UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

LAURA MARTINS VALDEVITE PEREIRA

Gestão da farmácia hospitalar e a percepção dos sujeitos

Ribeirão Preto
2015

LAURA MARTINS VALDEVITE PEREIRA

Gestão da farmácia hospitalar e a percepção dos sujeitos

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, junto ao Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de doutor. Programa Saúde na Comunidade

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Orientadora: Prof^a Dr^a Aldaisa Cassanho Forster

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pereira, Laura Martins Valdevite

Gestão da farmácia hospitalar e a percepção dos sujeitos.
73f.

Tese (Doutorado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 2015. Programa Saúde na Comunidade.

Orientadora: Forster, Aldaisa Cassanho.

1. Farmácia Hospitalar. 2. Indicadores. 3. Gestão por processos

PEREIRA, L. M. V.

Gestão da Farmácia hospitalar e a percepção dos sujeitos

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, junto
ao Departamento de Medicina Social, para
obtenção do título de doutor. Programa Saúde
na Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho à **Elisa Valdevite Pereira**:
Filha, quando olho para você, eu percebo que tudo
vale a pena.*

*Tudo vale a pena se a alma não é pequena
(Fernando Pessoa)*

e você alimenta a minha!

*Ao **Vinicius de Moraes Pereira**: Às vezes
encontramos alguém que se alegra por nós quando
tudo vai bem e que sempre nos ouve quando temos
algo para contar, e que nos compreende como
poucos conseguem fazer.*

*Aos meus pais, **João Clério Valdevite e Leda
Maria Ávila M. Valdevite**, por estarem sempre ao
meu lado, me incentivando e apoiando. À minha
irmã **Nara Martins Valdevite** pela amizade.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Profa. Dra. Aldaisa Cassanho Forster, pela orientação e dedicação. Por ouvir pacientemente as minhas considerações partilhando comigo as suas ideias, conhecimento e experiências e que sempre me motivou. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e minha gratidão pela sua amizade, e por tudo que aprendi nestes últimos anos.

AGRADECIMENTOS

À administração do HCFMRP-USP por permitir a realização deste trabalho.

A todos os funcionários da Divisão de Assistência Farmacêutica do HCFMRP-USP pela convivência, aprendizado e direta contribuição na realização deste trabalho.

A todos os meus colegas farmacêuticos por aceitarem participar deste estudo.

À Sonia Aparecida Dias Serafim, minha professora da disciplina de Farmácia Hospitalar e Diretora da Divisão de Assistência Farmacêutica, por tudo o que me ensinou, pela confiança e pelo valor que deu aos resultados deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Luiz Maçao Sakamoto, meu professor e agora colega de trabalho, pelos conselhos sempre valiosos.

À Andrea Queiroz Ungari pela amizade e incentivo durante a realização deste trabalho.

À Fabiana Ap. Correa Cinto pela amizade e ajuda quando comecei a trabalhar na farmácia do ambulatório do HCFMRP-USP.

À Márcia Medeiros Malfará pela amizade.

À Alexandra Cruz Abramovicius pela amizade e apoio nesta nova etapa.

À Silvia Fernanda Clemente pela amizade e companhia.

À Andrea Cristina Vendrusculo pela oportunidade de contribuir com a segurança do paciente assistido no HCFMRP-USP e toda equipe do Serviço de Gerenciamento de Riscos do HCFMRP-USP.

A todos os funcionários do Centro Integrado da Qualidade do HCFMRP-USP pela convivência e aprendizado.

À Luciane Silva pela nova amizade e companheirismo.

A todos os professores do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP pelo ensinamento transferido durante as aulas.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, em especial à Solange Pedersoli pela colaboração.

Aos secretários do Programa de Pós Graduação Saúde na Comunidade, Paula Maria Pereira e Sérgio Carlos do Nascimento pelas orientações, sempre prestativos.

Ao Davi Casale Aragon pela importante colaboração na análise estatística dos dados.

Ao prof. Dr. André Lucirton Costa pela importante colaboração no desenvolvimento inicial deste trabalho.

À profa. Dra Marcia Mazzeo Grande por compartilhar seu conhecimento, contribuindo para a realização deste trabalho.

Ao prof. Dr. Augusto César Cropanese Spadaro e equipe do laboratório de bioquímica da FCFRP-USP por tudo o que aprendi durante a realização do mestrado, possibilitando desta forma o início deste projeto.

A todos os meus amigos que tornaram os dias mais alegres.

E a todos que de forma direta ou indireta estiveram envolvidos no desenvolvimento deste trabalho.

Finalmente agradeço a Deus, por proporcionar estes agradecimentos a todos que tornaram minha vida mais feliz, pela minha família e amigos.

Se as coisas não saíram como planejei posso ficar feliz por ter hoje para recomeçar.

O dia esta na minha frente esperando para ser o que eu quiser.

Charles Chaplin

RESUMO

PEREIRA, L. M. V. **Gestão da farmácia hospitalar e a percepção dos sujeitos.** 2015. 70f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

A prática de medicação em uma organização hospitalar pode ser vista como um sistema definido como uma combinação de processos interdependentes, envolvendo a prescrição, dispensação e administração dos medicamentos. O serviço de farmácia, preocupa-se com os resultados da assistência prestada aos pacientes, em conjunto com os demais profissionais de saúde. Além de, executar ações de farmácia clínica e atenção farmacêutica, a farmácia deve garantir que os medicamentos sejam adquiridos, distribuídos e dispensados aos pacientes de forma eficiente, assumindo um papel central nos sistemas de medicação. O objetivo principal deste trabalho foi avaliar a percepção dos farmacêuticos quanto à eficácia dos processos envolvidos em ciclo de assistência farmacêutica. Para isso, foi realizado um estudo analítico transversal, que consistiu inicialmente na avaliação da implantação do modelo de gestão por processos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. A série histórica do indicador da taxa de falta de medicamentos correspondente ao período de março de 2004 a dezembro de 2013 foi avaliada pelo ajuste de um modelo de regressão Bayesiano para dados em série, com base na distribuição normal, e um ponto de mudança. O modelo estatístico detectou um ponto de mudança no 10º mês a partir do mês de novembro de 2005, quando foi implantado o modelo de gestão por processos na farmácia. Porém, esse foi o único ponto de mudança detectado. Posteriormente, foi aplicado um questionário aos farmacêuticos, o qual foi dividido em três partes: a primeira relacionou-se a características pessoais do farmacêutico; a segunda consistiu em uma escala de frequência verbal ou de avaliação de frequência para verificar as atividades atualmente desenvolvidas pelos farmacêuticos; e a terceira foi composta por questões, com escala de resposta do tipo Likert para verificar o nível de satisfação dos farmacêuticos e a sua percepção quanto à eficiência administrativa da farmácia. Os resultados foram analisados pelo teste exato de Fisher. Apenas 7 (30%) farmacêuticos consideraram eficientes os processos da farmácia em estudo. Doze farmacêuticos disseram estar satisfeitos com a sua participação nas atividades desenvolvidas na farmácia, sendo que a supervisão do trabalho dos auxiliares farmacêuticos associou-se com esse nível de satisfação (valor-p = 0,0226). O teste estatístico indicou associação entre a percepção de ineficiência e as atividades administrativas (valor-p = 0,0021), e entre atividades relacionadas ao atendimento e avaliação da prescrição médica (valor-p = 0,0443). Porém, a percepção de eficiência e o nível de satisfação com as atividades desenvolvidas parecem não estar associados (valor-p = 0,0584). Os resultados deste trabalho mostram que é necessário rever as atividades essenciais da farmácia hospitalar. A inclusão do farmacêutico e sua participação de forma ativa nas comissões hospitalares, principalmente a Comissão de Farmácia e Terapêutica, associadas à expansão da farmácia clínica, pode ser uma forma eficiente de controle de tecnologia no âmbito hospitalar.

Palavras chave: Farmácia hospitalar, Gestão por processos, Indicadores de saúde.

ABSTRACT

PEREIRA, L.M.V. **Hospital pharmacy management and subjects' perception.** 2015. 70f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

In a hospital organization, medication practice may be seen as a system, defined as a combination of interdependent processes, including drug prescription, dispensation and administration. The pharmacy service is concerned about the results of health care delivered to patients in conjunction with other health professionals. The pharmacy has a central role in hospital medication systems; in addition to perform clinical pharmacy and pharmaceutical care activities, the pharmacy should also ensure that all medications are efficiently obtained, distributed and dispensed. The main objective of this study was to evaluate pharmacists' perception of the processes involved in the pharmaceutical care cycle. We performed a cross-sectional study, which first evaluated the model of management by processes implemented in the Ribeirão Preto General Hospital. Time series of indicators of lack of medicines during the period from March 2004 to December 2013 were evaluated by the Bayesian regression model for serial data, based on the normal distribution of data and one change point. The statistical model identified one change point at ten month from November 2005, when the management by processes' model was implemented in the pharmacy. This was the only change point detected by the model. Then, a questionnaire was administered to the pharmacists, which was divided into three parts: the first part was related to the pharmacists' personal data; the second part consisted of a verbal frequency scale or the frequency assessment scale to assess the activities currently performed by the pharmacists; and the third part consisted of a Likert-type scale to assess the level of satisfaction of the pharmacists and their perception of the pharmacy management efficiency. Results were analyzed by the Fisher's exact test. Only 7 (30%) pharmacists considered the pharmacy processes as efficient. Twelve reported to be satisfied with their participation in the pharmacy activities, which was associated with the supervision of the work of pharmacy assistants ($p=0.0226$). The statistical test indicated associations between perception of inefficiency and administrative activities ($p = 0.0021$), and between pharmacy care activities and evaluation of medical prescription ($p = 0.0443$). However, the perception of efficiency seem no to be related to the level of satisfaction with the activities performed ($p=0.0584$). These findings reveal the necessity to reevaluate the essential activities of the hospital pharmacy. The inclusion and active participation of pharmacists in hospital committees, specially the Pharmacy and Therapeutics Committee, in conjunction with the expansion of clinical pharmacy, may be efficient to control the technology implemented in the hospital.

Keywords: Hospital pharmacy. Management by processes. Health indicators.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 01 –	Proposta de indicadores para avaliar a eficiência da farmácia hospitalar	28
Figura 02 -	Diagrama de processos da Divisão de Assistência Farmacêutica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto ...	34
Figura 03-	Ajuste de um modelo de regressão Bayesiano da série histórica da taxa de falta de medicamentos na Farmácia	38
Figura 04 -	Ajuste de um modelo de regressão Bayesiano da série histórica do giro de estoque	39

LISTAS DE SIGLAS

ASHP	American Society of Health-System Pharmacists
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DAF	Divisão de Assistência Farmacêutica
HCFMRP- USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Organização hospitalar e a farmácia hospitalar	16
1.2	Gerenciamento de processos	21
2	JUSTIFICATIVA	25
3	OBJETIVO	26
4	MATERIAL E MÉTODO	27
4.1	Local do estudo	27
4.2	Sujeitos do estudo	27
4.3	Delineamento do estudo	27
4.3.1	Fase exploratória	28
4.3.2	Fase principal	29
4.4	Análise dos dados	30
4.4.1	Fase exploratória	30
4.4.4	Fase principal	31
4.5	Aspectos éticos	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1	Fase exploratória	32
5.1.1	Caracterização da Divisão de Assistência Farmacêutica	32
5.1.2	Processos desenvolvidos	33
5.3	Fase principal	41
6	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICES	64
	ANEXOS	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 Organização hospitalar e a farmácia hospitalar

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o hospital tem como principal objetivo prestar assistência à população em caráter curativo e preventivo, além de funcionar como um centro de formação e investigação (SILVA, 2010). A inserção dos hospitais na rede de atenção à saúde é fator preponderante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), e na efetivação dos princípios constitucionais de acesso universal e igualitário à atenção à saúde (DALLORA, 2010).

Os hospitais sofrem influência de diversos fatores, tais como: perfil demográfico e epidemiológico da população, aspectos socioculturais e legislação, disponibilidade de recursos humanos, financiamento e tecnologia em saúde, além do modelo de organização dos serviços no sistema de saúde (VECINA NETO; MALIK, 2007). Devido às recentes modificações da rede de atenção à saúde no Brasil, atrelada à mudança do perfil epidemiológico da população, o ambiente hospitalar tem se tornado um centro de referência para procedimentos que exigem alta tecnologia, e alto nível de confiabilidade e qualidade (SILVA, 2010; PORTELA, 2007). Tecnologia em saúde é toda forma de conhecimento utilizado para sanar ou atenuar os problemas de saúde, incluindo procedimentos, protocolos médicos e especialmente, medicamentos.

Além disso, o hospital deve promover total assistência ao paciente garantindo o equilíbrio financeiro da instituição. O aumento dos gastos na saúde não está relacionado apenas com o envelhecimento da população, com o aumento no acesso aos serviços especializados, ou o enrijecimento da regulamentação, mas também à incorporação de novas tecnologias (CARMINATTI, 2012). Ainda, problemas relacionados a medicamentos, como eventos adversos e erros de medicação, podem promover um incremento nos custos com a saúde. Diante disto, a segurança do paciente é um problema clínico e econômico para o sistema de saúde.

As ações relacionadas à segurança do paciente, que, segundo a OMS (2005), “é a redução a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado

ao cuidado de saúde”, devem ser priorizadas. Assim todas as atividades realizadas devem ser controladas, especialmente aquelas ligadas ao uso de medicamentos. No âmbito hospitalar, é necessário que as atividades desenvolvidas pela farmácia garantam efetividade e segurança na utilização dos medicamentos e produtos para saúde, otimizando resultados clínicos, econômicos, e de qualidade de vida dos usuários (CAVALLINI; BISSON, 2002; BRASIL, 2004; SBRAFH, 2009; NOVAES, 2006).

A farmácia hospitalar, dirigida exclusivamente por farmacêutico, é uma unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica. Compõe a estrutura organizacional do hospital e está integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente (BRASIL, 2010).

Os padrões mínimos para o funcionamento de uma farmácia hospitalar, publicados pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (2007), preconizam a existência, pelo menos, dos seguintes ambientes: área para administração, área para armazenamento, e área para dispensação e orientação farmacêutica. Se houver outros tipos de atividades (p.ex. manipulação de nutrição parenteral, fracionamento e reconstituição de agentes citotóxicos, manipulação de misturas endovenosas etc.), deverão existir ambientes específicos para cada uma dessas atividades.

As atribuições da farmácia hospitalar compreendem etapas centrais da assistência, como a seleção, programação, aquisição e armazenamento adequado dos medicamentos, manipulação daqueles necessários e/ou indisponíveis no mercado, distribuição e dispensação com garantia de segurança e tempestividade, acompanhamento da utilização e provimento de informação e orientação a pacientes e equipe de saúde (MAGARINOS-TORRES; CASTRO; PEPE, 2007). Além disso, a farmácia hospitalar é responsável por ações especializadas que envolvem seguimento farmacoterapêutico, farmacovigilância, informação sobre medicamentos, farmacotécnica, ensino e pesquisa, e participação ativa no aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde (BRASIL, 2010; SILVA, 2010; KATOUE, 2014).

A gestão da farmácia hospitalar deve estar focada em prestar assistência farmacêutica (BRASIL, 1998; SBRAFH, 2009). Tem como objetivos garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de

medicamentos, por meio de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos, otimizar a relação entre custo, benefício e riscos de sua utilização (GOMES; REIS, 2001, BRASIL, 2010)

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) identificou cinco processos do sistema de medicação no ambiente hospitalar: seleção e obtenção do medicamento; prescrição; preparo e dispensação; administração de medicamentos; e monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento. Esses processos basicamente definem o ciclo do medicamento na instituição hospitalar (NADZAM, 1991; PAULO, 2014), no qual a farmácia assume um papel central. Assim, os componentes centrais da assistência farmacêutica são sistêmicos e usualmente representados como esse ciclo, em que as atividades se relacionam e são estratégicas para a manutenção das demais. A baixa qualidade executiva de qualquer uma dessas etapas compromete a efetividade terapêutica (SILVA, 2010).

Uma condição essencial para a assistência farmacêutica é a padronização dos medicamentos, com o objetivo de limitar o número de itens, favorecendo o gerenciamento, a redução dos gastos, além de promover a prescrição racional, uma vez que facilita a informação acerca desses medicamentos. Uma etapa importante é a programação, que visa garantir a disponibilidade dos medicamentos padronizados, e depende de informações gerenciais, como a análise de demanda e custo, e do conhecimento dos medicamentos (NASCIMENTO, 2000).

O processo de aquisição dos medicamentos deve ser baseado em um conjunto de atividades articuladas, com o objetivo de garantir o abastecimento de medicamentos em quantidade e qualidade suficientes para realizar uma terapêutica racional (DUPIM, 1999; NOVAES; SIMONETTI; AFONSO, 2009). Além disso, é necessário garantir procedimentos operacionais que estabeleçam condições adequadas de armazenamento, conservação, e controle de estoque dos medicamentos, e da sua qualidade desde o recebimento até sua entrega ao usuário. A distribuição consiste em assegurar que as unidades de saúde recebam os medicamentos nas quantidades e especificações corretas, de forma segura e no prazo estabelecido (NASCIMENTO, 2000).

A etapa final deste ciclo consiste na dispensação do medicamento de qualidade ao paciente certo, na dose e quantidade correta, acompanhado das

orientações necessárias para o uso e o armazenamento adequado (MARIN et al., 2003; SERAFIM, 2010).

A assistência hospitalar, que inclui a farmacêutica, é modulada pelo nível de complexidade dos serviços que oferece e pela inter-relação entre as atividades que desenvolve (GUPTA et al, 2007). Para os hospitais de ensino, por suas características e por contribuir diretamente com a formação de profissionais, há a necessidade de realização de um diagnóstico dos principais problemas e erros, inclusive aqueles diretamente ligados ao sistema de distribuição de medicamentos (MIASSO, 2006).

A crescente demanda por serviços de saúde mais efetivos, a racionalidade no uso de medicamentos, a redução de custos, a minimização de problemas relacionados a medicamentos e o aumento da segurança da farmacoterapia fundamentam a importância de um processo constante de avaliação e monitoramento da assistência farmacêutica hospitalar (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; CAMACHO, 2007; SILVA, 2010).

A detecção de reações adversas a medicamentos em hospitais fornece uma medida importante da carga de morbidade relacionada aos fármacos no sistema de saúde (PUSHKIN, et al., 2010). O aumento da segurança no uso de medicamentos em hospitais está associado a processos seguros e ao aumento do número de farmacêuticos e serviços de farmácia oferecidos (BOND; RAEHL, FRANKE, 2002; FERRACINI et al., 2011). O profissional farmacêutico representa uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica (PEPE, 2000).

Diversos estudos demonstraram diminuição significativa do número de erros de medicação em instituições nas quais farmacêuticos realizaram intervenções junto ao corpo clínico (LEAPE, 1999; ARQUES-ARMOIRY, et al., 2010; DOUCETTE; NEVINS; McDONOUGH, 2012). Esses estudos reforçam a ideia de que a intervenção farmacêutica, ao reduzir o número de eventos adversos, aumenta a qualidade assistencial e diminui custos hospitalares (NUNES, et al., 2008; MELO, 2010; GALLAGHER; MCCARTHY; BYRNE, 2014).

O farmacêutico avalia a prescrição, dispensação e administração dos medicamentos, além de observar as condições clínicas do paciente, sugerindo ajuste de dose, otimizando a farmacoterapia, monitorando e ajudando a prevenir eventos adversos. Ainda, acompanha testes laboratoriais e promove informações

sobre os medicamentos, sem perder de vista a questão econômica da terapia (PRESLASKI; MacLAREN, 2013). Uma ação eficaz dos farmacêuticos implicaria em visibilidade no ambiente hospitalar e reconhecimento do seu papel profissional. Porém, conforme publicação de Dewulf et al. (2009) em uma investigação de conformidade com o tratamento farmacológico, nenhum dos pacientes ambulatoriais do hospital incluídos no estudo referiram o farmacêutico como o profissional envolvido com o seu tratamento.

A farmácia clínica proporciona maior eficiência do sistema de saúde e melhores resultados farmacoeconômicos (RIJDT, 2008; MELO, 2010; BRANDT, 2014). Contudo, por ser considerada uma área ainda em construção, a farmácia clínica tem tido destaque em países da América do Norte e Europa, mas é pouco implementada em países emergentes, como o Brasil (VAN MIL, SCHULZ, TROMP, 2004; KHDOUR, et al., 2013).

Atualmente, o serviço de farmácia preocupa-se com os resultados da assistência prestada aos pacientes em conjunto com os demais profissionais de saúde. Além de executar ações de farmácia clínica e atenção farmacêutica (WOODWARD, 2011; ERSTAP, 2011), garante que os medicamentos sejam adquiridos, distribuídos e dispensados aos pacientes de forma eficiente (OLSON et al., 2005).

Muitos fatores externos à farmácia do sistema de saúde afetam de forma importante o modelo da profissão. Zelmmer (2012) destacou a relevância de determinantes externos ao setor farmácia, tais como “economia nacional, políticas nacionais, dívida nacional, megatendências globais, reforma da assistência à saúde e tendências no desenvolvimento e uso de medicamentos”, que influenciam e influenciarão o planejamento da farmácia.

Um consenso resultante de um abrangente questionário e ampla consulta promovido pelo *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) (2011) recomenda que os departamentos de farmácia da rede ambulatorial e dos hospitais desenvolvam estratégias para inovar o rol de atividades (assistenciais, pesquisa e ensino), assumir mais responsabilidades em resultados relacionados aos medicamentos (segurança do paciente) e participar das decisões sobre incorporação de tecnologias relativas ao uso de medicamentos. Para garantir essas atividades clínicas e especializadas, é essencial que a estrutura e os processos das atividades centrais da assistência estejam bem definidos e possam subsidiar a qualidade dos

serviços prestados (GOMES, REIS, 2003; GALLAGHER, McCARTLY; BURNE, 2014).

1.2 Gerenciamento de processos

O sucesso de uma organização se dá pelo cumprimento de sua missão, agregando e orientando a ação de todos os funcionários. O gestor é o responsável pela condução do processo administrativo, dos recursos e das pessoas (MINTZBERG, 2003). Os hospitais caracterizam-se pelo extremo grau de complexidade de sua gestão. Tal fato faz com que os administradores utilizem ferramentas para o planejamento, a organização, a coordenação, a avaliação e o controle das atividades (BITTAR, 2001; OPAS, 2004; VECINA NETO; MALIK, 2007).

A prestação de serviço de qualidade é requisito fundamental para sobrevivência da organização (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010), e tem dois componentes básicos implícitos, o operacional, que corresponde ao processo propriamente dito e a percepção, ou como os clientes percebem o tipo de serviço oferecido (BITTAR, 2004; GERSCH; HEWING; SCHOLER, 2011; KANG et al., 2012). Para sua execução, os hospitais precisam de administradores com uma visão global da área e das relações do hospital com o ambiente externo, e de profissionais preparados por aprendizagem gerencial sistematizada, para realizar negociação entre interesses e demandas múltiplas (MOTTA, 2001). Como uma empresa, o hospital tem objetivos, metas e resultados (MEZZOMO; MEZZOMO; CHERUBIN, 1986).

A visão sistêmica sugere que, para compreender o modo como o trabalho é feito, é preciso formalizar e estruturar os processos. Um sistema possui entradas ou insumos (*inputs*), retira do ambiente o que necessita para poder operar (recursos, energia ou informação), processa suas entradas transformando-as (processo), gera saída ou resultados na forma de produtos ou serviços (*outputs* ou *outcomes*) e necessita retorno de parte dos resultados (*feedback*) por meio de informação (CHIAVENATO, 1984).

Os sistemas possuem, intrinsecamente, processos de trabalho que necessitam ser geridos de forma adequada. Os processos são definidos como um conjunto de atividades interconectadas que criam um fluxo de trabalho (SORDI, 2006). Existem

três tipos diferentes de processo: os processos primários ou essenciais, os processos de suporte, e os processos de gerenciamento. Os processos primários representam as atividades essenciais e, portanto, formam a cadeia de valor. Os processos de suporte proveem suporte aos processos primários, frequentemente pelo gerenciamento de recursos e infraestrutura necessária. Os processos de gerenciamento são utilizados para medir, monitorar e controlar atividades de negócios, assegurando que as metas sejam atingidas (ABPMP, 2009). Um processo é, então, uma sequência de atividades dependente do tempo que transformam uma ou mais entradas em saída (produto ou serviço) com valor para o cliente (ABPMP, 2009).

A prática de medicação em uma organização hospitalar pode ser vista como um sistema, sendo definido como uma combinação de processos interdependentes que compartilham um objetivo comum. O processo de utilização de medicamentos pode ser descrito em etapas centrais, que incluem a prescrição médica, a distribuição e dispensação, a administração dos medicamentos e o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente (MALONE et al., 2007).

Neste processo, os pacientes e as informações a respeito da terapia medicamentosa são considerados os insumos. O resultado são os pacientes medicados com eficácia e segurança. O ambiente desse sistema é composto pelo conjunto de fatores e de condições que influenciam a dinâmica desse processo, tais como tecnologia, infraestrutura, regras e regulamentos (NADZAM, 1998).

O gerenciamento de processos é uma abordagem de gestão que gira em torno de cinco temas-chave: estratégia da organização, arquitetura de processos, propriedade do processo, medição do processo e melhoria de processos (SMART; MADDERN; MAULL, 2009). Permite às organizações uma rápida adaptação organizacional (NEUBAUER, 2009) e, portanto, contribui para a implantação bem-sucedida de atividades que buscam atender novas leis e regulamentos. Para isso, é essencial o comprometimento da organização, pois novos papéis e responsabilidades são introduzidos, assim como o suporte de valores, crenças, liderança e cultura (SMART; MADDERN; MAULL, 2009).

O gerenciamento de processos pode ser caracterizado como um ciclo contínuo que envolve: planejamento, análise, desenho e modelagem, implantação, monitoramento, controle e refinamento (ABPMP, 2009). Para a gestão adequada de processos, deve-se ter o planejamento estratégico como referência, pois as ações

de otimização são mais valiosas quando realizadas nas áreas importantes para a organização (DAVENPORT, 1993; MAGALHÃES, 2007).

Esta forma de gestão organizacional requer a identificação e a análise de todos os seus processos críticos, e a definição de indicadores de desempenho para o monitoramento desses processos (FONTES, 2003; TELES, 2003). Os processos críticos são aqueles que têm impactos diretos na realização das estratégias e das metas da organização (HRONEC, 1994; MULLER, 2003; BURLTON, 2010). Ainda, as organizações devem manter um nível adequado de flexibilidade e agilidade em seus sistemas de gestão de processos. Flexibilidade é a capacidade de reagir às mudanças e agilidade é a rapidez na resposta a essas mudanças (GONG; JANSSEN, 2012).

Para gerenciar os processos, é importante conhecê-los e analisá-los ponta-a-ponta, ou seja, desde o seu início até seus resultados. Entre os motivos mais comuns que levam uma organização a analisar seus processos (JESTON; NELIS, 2006), destacam-se: dificuldades no gerenciamento dos processos, incluindo informações imprecisas e/ou conflitantes, necessidade de reduzir custos e aumentar produtividade, complexidade dos produtos e serviços oferecidos, ausência de visão dos processos ponta a ponta, duplicação de tarefas, e falta de padronização e clareza das responsabilidades (GERSH; HEWING; SCHOLER, 2011).

A identificação de responsáveis por processos é considerada um componente chave, pois são eles que respondem pelo desempenho do processo, e assumem um papel fundamental de trabalhar as interfaces com outros processos dentro da organização (NIEHAVES; PLATTFAUT; BECKER, 2012; SOUSA et al., 2011).

Informações necessárias para medir a qualidade de um processo podem ser obtidas na entrada e na saída, ou durante todo o processo em si, se relacionadas à satisfação do serviço (ABPMP, 2009). As medidas de desempenho comunicam a estratégia, os resultados, o controle e a melhoria dos processos (AZEVEDO, 1991; KANG et al., 2012).

Neste contexto, surgem os indicadores de desempenho, cuja função é evidenciar a necessidade de ações de melhoria, e verificar se as ações implantadas estão produzindo os efeitos desejados (HRONEC, 1994; MULLER, 2003). Indicadores de desempenho são medidas quantificáveis de qualidade para uma farmácia que visam aprimorar as práticas e buscar melhorar o atendimento aos pacientes. (FERNANDES et al., 2013).

Segundo Donabedian (1986), para a avaliação dos serviços de saúde, devem ser examinados a estrutura, o processo e os resultados. Quanto à estrutura, analisam-se os recursos físicos, humanos, materiais, instrumentais, normativos e administrativos e também as fontes de financiamento. A área do processo implica as atividades relativas à utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos e, finalmente, os resultados correspondem às consequências da atividade para a saúde da população atendida (AZEVEDO, 1991).

Os indicadores, para que sejam facilmente aplicados e reproduzidos, devem apresentar características, como simplicidade e facilidade de registro e medida (SARACENO; LEVAV, 1998), e ser de fácil compreensão e aplicação (TAKASHIMA; FLORES, 1997). Além disso, os indicadores devem ser seletivos, específicos e pertinentes, além de permitir parâmetros de comparabilidade (SARACENO; LEVAV, 1992; BITTAR, 2001).

Diante disso, pode-se afirmar que este método de gestão possibilita a seleção e o mapeamento dos processos essenciais (críticos) e o desenvolvimento de mecanismo para o monitoramento desses processos (TELES, 2003; FONTES, 2003). O gerenciamento de processo, integrado às ferramentas da qualidade – técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho – pode se tornar um programa contínuo de gestão (MALIKI; SCHIESARI, 1998; VASCONCELOS; PEREIRA, 2011)

2 JUSTIFICATIVA

Dentro da rede assistencial em saúde, os hospitais são componentes predominantes do sistema de saúde no Brasil (BERNET; ROSKO; VALDMANIS, 2008). Eles podem representar até dois terços dos gastos de saúde do país, e influenciam diretamente na qualidade geral da assistência de saúde.

Dado que o governo tem buscado melhores formas para monitorar e avaliar o desempenho de hospitais, os formuladores de políticas devem identificar os meios mais adequados para melhorar a eficiência operacional desses estabelecimentos, e garantir a satisfação dos pacientes com os resultados dos processos desenvolvidos (MEDICI; MURRAY, 2010).

A farmácia é considerada uma unidade estratégica dentro da organização hospitalar. Assim, melhorias nos processos da farmácia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) poderão ter impacto significativo no desempenho do atendimento ao usuário. Mudanças (interferências) administrativas, com foco em melhoria de processo e emprego de ferramentas, podem favorecer o desempenho operacional do setor, ao diminuir a variabilidade e melhorar a qualidade de dispensação e assistência farmacêutica.

3 OBJETIVO

O objetivo principal deste trabalho foi avaliar o impacto da abordagem de gerenciamento de processos e a percepção dos farmacêuticos quanto à efetividade dos processos envolvidos no ciclo de assistência farmacêutica desenvolvido pela farmácia do HCFMRP-USP. Dessa forma, identificar e apontar, a partir da análise dos dados obtidos, questões emergentes do espaço estudado que necessitem de intervenções ou outros estudos, e que possam contribuir para o desenvolvimento da farmácia hospitalar.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado na Divisão de Assistência Farmacêutica (DAF) do HCFMRP-USP.

Este hospital é uma autarquia pública estadual, vinculada administrativamente à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, e associada à USP para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares. O hospital é regulamentado pelo Decreto nº. 13.297 de 05 de março de 1979, e desde 1988 está integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS.

A importância deste hospital para a atenção à saúde da população da região de Ribeirão Preto é demonstrada pelo volume de atendimentos e procedimentos realizados, e pelos programas que visam melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população.

4.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram os farmacêuticos da DAF do HCFMRP-USP, e o critério de inclusão foi trabalhar em uma das seções da farmácia do campus universitário. Foram excluídos aqueles contratados há menos de seis meses, e os que não aceitaram participar do estudo e não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Na data do estudo, a DAF possuía vinte e oito farmacêuticos em seu quadro funcional.

4.3 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo analítico transversal, que foi dividido em duas fases: a fase exploratória, com o objetivo de obter informações sobre as atividades

desenvolvidas pela farmácia, e a fase principal, que consistiu na aplicação de questionário aos farmacêuticos.

4.3.1 Fase exploratória

Foram utilizados métodos de coleta de dados qualitativos, tais como observação e análise de documentos, bem como dados quantitativos, pelo sistema informatizado do hospital.

Os processos relativos às principais atividades da farmácia hospitalar podem ser avaliados segundo indicadores de gerenciamento das unidades, atividades em comissões, seguimento farmacoterapêutico, e atividades de ensino e pesquisa (PENAFORTE; FORSTER; SILVA, 2007; CIPRIANO, 2009) (Figura 01).

Estrutura da Farmácia para efetuar as atividades da Farmácia Hospitalar			
Padronização de medicamentos	Sistema de Distribuição	Controle de Estoque	Treinamento de RH
<ul style="list-style-type: none"> • Participação de farmacêuticos na Comissão de Farmácia e Terapêutica • Número de itens não padronizados dispensados pela DAF 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Sistema de distribuição adotado • Taxa de atraso de entrega • Índice de devolução de medicamentos não utilizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de falta de medicamentos • Giro de estoque • Taxa de pedidos de Compras de Urgência • Taxa de erro de inventário 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de erro de separação de medicamentos • Índice de perdas durante o processo de preparação das Nutrições Parenterais, quimioterápicos e outros.
Atividades Clínicas			
<ul style="list-style-type: none"> • Participação de Farmacêutico nas Comissões de Farmácia e Terapêutica e Controle de Infecção Hospitalar • Ter profissionais para atividades de farmácia clínica e farmacovigilância • Número de pacientes acompanhados pelo farmacêutico • Índice de intervenções farmacêuticas (e Registro destas intervenções) 			

Figura 1 – Proposta de indicadores para avaliar a eficiência da farmácia hospitalar. DAF: divisão de assistência farmacêutica

O principal indicador da eficácia das práticas de gestão foi a taxa de falta de medicamentos necessários para o tratamento farmacoterapêutico do paciente. Esse item foi acompanhado como “indicador chave de desempenho”: “taxa de falta de medicamentos padronizados solicitados por prescrição médica”.

Número de medicamentos padronizados solicitados e não atendidos X 100

Número de itens padronizados solicitados

A definição de eficácia utilizada no estudo foi “os serviços têm que ser capazes de produzir os efeitos desejados” (VUORI, 1992)

Os dados quantitativos foram obtidos pelo registro das requisições de medicamentos à farmácia, não atendidas devido à falta em estoque no período de março de 2004 a dezembro de 2013. Esses dados estavam disponíveis no sistema de prescrição eletrônica do hospital

Outro indicador chave utilizado foi o “giro de estoque mensal”, que representa o número de vezes que o estoque gira em um mês. Esse é um dos principais indicadores da gestão de estoque, e seu monitoramento contínuo permite a adequação dos processos de compras às variações da demanda (CESARIO, 2007; VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

valor contábil dos medicamentos consumidos no mês

(valor contábil do estoque inicial + final/2)

Estes dados foram obtidos do relatório de balancete do hospital, considerando o item “medicamentos”, disponível no sistema gestão de materiais no período de março de 2004 a dezembro de 2013.

4.3.2 Fase principal

A fase exploratória direcionou a elaboração do instrumento utilizado para coleta de dados. Foi aplicado um questionário autopreenchível aos farmacêuticos da DAF do HCFMRP-USP.

O questionário foi dividido em três partes: a 1ª parte foi relacionada a características pessoais do farmacêutico; a 2ª parte, consistiu em uma escala de frequência verbal ou de avaliação de frequência para verificar as atividades atualmente desenvolvidas pelos farmacêuticos; e a 3ª parte consistiu em questões com escala Likert para verificar o nível de satisfação dos farmacêuticos (muito insatisfeito, insatisfeito, indiferente, satisfeito, muito satisfeito), e a percepção quanto à eficiência administrativa da farmácia (totalmente ineficiente, ineficiente em parte, indiferente, eficiente em parte, totalmente eficiente).

Foi também identificada a opinião dos farmacêuticos quanto a pressupostos e crenças sobre o futuro da farmácia hospitalar, apresentados no consenso da ASHP (2011), e o nível de integração dos farmacêuticos quanto às práticas de gestão da DAF (concordo plenamente, concordo, indeciso, discordo, discordo totalmente). O questionário elaborado continha questões discursivas.

Para a construção do roteiro, foram utilizados documentos publicados pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde - SBRAFH portarias e resoluções que regulamentam as atividades da farmácia hospitalar, o consenso da ASHP (2011), bem como conceitos de gerenciamento de processos.

O pré-teste do questionário foi realizado no mês de janeiro com dois farmacêuticos que atendiam os critérios de inclusão da pesquisa. Os objetivos do pré-teste foram verificar o entendimento das perguntas pelos farmacêuticos, a inteligibilidade, clareza ordem e duração das perguntas elaboradas, bem como demais dificuldades que pudessem ser encontradas. Nenhuma alteração foi realizada no questionário após o pré-teste (Apêndice 1).

4.4 Análise dos dados

4.4.1 Fase exploratória

A série histórica desses indicadores possibilitou o ajuste de um modelo de regressão Bayesiano para dados em série, com base na distribuição normal, e considerando um ponto de mudança (CARLIN; GELFAND; SMITH, 1992;

FEARNHEAD, 2006) e parâmetros autorregressivos de primeira ordem. Uma vez que conhecíamos o período exato de implantação do novo modelo, a abordagem de gerenciamento de processos, o único parâmetro para o qual foi considerada uma distribuição a priori informativa foi referente ao ponto de mudança. Para o restante dos parâmetros, as distribuições a priori foram estabelecidas como não informativas. O *software* utilizado foi o OpenBUGS 3.2.2. (LUNN et al., 2000).

4.4.2. Fase principal

Para análise dos resultados, os dados obtidos pela escala Likert de cinco pontos foram simplificados mediante sua combinação em quatro categorias de respostas, unificando-se as extremidades. Utilizou-se o teste exato de Fisher, que permite calcular possíveis associações entre as características em análise, ou seja, se elas são independentes, ou devidas ao acaso. Para indicação de tais associações, o grau de significância estatística adotado foi $< 0,05$.

4.5 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (número do parecer 431.604/2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.2 Fase exploratória

5.2.1 Caracterização da Divisão de Assistência Farmacêutica

A Divisão de Assistência Farmacêutica está inserida no HCFMRP, e subordinada ao Departamento de Atenção a Saúde, de acordo com a Portaria HCRP nº 154/2013, e é subdividida em dois serviços, o Serviço de Atividades Industriais e o Serviço de Distribuição e Dispensação.

O Serviço de Atividades Industriais engloba a Seção de Produção e a Seção de Controle de Qualidade. O Serviço de Dispensação e Distribuição engloba a Seção de Controle e Estocagem, responsável pelo recebimento e estocagem de medicamentos, a Seção de Estocagem (que possui o Setor de Fracionamento e Etiquetagem), o Centro de Preparo de Nutrição Parenteral e o Setor de Dispensação (o qual conta, ainda com a Seção de Farmácia de Quimioterapia e a Seção de Farmácia da Unidade Especializada de Tratamento de Doenças Infectocontagiosas, UETDI).

A DAF atende cerca de 78480 solicitações/mês, incluindo prescrições e requisições de reposição de estoque das enfermarias e ambulatórios do campus e Unidade de Emergência. Por mês, prepara cerca de 630 soluções de terapia nutricional por mês (205 adultas e 425 pediátricas), 2103 manipulações de medicamentos antineoplásicos e dispensa 66158 unidades de medicamentos antineoplásicos de uso domiciliar. Desde 2013, todas as solicitações de manipulação de medicamentos antineoplásicos são analisadas pelo farmacêutico. Ainda, conta com uma produção média mensal de 10265 itens medicamentosos, 55,0% dos quais são utilizados em protocolos de pesquisas desenvolvidas no hospital.

A seleção de medicamentos no HCFMRP-USP é de responsabilidade da Comissão de Farmácia e Terapêutica, que foi instituída pela Portaria HCRP nº 192 de 29/10/2009, e está vinculada à Diretoria Clínica do Hospital com natureza técnica-científica permanente. O hospital possui cerca de 960 itens padronizados, sendo que em média, são movimentados 700 itens por mês.

5.2.2 Processos desenvolvidos

A DAF é responsável por gerenciar todas as etapas centrais do ciclo da assistência farmacêutica, compreendendo: seleção de medicamentos, com participação ativa do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica, programação, aquisição, armazenamento, manipulação, distribuição e dispensação de medicamentos. A dispensação é entendida como um ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos (VIDOTTI, SILVA, HOEFLER, 2002; BRASIL, 2004). No HCFMRP-USP, a farmacovigilância é compartilhada com o Serviço de Gerenciamento de Riscos.

Os processos desenvolvidos na DAF estão representados na Figura 2, e serão descritos. Nesta figura também estão representados os clientes diretos da DAF, que são as enfermarias e ambulatorios dos hospitais e a farmácia da unidade de emergência, visto que todos os medicamentos utilizados nesta unidade são programados e adquiridos pela DAF.

São também representados os seus fornecedores, que são: a Divisão de Material HCFMRP-USP, pois é responsável pelas atividades do processo de compra de medicamentos, após a avaliação e emissão do pedido pela DAF; os fornecedores de medicamentos, o Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII, pois o hospital é responsável pelo atendimento e dispensação de medicamentos que pertencem ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, que engloba todo medicamento utilizado para o tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico, e do Programa de Antineoplásicos. Outro fornecedor da DAF é a Comissão de farmácia e terapêutica, já que é esta comissão que define os medicamentos, que serão padronizados.

Figura 2 – Diagrama de processos da Divisão de Assistência Farmacêutica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

No final do ano de 2005, a DAF passou por uma reestruturação em suas áreas de trabalho, seguindo o modelo de gestão adotado pelo hospital, que buscava o selo de conformidade com o CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar, apoiado pela Associação Paulista de Medicina. Este modelo, baseado nos critérios de excelência em gestão, valoriza as questões éticas, promove o aprendizado a partir da reflexão e da análise dos processos e resultados, alinhado aos critérios do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS). No modelo, foram inseridos o conceito de visão sistêmica e a abordagem de gerenciamento de processos (BARROS, 2008).

Realizou-se uma auditoria interna com o objetivo de verificar a conformidades com as portarias, normas e resoluções vigentes referentes às atividades da farmácia hospitalar. Posteriormente, fez-se uma análise rigorosa para a reelaboração de cada subprocesso, a fim de minimizar riscos e contribuir para a segurança do paciente (GOVINDARAJAN et al., 2007). Foi detectada a ausência de ferramentas para análise dos resultados dos processos desenvolvidos pela DAF. Foram então, implantados como mecanismos de gerenciamento, o relatório de não conformidades (que quando detectadas poderiam ser registradas por qualquer servidor da DAF), o monitoramento de indicadores de desempenho e a prática de auditoria interna.

A primeira etapa consistiu na identificação dos processos primários e de apoio. Foram identificados seis processos primários: gestão da distribuição e dispensação de medicamentos, fracionamento e etiquetagem, preparo de nutrição parenteral, manipulação de medicamentos antineoplásicos, farmácia ambulatorial e serviço de atividades industriais, e três processos de apoio: gestão de equipamentos, gestão de recursos humanos e gestão de materiais. O correto funcionamento de cada um dos subprocessos resultaria então, no correto funcionamento da farmácia.

Cada subprocesso foi mapeado. Nesta etapa, a técnica utilizada foi o fluxograma, que é uma representação, por meio de símbolos padronizados, dos processos analisados (LEAL, 2003). Para cada subprocesso mapeado, utilizou-se a ferramenta SIPOC (*Supplier, Input, Process, Output, Customer*), utilizada para demonstrar claramente as entradas e saídas do processo, seus fornecedores e clientes (MARTINHÃO FILHO e SOUZA, 2006).

Em cada subprocesso, as atividades a serem desenvolvidas pelos funcionários foram descritas em forma de procedimentos operacionais. E, para cada processo, foram identificados os pontos de avaliação e propostos indicadores de desempenho. Para cada um desses subprocessos, foi definido um responsável.

O processo principal da farmácia identificado nesta primeira fase foi a distribuição e dispensação de medicamentos. O sistema de distribuição e dispensação adotado pelo HCFMRP-USP é misto, pois a dispensação é feita de acordo com a prescrição médica informatizada (por paciente para 24 horas), e com a reposição programada de medicamentos nas enfermarias (segundo especialidade e demanda). A prescrição eletrônica foi implantada em 1998, e consiste no envio *on-line* à farmácia, de requisições provenientes de prescrições elaboradas eletronicamente pelos médicos (SERAFIM et al., 2010). Além disso, esse sistema individualizado de prescrição, em nome do paciente, permite seu acompanhamento pelo farmacêutico.

Porém, na primeira avaliação, foi detectado que o processo de apoio “gestão de materiais” era um processo crítico, pois a falta de medicamentos impacta diretamente na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente assistido pela instituição hospitalar.

A farmácia possuía um controle limitado de estoques, o que necessitava de revisão. Foi elaborado um plano de ação específico, definindo-se as metas e traçando-se as diretrizes para a execução de cada etapa. A primeira ação consistiu na criação de Centros de Custos para controlar o estoque dos medicamentos em cada seção ou farmácia satélite (DALLORA; FORSTER, 2013), e na realização de um inventário. A partir desse ponto, o acompanhamento dos estoques foi realizado por intermédio de contagens periódicas, facilitando a identificação e correção de divergências entre o estoque físico e o estoque do sistema informatizado. Com isso, buscou-se a eficácia do sistema de compra de medicamentos desenvolvido pelo Centro de Informações e Análises do Hospital.

A segunda ação consistiu em responsabilizar um farmacêutico para realizar os pedidos de compra de medicamentos, e acompanhar todas as etapas do processo, inclusive o controle de orçamento aprovado para este fim. A programação de medicamentos é realizada no fim de cada ano, com base

nas informações de consumo dos últimos doze meses, disponíveis no sistema informatizado do hospital. Dessa forma, apenas os produtos incluídos na relação de medicamentos padronizados são adquiridos de forma programada pelo hospital. No entanto, devido às características do hospital e pontos críticos no processo de abastecimento de medicamentos no setor público, os pedidos podem ser feitos em caráter de urgência, a fim de evitar faltas.

A DAF possui uma seção responsável pelo recebimento e armazenamento dos medicamentos, a qual também abastece as Unidades Dispensadoras (Farmácia Central – Campus, Farmácia da central de Quimioterapia e Farmácia da UETDI, e Farmácia da Unidade de Emergência, localizada na área central de Ribeirão Preto). Após o recebimento, os medicamentos são armazenados na DAF.

Mesmo com todas as ações da DAF, a taxa média de falta de medicamentos para o paciente internado foi de 5,8% em 2013. Para análise das causas, foi construído o gráfico de Pareto, com o objetivo de priorizar as ações. As principais causas foram: problemas com aquisição de medicamentos (52,4%), medicamento em falta no mercado (18,1%) e falha na dispensação do medicamento (11,8%), resultando em um valor acumulado de 82,3%.

A Figura 3 mostra o gráfico gerado a partir do ajuste de um modelo de regressão Bayesiano da série histórica da taxa de falta de medicamentos na farmácia. A linha preta representa a série original de dados e a vermelha representa a série dos valores estimados pelo modelo.

Figura 3 – Ajuste de um modelo de regressão Bayesiano da série histórica da taxa de falta de medicamentos na farmácia

Após a aplicação do modelo, detectou-se um ponto de mudança (linha pontilhada vertical) no mês 10 a partir do mês de novembro de 2005 (Figura 3), quando foi implantado o modelo de gestão por processos na farmácia. Para avaliar se o ponto de mudança detectado teria relação com a mudança de abordagem gerencial, o indicador giro de estoque também foi avaliado.

A mesma técnica estatística foi então aplicada (Figura 4), em que a série não sugeriu um ponto de mudança, apenas uma volatilidade (variabilidade) entre 2006 e 2007. Diante disso, podemos afirmar que durante todo o período estudado, a farmácia manteve o mesmo nível de estoque em valor financeiro, evidenciando que a mudança pode ser atribuída à adoção de práticas gerenciais e ao modelo sistêmico.

Porém, este foi o único ponto de mudança detectado pelo modelo. Vale ressaltar que o hospital em que o estudo foi realizado está administrativamente ligado à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e, por ser um órgão público, deve seguir as diretrizes da Lei n 8666, de 21 de junho de 1993, que institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências.

Figura 4 – Ajuste de um modelo de regressão Bayesiano da série histórica do giro de estoque

Um estudo realizado por Nascimento et al. (2013), que avaliou o banco de dados construído pelo projeto “Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil”, financiado pelo Ministério da Saúde, mostrou que um maior cumprimento das atividades de assistência farmacêutica associa-se a variáveis relacionadas ao gerenciamento, principalmente à presença de planejamento, e ao farmacêutico, como maior tempo dedicado ao serviço de farmácia hospitalar e maior nível de treinamento. Ainda, a presença de um manual de normas e procedimentos e do

farmacêutico na conferência da prescrição implica também uma mudança na boa prática de dispensação de regular para satisfatória.

A gestão por processos mostra-se eficaz para a farmácia hospitalar. Embora sua implantação tenha sido bem planejada, a resistência à capacitação de funcionários, características da cultura organizacional e falhas na comunicação foram as principais barreiras encontradas. Essas dificuldades já haviam sido relatadas na literatura (BOERSTLER, FOSTER, O-CONNIR, 1996; SHORTELL, O BRIEN, CARMAN, 1995; ZABADA, RIVERS, 1998). A resistência à mudança, principalmente pelos ocupantes de cargos de chefia (média gerência), foi a principal dificuldade encontrada (MOSADEGHRAD et al., 2013). Sabe-se que a confiança nos gestores (agentes de mudança) é um fator crítico na adoção de um programa de mudança por um funcionário. Um sentimento de confiança entre os funcionários e gerentes reforça o compromisso dos empregados (MOSADEGHRAD; FERLIE; ROSENBERG, 2011; MOSADEGHRAD et al., 2013).

Passada essa barreira, o problema enfrentado pelas organizações é o de integrar a abordagem de gerenciamento de processos às ferramentas de qualidade, implantando um sistema de gestão da qualidade efetivo. Essas ferramentas são utilizadas na análise do processo para identificar a causa de sua variabilidade, e buscar evidências a partir dos resultados.

A trilogia da qualidade segundo Juran (JURAN; GRZYNA, 1991) estabelece que ações de planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoramento contínuo levam à diminuição da variabilidade dos processos e a novas zonas de qualidade. Tal diminuição de variabilidade, por sua vez, pode inaugurar outro ciclo, em um processo contínuo de melhoria. Contudo, a descontinuidade dos Sistemas de Gestão da Qualidade já vem sendo percebida por vários autores. Segundo Paladini (2012), poucos têm avaliado quais são as prováveis causas desse acontecimento.

Na saúde, a presença de um cliente interno e de um cliente externo (consumidor) no processo de qualidade leva à necessidade de se reconhecer a expectativa do profissional da saúde, para a melhoria contínua da qualidade do modelo produtivo (OTERO et al., 1999). Para a manutenção da qualidade do serviço prestado, além da busca por essa melhoria, a alta administração deve visar à motivação, valorização e capacitação dos seus colaboradores, e estar

atenta às mudanças e necessidades de seus clientes que buscam confiabilidade.

Para o contexto defarmácia hospitalar, o consenso da ASHP levantou os seguintes pontos: 1) Há oportunidade de avançar a saúde dos pacientes e o sistema de saúde, mudando a forma como o trabalho de farmacêuticos e técnicos, e recursos tecnológicos são empregados; 2) Dentro dos próximos anos, a pressão financeira sobre os hospitais e sistemas de saúde irá forçá-los a buscar mudanças significativas na forma como os recursos são utilizados na farmácia; 3) Nos próximos anos, gestores dos hospitais e do sistema de saúde, bem como a equipe médica esperarão que os farmacêuticos ajudem a garantir o cumprimento das normas de qualidade de atendimento; 4) Na maioria dos hospitais e sistemas de saúde, melhorias na tecnologia serão necessárias para a farmácia aperfeiçoar seus serviços prestados; 5) Os farmacêuticos não devem atuar exclusivamente na distribuição de medicamentos, e sim entender e ter responsabilidade sobre o manejo da terapia medicamentosa.

Diante deste levantamento, recomenda-se que os departamentos de farmácia da rede ambulatorial e dos hospitais desenvolvam estratégias para inovar o rol de atividades (assistenciais, pesquisa e ensino), assumir mais responsabilidades relacionadas ao uso de medicamentos (segurança do paciente), e participar das decisões sobre incorporação de tecnologias relativas ao uso de medicamentos.

5.3 Fase principal

O questionário desenvolvido foi aplicado aos farmacêuticos da DAF. Vinte e cinco farmacêuticos foram convidados a participar do estudo, sendo que vinte e três responderam o questionário.

Entre os participantes, 11 (47,8%) concluíram o curso de graduação em faculdades públicas, e 12 (52,2%) em faculdades particulares. Em relação ao tempo de graduação, 12 farmacêuticos concluíram o curso há menos de 15 anos. Dezesete farmacêuticos (73,9%) possuíam títulos de especialista, a maioria nas áreas de Farmácia Hospitalar e Farmácia Clínica. Apenas dois

possuíam graduação *stricto sensu* (um possui mestrado e um doutorado), mas quatro farmacêuticos estavam cursando o mestrado. Sete (30,4%) dos 23 farmacêuticos exerciam função de coordenador de área.

Dentre as atividades executadas com mais frequência na DAF, estão as questões relacionadas às atividades administrativas e de gerenciamento, tais como supervisão do trabalho da equipe de auxiliares farmacêuticos (17 farmacêuticos), atividades relacionadas à logística, como reposição de medicamentos ao centro de custo, e atendimento da prescrição médica (14 farmacêuticos).

Apenas 7 (30,4%) farmacêuticos consideraram eficientes os processos da DAF, e 12 (52,2%) declararam estar satisfeito com suas atividades. Além disso, na opinião de 11 farmacêuticos (47,8%), o organograma funcional não estava claramente definido, e o fluxo dos processos não apresentava com clareza as relações entre as áreas funcionais (10; 43,5%).

O teste exato de Fisher indicou uma associação entre a percepção de ineficiência e as atividades administrativas desenvolvidas atualmente (p valor = 0,0021), e entre atividades relacionadas ao atendimento e avaliação da prescrição médica (p valor = 0,0443).

Apesar de a maioria (19; 82,6%) dos farmacêuticos concordar que a missão do HCFMRP-USP era divulgada aos funcionários da DAF, 11 (47,8%) relataram que a política da DAF não o era. Esses resultados mostram que o papel da DAF no HCFRP-USP está em processo de mudança, e os profissionais conhecem pouco ou nada a respeito. A gestão da divisão deve promover essa comunicação e gerar um comprometimento pelos profissionais nesse novo papel (DEMING, 2002)

Atualmente, a gestão da qualidade na farmácia hospitalar tem como objetivo garantir aos pacientes a melhor qualidade possível, reduzindo riscos e aumentando as chances de sucesso na terapêutica (DEITOS, SILVA, 2005). Para tanto, é necessário uma estrutura organizacional que viabilize atividades integradas, além da busca permanente de melhorias de processos e resultados.

Entre as práticas de gestão da qualidade, 95,7% dos farmacêuticos concordaram que a DAF utiliza indicadores para acompanhar os seus resultados e sua tendência, e 82,6% concordaram que a DAF utiliza-se de

relatos dos seus funcionários para a identificação de problemas nos seus processos. Entretanto, apenas 26,1% dos farmacêuticos concordaram que a DAF utiliza-se da técnica de *brainstorming*, utilizada para gerar ideias espontaneamente a respeito de determinado assunto.

Para manter a eficiência administrativa e atingir novas zonas de qualidade, é imprescindível que a organização conheça os fatores externos e internos que interferem em seus processos. Como fator interno, pode-se destacar o nível de satisfação dos farmacêuticos. Conforme mencionado, apenas 12 farmacêuticos disseram estar satisfeitos com a sua participação nas atividades desenvolvidas dentro da DAF, sendo que a supervisão do trabalho da equipe de auxiliares farmacêuticos apresentou associação com esse nível de satisfação (p valor = 0,0226). Porém, a percepção de eficiência parece não estar associada com o nível de satisfação com as atividades desenvolvidas (p valor = 0,0584).

Nossos resultados corroboram a fraca articulação do serviço de farmácia com os demais setores do hospital, e seu baixo desempenho em atividades centrais da assistência farmacêutica, como a seleção de medicamentos e seguimento farmacoterapêutico dos pacientes (SILVA et al, 2013). A seleção de medicamentos foi identificada como atividade essencial para a farmácia hospitalar, pois é a base para o desenvolvimento das demais atividades, garantindo o uso seguro e racional dos medicamentos (SILVA et al, 2013).

No HCFMRP-USP, a seleção e a padronização de medicamentos são de responsabilidade da Comissão de Farmácia e Terapêutica. O único membro representante da DAF nessa comissão é a diretora da DAF. Ainda, a ausência de farmacêuticos nas comissões multidisciplinares compromete todo o ciclo da assistência farmacêutica, em especial o componente de gerenciamento (CIPRIANO, 2009). A atuação de farmacêuticos capacitados junto às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar tem melhorado a gestão dos antimicrobianos nas instituições, promovendo o uso racional desses medicamentos, segurança e padrões de resistência, contribuindo, assim, com a redução dos custos (CARRENO, 2015).

A incorporação de tecnologia traz um aumento nos custos, mas nem sempre traz uma relação custo-benefício positiva (CARMINATTI, 2012). Por esta razão, é necessário que se avalie de forma eficiente, uma vez que suas

implicações poderão ser desastrosas, tanto em termos financeiros como operacionais. Em seguida, é necessário criar ferramentas para controlar o uso dessa tecnologia, como a divulgação de informações e o seguimento farmacoterapêutico pela farmácia hospitalar, para garantir tanto o equilíbrio financeiro da instituição, como a segurança do paciente. Atividades de assistência ao paciente (seguimento farmacoterapêutico) foram identificadas como rotina de apenas 5 (17,4%) farmacêuticos. A farmácia clínica pode reduzir os custos com medicamentos por meio do uso racional e controle de uso de novas tecnologias, e aumentar a eficiência do serviço de farmácia hospitalar. Os farmacêuticos clínicos facilitam a seleção, preparação e administração dos medicamentos aos pacientes, e diminuem a carga de trabalho dos médicos e enfermeiros. Além disso, incentivam o uso de medicamentos clinicamente mais adequados e eficientes, e ajudam no cumprimento das exigências regulamentares relacionadas a taxas de reembolso e redução dos custos (JACKNIN et al., 2014).

O risco pode ser gerenciado pela prescrição apropriada e seu monitoramento (APARASU; BAER; APARASU, 2007), destacando as ações integradas entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos (OTERO LOPEZ, 2003). A adoção do sistema de prescrição eletrônica e suportes à decisão clínica podem reduzir a incidência de reações adversas a medicamentos (BATES, 2001). No entanto, poucos serviços de farmácia hospitalar oferecem informações de medicamentos e ações de seguimento farmacoterapêutico, sendo a notificação de reação adversa a medicamentos a principal realizada (SILVA et al., 2013).

De acordo com dados do Serviço de Gerenciamento de Riscos do HCFMRP-USP, foram registradas 2405 notificações espontâneas. Dessas notificações, 17% estavam diretamente relacionadas com a terapia medicamentosa, 60% à vigilância de processos assistenciais, como prescrição médica, dispensação e administração, e 40% relacionadas à farmacovigilância, como queixa técnica, suspeita de inefetividade e reação adversa a medicamentos. A maioria das notificações foi realizada pela equipe de enfermagem (71,9%) seguido dos farmacêuticos (14,8%) e médicos (5,7%). Porém, nenhuma notificação de suspeita de inefetividade ou reação adversa a medicamentos foi registrada pelo farmacêutico.

Embora a identificação e a notificação de uma reação adversa a medicamento sejam consideradas como responsabilidade de todos os profissionais de saúde, os farmacêuticos são os profissionais mais preparados para isso (GLASSMAN et al., 2002; SULLIVAN; SPOONER, 2008). (). O trabalho desenvolvido por Baniyadi et al. (2014) demonstra a contribuição dos farmacêuticos clínicos na identificação das reações adversas a medicamentos no ambiente hospitalar. A implantação de serviços de farmácia clínica pode ser uma estratégia para aumentar a notificação de reações adversas a medicamentos nos sistemas de saúde (BOND; RAHEL, 2006).

Hospitais de grande porte tem maior possibilidade de prover assistência farmacêutica e monitoramento de terapia medicamentosa pela farmácia hospitalar (PEDERSEN; SCHNEIDER; SCHECKELHOFF, 2007). A maioria dos farmacêuticos em nosso estudo (78,3%) relatou que gostaria de desenvolver alguma atividade, relacionada à assistência do paciente, dentro da farmácia hospitalar. Porém, não a realiza devido à falta de estrutura física e recursos humanos, e excesso de atividades extras.

É importante ressaltar que, segundo o consenso da ASHP (ZELLMER, 2012), farmacêuticos e técnicos de farmácia em atividade no sistema de saúde devem conhecer os determinantes das mudanças do modelo prático da profissão e atuar em seu alcance. No entanto, para que os farmacêuticos sejam bem sucedidos na promoção deste novo modelo, são necessárias melhorias em tecnologia e sistemas de informação, para otimizar o trabalho do farmacêutico (MOORE, et al, 2014).

De modo geral, os farmacêuticos da DAF concordaram com as recomendações do consenso da ASPH (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 2011); foram unânimes na afirmativa que, dentro dos próximos anos, a pressão financeira sobre os hospitais e sistemas de saúde irá forçá-los a buscar mudanças significativas na forma como os recursos são utilizados na farmácia.

Brazinha e Fernandez-Llimos (2014), com o objetivo de identificar as barreiras para a disseminação da farmácia clínica em hospitais portugueses, detectaram como barreiras estruturais a falta de tempo dos profissionais farmacêuticos (devido à carga burocrática e administrativa), a redução da força de trabalho e a falta de apoio pelo chefe do serviço de farmácia e outros

colegas. A falta de acesso ao prontuário do paciente para o seguimento farmacoterapêutico foi reconhecida como barreira tecnológica. Ainda, a precária comunicação com outros profissionais da equipe multidisciplinar e a falta de reconhecimento do trabalho foram caracterizadas como barreiras ambientais. Nesse trabalho, os pesquisadores identificaram que os próprios farmacêuticos podem representar uma barreira para a disseminação deste serviço, com resistência à mudança e falta de prontidão.

Awaisu e Alsalimy (2014) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar e sintetizar os pontos de vista e atitudes de farmacêuticos, bem como barreiras e facilitadores relacionados à sua participação em pesquisas sobre as práticas farmacêuticas. Os farmacêuticos acreditavam que a investigação baseada na prática pode contribuir para o desenvolvimento profissional, e para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente. As barreiras mais comumente relatadas para a participação nas pesquisas foram falta de tempo e carga de trabalho, escassez de recursos, falta de conhecimento sobre a investigação, e falta de formação, orientação e apoio.

Weber (2015) descreveu os desafios que devem ser enfrentados por gestores da farmácia hospitalar, como a atuação do farmacêutico clínico no sistema de saúde, o crescimento dos serviços de especialidade da farmácia, e atualizações sobre prevenção de erros de medicação. O autor enfatizou a importância da elaboração de um plano estratégico.

Auta, Mas e Strickland-Hodge (2015) investigaram os facilitadores do processo de mudança na prática da farmácia hospitalar na Inglaterra. A alteração significativa na estrutura da prática da farmácia hospitalar começou na década de 1970 e, atualmente, farmacêuticos hospitalares realizam funções clínicas avançadas, incluindo a prescrição. Os autores concluíram que são necessárias mudanças na estrutura profissional de farmácia, incluindo a educação e a formação do farmacêutico (como especialização prática), a ampliação do papel dos técnicos de farmácia, e o bom relacionamento com a profissão médica.

A partir de uma maior compreensão dos problemas que enfrentam e seu efeito sobre as operações da farmácia, os gestores poderão desenvolver as atividades centrais da assistência farmacêutica de forma eficiente. Além disso, a mobilização de forma inovadora da força de trabalho, particularmente de

técnicos de farmácia, permitirá que os farmacêuticos desenvolvam as atividades clínicas. Desta forma, o farmacêutico participará ativamente do tratamento farmacológico dos pacientes, aumentando a satisfação tanto dos próprios pacientes como da equipe de saúde (O'CONNOR e WEBER, 2013).

No estudo de Christy, Sin, Gim (2015), o emprego de um modelo de farmácia com foco no cuidado do paciente não reduziu significativamente as taxas de readmissão de 30 dias. No entanto, observou-se um impacto positivo sobre a satisfação do paciente e melhor compreensão sobre os medicamentos.

É importante definir os indicadores de desempenho que devem ser monitorados, incluindo reconciliação medicamentosa na admissão, participação em visitas multiprofissionais de saúde, atendimento a planos de assistência farmacêutica, resolução de problemas relacionados a medicamentos, e educação presencial de pacientes (FERNANDES, et al., 2015). Essas atividades podem interferir positivamente nas ações gerenciais da farmácia, como no uso racional de medicamentos e na prevenção de eventos adversos e erros de medicação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve uma abordagem qualitativa, visto que seu objetivo concentrou-se em identificar a percepção do profissional farmacêutico quanto às atividades da farmácia hospitalar. Uma pesquisa qualitativa, ao valorizar os aspectos descritivos e as percepções pessoais, procura compreender os sujeitos envolvidos e, por seu intermédio, avaliar também o contexto em que vivem (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

É importante colocar que o pesquisador faz parte do quadro de colaboradores do Hospital em que o estudo foi realizado, o que pode ser considerado como uma limitação.

Apesar de os resultados deste estudo relativo à percepção dos farmacêuticos quanto à eficiência da farmácia hospitalar, representarem apenas a Divisão de Assistência Farmacêutica do HFMRP-USP, podemos dizer que a abordagem de gestão por processos pode ser eficaz, mas que é essencial conhecer o ambiente externo, e neste caso o ambiente interno para a manutenção da qualidade.

O gestor da farmácia hospitalar deve buscar ferramentas gerenciais que contribuam para a eficácia dos processos desenvolvidos pela farmácia hospitalar. Para tanto, é imprescindível que o gestor fique atento às mudanças, tais como novas exigências de seus clientes e colaboradores. Ignorar tais mudanças pode ser um obstáculo para a manutenção da qualidade, refletindo negativamente em seus indicadores de desempenho.

A DAF pode ser considerada, com relação a sua estrutura física e ao provimento de equipamentos, como bem estruturada. Está inserida dentro do organograma do hospital com funções e atividades definidas, e possui ainda uma lógica de trabalho, predominante, centrada no medicamento.

Verificamos que oferece uma grande variedade de serviços, devido à complexidade do hospital, como preparação de Nutrição Parenteral, medicamentos quimioterápicos e produção de medicamentos indisponíveis no mercado, porém serviços importantes, como informações sobre medicamentos, controle do uso desta tecnologia têm sido são poucos explorados.

Os resultados deste trabalho mostram que é necessário rever as atividades essenciais da farmácia hospitalar. A inclusão do farmacêutico e sua participação ativa nas comissões hospitalares, principalmente a Comissão de Farmácia e Terapêutica, associada à expansão da farmácia clínica, pode ser uma forma eficiente de controle de tecnologia no âmbito hospitalar.

Diante do novo papel do farmacêutico, a gestão da qualidade da farmácia hospitalar deve considerar os serviços de farmácia clínica e farmacovigilância. Ações que visam o uso seguro e racional de medicamentos, associadas a uma visão sistêmica, ferramentas de qualidade e monitoramento contínuo de indicadores, podem resultar em práticas efetivas de gerenciamento.

Este estudo aponta para a necessidade de priorizar uma reformulação no gerenciamento dos serviços oferecidos, considerando uma reestruturação dos recursos humanos, distribuindo algumas atividades para os auxiliares de farmácia e oficiais administrativos, permitindo ao farmacêutico desenvolver atividades de farmácia clínica e farmacovigilância.

Estas atividades podem ser utilizadas como ferramentas de controle do uso de tecnologia, medicamento, dentro dos hospitais, na medida em que podem contribuir para a escolha mais adequada do tratamento farmacoterapêutico do paciente assistido na Instituição, como a racionalidade no uso de medicamentos, redução de erros de medicação e eventos adversos a medicamentos, contribuindo com a qualidade assistencial e diminuição dos custos hospitalares.

Para isto é necessário a participação e conhecimento aprofundado dos farmacêuticos em relação às atividades centrais da assistência farmacêutica, como a seleção, programação, aquisição e armazenamento dos medicamentos, e do sistema de distribuição são essenciais. No entanto, melhorias em tecnologia e sistemas de informação são necessárias para otimizar o trabalho da equipe.

Espera-se que esta avaliação possa contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela farmácia hospitalar, indicando caminhos para a tomada de decisão e para a gestão.

É essencial que novos estudos sejam realizados para que possam subsidiar a elaboração de um planejamento para a implantação, de forma

efetiva, de atividades clínicas pelo profissional farmacêutico da DAF-HCFMRP-USP.

Como a realização de um estudo mais aprofundado dos medicamentos usados pelos pacientes assistidos na instituição com o objetivo de identificar e classificar os eventos adversos a medicamentos no hospital e estimar as suas frequência, gravidade e impacto na evolução dos pacientes.

E então, efetuar a análise dos fatores de riscos associados à ocorrência de eventos adversos a medicamentos, para subsidiar estratégias de prevenção, visando desta forma otimizar a atuação do farmacêutico no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

- American Society of Health - System Pharmacists, Inc. The consensus of the Pharmacy Practice. Model Summit. **Am J Health-Syst Pharm**, n. 68, p. 1148-52, 2011.
- APARASU, R.; BAER, R.; APARASU, A. Clinically important potential drug-drug interactions in outpatient settings. **Res Social Adm Pharm**. v. 3, n. 4, p. 426-37, 2007.
- ARQUES-ARMOIRY, E.; CABELGUENNE, D.; STAMM, C.; JANOLY-DUMENIL, A.; GROSSET-GRANGE, I.; VANTARD, N.; MAIRE, P.; CHARPIAT, B. Most frequent drug-related events detected by pharmacists during prescription analysis in a university hospital. **Rev Med Interne**. V. 31, n.12; p. 804-11, 2010.
- AUTA, A.; MAS, J.; STRICKLAND-HODGE, B. Perceived facilitators to change in hospital pharmacy practice in England. **Int J Clin Pharm**, v. 37, n.6, p. 1068-75, 2015.
- AWAISU, A.; ALSALIMY, N. Pharmacists' involvement in and attitudes toward pharmacy practice research: A systematic review of the literature. **Res Social Adm Pharm**, v. 11, n.6, p. 725-748, 2014.
- AZEVEDO, A.C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 25: 64-71, 1991
- BANIASADI, S. et al. Increasing the number of adverse drug reactions reporting: the role of clinical pharmacy residents. **Iran J Pharm Res**, v. 13, n.1, p. 291-297, 2014.
- BARBIERI, J. C.; MACHILINE, C. **Logística hospitalar: teoria e prática**. São Paulo. Saraiva, 2006.
- BARROS, E. **Mudanças de Práticas de Gestão em Instituições de Saúde com a adoção do Modelo do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar**. Dissertação (Mestrado), Universidade Católica de Santos. Programa Gestão de Negócios. 124 f. 2008
- BATES, D.W. et al. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. **JAMA**, Chicago, v. 8, n. 4, p. 299-308, 2001.

BERNET, P.M.; ROSKO, M.D.; VALDMANIS, V.G. Hospital efficiency and debit. **Int. j. health care finance econ**, v. 34, n.4, p.66-88, Summer, 2008.

BITTAR, O. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, 2001, 2004.

BOERSTLER, H.; FOSTER, R. W.; O-CONNOR, E.; O-BRIEN, J. L. Implementation of Total Quality Management: Conventional Wisdom versus Reality. **Hosp. health serv. adm.**, Colorado, v. 41, n. 2, p. 143-159, 1996.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto Editora, 1994.

BOND, C. A.; RAEHL, C .L.; FRANKE, T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing and medication erros in the United States Hospitals. **Pharmacoterapy**, v. 22, n. 2, p.134-147, 2002.

BOND, C. A.; RAHEL, C. L. Clinical pharmacy services, pharmacy staffinh, and adverse drug reactions in United States hospitals. **Pharmacotherapy**, v. 26, p. 735-747, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria GM/MS nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 10 nov. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da República do Brasil], Brasília, DF, 07 mai. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria GM/MS 4283 de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Diário Oficial [da República do Brasil], Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRAZINHA, I.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals. **Int J Clin Pharm**. v. 36, n. 5, p.1031-1038, 2014.

BURLTON, R. Delivering business strategy through process management. In: VON BROCKE, J.; ROSEMAN, M. (eds) **Handbook on business process management**. v. 2, 2010.

CARLIN, B. P.; GELFAND, A. E.; SMITH, A. F. M. Hierarchical Bayesian analysis of change point problems. **Journal of the Royal Statistical Society. Series C (Applied Statistics)**. v. 41, n. 2, p.389-405, 1992.

CARMINATTI, E. V. J. **Controle da Utilização de Tecnologias de Saúde: Estudo de Caso de um Hospital Materno Infantil**. 205f. Dissertação (Mestrado). Administração de Organizações. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 2012.

CARRENO, J. J. et al. Evaluation of pharmacy generalists performing antimicrobial stewardship services. **Am J Health-Syst Pharm**, v. 72, 2015.

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

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processos e prática**. 2 ed. São Paulo: Makron Books, 1994. p. 522.

CHRISTY, S.; SIN, B.; GIM, S. Impact of an Integrated Pharmacy Transitions of Care Pilot Program in an Urban Hospital. **J Pharm Pract**, 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**. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; São Paulo, 2009

DALLORA, M. E. L. V. **Regulação do acesso aos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário**. 89 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2010.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. **RAS**, v. 15, n. 59, 2013.

DAVENPORT, T. H. Process Innovation: Reengineering Work through Information Technology, Boston: Harvard Business School Press, 1993.

DEMING, W. E. **Saia da crise**. São Paulo: Editora Futura, 2003.

DEWULF, N. L. S.; SANTOS, V.; PEREIRA, L. R. L. The Invisible Pharmacist. **Am. J. Pharma. Educ.** , v. 73, v. 4, 2009

DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. **Quali. Assur.Utiliz. Ver.**, v. 1, n. 1, p. 6-12, 1986.

DOUCETTE, W. R.; NEVINS, J.; McDONOUGH, R. P. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. **Res. soc. adm. pharm.**, v.1, n.4, p. 565-78, 2005.

DUPIM, J. A. A. **Assistência farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: Segrac, 1999.

ERSTAD, B. L. et al. Interdisciplinary Patient Care in the intensive care unit: Focus yhe Pharmacist. **Pharmacotherapy**, v. 31, n. 2, p. 128-137, 2011.

FEARNHEAD, P. Exact and eficiente Bayesian inference for multiple change point problems. **Statistics and Computing**. v. 16, n. 2, p. 203-213, 2006.

FERNANDES, O. et al. What are the appropriate clinical pharmacy key performance indicators for hospital pharmacists? **Pharmacotherapy**, v. 33, n. 10, 2013.

FERNANDES, O. et al. Development of clinical pharmacy key performance indicators for hospital pharmacists using a modified Delphi approach. **Ann Pharmacother**, v. 49, n. 6, p. 656-69, 2015.

FERRACINI, F. T.; ALMEIDA, S. M.; LOCATELLI, J.; PETRICCIONE, S.; HAGA, C.S. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital de grande porte. **Einstein**, v.9, p. 456-460, 2011.

FONTES, A. C. **Balanced Scorecard em Empresas da Área de Saúde**: avaliação da viabilidade de implementação em hospitais públicos e privados.

Dissertação (Mestrado), Fundação Betúlio Vargas. São Paulo: EAESP/FGV, 2003.

GALLAGHER, J.; McCARTLY, S.; BURNE, S. Economic evaluations of clinical pharmacist interventions on hospital inpatients: a systematic review of recent literature. **Int J Clin Pharm**, v.36, n.6, p. 1101-14, 2014.

GERSH, M. HEWING, M. SCHOLER, B. Business Process Blueprinting – an enhanced view on process performance. **Business Process Management Journal**, v. 17, n. 5, p. 732-747, 2011

GLASSMAN, P. A.; SIMON,B.; BELPERIO,P.; LANTO, A. Improving recognition of drug interactions: benefits and barriers to using automated drug alerts. **Med Care**, v. 40, n.12, p. 1161-71, 2002.

GLINTBORG, B.; ANDERSEN, S. E.; DALHOFF, K. Drug-drug interactions among recently hospitalised patients--frequent but mostly clinically insignificant. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 61, n. 9, p. 675-81, 2005.

GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia Hospitalar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

GONG, Y.; JANSSEN, M. From policy implementation to business process management: Principles for creating flexibility and agility. **Gov Inform Q**, v. 29, p. 61-71, 2012

GREENACRE, M. J. **Correspondence analysis in practice**. London: Academic Press; 1993.

GUPTA, S. R. et al. Association between hospital size and pharmacy departamento productivity. **Am J. Health System Pharm**, v. 64, p. 937-944, 2007.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde colet**, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002

HRONEC, S. M. **Sinais vitais: usando medidas de desempenho da qualidade, tempo e custo para traçar a rota para o futuro de sua empresa**. São Paulo: Makron Books, p. 256, 1994.

JACKININ, G.; NAKAMURA, T.; SMALLY, A.J.; RATZAN, R. Using pharmacists to optimize patient outcomes and costs in the ED. **Am. j. emerg. med**, v. 32, p. 673-677, 2014.

JESTON, J.; NELIS, J. **Business Process Management**. Practical Guidelines to sucessful implementations. Oxford: Elsevier, 2006, p. 563

JURAN, J. M.; GRYNA, FRANK, M. **Controle da Qualidade Handbook**. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, v. 2, p.159-224, 1991.

KABOLI, P. J.; HOTH, A. B.; McCIIMON, B.J.; SCHNIPPER, J. L. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. **Arch Intern Med**. v. 166, n. 9, p. 955-964, 2006.

KANG, S.; LEE, M. J.; LEE, D. BAIK, J. A framework for measuring and manging value achicvement in Business Processes. **leice Trans Inf E Syst.**, v. 95, n. 10, 2012.

KATOUE, M. G.; AWAD, A. I.; SCHWINGHAMMER, T. L.; KOMBIAN, S. B. Pharmaceutical care in Kuwait: hospital pharmacists' perspectives. **Int J Clin Pharm**. v. 36, n. 6, p. 1170-8, 2014

KHDOUR, M. R.; ALAYASA, K. S.; ALSHAHED, G. N.; HAWWA, A. F. Physician´s perceptions atitudes and expectations regarding the role of hospital based pharmacists in the West Bank Palestine. **Int J Pharm Pract**. v. 21, p. 178-184, 2013.

LEAL, F. **Um diagnóstico do processo de atendimento a clientes em uma agência bancária através de mapeamento do processo e simulação computacional**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, MG, 2003

LEAPE, L. L. et al. I. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. **JAMA**, v. 282, n. 3, p.267-270, 1999.

LUNN, D. J.; THOMAS, A.; BEST, N.; SPIEGELHALTER, D. WinBUGS - a Bayesian modelling framework: concepts, structure, and extensibility. **Stat Comp**, v.10, p.325-37, 2000.

MCDANIEL, C.; GATES, R. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MAGARINOS-TORRES, R.; CASTRO, C. G. S.O.; PEPE, V. L. E. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

MALONE, D.C.; ABARCA, J.; SKREPNEK, G.H.; MURPHY, J.E.; ARMSTRONG, E.P.; GRIZZLE, A.J.; REHFELD, R. A.; WOOSLEY, R.L. Pharmacist workload and pharmacy characteristics associated with the dispensing of potentially clinically important drug-drug interactions. **Med Care**. V. 45, n. 5, p. 456-62, 2007.

MARIN, N. et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

MARTINHÃO FILHO, O.; SOUZA, L. G. M. Restrições técnicas associadas a um sistema integrado de gestão: estudo de caso em uma empresa. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 26, Fortaleza, CE, 2006.

MEDICI, A.; Murray, R. Hospital Performance and Health Quality Improvements in São Paulo (Brazil) and Maryland (USA). © World Bank, Washington, DC. 2010

MELO, D. O. **Avaliação das interações medicamentosas potenciais para pacientes internados na clínica médica do Hospital Universitário da USP visando a elaboração de instrumento para identificação de eventos adversos a medicamentos evitáveis**. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciência Farmacêuticas da USP, 2010.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, CAMACHO. Projeto diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 835-844, 2007.

MEZZOMO, A. A; MEZZOMO, C. J; CHERUBIN, A. **Niversindo**. O Executivo Hospitalar: subsídios para a ação. São Paulo: CEDAS – Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde 1986.

MIASSO, A. I. et al. O processo de prepare e administração de medicamentos: Identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n. 3, p.354-363, 2006.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOORE, S. J.; JENKINS, A. T.; POPPE, L. B.; ROWE, E. C.; ECKEL, S. F. **Significant publications about the medication use process in 2012**. 2014.

MOSADEGHRAD, A. M.; FERLIE, E.; ROSENBERG, D. A Study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. **Health Serv Manage Res**. v. 21, n. 4, p. 170-181, 2011.

MOSADEGHRAD, A. M.; FERDOSI, M.; AFSHAR, H.; HOSSEINI-NEJHAD, S. M. The impacto f Top Management turnover on Qulity Management Implementation. **Med Arth**, v. 67, n. 2, p.134-140, 2013.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde: manual**. Desempenho em equipes de saúde: manual. Paulo Roberto Motta. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

MULLER, C. J. **Modelo de gestão integrando planejamento estratégico, sistemas de avaliação de desempenho e gerenciamento de processo** (MEIO-Modelo de Estratégia, Indicadores e Operações). Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

NADZAM, D. M. Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **Am J Hosp Pharm**, v. 48, n. 9, p. 1925-30, 1991

_____. A System Approach to Medication Use. in Medication Use: A System Approach To Reducing Errors, Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission, 1998.

NASCIMENTO, J.M. **Avaliação da assistência farmacêutica na rede publica municipal de Florianópolis/SC**. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: Departamento de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

NASCIMENTO, A. et al. Análise de correspondência múltipla na avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1161-1172, June, 2013.

NEUBAUER, T. An empirical study about the status of business process management. **Business Process Manag. J.**, v. 15, n. 2, p. 166–183, 2009.

NIEHAVES, B.; PLATTFAUT, R.; BECKER, J. Business process governance: a comparative study of Germany and Japan. **Business Process Manag. J.**, v. 18, n. 2, p.347-374, 2012.

NOVAES, M. R. C. G. La farmácia hospitalaria em Brasil: estratégias y desafios. **Farmácia Hospitalaria**, v. 30, n. 5, p. 265-268, 2006

NOVAES, M. L. O.; SIMONETTI, V. M. M.; AFONSO, M. W. Gestão de suprimentos da farmácia hospitalar com a implantação de métodos gerenciais de insumos utilizados na manufatura. **Revista eletrônica Produção e Engenharia**, v. 2, n. 1, p. 57-68, 2009.

NUNES, P. et al. Pharmaceutical intervention and prevention of drug related problems. **Braz. J. Pharm. Sci**, v. 44, p. 691-699, 2008.

CONNOR, M.; WEBER, R. J. Issues facing pharmacy leaders in 2013. **Hosp Pharm**, v. 48, p. 433-437, 2013.

OLSON, L. M.; DESAI, S.; SOTO, M. L.; NAMAZIFARD, S.; QUELLAND, A. K.; ERSTAD, B. L. Evaluation of pharmacists' interventions at a university teaching hospital. **Can J Hosp Pharm**. v. 58, n. 1, p. 20-25, 2005.

OMS. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. Monitorização da segurança de medicamentos: diretrizes para criação e funcionamento de um Centro de Farmacovigilância. Brasília, 2005.

Organización Panamericana de Salud (OPAS). **Guía para el desarrollo de servicios farmacéuticos hospitalarios**. Mundial de la Salud. Serie medicamentos esenciales y tecnología. Washington DC: Opas; 1997

OTERO LÓPEZ, M. J. Errores de medicación y gestión de riesgos. **Rev Esp Salud Publica**, v. 77, p. 527-40, 2003.

OTERO, P. A.; SATURNO, H. P. J.; MARQUET, P. R. Majora de la calidad em atencion primaria. Em: Martin Zurro A, Cano Peres, J.F, eds. Atencion primaria. Conceptos, organizacion y practica clinica. Madrid: Harcourt-Brace, p. 399-419, 1999.

PALADINI, E.P. Gestão da Qualidade - Teoria e Prática. Editora Atlas. 3 ed, 2012.

PEDERSON, C. A.; SCHNEIDER, P. J.; SCHECKELHOFF, D. J. ASHP national survey of pharmacy practice in hospitals settings: Monitoring and patient education – 2009. **Am J Health Syst Pharm**, v. 67, p. 542-558, 2010.

PENAFORTE, T. R; FORSTER, A. C.; SILVA, M. J. S. Avaliação da Atuação dos Farmacêuticos na Prestação da Assistência a Saúde em um Hospital Universitário. **Clinics**, v. 62, n. 5, p. 567-72, 2007.

PEPE, V. L. E; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad.Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p.815-822, 2000.

POPE, C.; MAYS, N. **Qualitative Research in Health Care**. BMJ Books London, 2000.

PORTELA, M. C. Accountability e qualidade. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 4, p. 840-841, 2007

PRESLASKI, C. R.; LAT, I.; MACLAREN, R.; POSTON, J. Pharmacist contributions as members of the multidisciplinary ICU team. **Chest**, v. 144, n. 5, p. 1687-95, 2013.

PUSHKIN, R.; FRASSETO, L. TSOUROUNIS, C.; SEGAL, E.S.; KIM, S. Improving the reporting of adverse of drug reactions in the hospital setting. **Postgrad Med**, n. 122, p. 154-164, 2010.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços público de saúde: uma avaliação da Estratégia Saúde da família. **Revista Produção Online**, v. 10, n. 3, p. 649-669, set., 2010.

RIJDT, T. Economics effects of clinical pharmacy intervention: A literature review. **Am J Health Syst Pharm**. v. 65, p. 9161-1172, 2008.

SARACENO, B.; LEVAV, I. La Evaluacion de Servicios de Salud Mental en la Comunidad: In: Temas de Salud Mental em La Comunidad. Washington (DC); 1992 (OPAS/PALTEX n. 1956,77)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR - SBRAFH - **Padrões Mínimos para a Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. Goiânia, 2007

SERAFIM, S. A. D.; FORSTER, A. C.; SIMÕES, M. J. S.; PENAFORTE, T. R. Assessment of informatization for the dispensing of medications at a university hospital. **Clinics**, v. 65, n. 4, p. 417-24, 2010.

SHORTELL, S. M.; O'BRIEN, J. L.; CARMAN, J. M. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. **Health Services Research**, v. 30, n. 2, p. 377-401, 1995.

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

SILVA, M. J. S.; TORRES, R. M.; OLIVEIRA, M. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Avaliação dos serviços de farmácia dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 18, p. 3605-3620, 2013.

SMART, P. A.; MADDERN, H.; MAULL, R. S. Understanding Business Process Management: Implications for Theory and Practice. **Brit J Manage**, v. 20, p. 491-507, 2009

SORDI, J. O. **Gestão por Processos**: uma abordagem da moderna administração. 1ª ed. São Paulo, 2006

SOUSA, K.; MENDONÇA, H.; LIEVYNS, A.; VANDERDONCKT, J. Getting users involved in aligning their needs with business processes models and systems. **Bus. Process Manag. J.**, v. 17, n. 5, p. , 2011.

SULLIVAN, K. M.; SPOONER, L. M. Adverse drug reation reporting by pharmacy students in a teaching hospital. **Am J. Health Syst. Pharm**, v. 65, p. 1177-1179, 2008.

TAKASHIMA, N. T; FLORES, M. C. X. **Indicadores da Qualidade e do Desempenho**: Como Estabelecer Metas e Medir Resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1997.

TELES, J. P. S. **Administração estratégica de hospitais**: O balanced Scorecard e suas atribuições. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas), Fundação Getúlio Vargas, 2003.

TORRES, R. M; OSORIO DE CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Atividades da Farmácia Hospitalar Brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. **Cien Saude Cole**, v. 12, n. 4, p. 973-984, 2007.

VAN MIL, J. W. F.; SCHULZ, M. TROMP, T. F. J. Pharmaceutical care, European development in concepts, implementation, teaching, and research: a review. **Pharm World Sci**, v. 26, p. 303-311, 2004.

VASCONCELOS, N. V. C.; PEREIRA, C. B. Análise do processo logístico através das ferramentas da qualidade: um estudo de caso na DDEX- direct to door Express. **INGEPRO - Inovação, Gestão e Produção**, v. 3, n. 2, Fev., 2011.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na assistência hospitalar. **Cien Saude Cole** [online] v.12, n.4, p. 825-839, 2007.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo: FAPUSP; 1998.

VIDOTTI, C. C. F.; SILVA, E. V.; HOEFLER, R. Rename 2002 e o Ciclo Gerencial da Assistência Farmacêutica: Sugestões para a Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **Revista Pharmacia Brasileira**, p. 47-49, ago/set 2002.

VUORI, H. A qualidade da saúde. Divulg. Saúde debate, 1991. Londrina, (3): 17-24.

WEBER, R. J. Issues facing pharmacy leaders in 2015: suggestions for pharmacy strategic planning. **Hosp Pharm**, v. 50, n. 2, p. 167-72, 2015.

WOODWARD, B. Implementing practice model change opportunities and challenges in changing environment. **Am J Health Syst Pharm**, v.68, n.12, p. 1099-100, 2011.

ZABADA, C. P.; RIVERS, A.; MUNCHUS, G. Obstacles to the application of total quality management in health care organizations. **Total Quality Management**, v. 9, n. 1, p. 57-66, 1998.

ZELLMER, W. A, ed. Proceedings of the pharmacy Practice Model Summit: an invitational consensus conference conducted by ASHP and the ASPH Research and Education Foundation, November 7-9, 2010. Dallas, Texas. **Am. J Health Syst. Pharm**, v.68, p. 1077–160, 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário aplicado aos farmacêuticos

Parte 1: Características do farmacêutico	
Formação Acadêmica	
1. Instituição formadora ☐ Pública ☐ Privada Qual? _____	2. Cursou a disciplina de farmácia hospitalar? ☐ Sim ☐ Não Ano de formatura: _____
3. Possui pós graduação? Aprimoramento: ☐ Não ☐ Cursando ☐ Sim Área de atuação: _____ Especialização: ☐ Não ☐ Cursando ☐ Sim Área de atuação: _____ Mestrado: ☐ Não ☐ Cursando ☐ Sim Área de atuação: _____ Doutorado: ☐ Não ☐ Cursando ☐ Sim Área de atuação: _____	
Atuação na DAF	
4. Qual a sua data de admissão na DAF? ____/____/____	5. Atualmente trabalha em qual seção/setor? ☐ Seção de Estocagem (Farmácia Central) ☐ Seção de Controle e Estocagem ☐ Setor de Fracionamento e Etiquetagem ☐ Centro de preparo de nutrição parenteral ☐ Farmácia de Quimioterapia ☐ Farmácia da UETDI ☐ Serviço de Atividades Industriais
5. Ocupa atualmente alguma função de coordenação? ☐ Sim. Qual: _____ ☐ Não	
6. Possui outros vínculos empregatícios? ☐ Sim. Cite: _____ ☐ Não	

Parte 2: Atividades desenvolvidas na DAF

Escolha, utilizando a escala de frequência verbal ou de avaliação de frequência, a alternativa que corresponde ao número de vezes que realiza/pratica cada uma das atividades/ações abaixo indicada:

Afirmações	Sempre	Muitas vezes	De vez em quando	Raramente	Nunca
Atividades relacionadas à seleção e padronização de medicamentos, como a avaliação de pedidos de medicamentos para uso esporádico.					
Atividades relacionadas à seleção e padronização de medicamentos, como participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica.					
Atividades relacionadas à logística, como reposição (medicamentos) de centro de custo.					
Atividades relacionadas à aquisição de medicamentos, como emissão de pedidos de compras.					
Atividades relacionadas à aquisição de medicamentos, como a elaboração de especificações técnicas para elaboração de editais de licitação/pregão para compra de medicamentos.					
Manipulação de preparações magistrais ou oficinais.					
Controle de Qualidade de matérias primas e medicamentos.					
Preparação de Nutrição Parenteral					
Manipulação de medicamentos Quimioterápicos					
Atividades relacionadas ao recebimento e armazenamento de medicamentos.					
Atendimento de paciente ambulatorial					
Atendimento e avaliação da prescrição médica					
Atividades de assistência ao paciente (seguimento farmacoterapêutico)					
Supervisão do trabalho da equipe de auxiliares farmacêuticos.					
Atividades administrativas e de gerenciamento.					
Atividades de ensino, como supervisão de estagiários e aprimorandos.					

* Portaria Nº 4.283, de 30/12/2010; Manual da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH, 2007)

Parte 3: Indicadores. Variável: Atividades diretamente relacionadas à Divisão de Assistência Farmacêutica					
Indicador 01: Nível de satisfação					
Após análise das atividades desenvolvidas na Divisão de Assistência Farmacêutica identifique o seu grau de satisfação.					
Questão	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Atividades relacionadas à seleção e padronização de medicamentos, como a avaliação de pedidos de medicamentos para uso esporádico.					
Atividades relacionadas à seleção e padronização de medicamentos, como participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica.					
Atividades relacionadas à logística, como reposição (medicamentos) de centro de custo.					
Atividades relacionadas à aquisição de medicamentos, como emissão de pedidos de compras.					
Atividades relacionadas à aquisição de medicamentos, como a elaboração de especificações técnicas para elaboração de editais de licitação/pregão para compra de medicamentos.					
Manipulação de preparações magistrais ou oficinais.					
Controle de Qualidade de matérias primas e medicamentos.					
Preparação de Nutrição Parenteral					
Manipulação de medicamentos Quimioterápicos					
Atividades relacionadas ao recebimento e armazenamento de medicamentos.					
Atividades relacionadas diretamente ao processo de dispensação de medicamentos, como atendimento da prescrição médica e requisição de medicamentos.					
Atendimento de paciente ambulatorial					
Atendimento e avaliação da prescrição médica					
Atividades de assistência ao paciente (seguimento farmacoterapêutico)					
Supervisão do trabalho da					

equipe de auxiliares farmacêuticos.					
Atividades administrativas e de gerenciamento.					
Atividades de ensino, como supervisão de estagiários e aprimorandos.					
O que você acha da sua participação nas atividades desenvolvidas dentro da Divisão de Assistência Farmacêutica do HCFMRP-USP?					

Indicador 02: Pressuposto e crenças sobre o futuro da Farmácia Hospitalar.

Identifique o seu grau de concordância quanto às afirmações descritas à abaixo.

Afirmações	Concordo Plenamente	Concordo um pouco	Indeciso	Discordo um Pouco	Discordo Plenamente
Há uma oportunidade para avançar mudando a forma como farmacêuticos e técnicos de farmácia trabalham, aliado a implantação de recursos tecnológicos.					
Dentro dos próximos anos, a pressão financeira sobre os hospitais e sistemas de saúde irá forçá-los a buscar mudanças significativas na forma como os recursos são utilizados na farmácia.					
Nos próximos anos, os gestores hospitalares e do sistema de saúde, bem como a equipe médica esperarão que os farmacêuticos ajudem a garantir o cumprimento das normas de qualidade de atendimento.					
Na maioria dos hospitais e sistemas de saúde, melhorias na tecnologia serão necessárias para farmácia aperfeiçoar os serviços prestados.					
Os farmacêuticos não devem trabalhar especificamente pelo sistema de distribuição de medicamentos e sim entender suas responsabilidades no manejo da terapia medicamentosa.					

* ZELLMER, W.A, ed. Proceedings of the pharmacy Practice Model Summit: an invitational consensus conference conducted by ASHP and the ASPH Research and Education Foundation, November 7-9, 2010. Dallas, Texas. Am. J Health Syst. Pharm 2011;68: 1077 – 160.

Indicador 01: Nível de integração dos farmacêuticos quanto às práticas de gestão da DAF.

Analise se as afirmações abaixo são verdadeiras para a Divisão de Assistência Farmacêutica.

Afirmações	Concordo Plenamente	Concordo um pouco	Indeciso	Discordo um Pouco	Discordo Plenamente
A Divisão de Assistência Farmacêutica pode ser vista como organização com visão tradicional, do ponto de vista					

funcional, ou com visão sistêmica, do ponto de vista de processos.					
O organograma funcional da Divisão de Assistência Farmacêutica está claramente definido.					
O fluxo dos processos apresenta com clareza as relações entre as áreas funcionais.					
A missão do HCFMRP-USP é divulgada aos funcionários da Divisão de Assistência Farmacêutica.					
A Política da Divisão de Assistência Farmacêutica é divulgada aos funcionários.					
A Divisão de Assistência farmacêutica utiliza-se da técnica de <i>brainstormin</i> , utilizada para gerar ideias espontaneamente a respeito de determinado assunto.					
A Divisão de Assistência Farmacêutica utiliza-se de relatos dos seus funcionários (RNC) para a identificação de problemas nos seus processos.					
A Divisão de Assistência Farmacêutica utiliza indicadores para acompanhar os seus resultados, e sua tendência.					
Indicador: Nível de avaliação da eficiência administrativa Após análise das atividades desenvolvidas na Divisão de Assistência Farmacêutica, práticas de gestão, e os resultados dos processos classifique a eficiência administrativa.					
Questão	Totalmente Ineficiente	Eficiente em parte	Indeciso	Ineficiente em parte	Totalmente eficiente
Quanto á eficiência dos processos da Divisão de Assistência Farmacêutica do HCFMRP-USP como você classifica?					
Em sua opinião o ponto crítico da Divisão de Assistência Farmacêutica é: (pode registrar mais de uma resposta): ☐ Falta de recursos humanos ☐ Capacitação dos funcionários ☐ Falta de planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas ☐ Falta de organização e padronização de fluxo de trabalho ☐ Falhas na comunicação e divulgação dos projetos em desenvolvimento ☐ Outras: Cite: _____					
Na sua opinião, o que deveria ser melhorado na Divisão de Assistência Farmacêutica do HCFMRP-USP (pode estar relacionado a qualquer fator, como estrutura, ambiente e processos desenvolvidos)					
Na sua opinião, qual o Ponto Forte da Divisão de Assistência Farmacêutica do HCFMRP-USP? (pode estar relacionado a qualquer fator, como estrutura, ambiente e processos desenvolvidos)					
Existe alguma atividade dentro da Farmácia Hospitalar que você gostaria de executar ou desenvolver?					
☐ Não ☐ Sim					
Se sim, o que o impede de executar ou desenvolver estas atividades?					

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Descrição da gestão dos Processos da farmácia Hospitalar.

Pesquisadores: Laura Martins Valdevite Pereira (CPF: 310.394.638-43);

O Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa e será esclarecido(a) sobre as informações a seguir.

Essa pesquisa tem como objetivo: Analisar como ocorre a aplicação do modelo de gestão por processo e da qualidade e investigar as adequações necessárias para efetiva implantação desses modelos na farmácia hospitalar de um hospital no sistema público de saúde.

Participando desta pesquisa, você nos ajudará a obter um conhecimento mais preciso da atuação do farmacêutico na farmácia hospitalar, permitindo identificar melhores estratégias que podem aperfeiçoar as práticas de gestão da Divisão de Assistência Farmacêutica, contribuindo para a qualidade da assistência prestada ao paciente, bem como garantir o uso seguro e racional do medicamento junto a equipe de saúde. O Sr(a) terá todos os seus direitos assegurados de forma que sua autorização e participação **não são obrigatórias** e poderá tirar dúvidas ou deixar de participar desta pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo neste hospital.

Caso aceite participar, o Sr(a) deverá preencher um formulário contendo questões relacionadas a farmácia hospitalar, aos farmacêuticos e suas atividades desenvolvidas e práticas de gestão.

Garantimos que sua identidade não será divulgada. Pela sua autorização o Sr(a) não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia que não terá nenhuma despesa relacionada ao estudo.

Este estudo não oferece riscos ou desconforto para o Sr(a) e não haverá nenhum prejuízo ou punição caso o Sr(a) não queira participar. A qualquer momento o Sr(a) poderá retirar seu consentimento, deixando de participar do estudo.

Se houver alguma dúvida, o Sr(a) poderá procurar a Farmacêutica Laura Martins Valdevite Pereira pelo telefone (16) 3602-2289 ou pelo celular (16) 991194295.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, após ter recebido as devidas informações e ciente dos meus direitos, concordo em participar do estudo “como sujeito”.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente: _____

Pesquisador responsável: _____

ANEXO

ANEXO A – Cópia da Autorização do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 23 de outubro de 2013

Ofício nº 3878/2013
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 13620/2013

Prezadas Pesquisadoras,

O trabalho intitulado **“DESCRIÇÃO DA GESTÃO DOS PROCESSOS DA FARMÁCIA HOSPITALAR” – Versão 2 datada de 21/10/2013**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 376ª Reunião Ordinária realizada em 21/10/2013, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa. De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
LAURA MARTINS VALDEVITE PEREIRA
PROFª DRª ALDAISA CASSANHO FORSTER (Orientadora)
Depto. de Medicina Social

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro PB/CONEP nº 5440
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 07 de agosto de 2014.

Ofício n.º 2714/2014
CEP/MGV

PROCESSO HCRP N.º. 13620/2013

Prezadas Pesquisadoras,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 391ª Reunião Ordinária, realizada em 04/08/2014, analisou e aprovou a emenda ao projeto de pesquisa, bem como as novas versões do projeto de pesquisa versão 03 – 22/07/2014 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 002 – 22/07/2014, referente ao estudo **“DESCRIÇÃO DA GESTÃO DOS PROCESSOS DA FARMÁCIA HOSPITALAR”**.

Atenciosamente,

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
LAURA MARTINS VALDEVITE PEREIRA
PROFª DRª ALDAISA CASSANHO FORSTER (Orientadora)
Depto. de Medicina Social

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e
Registro Plataforma Brasil / CONEP nº 5440
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br