

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

Débora Silva Gonçalves

**Uso de ferramentas da qualidade para análise crítica dos indicadores de desempenho de
uma farmácia hospitalar em uma unidade pública especializada em oncologia**

Rio de Janeiro

2016

DÉBORA SILVA GONÇALVES

Uso de ferramentas da qualidade para análise crítica dos indicadores de desempenho de uma farmácia hospitalar em uma unidade pública especializada em oncologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão da Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Msc. Priscila Helena Marietto Figueira

Rio de Janeiro

2016

G635u

Gonçalves, Débora Silva.

Uso de ferramentas da qualidade para análise crítica dos indicadores de desempenho de uma farmácia hospitalar em uma unidade pública especializada em oncologia. / Débora Silva Gonçalves. – Rio de Janeiro, 2016.

91 f.

Orientadora: Priscila Helena Marietto Figueira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Oncologia)– Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, 2016.

Débora Silva Gonçalves

**Uso de ferramentas da qualidade para análise crítica dos indicadores de desempenho de
uma farmácia hospitalar em uma unidade pública especializada em oncologia**

Avaliado e Aprovado por:

Priscila Helena Marietto Figueira

Elaine Lazzaroni Moraes

Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui

Data: ____ / ____ / ____

**Rio de Janeiro
2016**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com muito amor, aos meus pais, Fátima e Batista, que durante estes dois anos, tanto sofreram com minha ausência, mas mesmo assim sempre apoiaram minha decisão.

Muito obrigada, meus tesouros, por toda a força e amor oferecidos em cada dia, em cada ligação e em cada abraço. Conseguimos!

AGRADECIMENTOS

À Deus, autor e mantenedor da minha vida!

À toda a equipe de farmácia do HCII, pelo carinho, apoio, incentivo e participação nessa pesquisa.

À Liliane Manaças, Priscila Guedes, Leandro Cabral, João Filho, Andréia Cristina e Débora Teixeira pela disponibilidade, comprometimento e participação. Sem vocês esse estudo não teria sido possível!

À Priscila Marietto, pela dedicação e compromisso da orientação e por ter me dado subsídios e autonomia para o desenvolvimento da pesquisa. Muito obrigada por não me deixar sozinha!

Ao Leandro Lucca, Antonio Franco e Anderson, pelas ricas contribuições.

À Elaine Lazzaroni e Gabriela Mosegui, por terem aceitado compor a banca.

À Ana Cláudia de Brito Passos, por ter sido a responsável pelo despertar do meu interesse pela área de Gestão da Qualidade.

Ao Fernando Lima, pela constante prontidão em nos socorrer e habilidade de nos guiar nos momentos de desespero.

Ao Mário Jorge, por ser nosso “orientador” antes mesmo de termos sequer uma proposta de projeto.

À Carla Coura, que além de coordenadora, escolheu ser nossa “acolhedora”.

À Andrea Tofani, pelo cuidado e empatia.

Ao Tadeu, pela preocupação, direcionamento e disposição em ajudar.

À Inês Nogueira, por além de preceptora, ser uma amiga e às vezes, mãe. Você é um porto seguro.

Aos farmacêuticos, residentes, técnicos, auxiliares e toda a equipe do INCA, por todo o aprendizado adquirido nesses dois anos.

À Thaís Vidal, por além de amiga e incentivadora deste trabalho, ter ajudado tanto na escrita desse texto. Obrigada por tudo!

Ao Luís Gustavo, por ser um amigo e um colega de profissão que me inspira. Seja através de ações exemplares ou pelos nossos longos diálogos, livres e viajantes.

À Luísa Tostes, por me dar a tranquilidade de saber que eu tinha com quem contar. Obrigada por todas as risadas, abraços e “aprendizados”. Sua amizade foi uma dádiva!

À Jayda Eiras, pela amizade, parceria, risadas e paciência de ouvir minhas repetidas reflexões.

Ao Lucian Viana, por todas as brincadeiras, risadas e leveza, e por sempre me mostrar que não podemos esquecer de buscar à Deus, onde quer que estejamos.

À Andressa, Carol e Gessen, e novamente à Luísa e Jayda, pela caminhada e aprendizados compartilhados.

À nossas queridas R2 de farmácia, pela excelente acolhida e suporte, aos nossos também queridos R1, por tornarem nosso segundo ano mais divertido e rico e a todos nossos colegas da UFF, que abrilhantaram nossa jornada.

As moradoras do 304, Regielly, Bruna e Bianca pelas louças, bagunças e vida compartilhada.

Aos amigos do alojamento por tantos momentos descontraídos e por fazerem desse local, nossa casa temporária.

Aos amigos psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, físico-médicos, odontólogos, assistentes sociais e enfermeiros, pela vivência multiprofissional.

Aos meus pais, Batista e Fátima, minha irmã Elaine, meus amados avós, Lourdes e Francisco e todos os queridos tios, primos e minha princesa Vitorinha, por toda a força, amor incondicional e torcida!

Aos amigos Daniela Marinho, Kamilla Montenegro, Mirian Menezes, Romana Diógenes e Agissélio Freitas, por serem meus melhores para sempre e vibrarem tanto com minhas conquistas. As amigas Karlinha, Mayara, Tatiane e Priscila Timbó, por estarem presentes desde o início da nossa trajetória profissional.

Aos amigos Danilo, Maitê e Rafaela pela vida carioca além INCA.

A todos aqueles que sabem da importância que possuem na minha vida, mas que porventura eu possa ter esquecido ou omitido por falta de espaço, meu muito obrigada!

“...consciência de sistemas e projeto de sistemas são importantes para os profissionais de saúde, mas não são suficientes. Eles só estão permitindo mecanismos. É a dimensão ética dos indivíduos que é essencial para o sucesso do sistema. Em última análise, o segredo da qualidade é o amor...”

Avedis Donabedian

RESUMO

O processo de monitoramento através de indicadores é uma ferramenta de gestão que permite verificar constantemente a situação de um processo, sendo assim utilizada para o desencadeamento de ações para a melhoria da qualidade e desempenho do serviço. No cenário de um hospital oncológico, se faz ainda mais crucial a implementação de indicadores de desempenho e de qualidade, dada sua complexidade e gastos. O objetivo desse trabalho é promover, por meio do uso de ferramentas da qualidade, uma análise crítica dos indicadores do serviço de farmácia da unidade II do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, visando à identificação de propostas de melhorias com base na contribuição dos atores envolvidos diretamente na assistência. Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo, do tipo pesquisa-ação prático, desenvolvido de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2016. Foram realizadas cinco oficinas de discussão, nas quais com o auxílio de ferramentas da qualidade, como *brainstorming*, diagrama de afinidades e matriz de decisão, foi possível identificar que de maneira geral, os indicadores do serviço avaliado atendem satisfatoriamente aos critérios desejáveis de um indicador. O indicador de devolução de medicamentos de pacientes internados obteve a menor nota da matriz de decisão. Para este, buscou-se aprofundar as causas e propostas de melhorias para fundamentação do plano de ação visando a melhoria deste indicador. Além de desenvolver ações que favoreçam uma maior compreensão dos participantes acerca do tema abordado e da sua importância, este trabalho também visa contribuir para uma discussão atual no âmbito da saúde no Brasil, tanto na esfera pública como na privada, acerca das temáticas: gestão pela qualidade, segurança do paciente e acreditação hospitalar.

Descritores: Indicadores; Indicadores de qualidade; Serviço de farmácia hospitalar; Gestão da qualidade; Segurança do paciente; Acreditação hospitalar

ABSTRACT

The monitoring process through indicators is a management tool to constantly check the status of a process, thus being used for triggering actions to improve the quality and service performance. In the scene of a cancer hospital, it is even more crucial to implementation of performance and quality indicators, given its complexity and expense. The aim of this work is to promote, by means of quality tools, a critical analysis of pharmacy service indicators of unit II of the National Institute of José Alencar Gomes da Silva Cancer, in order to identify improvement proposals based on contributions the actors directly involved in assistance. It is an exploratory study of a descriptive nature, the practical type action research, developed from February 2015 to February 2016 were conducted five discussion workshops, in which with the aid of quality tools such as brainstorming, diagram affinities and decision matrix, it observed that in general, the rated service indicators satisfactorily meet the desired criteria of a window. The indicator the return the inpatient medications received the lowest score of the decision matrix. For this, we sought to deepen the causes and proposals for improvements to the action plan of the foundation in order to improve this indicator. In addition to developing actions that promote a greater understanding of the participants about the topic and its importance, this work also contributing to a current discussion in the context of health in Brazil, both public and in private, about the themes: management by quality, patient safety and hospital accreditation.

Keywords: Indicators; Quality Indicators; Hospital Pharmacy Service; Quality Management; Patient safety; Hospital Accreditation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cadeia de valor e os 6 E's do Desempenho	32
Figura 2 - Algoritmo do processo de devolução de medicamentos no serviço de farmácia hospitalar da unidade pesquisada	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Lista de instituições certificadoras de acreditação 22

Tabela 2 - Pesos dos dez critérios de avaliação 47

Tabela 3 - Notas finais de todos os indicadores avaliados e classificação dos mesmos, por ordem prioritária de necessidade de reformulação 49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Etapas e descrições do método Pesquisa-ação	39
Quadro 2 - Respostas para a pergunta “o que você entende por indicador”, organizadas em categorias-chave por consenso do próprio grupo.....	43
Quadro 3 - Respostas para as perguntas “o que você acha que deveria ser medido por indicadores” e “o que você acha que não deveria ser medido por indicadores”.....	44
Quadro 4: Primeira lista dos indicadores utilizados no Serviço de Farmácia	46
Quadro 5: Segunda lista dos indicadores utilizados no Serviço de Farmácia	47
Quadro 6 - Comparação dos indicadores existentes no serviço com algumas sugestões de indicadores apresentadas pela literatura	51
Quadro 7 - Inter-relação dos componentes ou processos em que os indicadores são estruturados.....	53
Quadro 8 - Plano de ação através da ferramenta 5W3H para melhorias do indicador de devolução.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	<i>American Academy of Cosmetic Dentistry</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DA	Diagrama de Afinidades
EUA	Estados Unidos
ID	Indicadores de Desempenho
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Isqua	<i>Internacional Society for Quality in Health Care</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MD	Matriz de Decisão
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PROAHSA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
QHC	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
SIPAGEH	Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Tecido Ósseo Conectivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	19
2.1.1 Gestão da Qualidade em Saúde.....	19
2.1.2 Acreditação Hospitalar	22
2.1.3 Ferramentas da Qualidade	25
2.2 INDICADORES DE DESEMPENHO.....	28
2.2.1 Conceitos e finalidades	29
2.2.2 Tipos de indicadores.....	31
2.2.3 Processo de construção de um indicador.....	34
2.3 MUDANÇAS E CULTURA DE QUALIDADE E SEGURANÇA ORGANIZACIONAL	35
3 OBJETIVOS	37
3.1 OBJETIVO GERAL.....	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO	38
4.2 DESENHO DO ESTUDO	38
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ENTENDIMENTO DO GRUPO ACERCA DOS INDICADORES	43
5.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS INDICADORES ATRAVÉS DE UMA MATRIZ DE DECISÃO.....	47
5.3 IDENTIFICAÇÃO DO INDICADOR QUE OBTVEU PIOR AVALIAÇÃO E AS POSSÍVEIS CAUSAS DESSE RESULTADO.....	56
5.4 SUGESTÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIAS DO INDICADOR DE DEVOLUÇÃO	60
6 CONCLUSÃO.....	65
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A saúde pública no Brasil tem enfrentado problemas financeiros, administrativos e organizacionais. No contexto dos hospitais públicos, no qual o Governo em suas três esferas (União, Estados e Municípios), enfrenta a necessidade de disponibilizar tratamentos cada vez mais sofisticados, porém com recursos limitados, são inúmeras as dificuldades. Essas estão relacionadas principalmente à qualidade do cuidado, à incorporação de novas tecnologias, à gestão dos recursos e ao desafio de prestar atendimento para toda a população. Nesse cenário, percebe-se que muito há que se caminhar na administração hospitalar pública, sendo fundamental que seus gestores busquem ferramentas eficazes e que possibilitem a análise de desempenho organizacional (GUERRA, 2011; LEMOS e ROCHA, 2011).

O hospital é uma organização que tem características próprias que o diferenciam de outras instituições, sendo considerado um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligados, que o resultado final do funcionamento de todo o conjunto é influenciado por cada componente (CIPRIANO, 2009).

A Farmácia Hospitalar, por sua vez, é uma unidade clínica, administrativa e econômica, ligada hierarquicamente à direção do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades gerenciais e de assistência ao paciente, sendo dirigida por um profissional farmacêutico. (SBRAFH, 2008). Seu maior objetivo é promover o uso seguro e racional de medicamentos e produtos para a saúde. Para isso, é preciso atuar primeiramente no âmbito clínico, focando nas necessidades e condições do paciente, mas também, no campo administrativo, visando à otimização dos recursos e garantindo o cumprimento das legislações (DANTAS, 2011; SBRAFH, 2008).

A gestão de uma farmácia hospitalar deve ser permeada pelos conceitos de qualidade, valorizando a gestão de pessoas e processos e garantindo a satisfação dos usuários. É preciso também, pautar-se em conceitos da economia da saúde para buscar o desenvolvimento de soluções sustentáveis para a instituição e seguras e eficazes para o paciente (SBRAFH, 2008).

Segundo Hinrichsen (2012), é intenso o movimento de introduzir conceitos de qualidade na saúde, geralmente, relativos à segurança do paciente. São utilizados métodos, tecnologias e

normas rigorosas para que a instituição possa assumir o compromisso com a vigilância e eliminação de eventos desfavoráveis e perigos potenciais ou reais à segurança do paciente.

Nesse contexto, surgem os órgãos certificadores de acreditação hospitalar, com seus programas específicos, bases para fundamentar a busca por melhorias na estrutura, processos e resultados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com esses órgãos certificadores, vêm difundindo as seis Metas Internacionais de Segurança, as quais visam promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência (HINRICHSSEN, 2012).

As organizações de saúde que buscam implantar uma assistência sistematizada em práticas com padrões de segurança e qualidade, necessitam ter ciência de que é um processo bastante trabalhoso. É essencial, além de utilizar as ferramentas de qualidade, investir tempo, promover mudanças e estabelecer rotinas documentadas e medidas por meio de indicadores (HINRICHSSEN, 2012).

Em relação aos indicadores, Hinrichsen (p.242, 2012) descreve:

Deverá ser utilizada a literatura referente aos indicadores de saúde e metas internacionais de segurança do paciente, para que o conjunto de indicadores reflita a realidade institucional e as necessidades dos setores, formando-se equipes multidisciplinares de discussão, que se reúnam semanalmente por cerca de duas horas, em um mesmo dia/horário, para listar indicadores que representem o monitoramento e melhorias de seus resultados.

O processo de monitoramento através de indicadores é uma ferramenta de gestão que permite verificar constantemente a situação de um processo, sendo utilizada para o desencadeamento de ações para a melhoria da qualidade e desempenho do serviço, ficando evidente que sejam utilizados como forma de melhorar o gerenciamento de hospitais (CIPRIANO, 2009; SOARES e CARVALHO, 2005; PONTES, 2008).

A prática do uso dos indicadores como ferramenta de gestão na saúde tem sido bastante discutida e evidenciada. Organizações como: Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH); Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROAHSA) e Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH), estão construindo gradativamente sua estrutura de indicadores e criando assim referenciais comparativos para o seguimento hospitalar (PONTES, 2008).

Sobre a unidade a ser estudada, é importante considerar que por oferecer um serviço altamente especializado e complexo, é ainda mais crucial a utilização de indicadores de desempenho e de qualidade, visando a promoção de melhorias contínuas.

Os aspectos motivacionais desse trabalho incluíram: (1) a baixa adesão dos funcionários ao preenchimento dos indicadores, (2) a necessidade de se rever os indicadores atuais, de forma a facilitar os processos relacionados a essa atividade, buscando melhores resultados.

A realização desse estudo visou atuar tanto no âmbito da pesquisa, como uma forma de avaliação imparcial, contextualizada com a literatura referente aos indicadores de desempenho; assim como no aspecto prático, pois já é inerente ao desenvolvimento do projeto a realização de intervenções visando a melhoria dos indicadores do serviço estudado.

Buscou-se desenvolver esse estudo através de uma construção coletiva, de modo que os funcionários se sentissem parte integrante dessa atividade, e assim a equipe compreendesse melhor a importância e relevância de se ter indicadores confiáveis e consequentemente desenvolvesse maior interesse em colaborar com a prática.

Em uma esfera mais ampla, é válido ressaltar que a organização estudada é componente de um hospital de referência em oncologia e que durante o período de dezembro de 2008 a julho de 2015 foi certificada pelo programa de acreditação hospitalar da *Joint Commission Internacional* (JCI). Esse fato, pressupõe uma rotina que envolva as questões relativas à segurança do paciente e gestão pela qualidade. Com isso, entende-se também, a necessidade de que os indicadores sejam sistematizados da melhor forma possível e continuamente atualizados, já que eles são a base para o desenvolvimento de qualquer programa de qualidade e essenciais para que a segurança do paciente possa ser monitorada e garantida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Para que alcancemos a excelência em nossos serviços, precisamos criar equipes alinhadas e promover uma gestão em que a qualidade seja um elemento intrínseco, em vez de tratá-la como um corpo estranho ao funcionamento da empresa. Não podemos entender a qualidade como uma área ou um setor isolado na estrutura corporativa. Em um hospital, a qualidade é uma forma de promover a segurança do paciente (...). Precisamos sim, ter padrões, disseminá-los e registrar nossas ações (HINRICHSEN, p.xiii, 2012).

2.1.1 Gestão da Qualidade em Saúde

Qualidade é difícil de definir, mas em geral, está ligada a conceitos de satisfação, confiabilidade, e obtenção dos menores riscos para alcançar os maiores benefícios do cliente (HINRICHSEN, 2012; ALVES, 2012). Constitui um processo de mudança organizacional pautado no compromisso de uma avaliação contínua, sendo primordial o envolvimento de todos, principalmente da liderança. Para isso, é necessário grande esforço de educação, motivação e treinamento das pessoas (LIMA, 2006).

A qualidade como instrumento gerencial pode ser identificada desde o período em que predominava a produção em caráter artesanal, nos primórdios da atividade manufatureira. Mesmo nessa época, já era notada a realização de inspeções informais dos produtos, comparando-os com as exigências e especificações do mercado (LIMA, 2006; AZEVEDO, 2012).

Com a industrialização, e consequentemente produção em massa e a necessidade de peças intercambiáveis, passou a ser necessário haver uma inspeção formal da qualidade, a qual envolvia uma série de processos, como medir, recontar, e separar os produtos com defeito. Porém, por focar apenas no produto final, não eram incorporadas atividades de prevenção ou estratégias de

melhoria, o que elevava os custos, sem contribuir para melhorar a eficiência. Nesse contexto, surgiram os estudos de Taylor e, em seguida Henry Ford, os quais apresentaram uma grande preocupação com a uniformidade dos produtos (LIMA, 2006; AZEVEDO, 2012).

Em decorrência da Segunda Guerra Mundial e com ela a produção de armas em larga escala, as indústrias americanas aprimoraram os sistemas de controle da qualidade nos armamentos bélicos, passando a predominar a utilização de controle estatístico do processo por amostragem (AZEVEDO, 2012).

A chamada era da qualidade, teve seu início marcado no final dos anos 40, quando o controle da qualidade já era abordado nos cursos de engenharia, com foco na prevenção e eliminação de erros. Porém, esse movimento ganhou mais força nos anos 50 e 60, quando houve uma grande evolução no gerenciamento das organizações, incentivadas pela necessidade de reconstrução da economia no pós-guerra (AZEVEDO, 2012).

Os principais autores que marcaram esse período conhecido como a era da qualidade, são Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum e Phillip Crosby, os quais empreenderam grandes esforços no desenvolvimento de atividades gerenciais voltadas à qualidade nas organizações. Entretanto, dentre esses, há maior destaque para Deming, autor do ciclo PDCA (planejar, executar, checar e avaliar) e Juran que inicialmente, só conseguiram difundir suas ideias e promover os princípios da qualidade no Japão, onde obtiveram excelentes resultados e só após essa experiência, conseguiram implantar seus trabalhos também nos EUA (AZEVEDO, 2012; SILVA, 2010).

No Brasil, a qualidade foi incorporada primeiramente na esfera industrial nos anos 90, quando o governo de Fernando Collor de Mello alterou o ambiente de concorrência das empresas, estimulando a abertura do mercado brasileiro e tornando o país mais receptivo às novas ideias administrativas. Foi então necessário investir em qualidade e produtividade, frente aos riscos de invasão dos produtos importados (SILVA, 2010).

No cenário contemporâneo da saúde, em quase todas as organizações, fala-se sobre qualidade e segurança do paciente. Em muitas, é observada uma busca árdua e dinâmica por processos de acreditação, visando uma assistência sem riscos e a certificação de excelência (HINRICHSSEN, 2012; ALVES, 2012).

Entretanto, nem sempre foi assim. Devido as profundas diferenças entre um hospital e uma empresa, era natural haver dúvidas acerca da obtenção de benefícios e possível

aplicabilidade dos métodos da administração da qualidade industrial, na área da saúde. Devido a isso, em instituições hospitalares, esse movimento só ganhou força muito tempo após a incorporação da qualidade pela área industrial (LIMA, 2006).

O cliente de um hospital é um ser humano no momento frágil, enfermo e que sofre, sendo imprescindível que este seja respeitado, acolhido e tratado da melhor forma. Espera-se ainda que esse paciente obtenha alta hospitalar, mediante resolução do seu problema de saúde ou pelo menos, que este seja controlado (LIMA, 2006).

Além disso, o ambiente hospitalar compreende constantes inovações tecnológicas e a intercessão de esforços assistenciais, de gestão e de pesquisa, realizados por diferentes colaboradores e diversas categorias profissionais, tendo cada uma sua autonomia e hierarquia. Hospital é a prestação simultânea de serviços de hotelaria, serviços médicos, limpeza, lavanderia, vigilância, relacionamento com o consumidor, restaurante e recursos humanos. (LEMOS e ROCHA, 2011). Nota-se que muitas vezes os hospitais atuam em diferentes linhas de autoridade, diferente da indústria que possui uma pirâmide única de poder. (LIMA, 2006)

Diante dessas complexidades, os hospitais compõem um dos serviços mais difíceis de serem administrados, sendo primordial o papel da gestão de tais organizações. Para obter os melhores resultados, um gestor hospitalar deve compreender que todos os serviços ali ofertados são igualmente essenciais, portanto, necessitando coordená-los de forma harmoniosa e equilibrada, tendo a melhoria contínua da qualidade desses serviços como principal objetivo (LEMOS & ROCHA, 2011).

De acordo com Donabedian (2001), existem fatores sociais que rodeiam, moldam e interferem sobre o sistema de saúde. Em todos os níveis e segmentos existem distintas forças que podem influenciar sobre a possível adaptação ou não à Garantia da Qualidade, e o grau de efetividade com que o programa será implementado.

Apesar disso, para gerir serviços de saúde é preciso adotar um modelo de administração que combine a eficiência clínica com os custos relacionados ao paciente e os custos sociais. É necessário haver adoção de padrões e parâmetros que permitam à instituição se prevenir, detectar e corrigir suas falhas (DONABEDIAN, 2001).

A implementação de um sistema de gestão da qualidade auxilia as instituições de saúde a enfrentarem os novos desafios impostos pelo mercado. Isto ocorre objetivando a estruturação de um modelo gerencial sistêmico, com foco no cliente, liderança, envolvimento dos colaboradores, utilização de indicadores e avaliações constantes (ALVES, 2012).

Mediante a adoção de um modelo de gestão da qualidade, os serviços de saúde terão a possibilidade de reduzir suas perdas, conhecerem seus pontos fortes e fracos, controlarem seus custos, demonstrarem aos elementos financiadores a eficácia e eficiência de seus resultados e melhorarem a segurança de pacientes e profissionais (ALVES, 2012).

2.1.2 Acreditação Hospitalar

Acreditação é um sistema de avaliação externa, de caráter voluntário, pelo qual uma entidade, em geral não governamental, analisa periodicamente os estabelecimentos de saúde para determinar se eles atendem a uma série de padrões aplicáveis, predeterminados e formulados para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente (HINRICHSEN, 2012).

Já a certificação pode ser considerada como um ideal de qualidade a ser conquistado. Consiste no reconhecimento da conformidade do programa de qualidade, por uma instituição acreditadora. Porém, deve ser percebida como um conjunto mínimo de critérios para um Sistema de Qualidade, mas que serve como instrumento para o desenvolvimento da Gestão da Qualidade (ALVES, 2012).

Em organizações de saúde, o processo de acreditação teve início nos Estados Unidos através da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* - JCAHO, e aos poucos foi se difundindo para outros países (CIPRIANO, 2009). Na tabela 1 é possível visualizar em nível nacional e internacional, as instituições certificadoras de acreditação hospitalar existentes em 2012, de acordo com Hinrichsen, 2012.

Tabela 1: Lista de instituições certificadoras de acreditação

NACIONAL

- ONA - Organização Nacional de Acreditação - www.ona.org.br - Brasil. Origem: Brasil (1998)

Ona 1: Foco na gestão da segurança; certifica os recursos físicos, materiais, de equipamentos, financeiros, organizacionais, humanos e gestão da segurança. Validade: 2 anos

Ona 2: Foco na gestão integrada e processos assistenciais. Validade: 2 anos

Ona 3: Foco na gestão de Excelência; certifica os resultados obtidos em relação ao estado de saúde dos pacientes e sua satisfação com a assistência prestada. Validade: 3 anos

INTERNACIONAL

- *Internacional Society for Quality in Health Care* (Isqua) - www.isqua.org. Acredita outras acreditadoras - Estados Unidos (EUA)
 - *Joint Commission Internacional* (JCI) - www.jointcommissioninternacional.org - Estados Unidos (EUA), 1951. Foco na estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos. Validade: 3 anos
 - *Quality Healthcare* (QHC) - www.qhc.com.au - Austrália
 - *American Academy of Cosmetic Dentistry* (AACD) - www.aacd.com/accreditation.html - Estados Unidos (EUA)
 - *Colombian Institute of Technical Standards and Certification* – em wikipedia.org/wiki/icontec
 - *Trent Accreditation* - www.trentaccreditationscheme.org - Reino Unido
 - *Accreditation Canada* - Agreement Canada - www.accreditation.ca - Canada, 1958. Foco na estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos. Validade: 3 anos
-

Fonte: Hinrichsen, 2012

De acordo com Brasil (2014), existem três instituições atuando nacionalmente como acreditadoras: a Organização Nacional de Acreditação, a *Joint Commission International*, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e a *Canadian Council on Healthcare Services Accreditation*, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão. A implantação do Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar, foi fundamental para que o movimento da Qualidade em Saúde tivesse mais força no país a partir de 2000 (LIMA, 2006).

A criação da ONA em 1998, com seu posterior reconhecimento pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2002, foi um marco para os avanços relacionados a qualidade em organizações prestadoras de serviços hospitalares, no cenário brasileiro (CIPRIANO, 2009).

No âmbito hospitalar, prevenir erros que comprometam a vida dos pacientes e colaboradores é uma prioridade. Nesse contexto, os programas de acreditação agregam valores, formando alicerces para a fundamentação de melhorias na estrutura, processos e resultados das instituições (HINRICHSSEN, 2012).

Entretanto, implantar rotinas documentadas e medidas por meio de indicadores e estabelecer um serviço sistematizado em práticas com padrões de segurança e qualidade, segundo órgãos certificadores, é muito dispendioso. É necessário que haja grande envolvimento e interesse de toda a equipe e principalmente da direção e se faz necessário conhecer, de forma clara, os benefícios do processo de certificação como resultado da cultura de qualidade e segurança do paciente (HINRICHSSEN, 2012).

De acordo com Mezomo (2001) *apud* Rothbarth (2011), “Quem conhece se convence; quem se convence se compromete; e quem se compromete age”. Por isso, ainda segundo o autor, todo esforço de melhoria de uma organização, deve iniciar pelos profissionais, visando uma melhor educação, desenvolvimento de consciência responsável e visão ética no trabalho, capacitação para atuar em equipe e aprimoramento de habilidades técnicas. Pois, só é possível haver comprometimento com a prestação de um serviço de qualidade se houver o claro entendimento do porquê de sua ação e convencimento da relevância da mesma.

A acreditação prioriza o uso de ferramentas contínuas de melhoria e alcance de níveis ótimos de qualidade, devendo ser entendida, em dois aspectos. O primeiro é como um processo educacional, uma vez que conduzem as instituições e seus colaboradores a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da Gestão da Qualidade. O segundo é como um processo de avaliação e certificação da qualidade das instituições analisadas, atestando o grau de desempenho alcançado pelas mesmas de acordo com critérios pré-definidos e aceitos cientificamente (ROTHBARTH, 2011).

Segundo Hinrichsen (2012), ao se submeter a um processo de qualidade/acreditação, além do possível certificado, a instituição poderá ganhar:

- ✓ Desenvolvimento da cultura da segurança do paciente
- ✓ Estabelecimento de indicadores alinhados aos objetivos e metodologia da instituição
- ✓ Sensibilização e comprometimento do corpo profissional
- ✓ Possibilidade de rastreabilidade de medicamentos

- ✓ Alinhamento do gerenciamento de riscos
- ✓ Tomada de decisão de forma sustentável
- ✓ Transformar falhas em oportunidades de melhoria
- ✓ Implantação de estratégias preventivas para eventos adversos
- ✓ Desenvolvimento de melhores condições de trabalho
- ✓ Garantia de que os pacientes estão sendo atendidos por profissionais qualificados
- ✓ Satisfação do cliente

Dessa forma, os programas de acreditação se apresentam como uma referência de garantia da qualidade assistencial para a sociedade como um todo. Estabelecem determinados padrões de qualidade para serviços de saúde, o que minimiza a ocorrência de erros e resultados indesejados que prejudicam os pacientes e geram um clima de insegurança na população em geral (CIPRIANO, 2009).

2.1.3 Ferramentas da Qualidade

É notório o avanço da aplicação de ferramentas da qualidade em instituições hospitalares nas últimas décadas. Isto ocorre com o objetivo de favorecer a eficiência dessas organizações e de viabilizar o gerenciamento, o controle e a correção de falhas. Considerando que no Brasil, a saúde possui um alto custo referente ao desperdício de recursos, atrelado a uma gestão em crise, justifica-se o esforço para incorporação de programas de qualidade, visando a redução de desperdícios e a promoção da melhoria dos serviços prestados (ALVES, 2012).

A implementação de ferramentas da qualidade na saúde é um grande desafio, pois além de não tratar de um produto palpável e sim de um serviço, é também um ambiente permeado pela complexidade das relações humanas, caracterizado e inflamado pela subjetividade. Assim, nota-se a valorização da utilização de ferramentas de qualidade que operacionalizem melhorias e o alinhamento de processos (ALVES, 2012).

Existem diversas ferramentas da qualidade, tanto básicas como gerenciais, que estão sendo utilizadas em serviços de saúde. Para este estudo, foram selecionadas as seguintes.

✓ Brainstorming / Brainwriting

Traduzido muitas vezes como tempestade de ideias, o *Brainstorming* é uma metodologia utilizada para um grupo buscar a identificação ou solução de um problema. Nele, todos os integrantes participam com um grande número de ideias, de maneira espontânea e em um curto espaço de tempo. O princípio básico do *Brainstorming* é deixar vir à tona qualquer sugestão, sem nenhum tipo de inibição ou julgamento (ALVES, 2012).

Para a realização de uma sessão de *Brainstorming* é necessário a formação de um grupo com no mínimo cinco e no máximo doze pessoas e um líder para coordenar a sessão. É comum a utilização de *Flip chart* ou folha de verificação para registro das ideias (ALVES, 2012).

O *Brainwriting*, por sua vez, é uma variação do *Brainstorming*, caracterizado pela diferença básica de que nele as ideias são apresentadas por escrito (ALVES, 2012).

✓ Diagrama de Afinidades

O Diagrama de Afinidades (DA) tem por finalidade organizar ideias e dados, verbais ou escritos, agrupando-os em diversas categorias de acordo com suas afinidades e relações naturais. Possui grande aplicabilidade na organização das conclusões de um *Brainstorming*. A construção de um DA caracteriza-se como um processo criativo que tem o objetivo de esclarecer problemas ou situações confusas ou complexas (CESAR, 2013). Permite compreender melhor o fenômeno a ser estudado e avalia-lo com novo olhar, estimulando a criatividade e o surgimento de novas ideias relativas ao problema, assim como a visualização de lacunas nos processos (CESAR, 2013).

É preciso reconhecer a limitação dessa ferramenta, que é inerente a processos criativos, por possibilitar a geração de dados não muito úteis. Mas, apesar disso, é importante incentivar a participação e a criatividade. O simples processo de construção do diagrama, já auxilia o grupo a obter informações mais detalhadas da situação (CESAR, 2013).

✓ Matriz De Decisão

A Matriz de Decisão (MD), auxilia na tomada de decisão de qual projeto ou problema deve ser abordado de forma prioritária, quando esta decisão não é óbvia, podendo ser utilizada nas mais diversas áreas para melhoria da qualidade. Consiste em uma metodologia lógica que

delimita o foco quando existem várias opções para um determinado objetivo, sendo então necessário selecionar um ou priorizar as alternativas disponíveis (CESAR, 2013).

Essa ferramenta é construída por um grupo de pessoas e apresenta-se em formato de tabela. É bastante utilizada como sequência do uso de um brainstorming, diagrama de afinidades, diagrama de relação ou diagrama de causa e efeito (CESAR, 2013).

Para a elaboração de uma MD é preciso que o grupo compreenda a forma de utilizar essa ferramenta, as opções disponíveis, assim como todos os critérios de avaliação. Os critérios de decisão devem ser identificados antecipadamente, numerados e escritos no topo da matriz. Nesta, cada critério deve ter uma coluna usada para atribuição de notas em relação a cada uma das opções e outra para colocar os pesos de cada critério (CESAR, 2013).

Para a definição dos pesos recomenda-se que o grupo de discussão formado, chegue ao consenso da importância de cada critério. Utilizam-se escalas numéricas, onde o menor número significa o menos importante e o maior número o mais importante. No caso de não haver consenso, pode ser utilizado o método de votação (CESAR, 2013).

Em seguida, calcula-se a média aritmética ponderada da nota e fator de peso determinado para cada critério, em relação a cada opção. Assim, a MD irá demonstrar qual a melhor e a pior opção e assim indicar o caminho a ser seguido (CESAR, 2013).

✓ 5W3H

Segundo Alves (2012), 5W3H constitui uma ferramenta para estruturação de um plano de ação de maneira organizada, identificando as ações, definindo responsabilidades, prazos, metodologias e recursos envolvidos. A denominação 5W3H se refere às iniciais das seguintes palavras em inglês:

- **What: O que** será realizado (fases)
- **Why: Por que** deve ser executada a tarefa (justificativa).
- **Who: Quem** realizará as tarefas (responsabilidade).
- **When: Quando** cada uma das tarefas deverá ser executada (tempo).
- **Where: Onde** cada etapa será executada (local)
- **How: Como** deverá ser realizada cada etapa (método)
- **How Much: Quanto** custa cada etapa (custo da ação)
- **How Measure: Como** medir ou avaliar (monitoramento)

2.2 INDICADORES DE DESEMPENHO

Para avaliar a qualidade da assistência no âmbito da saúde é preciso traduzir os conceitos e as definições gerais, da melhor forma possível, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1988).

Medir qualidade e quantidade em serviços e programas de saúde é essencial para o planejamento, organização, supervisão, execução e avaliação das atividades desenvolvidas. O foco dessa medição é a estrutura, os processos e os resultados, mas também perpassa pelas influências e repercussões promovidas no meio ambiente (ALVES, 2012).

2.2.1 Conceitos e finalidades

Os indicadores são ferramentas de gestão fundamentais nas atividades de monitoramento e avaliação das instituições, como também em seus projetos, programas e políticas, pois viabilizam o acompanhamento do alcance das metas, identificação de avanços, melhorias de qualidade, correção de problemas, necessidades de mudança e outros (BRASIL, 2009).

Segundo Leão (2008), *apud* Alves (p.79, 2012), indicadores são formas de representação quantificáveis das características de produtos e processos. São utilizados pela organização para controlar e melhorar a qualidade e o desempenho dos seus produtos e processos ao longo do tempo. Os indicadores de qualidade estão associados às características da Qualidade do produto, julgadas pelo cliente. Por outro lado, os indicadores do desempenho estão associados às características do produto e do processo desdobradas pelo processador a partir das características da Qualidade.

Um indicador de desempenho (ID) é um número, percentagem ou razão que mensura um aspecto do desempenho, objetivando comparar esta medida com metas preestabelecidas. É importante ressaltar que os indicadores de desempenho podem fornecer uma boa noção do desempenho que se deseja medir, porém são aproximações do que realmente está acontecendo, sendo necessário, sempre, que haja uma interpretação do contexto em que estão inseridos (BRASIL, 2011).

Porém de acordo com Brasil (2009), é preciso também compreender que um indicador não é simplesmente um número, ou seja, é uma atribuição de valor a objetivos, acontecimentos ou situações, de acordo com regras, de forma que possam ser aplicados critérios de avaliação, como, por exemplo, eficácia, efetividade e eficiência.

Informações acerca de desempenho são condicionalmente comparativas. Um conjunto de dados isolado, mesmo que mostre resultados alcançados por uma instituição não diz nada a respeito de seu desempenho, a menos que seja confrontado com metas ou padrões preestabelecidos, com outras instituições da mesma área de atividade, ou realizada uma

comparação com os resultados obtidos em períodos anteriores, obtendo-se assim uma série histórica para análise (BRASIL, 2011).

Os indicadores apresentam a tarefa básica de expressar, da forma mais simples possível, uma determinada situação que se deseja avaliar e traduzir em informação, democratizando o acesso à mesma por todos os interessados, de maneira única e universal. O resultado de um indicador é uma fotografia de dado momento, e demonstra, sob uma base de medida, aquilo que está sendo feito, e de que maneira está sendo realizado (FERNANDES, 2004).

Para Cipriano (2009) e Alves (2012), os indicadores são essenciais para:

- Descrever o estado real dos acontecimentos
- Medir os resultados e gerenciar o desempenho;
- Fundamentar a análise crítica dos resultados alcançados e o processo decisório;
- Auxiliar na melhoria contínua dos processos organizacionais;
- Favorecer o planejamento e o controle do desempenho;
- Viabilizar a comparação do desempenho da organização com outras atuantes em áreas ou ambientes semelhantes.

Os atributos ideais de um indicador são validade, confiabilidade, disponibilidade/mensurabilidade, simplicidade, comparabilidade, exatidão, abrangência/representatividade, pertinência, custo-efetividade e ética, os quais são detalhados no Anexo 1 (ALVES, 2012).

Do ponto de vista da sociedade, os ID colaboram para a transparência sobre a utilização dos recursos públicos e dos resultados que estão sendo alcançados. Já para os órgãos de controle, a utilização de bons programas de monitoramento e avaliação, tornam o ambiente mais auditável. Na ótica da organização pública, os indicadores são parte do sistema de *feedback* sobre desempenho e subsidiam o processo de aprendizagem organizacional (BRASIL, 2011).

A principal limitação da construção e uso de ID é a natureza do processo que se deseja medir o desempenho. O serviço público engloba amplo espectro de atividades e não é viável aplicar um mesmo sistema de monitoramento e avaliação indistintamente (BRASIL, 2011).

2.2.2 Tipos de indicadores

A classificação mais comum de indicadores, definida por autores como Donabedian e Fleming e citado por Alves (2012), consiste em

Estrutura: é entendida como os recursos físicos, humanos e financeiros necessários a assistência à saúde.

Processos: são as ações de cuidados realizados ao paciente, frequentemente relacionados a um resultado, assim como atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para atividade-fim como: emergência, ambulatório, serviços complementares de diagnóstico e tratamento.

Resultados: são demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos que tenham envolvimento do paciente depois que algo é feito (ou não) a ele, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição.

Existe atualmente, uma corrente que defende ser necessário, que as categorizações de desempenho incluam outras dimensões subjacentes s estruturas e processos, tais como ética, poder e cultura. O desempenho ótimo é aquele que é eficiente, eficaz e efetivo. Logo, um "modelo ideal" de gestão para resultados necessita ser dinâmico, abrangente e multidimensional, considerando suas múltiplas dimensões de esforço (estruturas, processos, recursos, sistemas informativos e principalmente pessoas) para direcioná-los aos resultados (MARTINS e MARINI, 2010).

Foi então desenvolvido pelo Instituto Publix, apresentado por Martins e Marini (2010) e também citado por Brasil (2009), o modelo da cadeia de valor e os 6 E's do desempenho (FIGURA 1), composto pelas dimensões de esforço e resultado desdobradas em elementos de desempenho, onde as dimensões de esforço possuem elementos de Economicidade, Execução e Excelência e as dimensões de resultado possuem elementos de Eficiência, Eficácia e Efetividade:

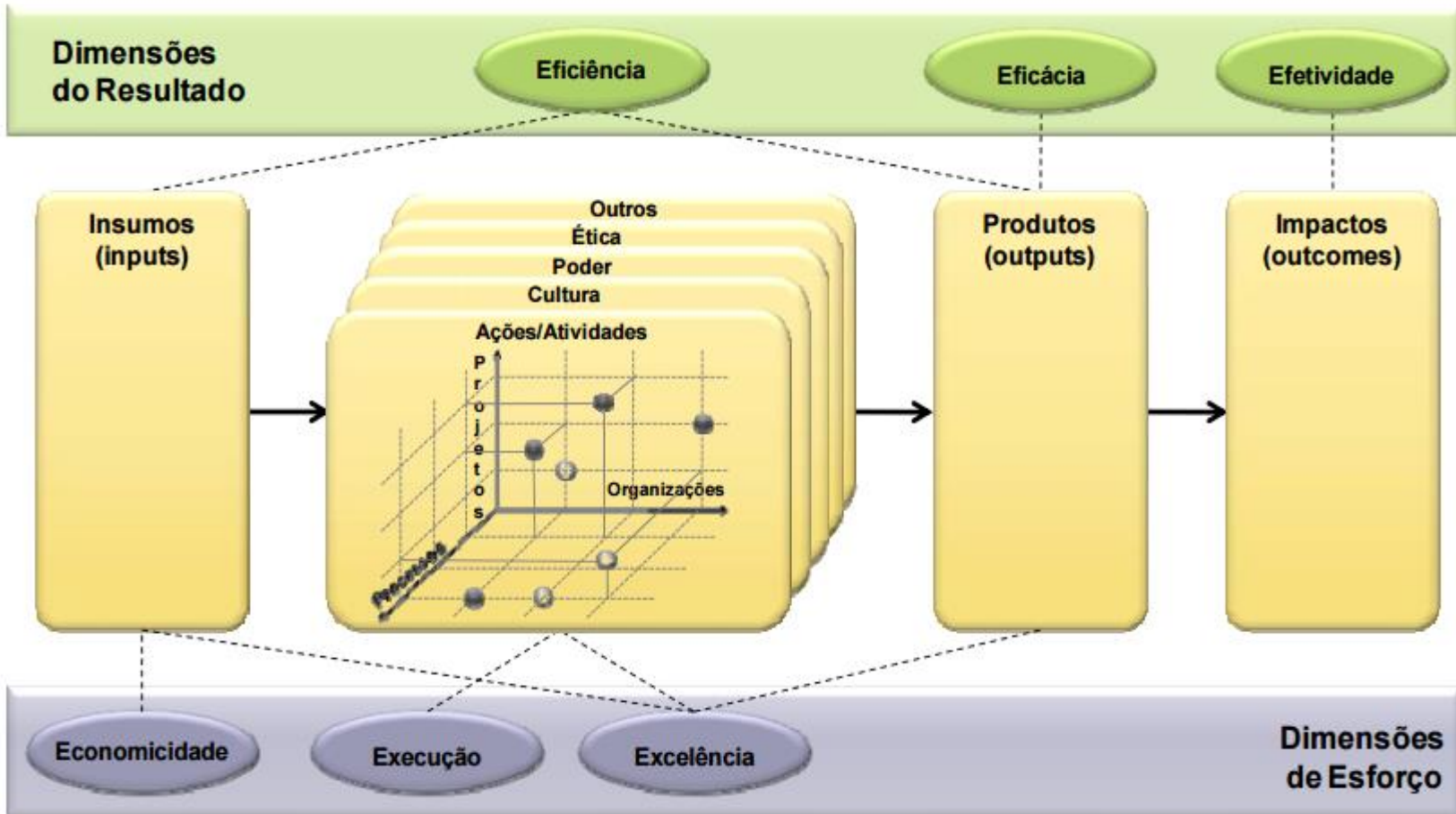
Esforço

- ✓ Economicidade está ligada ao conceito de aquisição de recursos com o menor ônus possível, atendendo os requisitos e as quantidades exigidas pelo input, gerindo de maneira adequada os recursos financeiros e físicos;
- ✓ Execução refere-se à realização dos processos e projetos de acordo com os prazos e critérios estabelecidos;
- ✓ Excelência é a conformidade de requisitos e padrões de qualidade para o desenvolvimento dos processos, atividades e projetos na busca da melhor execução, eficiência e eficácia; sendo assim um componente transversal à cadeia de valor;

Resultado

- ✓ Eficiência é a relação entre os produtos/serviços gerados (*outputs*) com os insumos consumidos, comumente sob a forma de custos ou produtividade;
- ✓ Eficácia é a quantidade e qualidade de produtos e serviços levados ao usuário (beneficiário direto dos produtos e serviços da organização);
- ✓ Efetividade são os impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos. A efetividade possui um valor agregado, vinculado ao grau de satisfação do cliente.

Figura 1: Cadeia de valor e os 6 E's do Desempenho.



Fonte: Martins e Marini, (2010).

2.2.3 Processo de construção de um indicador

Indicadores precisam ser mensuráveis e estabelecidos a partir de objetivos claros e factíveis. Ao definir um conjunto de indicadores para avaliar uma atividade, é preciso que ele não seja excessivamente grande a ponto de dificultar as atividades do dia a dia ou confundir o seguimento, nem tão reduzido, que não proporcione uma visão sistêmica e fundamente o processo decisório. Para a construção dos indicadores deve-se definir com precisão o que se quer medir ou quais informações se deseja organizar e sistematizar de forma quantitativa (SSI, 2010).

Ainda de acordo com esse autor, para a elaboração de um bom conjunto de indicadores é preciso haver respostas claras para as seguintes questões:

O que medir?

É importante que seja bastante claro o objetivo que se pretende alcançar e assim selecionar as atividades que devem ser feitas.

Por que medir?

Esta pergunta também viabiliza analisar a consistência da resposta à pergunta anterior, elucidando se haverá alguma utilidade prática naquilo que se pretende fazer.

Como medir?

Através das respostas anteriores, será viável escolher um indicador adequado para expressar variações qualitativas e quantitativas e, assim, medir se as ações realizadas provocaram as transformações desejadas. Poderão ser utilizadas diferentes unidades de medida.

Onde e quando coletar?

Após a seleção de um bom indicador, é necessário verificar se existem fontes acessíveis contendo dados e informações confiáveis para alimentá-lo. Não havendo, é necessário averiguar as possibilidades de se realizar visitas, em tempo e regularidade suficientes para permitir as avaliações desejadas. Em caso negativo, deve-se escolher outro indicador.

Como interpretar?

Respondidas as perguntas anteriores, será possível realizar a principal razão de se implantar indicadores: analisar as informações adquiridas, comparando-as com os objetivos e metas preestabelecidas, além de outros parâmetros de forma a verificar o sucesso do serviço prestado e identificar as possíveis necessidades de redirecionamentos.

2.3 MUDANÇAS E CULTURA DE QUALIDADE E SEGURANÇA ORGANIZACIONAL

Segundo Robbins (p.455, 2003) *apud* Junior (2008):

Uma das descobertas mais bem documentadas nos estudos sobre comportamento individual e organizacional é que as organizações e seus membros resistem às mudanças. De certo modo, essa resistência é positiva. Proporciona certo grau de estabilidade e previsibilidade no interior das organizações. Se não houvesse resistência, o comportamento organizacional assumiria características de casualidade caótica... mas existe uma séria desvantagem à resistência a mudança: ela impede a adaptação ao progresso.

Embora o foco principal sobre a segurança do paciente esteja sendo a implementação de práticas seguras, torna-se cada vez mais evidente que para atingir um nível profundo de segurança nas organizações de saúde é preciso muito mais. Frente a errada noção difundida na sociedade de que o profissional da saúde não erra, os serviços de saúde precisam considerar que errar é humano e os profissionais irão errar. Sendo então, necessário o sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente. (BRASIL, 2014).

Para isso, é essencial mudar antigos cenários e implementar conceitos que possam garantir as mudanças necessárias para uma nova maneira de gerir e de agir. Entretanto, para que as mudanças ocorram é preciso conscientizar para a mudança, fazendo com que as pessoas envolvidas compreendam e internalizem a necessidade de mudar, pois nada adiantará o método ou o conhecimento se não existirem pessoas capacitadas e motivadas para fazer acontecer (HINRICHSSEN, 2012).

As lideranças precisam ter em mente que essa tarefa não é nada fácil e que poderão ser necessários 5 a 7 anos para que se tenha um sistema de recursos humanos de nível gerencial elevado. Muitos obstáculos existirão, e para tanto, é preciso perseverar, desenhar planos de ação e implementar programas de educação continuada para conhecimento e reflexão sobre os

conceitos de excelência e demais aspectos relativos à gestão da assistência (HINRICHSEN, 2012).

Para atingir a cultura da segurança, segundo Brasil (2014), na maioria dos ambientes organizacionais hospitalares, são necessárias pelo menos seis mudanças:

1. Modificar o entendimento de erros como falhas individuais, para compreendê-los como originados por falhas do sistema.
2. Mudar para uma cultura justa¹, e sair do ambiente punitivo.
3. Mudar para a transparência, no lugar do sigilo.
4. Tirar o foco do cuidado no médico e transferir para o paciente.
5. Modificar os modelos de cuidado fundamentados na excelência do desempenho individual e independente, para valorização do cuidado praticado por equipe profissional interdependente, colaborativa e interprofissional.
6. A prestação de contas precisa ser universal e recíproca.

Em um contexto mais amplo, é possível elucidar que a mudança está presente no dia-a-dia das organizações e com ela a possibilidade de resistência. E o fato é que ambas são inevitáveis. É preciso que as instituições analisem e decifrem os cenários internos e externos e à medida que forem extraídos os dados, apliquem a mudança mais adequada para um resultado eficaz. As organizações não devem se fechar, e sim experimentar práticas que estimulem a criatividade e inovação, e assim garantirem que o processo de mudança seja somente o começo e não o fim de suas aspirações organizacionais (JUNIOR, 2008).

¹ *A cultura justa é um conceito, que procura diferenciar os trabalhadores cuidadosos e competentes que cometem erros, dos que têm um comportamento de risco consciente e injustificadamente arriscado (WATCHER, 2010 *apud* BRASIL, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Utilizar ferramentas da qualidade para uma análise crítica dos indicadores de desempenho utilizados no serviço de farmácia de um hospital oncológico, visando propor melhorias com base na contribuição dos atores envolvidos diretamente na assistência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnóstico situacional do entendimento do grupo acerca dos indicadores.
- Promover uma análise crítica dos indicadores atuais, com base na literatura, na ótica dos atores diretamente envolvidos nos processos.
- Identificar o indicador com a pior avaliação e as possíveis causas desse resultado, sugerindo um plano de ação para melhorias desse indicador.

4 METODOLOGIA

4.1 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido entre fevereiro de 2015 e fevereiro de 2016.

A pesquisa ocorreu no Serviço de Farmácia de um hospital que atua como centro de referência na área de ginecologia oncológica e de câncer do tecido ósseo conectivo (TOC). O hospital é de médio porte, ocupando uma área de 6.200 m², com sete andares e 83 leitos. A Área de Farmácia desenvolve atividades relacionadas a quimioterapia, dispensação ambulatorial, almoxarifado de medicamentos e material médico hospitalar, dispensação hospitalar, farmacovigilância, reconciliação medicamentosa e pesquisa clínica.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

O método utilizado para essa pesquisa foi o da Pesquisa-ação, devido ao seu caráter prático e exploratório. A Pesquisa-ação é um tipo de estudo com base empírica, caracterizada por uma relação ativa e explícita entre os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema, com o claro propósito de auxiliar a reflexão e formulação ou implementação de uma ação, de forma participativa. (THIOLLENT, 2000).

Com a Pesquisa-ação os pesquisadores almejam desenvolver um papel ativo na própria realidade dos fatos observados e querem pesquisas nas quais os sujeitos envolvidos tenham algo a “dizer” e a “fazer”. (THIOLLENT, 2000).

O planejamento da Pesquisa-ação difere significativamente de outros tipos de pesquisa. Tanto pelo seu caráter flexível, como pelo envolvimento da ação do pesquisador e dos grupos interessados, o que ocorre nos mais diversos momentos da pesquisa. (GIL, 1994).

Conforme Cipriano (2009), fundamentada nos autores Thiollent (2000) e Gil (1994), apresenta-se de forma adaptada no Quadro 1, as etapas de uma pesquisa-ação, com as respectivas descrições das mesmas.

ETAPAS	DESCRIÇÕES
FASE EXPLORATÓRIA	<p>Determina o campo de investigação dos interessados, bem como o tipo de auxílio que estes poderão oferecer ao longo do processo de pesquisa.</p> <p>Estabelece um primeiro levantamento (ou diagnóstico) da situação dos problemas prioritários e de eventuais ações.</p>
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	<p>O tema da pesquisa é a designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados.</p> <p>A concretização do tema e seu desdobramento em problemas a serem detalhadamente pesquisados são realizados a partir de um processo de discussão com os participantes. Procura-se garantir que o problema seja definido com a maior precisão.</p> <p>A Pesquisa-ação não se restringe aos aspectos práticos, tanto é que a medição teórico-conceitual se torna presente ao longo de toda a pesquisa.</p>
CONSTRUÇÃO DE HIPÓTESES	<p>Devem ser expressas com termos claros, concisos, sem ambiguidade gramatical e que possibilitem sua verificação empírica.</p> <p>Na Pesquisa-ação as hipóteses são de natureza qualitativa e na maioria dos casos envolvem nexos causais entre as variáveis.</p> <p>As hipóteses são selecionadas em função da possibilidade de comprovação e de sua pertinência com relação à ação.</p>
SELEÇÃO DA AMOSTRA	<p>A seleção da amostra é recomendável quando o universo é numeroso e esparsos. Dado que o critério de representatividade dos grupos investigados na Pesquisa-ação é mais qualitativo, a utilização de amostras não probabilísticas, selecionadas pelo critério de intencionalidade, é adequado e sistematicamente aplicado na Pesquisa-ação, onde as amostras não são consideradas como equivalentes, ou de relevância igual.</p> <p>A intencionalidade torna uma pesquisa mais rica em termos qualitativos.</p>
COLETA DE DADOS	<p>Diversas técnicas são adotadas, sendo a mais usual a entrevista aplicada coletiva ou individualmente. As informações coletadas no campo são transferidas ao seminário, onde são discutidas, analisadas e interpretadas.</p>
REALIZAÇÃO DE SEMINÁRIO	<p>A técnica do seminário reúne o pesquisador com os membros significativos dos grupos interessados na pesquisa para examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação. Desempenha também a função de coordenar as atividades dos grupos.</p>

ETAPAS	DESCRIÇÕES
ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	<p>Tema bastante controverso, pois há pesquisas em que os procedimentos adotados são muito semelhantes aos da pesquisa clássica, o que implica considerar os passos de categorização, codificação, tabulação, análise estatística e generalização.</p> <p>Há, porém pesquisas em que se privilegia discussão em torno dos dados obtidos, de onde decorre a interpretação de seus resultados. Muitas vezes o trabalho interpretativo é elaborado com base apenas nos dados empiricamente. Há casos, entretanto, em que contribuições teóricas se tornam muito relevantes.</p> <p>A estrutura de aprendizagem conjunta reúne pesquisador e os participantes da pesquisa na busca de soluções apropriadas.</p>
ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	A Pesquisa-ação concretiza-se com o planejamento de uma ação destinada a enfrentar o problema que foi objeto de investigação. Isto implica na elaboração de um plano ou projeto.
DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	<p>Na medida do possível os resultados são obtidos por consenso. Quando os pontos de vista são inconciliáveis, as alternativas são respeitadas e registradas.</p> <p>Os resultados obtidos podem ser divulgados externamente junto aos setores interessados, com as mesmas formalidades dos outros tipos de pesquisa.</p>

Quadro 1: Etapas e descrições do método Pesquisa-ação.

Fonte: Cipriano (2009)

A metodologia desse estudo foi então baseada nas etapas descritas acima.

Para iniciar a pesquisa foi realizada a fase exploratória, onde houve levantamento do entendimento dos participantes acerca do tema indicadores, como também de quais processos deveriam ser mensurados por indicadores e em quais não havia essa necessidade. Para isso foi utilizada a ferramenta de gestão definida como Diagrama de Afinidades e um *Brainstorming*, por meio da obtenção de consenso do grupo para as perguntas: O que você entende por indicador? O que você acha que deveria ser medido? O que você acha que não deveria ser medido?

Foi pré-definido que a depender da quantidade de respostas para as duas últimas perguntas, seria realizado pelos participantes um agrupamento das ideias semelhantes em categorias-chave e uma votação a nível individual e de categorias.

O problema que fundamentou esse estudo foi: que indicadores de desempenho de uma farmácia hospitalar, na ótica dos atores diretamente envolvidos nos processos, precisariam ser melhorados?

A hipótese construída pela autora é de que a análise crítica dos indicadores do serviço avaliado, através de uma construção coletiva, utilizando ferramentas de gestão, levaria a resultados importantes para a melhoria desses indicadores. Por se tratar de uma hipótese de natureza qualitativa, a mesma não pôde ser testada de forma estatística, mas por meio da participação, observação e consenso dos sujeitos de pesquisa.

A seleção da amostra se deu por conveniência, de forma intencional. Foram selecionados 3 técnicos de farmácia e 3 farmacêuticos para composição de um grupo fixo e mais 1 vaga rotativa para cada reunião. Como critério de inclusão era necessário trabalhar na farmácia há mais de 2 anos. Foram excluídos da amostra os funcionários dos plantões noturnos, em licença médica e os que apresentassem histórico de faltas frequentes. Além disso, buscou-se selecionar funcionários com maior experiência nos diferentes setores da farmácia e que o grupo fosse representativo também, de todos os níveis hierárquicos, havendo então 1 farmacêutico que também representava a gestão do serviço. O tamanho da amostra foi definido pela pesquisadora, considerando a capacidade e viabilidade da unidade. A organização das escalas de plantões da equipe foi um fator limitante e decisivo para a definição do grupo fixo.

As técnicas de *Brainstorming* e *Brainwriting*, foram bastante utilizadas como metodologias de trabalho nas oficinas. A utilização das ferramentas Diagrama de Afinidades e Matriz de Decisão foi relevante. O Diagrama de Afinidades, mostrou-se como uma ferramenta eficaz para a condução de uma questão subjetiva, promovendo o processo de consenso do grupo de forma clara e objetiva e proporcionando a definição de categorias-chave para agrupamento das respostas, já na ótica do grupo.

A Matriz de Decisão foi construída a partir da lista de todos os indicadores existentes no serviço de farmácia e fundamentou-se nos 10 critérios que um indicador deve atender, de acordo com Alves (2012). Cada um desses dez critérios, poderiam ser avaliados em uma escala de 1 a 10. Além disso, para cada critério foi atribuído um peso, pelo próprio grupo, que poderia variava de 1 a 5, considerando a realidade local, onde 1 significa sem relevância, 2 – pouca relevância, 3 - relevante, 4 – muito relevante e 5 – extremamente relevante.

Após obtenção das notas finais, os indicadores foram classificados por ordem de prioridade, de acordo com a necessidade de reformulação. Ou seja, a classificação mostrou como primeiro colocado, o indicador com maior necessidade de melhorias e como último colocado, o indicador com menor necessidade de melhorias.

Foram realizadas 5 oficinas de discussão, também denominadas de seminários, no período de setembro a novembro de 2015. Houve um intervalo de aproximadamente 15 dias, entre uma oficina e outra e o tempo médio de duração de cada seminário foi de uma hora e meia. Foi utilizado um quadro com folhas de papéis para anotações (*flip-chart*), pincéis atômicos coloridos, post-its e gravador de voz.

Para análise e interpretação dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel® (versão 2010) para tabulação dos dados e construção de gráficos e tabelas. Em relação aos resultados da Matriz de Decisão, utilizou-se o cálculo da média da soma das médias ponderadas de cada participante, sendo considerado como limite de aprovação a média 7. Para análise das outras etapas dos seminários foi realizada uma análise descritiva simples e foram promovidos momentos de discussão em torno dos dados obtidos para melhor interpretação dos resultados alcançados.

A pesquisa-ação foi consolidada com a elaboração de um plano de ação de melhoria para o indicador que obteve a média mais baixa na Matriz de Decisão.

Os resultados foram divulgados para toda a equipe do serviço de farmácia, respeitando-se o sigilo da participação de todos os sujeitos, mediante explanação de cada resultado e conclusão como um dado do coletivo ou da pesquisadora, mas jamais do sujeito de pesquisa individualmente.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme legislação em vigor, esse projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), através do número 1.066.797, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, mediante aplicação aos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram expostos os objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, bem como o direito de não participar da mesma e de se retirar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo das suas funções. Todas as informações coletadas por meio de questionários e áudios serão arquivadas e estarão sob a guarda da pesquisadora principal.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ENTENDIMENTO DO GRUPO ACERCA DOS INDICADORES

Dos seis integrantes do grupo fixo, 66,6% eram do sexo masculino e 33,3% do sexo feminino. Respeitando-se o critério de formação do grupo, 50%(3) eram farmacêuticos e 50%(3) eram técnicos de farmácia. Quanto ao tempo de trabalho na unidade, 16,6% trabalhavam no serviço de farmácia avaliado entre 2 a 3 anos e 83,4% entre mais de 3 e menos de 5 anos. Em relação a experiência nos diferentes setores da unidade, 100% já tinham sido alocados de forma fixa na Dispensação Hospitalar, 50% no Ambulatório, 83,3% na Quimioterapia, 33,3% no Estoque e 16,6% na Farmacovigilância.

A amostra selecionada de forma intencional apresentou uma quantidade proporcional das duas categorias (farmacêutico e técnico de farmácia) e constituiu um grupo representativo das diferentes atividades do serviço de farmácia. O qual foi composto por funcionários que atuavam na unidade há um tempo suficiente para conhecimento da realidade do uso de indicadores no serviço e capaz de gerar informações necessárias para uma análise crítica dos indicadores de desempenho utilizados no serviço de farmácia.

Durante a fase exploratória, foi feita a pergunta “o que você entende por indicador”, com o objetivo de avaliar o conhecimento prévio do grupo acerca do tema. Para isso, foi utilizada a metodologia de *Brainstorming* e DA, já descritos no referencial teórico.

As respostas foram categorizadas pelo próprio grupo em temas centrais, de forma dialogada e consensual, de acordo com suas afinidades e semelhanças, conforme o Quadro 2.

O QUE VOCÊ ENTENDE POR INDICADOR?
COLETA
"Estatística"
"Base de dados para controle"
"Tabular dados"
ANÁLISE
"Ferramenta para medir, agrupar informações"
"Instrumento para avaliar produção"
"Instrumento para avaliar processos de trabalho"
RESULTADO
"Informação de fácil interpretação"
"Instrumento que pode demonstrar cenários"
INTERVENÇÃO
"Informação que determine uma ação"
"Instrumento facilitador para tomada de decisões"
"Base para formulação de estratégias"

Quadro 2: Respostas para a pergunta “o que você entende por indicador”, organizadas em categorias-chave por consenso do próprio grupo.

Fonte: Autoria própria

Os participantes apresentam um entendimento prévio sobre a definição de indicador que é condizente com os principais conceitos apresentados pela literatura.

Segundo Martins e Marini (2010), os indicadores consistem em representações quantificáveis de produtos, serviços ou processos, utilizados para gerar informações que permitam a avaliação do desempenho da organização, segundo três aspectos relevantes: controle, comunicação e melhoria. Ainda de acordo com esses autores, os indicadores devem ser especificados por meio de métricas estatísticas, comumente formadas por porcentagem, média, número bruto, proporção e índice.

Convém destacar, que apesar de terem sido verificados nas respostas dos sujeitos de pesquisa, aspectos conceituais trazidos pela literatura, notou-se uma fragmentação no domínio desse conceito. Em outras palavras, observou-se que, apesar de todos os integrantes apresentarem uma ideia prévia do conceito, cada um o entendia de uma maneira distinta, não sendo encontrada nenhuma definição que englobasse todas as dimensões de um indicador. Essa primeira análise sugere a importância da discussão tema e explanação para a equipe, visando um alinhamento desse entendimento.

Ainda na fase exploratória foram realizadas as seguintes perguntas: “O que você acha que deveria ser medido por indicadores” e “o que você acha que não deveria ser medido por indicadores”, e os resultados podem ser visualizados no Quadro 3. Nesse momento, 1 participante precisou se ausentar. Logo, para essas perguntas a pesquisa contou com participação de apenas 5 integrantes.

O QUE VOCÊ ACHA QUE DEVEREIA SER MEDIDO?
ERROS DE PROCESSO (1)
"Erros do processo de manipulação de quimioterápicos" (0)*
"Erros evitados" (0)
"Erros de dispensação" (0)
PRODUTIVIDADE (3)
"Produção do trabalho" (0)
"Produção dos setores" (0)
"Reenvio de medicamentos" (1)
RESULTADO (1)
"Indicador de intervenção farmacêutica" (3)
"Impacto das rotinas nos pacientes" (2)
"Benefício da inclusão de uma rotina" (0)
"Consumo de medicamentos específicos" (0)
SATISFAÇÃO (0)
"Indicador de satisfação dos funcionários" (4)
"Indicador de satisfação dos pacientes" (0)
O QUE VOCÊ ACHA QUE NÃO DEVERIA SER MEDIDO?
"Indicador de devolução da dispensação" (5)

Quadro 3: Respostas para as perguntas “o que você acha que deveria ser medido por indicadores” e “o que você acha que não deveria ser medido por indicadores”. * Os números nos parênteses, referem-se à quantidade de votos recebidos por cada resposta ou categoria-chave.

Fonte: Autoria própria

Com a abordagem das perguntas mostradas no quadro 3, foi possível identificar em quais processos o grupo considerava importante haver mensuração do desempenho através de indicadores e em quais processos os participantes não reconheciam essa necessidade.

Ao se observar a quantidade de respostas para a pergunta “o que você acha que deveria ser medido”, frente à única resposta que surgiu para a pergunta “o que você acha que não deveria

ser medido, subentende-se que o grupo representativo da equipe de farmácia, reconhece a necessidade de serem estabelecidos indicadores.

Em relação ao que eles consideraram não ser necessário medir, a única resposta, comum a 100% (5) dos sujeitos participantes dessa fase do estudo, foi referente ao indicador de devolução da dispensação hospitalar para pacientes internados.

Já em relação aos processos em que o grupo considerava importante haver indicadores para medição do desempenho, surgiram diversas respostas, das quais algumas já existiam na unidade e outras não faziam parte da realidade local.

Analisando a votação das categorias-chave, a categoria referente aos indicadores de produtividade recebeu 60% (3) dos votos, a categoria dos indicadores dos erros de processo recebeu 20% (1) e a categoria referente aos indicadores de resultados representou também 20% (1) dos votos, já a categoria referente aos indicadores de satisfação não recebeu nenhum voto.

Considerando os votos para as ideias individuais, em que cada participante teve direito a dois votos, observou-se que a sugestão de um "indicador de satisfação dos funcionários" recebeu 40% (4) dos votos, a ideia de um "indicador de intervenção farmacêutica" ficou com 30% (3) dos votos, a possibilidade de avaliação do "impacto das rotinas nos pacientes" recebeu 20% (2) dos votos e a medição do "reenvio de medicamentos" representou 10% (1) dos votos.

Analisando-se o resultado dessa votação, percebe-se que o grupo reconhece a importância da utilização de indicadores que avaliem a produtividade do setor. Entretanto, considerando-se processos mais específicos, a categoria referente a avaliação de resultados ganha destaque. Pois, além de ter obtido 20% dos votos referente as categorias-chave, também é uma categoria que continha os indicadores individuais mais bem votados, os quais, juntos significaram 50% (5) dos votos.

É preciso ressaltar que analisando apenas o resultado da avaliação dos indicadores individuais, o "indicador de satisfação dos funcionários", representou sozinho 40%(4) dos votos. Entretanto, tal indicador fez parte de um grupo que em relação a relevância apresentou pior resultado.

5.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS INDICADORES ATRAVÉS DE UMA MATRIZ DE DECISÃO

Em vistas a promoção da análise crítica de cada indicador, definiu-se como método a construção de uma MD, na qual seriam atribuídos pesos e notas para cada indicador, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo 1. Trata-se de uma lista elaborada por Alves (2012), composta por dez características que um indicador deve atender, segundo o autor.

Em seguida, foram listados todos os indicadores do serviço de farmácia, resultando em 21 indicadores para serem avaliados (Quadro 4). O grupo observou que havia a possibilidade de alguns indicadores serem unificados e relatou dificuldades em relação a avaliação do indicador de reconciliação medicamentosa.

Nº	NOME DO INDICADOR
1	Devolução de medicamento (DEVMED)
2	Erro de Medicação na Triagem e Separação (EMTS)
3	Indicador de Controle de Faltas
4	Indicador de Reconciliação Medicamentosa
5	Indicador de intervenções farmacêuticas (IF) realizadas na Central de Quimioterapia
6	Indicador de Erros no Processo de Validação da Prescrição (VP) na Central de Quimioterapia
7	Indicador de Erros no Processo de Dispensação (D) na Central de Quimioterapia
8	Indicador de Erros no Processo de Manipulação (M) na Central de Quimioterapia
9	Número de Queixas Técnicas de Medicamentos na Unidade
10	Número de Notificações de Reações Adversas a Medicamentos (RAM)
11	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com divergências de medicamentos (DM)
12	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários sem assinatura do enfermeiro (a) responsável
13	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários sem assinatura do farmacêutico (a) responsável
14	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários sem assinatura do médico anestesista responsável
15	Total de Prescrições do Ambulatório
16	Número de Prescrições de Pré - QT
17	Total de itens atendidos
18	Total de itens não atendidos
19	Total de itens não atendidos por falta
20	Total de pacientes atendidos
21	Erros de Dispensação evitados

Quadro 4: Primeira lista dos indicadores utilizados no Serviço de Farmácia

Fonte: Autoria própria

A lista foi reavaliada pela gestão do serviço que aceitou a sugestão de possíveis unificações. Além disso, foi decidido excluir dessa pesquisa, o indicador de reconciliação medicamentosa, em decorrência da percepção de que apenas uma pessoa do grupo havia sido responsável por alguma etapa desse indicador e também por ser observado que se tratava de um indicador ainda em fase de validação.

Com isso, foi elaborada uma nova listagem, totalizando 13 indicadores de desempenho (Quadro 5).

Nº	NOME DO INDICADOR
1	Devolução de medicamento
2	Erro de Medicação na Triagem e Separação
3	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com divergências de medicamentos
4	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com erro de preenchimento
5	Indicador de Controle de Faltas
6	Indicador de intervenções farmacêuticas realizadas na Central de Quimioterapia
7	Indicador de Erros nos Processos Farmacêuticos da Central de Quimioterapia
8	Número de Queixas Técnicas de Medicamentos na Unidade
9	Número de Notificações de Reações Adversas a Medicamentos
10	Total de Receitas Médicas do Ambulatório
11	Indicador de atendimento dos itens prescritos nas receitas médicas
12	Total de Pacientes atendidos no ambulatório
13	Erros de Dispensação Ambulatorial evitados

Quadro 5: Segunda lista dos indicadores utilizados no Serviço de Farmácia

Fonte: Autoria própria

Após a definição de todos os indicadores que fariam parte da pesquisa, foram atribuídos pesos a cada um dos critérios do Anexo 1, conforme descrito anteriormente na metodologia. Os pesos atribuídos podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2: Pesos dos dez critérios de avaliação.

PESO	LEGENDA	CRITÉRIO
5	Extremamente relevante	Validade Pertinência Confiabilidade
4	Muito relevante	Custo-efetividade Abrangência/Representatividade Simplicidade Disponibilidade/Mensurabilidade
3	Relevante	—
2	Pouco relevante	Exatidão Comparabilidade
1	Nenhuma relevância	Ética

Fonte: Autoria própria

Definidos os pesos de cada critério, foi então elaborada a Matriz de Decisão (APÊNDICE 1), para atribuição de notas.

Para a aplicação dessa Matriz foram necessárias duas oficinas de discussão, contando com a participação de 5 integrantes do grupo fixo. Todos os critérios de avaliação do Anexo 1 foram explicados e discutidos, e todas as dúvidas surgidas foram esclarecidas pela condutora da pesquisa.

Cada integrante atribuiu notas para os 10 critérios de avaliação, conforme Apêndice 1, em relação a cada um dos 13 indicadores. Ressalta-se que cada critério já possuía um peso estabelecido, logo, para cada indicador, foi calculada a média aritmética ponderada das notas referentes aos 10 critérios de avaliação, atribuída pelos sujeitos de pesquisa. Assim, obteve-se as médias finais de cada indicador, na visão de cada um dos cinco colaboradores e, a partir disso, calculou-se a nota final de cada indicador, considerando a média simples das cinco avaliações. Esse resultado pode ser melhor compreendido através da Tabela 3.

Tabela 3: Notas finais de todos os indicadores avaliados e classificação dos mesmos, por ordem prioritária de necessidade de reformulação.

SETOR	Nº	INDICADOR	M.P (01)	M.P (02)	M.P (03)	M.P (04)	M.P (05)	M.F	O.P
Dispensação	1	Devolução de medicamento	2,6	4,2	7,5	3,9	3,9	4,42	1º
Estoque	5	Indicador de Controle de Faltas	7	5,5	7,8	6,1	6,6	6,6	2º
Dispensação	2	Erros de Medicação na Triagem e Separação	2,6	8,5	9	8,2	6,9	7,04	3º
Ambulatório	11	Indicador de atendimento dos itens prescritos nas receitas médicas	5,8	6,3	8,5	7,7	7,3	7,12	4º
Dispensação	4	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com erro de preenchimento	2,9	7,2	9,6	8,8	7,3	7,16	5º
Dispensação	3	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com divergências de medicamentos	3,1	7	9,5	8,8	7,5	7,18	6º
Ambulatório	13	Erros de Dispensação Ambulatorial evitados	6,5	6,5	8,5	7,6	7	7,22	7º
Ambulatório	10	Total de Receitas Médicas do Ambulatório	6,2	7	9,5	8	7,9	7,72	8º
Ambulatório	12	Total de Pacientes atendidos no Ambulatório	6,6	6,8	9,5	7,9	7,9	7,74	9º
Farmacovigilância	8	Número de Queixas Técnicas de Medicamentos na Unidade	6,3	6,6	9,6	8,8	7,8	7,82	10º
Farmacovigilância	9	Número de Notificações de Reações Adversas a Medicamentos (RAM)	6,9	6,5	9,6	8,8	8,3	8,02	11º
Quimioterapia	7	Indicador de Erros nos Processos Farmacêuticos da Central de Quimioterapia	7,9	6,6	8,9	8,5	8,9	8,16	12º
Quimioterapia	6	Indicador de Intervenções Farmacêuticas (IF) realizadas na Central de Quimioterapia	7,8	6,5	9,2	8,8	8,9	8,24	13º

Fonte: Autoria própria. Legenda: M.P (Média Ponderada), M.F (Média Final) e O.P (Ordem de Prioridade).

O propósito do uso dessa MD foi proporcionar uma maneira quantificável, objetiva e simples de reflexão e análise de cada indicador em relação as características ideais que um indicador deve atender. E, além disso, foi intencional que do total de 13 indicadores analisados, apenas 1 fosse aprofundado, devido ao pouco tempo disponível para o estudo. Logo, por ser uma ferramenta que delimita foco quando se tem grande número de opções e produz uma classificação de ordem de prioridade dentre as alternativas, a MD foi a metodologia adotada.

As notas foram atribuídas segundo a escala de 1-10, sendo estabelecido como critério de aprovação a média 7. Com isso, observa-se que dos 13 indicadores analisados, apenas 2 foram reprovados. Foram eles o indicador de devolução de medicamentos (Dispensação Hospitalar) e o indicador de controle de faltas (Estoque).

Observa-se que os indicadores referentes aos serviços de Farmacovigilância e da Central de Quimioterapia obtiveram as melhores notas. A relevância desse resultado está no fato de se tratar do Serviço de Farmácia de uma unidade hospitalar que é referência em oncologia. Assim, a Central de Quimioterapia é um setor que demanda enorme atenção e responsabilidade do profissional farmacêutico. Por se tratar também de um hospital sentinela, é importante que os indicadores da Farmacovigilância estejam bem estabelecidos.

Notou-se uma carência de trabalhos relacionados a esse tema no âmbito da farmácia hospitalar, mas foi possível selecionar quatro trabalhos para utilizar como base comparativa. Esses estudos apresentavam sugestões de indicadores para uma farmácia hospitalar que estão demonstrados a seguir. O anexo 2, refere-se a Cipriano (2004) e Cipriano (2009). O Anexo 3 refere-se a Rodrigues e Tuma (2011). Já os Anexos 4 e 5 referem-se a Silva *et al* (2013).

A lista de indicadores da unidade referente a esse estudo foi comparada com os indicadores citados no Anexo 2 e Anexo 3, de forma a elucidar os indicadores que fossem semelhantes, o que está demonstrado na Quadro 6.

Quadro 6: Comparação dos indicadores existentes no serviço com algumas sugestões de indicadores apresentadas pela literatura.

	INDICADORES SEMELHANTES DESCRITOS NA LITERATURA		
REFERÊNCIA NOME DO INDICADOR	RODRIGUES, TUMA (2011)	CIPRIANO (2004)	CIPRIANO (2009)
Devolução de medicamento	"Índice de Devoluções"	—	—
Erro de Medicação na Triagem e Separação	"% de Erros de Dispensação"	"Erros de Dispensação"	" Taxa de Erro de Separação de Medicamentos"
Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com divergências de medicamentos	"Número de kits cirúrgicos preparados"	—	—
Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com erro de preenchimento	"Número de kits cirúrgicos preparados"	—	—
Indicador de Controle de Faltas	"Taxa de medicamentos em falta"	"Falta de Medicamentos"	" Taxa de falta de Medicamento ao Paciente Internado"
Indicador de intervenções farmacêuticas realizadas na Central de Quimioterapia	"Número de intervenções farmacêuticas realizadas"	"Problemas terapêuticos detectados no perfil farmacoterapêutico"	"Taxa de Avaliação Farmacêutica"
Indicador de Erros nos Processos Farmacêuticos da Central de Quimioterapia	"Índice de erros e erros potenciais"	—	—
Número de Queixas Técnicas de Medicamentos na Unidade	"Notificações de desvios técnicos de qualidade"	—	—
Número de Notificações de Reações Adversas a Medicamentos	"Notificações de reações adversas a medicamentos"	"Notificações de eventos adversos a medicamentos"	"Índice de Notificações de Reação Adversa à Medicamentos"
Total de Receitas Médicas do Ambulatório	—	—	—
Indicador de atendimento dos itens prescritos nas receitas médicas	"Número de itens dispensados"	—	—
Total de Pacientes atendidos no ambulatório	—	—	—
Erros de Dispensação Ambulatorial evitados	"Índice de erros e erros potenciais"	—	—

Os indicadores sugeridos por Silva *et al* (2013), não foram incluídos nessa comparação, porque suas nomenclaturas diferiam consideravelmente das denominações utilizadas nos outros referenciais e das adotados no local de realização dessa pesquisa.

Essa comparação mostrou que dos 13 indicadores analisados na organização pesquisada, apenas 15,4% (2) não obtiveram comparadores. Foram eles o indicador de Total de receitas médicas do ambulatório e Total de pacientes atendidos no ambulatório. Isso pode ser justificado pelo fato de que os referenciais bibliográficos utilizados organizaram seus indicadores de acordo com processos ou componentes da assistência farmacêutica e na listagem de análise dos indicadores do serviço em questão, essa organização foi realizada considerando os setores físicos, propriamente ditos. Esse aspecto constitui-se em viés dessa análise comparativa.

Para 30,8 % (4) dos casos, foram encontrados indicadores semelhantes nas três referências adotadas para elaboração do quadro 6 e 53,8 % (7) tiveram um indicador semelhante em pelo menos uma das referências. Esse resultado aponta que, de forma geral, os indicadores adotados na instituição estão de acordo com o esperado para um serviço de farmácia hospitalar.

Durante a elaboração do quadro 6 observou-se que nos estudos selecionados o conjunto de indicadores existente era organizado e dividido conforme componentes da assistência farmacêutica e não pelos setores da farmácia. E apesar de não utilizarem exatamente os mesmos termos para todos os processos, Rodrigues e Tuma (2011), Cipriano (2004, 2009) e Silva *et al* (2013), muitas vezes estavam se referindo ao mesmo componente e assim, estruturando a organização dos indicadores de forma semelhante.

Em relação a essa “divisão”, Osório-de Castro e Castilho (2004) *apud* Silva *et al* (2013), apresentam dez componentes, a saber: “gerenciamento, seleção de medicamentos essenciais, logística (programação, aquisição e armazenamento), distribuição de medicamentos, informação, seguimento farmacoterapêutico, farmacotécnica e ensino e pesquisa”. Ainda é apresentado também atividades denominadas como centrais, que são: “gerenciamento, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e informação” (SILVA *et al*, 2013).

Para que esse aspecto fosse melhor compreendido, elaborou-se o Quadro 7, onde foi possível comparar a forma com que os autores organizam os indicadores, de acordo com a forma de organização encontrada no serviço pesquisado.

Quadro 7: Inter-relação dos componentes ou processos em que os indicadores são estruturados

Componentes ou processos em que são estruturados os indicadores			
O serviço avaliado possui algum indicador para esse processo?	Referências		
	SILVA et al (2013)	RODRIGUES, TUMA (2011)	CIPRIANO (2004, 2009)
Não	Gerenciamento*	—	Gerenciamento
Não	Seleção de medicamentos essenciais*	Padronização	Seleção de Medicamentos
Sim	Logística (programação*, aquisição* e armazenamento*)	Recebimento	Logística
		Aquisição (Fornecedores)	
		Abastecimento	
Não	Ensino e Pesquisa	Educação Continuada	Ensino
Sim	—	Farmacovigilância	Pesquisa
Sim	Distribuição de medicamentos*	Dispensação	—
Sim	Seguimento Farmacoterapêutico	Atenção Farmacêutica	Distribuição e Dispensação de Medicamentos
Não	Informação*	—	Seguimento Farmacoterapêutico
Não	Farmacotécnica	—	Informação de medicamentos
			Farmacotécnica

Fonte: Autoria própria.

A unidade avaliada não possui serviço de farmacotécnica, justificando-se a ausência de indicadores referente a este processo.

Em relação ao componente: seleção de medicamentos (padronização), é válido ressaltar que a instituição onde o estudo foi realizado, é uma das quatro unidades que compõem um complexo hospitalar em oncologia, no qual esse processo de padronização é único, institucional, com uma comissão de farmácia e terapêutica única, para as quatro unidades. Justifica-se também que o serviço avaliado especificamente não possua o indicador de seleção de medicamentos.

Já em relação à informação sobre medicamentos, observa-se que Cipriano sugeriu o indicador “solicitação de informação de medicamento” em 2004, mas o retirou da sua lista em 2009. Sobre o mesmo assunto, Silva *et al* (2013), relatou haver uma falta de consenso dos especialistas em relação aos indicadores de resultados relacionados à atividade de informação e além disso, concluiu que em apenas dois dos vinte serviços avaliados em sua pesquisa, era realizada a atividade de informação sobre medicamentos.

Diante desse quadro, compreende-se que a organização onde ocorreu a pesquisa também não possua um indicador referente a atividade de informação de medicamentos. Porém, é observa-se a necessidade de melhoria e maior atenção dos profissionais e gestores para esse componente dentro da farmácia hospitalar, visto que o medicamento deve estar disponível junto com as informações que garantam sua utilização segura e efetiva (SILVA *et al*, 2013).

Também não foram identificados indicadores relacionados aos componentes de Ensino e Pesquisa (Educação Continuada) e Gerenciamento. Considerados importantes, seria interessante que tais indicadores fossem adotados, visto que um planejamento adequado favorece a gestão e que é reconhecida a necessidade de promover atualização e capacitação profissional. Mas, é importante preocupar-se com a qualidade dessas atividades de ensino, visto que influenciará diretamente a formação e atuação dos profissionais. Para corroborar com a realização de reais mudanças na qualidade dos serviços, é importante não só ter um indicador, mas atividades educativas de qualidade (SILVA *et al*, 2013).

5.3 IDENTIFICAÇÃO DO INDICADOR QUE OBTEVE PIOR AVALIAÇÃO E AS POSSÍVEIS CAUSAS DESSE RESULTADO

Dos treze indicadores avaliados, apenas o Indicador de Devolução de Medicamentos, com média ponderada de 4,4 e o Indicador de Faltas, com média ponderada de 6,6 foram reprovados na análise da Matriz de Decisão.

Considerando que o tempo disponível para aprofundamento das causas e busca de melhorias desse resultado seria limitado, foi estabelecido que apenas um indicador seria selecionado para esse aprofundamento.

Escolheu-se o Indicador de Devolução, por possuir a menor nota na Matriz de Decisão e por já ter sido evidenciado na fase do diagnóstico situacional através da pergunta “o que você acha que não deveria ser medido”.

A devolução de medicamentos para a farmácia, de itens dispensados para pacientes internados é um processo comum em organizações hospitalares, principalmente naquelas que não possuem farmácias satélites. Apesar das prescrições serem atualizadas diariamente e atendidas para cada 24 horas, existem algumas situações como óbito, alta hospitalar, recusa, reação adversa e substituição do fármaco em que o paciente não cumpre o tratamento prescrito no dia.

De acordo com Oliveira e Melo (2011), por não haver um controle rigoroso em relação às sobras dos medicamentos em enfermarias, muitos medicamentos são estocados no posto por não ser realizado com frequência a devolução dos medicamentos não utilizados pelos pacientes. Estocar medicamentos no posto de enfermagem favorece a ocorrência de erros na medicação, uma vez que acarreta perdas do medicamento por condições inadequadas de armazenamento, produtos com validade vencida, contaminação e utilização do medicamento no paciente errado, e até mesmo o desvio do medicamento para outros fins.

É importante que as farmácias hospitalares busquem controlar além da dispensação de medicamentos, a devolução desses, visando o uso racional de medicamentos e a segurança do paciente. Nesse contexto, entende-se que a existência de um Indicador de devolução de medicamentos para pacientes internados é relevante e constitui uma ferramenta importante de auxílio e incentivo a esse processo de controle das devoluções pela farmácia. É preciso

compreender os motivos desse indicador ter sido o pior nas avaliações geradas durante este estudo.

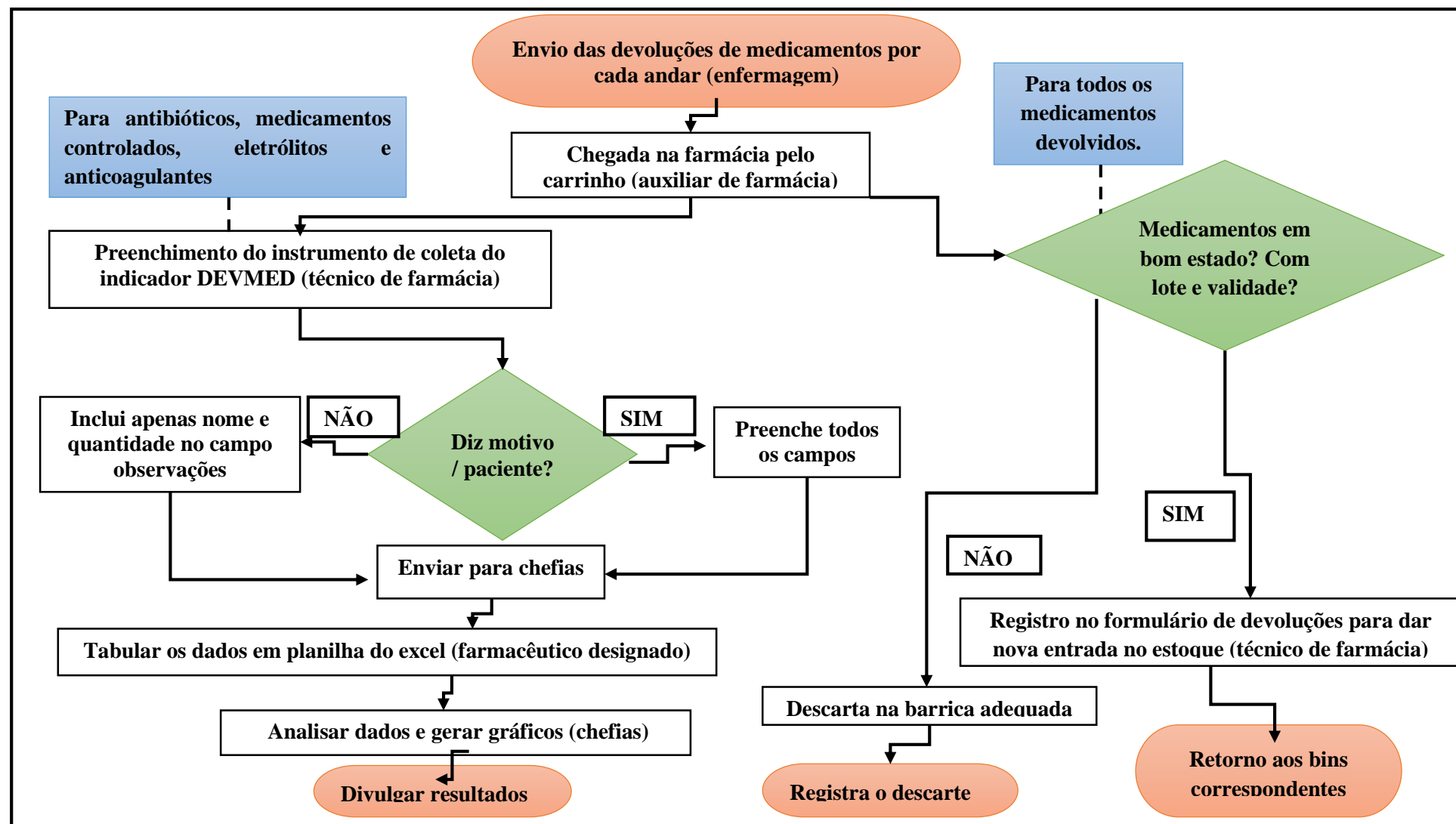
Foram realizadas duas oficinas de discussão para que os problemas desse indicador, na ótica do grupo, fossem identificados e discutidos, visando também o surgimento de propostas de melhorias.

Os resultados desses encontros exploratórios foram definidas através de consenso do grupo e os principais problemas identificados encontram-se listados abaixo:

- ✓ A equipe de enfermagem não informar o motivo da devolução e não separar os medicamentos devolvidos por paciente.
- ✓ A falta de padronização na forma de preenchimento, tabulação e interpretação dos dados por parte da equipe de farmácia.
- ✓ O instrumento de coleta estar desatualizado e as planilhas de tabulação dos dados serem confusas
- ✓ As informações geradas estarem distantes do objetivo maior do indicador, o qual para a unidade pesquisada consiste em ser uma forma da farmácia acompanhar o tratamento do paciente, visando a identificação do motivo pelo qual o medicamento não foi administrado.

Para uma análise mais profunda, é necessário compreender todo o processo de devolução de medicamentos do serviço avaliado (Figura 2).

Figura 2: Algoritmo do processo de devolução de medicamentos no serviço de farmácia hospitalar da unidade pesquisada.



Fonte: Autoria própria

O serviço de farmácia por estar fisicamente distante das enfermarias e não ser responsável diretamente pelo processo de administração dos medicamentos dispensados aos pacientes, o que é atribuição da equipe de enfermagem, depende desta para obter informações acerca dos motivos e pacientes envolvidos nas devoluções de medicamentos (OLIVEIRA e MELO, 2011). Esses dados são essenciais para que o indicador de devolução seja preenchido corretamente. Assim, é primordial que haja um trabalho contínuo de sensibilização da equipe de enfermagem e que sejam implementadas estratégias que facilitem o processo e permitam a resolução desse problema.

Como possível ferramenta de melhoria, o grupo citou a possibilidade do retorno da utilização de uma etiqueta com os possíveis motivos de devolução, que já havia sido anteriormente adotada pela Instituição.

Durante as oficinas, foi solicitado que cada participante respondesse de forma detalhada, como realizava alguns processos específicos das etapas de preenchimento, tabulação e análise de dados e com isso foi notado que processos importantes poderiam ser realizados de forma diferente, a depender do colaborador que fosse executá-las. Dessa forma, foi elucidada a necessidade da realização de novo treinamento da equipe de farmácia, e adoção de um sistema de educação permanente, para que os processos fossem atualizados e principalmente, padronizados.

A educação permanente é uma forma de possibilitar ao indivíduo momentos de capacitação e proporcionar crescimento dentro de seu próprio trabalho. Também possibilita que os profissionais repensem suas práticas e condutas, entendendo o processo de trabalho no qual estão inseridos e buscando novas estratégias de intervenção, podendo fazer com que colaboradores superem as dificuldades individuais e coletivas no trabalho. E no ponto de vista político e ético, a educação permanente no trabalho se transforma em um instrumento dinamizador da mudança organizacional (LUZ, 2010).

Também foi realizada uma avaliação do instrumento de coleta (APÊNDICE 2) em todos os seus pontos e notou-se que alguns dados não eram mais utilizados. Acredita-se também, que esse instrumento poderia se tornar mais prático e claro, sendo então necessário sua atualização.

As planilhas de tabulação dos dados eram conhecidas por apenas 2 participantes. Com isso, foi necessário apresentá-las ao restante do grupo, contando com auxílio desses 2 integrantes, que além de conhecê-las eram corresponsáveis pelo processo. Durante essa fase, foi identificada

uma dificuldade de entendimento pelo grupo das informações inconsistentes, o que reforça a necessidade de revisão do indicador.

Outro ponto abordado foi que não seria necessário registrar o leito do paciente, visto que não é um método seguro de identificação do mesmo. De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e da ANVISA de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, a identificação do paciente na prescrição deverá utilizar o nome completo do paciente e o número de prontuário ou registro de atendimento. (BRASIL, *s.i*)

O grupo também colocou em discussão a necessidade de identificar a devolução por paciente, já que o tempo entre a devolução, o registro das mesmas e a análise desse registro é superior a 30 dias. Logo, é provável que quando a informação fosse avaliada, o paciente já tenha tido alta ou outros desfechos, o que traz a reflexão da necessidade dessas informações detalhadas.

Por último, de acordo com a compreensão do grupo, concluiu-se que é preciso considerar que a informação gerada por esse indicador, referente ao quantitativo de devoluções ocorridas em determinado período por cada unidade clínica, é necessária e precisa ser mantida. Porém, o indicador não atende ao seu objetivo principal: ter a informação sobre a terapêutica do paciente e os motivos pelos quais houve a devolução, não sendo a prescrição médica cumprida em sua totalidade.

5.4 SUGESTÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIAS DO INDICADOR DE DEVOLUÇÃO

Buscou-se a identificação de estratégias para melhorias do indicador.

É importante elucidar que em um ambiente de trabalho ideal para uma farmácia hospitalar, a quantidade de devoluções é tão pequena que as problemáticas encontradas em relação a esse indicador não teriam impacto significativo. Seja em decorrência do estabelecimento de um sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária, frente ao sistema coletivo de distribuição de medicamentos e ao sistema individualizado de distribuição de medicamentos ou também pela existência de farmácias satélites.

Existem três tipos de sistema de distribuição de medicamentos, são eles: coletivo, individual e dose unitária. O Sistema de distribuição coletivo é o mais obsoleto dos sistemas, mas

ainda há hospitais brasileiros que o utilizam. Nele os medicamentos caracterizam-se por serem distribuídos para a unidade clínica, mediante uma solicitação da enfermagem (MOREIRA, 2008).

O sistema de distribuição individualizado é caracterizado principalmente pelo fato do medicamento ser dispensado por paciente por um período de 24 horas. Este sistema é dividido em indireto e direto. No indireto a distribuição ocorre a partir da transcrição da prescrição médica, enquanto no direto não há transcrição, faz-se à cópia da prescrição (MOREIRA, 2008).

Já o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária, objetiva dispensar o medicamento certo, ao paciente certo, na hora certa, caracterizando-se pelo fato de serem administradas ao paciente uma quantidade ordenada de medicamentos com forma e dosagens prontas, de acordo com a prescrição médica, num certo período de tempo (MOREIRA, 2008).

É importante ressaltar a diferença entre o sistema de distribuição por prescrição individual (dose individual) e o sistema de distribuição por dose unitária. Na prescrição individual não há diferenciação dos horários de administração dos medicamentos e ocorre violação da embalagem que condiciona as doses referente ao tratamento diário, já no sistema de distribuição por dose unitária isso não ocorre, sendo por isso esse sistema reconhecido como o ideal pela maioria dos serviços (MOREIRA, 2008).

Considerando ambientes que não atendam as condições ideais, e provavelmente possuam um número de devoluções significativo, uma estratégia seria a realização da devolução com a identificação do paciente envolvido, além do esclarecimento do motivo da mesma. Mas que, mediante acesso a essas informações, o farmacêutico acompanhasse essas devoluções em tempo hábil, e quando preciso, realizasse as intervenções farmacêuticas necessárias, de forma a colaborar com o sucesso terapêutico do paciente.

Entretanto, pensando no serviço pesquisado nesse estudo, considerou-se as limitações de tempo, espaço, processos e políticas existentes no momento e optou-se por buscar um equilíbrio entre as condições ideais, possíveis e as características necessárias para um indicador.

Foi então, elaborado sob a ótica da pesquisadora, um plano de ação utilizando a ferramenta 5W3H, melhor visualizado através do Quadro 8.

O que?	Por que?	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Quanto custa?	Como medir?
Reformular o objetivo e definir como "Índice de devoluções", conforme Rodrigues e Tuma (2011)	Foi observado que o objetivo deste indicador necessita ser adaptado ao cenário atual e melhor difundido entre a equipe/ Atenderia a uma sugestão do guia para Certificação em Farmácia Hospitalar / Manteria a informação que é gerada atualmente/ Possibilitaria a correção das bases de numerador x denominador	Chefia	Junho/16	Farmácia HC II	Atualizando a ficha descritiva do indicador / Difundindo a mudança no serviço	R\$: 0,00	Assinatura em ata, confirmando ciência da mudança
Atualização do instrumento de coleta	Existem campos não utilizados atualmente / Informações desnecessárias existentes x falta de algumas necessárias / necessidade de simplificar o processo / Diminuir o retrabalho	Pesquisadora	Fevereiro /16	Farmácia HC II	Unificando o instrumento de coleta de dados do indicador com o formulário de registro das devoluções para entrada no sistema / Seria necessário destacar antimicrobianos, controlados e anticoagulantes das outras classes farmacológicas e também incluir espaço para marcação do motivo da devolução	R\$: 0,00	Pesquisa de satisfação da equipe com essa mudança

O que?	Porque?	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Quanto custa?	Como medir?
Informatizar a etapa de coleta de dados desse indicador	Minimiza a possibilidade de alguns erros / Elimina atrasos na tabulação dos dados / Facilita atualizações / Torna o processo mais legível e possibilita análise dos dados em tempo oportuno	Chefia	Junho/16	Farmácia HC II	IDEAL: Adaptar o formulário atualizado para uma planilha do Excel / Adquirir mais um computador e mesa / Formular com informática métodos de geração de dados através do sistema de informação POSSÍVEL À CURTO PRAZO: elaboração de uma planilha com campos para os totais diários de devoluções de antimicrobianos, eletrólitos, controlados e anticoagulantes, que seja alimentada diariamente sob responsabilidade do farmacêutico.	IDEAL R\$: 3.000,00 CURTO PRAZO: R\$:0,00	—
Treinamento da equipe de farmácia	É necessário que a equipe compreenda melhor a necessidade e utilidade desse indicador / Os processos precisam ser padronizados	Chefia e Sub-chefia	Junho/16	Farmácia HC II	Reuniões periódicas / Abordagens individuais / Divulgação de resultados	R\$: 0,00	Confirmação de presenças em livro de ata
Sensibilização da equipe de enfermagem	É o meio de se obter a informação referente aos motivos das devoluções e dados do paciente	Chefia e Sub-chefia	Junho/16	Farmácia HC II	Negociação com as chefias da enfermagem/ Encontros com toda a equipe	R\$: 0,00	Confirmação de presenças em livro de ata

Quadro 8: Plano de ação através da ferramenta 5W3H para melhorias do indicador de devolução.

Fonte: Autoria própria

Acredita-se na importância da adequação dos objetivos do indicador de devolução à realidade atual, de modo que os mesmos se tornem claros para toda a equipe e principalmente, alcançáveis na prática. Entende-se que mensurar a quantidade de devoluções em determinado período é imprescindível e que conhecer os motivos dessas devoluções é necessário. Entretanto, não é observada a utilidade de se obter a identificação do paciente, pelos motivos já discutidos no item anterior e por se verificar que com a eventual exclusão desse dado, o indicador de devolução poderia ser bastante simplificado e otimizado.

Uma alternativa seria redefinir o indicador em análise como "Índice de devoluções", conforme citado por Rodrigues e Tuma (2011), dando mais clareza e especificidade ao mesmo.

Diante da percepção de que o formulário de coleta de dados apresenta campos que não são mais utilizados atualmente e da discussão de que algumas informações são desnecessárias e inúteis, é premente a atualização deste. Foi notada a ocorrência de retrabalho pelo fato dos itens devolvidos necessitarem de registro em dois formulários. Um é o formulário do indicador de devolução, usado apenas para antibióticos, medicamentos controlados, eletrólitos e anticoagulantes e o outro, é o formulário de entrada no estoque, utilizado para medicamentos devolvidos referentes a qualquer classe farmacológica.

Foi pensado como importante estratégia de melhoria, a possibilidade de unificação desses formulários. E, além disso, que esse processo de coleta de dados fosse, pelo menos, digitalizado, enquanto ainda não existe na instituição um sistema informatizado de leitura de códigos de barras. Com isso, o processo se tornaria mais rápido e seria minimizado o risco de possíveis erros relacionados a mais de uma etapa de preenchimento, melhorando também a padronização dos registros.

Notou-se também a necessidade de realização de um programa de educação permanente para a equipe do serviço de farmácia, com fins de melhor compreensão desse indicador, e assim alcançar uma padronização dos processos e melhor colaboração da equipe para os resultados.

Por fim, para que esse indicador seja completo, é necessário que haja a colaboração da equipe de enfermagem, afim de que todas as informações necessárias sejam disponibilizadas. Para isso, é preciso que haja um trabalho contínuo e perseverante de sensibilização da equipe de enfermagem.

6 CONCLUSÃO

Foi possibilitado ao serviço em questão, a realização de uma análise crítica dos seus indicadores de desempenho, fundamentando-se na opinião dos atores diretamente envolvidos na assistência, segundo critérios de avaliação validados pela literatura.

As contribuições desses atores, mostraram-se fundamentais para a identificação de pontos críticos e a consequente elaboração das propostas de melhorias apresentadas no plano de ação.

Em contrapartida, notou-se por meio de relatos, observações e devido a própria característica intervencionista do estudo, que os colaboradores também aproveitaram a pesquisa para ampliação dos conhecimentos sobre os conceitos e processos relacionados aos indicadores adotados na organização.

É válido ressaltar a importância da utilização de ferramentas da qualidade na metodologia desse trabalho. Trazendo a um tipo de pesquisa caracterizado pela subjetividade, características mais objetivas e formais.

Observou-se que, o grupo de discussão apresentou uma noção sobre conceitos e finalidades dos indicadores, coerentes com as definições estabelecidas. Entretanto, individualmente, notou-se uma fragmentação desse conhecimento, sendo então relevante um maior número de discussões e treinamento da equipe relacionado ao tema, de modo que esse conhecimento seja ampliado, sedimentado e nivelado entre todos os colaboradores.

Foi possível também comparar os indicadores utilizados na unidade estudada com alguns indicadores sugeridos pela literatura, em relação a farmácia hospitalar. Notou-se que de maneira geral, o serviço possui indicadores condizentes com os que foram encontrados nos referenciais teóricos adotados.

Foi evidenciada a necessidade de revisão do indicador de devolução de medicamentos, sendo elaborado um plano de ação para esse indicador com sugestões de melhorias, construído sob a ótica da pesquisadora, porém baseado nas contribuições de integrantes da equipe que representam os responsáveis diretos por diferentes etapas relacionadas ao uso de indicadores.

Diante da relativa escassez de pesquisas e da falta de consensos no cenário brasileiro que direcionem a adoção de indicadores no âmbito específico das Farmácias Hospitalares, deseja-se que sejam desenvolvidos nesses ambientes, mais estudos que apresentem o uso de indicadores de desempenho e englobem as abordagens referentes a Qualidade e Segurança do Paciente.

Este estudo pode ter gerado nos sujeitos de pesquisa, um impacto subjetivo maior do que

o que foi possível mensurar à curto prazo e ser demonstrado nos resultados. Pois, constituiu uma prática de incentivo à reflexão e a discussão em grupo. Além disso, abordou um tema, que por vezes, pensava-se não atrair o interesse da equipe, mas por ser um assunto pouco discutido e uma atividade presente na rotina diária do serviço e dos colaboradores, aqueles que foram selecionados para o grupo das oficinas de discussão, demonstraram bastante interesse durante esses momentos.

Acredita-se que para implementação de um processo de mudança que seja eficaz e eficiente para viabilizar a adoção não só de indicadores, mas de um sistema de gestão pela qualidade que possibilite o desenvolvimento de uma cultura organizacional de segurança, é necessário que todas as pessoas envolvidas na assistência, sintam-se “parte” do processo decisório e corresponsáveis por esse movimento de mudança. No ambiente hospitalar essa necessidade é ainda maior, visto que a complexidade das relações humanas, abrange diferenças desde o nível individual e coletivo (grupos e equipes) até à categorização profissional e hierárquica.

Espera-se também que esse estudo seja uma influência para a realização de mais trabalhos do tipo Pesquisa-ação. Pois, é necessário e oportuno o desenvolvimento de mais pesquisas que busquem além do necessário conhecimento teórico, atrelado a todo seu rigor científico, também o aproveitamento dos insumos dispendidos pelos pesquisadores para intervenções de caráter prático.

O instrumento de coleta sugerido no plano de ação, mostrou-se como uma concreta sugestão de melhoria e espera-se que o mesmo seja adotado pela instituição.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V.L.S. **Gestão da Qualidade - ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 200p, p.81-82, 2012.

ANDRADE, C.C.; **Farmacêutico em Oncologia: Interfaces Administrativas e Clínicas**. Farmacovigilância Hospitalr: Como implantar. Pharmacia Brasileira. 2009. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa9514e7.pdf>.

AZEVEDO, D.C.V.; **Desenvolvimento de um programa de qualidade nos centros de pesquisa clínica da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer: estratégia inovadora para fortalecer a condução dos estudos clínicos**. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

BARRETO,H.A.G. **Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia Hospitalar**. Comissão de Farmácia Hospitalar. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução nº 02 de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 12, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ; FHEMIG. **Anexo 03: Protocolo De Segurança Na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**. Brasília, (s.i). Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmwD8.pdf>

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, SECRETARIA DE GESTÃO. Melhoria da gestão pública por meio da definição de um guia referencial para medição do desempenho da gestão, e controle para o gerenciamento dos indicadores de eficiência, eficácia e de resultados do

programa nacional de gestão pública e desburocratização. **Produto 4: guia referencial para medição de desempenho e manual para construção de indicadores.** Brasília, 113f, 2009. Disponível em: http://www.gespublica.gov.br/Tecnologias/pasta.2010-05-24.1806203210/guia_indicadores_jun2010.pdf

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Técnica de indicadores de desempenho para auditorias.** Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog). 37 p. Brasília. 2011.

CÉSAR, F.I.G. **Ferramentas Gerenciais da Qualidade.** São Paulo: Biblioteca24horas, 142f. P.14-17, 2013.

CIPRIANO, S. L. **Proposta de um conjunto de indicadores para utilização na Farmácia Hospitalar com foco na acreditação hospitalar.** Tese apresentada à Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Mestre. Faculdade de Saúde Pública. Fonte: Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública, São Paulo; s.n; 2004.

CIPRIANO, S.L. **Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na farmácia hospitalar com foco na comparabilidade.** 2009. 331 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

CNE. **Resolução CNE/CES 2/2002.** Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9, 2002.

DANTAS, S.C.C.D. **Farmácia e Controle das Infecções Hospitalares.** Farmácia Hospitalar. Pharmacia Brasileira, nº80, Fev/Mar 2011.

DONABEDIAN, A. Revista de Calidad Asistencial. **Monografico sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian.** Selección de sus principales artículos publicados: Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Suplemento no.1, vol. 16, 2001. Disponível em: <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf>.

DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** Jama, v.260, n. 12, p.1743-1748, 1988.

DOWNING D.; CLARCK J. **Estatística aplicada**; tradução de Alfredo Alves de Faria. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 326p, p.6-8, 2002.

FERNANDES, D. R. **Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial.** Rev. FAE, v. 7, n. 1, p. 1-18, 2004.

GUERRA, M. **Análise de desempenho de organizações hospitalares.**144 f. Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Controladoria), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

HINRICHSEN, S.L. **Qualidade e Segurança do paciente: Gestão de Riscos.**Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

JUNIOR, E.D.; MATEUS, J.; SOUTO, S. **Mudança Organizacional: Técnicas empregadas para minimizar impactos e gerar comprometimento.** Revista Cadernos de Administração. Ano 1. Vol. 1; nº 2; 2008.

LEFÉVRE,F.; LEFÉVRE,A.M.C; TEIXEIRA,J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: Educs, 2000.

LEMOS, V.M.F.; ROCHA, M.H.P. **A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades.** VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. ISSN 1984-9354. 2011.

LIMA M.B.B.P.B.; **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP.**Dissertação de mestrado profissional apresentada à Comissão de Pós-

Graduação da Faculdade de Engenharia Mecânica da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Engenharia Mecânica / Gestão da Qualidade Total. Campinas, SP: [s.n.], 2006.

LUZ, F.M. **Educação permanente em saúde (EPS): Uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho. Mestrado. Minas gerais. 2010.**

MARTINS, H.F; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública.** Brasília: Publix Editora, 262 p, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_governanca_resultados_administracao_publica.pdf.

MOREIRA, D. F.F. **Sistema de Distribuição de Medicamentos: Erros de Medicação.** Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares.) Rio de Janeiro, 28 f, 2008. Disponível em: http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD35/pdf

OLIVEIRA R.B.; MELO E.C.P. **O Sistema de Medicação em um Hospital Especializado no município do Rio de Janeiro.** Esc Anna Nery (impr.), 15 (3):480-489, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a06v15n3.pdf>

OSORIO-DE-CASTRO C.G.S.; CASTILHO S.R. **Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

PALVARANI, B. **Guia Referencial De Mensuração Do Desempenho Na Administração Pública.** III Congresso Consad de Gestão Pública. Painel 12/047. Governança para resultados: metodologias e experiências recentes. Brasília. 2010.

PONTES, A.T, *et al.* **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares: uma revisão de literatura.** XXVIII ENCONTRO NACIONAL DE

ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RODRIGUES, M. L.; TUMA, I. L. **Certificação em Farmácia Hospitalar**. Farmácia hospitalar, n° 14, 2011. Disponível em http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/132/encarte_farmacia_hospitalar.pdf

ROTHBARTH, S.; **Gestão da Qualidade: um processo de acreditação hospitalar**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 134 f. Curitiba. 2011. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSolangeRothbarth.pdf>

ROTTA, C.S.G. **"Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial"**. 2004. 143f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

SATURNINO, L.T.M.; *et al.* **Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade**. Rev. Bras. Farm. 93(1): 10-16, 2012.

SBRAFH - SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR. **Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar**. 2ed. 20 f. Goiânia, 2007.

SILVA M.J.S. *et al.* **Avaliação dos serviços de farmácia dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(12):3605-3620, 2013.

SOARES, S.R.; CARVALHO, H.A. **Implementação de indicadores de qualidade e desempenho através do gerenciamento por projeto. Estudo de caso dos locais de produção de uma empresa em Curitiba**. Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Paraná. 2005.

SSI - SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. Departamento Regional do Estado do Paraná. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade. **Construção e Análise de Indicadores.** Departamento Regional do Estado do Paraná. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade. – Curitiba: [s.n.], 108 p. 2010.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** Educação e Pesquisa, São Paulo, v.31, n.3, p.443-466, set./dez. 2005.

ANEXO 1

LISTA DE CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES

1. Validade: é a capacidade que o indicador tem de medir o que se pretende; se refletir características de outro fenômeno paralelo, deixa de ter validade. A validade pode ser determinada pela:

- Sensibilidade: capacidade de detectar e amplificar minúsculas variações de uma grandeza qualquer;
- Especificidade: medir somente o fenômeno analisado;

2. Confiabilidade: capacidade de reproduzir ou estimar os mesmos resultados quando o indicador for aplicado por pessoas, em momentos e com instrumentos diferentes, em condições similares; os dados para o cálculo do indicador devem ser fidedignos;

3. Disponibilidade/Mensurabilidade: facilidade de obtenção dos dados para o cálculo do indicador;

4. Simplicidade: poder calcular a partir de informações básicas compostas por dados de fácil obtenção. É desejável que os indicadores sejam fáceis de serem analisados e interpretados e que sejam compreensíveis para os usuários das informações;

5. Comparabilidade: ser fácil de comparar com referenciais apropriados;

6. Exatidão: apresentará as mínimas possibilidades de erro, sempre que registrado;

7. Abrangência/Representatividade: sintetizar o maior número possível de condições ou fatores que afetam a situação a ser descrita;

8. Pertinência: correlacionar-se efetivamente ao problema que examina;

9. Custo-efetividade: os resultados justificam o investimento de tempo e recursos;

10. Ética: é imprescindível e fundamental na medida em que não acarrete prejuízo às pessoas investigadas, desde a coleta até o sigilo dos dados.

Fonte: Alves (2012).

ANEXO 2

INDICADORES PROPOSTOS POR CIPRIANO (2009) NO MESTRADO VERSUS DOUTORADO

INDICADORES PROPOSTA (CIPRIANO 2004)					INDICADORES VALIDADOS NA PESQUISA				
ATIVIDADES	Nº	NOME DOS INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO Nº DE VARIÁVEIS		Nº	NOME DOS INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO Nº DE VARIÁVEIS		
Gerenciamento	1	Grau de satisfação dos clientes	1	$\frac{\text{Nº. de clientes satisfeitos}}{\text{Nº. de clientes pesquisados}} \times 100$	1	Taxa de satisfação dos clientes	1	$\frac{\text{Nº. total de respostas satisfatórias por questão}}{\text{Nº. total de respostas obtidas}} \times 100$	
	2	Análise crítica dos indicadores	3	$\frac{\text{Nº. de indicadores analisados}}{\text{Nº. de indicadores utilizados}} \times 100$					
	3	Cumprimento dos planos de ação	5	$\frac{\text{Nº. de planos de ação realizados}}{\text{Nº. de planos de ação programados}} \times 100$					
	4	Relação do nº de funcionários / leito na Assistência Farmacêutica a Internação	7	Nº. de Farmacêuticos : Nº. de Leitos Ativos : Nº. de Auxiliares Técnicos	2	Horas de Auxiliar e/ou Técnico de Farmácia na Assistência ao Paciente Internado.	3	$\frac{\text{Nº de horas de auxiliar e/ou técnico de farmácia na API}}{\text{Nº de pacientes-dia no período}}$	
	5	Relação do nº de funcionários / receita dispensada na Assistência Farmacêutica Ambulatorial	-		3	Horas de Farmacêutico na Assistência ao Paciente Internado.	5		
	6	Dimensionamento da área física da farmácia Hospitalar	12	$\frac{\text{Área total da Farmácia Hospitalar}}{\text{Nº. Total de leitos}}$					
	7	Participação do farmacêutico nas Comissões Institucionais	13	$\frac{\text{Nº. de reuniões por tipo de Comissão com a participação do farmacêutico}}{\text{Nº. de reuniões realizadas por tipo de comissão}} \times 100$					
	8	Manutenção de equipamentos	15	$\frac{\text{Nº. de manutenções de equipamentos realizados}}{\text{Nº. de manutenções de equipamentos programadas}} \times 100$					

Seleção de Medicamentos	9	Padronização de medicamentos	17 18	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos padronizados por classe terapêutica}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos padronizados}} \times 100$				
Logística	10	Programação e aquisição	19 20	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Medicamentos adquiridos}}{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos programados}} \times 100$	4	Taxa de Produto Entregue Fora do Prazo pelo Fornecedor	6 7	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de produtos entregues fora do prazo pelo fornecedor}}{\text{N}^\circ \text{ total de produtos comprados no período}} \times 100$
	11	Desempenho de fornecedores	21 22	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de não conformidade por fornecedor}}{\text{N}^\circ \text{ total de aquisições por fornecedor}} \times 100$				
	12	Falta de Medicamentos	23 -	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos em falta pelo menos uma vez}}{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos padronizados}} \times 100$	5	Taxa de Falta de Medicamento ao Paciente Internado.	8 9	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de produtos padronizados não atendidos no horário prescrito}}{\text{N}^\circ \text{ total de produtos padronizados solicitados}} \times 100$
					6	Giro de Estoque	10 11	$\frac{\text{Valor contábil dos produtos consumidos no mês}}{(\text{Valor contábil estoque inicial} + \text{final})/2}$
	13	Medicamentos de conservação especial	24 25	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos de conservação especial incorretamente armazenado}}{\text{N}^\circ \text{ Total de medicamentos de conservação especial}} \times 100$				
	14	Desperdício de medicamentos	26	Somatório do valor econômico dos medicamentos inutilizados				
	15	Inventário físico geral de medicamentos	27 28	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens com quantidade incorreta}}{\text{N}^\circ \text{ de itens inventariados}} \times 100$	7	Taxa de Erro de inventário	12 13	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Itens com divergência de estoque}}{\text{N}^\circ \text{ total de Itens inventariados no período}} \times 100$
Distribuição e Dispensação de Medicamentos	16	Dispensação de medicamentos de controle especial	29 30	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos dispensados em desacordo com o protocolo de utilização}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos de controle especial dispensados}} \times 100$				
	17	Erros de dispensação	31 32	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens incorretamente separados}}{\text{N}^\circ \text{ total de itens a dispensar}} \times 100$	8	Taxa de Erro de Separação de Medicamentos	14 15	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Itens separados incorretamente}}{\text{N}^\circ \text{ de itens solicitados no período}} \times 100$

Seguimento Farmacoterapêutico	18	Problemas terapêuticos detectados no perfil farmacoterapêutico	33 34	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de problemas detectados no perfil farmacoterapêutico}}{\text{N}^\circ \text{ total de perfis farmacoterapêuticos realizados}} \times 100$	9	Taxa de Avaliação Farmacêutica	16 -	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados com prescrição avaliada}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes-dia no período}} \times 100$
	19	Seguimento farmacoterapêutico ao paciente	35	Somatório do n° de pacientes em seguimento farmacoterapêutico atendidos				
	20	Notificação de eventos adversos aos medicamentos	36	Somatório dos eventos adversos aos medicamentos detectados	10	Índice de Notificações de Reação Adversa a Medicamento	17 -	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de notificações de RAM em pacientes internados}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia no período}} \times 1000$
Farmacotécnica	21	Desvios de qualidade na Farmacotécnica Hospitalar	37 38	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens com desvios de qualidade}}{\text{N}^\circ \text{ de itens produzidos}} \times 100$	11	Taxa de Erro em Operação Farmacotécnica	18 19	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de operações farmacotécnicas não-conformes}}{\text{N}^\circ \text{ total de operações farmacotécnicas realizadas no período}} \times 100$
Informação de Medicamentos	22	Solicitação de informação sobre medicamentos	39 40	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informações atendidas}}{\text{N}^\circ \text{ de informações solicitadas pela equipe de saúde}} \times 100$				
Ensino	23	Educação Continuada – Treinamento horas/homem	41 42	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas homem de treinamento realizado}}{\text{N}^\circ \text{ total de horas homem de treinamento necessário}} \times 100$	12	Índice de Treinamento de Profissionais de Farmácia	20 -	$\frac{\Sigma (\text{N}^\circ \text{ de funcionários participantes em atividades de treinamento} \times \text{carga horária da atividade})}{\text{N}^\circ \text{ de funcionários ativos no período}}$
Pesquisa	24	Participação em atividades científicas	43 44	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participações científicas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de participações científicas programadas}} \times 100$				
RESULTADO			44	VARIÁVEIS – (CIPRIANO 2004)		RESULTADO	20	VARIÁVEIS DA TESE

Fonte: Cipriano (2009).

ANEXO 3

SUGESTÕES DE INDICADORES CONFORME RODRIGUES E TUMA, 2011.

PROCESSOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	INDICADORES
Recebimento	% de erros na nota fiscal, por fornecedor
	Número de notificações de penalizações emitidas
Aquisição - Fornecedores	Novos produtos testados com menor preço
	Taxa de não conformidades na entrega
	Economia gerada por preços negociados
	Valor de compra de itens A da curva ABC
	Giro de estoque
	Compras de urgência
Padronização	Índice de medicamentos não padronizados prescritos
	% de adesão à padronização
Abastecimento	Taxa de erros de inventário
	Taxa de medicamentos em falta
	Valor de produtos perdidos por vencimento
	Índice de não atendimento a unidades clínicas
Educação continuada	Número de horas/homem de treinamento
	Treinamentos técnicos realizados
Farmacovigilância	Notificações de reações adversas a medicamentos
	Notificações de desvios técnicos de qualidade
	Interações medicamentosas identificadas
Dispensação	Número de itens dispensados
	Número de Kits cirúrgicos preparados
	Valor dos medicamentos dispensados
	Índice de devoluções
	% de erros de dispensação
	Índice de devoluções
Atenção Farmacêutica	Índice de erros e erros potenciais
	Pacientes orientados
	% de prescrições avaliadas pelo farmacêutico
	Número de intervenções farmacêuticas realizadas
	Taxa de não aderência à recomendação de adequação da prescrição de ATB
	Informações sobre medicamentos solicitados/fornecidos
	Número de pacientes com acompanhamento farmacoterapêutico

Legenda: ATB-Antimicrobianos

Fonte: Rodrigues e Tuma, 2011.

ANEXO 4

INDICADORES PROPOSTOS PARA A AVALIAÇÃO NORMATIVA DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO RIO DE JANEIRO EM OUTUBRO DE 2008

Componente	Denominação do Indicador
Gerenciamento	<p>FH que possuem manual de normas e procedimentos.</p> <p>FH que estão inseridas formalmente no organograma do hospital.</p> <p>Hospitais que possuem organograma.</p> <p>FH que, dentro do organograma, estão ligadas diretamente à área clínica ou à direção geral.</p> <p>FH que desenvolvem planejamento de objetivos e metas com periodicidade anual ou maior.</p> <p>FH que possuem programação anual ou maior para capacitação de recursos humanos.</p> <p>FH que possuem farmacêuticos com curso de pós-graduação.</p> <p>FH que possuem farmacêuticos com curso de pós-graduação <i>strictu sensu</i></p> <p>FH que possuem farmacêutico.</p> <p>FH que possuem recursos de informática para utilização em atividades clínicas.</p> <p>FH que trabalham com produtos médico-hospitalares além de medicamentos.</p> <p>(INDICADOR INFORMATIVO)</p> <p>Hospitais em que o farmacêutico hospitalar participa efetivamente na CCIH.</p> <p>Hospitais em que o farmacêutico hospitalar participa efetivamente na EMTN.</p>
Seleção	<p>Hospitais que possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica funcionando regularmente.</p> <p>Hospitais que possuem Relação de Medicamentos atualizada.</p> <p>Hospitais em que existem protocolos terapêuticos.</p> <p>Hospitais em que existe formulário ou guia farmacoterapêutico.</p>
Logística Programação	<p>FH em que há programação para abastecimento dos medicamentos selecionados.</p> <p>FH que possuem todos os medicamentos indicadores disponíveis em estoque.</p> <p>FH que utilizam a curva ABC para programação, dentre aqueles que possuem uma relação de produtos para compra.</p> <p>FH que utilizam curva ABC para programação, dentre aquelas que especificam quantidade de compra.</p>

Componente	Denominação do Indicador
Logística Aquisição	<p>Hospitais que possuem cadastro de fornecedores, dentre aqueles que realizam aquisição de medicamentos.</p> <p>Hospitais onde, havendo alguma especificação técnica elaborada para a compra, estas são elaboradas pelo farmacêutico.</p> <p>Hospitais onde existem algumas das especificações técnicas da compra, dentre os que compram.</p> <p>Hospitais nos quais o farmacêutico realiza as especificações completas da compra, dentre os que realizam aquisição</p> <p>Hospitais que se utilizam de banco de preços para acompanhamento dos processos de compra, dentre os que compram.</p>
Logística Armazenamento	<p>FH que possuem sistema de controle de estoque na central de abastecimento farmacêutico.</p> <p>FH que possuem sistema de controle de estoque no almoxarifado de medicamentos.</p> <p>FH que possuem sistema de controle de estoque informatizado no almoxarifado de medicamentos, dentre as que possuem controle de estoque</p>
Distribuição	<p>Porcentagem média de adequação das práticas de estocagem de medicamentos na CAF ou no almoxarifado de medicamentos.</p> <p>FH onde o registro do estoque corresponde à contagem física para os medicamentos estocados na CAF ou no almoxarifado de medicamentos.</p> <p>Porcentagem média de medicamentos indicadores no prazo de validade na farmácia hospitalar.</p> <p>Porcentagem média de cumprimento das boas práticas de dispensação de medicamentos nas FH.</p> <p>FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema de distribuição de medicamentos por prescrição individualizada.</p> <p>FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema coletivo.</p> <p>FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema misto.</p> <p>FH que distribuem medicamentos para os pacientes internados utilizando o sistema de dose unitária</p> <p>FH que possuem farmácia(s) satélite(s).(INDICADOR INFORMATIVO)</p>
Informação	<p>FH que desenvolvem atividade de informação com algum nível de formalização.</p> <p>Porcentagem média de atendimento de solicitações sobre informação de medicamentos</p> <p>FH que desenvolvem atividades educativas com os pacientes</p> <p>FH que dispõem pelo menos de fontes de informação terciárias</p>

Componente	Denominação do Indicador
Seguimento Farmacoterapêutico	<p>FH em que o farmacêutico participa da visita médica ou realiza visita específica</p> <p>FH que realizam consulta farmacêutica formal a pacientes internados</p> <p>FH que dispõem de ficha farmacoterapêutica de pacientes internados</p> <p>Hospitais, dos que realizam atividade de monitoração terapêutica em pacientes hospitalizados, que contam com a participação da FH nesta atividade. (INDICADOR INFORMATIVO)</p> <p>FH que realizam formalmente atividades de farmacovigilância</p>
Farmacotécnica	<p>FH que realizam fracionamento de medicamentos.</p> <p>FH que realizam preparação de formulações não estéreis.</p> <p>Porcentagem média de adequação das condições para a realização do fracionamento e/ou preparação de medicamentos não estéreis.</p> <p>FH que realizam preparação de Nutrição Parenteral.</p> <p>Porcentagem média de adequação das condições de preparação de Nutrição Parenteral na FH.</p> <p>FH que realizam preparação de misturas IV.</p> <p>Porcentagem média de adequação das condições de preparação de misturas IV na FH.</p> <p>FH que realizam preparação de QT.</p> <p>Porcentagem média de adequação das condições de preparação de QT na FH.</p> <p>FH que, executando manipulação e/ou fracionamento de não estéreis, contemplam controle de qualidade dos mesmos.</p> <p>FH que contemplam controle de qualidade dos medicamentos fracionados</p>
Ensino e Pesquisa	<p>FH que oferecem programas ou atividades para formação profissional</p> <p>FH cujos integrantes publicam trabalhos científicos</p> <p>FH que realizam sessão científica periódica</p> <p>FH que participam de atividades de pesquisa no hospital</p>

FH = Farmácia(s) Hospitalar(es) / CCIH = Comissão de Controle de Infecção Hospitalar / EMTN = Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional / CAF = Central de Abastecimento Farmacêutico / IV = Intravenosa / QT = Quimioterapia Antineoplásica / NA = Indicador não atendido

Fonte: Silva *et al* (2013)

ANEXO 5

INDICADORES ESPECÍFICOS DE RESULTADOS SELECIONADOS PARA AVALIAÇÃO DAS FARMÁCIAS DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO RIO DE JANEIRO

Componente	Indicador
Gerenciamento	Comissões institucionais onde existem profissionais vinculados à farmácia hospitalar atuantes.
	Metas estabelecidas cumpridas.
	Atividades da farmácia hospitalar que possuem procedimentos (POP) escritos e atualizados.
	Itens dos procedimentos (POP) realizados adequadamente.
Programação	Medicamentos disponíveis nas quantidades necessárias
	Medicamentos programados para a aquisição com especificação detalhada.
	Medicamentos disponíveis em tempo oportuno
	Medicamentos especificados para a compra em adequação à lista de medicamentos selecionados
	Informações atualizadas sobre o consumo físico de medicamentos.
	Medicamentos dentro do prazo de validade.
Aquisição	Fornecedores qualificados avaliados tecnicamente.
	Medicamentos adquiridos em adequação à lista de medicamentos selecionados.
	Medicamentos adquiridos em adequação à especificação solicitada.
Armazenamento	Unidades de medicamentos perdidos
	Medicamentos recebidos em adequação ao parecer técnico.
Distribuição	Medicamentos distribuídos erradamente em um turno de trabalho.

Fonte: Silva *et al* (2013)

APÊNDICE 1

MODELO DE MATRIZ DE DECISÃO APLICADO NO ESTUDO

Nº	INDICADOR	CRITÉRIOS* E PONDERAÇÕES(PESOS)**																				NOTA FINAL
		1	P	2	P	3	P	4	P	5	P	6	P	7	P	8	P	9	P	10	P	
1	Devolução de medicamento (DEV MED)		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
2	Erro de Medicação na Triagem e Separação (EMTS)		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
3	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com divergências de medicamentos		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
4	Controle de contagem do centro cirúrgico: formulários com erro de preenchimento		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
5	Indicador de Controle de Faltas		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
6	Indicador de intervenções farmacêuticas (IF) realizadas na Central de Quimioterapia		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
7	Indicador de Erros nos Processos Farmacêuticos da Central de Quimioterapia		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
8	Número de Queixas Técnicas de Medicamentos na Unidade		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
9	Número de Notificações de Reações Adversas a Medicamentos (RAM)		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
10	Total de Receitas Médicas do Ambulatório		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
11	Indicador de atendimento dos itens prescritos nas receitas médicas		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
12	Total de Pacientes atendidos no ambulatório		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
13	Erros de Dispensação Ambulatorial evitados		5		5		4		4		2		2		4		5		4		1	
CRITÉRIOS*																						PESO (P)**
1	Validade: (sensibilidade/especificidade)																					5
2	Confiabilidade:																					5
3	Disponibilidade/Mensurabilidade:																					4
4	Simplicidade:																					4
5	Comparabilidade:																					2
6	Exatidão:																					2
7	Abrangência/Representatividade:																					4
8	Pertinência:																					5
9	Custo-efetividade:																					4
10	Ética:																					1

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO INDICADOR DE DEVOLUÇÃO, UTILIZADO ATUALMENTE NO SERVIÇO



Indicadores de Qualidade

		Andar		Data						
Leito										
Matricula										
Erro de Dispensação	Triagem Separação	<input type="checkbox"/>	Triagem Separação	<input type="checkbox"/>	Triagem Separação	<input type="checkbox"/>	Triagem Separação	<input type="checkbox"/>	Triagem Separação	<input type="checkbox"/>
	<u>SOS</u>		<u>SOS</u>		<u>SOS</u>		<u>SOS</u>		<u>SOS</u>	
	Metoclopr. Cp	<input type="checkbox"/>	Metoclopr. Cp	<input type="checkbox"/>	Metoclopr. Cp	<input type="checkbox"/>	Metoclopr. Cp	<input type="checkbox"/>	Metoclopr. Cp	<input type="checkbox"/>
	Tramadol	<input type="checkbox"/>	Tramadol	<input type="checkbox"/>	Tramadol	<input type="checkbox"/>	Tramadol	<input type="checkbox"/>	Tramadol	<input type="checkbox"/>
	Morfina	<input type="checkbox"/>	Morfina	<input type="checkbox"/>	Morfina	<input type="checkbox"/>	Morfina	<input type="checkbox"/>	Morfina	<input type="checkbox"/>
	Clonidina	<input type="checkbox"/>	Clonidina	<input type="checkbox"/>	Clonidina	<input type="checkbox"/>	Clonidina	<input type="checkbox"/>	Clonidina	<input type="checkbox"/>
	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>
	<u>Recusa</u>		<u>Recusa</u>		<u>Recusa</u>		<u>Recusa</u>		<u>Recusa</u>	
	Óleo Mineral	<input type="checkbox"/>	Óleo Mineral	<input type="checkbox"/>	Óleo Mineral	<input type="checkbox"/>	Óleo Mineral	<input type="checkbox"/>	Óleo Mineral	<input type="checkbox"/>
	Lactulose	<input type="checkbox"/>	Lactulose	<input type="checkbox"/>	Lactulose	<input type="checkbox"/>	Lactulose	<input type="checkbox"/>	Lactulose	<input type="checkbox"/>
Poliestirenos.	<input type="checkbox"/>	Poliestirenos.	<input type="checkbox"/>	Poliestirenos.	<input type="checkbox"/>	Poliestirenos.	<input type="checkbox"/>	Poliestirenos.	<input type="checkbox"/>	
Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	
Devolução	<u>Alteração</u>		<u>Alteração</u>		<u>Alteração</u>		<u>Alteração</u>		<u>Alteração</u>	
	<u>Não Justificado</u>		<u>Não Justificado</u>		<u>Não Justificado</u>		<u>Não Justificado</u>		<u>Não Justificado</u>	
	<u>Checado porém devolvido</u>		<u>Checado porém devolvido</u>		<u>Checado porém devolvido</u>		<u>Checado porém devolvido</u>		<u>Checado porém devolvido</u>	
	<u>Alta/Óbito/Transf.</u>		<u>Alta/Óbito/Transf.</u>		<u>Alta/Óbito/Transf.</u>		<u>Alta/Óbito/Transf.</u>		<u>Alta/Óbito/Transf.</u>	

Observações pertinentes:

APÊNDICE 3

FORMULÁRIO DE REGISTRO DAS DEVOLUÇÕES PARA ENTRADA NO SISTEMA



Devolução de Medicamentos

Setor: _____

Data: ____/____/____

Recebido por: _____

Código	Medicamento	Lote	Validade	Quant.
430	ÁCIDO ÉPSILON AMINOCAPRÓICO 200 mg/ml 20 ml FA			
481	ÁCIDO ÉPSILON AMINOCAPRÓICO 500 mg CP			
545	ÁCIDO FÓLICO 5 mg CP			
216	ALBUMINA HUMANA 200 mg/ml 50 ml FA			
393	AMIODARONA, CLORIDRATO 50 mg/ml 3 ml AM			
137	AMIODARONA, CLORIDRATO 200 mg CP			
3	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 mg CP			
631	AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÂNICO 1g + 200 mg FA			
49	AMPICILINA SÓDICA 1 g FA			
328	ANLODIPINA, BESILATO 5 mg CP			
470	ATENOLOL 50 mg CP			
427	BISACODIL 5 mg DR			
165	BROMOPRIDA 10 mg CP			
166	BROMOPRIDA 5 mg/ml 2 ml AM			
192	BUTILESCOPOLAMINA, BROMETO 10 mg DR			
193	BUTILESCOPOLAMINA, BROMETO 20 mg/ml 1 ml AM			
614	CAPTOPRIL 12,5 mg CP			
144	CAPTOPRIL 25 mg CP			
1070	CARVEDILOL 12,5 mg CP			
529	CARVEDILOL 3,125 mg CP			
45	CEFAZOLINA 1 g FA			
338	CEFEPIMA, CLORIDRATO 2 g FA			
47	CEFTRIAXONA, SÓDICA 1 g FA			
63	CIPROFLOXACINA 2 mg/ml 100 ml FA			
62	CIPROFLOXACINA 500 mg CP			
690	CITALOPRAM 20 mg CP			
576	CLONIDINA, CLORIDRATO 100 mcg CP			
213	DEXAMETASONA 4 mg/ml 2,5 ml FA			
212	DEXAMETASONA 4 mg CP			
879	DEXMEDETOMIDINA 100 mcg/ml 2 ml FA			
577	DIAZEPAM 5 mg CP			

Código	Medicamento	Lote	Validade	Quant.
6	DIAZEPAM 10 mg CP			
7	DIAZEPAM 5 mg/ml 2 ml AM			
1	DIPIRONA SÓDICA 500 mg/ml 2 ml AM			
1197	ENALAPRIL 10 mg CP			
1198	ENOXAPARINA SÓDICA 20 mg/0,2 ml SR			
1199	ENOXAPARINA SÓDICA 40 mg/0,4 ml SR			
1280	ENOXAPARINA SÓDICA 60 mg/0,6 ml SR			
1200	ENOXAPARINA SÓDICA 80 mg/0,8 ml SR			
11	FENTOÍNA SÓDICA 50 mg/ml 5 ml AM			
25	FENTANIL, CITRATO 78,5 mcg/ml 10 ml FA			
220	FUROSEMIDA 10 mg/ml 2 ml AM			
219	FUROSEMIDA 40 mg CP			
954	GABAPENTINA 300 mg CP			
771	GABAPENTINA 400 mg CP			
252	GLICOSE, SOLUÇÃO 50% 10 ml AM			
400	HALOPERIDOL 5 mg/ml 1ml AM			
758	HIDRALAZINA 25 mg CP			
1061	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg CP			
778	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 100 mg FA			
214	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500 mg FA			
534	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20 mg CP			
280	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 mcg CP			
582	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 mcg CP			
566	LOPERAMIDA, CLORIDRATO 2 mg CP			
1285	LOSARTANA, POTÁSSICA 50 mg CP			
1582	MAGNÉSIO, SULFATO 10% 0,8 meq/mL 10 mL AM			
899	MEROPENEM 1 g FA			
172	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10 mg CP			
173	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5 mg/ml 2 ml AM			
226	METRONIDAZOL 250 mg CP			
227	METRONIDAZOL 5 mg/ml 100 ml SOLUÇÃO INJETÁVEL FR			
540	MIDAZOLAM 5 mg/ml 10 ml AM			
1063	MORFINA, SULFATO 1 mg/ml 2 ml AM			
29	MORFINA, SULFATO 10 mg/ml 1 ml AM			
26	MORFINA, SULFATO 10 mg CP			
27	MORFINA, SULFATO 30 mg CP			
329	NOREPINEFRINA 1 mg/ml 4 ml AM			
495	OMEPRAZOL 20 mg CS			

APÊNDICE 4

PROPOSTA DE UNIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DO INDICADOR COM O FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ENTRADA NO SISTEMA



DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

Data: ____/____/____ **Registrado por:** _____ **Setor:** _____ **Farm. Resp. pela digitalização dos totais:** _____

Código	Medicamento	Lote	Validade	Quantidade Total	Quantidade de acordo com o motivo da devolução				
					S.O.S	Recusa	Alter.	A/O/T	NJ
ANTIMICROBIANOS									
631	AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÂNICO 1g + 200 mg FA								
49	AMPICILINA SÓDICA 1 g FA								
45	CEFAZOLINA 1 g FA								
338	CEFEPIMA, CLORIDRATO 2 g FA								
47	CEFTRIAXONA, SÓDICA 1 g FA								
63	CIPROFLOXACINA 2 mg/ml 100 ml FA								
62	CIPROFLOXACINA 500 mg CP								
899	MEROPENEM 1 g FA								
226	METRONIDAZOL 250 mg CP								
227	METRONIDAZOL 5 mg/ml 100 ml SOLUÇÃO INJETÁVEL FR								
51	OXACILINA 500 mg FA								
1365	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 g + 500 mg FA								
56	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 mg + 80 mg CP								

Código	Medicamento	Lote	Validade	Quantidade Total	Quantidade de acordo com o motivo da devolução				
					S.O.S	Recusa	Alter.	A/O/T	NJ
57	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 80 mg + 16 mg/ml 5ml AM								
70	VANCOMICINA, CLORIDRATO 500 mg FA								
OUTROS									
TOTAL DE DEVOLUÇÕES DE ANTIMICROBIANOS				()	()	()	()	()	()
ANTICOAGULANTES									
1198	ENOXAPARINA SÓDICA 20 mg/0,2 ml SR								
1199	ENOXAPARINA SÓDICA 40 mg/0,4 ml SR								
1280	ENOXAPARINA SÓDICA 60 mg/0,6 ml SR								
1200	ENOXAPARINA SÓDICA 80 mg/0,8 ml SR								
OUTROS									
TOTAL DE DEVOLUÇÕES DE ANTICOAGULANTES				()	()	()	()	()	()
MEDICAMENTOS CONTROLADOS PELA PORTARIA 344									
690	CITALOPRAM 20 mg CP								
577	DIAZEPAM 5 mg CP								
6	DIAZEPAM 10 mg CP								
7	DIAZEPAM 5 mg/ml 2 ml AM								
11	FENITOÍNA SÓDICA 50 mg/ml 5 ml AM								
25	FENTANIL, CITRATO 78,5 mcg/ml 10 ml FA								
954	GABAPENTINA 300 mg CP								
771	GABAPENTINA 400 mg CP								
400	HALOPERIDOL 5 mg/ml 1ml AM								
540	MIDAZOLAM 5 mg/ml 10 ml AM								
1063	MORFINA, SULFATO 1 mg/ml 2 ml AM								
29	MORFINA, SULFATO 10 mg/ml 1 ml AM								
26	MORFINA, SULFATO 10 mg CP								
27	MORFINA, SULFATO 30 mg CP								
329	NOREPINEFRINA 1 mg/ml 4 ml AM								
450	TRAMADOL, CLORIDRATO 50 mg/ml 2 ml AM								
5	TRAMADOL, CLORIDRATO 50 mg CP								

Código	Medicamento	Lote	Validade	Quantidade Total	Quantidade de acordo com o motivo da devolução				
					S.O.S	Recusa	Alter.	A/O/T	NJ
OUTROS									
TOTAL DE DEVOLUÇÕES DE CONTROLADOS				()	()	()	()	()	()
OUTROS MEDICAMENTOS									
430	ÁCIDO ÉPSILON AMINOCAPRÓICO 200 mg/ml 20 ml FA								
481	ÁCIDO ÉPSILON AMINOCAPRÓICO 500 mg CP								
545	ÁCIDO FÓLICO 5 mg CP								
216	ALBUMINA HUMANA 200 mg/ml 50 ml FA								
393	AMIODARONA, CLORIDRATO 50 mg/ml 3 ml AM								
137	AMIODARONA, CLORIDRATO 200 mg CP								
3	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 mg CP								
328	ANLODIPINA, BESILATO 5 mg CP								
470	ATENOLOL 50 mg CP								
427	BISACODIL 5 mg DR								
165	BROMOPRIDA 10 mg CP								
166	BROMOPRIDA 5 mg/ml 2 ml AM								
192	BUTILESCOPOLAMINA, BROMETO 10 mg DR								
193	BUTILESCOPOLAMINA, BROMETO 20 mg/ml 1 ml AM								
614	CAPTOPRIL 12,5 mg CP								
144	CAPTOPRIL 25 mg CP								
1070	CARVEDILOL 12,5 mg CP								
529	CARVEDILOL 3,125 mg CP								
576	CLONIDINA, CLORIDRATO 100 mcg CP								
213	DEXAMETASONA 4 mg/ml 2,5 ml FA								
212	DEXAMETASONA 4 mg CP								
879	DEXMEDETOMIDINA 100 mcg/ml 2 ml FA								
1	DIPIRONA SÓDICA 500 mg/ml 2 ml AM								
1197	ENALAPRIL 10 mg CP								
220	FUROSEMIDA 10 mg/ml 2 ml AM								
219	FUROSEMIDA 40 mg CP								

Código	Medicamento	Lote	Validade	Quantidade Total	Quantidade de acordo com o motivo da devolução				
					S.O.S	Recusa	Alter.	A/O/T	NJ
758	HIDRALAZINA 25 mg CP								
1061	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg CP								
778	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 100 mg FA								
214	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500 mg FA								
534	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20 mg CP								
280	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 mcg CP								
582	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 mcg CP								
566	LOPERAMIDA, CLORIDRATO 2 mg CP								
1285	LOSARTANA, POTÁSSICA 50 mg CP								
172	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10 mg CP								
173	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5 mg/ml 2 ml AM								
495	OMEPRAZOL 20 mg CS								
491	OMEPRAZOL 40 mg FA								
169	ONDANSETRONA, CLORIDRATO 2 mg/ml 4 ml AM								
170	ONDANSETRONA, CLORIDRATO 8 mg CP								
20	PARACETAMOL + CODEÍNA 500 mg + 30 mg CP								
127	PARACETAMOL 500 mg CP								
488	POLIESTIRENOSSULFONATO DE CÁLCIO 30 g EN								
136	PROMETAZINA, CLORITRATO 25 mg/ml 2 ml AM								
135	PROMETAZINA, CLORITRATO 25 mg CP								
190	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 mg CP								
579	RANITIDINA, CLORIDRATO 150 mg CP								
296	RANITIDINA, CLORIDRATO 300 mg CP								
297	RANITIDINA, CLORIDRATO 25 mg/ml 2 ml AM								
1324	SINVASTATINA 40 mg CP								
687	TENOXICAM 20 mg CP								
686	TENOXICAM 20 mg IM e IV FA								

Legenda: S.O.S (se necessário), Alter.(alteração/substituição), A(alta), O(óbito), T (transferência), NJ (não justificado)

