

**DOI:** <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i1.328>**Data de recebimento:** 14/11/2017**Data de Aceite:** 14/03/2018**Editora Executiva:** Lara Jansiski Motta**Editora Científica:** Sonia Monken**Avaliação:** Double Blind Review pelo SEER/OJS**Revisão:** Gramatical, normativa e de formatação**FARMÁCIA HOSPITALAR E O MODELO DE GESTÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**<sup>1</sup>Cleiton Bueno da Silva<sup>2</sup>Mercia Pandolfo Provin<sup>3</sup>Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira**RESUMO**

Os modelos de gestão público/privado, como as Organizações Sociais de Saúde, propostas pela Reforma Gerencial Brasileira da década de 1990, dividem opiniões entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Com base nesse cenário, o presente estudo objetivou analisar comparativamente os Serviços de Farmácia Hospitalar (SFH), segundo o modelo de gestão de hospitais públicos. Trata-se de um estudo comparativo, transversal do tipo analítico-descritivo. Foram incluídos na pesquisa 4 hospitais localizados na região Centro-Oeste do Brasil, sendo dois de administração pública direta (G1APD) e dois administrados por Organizações Sociais de Saúde (G2OSS). Os quatro hospitais selecionados são responsáveis por 43,9 % do total de leitos da região adstrita. Os SFH do G1APD apresentaram resultados mais heterogêneos, e, nesse grupo, a estruturação só foi mais completa que no G2OSS em um dos doze componentes analisados. A diferença entre os grupos foi mais expressiva no tocante ao gerenciamento e aos quatro componentes da logística; de modo particular, no atendimento às boas práticas de armazenamento e dispensação. Pode-se inferir que, com relação à estrutura, a maior adequação às recomendações, bem como o melhor nível de formalização dos processos inerentes ao serviço, ocorre devido à presença de exigências legais que devem ser cumpridas para a manutenção dos Contratos de Gestão celebrados entre as OSS e o Poder Público. Constatou-se que o modelo de Gestão influencia o SFH e, provavelmente, outros subsistemas hospitalares.

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

---

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiás (Brasil). Atualmente é Farmacêutico do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e tutor da área de farmácia no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da SES-GO, Goiás, (Brasil). **Email:** [cleitonbuenosilva@gmail.com](mailto:cleitonbuenosilva@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás – UFG, Goiás (Brasil). Professor adjunto da Universidade Federal de Goiás – UFG, Goiás (Brasil). **Email:** [merciap@gmail.com](mailto:merciap@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás – UFG, Goiás (Brasil). Preside a Comissão de Serviços Farmacêuticos Clínicos do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Goiás, Goiás (Brasil). **Email:** [tatymatteucci@gmail.com](mailto:tatymatteucci@gmail.com)



## HOSPITAL PHARMACY SERVICE, ACCORDING TO THE MANAGEMENT MODEL OF PUBLIC HOSPITALS: A COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN DIRECT PUBLIC ADMINISTRATION AND SOCIAL HEALTH ORGANIZATION

### ABSTRACT

The management models present today in the field of Brazilian public health, from the Managerial Reform of the 1990's, still share opinions among researchers, managers, workers and users of health services, especially regarding the performance of so-called Social Health Organizations (OSS, in Portuguese). Based on this scenario, the present study aimed to comparatively analyze the Hospital Pharmacy Services (SFH). It is, therefore, a comparative, transversal study of the analytic-descriptive type. Four hospitals located in the Center-West region of Brazil were included in the study, two of them being of direct public administration (G1APD) and two administered by Social Health Organizations (G2OSS). These hospitals selected for the survey accounted for 43.9% of the total hospital-beds in the region. The group of direct public administration (G1APD) presented heterogeneous results, and in this group, the structuring was only more complete in one of the twelve components analyzed. It is pointed out that the difference between the groups was numerically more expressive regarding the management and the four components of logistics; in particular, in meeting good storage and dispensing practices. It can be inferred that in relation to the structure, the greater adequacy and compliance with the recommendations, as well as the better formalization of the processes inherent to the service, occur due to the presence of legal requirements that must be fulfilled for the maintenance of the Management Agreements concluded between the OSS and the Public Power. It was verified that the Management model influences SFH and, probably, other hospital subsystems.

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

### INTRODUÇÃO

Por mais protagônico que seja o sistema de atenção domiciliar e ambulatorial, os hospitais cumprem papel fundamental nas redes de atenção à saúde, pois sempre haverá condições que exijam o cuidado hospitalar, sendo neles referendados e atendidos os casos de média e alta complexidade (Rosa, 2014).

No entanto, nas últimas décadas, vem se observando problemas financeiros, estruturais e organizacionais vividos pelos hospitais brasileiros, principalmente os públicos, com repercussões na assistência, na formação dos profissionais da saúde e no desenvolvimento de pesquisas. Esses transtornos vividos pelos hospitais públicos podem ser atribuídos, em parte, ao elevado custo da assistência, somados aos limitados recursos destinados à área, ao reduzido controle social, ao clientelismo para ocupação de cargos de gerência, à corrupção, entre outros fatores (Azevedo, 1995; Bonacim & Araujo, 2011).

Diante desse cenário, alguns entes públicos passaram a adotar a gestão dos hospitais públicos por meio das organizações públicas não-estatais (OPNE). Essa forma de gestão surgiu em meados da década de 1990, com a finalidade de promover e transformar o Estado brasileiro. Tal proposta fazia parte de um conjunto de reformas apresentadas pelo governo Fernando Henrique

Cardoso (FHC), que incluía privatizações, publicizações e terceirizações do fundo público (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado [MARE], 1995).

As Organizações Sociais em Saúde (OSS), um tipo de OPNE, já são realidade em inúmeros hospitais pelo país. Sua implantação sempre é acompanhada de intenso debate político e social entre aqueles que as defendem e os que as repudiam. Isso porque, de modo geral, quando avaliadas sob a ótica da gestão orçamentária e financeira, as vantagens do modelo das organizações sociais são significativas e apontam para uma vantagem sobre o modelo de administração direta (AD).

No entanto, quando avaliadas com base na lógica da legitimidade pública e social, as instituições sob administração direta mostram-se preferíveis, evidenciando a não consensualidade do tema. (Cardoso, 2012; Ribeiro, 2012; Banco Mundial, 2010; Souza & Almeida, 2010)

Percebe-se, então, que o melhor formato para administrar os serviços de saúde divide opiniões; porém, a necessidade de aperfeiçoamento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é um entendimento comum. Nesse sentido, a busca por excelência faz com que os subsistemas hospitalares, independentemente do modelo de gestão institucional adotado, tenham



de absorver rapidamente novos conceitos e práticas de gestão. Neste contexto, o Serviço de Farmácia Hospitalar (SFH) configura-se como um dos principais ordenadores da assistência farmacêutica hospitalar; é resultado da complexidade do hospital, sendo estritamente interdependente de suas características.

O SFH deve ordenar os preceitos das entidades de saúde e órgãos reguladores, ao mesmo tempo em que se alinha às políticas e convenções da administração da instituição de saúde (AD, OSS, empresa pública, etc.), contribuindo para um ambiente com flexibilidade, agilidade, criatividade, eficiência, equidade e participação social (Cipriano, 2009).

Logo, conhecer a lógica de cada modelo de gestão e o cenário no qual o SFH está inserido é fundamental, tanto para o planejamento estratégico do serviço quanto para o desenvolvimento de competências profissionais ajustadas à necessidade.

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

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal do tipo analítico-descritivo, comparativo, realizado no período de maio a agosto de 2016 e aprovado pelo Comitê de Ética local, sob o protocolo 1.412.766 de 2016. O objeto de estudo foi o serviço de farmácia hospitalar de hospitais públicos de duas capitais localizadas na região Centro-Oeste do Brasil.

A escolha dessas duas cidades da região Centro-Oeste como local de estudo considerou que a rede urbana brasileira está organizada em sistemas urbano-regionais, norteadas pelas principais metrópoles do país.

Nas cidades escolhidas, observa-se dupla polarização. Isso ocorre devido à equivalência entre essas duas, bem como pela curta distância

entre elas, conduzindo à consolidação de um forte eixo, visto que essas duas áreas metropolitanas são as de maior crescimento populacional, bem como as de maior expansão do PIB no Brasil. Juntas, formam o terceiro mercado consumidor do país, superado apenas pelas regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro.

Assim, a consubstanciação desse eixo econômico conduz, inevitavelmente, a uma forte pressão demográfica (6,8 milhões de habitantes), implicando, conseqüentemente, maior demanda por serviços (Miragaya, 2014).

A amostra foi constituída por todos os SFH dos hospitais considerados de grande porte nas cidades nas referidas capitais, inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo os critérios de classificação do Ministério da Saúde [MS] (1977), com natureza jurídica pública, geridos por Administração Direta (AD) ou por uma das formas da Gestão Compartilhada (OPNE).

Os Hospitais Universitários, em fase de transição de gestão (administração direta para empresa pública), foram excluídos do estudo por ainda não contarem com uma primeira gestão consolidada. Atenderam aos critérios: seis instituições hospitalares, sendo três em cada modalidade de gestão.

Entretanto, apenas quatro concordaram em participar do estudo, correspondendo a dois hospitais gerais terciários e dois hospitais especializados. Sendo um hospital geral e um especializado sob Administração Pública Direta (G1APD) e um hospital geral e um especializado sob Gestão por OSS (G2OSS)

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

O Quadro 1 correlaciona as técnicas de coleta de dados com os módulos analíticos e o instrumento.

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

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

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

As variáveis estudadas relacionavam-se com o SFH e o hospital. Elas também foram organizadas em doze módulos analíticos, conforme sintetizado no Quadro 2. Os dados foram analisados e sumarizados quanto a

presença ou ausência (e frequência absoluta, quando numérico) e comparados entre os grupos. As variáveis foram avaliadas segundo os parâmetros estabelecidos por recomendações e legislações sanitárias vigentes para o setor (Resolução n. 328 da ANVISA, 1999; Resolução n. 134 da ANVISA, 2001; Resolução n. 300 do CFF, 1997; Resolução n. 349 do CFF, 2000; Resolução n. 492 do CFF, 2008; Resolução n. 338 do CNS, 2004; Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar [SBRAFH], 2007).

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

Módulo	Componente	Variáveis
1	Caracterização Geral do Hospital	Corpo clínico, estrutura física, tipo de atendimento, número de leitos, especialidades, organograma e ligação com setor responsável pelos medicamentos.



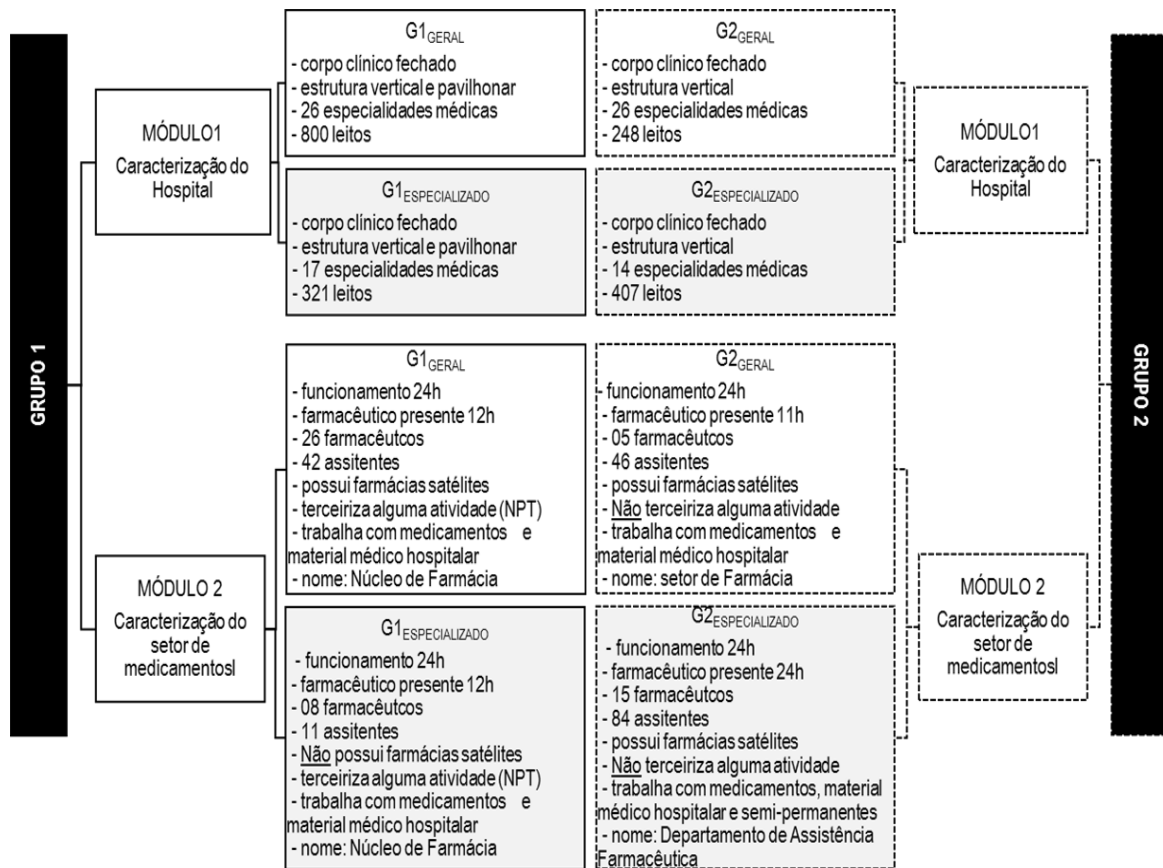
2	Caracterização Geral do Setor Responsável pelos Medicamentos	Estrutura física, horários de funcionamento, localização, serviços prestados e/ou áreas contíguas, atividades terceirizadas, padronização, número de profissionais, cargas horárias e formação.
3	Logística – Programação	Orientações gerais para nortear o processo de requisição de compra (quantidades, análise de estoque, relações de produtos, orçamentos).
4	Logística – Aquisição	Forma e exigências para efetivação da compra (fornecedores, especificações e exigências técnicas, responsável).
5	Logística – Armazenamento	Estrutura, padronização de processos e boas práticas de estocagem (adaptado, RDC n° 134/01).
6	Logística – Distribuição	Sistemas de distribuição, controle de validade, boas práticas de dispensação (adaptado, RDC n° 328/99).
7	Gerenciamento	Manuais, normas, procedimentos operacionais padrão (POPs), fluxos de trabalho, metas, comissões, periodicidade das ações e incumbências do setor.
8	Seleção de Medicamentos	Relação de medicamentos selecionados, protocolos, critérios de elegibilidade e suas atualizações.
9	Farmacotécnica	Operacionalização para manipulação de preparações orais, tópicas, retais ou estéreis e nutrições parenterais; e suas normatizações.
10	Informação	Atividades educativas com a equipe; informações sobre medicamentos, demandas, fontes e correlações.
11	Conjunto de serviços clínicos	Medidas que visem assegurar o uso racional de medicamentos e a maximização da efetividade e eficiência de tratamentos farmacológicos (farmacovigilância, atendimento, dados levantados dos pacientes).
12	Ensino e Pesquisa	Serviços oferecidos, produção científica do corpo técnico, atividades de pesquisa e sua periodicidade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dois primeiros módulos analíticos deste estudo possibilitaram a caracterização geral do hospital e do seu SFH (Figura 1). Apoiando-se nesses levantamentos, tem-se que os quatro hospitais analisados se estabelecem como importantes prestadores de serviços para o SUS, totalizando 1776 leitos de internação, o que representa 43,9 % do total regional de leitos em

instituições públicas (Departamento de Informática do SUS [DATASUS], 2016). Todos possuem corpo clínico fechado e número de serviços hospitalares, segundo as especialidades médicas, passíveis de correlação entre os grupos no que se refere à classificação do tipo de serviço: 26 serviços/especialidades para os hospitais gerais; 17 e 14 para os especializados dos Grupos 1 e 2, respectivamente.





**Figura 1** – Caracterização geral dos hospitais públicos em duas capitais da região Centro-Oeste brasileira e de seus respectivos serviços de farmácia hospitalar, Brasil, 2016. Legenda: G1- Hospital público sob Administração Direta, G2- Hospital Público sob Administração de Organizações Sociais de Saúde.

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

A localização do SFH no organograma hospitalar indica o perfil valorizado desse serviço pela gestão hospitalar: enfoque no paciente, quando ligado aos serviços técnicos/clínico-

assistenciais; ou enfoque nos recursos financeiros, quando ligado aos serviços administrativos. Isso impacta diretamente a estruturação dos serviços prestados. A total despadronização dessa inserção entre hospitais dos G1APD e G2OSS demonstra que o enfoque do serviço no paciente não depende do modelo de gestão, e sim da visão institucional.



**Figura 2** – Localização dos serviços de farmácia hospitalar nos organogramas dos hospitais públicos de duas capitais localizadas na região Centro-Oeste brasileira, 2016. Legenda: G1- Hospital Público sob Administração Direta; G2- Hospital Público sob Administração de Organizações Sociais de Saúde.

Os SFH nos hospitais do G2OSS, de modo geral, apresentaram maior participação no processo de programação e aquisição de medicamentos (Quadro 3). Isso pode ser explicado pelo fato que, na administração pública direta, o processo de aquisição é regulado pela Lei de Licitação 8.666/90, e que é um processo burocrático, com tempos regimentais que tornam o processo de compra complexo, necessitando de equipe especializada (Batista & Maldonado, 2008).

O processo licitatório possui todo um arcabouço normativo-legal próprio o que explica as diferenças encontradas no subitem aquisição, como exemplo a relação com os fornecedores, uma vez que a lógica para a seleção desses é um ato completamente impessoal e regida por edital (Dalarmi, 2010).

Todos os SFH encontravam-se na mesma edificação das unidades clínicas, o que atende à recomendação da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH, 2007). Embora haja especificações e recomendações para a área física mínima do serviço, nenhum dos hospitais soube informar a área física total destinada a este. Contudo, observa-se que a conservação da estrutura física da área de estocagem mostrou-se

mais fragilizada no G1APD (Quadro 3), revelando a dificuldade na manutenção predial nesse grupo de hospitais públicos. Infere-se que uma das explicações para tal fato seja a falta de investimentos públicos, principalmente nos últimos anos (Bonacim & Araujo, 2011).

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

**Quadro 3** – Características das etapas da logística dos medicamentos desenvolvidas pelo serviço de farmácia hospitalar de hospitais públicos de grande porte em duas capitais da região Centro-Oeste brasileira, 2016.

Etapas da logística	G1APD		G2OSS	
	G1G	G1E	G2G	G2E
<b>Programação</b>				
Cálculo do lote de compra (quantidade a se comprar)	X	X	X	X
Relação de produtos para orientação do processo de compra	X	X	X	X



Uso de curva ABC para orientação de compra	-	-	X	X
Dados informacionais para cálculo de programação				
Estoque disponível	X	X	X	X
Previsão orçamentária	-	-	-	X
Outro	-	-	-	X
<b>Aquisição</b>				
Possui cadastro de fornecedores	X	X	X	X
Utiliza banco de preços como base nas negociações	-	X	X	X
O farmacêutico é responsável pelas especificações de compra	X	-	X	X
Técnico/auxiliar no processo de compra	-	-	-	X
Solicita do fornecedor:				
Licença de funcionamento	-	X	X	X
Certificado de boas práticas	-	X	X	X
Registro dos medicamentos conferidos no D.O.U.	X	-	X	X
Validade mínima	X	X	X	X
Prazo de entrega	X	X	X	X
Laudo de controle de qualidade	-	-	-	X
Na descrição do produto possui:				
Forma farmacêutica	X	X	X	X
Apresentação	X	X	X	X
Embalagem	-	-	X	X
<b>Armazenamento</b>				
Possui Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	X	X	X	X
Controle ambiental				
Controle de temperatura ambiente	X	-	X	X
Geladeira	X	X	X	X
Termômetro e registro de temperatura para termolábeis	X	X	X	X
Programa de sanitização	X	X	X	X
Movimentação de produto				
Sistema de registro de estoque informatizado	X	X	X	X
Procedimentos para controlar validade próximas de expirar	-	X	X	X
Área separada e identificada para vencidos	-	X	X	X
Área específica para medicamentos sob controle especial	X	X	X	X
Boas práticas de estocagem ( <i>Cheklis</i> RDC nº 134/01)				
Pisos, paredes e tetos em bom estado de conservação	-	X	X	X
Pisos, paredes e tetos de fácil limpeza	-	X	X	X
Proteção contra entrada de roedores, insetos, aves, etc.	-	-	-	-
Aparelhos para refrigeração ambiente	-	-	X	X
Disposição correta/racional (exposição à luz, temperatura e umidade)	X	-	X	X
<b>Distribuição</b>				
Sistema de distribuição de medicamentos adotado:				
Coletivo	-	-	-	-





Misto	X	X	X	X
Dose individualizada	-	-	-	-
Conferência da prescrição pelo farmacêutico (exclusivamente)	-	X	X	X
Notificações de psicoativos vencidos a VISA	-	X	X	X
Boas práticas de dispensação ( <i>Cheklis</i> RDC nº 328/99):				
Equipamento contra incêndios	-	X	X	X
Instalações com boas condições higiênico-sanitárias	-	X	X	-
Local limpo, sem poeira ou sujeira aparente	X	X	X	X
Placa com nome e horário de trabalho do RT	-	-	-	-
Produtos protegidos da ação direta da luz, temperatura e umidade	X	X	X	X
Geladeira e termômetro	X	X	X	X
Notificações de receita com DCB	X	X	X	X

G1APD: Hospital público sob Administração Direta; G2OSS: Hospital Público sob Administração de Organizações Sociais de Saúde; G<sub>G</sub>: hospital geral; G<sub>E</sub>: hospital especializado; X: Presença do item no serviço

No que se refere ao Gerenciamento do SFH, quando observada a programação escrita para capacitação ou treinamento dos recursos humanos, bem como sua periodicidade, os hospitais especializados de cada grupo mostraram evidências de tal prática: no G1APD, conforme demandas (sem cronologia), por meio de livros tipo ata; no G2OSS, com um plano anual de treinamento (Quadro 4).

Costa e Ricaldoni (2011) sugerem que as capacitações sejam semestrais e que o cronograma deve ser escrito, mencionando o assunto, os objetivos, a abordagem, o responsável, a data e a forma de avaliação. Nesse quesito, apenas o SFH especializado do G2OSS aproximou-se do almejado.

Somente a farmácia de um dos hospitais do G1APD não possuía manual de normas e procedimentos instituídos e documentados. Tal manual, para ser considerado válido, deve possuir

pelo menos três dos seis itens contemplados na investigação, quais sejam: Horário de funcionamento; Fluxos de trabalho; Atividades desenvolvidas pelo setor; Procedimento Operacional Padrão (POP) para distribuição de medicamentos; POP para armazenamento; e/ou POP para Farmacotécnica.

Não foi constatado planejamento escrito de objetivos e metas em nenhum dos SFH, bem como a presença do farmacêutico na constituição do Serviço ou Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH/CCIH) e nas Comissões de Suporte Nutricional (CSN), para o G1APD. No G2OSS, verificou-se a participação do farmacêutico na CSN, bem como na declaração da formalização de Responsabilidade Técnica por meio de inscrição no conselho de classe, o que não aconteceu no G1APD. O Quadro 4 resume as informações.

**Quadro 4** – Características dos processos de coordenação do setor de farmácia hospitalar dos hospitais públicos de grande porte em duas capitais da região Centro-Oeste brasileira, 2016.

Processos de coordenação	G1APD		G2OSS	
	G1G	G1E	G2G	G2E
<b>Gerenciamento</b>				
Objetivos e metas (escritos)	-	-	-	-
Programação (escrita) para treinamento de RH	-	-	-	X
Número de profissionais liberados para formação profissional (2015)	NI	NI	1	12
Profissional farmacêutico membro da CCIH	-	-	-	-
Profissional farmacêutico membro da CSN	-	-	X	X



<b>Manual de normas e procedimentos (itens contemplados)</b>				
Horário de funcionamento	NA	X	X	-
Fluxos de trabalho	NA	X	X	-
Atividades desenvolvidas	NA	X	X	X
POP para distribuição de medicamentos	NA	X	X	X
POP para armazenamento de medicamentos	NA	X	X	X
POP para farmacotécnica	NA	NA	NA	NA

G1APD: Hospital público sob Administração Direta; G2OSS: Hospital Público sob Administração de Organizações Sociais de Saúde; G<sub>G</sub>: hospital geral; G<sub>E</sub>: hospital especializado; X: Presença do item no serviço; NA: não se aplica; NI: não informado.

Uma das maiores diferenças encontradas entre os grupos está no desenvolvimento de atividades clínicas, onde os hospitais do G2OSS atenderam em média a 81% dos quesitos avaliados, enquanto que os hospitais do GAPD atenderam a somente 57,1%. As OSS, por força contratual, precisam buscar a acreditação hospitalar, que é um processo de avaliação e certificação da qualidade, a presença de um farmacêutico clínico é uma exigência frequente nos processos de acreditação.

Embora não haja nenhuma força legal que induza os hospitais de administração direta buscarem sua acreditação, essa deveria ser uma iniciativa natural, uma vez que a qualidade em serviços de saúde deve ser primada em qualquer instância.

Importa mencionar que um dos hospitais do G1APD não possuía Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) instituída e como consequência não disponibilizavam o guia farmacoterapêutico.

O objetivo da CFT é prover e zelar pelo uso racional de um arsenal farmacoterapêutico efetivo, seguro e a um custo que o hospital ou paciente possam assumir (Holloway & Green, 2003).

A inexistência da CFT pode trazer prejuízos econômicos e assistenciais. Contudo, essa situação ainda é encontrada em hospitais brasileiros, deixando o país aquém das diretrizes internacionais (Marques & Zucci, 2006).

Como critério de elegibilidade para relação de medicamentos selecionados, o uso das Relações Nacional, Estadual e Municipal de Medicamentos (RENAME/RESME/REMUME)

foi unânime. Nos Hospitais Gerais de ambos os grupos, houve ainda a inserção da demanda e/ou do histórico de uso como critério ponderável.

Do mesmo modo como ocorreu com a capacitação e treinamento de Recursos Humanos (RH), os hospitais que apresentaram protocolos para uso de medicamentos ou grupo de medicamentos específicos foram os especializados, em ambos os grupos (Quadro 5).

Seguindo a tendência da era digital, todos os quatro hospitais lançam mão de recursos digitais e informatizados tanto no componente informação, quanto no conjunto de serviços clínicos.

E como suporte as decisões clínicas, apenas um hospital do G2OSS dispunha, além de recursos digitais, de fontes terciárias de informação (livros texto, compêndios e Farmacopeia).

Os SFH relataram desenvolver algum tipo de atividade clínica, embora o instrumento não permitisse detalhar tais atividades. Entre elas, a prestação de informações sobre medicamentos aos profissionais da instituição, no entanto nenhum dos serviços possuía registro escrito ou algum tipo de formalização no que tange às informações diretamente prestadas (Quadro 5).

A falta de padrão e de registro das atividades dificulta o reconhecimento do serviço clínico farmacêutico, pois para se caracterizar como exercício profissional há de se ter práticas com regras, funções e responsabilidades bem estabelecidas e é necessário o registro sistemático das atividades e avaliação dos resultados (Cipolle & Strand & Morley, 2006).



**Quadro 5** – Características dos serviços clínicos desempenhados pelos serviços de farmácia hospitalar dos hospitais públicos de grande porte em duas capitais da região Centro-Oeste brasileira, 2016.

Serviços Clínicos	G1APD		G2OSS	
	G1G	G1E	G2G	G2E
<b>Seleção de medicamentos</b>				
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	-	X	X	X
Farmacêutico como membro efetivo da CFT	NA	X	X	X
Guia terapêutico ou formulário elaborado pela CFT ou SFH	-	-	X	X
Protocolos para medicamentos específicos	X	X	-	X
Critérios para elegibilidade dos medicamentos selecionados				
Relação de medicamentos essenciais	X	X	X	X
Demanda ou histórico de uso	X	-	X	-
Perfil do hospital	-	-	X	-
Custo	-	-	-	-
<b>Informação sobre medicamentos</b>				
Fornecimento de informações para profissionais	X	X	X	X
Registro das solicitações de informações	-	-	-	-
Fontes impressas para consulta (livros, compêndios, etc.)	-	-	X	-
<b>Educação em saúde</b>				
Palestras	-	-	X	-
Grupos de orientação	-	-	X	-
Distribuição de informação impressa	-	-	X	X
<b>Atenção farmacêutica</b>				
Participação na visita médica	X	X	X	X
Visita ao paciente no leito (orientação)	X	X	X	X
Monitorização terapêutica de fármacos	-	-	X	-
Farmacovigilância	X	X	X	X
Registro e informações sobre o atendimento/paciente				
Número de atendimentos entre out.-dez./15	150	NI	640	365
Evolução e condutas em livros, fichas, meios digitais, etc.	X	X	X	X
Cronologia na organização e acompanhamento	X	X	X	X
Informações relacionadas às condições de saúde do paciente	X	X	X	X
Alergias	X	X	X	X
Dados demográficos	-	-	-	X



G1APD: Hospital público sob Administração Direta; G2OSS: Hospital Público sob Administração de Organizações Sociais de Saúde; G<sub>G</sub>: hospital geral; G<sub>E</sub>: hospital especializado; X: Presença do item no serviço; NA: não se aplica; NI: não informado.

Na perspectiva do componente de Ensino e Pesquisa, quando indagados sobre a liberação dos profissionais Farmacêuticos durante o horário de trabalho para a participação em eventos científicos (seminários, congressos, etc.) ou em programas de pós-graduação em 2015, as informações foram precisas, mas não expressivas no G2OSS: apenas 13 profissionais com pelo menos uma liberação (Tabela 1). No G1APD, verificou-se que a prática é adotada; contudo, nenhum dos dois hospitais soube precisar o número de profissionais que foram beneficiados.

Ressalta-se que a não preocupação quanto ao registro das liberações para formação e/ou aperfeiçoamento profissional nos hospitais geridos pela administração direta é decorrente da

naturalidade com que encaram a prerrogativa de que o próprio SUS seja um campo de formação e aperfeiçoamento de recursos humanos (Lei nº 8.080, 1990), e do atendimento à Política Nacional de Educação Permanente (Portaria nº 198/GM, 2004), além de políticas de incentivo a qualificação profissional, como a existência de um Plano de Cargos e Salários para os servidores públicos.

Em contrapartida, é considerável o número de contratos de gestão com as OS's que não prevê a obrigatoriedade de Plano de Cargos e Carreira, pelo fato de não ser uma exigência.

Os demais serviços de Ensino e Pesquisa oferecidos pelos SFH analisados estão listados no Quadro 6, conforme o grupo analítico.

**Quadro 6** – Atividades de Ensino e Pesquisa, por grupo analítico, desenvolvidas pelos serviços de farmácia hospitalar dos hospitais públicos de grande porte em duas capitais da região Centro-Oeste brasileira, 2016.

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

Do ponto de vista logístico – grupo analítico que apresentou as diferenças mais expressivas entre os SFH dos modelos de gestão – foram analisados quatro subgrupos: Programação; Armazenamento; Distribuição e sua interface com o componente Seleção.

O G1APD apresentou um menor desempenho no cumprimento dos quesitos avaliados quando comparado ao G2OSS, mesmo após a retirada do subitem aquisição, que na administração direta tem lógica e processo

diferenciado por força de lei. Esse achado vem corroborar com o descrito na literatura que aponta a administração por OSS como uma boa alternativa para gestão econômica de um hospital (Banco Mundial, 2010). Com relação à logística de armazenamento e distribuição, mesmo sendo observados múltiplos registros de estoque em uma mesma instituição (sistema informatizado, Ficha *kardex* e Ficha de prateleira), o sistema informatizado prevaleceu em todas as unidades. Nos hospitais do G1APD, os sistemas utilizados

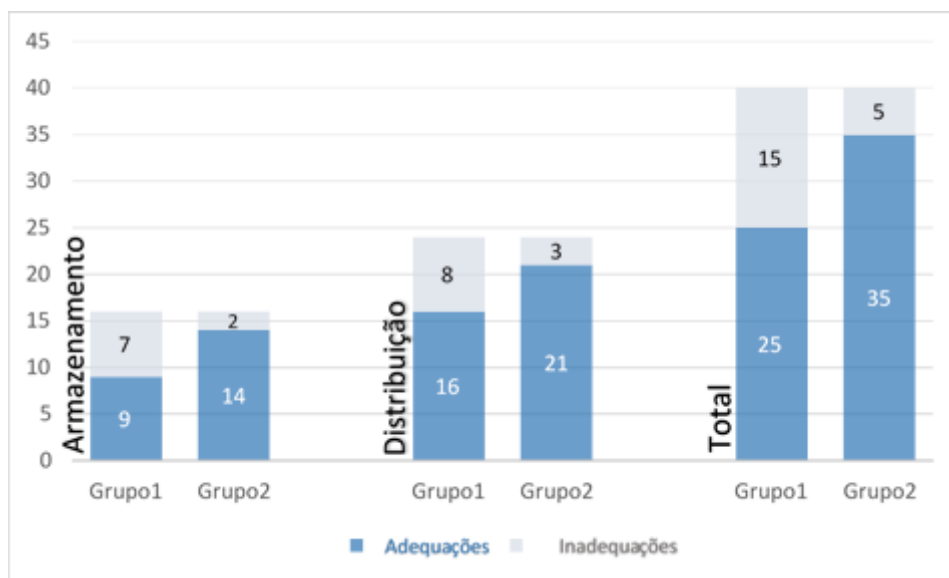


eram versões próprias das instituições. No G2OSS, os hospitais utilizavam licenças de *softwares* de Gestão Integrada de Saúde disponíveis no mercado. O controle efetivo de validades próximas ao vencimento só não ocorreu em um dos hospitais do G1APD.

O Gráfico 1 mostra o atendimento a 20 requisitos analisados quanto às boas práticas de

armazenamento e distribuição de medicamentos e produtos médico-hospitalares.

Observa-se, por meio da comparação dos dados, maior consistência no atendimento aos padrões, nos componentes logísticos analisados, por parte dos hospitais do G2OSS. O G1APD, por sua vez, apresentou um total de pendências três vezes superior em relação ao G2OSS.



**Gráfico 1** – Distribuição dos números de itens que atenderam às boas práticas de armazenamento e distribuição nos serviços de farmácia hospitalar dos hospitais públicos de grande porte em duas capitais da região Centro-Oeste brasileira, 2016.

Quanto ao dimensionamento de recursos humanos, observou-se que ambos os grupos atendem as recomendações de número de farmacêuticos preconizado pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH, 2007).

No entanto, uma importante diferença foi observada quanto à relação de assistentes/número de leitos, que nos hospitais do G1APD foi inferior ao dos hospitais do G2OSS, chegando a ser seis vezes e inferior ao preconizado pela SBRAFH (Tabela 1).

Tais dados levam-nos à reflexão acerca do pensamento (depreciativo) de “improdutividade crônica”, comumente associada ao serviço público, uma vez que, mesmo com uma razão inferior de assistentes por leito, os achados não foram tão discrepantes, remetendo-nos a um padrão assistencial, provavelmente, semelhante, com uma força de trabalho expressivamente menor.

Inquire-se ainda que tal fato se dê às características próprias do agente público, a citar:

a estabilidade e o incentivo ao aperfeiçoamento. Admite-se também, que não há uma única corrente teórica que consiga responder adequadamente toda a variedade de comportamentos presentes nas organizações (Frank & Lewis, 2004).

Mas que, para alguns autores, as dimensões motivacionais extrínsecas ao trabalhador, como altos salários, são menos importantes para servidores públicos em comparação aos profissionais do setor privado, sendo os agentes públicos motivados por fatores intrínsecos como: altruísmo, lealdade, senso de dever, de autonomia e responsabilidade (Bowman, 2010; Houston, 2000; Perry & Hondegem, 2008; Weibel, Rost & Osterloh, 2010).

Outro fator que contribui para entender a essas diferenças entre o número de assistentes disponíveis, é o fato de os SFH no G2OSS assumem um número maior de atividades relacionadas com a programação e a aquisição de medicamentos, requerendo uma carga horária





maior de seu quadro funcional de farmacêuticos e técnicos dedicados a essas atividades. Isso pode explicar a relação funcionário/leito maior que nos hospitais do GIAPD (além do cumprimento de

uma recomendação). Ressalta-se que, exclusivamente em um dos hospitais do G2OSS, é assegurada a presença do farmacêutico nas 24 horas de prestação de serviço.

**Tabela 1** – Caracterização dos recursos humanos nos serviços de farmácia hospitalar dos hospitais públicos de grande porte em duas capitais da região Centro-Oeste brasileira, 2016.

	GIAPD		G2OSS	
	G1G	G1E	G2G	G2E
<b>Número de funcionários</b>				
Número total de farmacêuticos	26	8	5	16
Número de farmacêuticos por leito	1/40	1/40	1/49	1/25
Número total de assistentes	42	11	46	84
Número de assistentes por leito	1/19	1/29	1/5	1/5
<b>Assistência do farmacêutico</b>				
Durante a semana (em horas diárias)	12	12	11	24
Durante os fins de semana e feriados	12	12	11	24
<b>Educação permanente e continuada</b>				
Possui plano de capacitação instituído	Não	Não	Não	Sim
<b>Apoio institucional aos profissionais para qualificações</b>				
Número de profissionais liberados para formação profissional no último ano	NI	NI	1	12

NI: não informado

Fato é que, enquanto instituições complexas, os hospitais, para cumprirem com suas funções, necessitam de requisitos mínimos em sua configuração, exigindo conhecimentos específicos para gerir seus recursos físicos e humanos. Nesse local são praticadas atividades industriais, médicas, de enfermagem, de ciência e tecnologia, de hotelaria, com restaurante, lavanderia etc., tudo em função do paciente. Esse processo, que envolve componentes sociais, culturais e educacionais, relacionados com a natureza delicada do serviço prestado, bem como com as contrariedades geradas pelos aspectos financeiros, políticos e assistenciais, pelos conflitos entre categorias profissionais, pela pouca relação entre trabalhadores e usuários, pela precarização das condições de trabalho e pela reduzida participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, tem dificultado o gerenciamento desses locais (Teixeira, 2008).

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

Vale ressaltar que a aplicação de estudos comparativos, a fim de mensurar a eficácia de gestão de outros setores e em demais segmentos de atividade na área da saúde pública, é fundamental para a percepção das diferenças reveladas nas práticas abordadas nos mais diversos contextos de administração, pois possibilita o estabelecimento de um processo de *benchmarking*. Assim é possível preceder-se à comparação com referenciais internos e externos, promovendo a troca de conhecimento entre as



melhores práticas, embasada em evidências objetivas. Isso pode favorecer o crescimento conjunto e a melhoria da assistência prestada pelas organizações. Os resultados apresentados neste artigo apontam para a consolidação de padrões de excelência no âmbito da Assistência Farmacêutica Hospitalar, como estratégia de gestão com foco, não só no paciente/cliente, mas também no impacto que este tem no serviço de saúde e, por conseguinte, na sociedade, pelo emprego de uma visão organizada e sistêmica, tecnicamente amparada, que busca a disseminação de conceitos e práticas alinhadas, independentemente do modelo de administração adotado.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que o presente estudo conduziu ao reconhecimento de que o modelo de gestão pode influenciar o Serviço de Farmácia Hospitalar e, provavelmente, seus outros subsistemas. Verificou-se também que há diferenças entre os SFH de hospitais geridos por OSS e os daqueles geridos por AD.

Além disso, a maior adequação e atendimento às recomendações, quanto à estrutura, bem como o melhor nível de formalização dos processos inerentes ao serviço, ocorrem devido à presença de exigências legais que devem ser cumpridas para a manutenção dos Contratos de Gestão celebrados entre a OSS e o Poder Público, impulsionando a oficialização das condutas práticas em detrimento ao dinamismo implícito do dia a dia.

Tal formalização é expressa pelo nível de precisão de informações sobre o serviço, assim como pela atenção em oferecer atividades diferenciadas para melhorar os processos de assistência e preencher lacunas algumas vezes vilipendiadas.

A prática normativa pode cumprir importante papel enquanto agente de mudança estrutural no posicionamento e condução dos serviços de saúde, tendo em vista que pode ser cobrada, em nível da legalidade, pelos órgãos controladores competentes.

Assim sendo, essa prática promove momentos de prova aos atores cotidianos, mobilizando-os para a não manutenção da situação indesejada ou para esclarecimentos sobre as mudanças exigidas.

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

Recomenda-se ainda que novos estudos sejam conduzidos sob as várias perspectivas que o ambiente hospitalar e seus subsistemas possibilitam, aumentando o número de serviços e hospitais analisados, de maneira a contribuir para a elaboração do planejamento de ações de saúde mais efetivas nas diversas instâncias administrativas atuais.

Logo, intenta-se que sejam melhorados: o serviço de farmácia, a instituição hospitalar e todos os serviços que visam assegurar uma assistência de qualidade.

### REFERÊNCIAS

- Azevedo, C.S. (1995). Gestão hospitalar e a visão dos diretores de hospitais público no Rio de Janeiro. *Revista de administração pública*, 29(3), pp. 33-58.
- Banco Mundial. (2010). *Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA) [Nota "em breve" n.156]*. ONU: Medici, A., & Murray, R.
- Bonacim, C.A.G., & Araujo, A.M.P. (2011). Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciênc. Saúde coletiva*, 16, 1(supl.), 1055-1069.
- Batista, M.A.C. & Maldonado, J.M.S.V (2008). O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). *Rev. Administração Pública*, 42(4), pp. 681-99.
- Bowman, J. S. (2010). The success of failure: the paradox of performance pay. *Review of Public Personnel Administration*, 30, pp. 70-88.
- Bulgacov, S. (1998). Estudo Comparativo e de Caso de Organizações de Estratégias. *Organizações & Sociedade*, 11(5), pp. 53-74.
- Cardoso, A.M. (2012). *Organizações sociais na saúde: Rio intransparente*. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.



- Cavallini M.E., & Bisson M.P. (2010). *Farmácia Hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde* (2a ed). Barueri: Manole.
- Cipolle, R.J., & Strand, L.M., & Morley, P.C. *O exercício do cuidado farmacêutico*. Tradução: Denise Borges Bittar. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006.
- Cipriano, S.L. (2009). *Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na farmácia hospitalar com foco na comparabilidade*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Costa, V.G., & Ricaldoni, C.A.C. (2011). *Hospital, Acreditação e Gestão em Saúde* (2a ed. Cap.7, pp. 161-177). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dalarmi, L. (2010) Gestão de suprimentos na farmácia hospitalar pública. *Visão Acadêmica*, 11(1), 82-90.
- Dantas, S.C.C. (2011). Farmácia e Controle das Infecções Hospitalares [Encarte de Farmácia Hospitalar, ano XII]. *Pharmacia Brasileira*, 80.
- Departamento de Informática do SUS (2016). *Quantidade SUS por Natureza Jurídica segundo Município, até julho de 2016*. Recuperado em 08 setembro, 2016, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiiintbr.def>.
- Departamento de Informática do SUS (2016b). *Estabelecimentos por localização geográfica, até setembro 2016*. Recuperado em 08 setembro, 2016, de [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp)
- Frank, S. A. & Lewis, G. B. (2004). Government employees: working hard or hardly working? *American Review of Public Administration*, 34(1), pp. 36-51.
- Holloway, K., & Green T. (2003). *Drug and therapeutics committees — a practical guide* [manual]. Genebra: WHO.
- Houston, D. J. (2000). Public-service motivation: a multivariate test. *Journal of Public Administration Research e Theory (Transaction)*, 10(4), pp. 713-727.
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República.
- Marques, D. C., & Zucchi, P. (2006). Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am. J. Public Health*, 19 (1), 58-63.
- Messeder, A. M. (2005). *Avaliação de Estrutura e Processo de Serviços de Farmácia Hospitalar segundo nível de complexidade do Hospital*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República. Brasília: Bresser Pereira, L. C.
- Ministério da Saúde. (1994). *Guia Básico para Farmácia Hospitalar* [manual]. Brasília: Secretaria de assistência à saúde.
- Ministério da Saúde. (1997). *Conceitos e Definições em Saúde* [manual]. Brasília: Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar.
- Miragaya, J. (2014, junho). Estudo completo Eixo: Brasília-Anápolis-Goiânia. *Seminário Eixo Brasília-Anápolis-Goiânia: O Modelo de Desenvolvimento com Inclusão Social e o Eixo como Novo Vetor de Expansão*, Brasília, DF, Brasil, 1.
- Osório De Castro, C.G.S., & Castilho, S.R. (Org.). (2004). *Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil*. Rio de Janeiro: CDD.
- Perry, J. L. & Hondeghem, A. (2008). *Motivation in public management: the call of public service*. Nova York: Oxford University.
- Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 do Ministério da Saúde (2004). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: MS.



- Resolução nº 134, de 13 de julho de 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2001).* Determina a todos os estabelecimentos fabricantes de medicamentos, o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Regulamento Técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos. Diário Oficial da União. Brasília, DF: ANVISA.
- Resolução nº 300, de 30 de janeiro de 1997 do Conselho Federal de Farmácia (1997).* Regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada. Resoluções do CFF, Brasília, DF. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/300.pdf>
- Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999).* Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Diário Oficial da União. Brasília, DF: ANVISA.
- Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde (2004).* Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília, DF: CNS.
- Resolução nº 349, de 20 de janeiro de 2000 do Conselho Federal de Farmácia (2000).* Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos. Resoluções do CFF, Brasília, DF. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/349.pdf>
- Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008 do Conselho Federal de Farmácia (2008).* Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Resoluções do CFF, Brasília, DF. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/492.pdf>
- Ribeiro A.L. (2012). *Democracia, Direito e Gestão pública: Textos Para Discussão* (Cap. 3, pp. 77-100). Brasília: IABS.
- Rosa, T. (2014). O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde [ano IV abr.-jun.]. *Consensus*, (11),13-22.
- Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (2007). *Padrões Mínimos para Unidades de Farmácia Hospitalar*. Recuperado em 10 setembro, 2016, de <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa6b63d5.pdf>
- Souza, E.M., & Almeida, G.R. (2010, março). Organizações Sociais e OSCIPs: balanço e perspectivas. *III Congresso CONSAD de Gestão Pública: Avanços e perspectivas do modelo de organização social de saúde no Estado de São Paulo*, Brasília, DF, Brasil,18.
- Weibel, A., Rost, K. & Osterloh, M (2010). Pay for performance in the public sector: benefits and (hidden) costs. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(2), pp. 387-412.