



Aspectos da Avaliação de Serviços na Farmácia Hospitalar Brasileira

Aspects Related to Evaluation of Services in Brazilian Hospital Pharmacies

Recebido em 27/08/2009

Aceito em 22/04/2011

Rachel Magarino-Torres^{1,3}, Vera Lúcia Edais Pepe², Cláudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro^{3*}

¹ Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

² Departamento de Avaliação e Planejamento em Saúde (DAPS), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

³ Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

O texto retoma três estudos que observaram a Farmácia Hospitalar brasileira a partir do referencial teórico da Avaliação de Serviços e Programas de Saúde. O texto traz uma breve revisão conceitual de avaliação, seguida de análise das publicações selecionadas quanto às contribuições no reconhecimento da Farmácia Hospitalar como objeto de pesquisa, à construção de critérios e indicadores para uso em avaliação da Farmácia Hospitalar, e produção de dados a respeito da qualidade dos serviços de Farmácia Hospitalar. Percebe-se uma evolução das formas de análise do que representaria qualidade para a Farmácia Hospitalar, fruto do amadurecimento deste tema de pesquisa, o que redundou em exame mais abrangente, crítico e realista do objeto a ser investigado, frente ao contexto hospitalar.

Palavras-chave: Farmácia Hospitalar, Avaliação em Saúde, Revisão

ABSTRACT

Three studies concerning about Brazilian hospital pharmacies through the conceptual framework of program and health services evaluation were the basis for this paper. A brief review of concepts related to evaluation is followed by analysis of selected publications focusing on hospital pharmacy evaluation. The hospital pharmacy as a focus for evaluation, the use analytical criteria and indicators and the production of information on quality of services are discussed. New expectations as to what is perceived as service quality have possibly permeated methods for studying hospital pharmacy services. This is perhaps due to a "coming of age" of this research theme, which in turn leads to a more critical and realistic approach of the research object, in light of the hospital environment.

Keywords: Hospital Pharmacy, Health Evaluation, Review

INTRODUÇÃO

O serviço de farmácia hospitalar é responsável por diversas atividades com forte impacto na assistência hospitalar. A realização inadequada das atividades expõe pacientes hospitalizados à não-solução de seu problema de saúde, ou mesmo, à possibilidade de agravamento do

quadro clínico, seja pela indisponibilidade do medicamento necessário ou pelo surgimento de eventos adversos relacionados a medicamentos classificados como erros de medicação (OPAS, 1997).

Erros de medicação contribuem para o aumento da

* **Contato:** Rachel Magarinos-Torres, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense, Rua Mário Viana, 523, Santa Rosa, Niterói, RJ, Brasil, CEP: 24.241-000, Fone +55 (21) 26299572, e-mail: mtorres@infolink.com.br.

morbidade hospitalar, podendo ou não ser originados no serviço de farmácia hospitalar. Todavia, esta deve participar em todas as etapas e processos envolvendo medicamentos no hospital, sendo, por isso, co-responsável quando da ocorrência de desfechos mórbidos que incluam, entre seus determinantes, medicamentos e terapêutica medicamentosa (Castro *et al.*, 2003).

Esse texto tem por objetivo retomar três estudos que observaram a farmácia hospitalar a partir do referencial teórico da avaliação de serviços e programas de saúde e analisá-los frente a este referencial, procurando suas contribuições para o estudo da farmácia hospitalar brasileira.

Sobre avaliação de serviços e programas em saúde

O propósito maior de avaliar serviços e programas de saúde é gerar informação capaz de subsidiar ações visando o aprimoramento. Nesse sentido, a condução de uma avaliação requer descrição detalhada do objeto e do propósito da avaliação. Apoiado nesse conhecimento constrói-se critérios, padrões e indicadores voltados a responder às questões avaliativas (Contandriopoulos *et al.* 1997; Hartz & Vieira-da-Silva, 2005).

Donabedian (1992), a partir do estudo da qualidade do cuidado médico, coloca a possibilidade de observar o objeto da avaliação a partir de sua estrutura, processo e resultado. O componente estrutura está relacionado aos recursos utilizados na provisão de cuidados em saúde, sejam eles humanos, físicos ou financeiros. O processo enfoca as atividades desenvolvidas pela equipe em benefício do paciente, ou seja, as atividades preconizadas e realizadas em relação à atenção à saúde. Os resultados por sua vez, dizem respeito às mudanças no estado de saúde do paciente ou da população geradas pelo serviço (Donabedian, 1990; Donabedian, 1992).

A avaliação de programas, por sua vez, entende que a observação deve partir da intervenção e de seus efeitos. Nesse contexto, devemos pensar em insumos, atividades e efeitos. Os insumos são os recursos demandados para que a intervenção aconteça e correspondem ao componente da estrutura apontado acima. Atividades são os procedimentos pelos quais os insumos são mobilizados, visando à obtenção dos efeitos desejados. Os efeitos, ponderando a proximidade de causalidade com a intervenção, podem ser subdivididos em produtos, resultados e impactos. Produtos, como consequência imediata da intervenção; resultados apontam efeitos na população-alvo, e, impacto, produção de mudanças na população aberta, a médio ou longo prazo. De modo a melhor organizar componentes e esclarecer as relações entre eles, parece fundamental a construção prévia de uma matriz para o objeto da avaliação. Essa matriz recebe o nome de modelo lógico (Hartz & Vieira-Da-Silva, 2005).

A qualidade, como julgamento de valor, é atribuída a partir da comparação entre o critério e o padrão. Os critérios são a forma, ou o meio escolhido para estabelecer o valor ou mérito, ou seja, uma medida que descreve um ou mais aspectos do desempenho do cuidado. O padrão, por sua vez, é um valor que especifica e precisa a boa

qualidade. Como exemplo, referem-se os padrões estabelecidos pela legislação e/ou por organizações internacionais ou pela opinião de especialistas (Contandriopoulos *et al.* 1997).

Dos critérios derivam os indicadores que, na busca de se aproximar da realidade, buscam fornecer “... *uma base para coleta de evidências válidas e confiáveis...*” (Consedey e Luiza, 2004:67) e que devem ser adequados para responder às questões da avaliação. Dentre seus requisitos estão: clareza (fácil entendimento e cálculo), validade (capacidade de medir verdadeiramente o que se quer medir), confiabilidade (se utilizado em condições similares produzem os mesmos resultados), especificidade (se deter a medir somente o fenômeno desejado), mensurabilidade (estar baseado em dados disponíveis e de fácil acesso), relevância (capacidade de refletir tópicos importantes) e custo-efetividade (os resultados devem justificar o investimento em sua determinação, sempre em comparação com a intervenção alternativa) (OPAS, 2001).

MÉTODOS

Os artigos foram revisados à luz da técnica de análise de conteúdo, segundo explicitada por Bardin (1977). Nesta técnica, de cunho qualitativo, a análise pode ser feita em dois momentos. No primeiro, é feita uma análise que antecede a leitura dos textos, de acordo com a organização teórica prévia, produto da revisão da literatura. No segundo momento, essas categorias são confrontadas aos textos, e seus elementos de sentido identificados. As categorias finais são produto do desafio das categorias originalmente propostas pelo conteúdo analisado. O texto é assim desmembrado em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógico. Este movimento é chamado de análise categorial. A análise categorial inclui três grandes etapas, a saber: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

Neste estudo, foram identificadas as seguintes categorias analíticas: reconhecimento do objeto, construção de critérios e indicadores e produção de dados a respeito da qualidade dos serviços.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objeto: a farmácia hospitalar a partir do referencial da avaliação de serviços e programas de saúde

Em ordem cronológica, o primeiro dos estudos observado foi projetado em 1999/2000, desenvolvido em 2002/2003 em 250 hospitais brasileiros e publicado em 2004 no formato de livro, intitulado Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil (Osorio-de-Castro & Castilho, 2004). As outras publicações são fruto de duas dissertações de mestrado, uma da Escola Nacional de Saúde Pública, defendida em 2005; e o outro apresentado em 2006 no Instituto Fernandes Figueira (Messeder, 2005; Magarinos-Torres, 2006).

Estes trabalhos, em vínculo seqüencial, oportunizaram examinar as questões relativas a aspectos da avaliação de qualidade, em um mesmo objeto conceitual, a farmácia

hospitalar, e uma mesma base de dados – o banco do Projeto Diagnóstico. Embora este vínculo seja evidente, os trabalhos foram observados frente às suas contribuições na ampliação do conhecimento sobre o escopo da farmácia hospitalar no Brasil, à construção e utilização de instrumentos de mensuração e aos aspectos relacionados à qualidade dos serviços.

Uma contribuição desses trabalhos, que nasceram a partir do Projeto, foi terem se constituído como estudos preparatórios para uma eventual Fase II do Projeto Diagnóstico, possibilitando a determinação, *a priori*, de quais farmácias hospitalares examinar e do que nelas estudar. No Brasil, as atividades da farmácia hospitalar são orientadas por determinações dispersas em diversas normas que focalizam grupos de medicamentos e/ou procedimentos específicos, independente do ambiente em que são realizados (Magarinos-Torres, 2006).

As principais contribuições da Fase I do Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil foram duas. A primeira foi à construção de um modelo teórico acrescido de revisão bibliográfica e consenso de especialistas, que denomina de componentes às atribuições da farmácia hospitalar. Foram listados 08 componentes necessários à farmácia hospitalar brasileira, a saber: Gerenciamento, Seleção de Medicamentos, Logística (Programação, Aquisição e Armazenamento), Distribuição, Informação, Seguimento Farmacoterapêutico, Farmacotécnica, Ensino e Pesquisa. Cada componente trouxe seu respectivo objetivo, produto e efeito.

A segunda contribuição, importante para ações no âmbito de políticas públicas, foi o diagnóstico em si, mostrando o panorama dos serviços no país. O banco de dados, construído em 2002/2003, onde 250 serviços inseridos foram visitados, constitui amostra representativa dos hospitais brasileiros com mais de 20 leitos.

A adoção do referencial teórico da avaliação de programas de saúde possibilitou avanços no contorno das atribuições da farmácia hospitalar brasileira, quanto destacou a contribuição de cada componente na promoção do uso racional de medicamentos em hospitais. O modelo publicado inicialmente foi revisto em 2006 com base em nova pesquisa bibliográfica, sendo mantidos todos os componentes do modelo lógico apresentado em 2004, embora tenham sido realizadas alterações textuais em seus objetivos, visando melhor explicitação do foco de cada atividade (Magarinos-Torres *et al.*, 2007).

Até aquele momento, as referências brasileiras não atribuíam à farmácia hospitalar de modo explícito atividades de gerenciamento, programação, seguimento farmacoterapêutico e ensino/pesquisa. A farmacotécnica era vista como função prioritária de produção de medicamentos necessários e indisponíveis no mercado, enquanto que a diluição de injetáveis e as operações de fracionamento eram pouco enfatizadas (Maia-Neto, 1990; MS, 1994).

Messeder e colaboradores (2007), na busca de um método de análise do desempenho dos serviços de farmácia hospitalar, levantam a existência de relação entre o nível de complexidade do hospital e a natureza das

atividades realizadas pela farmácia. Ou seja, postula que nem todas as atividades listadas no modelo lógico seriam essenciais em todos os hospitais. Para empreender o estudo, primeiramente foram categorizados os hospitais em que as farmácias hospitalares se encontravam, de acordo com um padrão externo de medida de complexidade, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram consideradas como atividades básicas da farmácia hospitalar o gerenciamento, a seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento, a distribuição e a informação, indispensáveis, com algum nível de especialização, em todos os níveis de complexidade. Já a realização de seguimento farmacoterapêutico, farmacotécnica e atividades de ensino/pesquisa foram considerados como indispensáveis apenas nos hospitais de nível 8 do CNES (Messeder, 2007).

Os três estudos apontaram a existência de interdependência entre os componentes da farmácia hospitalar. Um deles descreve da seguinte forma a questão: “A realização inadequada de uma atividade pode influenciar negativamente a realização de outras atividades. Por outro lado, a realização, mesmo que adequada, de uma atividade desnecessária para o grau de complexidade do contexto hospitalar em que o serviço está inserido pode dificultar o desenvolvimento adequado das atividades essenciais” (Messeder, 2007).

Critérios: instrumentos de mensuração para a farmácia hospitalar brasileira

A Fase I do Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil utilizou padrões normativos relacionados à estrutura e ao processo como parâmetro para mensurar a qualidade da farmácia hospitalar brasileira. O objetivo central desta pesquisa era diagnosticar as atividades desenvolvidas e a adequação dos aspectos construtivos a essas atividades. Foram enunciados 62 indicadores de estrutura e processo para o conjunto de componentes do modelo lógico adotado (Osorio-de-Castro & Castilho, 2004).

A hierarquização dos serviços investigados em 2002/2003 demandou re-definição dos indicadores voltados à estrutura e ao processo da farmácia hospitalar. Segundo os autores “*Alguns indicadores foram retirados da análise por apresentarem redundância ou inconsistência, ...*” (Messeder *et al.*, 2007). A planilha final, modificada, manteve o número de indicadores. Por outro lado, os indicadores foram classificados, não apenas de acordo com o componente, mas segundo o nível de complexidade do hospital onde está inserida a farmácia em obrigatórios, não obrigatórios e indesejáveis. Essa construção possibilita monitorar a farmácia hospitalar de modo mais consistente com o ambiente onde está inserida (Messeder *et al.*, 2007).

Em 2006, o modelo lógico para a farmácia hospitalar revisto foi submetido à apreciação de especialistas brasileiros. Esse estudo teve como objetivo geral desenvolver indicadores de resultado para os componentes da farmácia hospitalar, entendendo que a farmácia hospitalar poderia ser melhor explorada a partir da

agregação de indicadores de resultados àqueles já desenvolvidos para estrutura e processos (Magarinos-Torres *et al.*, 2007).

A construção de indicadores para mensurar os efeitos apoiou-se no referencial da avaliação de serviços, enfocando efeitos como resultados, sem subdividi-los em produto, resultado e impacto. A busca por indicadores de resultado foi realizada com auxílio do método Delfos. Participaram do estudo 22 especialistas brasileiros das cinco regiões do país. Foi possível estabelecer consenso de 100% para 18 resultados enunciados para 9 dos 10 componentes da farmácia hospitalar brasileira. Todavia, a lógica de construção dos indicadores evoluiu para novo enfoque e não partiu dos componentes enunciados no Projeto Diagnóstico, mas sim do aspecto da qualidade a ser avaliado. Esta opção se deu em decorrência da percepção da forte interdependência das atividades do serviço e pela proximidade entre os resultados enunciados separadamente por componente. Ao todo foram denominados 20 indicadores de resultado, agrupados segundo o respectivo aspecto da qualidade relacionado. O trabalho aponta para a construção de indicadores compostos, como a melhor forma de descrever os resultados do serviço de farmácia hospitalar (Magarinos-Torres, 2007b).

A qualidade da farmácia hospitalar brasileira

Os estudos levam a observar a qualidade da farmácia hospitalar sob outro ângulo. Antes e durante a realização do Projeto Diagnóstico, havia um consenso tácito entre os especialistas, o entendimento de que “mais é necessário, mas não suficiente para ser melhor” - o maior número de atividades, mensuradas pelo cumprimento de indicadores na avaliação normativa, indicaria um melhor desempenho, ainda que indicadores somativos da qualidade dos serviços se incumbissem de separar os serviços de “boa” dos de “má” qualidade. Naquela análise, os pesos atribuídos aos componentes eram fixos.

Com o desafio proposto por Messeder (2007), ficou evidente que o somatório sempre favoreceria hospitais mais complexos, ainda que não houvesse lógica interna no desempenho de suas atividades. Os indicadores somativos de qualidade não diferenciavam suficientemente os serviços, sem conseguir expressão verdadeira, frente ao poder atribuído, no modelo de análise, à multiplicidade de atividades. Assim passou-se à construção de algoritmos, com pesos modulados, de acordo com a existência de cada atividade frente ao nível de complexidade do hospital.

Destacam-se, dentre os resultados da Fase I do Diagnóstico da Farmácia Hospitalar, que apenas 31,3% das farmácias apareciam no organograma do hospital, sendo que na maior parte das vezes ligada à área administrativa. Cerca de 25,0% dos serviços não possuíam farmacêutico. Comissões de Farmácia e Terapêutica existiam em 3,6% dos hospitais, embora 27,2% possuísem lista de medicamentos selecionados. O processo de programação era realizado por 7,6% dos locais visitados. Somente 62,3% dos estabelecimentos realizavam controle de estoque de medicamentos, enquanto que apenas 47,6% estavam adequados às boas

práticas de estocagem de medicamentos. A conferência de prescrição era realizada pelo farmacêutico em apenas 21,2% das farmácias. Onde o fornecimento de informação sobre medicamentos a pacientes e profissionais de saúde acontece, essa atividade era realizada informalmente. Apenas 01 dos 250 locais realizava atividade de farmacovigilância (Osorio-de-Castro & Castilho, 2004).

Estes resultados quando observados de forma integrada, considerando o nível hierárquico do hospital, mostram baixo o percentual de realização das atividades básicas. No nível hierárquico 5, nenhum serviço de farmácia hospitalar apresentou todos os componentes básicos. Para todos os níveis de complexidade, a adequação máxima alcançada não ultrapassou 2/3 da pontuação total. Os serviços de caráter público (municipais, estaduais, federais, filantrópicos e universitários) apresentaram maior adequação na qualidade do serviço (Messeder *et al.*, 2007).

CONCLUSÃO

Os três estudos apontaram diferentes possibilidades de estudar o objeto farmácia hospitalar, sob uma base conceitual de avaliação, composta pelas principais referências utilizadas para avaliação de serviços e de programas. Nota-se uma evolução das formas de análise do que representaria qualidade para a farmácia hospitalar, fruto do amadurecimento deste tema de pesquisa e frente a exame mais abrangente e crítico do contexto. Os estudos formam uma base conceitual e prática para a eventual realização da Fase II - estudos de casos - do Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil e são uma rara oportunidade, dentro do âmbito das pesquisas em Assistência Farmacêutica no país, de complementaridade. Estima-se que pesquisas que possibilitem manter uma continuidade temática e ao mesmo tempo o aprofundamento do exame do objeto possam contribuir com mais e melhores evidências na área da avaliação.

REFERÊNCIAS

- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 281p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia Básico para a Farmácia Hospitalar. Brasília: MS, 1994. 174p.
- Castro M.S *et al.* Sistema de distribuição de medicamentos por prescrição individualizada e erros de medicação. *In:* Vilchis JFR. & Rems EDS (Orgs). Políticas farmacêuticas y estudios de actualización de medicamentos em Latinoamérica. 1. ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa; 2003. Cap. 7, p. 105-119.
- Consedey MAE & Luiza VL. Avaliação em saúde e políticas farmacêuticas. *In:* Bermudez JAZ, Oliveira MA & Escher A (Orgs). Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel do Estado. 1. ed. Rio de Janeiro: ENSP/OPS/OMS, 2004. Cap. 9, p. 45-67.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In:* Hartz ZMA (Org). Avaliação em saúde: dos modelos

conceituais a prática na análise da implantação de programas. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 2, p. 29-48.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*: 18; 356-60, 1992.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch. Path. Lab. Med.*: 114: 1115-18, 1990.

Hartz ZMA & Viera-da-Silva LM. (Orgs). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 275 p.

Magarinos-Torres R. *Indicadores de resultado para a farmácia hospitalar*. 2006. 145 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança), Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Magarinos-Torres R, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*: 12(4): 973-984, 2007 a.

Magarinos-Torres R, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. *Cad. Saúde Pública*: 23(8): 1791-1802, 2007 b.

Maia-Neto JF. Farmácia hospitalar: um enfoque sistêmico. Brasília: Thesaurus; 1990. 123p.

Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Camacho LAB. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. *Cad. Saúde pública*: 23(4): 835-844, 2007.

Messeder AM. *Avaliação de estrutura e processo de Serviços de Farmácia Hospitalar segundo nível de complexidade do hospital*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*: 22 (4): 1-5, 2001.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Guía para el desarrollo de servicios farmacéuticos hospitalarios. Mundial de la Salud. Serie medicamentos esenciales y tecnología. Washington DC: Opas; 1997.

Osorio-de-Castro CGS & Castilho SR (orgs). Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2004, 150p.