the total beds in Public Organs of the State Executive Branch of the state of Goiás and the Federal District. None of the SFHs of both groups offers Hospital Pharmacy services; and equally, no one knew how to get information about the physical area of the service. The SFH of group 1 (Direct Administration - AD) presented, in general, more heterogeneous results; And in this group, structuring was only more complete in one of the twelve analyzed components (Teaching and Research). It is pointed out that the difference between the groups was numerically more expressive regarding the management and the four components of logistics; in particular, in meeting good storage and dispensing practices. **Conclusion:** The Management model influences the hospital pharmacy service and probably other subsystems. In addition, there are differences between the SFHs of a hospital managed by OSS and those of an AD-managed one. In light of this, it can be inferred that in relation to the structure, the greater adequacy and compliance with the recommendations, as well as the better formalization of the processes inherent to the service, occur due to the presence of legal requirements that must be fulfilled for the maintenance of the Management Agreements concluded between the OSS and the Public Power.

**Keywords:** Pharmaceutical Services; Pharmacy Service, Hospital; Health Services Administration; Comparative Study.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Dimensões da área hospitalar.....	22
Figura 2:	Formas de propriedade e suas aplicações.....	29
Figura 3:	Instituições da Reforma do Estado quanto à aplicabilidade...	32
Figura 4:	Esquema da Assistência Farmacêutica no Âmbito Hospitalar.....	38
Figura 1 (artigo):	Caracterização geral dos hospitais e dos serviços responsáveis pelos medicamentos.....	63
Figura 2 (artigo):	Ligação entre SFH e Gestão Superior.....	64
Gráfico 1 (artigo)	Atendimento às boas práticas de armazenamento e distribuição.....	71

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Objetivos da Farmácia Hospitalar por componentes.....	39
Quadro 2:	Infraestrutura básica para o SFH.....	40
Quadro 3:	Dimensionamento mínimo para Recursos Humanos no SFH	41
Quadro 4:	Legislação sanitária de interesse em Farmácia Hospitalar....	42
Quadro 5:	Técnicas de coleta por módulo analítico.....	49
Quadro 6:	Variáveis por componente e módulo analítico.....	50
Quadro 1 (artigo):	Técnicas de coleta por módulo analítico.....	61
Quadro 2 (artigo):	Distribuição das variáveis por componente e módulo analítico.....	62
Quadro 3 (artigo):	Características das etapas da logística dos medicamentos desenvolvidas pelo serviço de farmácia hospitalar.....	65
Quadro 4 (artigo):	Características dos processos de coordenação do setor de farmácia hospitalar.....	67
Quadro 5 (artigo):	Características dos serviços clínicos desempenhados pelos serviços de farmácia hospitalar.....	68
Quadro 6 (artigo):	Atividades de Ensino e Pesquisa por grupo analítico.....	70

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1(artigo):	Caracterização dos serviços de farmácia hospitalar considerando os recursos humanos.....	72
-------------------	---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Administração Direta
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NPT	Nutrição Parenteral Total
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OPNE	Organizações Públicas Não-Estatais
OS	Organização Social
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PPPs	Parcerias Público-Privadas
RA	Região Administrativa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SFH	Serviço de Farmácia Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	JUSTIFICATIVA.....	19
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	Objetivo Geral .....	20
3.2	Objetivos Específicos .....	20
4	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	21
4.1	O Ambiente Hospitalar, o Estado e suas Complexidades .....	21
4.2	A Reforma da Gestão Pública .....	25
4.3	Publicização e as Organizações Sociais em Saúde .....	31
4.4	Assistência Farmacêutica Hospitalar .....	35
4.4.1	Breve Histórico .....	35
4.4.2	Conceito, Atribuições e Competências .....	37
4.4.3	Estrutura e Normatização da Farmácia Hospitalar .....	40
4.5	Fundamentos do Método Comparativo de Estudo .....	45
5	MÉTODOS.....	46
	Delineamento do Estudo.....	46
5.1	Local do estudo.....	46
5.2	Amostra.....	47
5.2.1	Critérios de Inclusão .....	47
5.2.2	Critérios de Exclusão .....	47
5.3	Coleta de dados .....	47
5.4	Variáveis .....	50
5.5	Análise dos Dados .....	53
5.6	Aspectos Éticos.....	54
6	RESULTADOS .....	55
6.1	Artigo: Serviço de farmácia hospitalar, segundo o modelo de gestão dos hospitais públicos: uma análise comparativa .....	56
7	DISCUSSÃO.....	77
8	CONCLUSÃO .....	78
9	LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	79
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
11	REFERÊNCIAS .....	81
12	APÊNDICES.....	86
13	ANEXO .....	125

# 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde pública está organizada com base nas chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que cumpre, na atenção básica, o papel de coordenadora e ordenadora dos arranjos organizativos das ações de cuidado. Os hospitais integram e atuam de forma articulada a essas redes de serviços, sendo neles referendados e atendidos os casos de média e alta complexidade. Eles têm como função dispensar à comunidade completa assistência, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e, ainda, servir como um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (OMS, 1957; BRASIL, 2013). Portanto, são instituições fundamentais para o indivíduo e para coletividade em geral, em virtude do papel essencial que exercem na sociedade (GONÇALVES, 1998).

Nas últimas décadas, os hospitais, especialmente os públicos, vêm sofrendo uma séria crise financeira, estrutural e organizacional, o que dificulta o cumprimento pleno de suas funções, tendo como consequência a baixa qualidade dos serviços prestados à população. Essa crise de múltiplas dimensões pode ser atribuída, em parte, aos limitados recursos destinados à área, aos baixos salários, ao reduzido controle social, aos critérios clientelistas para ocupação de cargos de gerência, à corrupção, entre outros fatores (AZEVEDO, 1995; BONACIM e ARAUJO, 2011). Neste contexto, novas possibilidades para a gestão das organizações públicas vêm sendo defendidas desde a década de 1990, quando foi proposto, pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado com a finalidade de promover a transformação do Estado brasileiro, de modo a permitir a essas organizações novos papéis e melhores desempenhos (BRASIL, 1995).

A justificativa para a adoção desses novos modelos tem sido associada ao rigor das normas da administração direta (AD) e à sua carência de autonomia técnico-administrativa, à imposição da Lei de Responsabilidade Fiscal, à falta de agilidade nos processos licitatórios de compras e de ampliação de Recursos Humanos (RH). Com efeito, esses novos modelos, oriundos da privatização, publicização e terceirização do fundo público, propiciariam o aumento de sua capacidade financeira

e administrativa, além de implementar a governabilidade (BRASIL, 1995; SCHEFFER, 2014).

Atualmente, os “novos modelos” (ou Nova Gestão Pública – NGP), oriundos da reforma administrativa do Estado, incluem a administração direta, as Organizações Sociais (OS), as fundações públicas de direito privado, também denominadas Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), as fundações de apoio, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as parcerias público-privadas (PPPs) e outras possibilidades dentro da área da administração indireta, como é o caso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que é uma empresa pública de direito privado, e a rede SARA, sendo esta um serviço social autônomo, tal qual o sistema “S”, formado por entidades paraestatais que recebem apoio do Estado, mas, na prática, a gestão se aproxima a de uma autarquia (SCHEFFER, 2014; VECINA NETO, 2014). Assim, as Organizações Públicas Não-Estatais (OPNE) surgem como forma de gestão compartilhada, configurando-se como estratégia para otimizar e agilizar a gestão dos hospitais, aumentando sua eficiência.

De fato, sem uma gestão eficiente, o sistema e os serviços de saúde não conseguem atender às demandas da população (SCHEFFER, 2014). Nesse sentido, a discussão acerca das possibilidades dos novos modelos de gestão na saúde tem se apresentado como um rico campo de análise. Observa-se, que o olhar e o entendimento dos usuários, profissionais e gestores de saúde sobre as Organizações Sociais de Saúde (OSS), por exemplo, são plurais, o que contribui para posições conflitantes nos estudos que lidam com as OPNE, revelando a não consensualidade quanto à conduta e/ou ao desempenho dessas organizações. Quando avaliadas sob a ótica da gestão orçamentária e financeira, as vantagens do modelo das organizações sociais são, em geral, significativas e apontam para uma vantagem competitiva desse modelo sobre o da administração direta. Por outro lado, quando avaliadas com base na lógica da legitimidade pública e social, as instituições sob administração direta mostram-se preferíveis (RIBEIRO, 2012; CARDOSO, 2012).

Diante disso, faz-se necessário destacar a observação feita pelo professor Vecina Neto (2014, p. 39), da faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo (USP): “Confundimos frequentemente o público com estatal. Nem tudo que é estatal

é público. Do mesmo modo que nem tudo que é particular é privado”. Na mesma linha de raciocínio, Bresser-Pereira e Grau (1999, p. 16) esclareceram, quinze anos antes e com precisão, do que se tratava a expressão “público não-estatal”:

(...) São organizações ou formas de controle ‘públicas’ porque estão voltadas ao interesse geral; são ‘não-estatais’ porque não fazem parte do aparato do Estado, seja porque não utilizam servidores públicos ou porque não coincidem com os agentes políticos tradicionais. A expressão ‘terceiro setor’ pode considerar-se também adequada na medida em que sugere uma terceira forma de propriedade entre a privada e a estatal, mas se limita ao não-estatal enquanto produção, não incluindo o não-estatal enquanto controle.

O melhor formato para administrar os serviços de saúde divide opiniões. Porém, a necessidade de aperfeiçoamento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é consensual. Partindo dessa constatação, tem-se que, independentemente do modelo gestão adotado, a busca por excelência faz com que os subsistemas hospitalares tenham de absorver rapidamente novos conceitos e práticas de gestão. Em sua estrutura organizacional, as instituições hospitalares contam com os setores de atendimento direto ao paciente, os setores de suporte de diagnóstico e de recursos terapêuticos. Dentre os recursos terapêuticos, os medicamentos ficam sob a responsabilidade do Serviço de Farmácia Hospitalar (SFH), que, conforme o Conselho Federal de Farmácia (CFF), é:

Unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente. (CFF 2012, art. 1º)

O SFH é um dos principais ordenadores da assistência farmacêutica hospitalar; é resultado da complexidade do hospital, sendo estritamente interdependente de suas características. Além disso, deve ordenar os preceitos das entidades de saúde e órgãos reguladores, ao mesmo tempo em que se alinha às políticas e às convenções da alta administração do serviço de saúde (AD, OSS, FEDP, etc.), colaborando para a promoção de um ambiente com flexibilidade, agilidade, criatividade, eficiência, equidade e participação social (CIPRIANO, 2009). Logo, conhecer a lógica de cada modelo de gestão e o cenário no qual o SFH está inserido é fundamental, tanto para o planejamento estratégico do serviço quanto para o desenvolvimento de competências profissionais ajustadas à necessidade.

A dinâmica dos processos de trabalho para obtenção de melhores resultados exige a incorporação do uso de ferramentas estratégicas para a melhoria do desempenho

da gestão do SFH. Levando em consideração esse cenário, eis o ponto inicial da investigação: o modelo de gestão influencia o SFH? Existem diferenças na estrutura e no processo do SFH de hospitais geridos por OS em relação aos geridos por administração direta?

## 2 JUSTIFICATIVA

A assistência farmacêutica hospitalar é um componente complexo e relevante no âmbito da gestão dos sistemas e serviços de saúde, não somente por desempenhar papel administrativo na gestão dos medicamentos – recurso terapêutico mais utilizado nos hospitais – ou pelos altos custos que a envolvem, mas também pelo seu papel assistencial e social.

As OPNE na saúde não são consensuais entre gestores, profissionais de saúde e usuários. Além disso, na literatura são encontradas opiniões divergentes, sendo que os resultados variam significativamente, de acordo com a perspectiva de análise. De maneira geral, os estudos propõem-se a avaliar os resultados como um todo, não levando em conta que, na assistência hospitalar à saúde, o resultado final é uma intrincada rede de processos que se relacionam. Para entender como o todo funciona, a análise das partes pode-se tornar extremamente reveladora, expondo fragilidades e fortalezas em ambos os modelos de gestão, subsidiando, por meio da experiência de um, a intervenção no outro.

Outra razão, não menos relevante que as demais, diz respeito a pouca informação disponível sobre os serviços de farmácia hospitalar na região Centro-Oeste, em especial no eixo Goiânia-Brasília. Segundo Miragaya (2014), esse eixo é uma das áreas de maior crescimento populacional e de expansão do PIB no Brasil, implicando maior pressão demográfica e aumento da demanda por serviços, principalmente da área da saúde.

Assim sendo, é essencial a realização de estudos que promovam a avaliação dos serviços de saúde em suas diferentes dimensões, com abrangência adequada, fomentando uma cultura avaliativa dos gestores e dos estabelecimentos de saúde, fornecendo subsídios importantes para a gestão dos serviços e dos hospitais, produzindo conhecimento quantitativo e qualitativo sobre o serviço, em especial o de farmácia hospitalar, difundindo padrões de conformidade, considerando os indicadores já existentes e validados, identificando situações potencialmente aperfeiçoáveis e em consonância com os eixos norteadores da reforma da atenção hospitalar, definida pelo Ministério da Saúde – garantia de acesso, humanização, democratização da gestão, descentralização e regionalização.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar os serviços de farmácia de hospitais públicos, segundo o modelo de gestão.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- I. Caracterizar, quanto à estrutura e à formalização dos processos, os serviços de farmácia de hospitais públicos de grande porte no eixo Goiânia-Brasília, observando as questões normativas.
- II. Analisar comparativamente os serviços de farmácia hospitalar, considerando o modelo de gestão institucional, gestão direta ou compartilhada, em que o serviço se insere.

## 4 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

### 4.1 O Ambiente Hospitalar, o Estado e suas Complexidades

A função de atender os doentes tornou-se atividade precípua da instituição hospitalar a partir do século XVII. Somente no século XVIII é que vieram as modificações, normatizações e concepções na arquitetura que caracterizam o hospital contemporâneo (ANTUNES, 1991). Hoje, por exemplo, o hospital pode ser classificado quanto: ao regime jurídico (público e privado); ao porte (pequeno, médio, grande e especial); ao tipo de serviço (geral e especializado); ao corpo clínico (aberto e fechado); à edificação (pavilhonar, monobloco, multibloco, horizontal e vertical); ao tempo de permanência ou de internação (longa e curta) (CAVALLINI; BISSON, 2002; MAIA NETO, 2005).

O Ministério da Saúde, em consonância com a OMS, define hospital como:

Parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (Brasil, 1977, p. 9)

De acordo com Paim (2003), as ações hospitalares devem estar centradas nos níveis terciário e quaternário de atenção à saúde, devendo proporcionar recursos materiais e humanos suficientes para toda a demanda e para os atendimentos mais complexos. Porém, a relação entre Estado e saúde é complexa, dado que o primeiro admite várias conceituações, segundo as distintas correntes e escolas sociológicas e políticas. A assistência hospitalar, por sua vez, modula-se com base em diversos fatores, tais como: demografia; perfil epidemiológico; recursos humanos; tecnologia; medicalização; custo; cidadania; legislação; equidade; “hospitalocentrismo”; regionalização; entre outros (Figura 1). Além disso, as características próprias dos hospitais e seus níveis de complexidade devem ser levados em consideração, visto que diferem as instituições entre si (BOUDON, BOURRICAUD, 2001; VECINA, MALIK, 2007; PORTELA, 2007).



**Figura 1 – Dimensões da área hospitalar**

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos Humaniza SUS: Atenção hospitalar. V. 03, 2011; p. 11.

Na Europa, a relação entre Estado e saúde teve sua expressão mais enfática após a Segunda Guerra Mundial, com a constituição do *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social. Esse modelo tem como princípio fundamental o universalismo, expresso pelo *slogan* dos trabalhistas ingleses em 1945: “Participação justa de todos”. Partiu-se do postulado de que, independentemente da renda, todos os cidadãos têm direito à proteção – com pagamento em dinheiro ou serviços – contra situações de dependência longa (velhice ou invalidez) e curta (doença, desemprego e maternidade). Essa ideia representa o desenvolvimento desse tipo particular de Estado, que se denomina Estado Social (REGONINI, 1998).

No Brasil, o SUS – a mais abrangente política pública de saúde já formulada no país – está completamente sitiado pela disposição da relação Estado/sociedade. Como construção política e histórica, enleado ao projeto de desenvolvimento capitalista e aos tradicionais problemas do Estado brasileiro, esse sistema, mesmo dispondo, nas três esferas de governo, de um conjunto de entidades da administração direta (como o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde) e da administração indireta (fundações públicas e autarquias), permeia e é permeado por contradições em sua trajetória de afirmação como política pública, atravessando períodos de rápidas mudanças, o que envolve questões sociais, assistenciais, de ensino e pesquisa e de apoio aos serviços de saúde, expressando (tal qual em outras áreas) a ineficiência

social da máquina pública e as debilidades na regulação de áreas e setores estratégicos (OLIVEIRA, 1999; WANDERLEY, 2011).

Cecílio (2000) entende o hospital como espaço de defesa da vida, centrado na dimensão cuidadora das pessoas e comprometido com a integralidade da atenção. Porém, a sua estrutura organizacional é complexa, pois, no mesmo local, são praticadas atividades industriais, médicas, de enfermagem, de ciência e tecnologia, de hotelaria, com restaurante, lavanderia etc., tudo em função do paciente. Esse processo, que envolve componentes sociais, culturais e educacionais, relacionados à natureza delicada do serviço prestado, bem como às contrariedades geradas pelos aspectos financeiros, políticos e assistenciais, pelos conflitos entre categorias profissionais, pela pouca relação entre trabalhadores e usuários, pela precarização das condições de trabalho e pela reduzida participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, tem feito com que esse espaço seja difícil de ser gerenciado (TEIXEIRA, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2000 *apud* WANDERLEY, 2011), os hospitais devem atentar-se ao contexto em que se inserem, o que exige, de tal instituição, um conjunto de características, tais como:

- Ser um lugar para manejo de eventos agudos;
- Deve ser utilizado exclusivamente em casos que haja possibilidades terapêuticas;
- Deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.;
- Deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade;
- Deve ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários. (WANDERLEY, 2011, p. 12)

O entendimento acerca de todo esse cenário sob a perspectiva da proposta de gestão permite a formulação e a implementação de políticas e estratégias para atenção hospitalar no SUS, tendo como pressupostos: a busca contínua da maior eficiência; a ampla participação de todos os interessados; e a transparência na construção, execução e condução das atividades e tomadas de decisão, observando as diferentes realidades da rede hospitalar brasileira.

Isso se apresenta como um dos maiores desafios para os gestores (WANDERLEY, 2011).

Na busca de novas perspectivas para o setor hospitalar brasileiro, tem-se apontado para algumas estratégias comuns ao conjunto dos hospitais de forma a induzir maior eficiência sistêmica ao SUS. São elas a garantia de acesso, a humanização dos serviços, a inserção na rede SUS, a democratização da gestão e a contratualização hospitalar. (WANDERLEY, 2011, p. 14)

Sumariamente considerando, o sistema de saúde brasileiro passou por várias modificações no decorrer de sua história e, atualmente, apresenta-se como um projeto ousado, que propõe ser universal, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e equânime. Modelos de administração verticalizados, como aqueles que vêm sendo praticados ao longo dos anos, de forma hierarquizada, com múltiplas relações de poder, contribuem para a centralização da gestão, o que é pouco democrático. Conforme Ibañez e Neto (2007), “a administração direta tem as funções de formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização. Está subordinada ao regime administrativo e não possui autonomia administrativa, financeira e orçamentária”. Nesse sentido, a transformação do modelo gerencial baseado na produção do cuidado para a integralidade, com uma lógica mais democrática, é fundamental para organizar os processos de trabalho de forma coletiva, buscando responder às crescentes expectativas e necessidades de assistência aos usuários, que são – ou deveriam ser – a razão de todos os esforços (MARTINS *et al*, 2011).

## 4.2 A Reforma da Gestão Pública

Os diferentes cenários políticos, econômicos e sociais em âmbito mundial durante os anos 1990 foram construídos nas décadas anteriores, bem como suas perspectivas para os anos posteriores, o que significa que são frutos de um processo mais amplo. Isto é, a Reforma da Gestão Pública brasileira iniciada na última década do século passado, deve ser vista com base no contexto global do capitalismo e da crise política e econômica dos anos 1970-1980, que se expressa em uma sucessão de fatos até o novo arranjo da ordem mundial, nitidamente cognoscível a partir dos anos de 1990, marcado por um intenso processo de globalização da economia, da cultura e das formas de vida.

A reforma da gestão pública é um processo que está acontecendo no mundo inteiro, especialmente nos países desenvolvidos, nos países de língua inglesa, nos países escandinavos, na Holanda e, mais lentamente, começa a acontecer na França e na Itália. Entre os países em desenvolvimento, o Brasil é o país que está na dianteira em matéria de reforma da gestão pública, embora haja também alguma experiência no Chile. (BRESSER-PEREIRA 2002, p. 30)

Bresser-Pereira (1996) entende o acometimento do sistema monetário internacional nas décadas de 1970-80, em especial nos países subdesenvolvidos, como uma crise de Estado, traduzida em crise fiscal, e no modo de sua intervenção e administração.

A causa da crise foi o excessivo e distorcido crescimento do Estado desenvolvimentista no Terceiro Mundo, do Estado comunista no segundo Mundo e do *Welfare State* no Primeiro Mundo. As potencialidades do mercado na alocação de recursos, na coordenação da economia, tinham sido erroneamente subavaliadas. O Estado tinha se tornado muito grande, aparentemente muito forte, mas de fato muito fraco, ineficiente e impotente, dominado pela indisciplina fiscal, vítima de grupos especiais de interesse, engajados em práticas privatizadoras do Estado, ou seja, no *rent seeking* (BESSER-PEREIRA, 1996, p. 16-17).

O modelo de Estado que começava a se desfazer a partir da década de 1970, sobretudo com a crise do petróleo, que pôs fim ao período de prosperidade e abundância no pós-Segunda Guerra (“era dourada”), compreendia três dimensões relacionadas entre si, a saber: a dimensão econômica (Keynesiana), tipificada pela intensa intervenção estatal na economia (telecomunicações, petróleo, etc.); o Estado de bem-estar (*Welfare State*), que correspondia à dimensão social do modelo, visando garantir a produção de

políticas públicas na área social, em resposta às necessidades básicas da população (educação, saúde, previdência, habitação etc.); e a dimensão administrativa, relativa ao funcionamento interno do Estado, em que vigorava o modelo burocrático weberiano, caracterizado pela neutralidade, impessoalidade e a racionalidade da máquina governamental (ABRUCIO, 1997). Este último modelo, burocrático tradicional, em suas dimensões econômica, social e administrativa, privilegiava uma regulamentação descomedida, enfatizada em regimentos e normatizações, sob o pretexto de garantia da impessoalidade, dificultando, porém, a transparência administrativa, e, por conseguinte, inibindo o controle social (BRASIL 1995).

Grosso modo, a redefinição do papel do Estado na economia e a tentativa de reduzir os gastos públicos na área social — tarefa esta nem sempre bem-sucedida — foram as duas saídas mais comuns à crise das dimensões econômica e social do antigo tipo de Estado. Para responder ao esgotamento do modelo burocrático weberiano, foram introduzidos, em larga escala, padrões gerenciais na administração pública, inicialmente e com mais vigor em alguns países do mundo anglo-saxão (Grã-Bretanha, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia), e depois, gradualmente, na Europa continental e Canadá. (ABRUCIO, 1997, p. 7)

Iniciada em novembro de 1995, a reforma da Gestão Pública ou reforma gerencial do Estado teve como primeiro marco, no Brasil, a publicação de um documento que procurou definir as instituições e mapear as diretrizes para a implantação da NGP: o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE). E também, o envio para o Congresso Nacional da emenda da administração pública, que se transformaria, em 1998, na Emenda 19, que segundo *caput*: “Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências”.

Naquela oportunidade, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento a adotar tal reforma, menos de uma década depois que países desenvolvidos, como Inglaterra e Austrália, deram início às suas (BRASIL, 2002).

A proposta de transformação da gestão pública durante o governo FHC, há mais de 20 anos, buscava desenvolver uma administração pública mais “profissional”, voltada para resultados e atenta às demandas da sociedade,

consolidando-se em bases mais modernas e racionais, como apontada pelo ex-presidente:

O grande desafio histórico que o País se dispõe a enfrentar é o de articular um novo modelo de desenvolvimento que possa trazer para o conjunto da sociedade brasileira a perspectiva de um futuro melhor. Um dos aspectos centrais desse esforço é o fortalecimento do estado para que sejam eficazes sua ação reguladora, no quadro de uma economia de mercado, bem como os serviços básicos que presta e as políticas de cunho social que precisa implementar. (CARDOSO, 1995, p. 5)

É preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de 'gerencial', baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade às instituições e que, portanto, se torna 'cliente privilegiado' dos serviços prestados pelo Estado. (CARDOSO, 1995, p. 7)

Para os dirigentes da Reforma de 1995-98, esta tem como princípio fundamental o dever do Estado em executar os serviços que lhe são exclusivos (tarefas centralizadas), como formulação e controle das políticas e leis, em detrimento das tarefas de execução, devendo estas ser descentralizadas para agências executivas e/ou reguladoras autônomas. Aplicam-se a essas agências três formas gerenciais de controle, quais sejam: controle social; controle de resultados; e competição administrada. Isso significa que o Estado deve atuar como Gestor e ordenador, ao passo que o papel de executor dos serviços sociais e científicos deve ficar a cargo das organizações públicas não-estatais (BRASIL, 1995).

Reformar o aparelho do estado significa garantir a esse aparelho maior governança, ou seja, maior capacidade de governar, maior condição de implementar as leis e políticas públicas. Significa tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de estado, através da transformação de autarquias em 'agências autônomas', e tornar também muito mais eficientes os serviços sociais competitivos ao transformá-los em organizações públicas não-estatais de um tipo especial: 'as organizações sociais'. (BRASIL, 1995, p. 42)

O Plano Diretor evidencia o desdobramento de um campo público não-estatal, em que o Estado assume papel de destaque, enquanto regulador e provedor das atividades, e não mais de executor ou prestador de serviços sociais, não deixando, porém, de diligenciar o controle social direto e a participação da sociedade (BRASIL, 1995).

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. (BRASIL, 1995, p. 12)

A reforma, nos primeiros quatro anos do governo FHC, foi executada em nível federal, no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), quando Luiz Carlos Bresser-Pereira era ministro. No final desse período, com a extinção do MARE, a gestão passou para o Ministério do Planejamento e Gestão, ao mesmo tempo em que estados e municípios passavam a fazer também suas próprias reformas (BRESSER-PEREIRA, 1999).

A formação no Brasil de um aparelho de Estado forte e eficiente foi objetivo da Reforma da Gestão Pública e compreendeu três dimensões, a saber: Primeira, a Dimensão institucional-legal, com o objetivo de descentralizar a estrutura organizacional do aparelho do Estado com a criação de novos formatos organizacionais (agências executivas, regulatórias, organizações sociais). Segunda, a Dimensão gestão, definida por maior autonomia. Essa introduziu três novas formas de responsabilização dos gestores: a administração por resultados; a competição administrada por excelência; e o controle social. A administração burocrática tem como características a supervisão e a auditoria, tidas como regulamentos rígidos por modelos gerenciais, que não as substituem, porém as complementam. E terceira, a Dimensão cultural, isto é, de mudança de mentalidade, visando transmitir confiança, ainda que limitada, e, sobretudo, desenvolver, para o setor público, modelos gerenciais capazes de gerar resultados (BRASIL, 1995; BRESSER-PEREIRA, 1999).

O PDRAE apresenta o Estado como a soma entre o aparelho do Estado e a estrutura institucional-legal, que regula o próprio aparelho e também toda a sociedade: “O aparelho do Estado é regido basicamente pelo direito constitucional e pelo direito administrativo, enquanto que o Estado é fonte ou sancionador e garantidor desses e de todos os demais direitos (BRASIL, 1995, p. 41)”; e distingue quatro setores no aparelho: I) Núcleo Estratégico, que diz respeito ao governo, em sentido lato (corresponde aos três poderes, ao Ministério Público e, no Poder Executivo, ao Presidente da República, aos Ministros, etc.); II) Atividades Exclusivas, que se referem ao poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar (polícia, vigilância sanitária, controle do

meio ambiente, etc.); III) Serviços Não-Exclusivos, que correspondem ao setor em que o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas; e IV) Produção de bens e serviços para o Mercado, que é o campo de atuação das empresas (BRASIL 1995).

Outra diferenciação importante trazida no PDRAE é inerente às diferentes formas de propriedade e à sua variação na prestabilidade e aplicação (Figura 2), de acordo com o setor do aparelho do Estado a que se emprega:

	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	●				●
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	●				●
SERVIÇOS NÃO- EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização →	●			●
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais			Privatização →		●

**Figura 2 – Formas de propriedade e suas aplicações**

Fonte: BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: MARE; 1995; p. 48.

Ainda que vulgarmente se considerem apenas duas formas, a PROPRIEDADE ESTATAL e a PROPRIEDADE PRIVADA, existe no capitalismo contemporâneo uma terceira forma, intermediária, extremamente relevante: a PROPRIEDADE PÚBLICA NÃO-ESTATAL, constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. O tipo de propriedade mais indicado variará de acordo com o setor do aparelho do Estado – destaque do autor. (BRASIL, 1995, p. 43)

Nota-se que o impacto da crise da burocracia weberiana e da implementação do modelo gerencial transformou o debate na área de administração pública. Para Bresser-Pereira (1997), a reforma brasileira nos anos 1990 configurou-se como um processo que objetivava: reduzir o tamanho do Estado; enfatizar seu

papel regulador; aumentar sua capacidade financeira e administrativa, com vistas à implementação de suas decisões; e aumentar a sua governabilidade (capacidade de intermediar interesses e garantir legitimidade). Corroborando essa ideia, Sano e Abrucio (2008, p. 66) afirmam que “é possível resumir a preocupação central da NGP como a combinação entre flexibilização da gestão e aumento da responsabilidade na administração pública”.

### 4.3 Publicização e as Organizações Sociais em Saúde

Em 1995, fomentadas pelo período pós-crise, que, na década de 1980, abrangeu a América Latina, o Leste Europeu, grande parte dos países em desenvolvimento e a Ásia, as ideias da NGP (Gestão compartilhada) chegaram ao Brasil, durante o primeiro governo de FHC, por meio da aprovação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. Este sugeria que o Estado buscasse a “descentralização”, a “desburocratização” e o aumento de autonomia na gestão, atuando, preferencialmente, como promotor e regulador de serviços públicos (BRESSER-PEREIRA, 1997).

Acerca desse processo, Bresser-Pereira (1997, p. 19) salienta que “uma outra forma de conceituar a reforma do estado em curso, é entendê-la como um processo de criação ou de transformação de instituições de forma a aumentar a governança e a governabilidade”. Ainda de acordo com o autor, foram definidos e fundamentados três processos: a privatização, isto é, a passagem de uma empresa estatal para uma empresa privada; a terceirização, consoante com a transferência para o setor privado dos serviços tidos como auxiliares; e a publicização, como um processo para “transformar uma organização estatal em uma organização de direito privado, mas pública não-estatal” (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 19).

Com relação a essa questão, o processo de “publicização” foi uma estratégia do governo de transferir para o setor público não-estatal a produção de serviços, como saúde, educação e cultura, estabelecendo um sistema de parceria entre Estado e sociedade, com o objetivo de aumentar a qualidade e a eficiência dos serviços, tornando-os mais flexíveis e competitivos, a fim de atender melhor o cidadão-cliente a um custo menor (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Através de um programa de publicização, transfere-se para o setor público não-estatal a produção dos serviços competitivos ou não-exclusivos de Estado, estabelecendo-se um sistema de parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle. (BRASIL, 1995, p. 13)

Sano e Abrucio (2008) sintetizam os objetivos da NGP em três mecanismos essenciais, que são: I) Administração pública orientada para resultados, calcada na transparência das ações governamentais e no uso de outros instrumentos de *accountability* – “prestar contas”; II) Contratualidade, pressupondo uma pluralidade de provedores de serviços públicos, possibilitando conceber formas contratuais de

gestão tanto em estruturas estatais quanto em entes públicos não-estatais – *plural mode of governance*; e III) Flexibilização da gestão burocrática e aumento da responsabilização da administração pública (ênfase nos mecanismos institucionais de controle).

Para alcançar tais objetivos, o Estado deveria sustentar o corpo burocrático e, concomitantemente, elaborar um modelo de gestão orientado para resultados, embasado na contratualização, seja com órgãos do governo, seja com entes públicos não-estatais (Figura 3), ofertando, preferencialmente, serviços como educação e saúde. Embora tenha se revelado na administração pública burocrática como uma efetiva forma de se combater a corrupção e o nepotismo, esse modelo demonstrava, na ocasião, ser ineficiente no atendimento com qualidade às necessidades dos cidadãos-clientes, indicando a necessária transição para uma administração pública gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1997).

	Atividades Exclusivas de Estado	Serviços Sociais e Científicos	Produção de Bens e Serviços p/ Mercado
Atividades Principais (Core)	ESTADO Enquanto Pessoal	Entidades Públicas Não-Estatatais	Empresas Privatizadas
Atividades Auxiliares	Empresas Terceirizadas	Empresas Terceirizadas	Empresas Terceirizadas

**Figura 3 – Instituições da Reforma do Estado quanto à aplicabilidade**

Fonte: BRESSER PEREIRA, L.C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Brasília: 1997; p.30.

Em 1997, por meio da Medida Provisória nº 1.591, foram estabelecidos critérios para definir, sob a denominação de OS, as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a estabelecer parceiras com o Estado no gerenciamento de serviços públicos, conforme o PDRAE. As OSs são descritas como entidades públicas de direito privado que celebram contrato de gestão com o Estado e são financiadas, parcial ou totalmente, pelo orçamento público.

Posteriormente, em 15 de maio de 1998, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 9.637, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS, a criação do Programa Nacional de Publicização (um dos pontos estratégicos do PDRAE), a extinção de alguns órgãos e entidades e a absorção de suas atividades pelas OSs (BRESSER-PEREIRA, 1997; SANO E ABRUCIO, 2008).

O processo de ampliação do setor público não-estatal ocorre a partir de duas origens: de um lado, a partir da sociedade, que cria continuamente entidades dessa natureza; de outro lado, a partir do Estado, que nos processos de reforma deste último quartel do século vinte, se engaja em processos de publicização de seus serviços sociais e científicos (...). Também está acontecendo em vários países europeus e mais recentemente nos Estados Unidos no nível do ensino fundamental, em que surgem escolas gratuitas de caráter comunitário, financiadas pelo Estado. Neste último país, as universidades e hospitais do *National Health Service*, que eram estatais, foram transformadas em *quangos* (*quasi non-governmental organizations*). No Brasil, o programa de publicização em curso prevê a transformação desses serviços em organizações sociais. (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 28-29)

O projeto das OSs tem como objetivo viabilizar a descentralização de atividades nas áreas de prestação de serviços não-exclusivos, com base no pressuposto de que estes serão mais eficientes se, mantendo o financiamento do Estado, forem realizados pelo setor público não-estatal, estimulando o processo de publicização e a produção não-lucrativa de bens ou serviços públicos não-exclusivos do Estado (BRASIL, 1998b).

Entende-se por 'organizações sociais' as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária. (BRASIL, 1995, p. 60)

Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. (BRASIL, 1998b)

Amparados pela legislação federal que criou as OSs e estabeleceu os processos da Gestão Compartilhada, alguns estados, como São Paulo, Bahia, Ceará, e o Distrito Federal implementaram, gradativamente, seus aparatos legais quanto à normatização, à qualificação das OSs e às condições para o estabelecimento do contrato de gestão entre Estado e as entidades qualificadas como tal. Contrato este predicamentado como instrumento de gerenciamento dessa relação, com o estabelecimento de metas, indicadores de desempenho e diligências inerentes à reforma gerencial – NGP (SOUZA E ALMEIDA, 2010).

Um dos campos precursores na utilização do modelo de organizações sociais no Brasil foi o dos serviços relativos à saúde pública, iniciado três anos após a publicação do PDRAE (em 1998), no estado de São Paulo, em um grupo de quinze hospitais – campo descrito como prioritário naquele momento. Esse modelo estava em consonância com as atribuições, as obrigações, as responsabilidades, as metas e os prazos estabelecidos nos Contratos de Gestão, observando ainda, os princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, etc.) (SOUZA E ALMEIDA, 2010).

A transformação dos serviços não-exclusivos estatais em organizações sociais se dará de forma voluntária, a partir da iniciativa dos respectivos ministros, através de um Programa Nacional de Publicização. Terão prioridade os hospitais, as universidades e escolas técnicas, os centros de pesquisa, as bibliotecas e os museus. (BRASIL, 1995, p. 60)

As organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas condições descritas em lei específica como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração, prevenindo-se, deste modo, a privatização ou a feudalização dessas entidades. Elas receberão recursos orçamentários, podendo obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc. (BRASIL, 1995, p. 60)

Portanto, verifica-se que a participação da sociedade na gestão da saúde pública não é recente. Têm-se como exemplos dessa antiga parceria as Santas Casas de Misericórdia, bem como a própria contratualização do SUS nos hospitais privados. As mudanças gestadas no plano das ideias tornaram-se concretas com a reforma do aparelho do Estado brasileiro, no primeiro governo FHC. Desde então, a dicotomia acerca do programa de “publicização” vem sendo discutida. Dois estudos do Banco Mundial (2010) mostraram que os hospitais administrados sob o modelo de OSS têm apresentado melhores resultados do que os hospitais públicos sob administração direta. Esse posicionamento é apoiado pelo núcleo estratégico do Estado. Entretanto, há aqueles que enxergam os modelos de OSS como “neoliberal” e “privatizante” (a saber, parcelas dos servidores públicos em todas as esferas do governo). As críticas mais categóricas a esse modelo são dirigidas à inexistência de controle social e à indicação que os resultados apresentados pelas OSS são melhores porque recebem mais recursos (BANCO MUNDIAL, 2010; SOUZA e ALMEIDA, 2010).

## 4.4 Assistência Farmacêutica Hospitalar

### 4.4.1 Breve Histórico

A partir dos anos 1940, com o surgimento de várias especialidades farmacêuticas na Europa e nos Estados Unidos, com destaque para as drogas antibióticas, em especial as sulfas, os farmacêuticos despertaram-se para a demanda de ampliação de seu campo de atuação e iniciaram as primeiras etapas do trajeto que deu origem a atual conformação da farmácia hospitalar (BRASIL, 1994).

No Brasil, o Serviço de Farmácia Hospitalar começa seu processo de desenvolvimento e modernização a partir de 1950. Nesse período, os serviços de farmácia de maior relevância eram os das Santas Casas de Misericórdia, com destaque para o Prof. Dr. Cláudio Daffree, e os do Hospital das Clínicas da USP, sob a direção do Prof. Dr. José Sylvio Cimino, autor do livro “Iniciação à Farmácia Hospitalar”, de 1973, sendo esta a primeira publicação em Farmácia Hospitalar no país (BRASIL, 1994).

A partir de 1979 foi instalado o primeiro Serviço de Farmácia Clínica, enquanto especialidade da Farmácia Hospitalar, no Hospital Universitário Onofre Lopes, então denominado Hospital das Clínicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E no ano seguinte, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi instituído o primeiro curso de especialização em Farmácia Hospitalar, inscrito pela Faculdade de Farmácia dessa mesma instituição (MAIA NETO, 2005).

Em 1995, durante o IX Congresso Paulista de Farmacêuticos, foi constituída a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), com a finalidade de promover o desenvolvimento técnico, científico e político nas áreas de assistência farmacêutica hospitalar. No ano seguinte à sua fundação, seriam publicados, por essa sociedade, os “Padrões Mínimos para a Farmácia Hospitalar”, como estratégia para estabelecer uma uniformização da prática. Quase uma década após essa publicação, uma pesquisa feita em 250 hospitais, dispersos nas cinco regiões do país, realizada conjuntamente pela SBRAFH, OPAS, pelo MS e pela FIOCRUZ, coordenada por Osório de Castro e Castilho (2004), demonstraria a situação do SFH por meio do “diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”, evidenciando também a

necessidade de realização de mais pesquisas na área (OSÓRIO de CASTRO e CASTILHO 2004).

#### 4.4.2 Conceito, Atribuições e Competências

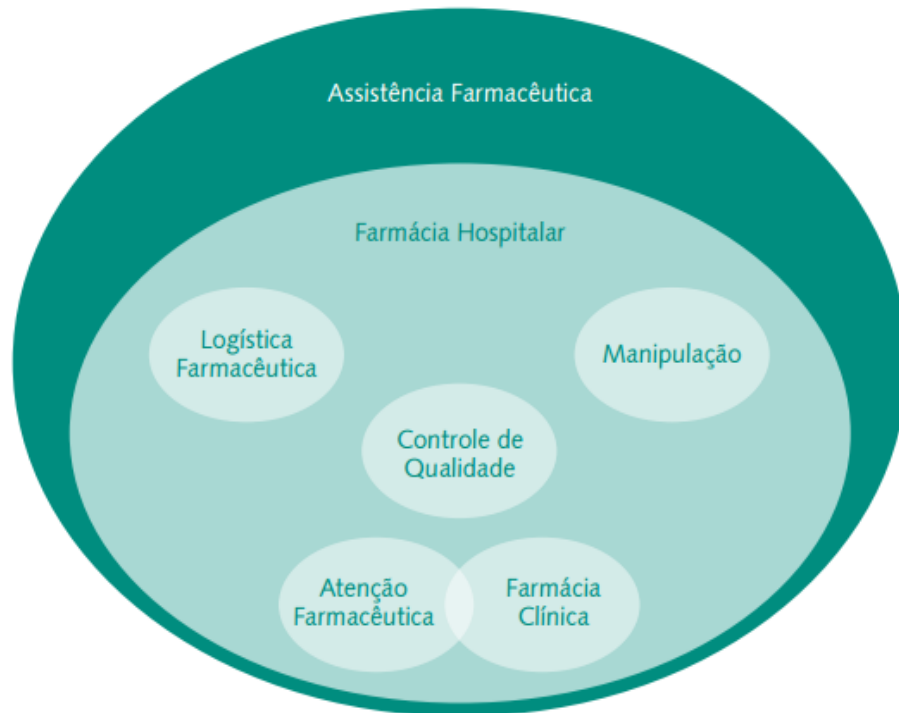
Conceitualmente, o Serviço de Farmácia Hospitalar passou por várias modificações, incorporações e construções ao longo do tempo. Em 06 de dezembro de 2012, por meio da Resolução nº 568, o CFF apresentou a conceituação mais recente sobre farmácia hospitalar, definindo-a como:

Unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente. (CFF, 2012, art. 1º)

Importa ressaltar que as atividades desenvolvidas pela farmácia hospitalar podem ser examinadas sob o ponto de vista da organização sistêmica da assistência farmacêutica (Figura 4). O conceito de assistência farmacêutica, apresentado na oportunidade da aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, pela Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), é este:

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao uso racional, conjunto este, que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, CNS 2004, art. 1º)

De acordo com a SBRAFH (2007, p. 8), dentre os vários propósitos para o Serviço de Farmácia Hospitalar, destaca-se: “(...) contribuir no processo de cuidado à saúde, visando melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos e produtos para a Saúde”. Para tanto, são reconhecidos seis grandes grupos de atribuições substanciais da Farmácia Hospitalar, quais sejam: 1) Gestão; 2) Desenvolvimento de infraestrutura; 3) Preparo, distribuição, dispensação e controle de medicamentos e produtos para saúde; 4) Otimização da terapia medicamentosa; 5) Informação sobre medicamentos e produtos para saúde; e 6) Ensino, educação permanente e pesquisa.



**Figura 4 – Esquema da Assistência Farmacêutica no Âmbito Hospitalar**

Fonte: [CRF-SP] Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Farmácia Hospitalar. São Paulo: 2013. p. 15.

Em suma, como apresentado por vários autores (GOMES E REIS, 2000; MAIA NETO, 2005; BRASIL, 2004; SBRAFH, 2007), as competências da Assistência Farmacêutica Hospitalar são diversas e compreendem fundamentalmente as etapas centrais da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos), as atividades de gerenciamento de recursos financeiros, materiais e humanos, além das chamadas “ações especializadas” (conjuntos de serviços clínicos, farmacovigilância, informação sobre medicamentos, farmacotécnica, ensino e pesquisa).

O Quadro 1 sintetiza os objetivos da farmácia hospitalar relativos a cada componente do serviço, considerando a pesquisa realizada por Osório de Castro e Castilho (2004).

**Quadro 1 – Objetivos da Farmácia Hospitalar por Componentes**

<b>Componente</b>	<b>Objetivo da Farmácia Hospitalar</b>	
<b>Gerenciamento</b>	Prover estrutura organizacional e infra-estrutura que viabilizem as ações da Farmácia.	
<b>Seleção</b>	Definir o necessário para suprir as necessidades do hospital, segundo critérios de eficácia e segurança, seguidos por qualidade, comodidade e custo.	
<b>Logística</b>	<b>Programação</b>	Definir especificações técnicas e quantidade a serem adquiridas, tendo em vista o estoque, os recursos e os prazos disponíveis.
	<b>Aquisição</b>	Suprir a demanda do hospital, tendo em vista a qualidade e o custo.
	<b>Armazenamento</b>	Assegurar a qualidade dos produtos em estoque e fornecer informações sobre as movimentações realizadas.
	<b>Distribuição</b>	Fornecer o pertinente em condições adequadas e tempestivas com garantia de qualidade do processo.
<b>Farmacotécnica</b>	Elaborar preparações magistrais e oficinais disponíveis no mercado, e/ou fracionar especialidades farmacêuticas para atender às necessidades dos pacientes, resguardando a qualidade.	
<b>Informação</b>	Disponibilizar informações independentes, objetivas e apropriadas sobre medicamentos e seu uso racional a pacientes, profissionais de saúde e gestores.	
<b>Conjunto de serviços clínicos</b>	Acompanhar o uso de medicamentos prescrito a cada paciente, assegurando o uso racional.	
<b>Ensino e Pesquisa</b>	Formar recursos humanos para a farmácia e para a assistência farmacêutica. Produzir informação e conhecimento que subsidiem o aprimoramento das condutas e práticas vigentes.	

Fonte: OSÓRIO de CASTRO C.G.S., CASTILHO S.R., org. Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004 – adaptado.

#### 4.4.3 Estrutura e Normatização da Farmácia Hospitalar

A qualidade da prestação de serviços da farmácia hospitalar inter-relaciona-se com uma série de fatores e influências externas e internas ao ambiente hospitalar. Assim, a estruturação, a composição e o ordenamento correto do SFH são essenciais para o cumprimento de suas funções prioritárias e especializadas, culminando também no aprimoramento de ações clínico-assistenciais (GOMES E REIS, 2000).

Tendo em vista o bom desenvolvimento das atividades da Farmácia Hospitalar, a SBRAFH recomendou, em 2007, alguns parâmetros mínimos para ambientes e recursos humanos, considerando alguns aspectos estruturais e organizacionais, além das características do hospital em que se insere.

A Farmácia Hospitalar e de serviços de saúde deve ser localizada em área que facilite a provisão de serviços a pacientes e às unidades hospitalares. Ela deve contar com recursos de comunicação e transporte eficientes. (SBRAFH, 2007, p. 13)

Segundo a SBRAFH (2007), para o funcionamento adequado de uma unidade de Farmácia Hospitalar, devem existir prioritariamente três ambientes: Área de administração; Área para armazenamento; Área para dispensação e orientação farmacêutica. Além disso, devem ser incluídos ambientes específicos para cada tipo de atividade que o SFH ofereça, como manipulação magistral e oficial, fracionamento, produção, radiofármacos, etc., além de um ambiente próprio para chefia, suporte administrativo e infraestrutura adequada (Quadro 2).

#### **Quadro 2 – Infraestrutura básica para o SFH**

Disponibilidade de equipamentos e instalações adequadas ao gerenciamento (logística e suprimentos) de medicamentos, saneantes e produtos para a saúde;

Implantação de um sistema de gestão informatizado;

Disponibilidade de recursos para a informação e comunicação;

Disponibilidade de salas para prática de atividades farmacêuticas;

Disponibilidade de serviços de manutenção, para assegurar o pleno funcionamento das tecnologias disponíveis e instalações físicas;

Implantação e manutenção de sistemas de arquivo.

Tratando-se de Recursos Humanos, o dimensionamento mínimo de farmacêuticos e auxiliares está diretamente relacionado com as atividades desenvolvidas, a complexidade do cuidado e o grau de informatização e mecanização da unidade, conforme a SBRAFH (2007). O Quadro 3 resume o dimensionamento mínimo de Recursos Humanos da Farmácia Hospitalar por área.

**Quadro 3 – Dimensionamento mínimo para Recursos Humanos no SFH**

<b>Área</b>	<b>Recursos Humanos</b>
<b>Área de Recursos Humanos e Atividades básicas de dispensação para pacientes internados e logística de suprimentos</b>	1 farmacêutico para cada 50 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 10 leitos 1 almoxarife para cada 50 leitos
<b>Manipulação de NPT</b>	1 farmacêutico para cada 100 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 50 leitos
<b>Manipulação de Antineoplásicos</b>	1 farmacêutico para cada 50 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 100 leitos
<b>Manipulação de outras misturas intravenosas</b>	1 farmacêutico para cada 50 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 100 leitos
<b>Manipulação Magistral e Oficial</b>	1 farmacêutico para cada 50 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 50 leitos
<b>Farmácia Ambulatorial (gerenciamento, dispensação e controle de estoque)</b>	1 farmacêutico para cada 3000 pacientes atendidos. 1 auxiliar administrativo para cada 3000 pacientes. 1 auxiliar de farmácia para cada 1000 pacientes
<b>Orientação farmacêutica e Home Care (paciente ambulatorial)</b>	1 farmacêutico para cada 125 pacientes
<b>Atividades clínicas (paciente internado)</b>	1 farmacêutico para cada serviço clínico com até 60 leitos
<b>Fracionamento</b>	1 farmacêutico para cada 250 leitos 1 auxiliar para cada 50 leitos
<b>Farmácia em centro cirúrgico</b>	1 farmacêutico por turno 1 auxiliar de Farmácia para cada 4 salas de cirurgia em funcionamento, por turno
<b>Farmacovigilância</b>	1 farmacêutico para cada 250 leitos
<b>Informação sobre medicamentos</b>	1 farmacêutico para cada 250 leitos

<b>Farmacocinética</b>	1 farmacêutico para cada 250 leitos
<b>Pesquisa Clínica (ensaios clínicos)</b>	1 farmacêutico para cada 250 leitos
<i>Para atividades não descritas acima, recomenda-se 1 farmacêutico para cada 50 leitos e um auxiliar para cada 10 leitos, com carga horária diária de 8 horas.</i>	

Fonte: [SBRAFH] Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. Padrões Mínimos para Unidades de Farmácia Hospitalar. Goiânia: 2007.

A compreensão das normas e regulamentos relacionados com as atividades desenvolvidas em âmbito hospitalar é fundamental para garantir a qualidade de produtos e serviços, contribuindo para a minimização dos riscos aos usuários. Em conformidade com o que ocorre nos sistemas e serviços de saúde, as legislações e normatizações de interesse na área da farmácia hospitalar destinam-se a garantir qualidade nos processos inerentes a esse serviço (ROZENFELD, 2000). Uma norma específica para esse setor é a Resolução nº 492/08, do CFF, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza privada ou pública (CFF, 2008).

Os serviços de atendimento pré-hospitalar, farmácia hospitalar e outros serviços de saúde têm como principal objetivo contribuir no processo de cuidado à saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos – incluindo os radiofármacos e os gases medicinais – e outros produtos para a saúde, nos planos assistencial, administrativo, tecnológico e científico. (CFF, 2008, art. 2º)

Desse modo, é imprescindível aos profissionais o conhecimento das normas e sua correta aplicabilidade. Algumas dessas normas encontram-se relacionadas no Quadro 4.

**Quadro 4 – Legislação Sanitária de interesse em Farmácia Hospitalar**

Atividade	Legislação Sanitária relacionada
Seleção de medicamentos	<i>Portaria GM/MS nº 2.475, de 13 de outubro de 2006 – Aprova a 4ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).</i>
	<i>Resolução CFF nº 449, de 24 de outubro de 2006 – Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.</i>

Seguimento Farmacoterapêutico e Farmacoepidemiologia	<i>Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 – Cria o Programa de Controle de Infecção Hospitalar.</i>
Farmacotécnica	<i>Portaria MS/SNVS nº 272, de 08 de abril de 1998 – Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Parenteral.</i>
	<i>RDC ANVISA nº 45, de 12 de março de 2003 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde.</i>
	<i>RDC ANVISA nº 220, de 21 de setembro de 2004 – Aprova o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de Terapia Antineoplásica.</i>
	<i>RDC ANVISA nº 67, de 08 de outubro de 2007 – Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para uso humano em farmácias.</i>
Gerenciamento	<i>RDC ANVISA nº 67, de 08 de outubro de 2007 – Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para uso humano em farmácias.</i>
	<i>Portaria MS/SVS nº 783, de 10 de outubro de 1998 – Autoriza em caráter excepcional, a importação de produtos, unicamente para uso hospitalar.</i>
	<i>Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 – Aprova a Política Nacional de Medicamento.</i>
	<i>RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.</i>
Aquisição	<i>Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 – Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal. Institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências.</i>
	<i>Portaria GM/MS nº 1.818, de 02 de dezembro de 1997 – Recomenda que nas compras de licitações públicas de produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal, estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniados e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores destes produtos.</i>
	<i>Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002 – Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.</i>
	<i>Portaria GM/MS nº 375, de 28 de fevereiro de 2008 – Institui,</i>

	no âmbito do SUS, o programa nacional para qualificação, produção e inovação em equipamentos e materiais de uso em saúde no complexo industrial da saúde.
Aquisição, Armazenamento e Distribuição	<i>Portaria MS/SVS n° 344, de 12 de maio de 1998</i> – Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
	<i>Portaria ANVISA n° 328, de 22 de julho de 1999</i> – Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácia e drogaria.
Ensino e Pesquisa	<i>Resolução CNS n° 196, de 10 de outubro de 1996</i> – Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.
	<i>Lei Federal n° 11.788, de 25 de setembro de 2008</i> – Dispõe sobre o estágio de estudantes, e dá outras providências.

Fonte: SILVA, M.J.S. Avaliação da farmácia hospitalar em hospitais estaduais do Rio de Janeiro. 2010.128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010, p. 13-14.

Importa mencionar a inexistência de trabalhos envolvendo a caracterização, a adequação e a análise dos Serviços de Farmácia Hospitalar em contextos específicos, como os modelos de Gestão.

#### 4.5 Fundamentos do Método Comparativo de Estudo

Considera-se o estudo comparativo o mais adequado quando a pesquisa se presta a estabelecer possibilidades com base na confrontação entre duas ou mais unidades, realizando comparações, a fim de verificar similitudes e explicar divergências, com vistas a melhor compreensão sobre as organizações (BULGACOV, 1998; MARCONI e LAKATOS, 2003).

Em linhas gerais, nesse tipo de estudo busca-se, por meio da investigação, determinar as várias características organizacionais ou entre as organizações e o ambiente, cotejando, confrontando, igualando, equiparando (ou não) as características ou fenômenos, com o fito de conhecer as semelhanças e diferenças ou as suas relações, bem como a reconstrução de relações ou processos que as distinguem (BULGACOV, 1998).

De acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 107), “ocupando-se da explicação dos fenômenos, o método comparativo permite analisar o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais”. Aplica-se, portanto, aos variados desenhos de estudo e às suas diversas abordagens, tanto quantitativas (comparações de taxas, índices, etc.) quanto qualitativas (diferentes formas de governo).

Pode ser utilizado em todas as fases e níveis de investigação: num estudo descritivo pode averiguar a analogia entre ou analisar os elementos de uma estrutura (regime presidencialista americano e francês); nas classificações, permite a construção de tipologias (cultura de *folk* e civilização); formalmente, a nível de explicação, pode, até certo ponto, apontar vínculos causais, entre os fatores presentes e ausentes. (MARCONI e LAKATOS, 2003, p. 107)

Na década de 1970, Wolf Heydebrand (1973), sociólogo e professor na universidade de Chicago, nos Estados Unidos, já considerava o estudo comparativo um importante método de investigação das organizações. Compreendido nesses termos, entende-se que o estudo comparado da Assistência Farmacêutica de instituições com diferentes modelos de Gestão é um instrumento analítico importante, dado que ele permite, analogicamente, o reconhecimento de ambos os modelos. Ademais, a comparação, por se tratar de um processo que permite perceber similaridades e diferenças, agrega valor nessa relação de mútuo reconhecimento.

## 5 MÉTODOS

### **Delineamento do Estudo**

A presente pesquisa trata-se de um estudo comparativo, transversal do tipo analítico-descritivo. Foi realizada no ano de 2016, e tem como objeto de estudo os Serviços de Farmácia Hospitalar de hospitais públicos de grande porte, distribuídos no eixo Goiânia-Brasília.

Os estudos comparativos, segundo Bulgacov (1998, p. 56), podem ser resumidamente definidos "como a comparação sistemática de um grupo determinado de organizações, ou grupos específicos de organizações, com a finalidade de estabelecer relações entre suas variáveis ou categorias analíticas".

### **5.1 Local do estudo**

Acerca da escolha do local de estudo, entende-se, primeiramente, que a rede urbana brasileira está organizada em sistemas urbano-regionais, norteadas pelas principais metrópoles do país. No caso do Centro-Oeste, ocorre uma dupla polarização, devido à equivalência entre as duas metrópoles regionais, Brasília e Goiânia, bem como pela curta distância entre elas, o que conduz, inevitavelmente, à consolidação de um eixo robusto, com forte pressão demográfica, implicando maior demanda por serviços.

Assim sendo, este estudo engloba duas das principais áreas metropolitanas do país, a de Brasília, com 4 milhões de habitantes, e a de Goiânia, com 2,4 milhões, que, com a aglomeração urbana de Anápolis (400 mil habitantes), formam um eixo com população aproximada de 6,8 milhões de habitantes e um PIB de R\$ 270 bilhões. As duas áreas metropolitanas são as de maior crescimento populacional, assim como as de maior expansão do PIB no Brasil. E ainda, formam o terceiro mercado consumidor, superado apenas pelas regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro (MIRAGAYA, 2014).

Nesta pesquisa, tomou-se "Brasília" como Região Administrativa I (RA I), formada pelo Plano Piloto, que engloba as Asas Sul e Norte, o setor Militar Urbano, o Setor

de Garagens e Oficinas, o Setor de Indústrias Gráficas, a Área de Camping, o Eixo Monumental, a Esplanada dos Ministérios, o Setor de Embaixadas Sul e Norte, a Vila Planalto, a Granja do Torto, a Vila Telebrasil, o Setor de Áreas Isoladas Norte, bem como as sedes dos Três Poderes da República.

## **5.2 Amostra**

A amostra foi constituída por todos os SFH, representados por seus responsáveis técnicos ou dirigentes, nos hospitais das cidades de Goiânia, Anápolis e Brasília, que atenderam aos critérios de inclusão. Foram considerados responsáveis técnicos pelos SFH aqueles que possuíam o certificado de 'diretor técnico' no Conselho Regional de Farmácia.

### *5.2.1 Critérios de Inclusão*

Os critérios de inclusão foram:

- Possuir CNES enquanto hospital;
- Possuir natureza jurídica pública;
- Ser classificado como de grande porte, segundo os critérios de classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1977);
- Ser gerido por administração pública direta ou uma das formas da Gestão Compartilhada.

### *5.2.2 Critérios de Exclusão*

Foram excluídos do estudo os Hospitais Universitários em fase de transição de gestão (administração direta para EBSEH).

## **5.3 Coleta de dados**

Em um primeiro momento, antecedendo a coleta de dados, foram realizadas visitas, previamente agendadas, aos hospitais. Durante essas visitas, foi apresentado, aos responsáveis pelas instituições, o projeto. Contatou-se o farmacêutico que gerencia

o serviço de farmácia em cada instituição, sendo agendado um momento para a aplicação do instrumento de coleta, de acordo com a disponibilidade do profissional. Esse primeiro momento ocorreu entre maio e agosto de 2016. Nas perguntas em que os farmacêuticos responsáveis não tiveram subsídios para responder, facultou-se o direcionamento das questões para o executor da atividade.

Com o propósito de atender aos objetivos do estudo, foi utilizada uma versão adaptada do instrumento desenvolvido para o 'Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil' (OSÓRIO de CASTRO e CASTILHO, 2004). As adaptações consistiram em: I) Exclusão de 24 perguntas que não eram necessárias para responder aos problemas de pesquisa deste estudo (de natureza jurídica, porte do hospital, etc.), a fim de otimizar o tempo de aplicação do questionário; II) Atualização de terminologias, de modo especial a nomenclatura "seguimento Farmacoterapêutico", passando a ser denominada de "conjunto de serviços clínicos"; e III) Prazos, datas e períodos, como por exemplo nos trecho "o número de farmacêuticos liberados em 2015".

O instrumento que operacionalizou a coleta de dados (Apêndice C) integrou três técnicas, a saber:

- I. Aplicação de questionários em campo;
- II. Observação direta em campo; e
- III. Análise documental.

Esse instrumento foi constituído por doze módulos analíticos, correspondentes aos macrocomponentes do SFH analisados, com seus respectivos roteiros de observação direta (seis roteiros) de padrões de conformidade (quando aplicável ao módulo), que possibilitam a compreensão acerca dos serviços de farmácia hospitalar, contemplando as mais diferentes realidades.

O Quadro 5 correlaciona as técnicas de coleta de dados com os módulos analíticos e o instrumento. Os módulos e os macrocomponentes que os compõe estão listados a seguir:

Módulo 1: Caracterização Geral do Hospital

Módulo 2: Caracterização Geral do Setor Responsável pelos Medicamentos (SFH)

Módulo 3: Logística – Programação

Módulo 4: Logística – Aquisição

Módulo 5: Logística – Armazenamento

Módulo 6: Logística – Distribuição

Módulo 7: Gerenciamento

Módulo 8: Seleção de Medicamentos

Módulo 9: Farmacotécnica

Módulo 10: Informação

Módulo 11: Conjunto de Serviços Clínicos

Módulo 12: Ensino e Pesquisa

**Quadro 5** – Correlação entre técnicas de coleta de dados e os módulos analíticos e do instrumento utilizado.

<b>Técnica de coleta</b>	<b>Composição do Instrumento</b>	<b>Módulos de aplicação</b>	
Questionários em campo	Questionário dividido em 12 módulos, constituído de 138 perguntas do tipo fechadas.	Todos os 12 módulos	
Observação direta em campo	<i>Cheklis</i> t composto por 6 roteiros de boas práticas, distribuídos em 56 itens ou tarefas que deveriam ser seguidas ou deviam estar presentes, em consonância com as normas e resoluções da legislação vigente.	Módulo 5	– Boas práticas de estocagem (Roteiro 1)
		Módulo 6	– Boas práticas de distribuição (Roteiro 2)
		Módulo 9	– Preparações orais e tópicas (Roteiro 3) – NPT (Roteiro 4) – Misturas intravenosas (Roteiro 5) – Quimioterapia (Roteiro 6)
Análise Documental	Consulta a documentos produzidos no âmbito das unidades (organograma, escala de trabalho, lista de padronização, cadernos, Portaria n° 344, etc.).	Módulos 1 e 2	

Fonte: Questionário de Pesquisa.

## 5.4 Variáveis

Cada módulo analítico é constituído por um conjunto de variáveis, conforme descrito no Quadro 6.

**Quadro 6** – Distribuição das variáveis estudadas por componente e módulo analítico.

1	Caracterização Geral do Hospital (módulo 1)	Corpo clínico
2		Estrutura Física
3		Especialidades médicas
4		Número de leitos
5	Caracterização Geral do setor responsável pelos medicamentos (módulo 2)	Horário de funcionamento
6		Horário de funcionamento com farmacêutico
7		Número de farmacêuticos
8		Número de assistentes
9		Dispensação descentralizada (farmácia satélite)
10		Terceirização de atividades
11		Categoria de produtos trabalhados
12		Denominação do serviço/setor
	Logística – Programação (módulo 3)	Direcionamento
13		Determinação da quantidade de compra pelo SFH
14		Relação de produtos para orientação do processo de compra
15		Uso de curva ABC para orientação de compra
		Informações para o cálculo de programação
16		Necessidade
17		Estoque disponível
18		Orçamento (receita disponível)
19		Outro
	Logística – Aquisição (módulo 4)	Aquisição pelo hospital
20		Cadastro de fornecedores
21		Banco de preços
22		Farmacêutico responsável pelas especificações de compra
23		Técnico para técnico/auxiliar no processo de compra
		Especificações de compra
24		Licença de funcionamento
25		Certificado de boas práticas
26		Registro dos medicamentos (em D.O.U.)
27		Forma farmacêutica
28		Apresentação
29		Embalagem
30		Validade
31	Prazo de entrega	
32	Laudo de controle de qualidade	

Continua.

## Continuação

33	Logística – Armazenamento (módulo 5)	Centro de Abastecimento (CAF) operante
34		Tipo de registro de estoque empregado
35		Controle de temperatura ambiente
36		Programa de sanitização
37		Geladeira
38		Termômetro e registro de temperatura para termolábeis
39		Procedimentos para validade próximas
40		Área separada para vencidos (identificada)
41		Área específica para medicamentos sob controle especial
		Checklist Boas práticas: estocagem (OBSERVAÇÃO) – RDC N° 134/01
42		Pisos, paredes e tetos em bom estado de conservação
43		Pisos, paredes e tetos de fácil limpeza
44		Proteção contra entrada de roedores, insetos, aves, etc.
45		Aparelhos para refrigeração ambiente
46	Disposição correta/racional (exposição à luz, temperatura, umidade)	
47	Logística – Distribuição (módulo 6)	Estabelecimento identificado
48		Sistema de distribuição
49		Farmácia(s) satélite(s)
50		Equipamento contra incêndios
51		Med. controle especial em local separado, fechado com chave
52		Conferência da prescrição pelo farmacêutico (exclusivamente)
53		Notificações de psicoativos vencidos à VISA
		Checklist Boas práticas: dispensação (OBSERVAÇÃO) – RDC N° 328/99
54		Instalações com boas condições higiênico-sanitárias
55		Local limpo, sem poeira ou sujeira aparente
56		Placa com nome e horário de trabalho do RT
57	Produtos protegidos da ação direta da luz, temperatura e umidade	
58	Geladeira e termômetro	
59	Notificações de receita com DCB	
	Gerenciamento (módulo 7)	Coordenação geral
60		Objetivos e metas (escritos)
61		Programação (escrita) para treinamento de RH
62		Número de profissionais liberados para formação profissional (2015)
63		Profissional farmacêutico membro da CCIH
64		Profissional farmacêutico membro da CSN
		Manual de normas e procedimentos (itens contemplados)
65		Horário de funcionamento
66		Fluxos de trabalho
67		Atividades desenvolvidas
68		POP para distribuição de medicamentos
69	POP para armazenamento de medicamentos	
70	POP para farmacotécnica	

Continua.

## Continuação

		Organização do processo de seleção
71	Seleção (módulo 8)	Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)
72		Farmacêutico como membro efetivo da CFT
73		Guia terapêutico ou formulário elaborado pela CFT ou SFH
74		Protocolos (escritos) para medicamentos específicos
		Critérios para elegibilidade dos medicamentos selecionados
75		RENAME/RESME/REMUME
76		Demanda ou histórico de uso
77		Perfil do hospital
78	Custo	
79	Farmacotécnica (módulo 9)	Preparação de formulações não estéreis
80		Preparação de misturas endovenosas
81		Preparação de Nutrição Parenteral
82		Preparação de Quimioterapia (QT)
83		Rotina de controle de qualidade das preparações
		Checklist Boas práticas: (OBSERVAÇÃO) – RDC N° 33/00  288/96
84		Pisos, paredes e tetos em bom estado de conservação e limpeza
85		Extintores e equipamentos contra incêndio
86		Vestiário ou antecâmara
87		EPI disponível
88		Área para fluxo laminar
89		Área para lavagem de frascos e ampolas
90	Respeito à proibição de ralos na área de manipulação	
	Informação (módulo 10)	Formalização da informação
91		Fornecimento de informações para profissionais
92		Registro (escrito) das solicitações de informações
93		Fontes impressas para consulta (livros, compêndios, etc.)
		Atividades educativas com pacientes
94		Palestras
95		Grupos de orientação
96	Distribuição de informação impressa	
	Conjunto de Serviços Clínicos (módulo 11)	Atuação do farmacêutico
97		Participação na visita médica
98		Visita ao paciente no leito (orientação)
99		Monitorização terapêutica de fármacos
100		Farmacovigilância
101		Número de atendimentos entre out.- dez./15
		Registro e informações sobre o atendimento/paciente
102		Documentação (escrituração) em livros, fichas, meios digitais, etc.
103		Cronologia na organização e acompanhamento
104		Informações relacionadas às condições de saúde do paciente
105	Alergias	
106	Dados demográficos	

## Continuação

		Oferta programas ou atividades para formação profissional:
107	Ensino e Pesquisa (módulo 12)	Estágio (para acadêmicos)
108		Treinamento em Serviço (para graduados)
109		Especialização na modalidade Residência
		Participação em atividades científicas
110		Realização de sessões científicas (toda equipe)
111		Realização de estudos e pesquisas (SFH)
112		Profissionais com publicações em 2015

### 5.5 Análise dos Dados

No presente trabalho, procedeu-se à análise comparativa da estrutura e à formalização dos processos dos serviços de farmácia hospitalar em unidades públicas de grande porte, no eixo econômico Goiânia-Brasília. A análise se deu por meio da confrontação cruzada dos elementos, o que possibilitou a comparação entre os hospitais estudados. Cada hospital foi analisado separadamente; logo após, as informações foram cruzadas, criando-se categorias com os dados correspondentes.

Os dados foram analisados e sumarizados em frequência absoluta, e comparados entre os grupos. Os hospitais em Brasília, um geral e um especializado, ambos sob administração direta, foram denominados Grupo 1. Os hospitais de Goiânia, um geral e um especializado, ambos geridos por OSS, foram denominados Grupo 2. As variáveis foram avaliadas segundo os parâmetros das atuais legislações sanitárias normativas para o setor (BRASIL, 1999; BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; CFF, 1997; CFF, 2000; CFF, 2008; SBRAFH, 2007).

Donabedian (1980), referência para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, afirma que a “estrutura” corresponde às características estáveis da assistência: objetivos; recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Referem-se à estrutura física, a disponibilidade de equipamentos, a capacitação dos indivíduos, a organização dos serviços, etc. Já o(s) “processo(s)” refere(m)-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo o que medeia a prática profissional.

Assim, seguindo ainda o raciocínio de Donabedian (1980), em uma análise dentro dessa conceituação cabem tanto dados numéricos, em termos de recursos disponíveis, quanto a qualificação profissional, a qualidade do equipamento, a existência de manutenção predial e de equipamentos, além do conhecimento e

supervisão da forma de atuação e posicionamento nas atividades profissionais administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa.

## **5.6 Aspectos Éticos**

O presente estudo segue as recomendações da resolução CNS nº 466/12 (BRASIL; 2012), sendo iniciado após a apreciação e aprovação pela Comissão Científica do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), bem como pelas instituições coparticipantes desta pesquisa.

Os responsáveis pelas instituições onde foram realizadas as coletas de dados (observação e entrevista) foram informados sobre o procedimento, e a execução ocorreu após a concordância, mediante a assinatura do Termo de Anuência (Apêndice A).

A participação dos entrevistados foi voluntária, com base em informações apresentadas sobre o estudo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). Em suma, foram garantidos os seguintes direitos: I) solicitar maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, em qualquer momento; II) negar-se a responder os questionamentos ou a dar informações que julgasse prejudicial à sua integridade social, física e/ou moral; e III) desistir de participar do estudo em qualquer momento e retirar o seu consentimento.

Os pesquisadores do projeto “Farmácia Hospitalar, segundo o modelo de gestão dos hospitais públicos de grande porte no eixo Goiânia-Brasília”, mantiveram sob sigilo todos os dados coletados, sendo estes utilizados somente para atender aos objetivos desta pesquisa.

## 6 RESULTADOS

O presente capítulo, referente aos resultados da pesquisa, será apresentado na modalidade “artigo científico”, conforme facultado pelas normas e pelo regimento do programa de pós-graduação ao qual este estudo está vinculado. Assim, fora redigido um artigo inerente ao tema da pesquisa. Após as devidas considerações, o artigo será submetido à apreciação da “Revista de Gestão em Sistemas de Saúde”, na categoria “Gestão estratégica de organizações da saúde (estrutura, desempenho, excelência operacional, projetos, qualidade, ética, etc.)”. Este capítulo está sob a normatização da *American Psychological Association* – APA (Anexo 1), correspondente às normas da revista mencionada.

**6.1 Artigo: Serviço de farmácia hospitalar, segundo o modelo de gestão dos hospitais públicos: uma análise comparativa**

## SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR, SEGUNDO O MODELO DE GESTÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA

*Cleiton Bueno da Silva,*

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás (UFG); especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente ENSP/FIOCRUZ; e Farmacêutico Supervisor no Hospital de Urgências de Goiânia.

*Mercia Pandolfo Provin,*

Professora associada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás (UFG) e professora adjunta da Faculdade de Farmácia da UFG.

### RESUMO

Os diferentes Modelos de Gestão, presentes hoje no campo da saúde pública, oriundos da Reforma Gerencial da década de 1990, ainda dividem opiniões entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, em especial no que diz respeito ao desempenho das chamadas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Com base nesse cenário, o presente estudo objetivou analisar comparativamente os Serviços de Farmácia Hospitalar (SFH), segundo o modelo de gestão dos hospitais públicos, uma vez que, para entender como o todo funciona, a análise das partes mostra-se extremamente importante e reveladora. Trata-se, portanto, de um estudo comparativo, transversal do tipo analítico-descritivo. Os quatro hospitais selecionados para a pesquisa são responsáveis por 43,9 % do total de leitos da região. Os SFH do Grupo 1 (administração direta - AD) apresentaram resultados mais heterogêneos, e, nesse grupo, a estruturação só foi mais completa em um dos doze componentes analisados. Aponta-se que a diferença entre os grupos foi numericamente mais expressiva no tocante ao gerenciamento e aos quatro componentes da logística; de modo particular, no atendimento às boas práticas de armazenamento e dispensação. Constatou-se que o modelo de Gestão influencia o SFH e, provavelmente, outros subsistemas hospitalares. Há também diferenças nos SFH de um hospital gerido por OSS em relação a outro gerido por AD. Pode-se inferir que, com relação à estrutura, a maior adequação às recomendações, bem como o melhor nível de formalização dos processos inerentes ao serviço, ocorre devido à presença de exigências legais que devem ser cumpridas para a manutenção dos Contratos de Gestão celebrados entre as OSS e o Poder Público.

**Palavras-chave:** Serviço de Farmácia Hospitalar; Administração de Serviços de Saúde, Estudo Comparativo.

## HOSPITAL PHARMACY SERVICE, ACCORDING MANAGEMENT MODEL OF LARGEST PUBLIC HOSPITALS IN GOIÂNIA-BRASÍLIA AXIS

*Silva, C.B., & Provin, M.P.*

### ABSTRACT

The different management models present today in the field of Brazilian public health, from the Managerial Reform of the 1990's, still share opinions among researchers, managers, workers and users of health services, especially regarding the performance of so-called Organizations Health (OSS). Based on this scenario, the present study aimed to comparatively analyze the Hospital Pharmacy Services (SFH), according to the management model of public hospitals, since, in order to understand how the whole works, the analysis of the parts shows being extremely important and revealing. It is, therefore, a comparative, transversal study of the analytic-descriptive type. The four hospitals selected for the survey accounted for 43.9% of the total beds in the region. Group 1 SFH (direct administration) presented more heterogeneous results, and in this group, the structuring was only more complete in one of the twelve components analyzed. It is pointed out that the difference between the groups was numerically more expressive regarding the management and the four components of logistics; In particular, in meeting good storage and dispensing practices. It was verified that the Management model influences SFH and probably other hospital subsystems. There are also differences in SFH from an OSS-managed hospital to one managed by AD. It can be inferred that in relation to the structure, the greater adequacy and compliance with the recommendations, as well as the better formalization of the processes inherent to the service, occur due to the presence of legal requirements that must be fulfilled for the maintenance of the Management Agreements concluded between the OSS and the Public Power.

**Key-words:** Pharmacy Service, Hospital; Health Services Administration; Comparative Study

## INTRODUÇÃO

Os hospitais cumprem papel fundamental nas redes de atenção à saúde, pois sempre haverá condições que exijam o cuidado hospitalar, por mais protagônico que seja o sistema de atenção domiciliar e ambulatorial, sendo neles referendados e atendidos os casos de média e alta complexidade (Rosa, 2014). No entanto, nas últimas décadas, vem se observando problemas financeiros, estruturais e organizacionais vividos pelos hospitais brasileiros, principalmente os públicos, com repercussões na assistência, na formação dos profissionais da saúde e no desenvolvimento de pesquisas. Esses transtornos vividos pelos hospitais públicos podem ser atribuídos, em parte, ao elevado custo da assistência, somados aos limitados recursos destinados à área, ao reduzido controle social, ao clientelismo para ocupação de cargos de gerência, à corrupção, entre outros fatores (Azevedo, 1995; Bonacim & Araujo, 2011).

Diante desse cenário, alguns entes públicos passaram a adotar a gestão dos hospitais públicos por meio das organizações públicas não-estatais (OPNE). Essa forma de gestão surgiu em meados da década de 1990, com a finalidade de promover e transformar o Estado brasileiro. Tal proposta fazia parte de um conjunto de reformas apresentadas pelo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que incluía privatizações, publicizações e terceirizações do fundo público (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado [MARE], 1995).

As Organizações Sociais em Saúde (OSS), um tipo de OPNE, já são realidade em inúmeros hospitais pelo país. Sua implantação sempre é acompanhada de intenso debate político e social entre aqueles que as defendem e os que as repudiam. Isso porque, de modo geral, quando avaliadas sob a ótica da gestão orçamentária e financeira, as vantagens do modelo das organizações sociais são significativas e apontam para uma vantagem sobre o modelo de administração direta (AD). No entanto, quando avaliadas com base na lógica da legitimidade pública e social, as instituições sob administração direta mostram-se preferíveis (Ribeiro, 2012; Cardoso, 2012; Banco Mundial, 2010; Souza & Almeida, 2010), evidenciando a não consensualidade do tema.

Sabe-se que o melhor formato para administrar os serviços de saúde divide opiniões; porém, a necessidade de aperfeiçoamento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é consensual. Nesse sentido, a busca por excelência faz com que os subsistemas hospitalares, independentemente do modelo de gestão institucional adotado, tenham de absorver rapidamente novos conceitos e práticas de gestão. Neste contexto, o Serviço de Farmácia

Hospitalar (SFH) configura-se como um dos principais ordenadores da assistência farmacêutica hospitalar; é resultado da complexidade do hospital, sendo estritamente interdependente de suas características. O SFH deve ordenar os preceitos das entidades de saúde e órgãos reguladores, ao mesmo tempo em que se alinha às políticas e convenções da administração da instituição de saúde (AD, OSS, empresa pública, etc.), contribuindo para um ambiente com flexibilidade, agilidade, criatividade, eficiência, equidade e participação social (Cipriano, 2009). Logo, conhecer a lógica de cada modelo de gestão e o cenário no qual o SFH está inserido é fundamental, tanto para o planejamento estratégico do serviço quanto para o desenvolvimento de competências profissionais ajustadas à necessidade.

A par dessas considerações, o presente estudo teve por objetivo caracterizar e analisar comparativamente os serviços de farmácia hospitalar, considerando o modelo de gestão institucional em que o serviço se insere. Tal objetivo procura responder ao seguinte questionamento: Existem diferenças na estrutura e nos processos do SFH em um hospital gerido por OSS em relação a outro gerido por administração direta?

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal do tipo analítico-descritivo comparativo, realizado no período de maio a agosto de 2016 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), sob o protocolo 1.412.766 de 2016. O objeto de estudo foi o serviço de farmácia hospitalar de hospitais públicos de Goiânia e Brasília.

A escolha dessas duas cidades da região Centro-Oeste como local de estudo considerou que a rede urbana brasileira está organizada em sistemas urbano-regionais, norteadas pelas principais metrópoles do país. Nas cidades escolhidas, observa-se dupla polarização. Isso ocorre devido à equivalência entre essas duas, bem como pela curta distância entre elas, conduzindo à consolidação de um forte eixo, visto que essas duas áreas metropolitanas são as de maior crescimento populacional, bem como as de maior expansão do PIB no Brasil. Juntas, formam o terceiro mercado consumidor do país, superado apenas pelas regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro. Assim, a consubstanciação desse eixo econômico conduz, inevitavelmente, a uma forte pressão demográfica (6,8 milhões de habitantes), implicando, conseqüentemente, maior demanda por serviços (Miragaya, 2014).

A amostra foi constituída por todos os SFH dos hospitais considerados de grande porte nas cidades de Goiânia e Brasília, inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

(CNES), segundo os critérios de classificação do Ministério da Saúde [MS] (1977), com natureza jurídica pública, geridos por Administração Direta (AD) ou por uma das formas da Gestão Compartilhada (OPNE). Os Hospitais Universitários, em fase de transição de gestão (administração direta para empresa pública), foram excluídos do estudo por ainda não contarem com uma primeira gestão consolidada. Atenderam aos critérios: seis instituições hospitalares, sendo três em cada modalidade de gestão e localização geográfica. Entretanto, apenas quatro concordaram em participar do estudo, correspondendo a dois hospitais gerais terciários e dois hospitais especializados. Os hospitais em Brasília, um geral e um especializado, ambos sob AD, foram denominados Grupo 1; e os de Goiânia, um geral e um especializado, ambos geridos por OSS, foram denominados Grupo 2.

Com o propósito de atender aos objetivos do estudo em um menor tempo de aplicação, foi utilizada uma versão adaptada do instrumento desenvolvido para o “Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil” (Osório de Castro & Castilho, 2004). Este operacionalizou a coleta de dados, integrando três técnicas para a obtenção de informações: I) Aplicação de questionários em campo; II) Observação direta em campo; e III) Análise documental. Constituiu-se de doze módulos analíticos, correspondentes aos macrocomponentes do SFH. O Quadro 1 correlaciona as técnicas de coleta de dados com os módulos analíticos e o instrumento.

Quadro 1 – Correlação entre técnicas de coleta e composição a composição do instrumento segundo os analíticos.

<b>Técnica de coleta</b>	<b>Composição no Instrumento</b>	<b>Módulos de aplicação</b>	
Questionários em campo	Questionário aplicado, dividido em 12 módulos, constituído de 138 perguntas do tipo fechada.	Todos os 12 módulos	
Observação direta em campo	<i>Cheklis</i> t composto por 6 roteiros de boas práticas, distribuídos em 56 itens ou tarefas que deveriam ser seguidas ou estar presentes, em consonância com as normas e resoluções da legislação vigente.	Módulo 5	– Boas práticas de estocagem (Roteiro 1)
		Módulo 6	– Boas práticas de distribuição (Roteiro 2)
		Módulo 9	– Preparações orais (Roteiro 3) – NPT (Roteiro 4) – Misturas venosas (Roteiro 5) – Quimioterapia (Roteiro 6)
Análise Documental	Consulta a documentos produzidos no âmbito das unidades (organograma, escala de trabalho, lista de padronização, etc.).	Módulos 1 e 2	

Fonte: Questionário de Pesquisa.

O questionário foi aplicado aos dirigentes e/ou responsáveis técnicos dos SFH. Nas perguntas em que os farmacêuticos responsáveis não tiveram subsídios para responder, ficou facultado o direcionamento delas para o executor da atividade.

As variáveis estudadas relacionavam-se com o SFH e o hospital. Elas também foram organizadas em doze módulos analíticos, conforme sintetizado no Quadro 2. Os dados foram analisados e sumarizados quanto a presença ou ausência (e frequência absoluta, quando numérico) e comparados entre os grupos. As variáveis foram avaliadas segundo os parâmetros estabelecidos por recomendações e legislações sanitárias vigentes para o setor (Resolução n. 328 da ANVISA, 1999; Resolução n. 134 da ANVISA, 2001; Resolução n. 300 do CFF, 1997; Resolução n. 349 do CFF, 2000; Resolução n. 492 do CFF, 2008; Resolução n. 338 do CNS, 2004; Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar [SBRAFH], 2007).

Quadro 2 – Distribuição das variáveis estudadas por componente e módulo analítico segundo instrumento empregado.

<b>Módulo</b>	<b>Componente</b>	<b>Variáveis</b>
1	Caracterização Geral do Hospital	Corpo clínico, estrutura física, tipo de atendimento, número de leitos, especialidades, organograma e ligação com setor responsável pelos medicamentos.
2	Caracterização Geral do Setor Responsável pelos Medicamentos	Estrutura física, horários de funcionamento, localização, serviços prestados e/ou áreas contíguas, atividades terceirizadas, padronização, número de profissionais, cargas horárias e formação.
3	Logística – Programação	Orientações gerais para nortear o processo de requisição de compra (quantidades, análise de estoque, relações de produtos, orçamentos).
4	Logística – Aquisição	Forma e exigências para efetivação da compra (fornecedores, especificações e exigências técnicas, responsável).
5	Logística – Armazenamento	Estrutura, padronização de processos e boas práticas de estocagem (adaptado, RDC n° 134/01).
6	Logística – Distribuição	Sistemas de distribuição, controle de validade, boas práticas de dispensação (adaptado, RDC n° 328/99).
7	Gerenciamento	Manuais, normas, procedimentos operacionais padrão (POPs), fluxos de trabalho, metas, comissões, periodicidade das ações e incumbências do setor.
8	Seleção de Medicamentos	Relação de medicamentos selecionados, protocolos, critérios de elegibilidade e suas atualizações.
9	Farmacotécnica	Operacionalização para manipulação de preparações orais, tópicas, retais ou estéreis e nutrições parenterais; e suas normatizações.
10	Informação	Atividades educativas com a equipe; informações sobre medicamentos, demandas, fontes e correlações.

11	Conjunto de serviços clínicos	Medidas que visem assegurar o uso racional de medicamentos e a maximização da efetividade e eficiência de tratamentos farmacológicos (farmacovigilância, atendimento, dados levantados dos pacientes).
12	Ensino e Pesquisa	Serviços oferecidos, produção científica do corpo técnico, atividades de pesquisa e sua periodicidade.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dois primeiros módulos analíticos deste estudo possibilitaram a caracterização geral do hospital e do seu SFH (Figura 1). Apoiando-se nesses levantamentos, tem-se que os quatro hospitais analisados se estabelecem como importantes prestadores de serviços para o SUS, totalizando 1776 leitos de internação, o que representa 43,9 % do total regional de leitos em instituições públicas (Departamento de Informática do SUS [DATASUS], 2016). Todos possuem corpo clínico fechado e número de serviços hospitalares, segundo as especialidades médicas, passíveis de correlação entre os grupos no que se refere à classificação do tipo de serviço: 26 serviços/especialidades para os hospitais gerais; 17 e 14 para os especializados dos Grupos 1 e 2, respectivamente.

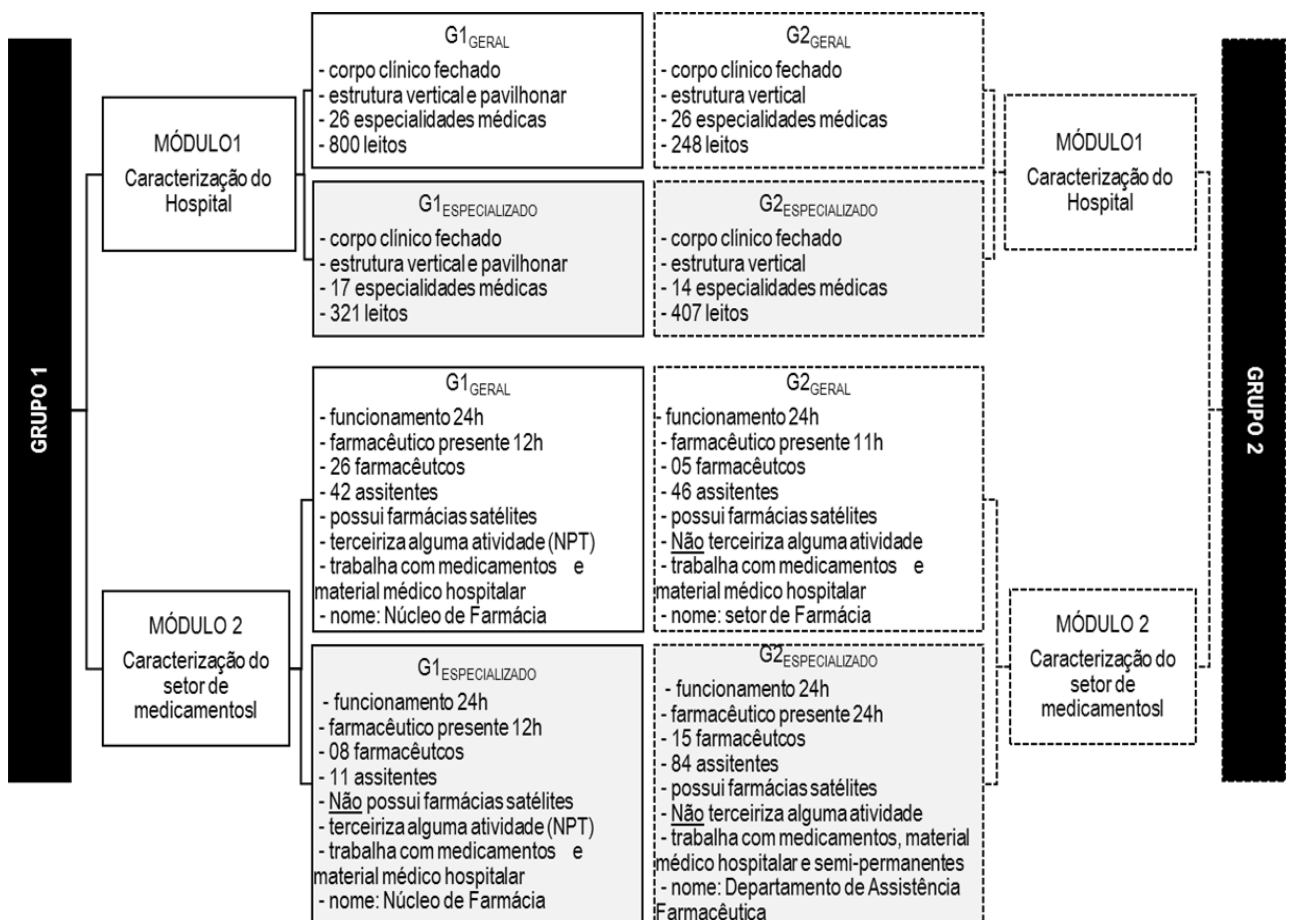


Figura 1 – Caracterização geral dos hospitais públicos das cidades de Goiânia e Brasília e de seus respectivos serviços de farmácia hospitalar, Brasil, 2016.

Fonte: Questionário de Pesquisa – fase exploratória

Não foram observadas diferenças significativas entre as estruturas físicas e organizacionais dos hospitais estudados. Quanto à estrutura organizacional, não foi constatado nenhum padrão de inserção.

A localização do SFH no organograma hospitalar indica o perfil valorizado desse serviço pela gestão hospitalar: enfoque no paciente, quando ligado aos serviços técnicos/clínico-assistenciais; ou enfoque nos recursos financeiros, quando ligado aos serviços administrativos. Isso impacta diretamente a estruturação dos serviços prestados. A total despadronização dessa inserção entre hospitais dos Grupos 1 e 2 demonstra que o enfoque do serviço no paciente não depende do modelo de gestão, e sim da visão institucional.



Figura 2 – Localização dos serviços de farmácia hospitalar nos organogramas dos hospitais públicos das cidades de Goiânia e Brasília, Brasil, 2016.

Fonte: Questionário de Pesquisa – fase exploratória

Os SFH nos hospitais do Grupo 2, de modo geral, apresentaram maior participação no processo de programação e aquisição de medicamentos (Quadro 3). Isso pode ser explicado pelo fato que, na administração pública direta, o processo de aquisição é regulado pela Lei de Licitação 8.666/90, que institui normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a compras, alienações, locações, entre outros, no âmbito dos Poderes.

Os requisitos que essa lei exige interferem fortemente no processo de compras, o que pode esclarecer algumas diferenças encontradas entre os dois grupos. A utilização de ferramentas de gestão, como a Curva ABC, é um exemplo dessas diferenças. O processo licitatório exige etapas com prazos legais, o que o torna longo, e isso pode colaborar para que instituições públicas com administração direta tenham dificuldades em utilizar tal ferramenta na gestão da compra. E isso dificulta também a relação com os fornecedores, uma vez que a lógica para a seleção desses é um ato completamente impessoal e regida por edital (Dalarmi, 2010).

Todos os SFH encontravam-se na mesma edificação das unidades clínicas, o que atende à recomendação da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH, 2007). Embora haja especificações e recomendações para a área física mínima do serviço, nenhum dos hospitais soube informar a área física total destinada a este. Contudo, observa-se que a conservação da estrutura física da área de estocagem mostrou-se mais fragilizada no Grupo 1 (Quadro 3), revelando a dificuldade na manutenção predial dos hospitais públicos. Infere-se que uma das explicações para tal fato seja a falta de investimentos, principalmente nos últimos anos (Bonacim & Araujo, 2011).

Observou-se que todos os SFH adotam o modelo de sistema misto ou combinado de dispensação, tanto para medicamentos quanto para materiais médico-hospitalares (Quadro 3). Esse sistema de dispensação é o segundo, em grau crescente de complexidade, na aplicação de quatro sistemas formais de distribuição, quais sejam: coletivo; misto; prescrição individualizada e dose unitária. Sua adequabilidade justifica-se de acordo com o contexto e a complexidade do hospital em que o SFH se insere. Como todos os hospitais analisados desenvolvem atividades de alta complexidade (DATASUS, 2016b), considera-se como modelo ideal o sistema de dispensação por dose unitária. No entanto, os hospitais brasileiros, de maneira geral, não o adotam, por ser um modelo caro e que necessita de estruturas física e técnica altamente elaboradas (Messeder, 2005).

Quadro 3 – Características das etapas da logística dos medicamentos desenvolvidas pelo serviço de farmácia hospitalar dos hospitais públicos das cidades de Goiânia e Brasília, Brasil, 2016.

Etapas da logística	Grupo 1		Grupo 2	
	G1G	G1E	G2G	G2E
<b>Programação</b>				
Cálculo do lote de compra (quantidade a se comprar)	X	X	X	X
Relação de produtos para orientação do processo de compra	X	X	X	X
Uso de curva ABC para orientação de compra	-	-	X	X
Dados informacionais para cálculo de programação				
Estoque disponível	X	X	X	X
Previsão orçamentária	-	-	-	X
Outro	-	-	-	X
<b>Aquisição</b>				
Possui cadastro de fornecedores	X	X	X	X
Utiliza banco de preços como base nas negociações	-	X	X	X
O farmacêutico é responsável pelas especificações de compra	X	-	X	X
Técnico/auxiliar no processo de compra	-	-	-	X
Solicita do fornecedor:				

Licença de funcionamento	-	X	X	X
Certificado de boas práticas	-	X	X	X
Registro dos medicamentos conferidos no D.O.U.	X	-	X	X
Validade mínima	X	X	X	X
Prazo de entrega	X	X	X	X
Laudo de controle de qualidade	-	-	-	X
Na descrição do produto possui:				
Forma farmacêutica	X	X	X	X
Apresentação	X	X	X	X
Embalagem	-	-	X	X
<b>Armazenamento</b>				
Possui Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	X	X	X	X
Controle ambiental				
Controle de temperatura ambiente	X	-	X	X
Geladeira	X	X	X	X
Termômetro e registro de temperatura para termolábeis	X	X	X	X
Programa de sanitização	X	X	X	X
Movimentação de produto				
Sistema de registro de estoque informatizado	X	X	X	X
Procedimentos para controlar validade próximas de expirar	-	X	X	X
Área separada e identificada para vencidos	-	X	X	X
Área específica para medicamentos sob controle especial	X	X	X	X
Boas práticas de estocagem ( <i>Cheklis</i> RDC nº 134/01)				
Pisos, paredes e tetos em bom estado de conservação	-	X	X	X
Pisos, paredes e tetos de fácil limpeza	-	X	X	X
Proteção contra entrada de roedores, insetos, aves, etc.	-	-	-	-
Aparelhos para refrigeração ambiente	-	-	X	X
Disposição correta/razional (exposição à luz, temperatura e umidade)	X	-	X	X
<b>Distribuição</b>				
Sistema de distribuição de medicamentos adotado:				
Coletivo	-	-	-	-
Misto	X	X	X	X
Dose individualizada	-	-	-	-
Conferência da prescrição pelo farmacêutico (exclusivamente)	-	X	X	X
Notificações de psicoativos vencidos a VISA	-	X	X	X
Boas práticas de dispensação ( <i>Cheklis</i> RDC nº 328/99):				
Equipamento contra incêndios	-	X	X	X
Instalações com boas condições higiênico-sanitárias	-	X	X	-
Local limpo, sem poeira ou sujeira aparente	X	X	X	X
Placa com nome e horário de trabalho do RT	-	-	-	-
Produtos protegidos da ação direta da luz, temperatura e umidade	X	X	X	X
Geladeira e termômetro	X	X	X	X
Notificações de receita com DCB	X	X	X	X

G1: Grupo1 | G2: Grupo2 | G: Geral | E: Especializado | X: Presença do item no serviço

Fonte: Questionário de Pesquisa – fase exploratória

No que se refere ao Gerenciamento do SFH, quando observada a programação escrita para capacitação ou treinamento dos recursos humanos, bem como sua periodicidade, os hospitais especializados de cada grupo mostraram evidências de tal prática: no primeiro grupo, conforme demandas (sem cronologia), por meio de livros tipo ata; no segundo, com um plano anual de treinamento (Quadro 4). Costa e Ricaldoni (2011) sugerem que as capacitações sejam semestrais e que o cronograma deve ser escrito, mencionando o assunto, os objetivos, a abordagem, o responsável, a data e a forma de avaliação. Nesse quesito, apenas o SFH especializado do Grupo 2 aproximou-se do almejado. Por outro lado, somente a farmácia de um dos hospitais do Grupo 1 não possuía manual de normas e procedimentos instituídos e documentados. Tal manual, para ser considerado válido, deve possuir pelo menos três dos seis itens contemplados na investigação, quais sejam: Horário de funcionamento; Fluxos de trabalho; Atividades desenvolvidas pelo setor; Procedimento Operacional Padrão (POP) para distribuição de medicamentos; POP para armazenamento; e/ou POP para Farmacotécnica.

Não foi constatado planejamento escrito de objetivos e metas em nenhum dos SFH, bem como a presença do farmacêutico na constituição do Serviço ou Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH/CCIH) e nas Comissões de Suporte Nutricional (CSN), para o Grupo 1. No Grupo 2, verificou-se a participação do farmacêutico na CSN, bem como na declaração da formalização de Responsabilidade Técnica por meio de inscrição no conselho de classe, o que não aconteceu no Grupo 1. O Quadro 4 resume as informações.

Quadro 4 – Características dos processos de coordenação do setor de farmácia hospitalar dos hospitais públicos das cidades de Goiânia e Brasília, Brasil, 2016.

Processos de coordenação	Grupo 1		Grupo 2	
	G1G	G1E	G2G	G2E
<b>Gerenciamento</b>				
Objetivos e metas (escritos)	-	-	-	-
Programação (escrita) para treinamento de RH	-	-	-	X
Número de profissionais liberados para formação profissional (2015)	NI	NI	1	12
Profissional farmacêutico membro da CCIH	-	-	-	-
Profissional farmacêutico membro da CSN	-	-	X	X
<b>Manual de normas e procedimentos</b> (itens contemplados)				
Horário de funcionamento	NA	X	X	-
Fluxos de trabalho	NA	X	X	-
Atividades desenvolvidas	NA	X	X	X
POP para distribuição de medicamentos	NA	X	X	X
POP para armazenamento de medicamentos	NA	X	X	X
POP para farmacotécnica	NA	NA	NA	NA

G1: Grupo1 | G2: Grupo2 | G: Geral | E: Especializado | X: Presença do item no serviço|

Fonte: Questionário de Pesquisa – fase exploratória

Importa mencionar que um dos hospitais do Grupo 1 não possuía Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) instituída. O objetivo da CFT é prover e zelar pelo uso racional de um arsenal farmacoterapêutico efetivo, seguro e a um custo que o hospital ou paciente possam assumir (Holloway & Green, 2003). A inexistência da CFT pode trazer prejuízos econômicos e assistenciais. Contudo, essa situação ainda é encontrada em hospitais brasileiros, deixando o país aquém das diretrizes internacionais (Marques & Zucci, 2006).

Como critério de elegibilidade para relação de medicamentos selecionados, o uso das Relações Nacional, Estadual e Municipal de Medicamentos (RENAME/RESME/REMUME) foi unânime. Nos Hospitais Gerais de ambos os grupos, houve ainda a inserção da demanda e/ou do histórico de uso como critério ponderável. Do mesmo modo como ocorreu com a capacitação e treinamento de RH, os hospitais que apresentaram protocolos para uso de medicamentos ou grupo de medicamentos específicos foram os especializados, em ambos os grupos (Quadro 5).

Seguindo a tendência da era digital, todos os quatro hospitais lançam mão de recursos digitais e informatizados tanto no componente Informação, quanto no conjunto de serviços clínicos. Somente a fração de hospitais pertencentes ao Grupo 1 não possuem formulário ou guia farmácia e terapêutica; e apenas um hospital do Grupo 2 dispõe, além de recursos digitais, de fontes terciárias de informação (livros texto, compêndios e Farmacopeia).

Apesar de todos os hospitais referenciar a prestação de informações sobre medicamentos aos profissionais da instituição, nenhum deles possui registro escrito ou algum tipo de formalização no que tange às informações diretamente prestadas. Ademais, embora cada SFH desenvolva, à sua maneira, ações ligadas ao conjunto de atenção farmacêutica, verificou-se, em ambos os grupos, a presença de um padrão linear de cumprimento das atividades analisadas (Quadro 5).

Quadro 5 – Características dos serviços clínicos desempenhados pelos serviços de farmácia hospitalar dos hospitais públicos das cidades de Goiânia e Brasília, Brasil, 2016.

Serviços Clínicos	Grupo 1		Grupo 2	
	G1G	G1E	G2G	G2E
<b>Seleção de medicamentos</b>				
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	-	X	X	X
Farmacêutico como membro efetivo da CFT	NA	X	X	X
Guia terapêutico ou formulário elaborado pela CFT ou SFH	-	-	X	X

Protocolos para medicamentos específicos	X	X	-	X
<b>Critérios para elegibilidade dos medicamentos selecionados</b>				
Relação de medicamentos essenciais	X	X	X	X
Demanda ou histórico de uso	X	-	X	-
Perfil do hospital	-	-	X	-
Custo	-	-	-	-
<b>Informação sobre medicamentos</b>				
Fornecimento de informações para profissionais	X	X	X	X
Registro das solicitações de informações	-	-	-	-
Fontes impressas para consulta (livros, compêndios, etc.)	-	-	X	-
<b>Educação em saúde</b>				
Palestras	-	-	X	-
Grupos de orientação	-	-	X	-
Distribuição de informação impressa	-	-	X	X
<b>Atenção farmacêutica</b>				
Participação na visita médica	X	X	X	X
Visita ao paciente no leito (orientação)	X	X	X	X
Monitorização terapêutica de fármacos	-	-	X	-
Farmacovigilância	X	X	X	X
<b>Registro e informações sobre o atendimento/paciente</b>				
Número de atendimentos entre out.-dez./15	150	NI	640	365
Evolução e condutas em livros, fichas, meios digitais, etc.	X	X	X	X
Cronologia na organização e acompanhamento	X	X	X	X
Informações relacionadas às condições de saúde do paciente	X	X	X	X
Alergias	X	X	X	X
Dados demográficos	-	-	-	X

G1: Grupo1 | G2: Grupo2 | G: Geral | E: Especializado | X: Presença do item no serviço

Fonte: Questionário de Pesquisa – fase exploratória

Na perspectiva do componente de Ensino e Pesquisa, quando indagados sobre a liberação dos profissionais Farmacêuticos durante o horário de trabalho para a participação em eventos científicos (seminários, congressos, etc.) ou em programas de pós-graduação em 2015, as informações foram precisas, mas não expressivas no Grupo 2: apenas 13 profissionais com pelo menos uma liberação (Tabela 1). No Grupo 1, verificou-se que a prática é adotada; contudo, nenhum dos dois hospitais soube precisar o número de profissionais que foram beneficiados.

Ressalta-se que a não preocupação quanto ao registro das liberações para formação e/ou aperfeiçoamento profissional nos hospitais geridos pela AD é decorrente da naturalidade com que encaram a prerrogativa de que o próprio SUS seja um campo de formação e aperfeiçoamento de recursos humanos (Lei nº 8.080, 1990). Em contrapartida, é considerável o número de contratos de gestão que não prevê a obrigatoriedade de Plano de Cargos e Carreira, pelo fato de não ser uma exigência. Os demais serviços de Ensino e Pesquisa oferecidos pelos SFH analisados estão listados no Quadro 6, conforme o grupo analítico.

Quadro 6 – Atividades de Ensino e Pesquisa, por grupo analítico, desenvolvidas pelos serviços de farmácia hospitalar dos hospitais públicos das cidades de Goiânia e Brasília, Brasil, 2016.

<b>Grupo 1 – Hospitais sob Administração Direta</b>	<b>Grupo 2 – Hospitais geridos por OSS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios para acadêmicos.</li> <li>- Especialização na modalidade Residência.</li> <li>- Realização de seções científicas.</li> <li>- Participação no desenvolvimento de atividades de Pesquisa.</li> <li>- Desenvolvimento de estudos de utilização de medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios para acadêmicos.</li> <li>- Treinamento em serviço (para graduados).</li> <li>- Publicações em anais de congresso.</li> <li>- Participação no desenvolvimento de atividades de pesquisa no hospital.</li> </ul>

Fonte: Questionário de Pesquisa – fase exploratória

Do ponto de vista logístico – grupo analítico que apresentou as diferenças mais expressivas entre os SFH dos modelos de gestão – foram analisados quatro subgrupos: Programação; Aquisição; Armazenamento; Distribuição e sua interface com o componente Seleção. O Grupo 1 apresentou resultados menos expressivos em relação ao Grupo 2 em pelo menos seis componentes relacionados com as bases técnicas e as especificações feitas no ato da indicação/solicitação de compra de medicamentos (inexistentes em ambos os hospitais do desse grupo).

Em 1994, o Ministério da Saúde já estabelecia que um dos principais objetivos do SFH é dispor de todos os medicamentos necessários para a terapêutica dos pacientes ao menor custo possível. Para tanto, a base de dados sobre aquisição de medicamentos, materiais e correlatos deve dispor do maior número de informações (MS, 1994).

Com relação à logística de armazenamento e distribuição, mesmo sendo observados múltiplos registros de estoque em uma mesma instituição (sistema informatizado, Ficha *kardex* e Ficha

de prateleira), o sistema informatizado prevaleceu em todas as unidades. Nos hospitais do Grupo 1, os sistemas utilizados eram versões próprias das instituições. No Grupo 2, os hospitais compravam licenças de *softwares* de Gestão Integrada de Saúde disponíveis no mercado. O controle efetivo de validades próximas ao vencimento só não ocorreu em um dos hospitais do primeiro grupo. No Grupo 2, dentre os procedimentos padronizados com relação a esses produtos, estão: uso de carta de troca; controle de lote circulante; e utilização do esquema PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai). Já no Grupo 1, tem-se: PVPS e troca entre hospitais da rede (outros hospitais públicos).

O Gráfico 1 mostra o atendimento a 20 requisitos analisados quanto às boas práticas de armazenamento e distribuição de medicamentos e produtos médico-hospitalares. Observa-se, por meio da comparação dos dados, maior consistência no atendimento aos padrões, nos componentes logísticos analisados, por parte dos hospitais do Grupo 2. O Grupo 1, por sua vez, apresentou um total de pendências três vezes superior em relação ao Grupo 2.

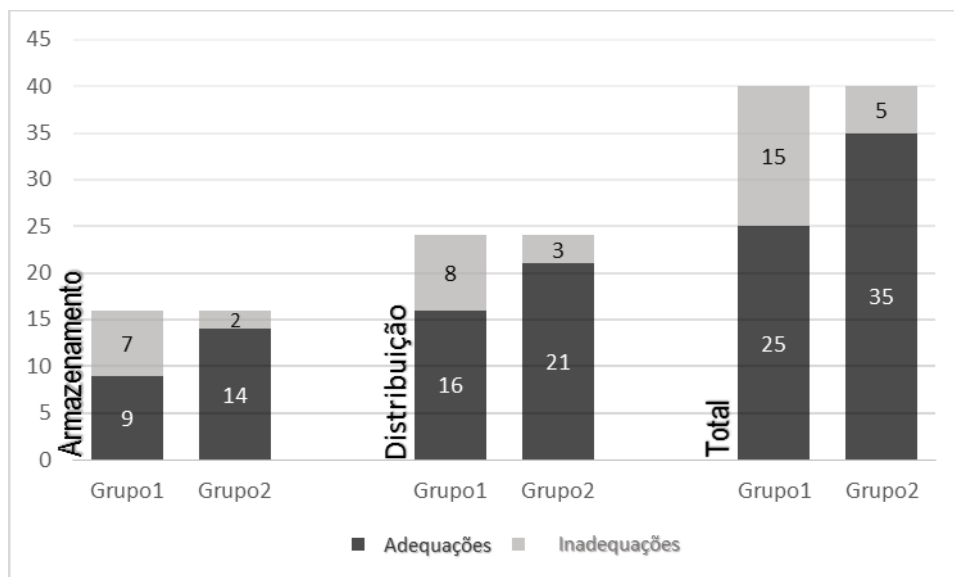


Gráfico 1 – Distribuição dos números de itens que atenderam às boas práticas de armazenamento e distribuição nos serviços de farmácia hospitalar dos hospitais públicos das cidades de Goiânia e Brasília, Brasil, 2016.

No Grupo 2, o dimensionamento de recursos humanos está em consonância com as orientações da SBRAFH (2007). Nos SFH pertencentes aos hospitais do Grupo 1, há adequação apenas na razão farmacêutico/leitos (1:50); na razão assistente/leitos (1:5), os hospitais chegam a trabalhar com proporção até cinco vezes acima do esperado, como mostra a Tabela 1 – neste estudo, foi considerado assistente todo profissional não farmacêutico que

trabalha no âmbito dos SFH, independentemente se realizam atividades técnicas ou administrativas. Observou-se que o Grupo 2 assume um número maior de atividades relacionadas com a programação e a aquisição de medicamentos, requerendo uma carga horária maior de seu quadro funcional de farmacêuticos e técnicos dedicados a essas atividades. Isso pode explicar a relação funcionário/leito maior que nos hospitais do Grupo 1 (além do cumprimento de uma recomendação). Ressalta-se que, exclusivamente em um dos hospitais do Grupo 2, é assegurada a presença do farmacêutico nas 24 horas de prestação de serviço.

Tabela 1 – Caracterização dos recursos humanos nos serviços de farmácia hospitalar dos hospitais públicos das cidades de Goiânia e Brasília, Brasil, 2016.

	Grupo 1		Grupo 2	
	G1G	G1E	G2G	G2E
<b>Número de funcionários</b>				
Número total de farmacêuticos	26	8	5	16
Número de farmacêuticos por leito	1/40	1/40	1/49	1/25
Número total de assistentes	42	11	46	84
Número de assistentes por leito	1/19	1/29	1/5	1/5
<b>Assistência do farmacêutico</b>				
Durante a semana (em horas diárias)	12	12	11	24
Durante os fins de semana e feriados	12	12	11	24
<b>Educação permanente e continuada</b>				
Possui plano de capacitação instituído	Não	Não	Não	Sim
<b>Apoio institucional aos profissionais para qualificações</b>				
Número de profissionais liberados para formação profissional no último ano	NI	NI	1	12

Fonte: Questionário de Pesquisa – fase exploratória

Fato é que, enquanto instituições complexas, os hospitais, para cumprirem com suas funções, necessitam de requisitos mínimos em sua configuração, exigindo conhecimentos específicos para gerir seus recursos físicos e humanos. Nesse local são praticadas atividades industriais, médicas, de enfermagem, de ciência e tecnologia, de hotelaria, com restaurante, lavanderia etc., tudo em função do paciente. Esse processo, que envolve componentes sociais, culturais e educacionais, relacionados com a natureza delicada do serviço prestado, bem como com as contrariedades geradas pelos aspectos financeiros, políticos e assistenciais, pelos conflitos entre categorias profissionais, pela pouca relação entre trabalhadores e usuários, pela

precarização das condições de trabalho e pela reduzida participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, tem dificultado o gerenciamento desses locais (Teixeira, 2008).

As dificuldades de se contar com mais indicadores e pesquisas, principalmente sobre os subsistemas hospitalares e sua correlação com a gestão institucional, seu desempenho e equidade (ou não) na condução de suas atividades, vinculam também à baixa disponibilidade de informação e à ausência de tratamento desse tipo de informação de maneira comparável, não viabilizando intervenções expressivamente efetivas.

Os resultados apresentados neste artigo apontam para a consolidação de padrões de excelência no âmbito da Assistência Farmacêutica Hospitalar, como estratégia de gestão com foco, não só no paciente/cliente, mas também no impacto que este tem no serviço de saúde e, por conseguinte, na sociedade, pelo emprego de uma visão organizada e sistêmica, tecnicamente amparada, que busca a disseminação de conceitos e práticas alinhadas, independentemente do modelo de administração adotado.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que o modelo de gestão influencia o Serviço de Farmácia Hospitalar e provavelmente, seus subsistemas. Verificou-se que há diferenças entre os SFH de hospitais geridos por OSS e os daqueles geridos por AD. Desse modo, infere-se que a maior adequação e atendimento às recomendações, quanto à estrutura, bem como o melhor nível de formalização dos processos inerentes ao serviço, ocorrem devido à presença de exigências legais que devem ser cumpridas para a manutenção dos Contratos de Gestão celebrados entre a OSS e o Poder Público. Tal formalização é expressa pelo nível de precisão de informações sobre o serviço, assim como pela atenção em oferecer atividades diferenciadas para melhorar os processos de assistência e preencher lacunas algumas vezes vilipendiadas. Além disso, o cumprimento dos direcionamentos legais existentes é o que garante a redução de boa parte dos possíveis desequilíbrios entre os diferentes serviços, evidenciando a importância de a farmácia hospitalar aderir tanto às normas sanitárias quanto às regulamentações e recomendações para o setor. Se melhor gerida, a administração pública direta alcançaria, possivelmente, os mesmos resultados em todos os componentes, impulsionando a oficialização das condutas práticas em detrimento ao dinamismo implícito do dia a dia.

## REFERÊNCIAS

- Azevedo, C.S. (1995). Gestão hospitalar e a visão dos diretores de hospitais público no Rio de Janeiro. *Revista de administração pública*, 29(3), 33-58.
- Banco Mundial. (2010). *Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA)* [Nota “em breve” n.156]. ONU: Medici, A.,& e Murray, R.
- Bonacim, C.A.G., & Araujo, A.M.P. (2011). Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciênc. Saúde coletiva*, 16, 1(supl.), 1055-1069.
- Bulgacov, S. (1998). Estudo Comparativo e de Caso de Organizações de Estratégias. *Organizações & Sociedade*, 11(5), 53-74.
- Cardoso, A.M. (2012). *Organizações sociais na saúde: Rio intransparente*. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Cavallini M.E., & Bisson M.P. (2010). *Farmácia Hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde* (2a ed). Barueri: Manole.
- Cipriano, S.L. (2009). *Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na farmácia hospitalar com foco na comparabilidade*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Costa, V.G.,& Ricaldoni, C.A.C. (2011). *Hospital, Acreditação e Gestão em Saúde* (2a ed. Cap.7, pp. 161-177). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dalarmi, L. (2010) Gestão de suprimentos na farmácia hospitalar pública. *Visão Acadêmica*, 11(1), 82-90.
- Dantas, S.C.C. (2011). Farmácia e Controle das Infecções Hospitalares [Encarte de Farmácia Hospitalar, ano XII]. *Pharmacia Brasileira*, 80.
- Departamento de Informática do SUS (2016). *Quantidade SUS por Natureza Jurídica segundo Município, até julho de 2016*. Recuperado em 08 setembro, 2016, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>.
- Departamento de Informática do SUS (2016b). *Estabelecimentos por localização geográfica, até setembro 2016*. Recuperado em 08 setembro, 2016, de [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp)
- Holloway, K., & Green T. (2003). *Drug and therapeutics committees — a practical guide* [manual]. Genebra: WHO.
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República.
- Marques, D. C.,& Zucchi, P. (2006). Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am. J. Public Health*, 19 (1), 58-63.

Messeder, A. M. (2005). *Avaliação de Estrutura e Processo de Serviços de Farmácia Hospitalar segundo nível de complexidade do Hospital*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República. Brasília: Bresser Pereira, L. C.

Ministério da Saúde. (1994). *Guia Básico para Farmácia Hospitalar* [manual]. Brasília: Secretaria de assistência à saúde.

Ministério da Saúde. (1997). *Conceitos e Definições em Saúde* [manual]. Brasília: Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar.

Miragaya, J. (2014, junho). Estudo completo Eixo: Brasília-Anápolis-Goiânia. *Seminário Eixo Brasília-Anápolis-Goiânia: O Modelo de Desenvolvimento com Inclusão Social e o Eixo como Novo Vetor de Expansão*, Brasília, DF, Brasil, 1.

Osório De Castro, C.G.S., & Castilho, S.R. (Org.). (2004). *Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil*. Rio de Janeiro: CDD.

*Resolução nº 134, de 13 de julho de 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária* (2001). Determina a todos os estabelecimentos fabricantes de medicamentos, o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Regulamento Técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos. Diário Oficial da União. Brasília, DF: ANVISA.

*Resolução nº 300, de 30 de janeiro de 1997 do Conselho Federal de Farmácia* (1997). Regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada. Resoluções do CFF, Brasília, DF. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/300.pdf>

*Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária* (1999). Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Diário Oficial da União. Brasília, DF: ANVISA.

*Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde* (2004). Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília, DF: CNS.

*Resolução nº 349, de 20 de janeiro de 2000 do Conselho Federal de Farmácia* (2000). Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos. Resoluções do CFF, Brasília, DF. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/349.pdf>

*Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008 do Conselho Federal de Farmácia* (2008). Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Resoluções do CFF, Brasília, DF. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/492.pdf>

Ribeiro A.L. (2012). *Democracia, Direito e Gestão pública: Textos Para Discussão* (Cap. 3, pp. 77-100). Brasília: IABS.

Rosa, T. (2014). O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde [ano IV abr.-jun.]. *Consensus*, (11),13-22.

Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (2007). *Padrões Mínimos para Unidades de Farmácia Hospitalar*. Recuperado em 10 setembro, 2016, de <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa6b63d5.pdf>

Souza, E.M., & Almeida, G.R. (2010, março). Organizações Sociais e OSCIPs: balanço e perspectivas. *III Congresso CONSAD de Gestão Pública: Avanços e perspectivas do modelo de organização social de saúde no Estado de São Paulo*, Brasília, DF, Brasil, 18.

## 7 DISCUSSÃO

A gestão das organizações hospitalares tem sido um desafio para os profissionais de saúde, especialmente para aqueles que trabalham em um sistema que se propõe a ser universal, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e equânime – o SUS. O esforço em analisar o serviço de farmácia hospitalar no âmbito dos novos(?) modelos de gestão expressa, tão logo, um relatório parcial deste processo, em curso desde 1995 (Reforma Gerencial).

A escolha desta temática, tendo como base quatro realidades distintas, dois contextos gerenciais diferentes e o estudo comparativo, permitiu o esclarecimento acerca de algumas questões e o resgate da problematização da gestão pública (publicizada ou não) das instituições hospitalares (a multiplicidade de atribuições, as implicações político-sociais, as dificuldades organizacionais, etc.), bem como a exposição de que a investigação de serviços e fenômenos, contextualizados em um sistema complexo, é agudamente reveladora.

O conhecimento das ações de farmácia hospitalar, além de possibilitar o fomento à cultura avaliativa dos gestores e dos estabelecimentos de saúde, fornece subsídios importantes para a gestão dos serviços e dos hospitais, produzindo conhecimento com maior consistência e representatividade da realidade dos serviços. No contexto da saúde pública, isso poderá ser útil para aprimorar não só o serviço em questão, mas também para incentivar a integração entre outros setores, o que possibilita uma nova visão – crítica – acerca da reforma gerencial e de seu papel no atual quadro do SUS.

Os resultados apresentados são imprescindíveis para evidenciar as diferenças existentes entre os vários serviços e os diferentes modelos de gestão. Sendo assim, é fundamental a percepção das diferenças reveladas nas práticas abordadas e nos contextos de gestão da Farmácia Hospitalar. Isso possibilita à Farmácia estabelecer um processo de *benchmarking*, sendo possível preceder-se à comparação com referenciais internos e externos, promovendo a troca de conhecimento entre as melhores práticas, embasada em evidências objetivas. Isso favorece o crescimento conjunto e a melhoria da assistência farmacêutica hospitalar.

## 8 CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que o presente estudo conduziu ao reconhecimento de que o modelo de gestão pode influenciar o Serviço de Farmácia Hospitalar e, provavelmente, seus subsistemas. Verificou-se também que há diferenças entre os SFH de hospitais geridos por OSS e os daqueles geridos por AD. Além disso, a maior adequação e atendimento às recomendações, quanto à estrutura, bem como o melhor nível de formalização dos processos inerentes ao serviço, ocorrem devido à presença de exigências legais que devem ser cumpridas para a manutenção dos Contratos de Gestão celebrados entre a OSS e o Poder Público, impulsionando a oficialização das condutas práticas em detrimento ao dinamismo implícito do dia a dia. Tal formalização é expressa pelo nível de precisão de informações sobre o serviço, assim como pela atenção em oferecer atividades diferenciadas para melhorar os processos de assistência e preencher lacunas algumas vezes vilipendiadas. Exemplo disso é o cumprimento das recomendações de boas práticas de armazenamento e distribuição de medicamentos e produtos médico-hospitalares.

Desse modo, pode-se inferir que a prática normativa cumpre importante papel enquanto agente de mudança estrutural no posicionamento e condução dos serviços de saúde, tendo em vista que pode ser cobrada, em nível da legalidade, pelos órgãos controladores competentes. Assim sendo, essa prática promove momentos de prova aos atores cotidianos, mobilizando-os para a não manutenção da situação indesejada ou para esclarecimentos sobre as mudanças exigidas.

## 9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ressalta-se como limitação deste estudo a não ponderação ou classificação (“escores”) dos achados quanto à sua influência dentro do próprio SFH, estando equiparadas, portanto, a importância dos macrocomponentes e suas variáveis. Do mesmo modo, não foi avaliado o perfil profissiográfico do farmacêutico inserido nesse serviço.

Outra limitação diz respeito à impossibilidade de correlacionar os achados com o aporte financeiro da instituição, e com as possíveis diferenças, inclusive orçamentárias, oriundas da forma de organização da República Brasileira (nesse caso, estado de Goiás e Distrito Federal).

Na caracterização e análise dos SFH, foi considerada, completamente, apenas uma das dimensões (estrutura), correspondente às noções da Teoria Geral de Sistemas; já outra (formalização dos processos) foi considerada parcialmente. Ademais, seria necessária a realização de uma metodologia de avaliação plena, contemplando a tríade: estrutura; processos ou desempenho; e resultados.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou e descreveu a estrutura e os processos dos Serviços de Farmácia Hospitalar de hospitais públicos no eixo Goiânia-Brasília, considerando o possível panorama de influências e interdependências entre o serviço e o modelo de gestão ao qual o hospital está submetido, caracterizando, assim, esse serviço. Como exposto, o SFH é responsável por diversas atividades, com forte impacto na assistência hospitalar.

Diante do que foi apresentado, entende-se que este estudo se configura como uma fonte importante de informações, visto que pode promover a racionalização das decisões e das práticas adotadas. Podendo este estudo, ser capaz de contribuir com a disseminação da cultura de avaliação de sistemas e serviços de saúde, auxiliando a Farmácia Hospitalar a alcançar as metas a que se propõe.

Assim sendo, os resultados encontrados podem ser úteis para nortear a tomada de decisão pelos entes responsáveis, subsidiando intervenções necessárias e correções de situações potencialmente aperfeiçoáveis.

Recomenda-se ainda que novos estudos sejam conduzidos sob as várias perspectivas que o ambiente hospitalar e seus subsistemas possibilitam, aumentando o número de serviços e hospitais analisados, de maneira a contribuir para a elaboração do planejamento de ações de saúde mais efetivas nas diversas instâncias administrativas atuais. Desse modo, intenta-se que sejam melhorados: o serviço de farmácia, a instituição hospitalar e todos os outros serviços que visam assegurar uma assistência de qualidade.

## 11 REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F.L. O Impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública: Um Breve Estudo sobre a Experiência Internacional Recente. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, **Cadernos ENAP**, n. 10, 1997. 50 p.
- ANTUNES, J.L.F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- AZEVEDO, C.S. Gestão hospitalar e a visão dos diretores de hospitais público no Rio de Janeiro. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro v. 29, n. 3, p. 33-58, jul.-set. 1995.
- BANCO MUNDIAL (World Bank). **Nota “em breve” nº 156**. Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA), por André Medici e Robert Murray. Junho/2010.
- BONACIM, C.A.G.; ARAUJO, A.M.P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1055-1069, 2011.
- BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação De Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Guia Básico para a Farmácia Hospitalar**. Brasília (DF): 1994.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República. Imprensa Oficial, 21 de setembro de 1995.
- BRASIL. **Emenda constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividade a cargo do distrito federal, e dá outras providências, Brasília, 1998. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm)>. Acesso em: 01/Jul/2016.
- BRASIL, 1998b. **Organizações Sociais – Cadernos MARE da Reforma do Estado**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 5. ed. 1998b. 75 p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999**. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 jul. 1999. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/328\\_99.htm](http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/328_99.htm)>. Acesso em: 08 set. 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução nº 134, de 13 de julho de 2001**. Determina a todos os estabelecimentos fabricantes de medicamentos, o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Regulamento Técnico

das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos. Portal Legislação, Brasília, DF, 13 jul. 2001. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-9-34-2001-07-13-134>>. Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Balanco da Reforma do Estado no Brasil: A Nova Gestão Pública**. Brasília, 6 a 8 de agosto de 2002. Brasília, 294 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 mai. 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.

BRASIL. [CNS] Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Crise econômica e reforma do Estado no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1996.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**. Brasília, 1997.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reflexões sobre a Reforma Gerencial Brasileira de 1995. **Revista do Serviço Público**, 50(4), 1999: p 5-30.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Uma resposta estratégica aos desafios do capitalismo global e da democracia. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Balanco da Reforma do Estado no Brasil: A Nova Gestão Pública**. Brasília, 6 a 8 de agosto de 2002. Brasília, p. 29-35.

BRESSER-PEREIRA, L. C; GRAU, N. C. Entre o estado e o mercado: o público não-estatal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. org. **O Público Não-Estatal na Reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999: 15-48.

BULGACOV, S. Estudo Comparativo e de Caso de Organizações de Estratégias. **Organizações & Sociedade**. Bahia v. 5, n. 11, p. 53-74, jan./abr. 1998.

CARDOSO, A.M. **Organizações sociais na saúde: Rio Intransparente**. 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

CARDOSO, F. H. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: MARE; 1995.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde**. São Paulo: Manole, 2002. 218 p.

CECÍLIO, L. C. O. **Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos**. Espaço para a Saúde, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 4-26, 2000.

[CFF] Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 300, de 30 de janeiro de 1997**. Regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada. Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, Brasília, DF, 30 de janeiro de 1997. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/300.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

[CFF] Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 349, de 20 de janeiro de 2000**. Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos. Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, Brasília, DF, 20 de janeiro de 2000. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/349.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

[CFF] CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008**. Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Brasília: 2008.

[CFF] CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 568, de 06 de dezembro de 2012**. Dá nova redação aos artigos 1º ao 6º da Resolução/CFF nº 492, de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Resolução nº 568, de 06 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/568.pdf>>. Acesso: 01 de dezembro de 2015.

CIPRIANO, S. L. **Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na farmácia hospitalar com foco na comparabilidade**. 2009. 196 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

[CRF-SP] Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Farmácia Hospitalar**. São Paulo: 2013. 59 p.

DONABEDIAN A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment** (Exploration in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

GOMES M. J. V. M.; REIS A. M. M. Farmácia hospitalar: histórico, objetivos e funções. In: GOMES M. J. V. M e REIS A. M. M, organizadores. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000. p. 275-287.

GONÇALVES, E. L. **Estrutura Organizacional do hospital moderno**. Revista de Administração de empresas. São Paulo. v. 38, nº 1, p. 80-90. Jan./mar. 1998.

HEYDEBRAND, W. **Comparative Organization: the results of empirical research**. New Jersey. Prentice-Hall. 1973.

- IBAÑEZ, N.; NETO, G. V. **Modelos de Gestão e o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (sup), 2007, p. 1831-1840
- MAIA NETO, J. F. O Hospital. In: MAIA NETO, J. F. (org). **Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde**. 1. ed. São Paulo: RX, 2005. cap. 1, p. 25-30.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.
- MARTINS, M. M. C.; RODRIGUES, S. M. M.; MELO, S. M.; FREIRE, M. T. C. O processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro: sentimento coletivo de trabalho pelo SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS: Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 03, p. 99-118.
- MIRAGAYA, J. In: Seminário Eixo Brasília-Anápolis-Goiânia: **O Modelo De Desenvolvimento Com Inclusão Social e o Eixo Como Novo Vetor De Expansão**. 2014, Brasília. Estudo completo Eixo: Brasília-Anápolis-Goiânia: CODEPLAN, Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2014. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/areastematicas/desenvolvimentoregional/seminarios-e-estudos.html>> Acesso em: 05 Nov. 2015.
- OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. (Org.). **Os sentidos da democracia – Políticas do dissenso e hegemonia global**. Petrópolis - RJ: Vozes, 1999.
- [OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de experts en Organización de la Assistência Médica. **Funcion de los hospitales en los programas de proteccion de la salud**. Genebra, Série de informes tecnicos, n. 122, 1957.
- OSÓRIO de CASTRO, C. G. S.; CASTILHO, S. R., (Org.). **Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
- PAIM, J. S. **Modelos de atenção e vigilância sanitária**. In: Rouquayrol & Almeida Filho. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 567-586.
- PORTELA, M. C. **Accountability e qualidade**. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(4): 840-841.
- REGONINI, G. Estado do Bem-Estar. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 11. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.
- RIBEIRO, A. L. O papel contributivo das organizações sociais para a excelência da gestão em saúde. In: ANTERO SA e SALGADO VA. (Org.). **Democracia, Direito e Gestão Pública: Textos Para Discussão**. Brasília: IABS, 2012. p. 77-100 c.3.
- ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro: 2000. 301p.
- SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde de São Paulo. **Rev. adm. empresas**, São Paulo, v. 48, n. 3, setembro. 2008.
- [SBRAFH] Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. **Padrões Mínimos para Unidades de Farmácia Hospitalar**. Goiânia: 2007. 20p.

SCHEFFER, M. C. Modelos de gestão, eficiência e qualidade do sistema de saúde. In: **Ciclo de Simpósios sobre Saúde pública**, 2014. São Paulo. Ciclo de Simpósios sobre Saúde pública. Mesa-redonda, 3. 25 de abril de 2014. São Paulo: FMUSP, 2014. p. 61.

SILVA, M. J. S. **Avaliação da farmácia hospitalar em hospitais estaduais do Rio de Janeiro**. 2010.128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, E. M.; ALMEIDA, G. R. Avanços e perspectivas do modelo de organização social de saúde no Estado de São Paulo. III Congresso Consad de Gestão Pública. Painel 18//069. **Organizações Sociais e OSCIPs: balanço e perspectivas**. Março/2010.

TEIXEIRA, J. **Assuntos Hospitalares na Visão Jurídica**. São Paulo: Pró-Saúde, 2008.

VECINA, N. G.; MALIK AM. **Tendências na assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 825-839.

VECINA, N. G. Relação entre o público e o privado: o subsistema complementar. In: **Ciclo de Simpósios sobre Saúde pública**, 2014. São Paulo. Ciclo de Simpósios sobre Saúde pública. Mesa-redonda, 2. 24 de abril de 2014. São Paulo: FMUSP, 2014. p. 41-44.

WANDERLEY, K. L. Atenção Hospitalar em Rede. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS: Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. V. 03, p. 10-16.

## 12 APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Anuência Institucional

### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

O \_\_\_\_\_ está sendo convidado para participar da pesquisa “Assistência Farmacêutica, segundo modelo de gestão dos hospitais públicos de grande porte, no eixo Goiânia-Brasília” vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Goiás.

A referida pesquisa tem por objetivo analisar comparativamente a Assistência Farmacêutica Hospitalar e estratificá-la de acordo com o modelo de gestão. Justifica-se pela necessidade de caracterização desse serviço nos hospitais que compõem o segundo maior eixo de desenvolvimento do país. Especialmente pela Assistência Farmacêutica Hospitalar constituir-se como um sistema complexo e relevante no âmbito da gestão de serviços de saúde, não somente por contemplar um dos insumos básicos para cuidados, como também, pelos altos custos que envolve este tipo de questão.

Esta unidade pública de saúde foi selecionada por adequar-se aos critérios definidos na metodologia do estudo e sua participação não é obrigatória. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida no projeto, contudo a não participação da unidade poderá inviabilizar a realização desta. A qualquer momento o gestor pode desistir da participação da unidade e retirar seu consentimento para a pesquisa. A participação desta unidade de saúde na pesquisa consistirá em permitir a aplicação de um questionário ao responsável pelos serviços de farmácia/ Assistência Farmacêutica Hospitalar, bem como o trânsito do entrevistador (mestrando no referido programa de Pós-Graduação) para observação de alguns aspectos da Farmácia hospitalar. *As informações fornecidas contribuirão para um maior conhecimento sobre a situação da Farmácia Hospitalar no Centro-Oeste e assim, fundamentar possíveis estratégias de ação e implantação de intervenções dirigidas à melhoria da qualidade nestes serviços.*

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e é assegurado o sigilo sobre participação dos envolvidos e o anonimato da unidade na divulgação dos resultados. Como gestor, V. Sa. receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sobre a participação da unidade, agora ou a qualquer momento.

Após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do projeto de pesquisa acima.

---

Responsável

## APÊNDICE B – TCLE

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido - T.C.L.E.

Convidamos o (a) senhor (a) a participar como voluntário na pesquisa intitulada: "Assistência Farmacêutica, segundo modelo de gestão dos hospitais públicos de grande porte, no eixo Goiânia-Brasília" do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Goiás. Caso concorde, deverá assinar este formulário em duas vias, uma delas será sua.

A referida pesquisa tem por objetivo avaliar comparativamente a Assistência Farmacêutica Hospitalar, segundo modelo de gestão dos hospitais públicos, no eixo Goiânia-Brasília e justifica-se pela necessidade de caracterização dos Serviços de Farmácia dos hospitais de grande porte no segundo maior eixo de desenvolvimento do país. Esperando-se como resultados inquirir sobre a existência de uma analogia entre os serviços de assistência farmacêutica hospitalar oferecidos e o modelos de gestão adotados pelas unidades hospitalares públicas considerando as orientações padrão estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. De acordo com a metodologia empregada (Questionário composto por 195 questões objetivas com tempo de aplicação entre 30 -60min) caracteriza-se como estudo com risco mínimo, por não se realizar nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos. Serão assegurados o anonimato das informações fornecidas e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa acadêmica e publicações dela oriundas. Além de assistência integral ao participante no tocante a pesquisa, seu processo de coleta de dados ou prejuízos decorrentes de sua participação. Todos os dados serão arquivados por cinco anos e após incinerados, conforme orientação constante na Resolução CONEP/CNS Nº. 466/2012.

Conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/ CONEP citadas na Carta Circular 003/2011, de 21 de março de 2011, o **participante da pesquisa** e o **pesquisador responsável**, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE- aposto suas assinaturas na última página do referido Termo.

O (a) senhor (a) tem liberdade de recusar ou retirar sua permissão a qualquer momento, sem prejuízo. Em caso de dúvidas ou se precisar, pode ligar a cobrar para: CLEITON BUENO DA SILVA (Telefone: 62 – 9153-6476) ou procurar a secretária do CEP/ HUGO – no seguinte endereço: Av. 31 de Março esq. c/ 5ª radial s/nº, Subsolo -Hospital de Urgências de Goiânia- telefone **3201 4332**, no horário das **7:00 às 18:00h** de segunda a sexta-feira.

Eu, \_\_\_\_\_ fui devidamente informado sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivos e metodologia. Sendo assim concordo em participar como sujeito dessa pesquisa.

Data/Local: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável.

**APÊNDICE C** – Instrumento de coleta de dados do projeto “Assistência Farmacêutica, segundo o modelo de gestão dos hospitais públicos de grande porte, no eixo Goiânia-Brasília”. Adaptado de Osorio de Castro e Castilho (2004).

Avaliação da Farmácia Hospitalar

Código do Hospital: _____
Nome do Hospital: _____
Endereço: _____
_____ UF: _____
Entrevistador: _____
_____ Código: _____
Data ____/____/____

<b>PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS</b>			
Módulo	Nome	Função	Tel ou E-mail
Características gerais do hospital			
Características da farmácia hospitalar			

UFG

## MÓDULO 1: CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

P1. O corpo clínico é:

1.  Aberto
2.  Fechado

P2. Tipo de estrutura física: (MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIO)

1.  Vertical - número de pavimentos: |\_|\_|
2.  Horizontal
3.  Monobloco
4.  Pavilhonar - número de prédios: |\_|\_|
5.  Outro

P3. Tipo de atendimento:

1.  Geral
2.  Especializado

P4. Número total de leitos: |\_|\_|\_|\_|

P5. Número de leitos ativos: |\_|\_|\_|\_|

P6. Há atendimento ambulatorial?

1.  Sim
2.  Não

P7. Existe, no organograma do hospital, algum órgão, divisão, departamento, serviço, setor ou seção responsável pelos medicamentos?

1.  Sim. Qual? \_\_\_\_\_
2.  Não → **IR PARA P9**

P8. A estrutura organizacional do hospital mostra esse órgão, setor ou seção ligado à:

1.  Área Clínica
2.  Área Administrativa
3.  Direção Geral
4.  Outro

## P9. Serviços hospitalares, segundo as especialidades médicas

(Assinalar com X os serviços existentes)

Serviços Médicos	Status	1. Emergência (24 horas) (*)	2. Ambulatório (*)	3. Internação (*)	4. Pronto-atendimento (*)
a. Acupuntura	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
b. Anestesiologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
c. Cardiologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
d. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
e. Cirurgia Cardíaca	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
f. Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
g. Cirurgia Geral	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
h. Cirurgia Pediátrica	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
i. Cirurgia Plástica	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
j. Cirurgia Torácica	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
k. Cirurgia Vascular	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
l. Clínica Médica	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
m. Dermatologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
n. Endocrinologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
o. Gastroenterologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
p. Ginecologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
q. Hematologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
r. Homeopatia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
s. Imunologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
t. Nefrologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
u. Neurocirurgia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
v. Neurologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
w. Obstetrícia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
x. Oftalmologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
y. Oncologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
z. Otorrinolaringologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
aa. Pediatria	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
bb. Pneumologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
cc. Proctologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
dd. Psiquiatria	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
ee. Reumatologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
ff. Tisiologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
gg. Traumatologia-Ortopedia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
hh. Urologia	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				
ii. Outras	1. ( ) Sim 2. ( ) Não				

PARA O REVISOR (\*) X=1; BRANCO = 2

## MÓDULO 2: CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SETOR RESPONSÁVEL PELOS MEDICAMENTOS

P10. Área física total: |\_|\_|\_|\_|\_| m<sup>2</sup>

P11. Horário de funcionamento: |\_|:|\_| às |\_|:|\_|

P12. Horário de funcionamento com farmacêutico: |\_|:|\_| às |\_|:|\_|

P13. Localização:

1. ( ) Dentro do prédio de enfermarias/unidades de internação do hospital.
2. ( ) Fora do prédio de enfermarias/unidades de internação do hospital, com acesso coberto.
3. ( ) Fora do prédio de enfermarias/unidades de internação do hospital, com necessidade circulação por área descoberta/ ao ar livre.

P14. Localização (contínua). O setor está localizado: **(MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIO)**

a. Subsolo            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

b. Térreo            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

c. Outro andar    1. ( ) Sim 2. ( ) Não

P15. Que serviços ou áreas do hospital estão contíguas a qualquer das áreas do setor responsável pelos medicamentos? **(MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIO)**

a. Carga e descarga de materiais            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

b. Cozinha            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

c. Lavanderia            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

d. Anatomia patológica / Necrotério            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

e. Capela            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

f. Almoxarifado            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

g. Laboratórios            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

h. Setores administrativos            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

i. Vestiários            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

j. Enfermarias e/ou CTI            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

k. Ambulatórios            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

l. Centro de processamento de dados            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

m. Lixeiras            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

n. Estacionamento            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

o. Nutrição Clínica            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

p. Outra.            1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

P16. O setor possui áreas específicas para: (**MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIO**)

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| a. Armazenamento                        | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| b. Manipulação de produtos estéreis     | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| c. Manipulação de produtos não estéreis | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| d. Controle de qualidade                | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| e. Distribuição de medicamentos         | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| f. Dispensação ambulatorial             | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| g. Centro de informação de medicamentos | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| h. Administrativa                       | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| i. Outra.                               | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |

Qual? \_\_\_\_\_

P17. Todas as atividades acima estão reunidas em um único conjunto físico?

1. ( ) Sim → **IR PARA P19**                      2. ( ) Não

P18. Que atividades são realizadas em área 'diferente' da área administrativa? (**MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIO**)

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| a. Armazenamento                        | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| b. Manipulação de produtos estéreis     | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| c. Manipulação de produtos não estéreis | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| d. Controle de qualidade                | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| e. Distribuição de medicamentos         | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| f. Dispensação ambulatorial             | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| g. Centro de informação de medicamentos | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| h. Outra.                               | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |

Especificar \_\_\_\_\_

P19. Há serviços terceirizados para as atividades especificadas na P18?

1. ( ) Sim    Quais? \_\_\_\_\_
2. ( ) Não

P20. O setor trabalha com:

1. ( ) Medicamentos
2. ( ) Material médico-hospitalar
3. ( ) Outros (além de material médico-hospitalar e medicamentos).

Quais? \_\_\_\_\_

P21. Qual a qualificação do profissional responsável pelo setor?

1. ( ) Farmacêutico
2. ( ) Outro profissional de nível superior
3. ( ) Profissional de nível médio                      4. ( ) Outro \_\_\_\_\_

P22. Carga horária semanal do profissional responsável pelo setor?

1. ( ) 40 horas de dedicação exclusiva
2. ( ) 40 horas semanais
3. ( ) Entre 20 e 39 horas semanais
4. ( ) Entre 10 e 19 horas semanais
5. ( ) Menos de 10 horas semanais

P23. Existe Responsável Técnico no Conselho Regional para o setor responsável pelos medicamentos?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

P24. Qual a carga horária do Responsável Técnico?

1. ( ) 40 horas de dedicação exclusiva
2. ( ) 40 horas semanais
3. ( ) Entre 20 e 39 horas semanais
4. ( ) Entre 10 e 19 horas semanais
5. ( ) Menos de 10 horas semanais
6. ( ) NSI

NAS PERGUNTAS DE 25 A 27, CASO O PROFISSIONAL POSSUA MAIS DE 1 TITULO, INFORMAR APENAS A MAIOR TITULAÇÃO

P25. Número de farmacêuticos com Especialização / Aperfeiçoamento: |\_|\_|\_|

P26. Número de farmacêuticos com Mestrado: |\_|\_|\_|

P27. Número de farmacêuticos com Doutorado: |\_|\_|\_|

P28. Funcionários por grau de formação:

1. 1º grau incompleto - n° |\_|\_|\_|\_|
2. 1º grau completo - n° |\_|\_|\_|\_|
3. 2º grau incompleto - n° |\_|\_|\_|\_|
4. 2º grau completo - n° |\_|\_|\_|\_|
5. 3º grau incompleto - n° |\_|\_|\_|\_|
6. 3º grau completo em farmácia - n° |\_|\_|\_|\_|
7. 3º grau completo em outra formação - n° |\_|\_|\_|\_|
8. ( ) NSI

## ANÁLISE DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DO SETOR RESPONSÁVEL PELOS MEDICAMENTOS

### MÓDULO 3: LOGÍSTICA – PROGRAMAÇÃO

P29. Existe uma relação contendo os produtos usados no hospital que oriente o processo de compra dentro do hospital?

1. ( ) Sim → **SOLICITAR CÓPIA DA LISTA**
2. ( ) Não → **IR PARA O MÓDULO 4**

P30. Quem determina as quantidades a serem compradas para cada medicamento?

1. ( ) Setor responsável pelos Medicamentos
2. ( ) Administração do Hospital
3. ( ) Direção
4. ( ) Outro                      Quem? \_\_\_\_\_

**NESTA PERGUNTA, CASO A RESPOSTA SEJA O ITEM 2, 3 OU 4, IR PARA MÓDULO 4**

P31. Quais as informações utilizadas para o cálculo (**MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIO**)

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| a. Necessidade        | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| b. Estoque Disponível | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| c. Orçamento          | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| d. Outra              | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |

Qual? \_\_\_\_\_

P32. É utilizada a análise ou a curva ABC para orientar a compra?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**MÓDULO 4: LOGÍSTICA – AQUISIÇÃO**

P33. Existe aquisição de medicamentos pelo hospital?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não → **IR PARA O MÓDULO 5**

P34. Existe no hospital cadastro de fornecedores para compra de medicamentos?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) NSI

P35. Com relação aos medicamentos comprados, que solicitações técnicas e especificações são feitas no ato da compra? (**MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIO**)

a. Sabe informar?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não → **IR PARA A P37**

b. Apenas nome comercial e quantidade

1. ( ) Sim → **IR PARA A P37**
2. ( ) Não

c. Licença de Funcionamento (VISA estadual ou municipal) e Autorização de Funcionamento

(Ministério da Saúde)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

d. Certificado de Boas Práticas (em D.O.U)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

e. Registro do Medicamento (em D.O.U)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

f. Forma Farmacêutica

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

g. Apresentação

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

h. Embalagem

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

<p>i. Validade</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p>j. Prazo de entrega</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p>k. Laudo de Controle de Qualidade</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p>l. Outra</p> <p>1. ( ) Sim      Qual? _____</p> <p>2. ( ) Não</p>
<p>P36. Algum profissional responsável por essas especificações?</p> <p>1. ( ) Farmacêutico</p> <p>2. Outro. Qual? _____</p>
<p>P37. Algum banco de preços é utilizado no acompanhamento ou no julgamento dos processos de compra?</p> <p>1. ( ) Sim. Qual? _____</p> <p>2. ( ) Não</p> <p>3. ( ) NSI</p>
<p>P38. O setor fornece técnico para os processos de compra?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p> <p>3. ( ) NSI</p>

## MÓDULO 5: LOGÍSTICA – ARMAZENAMENTO

P39. O setor possui Central de Abastecimento Farmacêutico ou almoxarifado próprio para guarda de medicamentos?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não → **IR PARA O MÓDULO 6**

P 40. Que tipo de sistema de registro de estoque é empregado?

1. ( ) Sistema Informatizado
2. ( ) Ficha Kardex
3. ( ) Ficha Prateleira
4. ( ) Não há Sistema de Registro de Estoque

### Roteiro 1

#### BOAS PRÁTICAS DE ESTOCAGEM (Adaptado da RDC n° 134/01)

P41. Vide Roteiro 1  
P42. Vide Roteiro 1  
P43. Vide Roteiro 1  
P44. Vide Roteiro 1  
P45. Vide Roteiro 1  
P47. Vide Roteiro 1

OBSERVAR

P48. Existe controle diário de temperatura ambiente?

1. ( ) Sim - Anotar o último registro realizado no momento da visita: |\_|\_|\_|
2. ( ) Não → **IR PARA A P.50**

P49. Vide Roteiro 1

OBSERVAR

P50. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.) para o almoxarifado?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) NSI

P51. Há necessidade de geladeira para guardar medicamentos?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não → **IR PARA A P55**

P52. Vide Roteiro 1

OBSERVAR

P53. Realiza-se o controle de temperatura interna da geladeira? (Termômetro)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

P54. Costuma-se registrar a temperatura da geladeira em um mapa diário?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

P55. Vide Roteiro 1	OBSERVAR
P56. Este hospital possui procedimentos padronizados em relação aos produtos com prazos de validade próximos ao vencimento? 1. <input type="checkbox"/> Sim      Qual? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não	
P57. Existe área separada para armazenamento dos materiais ou produtos vencidos enquanto aguardam seu destino? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P59</b>	
P58. Esta área é segura e está identificada? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
P59. Existem depósitos ou instalações trancadas específicas para guardar produtos sujeitos a controle especial? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P61</b>	
P60. Esta área possui acesso restrito? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
P61. Os produtos estão empilhados com segurança? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	

## MÓDULO 6: LOGÍSTICA – DISTRIBUIÇÃO

P62. Qual o sistema de distribuição para medicamentos adotado pelo setor responsável?

1.  Coletivo
2.  Dose individualizada
3.  Dose unitária
4.  misto

P63. A farmácia hospitalar possui algum posto de atendimento nas clínicas/enfermarias (farmácia satélite)?

1.  Sim
2.  Não

### Roteiro 2

#### BOAS PRÁTICAS DE DISPENSAÇÃO (Adaptado da Resolução n° 328/99)

P64. Vide roteiro 2

P65. Vide roteiro 2

P66. Vide roteiro 2

P67. Vide roteiro 2

OBSERVAR

P68. Existe equipamento de segurança para combater incêndios?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P70**

P69. O acesso a extintores e mangueiras está livre?

1.  Sim
2.  Não

P70. Existe no setor responsável pelos medicamentos a prática de identificação do estabelecimento?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P72**

P71. Vide roteiro 2

P72. Vide roteiro 2

OBSERVAR

P73. Onde são guardados os medicamentos vencidos?

1.  Não existem medicamentos vencidos
2.  Na área de Distribuição
3.  Fora da Área de distribuição
4.  NSI

P74. Vide roteiro 2

OBSERVAR

P75. Onde são guardados os medicamentos sujeitos a controle especial?

1.  Em local separado fechado com chave
2.  Outro
3.  NSA

P76. Vide roteiro 2

OBSERVAR

P77. Quem costuma realizar a conferência das prescrições médicas?

1.  Farmacêutico
2.  Outro Profissional

P78. Vide roteiro 2 P79. Vide roteiro 2 P80. Vide roteiro 2	OBSERVAR
<p>P81. Costuma-se comunicar à Vigilância Sanitária a existência de medicamentos psicoativos vencidos?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <input type="checkbox"/> Sim</li><li>2. <input type="checkbox"/> Não</li><li>3. <input type="checkbox"/> NSI</li></ol>	

## MÓDULO 7: GERENCIAMENTO

P82. O setor responsável pelos medicamentos possui manual de normas e procedimentos?

1.  Sim → **SOLICITAR VISTA DO MANUAL**
2.  Não → **IR PARA A P84**

P83. O manual contempla (**MARCAR TANTOS ITENS QUANTO NECESSÁRIO**)

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

Qual? \_\_\_\_\_

P84. O setor responsável pelos medicamentos realiza planejamento de objetos e metas?

1.  Sim → **SOLICITAR VISTA DO PLANO**
2.  Não → **IR PARA A P88**
3.  NSI

P85. De posse do último plano, verificar se contempla: (**MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO**):

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

Qual? \_\_\_\_\_

P86. Qual é a periodicidade de elaboração do plano?

1.  Semestral
2.  Anual
3.  Bienal
4.  Quinquenal
5.  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
6.  NSI

P87. Qual a data do último plano? \_\_/\_\_/\_\_ (dd/mm/aa)

P88. Há programação escrita na farmácia hospitalar para capacitação ou treinamento de recursos humanos?

1.  Sim → **SOLICITAR VISTA AO PLANO DE GESTÃO**
2.  Não

P89. Qual a periodicidade desta programação?

1.  Semestral
2.  Anual
3.  Bienal
4.  Quinquenal
5.  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
6.  NSI

NA PERGUNTA ABAIXO, CONSIDERAR SOMENTE A PARTICIPAÇÃO DO FUNCIONÁRIO LIBERADO

## DURANTE HORÁRIO DE TRABALHO

P90. No último ano, quantos profissionais realizaram:

- a. Cursos de atualização: |\_|\_|\_|\_|  
 b. Participação em seminários/congressos/simpósios: |\_|\_|\_|\_|  
 c. Cursos de pós-graduação: |\_|\_|\_|\_|

P91. Existe no hospital Serviço ou Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) formalmente constituídos?

1.  Sim  
 2.  Não

P92. Que profissionais participam desta comissão? (**MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO**):

- a. Médico 1.  Sim 2.  Não  
 b. Enfermeiro 1.  Sim 2.  Não  
 c. Farmacêutico 1.  Sim 2.  Não  
 d. Microbiologista 1.  Sim 2.  Não  
 e. Outro 1.  Sim 2.  Não

Qual? \_\_\_\_\_

P93. Existe no hospital Comissão de Suporte Nutricional (CSN) formalmente constituída?

1.  Sim  
 2.  Não → **IR PARA A P95**

P94. Que profissionais participam desta comissão? (**MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO**):

- a. Médico 1.  Sim 2.  Não  
 b. Enfermeiro 1.  Sim 2.  Não  
 c. Farmacêutico 1.  Sim 2.  Não  
 d. Microbiologista 1.  Sim 2.  Não  
 e. Outro 1.  Sim 2.  Não

Qual? \_\_\_\_\_

P95. A farmácia hospitalar possui recursos de informática para utilização em atividades clínicas?

1.  Sim  
 2.  Não

## MÓDULO 8: SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

P96. Existe no hospital Comissão de Farmácia e Terapêutica?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P98**

P97. O farmacêutico participa como membro efetivo da Comissão de Farmácia e Terapêutica?

1.  Sim
2.  Não

P98. A farmácia possui relação de medicamentos selecionados? P98B. Quais os critérios de elegibilidade?

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sim → <b>SOLICITAR A CÓPIA DA RELAÇÃO</b></li> <li>2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P102</b></li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> RENAME/RESME/ REMUME</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Demanda e/ou histórico de uso</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Perfil do Hospital</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Custo</li> </ol> |
|--|--|

P99. Costuma-se realizar a atualização desta relação?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P102**

P100. Qual a periodicidade para a atualização desta relação?

1.  Semestral
2.  Anual
3.  Bienal
4.  Quinquenal
5.  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
6.  NSI

P101. Qual a data da última atualização? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aa)

P102. Existem neste hospital protocolos escritos para o uso de medicamentos específicos?

1.  Sim → **SOLICITAR VISTA DE UM PROTOCOLO ESCRITO**
2.  Não → **IR PARA A P105**

P103. Existe uma periodicidade para a atualização destes protocolos?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P105**

P104. Qual a periodicidade para a atualização destes protocolos?

1.  Semestral
2.  Anual
3.  Bienal
4.  Quinquenal
5.  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
6.  NSI

P105. Existe, para a equipe de saúde deste hospital, documento com informações atualizadas sobre os produtos farmacêuticos (formulário ou guia terapêutico), elaborado pela farmácia hospitalar ou pela Comissão de Farmácia Terapêutica?

1.  Sim → **SOLICITAR**
2.  Não

## MÓDULO 9: FARMACOTÉCNICA

### Roteiro 3

#### PREPARAÇÕES ORAIS, TÓPICAS OU RETAIS (Adaptado da RDC n° 33/00)

P106. O setor responsável pelos medicamentos realiza fracionamento de medicamentos?

1.  Sim (**Cumprir obrigatoriamente respostas das P108 à P122**)
2.  Não

P107. O setor responsável pelos medicamentos realiza manipulação de medicamentos ou matérias-primas para administração oral ou tópica ou retal?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P123 (APENAS CASO P112=2)**

\*A visita está autorizada a esta área?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P123 (APENAS CASO P106 =2)**

P108. Vide Roteiro 3

P109. Vide Roteiro 3

P110. Vide Roteiro 3

P111. Vide Roteiro 3

P112. Vide Roteiro 3

P113. Vide Roteiro 3

P114. Vide Roteiro 3

P115. Vide Roteiro 3

OBSERVAR

P116. Onde é realizada a manipulação de substâncias irritantes, cáusticas, tóxicas (por exemplo, formaldeído)?

1.  Capela de exaustão
2.  Outro
3.  NSA

P117. Para manipulação de sólidos, existem sistemas de exaustão de pó ou capelas restritivas?

1.  Sim
2.  Não
3.  NSA

P118. Vide Roteiro 3

P119. Vide Roteiro 3

OBSERVAR

P120. Existe manipulação de drogas sujeitas a controle especial?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P122**

P121. No setor de manipulação, existe local com chave ou outro dispositivo para guardar medicamentos sujeitos a controle especial?

1.  Sim
2.  Não

P122. É realizado Controle de Qualidade dos produtos manipulados e/ou fracionados?

1.  Sim
2.  Não

<b>Roteiro 4</b>	
<b>NUTRIÇÃO PARENTAL (adaptada da Portaria n° 272/98)</b>	
<p>P123. A farmácia hospitalar realiza preparação de Nutrição Parental?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P142</b></p> <p style="padding-left: 20px;">*A visita está autorizada a esta área?</p> <p style="padding-left: 40px;">1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p style="padding-left: 40px;">2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P142</b></p>	
P124. Vide Roteiro 4 P125. Vide Roteiro 4 P126. Vide Roteiro 4 P127. Vide Roteiro 4	OBSERVAR
<b>Vestiários ou antecâmara</b>	
<p>P128. Existe vestiário ou antecâmara para troca de roupa dentro do setor de nutrição parental?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P129</b></p>	
<b>Área de manipulação</b>	
<p>P129. Esta área possui pressão positiva?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>P130. O ar injetado na área é filtrado?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
P131. Vide Roteiro 4	OBSERVAR
<p>P132. O ar injetado no fluxo laminar é filtrado por filtros HEPA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>P133. Os uniformes dos manipuladores são esterilizados?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
<b>Conservação e transporte</b>	
<p>P134. A Nutrição Parental é armazenada em refrigerador exclusivo para medicamentos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P137</b></p>	
P135. Vide Roteiro 4 P136. Vide Roteiro 4	OBSERVAR
<p>P137. O transporte da Nutrição Parental é feito utilizando-se recipientes térmicos que garantem a manutenção interna da temperatura dentro da faixa pré-estabelecida?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	

P138. Durante o transporte da Nutrição Parental, mantém-se protegida das intempéries e da incidência direta da luz solar?

1.  Sim
2.  Não

#### Controle de Qualidade

P139. É realizado Controle de Qualidade da Nutrição Parental?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P142**

P140. O Controle de Qualidade possui pessoal técnico qualificado para exercer a função?

1.  Sim
2.  Não

P141. Vide Roteiro 4

OBSERVAR

<b>Roteiro 5</b>	
<b>MISTURAS INTRAVENOSAS (Adaptado da RDC n° 33/00)</b>	
<p>P142. A farmácia hospitalar realiza preparação de misturas intravenosas?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P157</b></p> <p style="padding-left: 40px;">* A visita está autorizada a esta área?</p> <p style="padding-left: 80px;">1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p style="padding-left: 80px;">2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P142</b></p>	
P143. Vide Roteiro 5 P144. Vide Roteiro 5	OBSERVAR
<p>P145. Dispõe de equipamentos de proteção individual e coletiva (máscaras, gorros, luvas, aventais estéreis e óculos de segurança)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
P146. Vide Roteiro 5 P147. Vide Roteiro 5 P148. Vide Roteiro 5 P149. Vide Roteiro 5 P150. Vide Roteiro 5	OBSERVAR
<p>P151. A área de manipulação possui pressão positiva de ar?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>P152. Existe equipamento para a filtração de ar nesta área?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>P153. O ar injetado nesta área é filtrado por filtros HEPA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
P154. Vide Roteiro 5 P155. Vide Roteiro 5 P156. Vide Roteiro 5	OBSERVAR

<b>Roteiro 6</b>	
<b>QUIMIOTERAPIA (Adaptado da RDC n° 33/00 e Resolução CFF n° 288/96)</b>	
<p>P157. A farmácia hospitalar realiza preparação de medicamentos antineoplásicos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA O MÓDULO 10</b></p> <p style="padding-left: 20px;">* A visita está autorizada a esta área?</p> <p style="padding-left: 40px;">1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p style="padding-left: 40px;">2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P142</b></p>	
P158. Vide Roteiro 6 P159. Vide Roteiro 6	OBSERVAR
<p>P160. Dispõe de equipamentos de proteção individual e coletiva (máscaras com filtros HEPA, luvas PVC, luvas de látex, óculos de segurança ou visores)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
P161. Vide Roteiro 6 P162. Vide Roteiro 6 P163. Vide Roteiro 6 P164. Vide Roteiro 6 P165. Vide Roteiro 6	OBSERVAR
<p>P166. A área de manipulação possui pressão positiva de ar?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>P167. Existe equipamento para a filtração do ar nesta área?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>P168. O ar injetado nesta área é filtrado pelos filtros HEPA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não</p>	
P169. Vide Roteiro 6 P170. Vide Roteiro 6 P171. Vide Roteiro 6	OBSERVAR

## MÓDULO 10: INFORMAÇÃO

P172. A farmácia hospitalar fornece informações sobre medicamentos aos profissionais do hospital?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P176**

P173. A farmácia hospitalar possui registro (escrito) das solicitações de informações de medicamentos que recebe?

1.  Sim
2.  Não

P174. Existe registro das informações prestadas?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P176**

P175. Quantas solicitações de informação sobre medicamentos foram atendidas nos últimos 3 meses?

□□□□□

P176. A farmácia hospitalar costuma realizar, com pacientes, atividades educativas como: **(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)**

- |  |   |
|--|---|
| a. Palestras                           | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| b. Grupos de orientação                | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| c. Distribuição de informação impressa | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| d. Outra                               | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |

Qual? \_\_\_\_\_

P177. Com que periodicidade estes encontros costumam ser realizados?

1.  Semestral
2.  Quinzenal
3.  Mensal
4.  Outra Qual? \_\_\_\_\_
5.  Sem periodicidade
6.  NSI

P178. A farmácia hospitalar dispõe de Farmacopeias, livros ou compêndios?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA O MÓDULO 11**

P179. A data de edição de todo este material é igual, ou superior a 1999?

1.  Sim → **SOLICITAR VISTA DO MATERIAL**
2.  Não

## MÓDULO 11: SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

P180. O farmacêutico costuma participar da visita médica?

1.  Sim
2.  Não
3.  NSI

P181. O farmacêutico costuma visitar o paciente no leito para prestar orientação sobre seus medicamentos?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P184**

P182. Que informações o farmacêutico coleta do paciente durante a visita? (**MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO**)

- a. Registro Cronológico da informação (relacionada com a utilização de medicamentos pelo paciente: consumo, adesão, RAM, eventos adversos) 1.  Sim 2.  Não
- b. Informações relacionadas com as condições de Saúde do Paciente 1.  Sim 2.  Não
- c. Alergias 1.  Sim 2.  Não
- d. Dados Demográficos 1.  Sim 2.  Não
- e. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

P183. Quantos pacientes foram visitados pelo farmacêutico nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2015?

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

P184. Este atendimento individualizado costuma ser registrado em livros, fichas, computador ou outro?

1.  Sim → **SOLICITAR VISTA**
2.  Não

P185. O Hospital realiza monitoração terapêutica de fármacos?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P187**
3.  NSI → **IR PARA A P187**

P186. A farmácia hospitalar costuma participar desta atividade?

1.  Sim

De que forma? \_\_\_\_\_

2.  Não

P187. A farmácia hospitalar costuma realizar atividades de farmacovigilância?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA O MÓDULO 12**
3.  NSI → **IR PARA O MÓDULO 12**

P188. Existe registro desta atividade?

1.  Sim

Quantas notificações fez a Anvisa/Visa no ano de 2015? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

2.  Não

## MÓDULO 12: ENSINO E PESQUISA

P189. A farmácia hospitalar costuma oferecer? **(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO):**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| a. Estágios (para acadêmicos)   | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| b. Treinamento em serviço (para graduados)  | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| c. Especialização na modalidade Residência, reconhecida pelo Ministério da Educação | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| d. Outro  | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |

Qual? \_\_\_\_\_

P190. Algum profissional da farmácia hospitalar publicou, no período de 12 meses pregresso à entrevista, trabalho científico em: **(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO):**

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| a. Anais de congresso            | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| b. Periódicos (indexados ou não) | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |
| c. Livros ou capítulos de livros | 1. ( ) Sim 2. ( ) Não |

P191. A farmácia hospitalar costuma realizar seções científicas com toda a equipe (farmacêuticos, acadêmicos, bolsistas e residentes), para a discussão de temas da prática diária?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não → **IR PARA A P193**
3. ( ) NSI

P192. Com que periodicidade?

1. ( ) Semestral
2. ( ) Quinzenal
3. ( ) Mensal
4. ( ) Outra      Qual? \_\_\_\_\_
5. ( ) Eventual
6. ( ) NSI

P193. O hospital desenvolve atividades de pesquisa?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) NSI

P194. A farmácia hospitalar costuma participar de atividades de pesquisa (por exemplo, estudos de utilização de medicamentos, tais como: estudos de prescrição, revisão ou avaliação de uso, etc.; estudos clínicos, inclusive ensaios; estudos epidemiológicos ou outros) no hospital?

1. ( ) Sim      Que tipo? \_\_\_\_\_
2. ( ) Não
3. ( ) NSI

*Muito obrigado!*

Roteiro de observação →

## MÓDULO 5: LOGÍSTICA – ARMAZENAMENTO

### Roteiro 1

#### BOAS PRÁTICAS DE ESTOCAGEM (Adaptado da RDC nº 134/01)

##### OBSERVAR

P41. A visita ao almoxarifado está autorizada?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não → **IR PARA O MÓDULO 6**

##### OBSERVAR

P42. Os pisos, as paredes e os tetos estão em bom estado de conservação?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

##### OBSERVAR

P43. São de fácil limpeza?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

##### OBSERVAR

P44. Estão limpos?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

##### OBSERVAR

P45. Existe proteção contra a entrada de roedores, insetos, aves ou outros animais?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

##### OBSERVAR

P47. Há aparelhos que mantenham o ambiente refrigerado?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

P48. Existe controle diário de temperatura ambiente?

##### OBSERVAR

P49. A temperatura está mantida entre 15-30 °C? (VER TERMÔMETROS)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

P50. Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.) para o almoxarifado?

P51. Há necessidade de geladeira para guardar medicamentos?

##### OBSERVAR

P52. Se houver necessidade, ela existe?

1.  Sim
2.  Não

P53. Realiza-se o controle de temperatura interna da geladeira? (Termômetro)

P54. Costuma-se registrar a temperatura da geladeira em um mapa diário?

**OBSERVAR**

P55. A disposição do armazenamento é correta e racional, com um intuito de preservar a integridade e a identidade dos materiais e produtos? (OBSERVAR DISPOSIÇÃO NAS PRATELEIRAS, EXPOSIÇÃO À LUZ DIRETA, TEMPERATURA, UMIDADE)

1.  Sim
2.  Não

## MÓDULO 6: LOGÍSTICA – DISTRIBUIÇÃO

### Roteiro 2

#### BOAS PRÁTICAS DE DISPENSAÇÃO (Adaptado da Resolução nº 328/99)

P64. Foi autorizada a visita ao setor de dispensação?

P65. O Responsável Técnico está presente durante a dispensação?

#### OBSERVAR

P66. As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, de fácil higienização)?

1.  Sim
2.  Não

#### OBSERVAR

P67. Os locais estão limpos, sem poeira ou sujeira aparente?

3.  Sim
4.  Não

P68. Existe equipamento de segurança para combater incêndios?

P69. O acesso a extintores e mangueiras está livre?

P70. Existe, no setor responsável pelos medicamentos, a prática de identificação do estabelecimento?

#### OBSERVAR

P71. A placa possui o nome do Responsável Técnico e seu horário de trabalho?

1.  Sim
2.  Não

#### Área de dispensação

#### SOLICITAR AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR ALGUMAS VERIFICAÇÕES NAS EMBALAGENS DOS MEDICAMENTOS ESTOCADOS

#### OBSERVAR

P72. Os produtos estão protegidos da ação direta da luz solar, umidade e temperatura?

1.  Sim
2.  Não

P73. Onde são guardados os medicamentos vencidos?

#### OBSERVAR

P74. Possui geladeira para guardar medicamentos, com termômetro para controle e registro de temperatura?

1.  Sim
2.  Não
3.  NSA

P75. Onde são guardados os medicamentos sujeitos a controle especial?

#### OBSERVAR

#### SOLICITAR PERMISSÃO PARA OLHAR AS RECEITAS DE CONTROLADOS E OBSERVAR:

P76. As notificações de receitas encontram-se preenchidas corretamente, na forma da Lei?

1.  Sim
2.  Não

P77. Quem costuma realizar a conferência das prescrições médicas?

**OBSERVAR**

**(SOLICITAR PERMISSÃO PARA OLHAR OS LIVROS DE REGISTRO DE CONTROLADOS E RESPONDER ÀS PERGUNTAS 78,79 E 80)**

P78. Os livros de registros estão com escrituração atualizada?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P79. A escrituração obedece à Denominação Comum Brasileira (DCB), combinada com o nome comercial?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P80. Todos os livros e/ou sistema informatizado foram autorizados pela Vigilância Sanitária local?

P81. Costuma-se comunicar à Vigilância Sanitária a existência de medicamentos psicoativos vencidos?

**MÓDULO 9: FARMACOTÉCNICA****Roteiro 3****PREPARAÇÕES ORAIS, TÓPICAS OU RETAIS (Adaptado da RDC nº 33/00)**

P106. O setor responsável pelos medicamentos realiza fracionamento de medicamentos?

P107. O setor responsável pelos medicamentos realiza manipulação de medicamentos ou matérias-primas para administração oral ou tópica ou retal?

**OBSERVAR**

P108. No local destinado à manipulação, existem infiltrações e/ou mofo e/ou acúmulo de lixo?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P109. Existem equipamentos de segurança para combater incêndios?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P111**

**OBSERVAR**

P110. Os extintores estão dentro do prazo de validade?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P111. Existem ralos na área de manipulação?

1.  Sim
2.  Não → **IR PARA A P113**

**OBSERVAR**

P112. Os ralos são sifonados?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P113. As aberturas e janela encontram-se protegidas contra a entrada de insetos, roedores ou outros animais?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P114. Existem equipamentos de segurança e proteção individual (máscaras, luvas, gorros)?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P115. O local onde são guardados os materiais limpos é adequado?

1.  Sim
2.  Não

P116. Onde é realizada a manipulação de substâncias irritantes, cáusticas, tóxicas (por exemplo, formaldeído)?

P117. Para manipulação de sólidos, existem sistemas de exaustão de pó ou capelas restritivas?

**OBSERVAR**

P118. Todos os equipamentos estão dispostos de maneira a evitar contaminação cruzada?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P119. Os produtos manipulados estão armazenados ao abrigo da luz direta, sem poeira, protegidos de temperatura e umidade excessivas?

1.  Sim
2.  Não

P120. Existe manipulação de drogas sujeitas a controle especial?

P121. No setor de manipulação, existe local com chave ou outro dispositivo para guardar medicamentos sujeitos a controle especial?

P122. É realizado Controle de Qualidade dos produtos manipulados e/ou fracionados?

<b>Roteiro 4</b>	
<b>NUTRIÇÃO PARENTAL (adaptada da Portaria n° 272/98)</b>	
P123. A farmácia hospitalar realiza preparação de Nutrição Parental?	
<b>OBSERVAR</b>	
P124. Existe local próprio para limpeza e higienização de materiais, produtos farmacêuticos e correlatos?	
1. <input type="checkbox"/> Sim	
2. <input type="checkbox"/> Não → <b>IR PARA A P128</b>	
<b>OBSERVAR</b>	
P125. Este local está localizado anexo à área de manipulação?	
1. <input type="checkbox"/> Sim	
2. <input type="checkbox"/> Não	
<b>OBSERVAR</b>	
P126. Existe passagem de dupla porta para entrada de produtos farmacêuticos, correlatos e materiais na área de manipulação?	
1. <input type="checkbox"/> Sim	
2. <input type="checkbox"/> Não	
<b>OBSERVAR</b>	
P127. Dispõe de meios e equipamentos adequados para limpeza prévia das embalagens dos produtos farmacêuticos e correlatos?	
1. <input type="checkbox"/> Sim	
2. <input type="checkbox"/> Não	
<b>Vestiários ou antecâmara</b>	
P128. Existe vestiário ou antecâmara para troca de roupa dentro do setor de nutrição parental?	
P129. Esta área possui pressão positiva?	

### Área de Manipulação

#### OBSERVAR

P131. Existe equipamento de fluxo laminar?

1.  Sim
2.  Não

P132. O ar injetado no fluxo laminar é filtrado por filtros HEPA?

P133. Os uniformes dos manipuladores são esterilizados?

### Conservação e transporte

P134. A Nutrição Parental é armazenada em refrigerador exclusivo para medicamentos?

#### OBSERVAR

P135. O refrigerador em que se armazena a NPT possui termômetro?

1.  Sim
2.  Não

#### OBSERVAR

P136. Existem registros do controle sistemático da temperatura deste refrigerador?

1.  Sim
2.  Não

P137. O transporte da Nutrição Parental é feito utilizando-se recipientes térmicos que garantem a manutenção interna da temperatura dentro da faixa preestabelecida?

P138. Durante o transporte da Nutrição Parental, mantém-se esta protegida das intempéries e da incidência direta da luz solar?

### Controle de Qualidade

P139. É realizado Controle de Qualidade da Nutrição Parental?

P140. O Controle de Qualidade possui pessoal técnico qualificado para exercer a função?

#### OBSERVAR

P141. Existem equipamentos de proteção e segurança individual e coletiva. **(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)**

- |               |   |
|---------------|---|
| a. Ducha      | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| b. Lava-Olhos | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| c. Óculos     | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| d. Outro      | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |

Qual? \_\_\_\_\_

<b>Roteiro 5</b> <b>MISTURAS INTRAVENOSAS (Adaptado da RDC n° 33/00)</b>	
P142. A farmácia hospitalar realiza preparação de misturas intravenosas?	
<b>OBSERVAR</b>	
P143. No local destinado à preparação das misturas intravenosas, existem infiltrações, mofo ou acúmulo de lixo?	
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
<b>OBSERVAR</b>	
P144. O setor está limpo?	
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
P145. Dispõe de equipamentos de proteção individual e coletiva (máscaras, gorros, luvas, aventais estéreis e óculos de segurança)?	
<b>OBSERVAR</b>	
P146. Existem equipamentos de segurança para combater incêndios?	
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
<b>OBSERVAR</b>	
P147. Os extintores estão dentro do prazo de validade?	
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
<b>OBSERVAR</b>	
P148. Existe local separado e adequado para a lavagem de ampolas, frascos e frascos-ampolas?	
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
<b>OBSERVAR</b>	
P149. Existe passagem especial e única para a transferência de materiais e recipientes da sala de lavagem/ para a sala de manipulação?	
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
<b>OBSERVAR</b>	
P150. Existe vestiário constituído de antecâmara com barreira para entrada na área de manipulação?	
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	
P151. A área de manipulação possui pressão positiva de ar?	
P152. Existe equipamento para a filtração de ar nesta área?	
P153. O ar injetado nesta área é filtrado por filtros HEPA?	
<b>OBSERVAR</b>	
P154. A área possui fluxo de ar laminar vertical?	
1. <input type="checkbox"/> Sim	

2.  Não

**OBSERVAR**

P155. A área de manipulação e envase é adequada para a realização racional e ordenada das operações?

1.  Sim  
2.  Não

**OBSERVAR**

P156. É respeitada a proibição da existência de ralos na área de manipulação e envase?

1.  Sim  
2.  Não

**Roteiro 6**

**QUIMIOTERAPIA (Adaptado da RDC n° 33/00 e Resolução CFF n° 288/96)**

P157. A farmácia hospitalar realiza preparação de medicamentos antineoplásicos?

**OBSERVAR**

P158. No local destinado à preparação dos antineoplásicos, existem infiltrações e/ou mofo e/ou acúmulo de lixo?

1.  Sim  
2.  Não

**OBSERVAR**

P159. O setor está limpo?

1.  Sim  
2.  Não

P160. Dispõe de equipamentos de proteção individual e coletiva (máscaras com filtros HEPA, luvas PVC, luvas de látex, óculos de segurança ou visores)?

**OBSERVAR**

P161. Existem equipamentos de segurança para combater incêndios?

1.  Sim  
2.  Não → **IR PARA A P163**

**OBSERVAR**

P162. Os extintores estão dentro do prazo de validade?

1.  Sim  
2.  Não

**OBSERVAR**

P163. Existe local separado e adequado para a lavagem de ampolas, frascos e frascos-ampolas?

1.  Sim  
2.  Não

**OBSERVAR**

P164. Existe passagem especial e única para a transferência de matérias e recipientes da sala de lavagem para a sala de manipulação?

1.  Sim

2.  Não

**OBSERVAR**

P165. Existe vestiário constituído de antecâmara com barreira para a entrada na área de manipulação?

1.  Sim
2.  Não

P166. A área de manipulação possui pressão positiva de ar?

P167. Existe equipamento para a filtração do ar nesta área?

P168. O ar injetado nesta área é filtrado pelos filtros HEPA?

**OBSERVAR**

P169. A área possui fluxo de ar laminar vertical?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P170. A área de manipulação e envase é adequada para a realização racional e ordenada das operações?

1.  Sim
2.  Não

**OBSERVAR**

P171. É respeitada a proibição de ralos na área de manipulação e envase?

1.  Sim
2.  Não



## 13 ANEXO

**ANEXO 1** – Normas e orientações quanto à forma e preparação de manuscritos para submissão de artigos da “Revista de Gestão em Sistemas de Saúde”.

Diretrizes para Autores

### Diretrizes Gerais de Redação

1. O artigo submetido à **RGSS** será avaliado primordialmente quanto a seu mérito científico;

O roteiro abaixo é muito útil para a submissão e aumenta a chance de uma avaliação positiva

Qual é a contribuição do trabalho para a área?

O trabalho é inédito e original?

O trabalho tem aplicabilidade gerencial, social ou para política pública?

O texto foi exaustivamente revisado tanto em conteúdo quanto forma?

As citações e referências estão segundo as normas APA?

O título está de acordo com o que o trabalho quer dizer?

O Resumo segue o padrão pedido?

As normas de formatação foram respeitadas?

2. Para redação e apresentação do texto é requerida a sua adequação às normas da **American Psychological Association (APA)**. Veja o exemplo de como utilizar as normas da APA:

**Versão em Português (APA)** [http://www.anpad.org.br/diversos/apa/apa\\_citacoes\\_referencias.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/apa/apa_citacoes_referencias.pdf)

**Versão em Inglês e Espanhol (APA)** <http://library.csustan.edu/guides/citation-style/apa/apa6th.pdf>

A fonte do artigo deve ser escrito em Times New Roman tamanho 12 em espaço 1,5. O layout da página deve ser papel A4 (29,7 x 21 cm), com margens: superior (3 cm), esquerda (3 cm), inferior (2 cm) e direita (2 cm);

3. O artigo deve possuir no mínimo 15 e no máximo 25 páginas, incluindo: Título, resumo/palavras-chave, abstract/*key-words*, introdução, procedimentos metodológicos, análise e discussão dos resultados, considerações finais e as referências;

4. Quadros, tabelas, gráficos e ilustrações (preto e branco ou coloridas) deverão ser incluídos no documento principal, na sequência em que aparecem no texto e escritas em tamanho 10;

5. O resumo e as palavras-chave do artigo, na língua original do trabalho, e nas demais línguas, não devem ultrapassar 250 palavras;

6. É permitido o máximo de quatro autores para cada artigo;

7. O artigo deve ser inédito no Brasil ou em outro país, não sendo considerada quebra de ineditismo a inclusão de parte ou de versão preliminar do mesmo em anais de eventos científicos de qualquer natureza;

8. O artigo não pode ser submetido à avaliação simultânea em outro periódico;

9. O Editor pode aceitar ou não o artigo submetido para publicação, de acordo com a política editorial;

10. O Editor pode ou não aceitar um artigo após o mesmo ter sido avaliado pelo sistema **Double Blind Review**, o qual garante anonimato e sigilo tanto do autor (ou autores) como dos pareceristas;

11. O Editor pode sugerir alterações do artigo tanto no que se refere ao conteúdo da matéria como em relação à adequação do texto às normas de redação e apresentação (APA);

- 12.** O artigo deve ser escrito de forma correta em termos gramaticais. Os pareceristas não farão correções;
- 13.** O artigo aprovado para publicação será submetido à edição final e à revisão ortográfica e gramatical;
- 14.** No sistema OJS, adotado pela RGSS os autores terão a submissão do artigo automaticamente recusada pelo sistema se não aceitar as cláusulas de exclusividade, originalidade e de direitos autorais;
- 15.** O Sistema OJS anota a data de entrada e os passos do processo de avaliação e editoração do artigo, sendo que o autor(es) pode acompanhar o status de seu artigo, automaticamente pelo sistema;
- 16.** O editor e/ou qualquer indivíduo ou instituição vinculada aos seus órgãos colegiados não se responsabilizam pelas opiniões, ideias, conceitos e posicionamentos expressos nos textos, por serem de inteira responsabilidade de seu autor (ou autores);
- 17.** As avaliações são feitas em formulários de avaliação padronizado, havendo espaço para comentários personalizados, os quais são encaminhados ao autor(es) em caso de aceite condicional ou recusa;
- 18.** O artigo deve ser submetido somente online pelo site:

[www.revistargss.org.br](http://www.revistargss.org.br)

## Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição deve ser original e inédita e não deve estar em processo de avaliação em outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão deve estar em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

A identificação de autoria do trabalho deve ser removida do arquivo e da opção Propriedades no Microsoft Word;

URLs para as referências devem ser informadas quando possível.

O texto deve estar em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas devem ser inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

O texto deve seguir os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.

Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) serão seguidas.

## Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos: O(s) autor(es) autoriza(m) a publicação do texto na da revista; O(s) autor(es) garantem que a contribuição é original e inédita e que não está em processo de avaliação em outra(s) revista(s); A revista não se responsabiliza pelas opiniões, idéias e conceitos emitidos nos textos, por serem de inteira responsabilidade de seu(s) autor(es); É reservado aos editores o direito de proceder a ajustes textuais e de adequação às normas da publicação. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja O Efeito do Acesso Livre) em <http://opcit.eprints.org/oacitation-biblio.html>