

Isabel Machado Canabarro

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO SERVIÇO
DE FARMÁCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC:
UM PROCESSO EM FORMAÇÃO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Administração Universitária.

Orientador: Prof^a Dr^a Carla Cristina Dutra Búriço.

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Machado Canabarro, Isabel

A cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia do Hospital Universitário/UFSC : um processo em formação / Isabel Machado Canabarro ; orientador, Profa. Dra. Carla Cristina Dutra Búrigo - Florianópolis, SC, 2015.
111 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária.

Inclui referências

1. Administração Universitária. 2. Cultura de Segurança do Paciente. 3. Formação. 4. Gestão. 5. Farmacêutico. I. Dutra Búrigo, Profa. Dra. Carla Cristina. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária. III. Título.

Isabel Machado Canabarro

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO SERVIÇO
DE FARMÁCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC:
UM PROCESSO EM FORMAÇÃO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 22 de abril de 2015.

Prof. Pedro Antônio de Melo, Dr.

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração
Universitária

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Carla Cristina Dutra Búrigo
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

Prof.^a Dr.^a Flávia Martinello

Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

Prof.^a Dr.^a Jussara Gue Martini

Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

Prof. Dr. Marcos Baptista Lopez Dalmau

Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

Prof. Pedro Antônio de Melo

Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

Aos meus pais, Estela e Deodato, e aos meus irmãos, Taisa e Gustavo. Certamente a minha existência não teria o mesmo brilho distante da luz dos seus olhos.

Ao meu noivo, Guilherme, pelo apoio na materialização de um sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sobre tudo e todos, por esta existência.

Aos meus pais, Estela e Deodato, aos quais Deus, na sua infinita bondade e sabedoria, permitiu zelarem por mim aqui na Terra.

Aos meus irmãos, Taisa e Gustavo, por seu amor fraternal e incondicional.

Aos queridos sobrinhos, Pedro e Miguel, pela doçura de suas presenças em minha vida.

Ao meu noivo, Guilherme, por todos os dias compartilhados com leveza e amor.

À Mara, pela prudência e delicadeza ao me ensinar o quanto a vida pode ser leve.

À Farmacêutica Zuleide e à Enfermeira Rozeli, por despertarem em mim o interesse pela temática da segurança do paciente.

Aos colegas do Serviço de Farmácia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, pela compreensão e colaboração ao longo da minha trajetória no Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária.

À Prof^ª. Dr^ª. Carla Cristina Dutra Búrigo, minha orientadora, pelas palavras e ensinamentos que se fizeram luzes a iluminar a construção deste Estudo.

Aos queridos companheiros de orientação desta Dissertação, pelas experiências de vida e de estudo partilhadas com alegria.

Aos demais colegas do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, por todos os momentos vivenciados com descontração e otimismo.

À toda a equipe de profissionais do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, pelo amparo no desenvolvimento e conclusão de cada etapa deste Programa.

A todos os sujeitos que, gentilmente, concordaram em colaborar com o desenvolvimento desta Pesquisa, disponibilizando parte de seu tempo na realização das entrevistas.

À todas as pessoas que, à sua maneira, contribuíram positivamente para a concretização deste Estudo.

A Banca Examinadora, pela disponibilidade de avaliar e contribuir para a melhoria do nível de qualidade deste Estudo.

Podemos dizer que há formação quando há obra de pensamento e há obra de pensamento quando o presente é apreendido como aquilo que exige de nós o trabalho da interrogação, da reflexão e da crítica...

(Marilena Chauí, 2003)

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo compreender como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia (SF) do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a partir da visão dos seus gestores. Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso, de natureza qualitativa, tendo como fonte de informações as entrevistas semiestruturadas com os gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do SF/HU/UFSC. Na concepção dos gestores entrevistados, a formação compreende um processo instrumental, permeado por relações sociais construídas ao longo da vida. Os gestores afirmaram desconhecer o processo de formação dos farmacêuticos do SF/HU/UFSC com vista à segurança do paciente, concebem que a cultura de segurança do paciente compreende valores, conhecimento e formação. Sobre os desafios e possibilidades para o desenvolvimento desta cultura no SF/HU/UFSC, os gestores destacaram a localização do SF fora da estrutura física do HU e a ausência de cursos de capacitação envolvendo a segurança do paciente. Quanto à Política Institucional de Segurança do Paciente, afirmaram desconhecê-la, embora exista a Política de Gestão de Riscos e de Segurança do Paciente do HU, atendendo apenas um formalismo da lei. Os resultados da pesquisa apontam a existência de uma contradição, pois ao mesmo tempo que os gestores pontuam a formação como essência do processo de cultura de segurança do paciente, eles negam a existência desta cultura por falta de formação. A pesquisa realizada aponta que a formação e a gestão compreendem dois polos de sustentação para o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente que necessitam ser integrados com vistas a buscar possibilidades de ação para o fortalecimento da segurança do paciente no SF/HU/UFSC.

Palavras-chave: Cultura de Segurança do Paciente. Formação. Gestão. Farmacêutico.

ABSTRACT

This research aims to understand how is the development process of patient safety culture from the perspective of their managers at the Pharmacy Service (PS) of University Hospital (UH) at the Federal University of Santa Catarina (UFSC). This research is a case study of qualitative inquiry. The data were collected with semi-structured interviews with the managers responsible for the patient safety culture development process at PS / UH / UFSC. The data showed through managers interview, education comprises an instrumental process, permeated by social relationships built up throughout life. The managers said not knowing the formation process of pharmaceutical at PS / UH / UFSC; about the safety of the patient, conceive the patient safety culture includes values, knowledge and training. About the challenges and opportunities for the development of this culture in the PS / UH / UFSC, the managers highlighted the location of PS, it locates outside of UH's, physical structure and the absence of training courses involving patient safety. Regarding Policy Institutional Patient Safety, they said not knowing it, although it is Risk Management Policy and the UH Patient Safety, attending it only one formalism of the law. The survey results indicate the existence of a contradiction, because while managers punctuate the training as the essence of the process of patient safety culture, they deny the existence of this culture for lack of formation. The research shows that the formation and management comprise two support poles of the development process of the security culture patient, which, it must be integrated in order to seek possibilities of action for fortification of the patient safety in the PS / UH / UFSC.

Keywords: Patient Safety Culture. Training. Management. Pharmacist.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Caminho Teórico Percorrido.....	27
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Número de Servidores Lotados no Serviço de Farmácia/HU UFSC	31
Quadro 02 - Amostra da Pesquisa	57
Quadro 03 - Categorias e Conteúdos Básicos.....	58
Quadro 04 - Caracterização dos Entrevistados	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCA - Centro de Ciências Agrárias
CCB - Centro de Ciências Biológicas
CED - Centro de Ciências da Educação
CCE - Centro de Comunicação e Expressão
CCJ - Centro de Ciências Jurídicas
CCS - Centro de Ciências da Saúde
CD - Conselho Diretor
CDS - Centro de Desportos
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CFF - Conselho Federal de Farmácia
CFH - Centro de Filosofia e Ciências Humanas
CFM - Centro de Ciências Físicas e Matemáticas
CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIF - Ciências Farmacêuticas
CIT - Centro de Informações Toxicológicas
CNE - Conselho Nacional de Educação
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CSE - Centro Socioeconômico
COSEP - Comitê de Segurança do Paciente
CPMA - Comissão Permanente de Materiais de Assistência
CTC - Centro Tecnológico
DA - Diretoria de Administração
DAA - Diretoria de Apoio Assistencial
DE - Diretoria de Enfermagem
DG - Diretoria Geral
DM - Diretoria de Medicina
EUA - Estados Unidos da América
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
HU - Hospital Universitário
IES - Instituição de Ensino Superior
IOM - Institute of Medicine
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC - Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
NARTAD - Núcleo de Avaliação do Tipo Alérgico à Droga
NEC - Núcleo de Engenharia Clínica
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
NUVISAH - Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar

OMS - Organização Mundial de Saúde
PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROEX - Pró Reitoria de Extensão
PSP - Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
RDC - Resolução Diretoria Colegiada
REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RIMS - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SC - Santa Catarina
SF - Serviço de Farmácia
SUS - Sistema Único de Saúde
TAE - Técnico Administrativo em Educação
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAB - Universidade Aberta do Brasil
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
WHO - World Health Organization
VD - Vice-Diretoria
VISA/SC - Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	25
1 O SERVIÇO DE FARMÁCIA HU/UFSC.....	29
1.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO	32
1.2 A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	34
1.3 A FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO	36
2 A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	43
3 POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	49
3.1 GESTÃO UNIVERSITÁRIA	51
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE..	53
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	57
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	57
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	58
4.3 COLETA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	59
5 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	63
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	63
5.2 O SERVIÇO DE FARMÁCIA HU/UFSC NA CONCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	64
5.3 A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA CONCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS	69
5.4 A POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA CONCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXOS.....	99
ANEXO A - ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE APOIO ASSISTENCIAL - DAA/HU 2008.....	101
ANEXO B - ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO GERAL - DG/2012	103
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	105
APÊNDICES.....	107

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	109
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	111

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse pela temática em estudo a Segurança do Paciente, provém da minha formação em farmácia e da minha trajetória profissional na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ocupante do cargo de Farmacêutico no Serviço de Farmácia (SF) do Hospital Universitário (HU) Polydoro Ernani de São Thiago. Bem como, do meu envolvimento no Comitê de Segurança do Paciente (COSEP) do HU, regulamentado por meio da Portaria nº 142/2014 (UFSC, 2014a), e da minha inclusão no Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH) do HU (UFSC, 2014b). Este Comitê, tem por objetivo contribuir com o planejamento de ações que envolvam os processos de assistência farmacêutica a serem desenvolvidas pelos farmacêuticos lotados no SF, visando ao aprimoramento da cultura de segurança do paciente neste Serviço, entre outras (UFSC, 2014a).

A assistência farmacêutica representa a essência da prática farmacêutica. Esta prática compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o seu acesso e o seu uso racional (BRASIL, 2010a).

De acordo com Lorandi (2006), no âmbito da assistência farmacêutica, está inserida a prática da atenção farmacêutica que consiste na relação pessoal construída entre o farmacêutico e o usuário do medicamento, visando o seu uso racional, ou seja, à segurança do paciente.

O desenvolvimento da atenção farmacêutica compreende o exercício da farmácia clínica, em todos os segmentos de atuação profissional. No campo hospitalar, a farmácia clínica é considerada a principal atividade do farmacêutico que visa o acompanhamento da terapia medicamentosa dos pacientes hospitalizados, a fim de melhorar a segurança e o nível de qualidade de vida destes pacientes (BISSON, 2007).

Para Runciman (2009) e a World Health Organization (WHO) (2010), a segurança do paciente compreende a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde, até um mínimo considerado aceitável. No âmbito farmacêutico, esta segurança pode ser garantida por meio do uso racional de medicamentos que consiste em dispensar ao paciente o medicamento apropriado para suas necessidades clínicas, nas doses individualmente requeridas para um adequado período de tempo e a um baixo custo.

Entretanto, a garantia da segurança do paciente depende da cultura de segurança do paciente presente no serviço de saúde. Esta cultura é representada por valores, atitudes, e padrões de comportamentos individuais e coletivos que determinam o comprometimento de uma dada instituição com a saúde dos pacientes por ela assistidos (SAMMER et al, 2010).

Considerando o exposto, diante da minha prática profissional vivenciada no SF/HU/UFSC, a cultura de segurança do paciente está atrelada ao processo histórico de formação e de construção da identidade do profissional farmacêutico. Este processo estrutura-se por meio da formação instrumental e tecnicista, mas também por meio de reflexões emanadas a partir das experiências e aprendizagens vivenciadas.

Assim, concebo a formação como um processo contínuo, como uma atividade educativa e social que se materializa por meio do pensar sobre uma realidade concreta e por meio da interação com o outro e com o meio onde o sujeito está inserido (BÚRIGO, 2013).

Por outro lado, como mestranda do Programa de Mestrado Profissionalizante em Administração Universitária, desenvolvi minha Dissertação no âmbito da linha de pesquisa denominada Universidade e Sociedade, com vistas a buscar fundamentos para a minha indagação de pesquisa.

Diante do exposto, no âmbito da gestão universitária, a pergunta da presente investigação compreende: Como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC? Para tanto, o objetivo geral desta pesquisa é: Compreender como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC, a partir da visão dos seus gestores.

Considerando o exposto, delineei como objetivos específicos:

- a) Descrever o processo de formação dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia/HU/UFSC;
- b) Conhecer o processo de cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia/HU/UFSC; e,
- c) Propor ações para o fortalecimento do desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC, como uma ação de gestão.

A fim de atingir os objetivos propostos, parti do concreto sensível, ou seja, do que considere mais próximo da minha realidade concreta: o Serviço de Farmácia HU/UFSC, a fim de conhecer o

processo o de formação dos farmacêuticos lotados neste Serviço, incluindo sua carreira acadêmica, suas experiências e aprendizagens vivenciadas com vistas à segurança do paciente. A seguir, busquei compreender como se desenvolve por meio de pressupostos teóricos e da legislação vigente, o processo de cultura de segurança do paciente deste Serviço. E, por fim, investiguei a existência da Política Institucional visando à segurança do paciente. Após, retornei ao meu ponto de partida, buscando compreender o que esta pesquisa pôde me revelar, vide Figura 01 - Caminho Teórico Percorrido.

Figura 01 – Caminho Teórico Percorrido



Fonte: Elaborada pela autora.

Este Estudo estruturou-se em cinco capítulos. Inicialmente, contextualizei a presente Pesquisa e apresentei os objetivos que a nortearam nas Considerações Iniciais.

No primeiro capítulo - O Serviço de Farmácia HU/UFSC, parti da minha realidade concreta, ou seja, o Serviço de Farmácia. Apresentei como este Serviço estrutura-se no contexto do Hospital Universitário. Neste capítulo também relatei alguns aspectos do processo histórico e social de formação do profissional farmacêutico no Brasil.

No segundo capítulo - A cultura de segurança do paciente, resgatei algumas concepções de cultura e de cultura de segurança do paciente, com base nos pressupostos teóricos da presente Pesquisa.

Na sequência, no terceiro capítulo - Política Institucional de Segurança do Paciente, apresentei algumas ações desenvolvidas pela gestão do Hospital Universitário para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, bem como algumas concepções de gestão universitária. Neste capítulo também citei as políticas que vem sendo desenvolvidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para a promoção da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde.

No quarto capítulo - Caminho Metodológico, apresentei a natureza deste Estudo, assim como o caminho metodológico percorrido durante a sua realização, visando compreender o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC, sob a perspectiva de seus gestores.

A caracterização dos gestores entrevistados e a apresentação de suas concepções acerca do Serviço de Farmácia HU/UFSC, da cultura de segurança do paciente e da Política Institucional de Segurança do Paciente, foram apresentadas no quinto capítulo - A Análise das Informações. Neste capítulo, analisei as informações coletadas à luz do referencial teórico pesquisado para o desenvolvimento deste Estudo, buscando relacionar as categorias de análise previamente estabelecidas para esta investigação com os depoimentos dos entrevistados.

Por fim, nas Considerações Finais, apresentei o fenômeno estudado sob a minha perspectiva, manifestando algumas sugestões para o fortalecimento do processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC.

1 O SERVIÇO DE FARMÁCIA HU/UFSC

O Serviço de Farmácia HU/UFSC está subordinado à Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), que compreende o órgão responsável pelas atividades de apoio à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão do Hospital Universitário/UFSC (UFSC, 1992), vide Anexo A - Organograma da Direção de Apoio Assistencial - DAA/HU 2008.

O Serviço de Farmácia HU/UFSC está integrado funcionalmente às demais unidades hospitalares administrativas e de assistência ao paciente, representando uma unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde são desenvolvidas as atividades relacionadas à assistência farmacêutica (CFF, 1990).

Porém, estruturalmente, o Serviço de Farmácia HU/UFSC não está incorporado à estrutura física do Hospital. Este Serviço localiza-se em um bloco anexo ao prédio que comporta as demais unidades administrativas e de internação.

Funcionalmente integrado ao Hospital Universitário, o Serviço de Farmácia HU/UFSC também compreende uma Farmácia Escola, ou seja, uma forma de extensão da Faculdade de Farmácia da UFSC. A Farmácia Escola tem por objetivo proporcionar ao estudante a vivência profissional por meio da prática farmacêutica desenvolvida para a comunidade interna e externa à Universidade, trazendo a realidade social para dentro da Instituição, levando-a ao mesmo tempo para a comunidade onde está inserida (ROSSIGNOLI; CORRER; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, 2003). Neste contexto, com a Farmácia Escola, o profissional farmacêutico encontra na farmácia hospitalar um terreno fértil para uma prática educativa e social que se desenvolve também por meio da assistência farmacêutica.

A assistência farmacêutica compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o seu acesso e o seu uso racional. Este conjunto de ações envolve tanto a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, quanto a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, acompanhamento e avaliação de sua utilização e garantia de um bom nível de qualidade dos produtos e serviços, a fim de contribuir para a melhoria do nível de qualidade de vida da população (BRASIL, 2010a).

O Serviço de Farmácia/HU/UFSC vem desempenhando atividades de assistência farmacêutica a cerca de 30 anos, ou seja, desde a fundação do Hospital Universitário/UFSC, em 1980 (NECKEL;

KÜCHLER, 2010). Este Serviço atende, diariamente, a demanda de medicamentos de cerca de 300 leitos de internação hospitalar. Ainda, presta orientações às equipes médica e de enfermagem quanto ao armazenamento, a conservação e a utilização de medicamentos e correlatos (UFSC, [200-]a).

Este Serviço estrutura-se por meio de duas Seções: a Seção de Farmácia Semi-Industrial; e, a Seção de Estocagem e Distribuição de Medicamentos (UFSC, 1992), vide Anexo A - Organograma da Direção de Apoio Assistencial - DAA/HU 2008.

A Seção de Farmácia Semi-Industrial é formada pelos Setores de Manipulação de Medicamentos, de Controle de Qualidade, de Nutrição Parenteral, de Fracionamento de Medicamentos, de Diluição de Domissanitários e pelo Almoarifado de Matérias-Primas e Nutrição Parenteral (UFSC, 2014c).

Nesta Seção são armazenadas as matérias-primas para a produção de medicamentos e as formulações de nutrição parenteral. Também são desenvolvidas as atividades de manipulação de medicamentos e de nutrição parenteral, de correlatos e de sanitizantes, bem como de fracionamento das embalagens de medicamentos em doses individualizadas, a fim de garantir a segurança na dispensação de medicamentos para os pacientes hospitalizados (UFSC, 2014c).

Já a Seção de Estocagem e Distribuição de Medicamentos é constituída pelo Setor de Dispensação e pelo Almoarifado Farmacêutico. No Almoarifado, ocorre o processo de recebimento, armazenamento e conservação dos medicamentos adquiridos pelo Hospital por meio de processo licitatório, na modalidade de Pregão Eletrônico. Este Almoarifado está diretamente vinculado ao Setor de Dispensação, onde os medicamentos são disponibilizados para as equipes de enfermagem, por meio de prescrição médica individualizada, para a administração aos pacientes (UFSC, 2014d).

Os farmacêuticos do Serviço de Farmácia/HU/UFSC, bem como a equipe de nível médio¹, composta por técnicos e auxiliares de farmácia, estão distribuídos entre os Setores que compõem estas Seções de acordo com a demanda de atividades. Cada uma destas Seções é chefiada por um profissional farmacêutico, havendo também um farmacêutico responsável, exclusivamente, pela chefia geral do Serviço (UFSC, 2014e).

¹ Consiste no nível de escolaridade formal do servidor público que cursou o Ensino Médio Completo (BRASIL, 2006a).

Às chefias do Serviço compete planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e propor normas para o bom funcionamento do mesmo. Ainda, conciliar as atividades de assistência ao paciente com as atividades de ensino, pesquisa e extensão; supervisionar o cumprimento das normas do Serviço; e, garantir o cumprimento das determinações emanadas da Administração Superior, da Diretoria Setorial e da DAA (UFSC, 1992).

Atualmente, com base de dados do ano de 2014 (UFSC, 2014e), estão lotados no Serviço de Farmácia HU/UFSC 25 servidores da carreira técnica administrativa, vide Quadro 01 - Número de Servidores Lotados no Serviço de Farmácia/HU/UFSC.

Quadro 01 - Número de Servidores Lotados no Serviço de Farmácia/HU/UFSC

Cargos	Seção de Farmácia Semi-Industrial	Seção de Estocagem e Distribuição de Medicamentos	Secretaria do Serviço de Farmácia
Farmacêutico	05	07	—
Técnico em Farmácia	02	02	—
Técnico de Laboratório	02	—	—
Auxiliar de Farmácia	01	01	—
Auxiliar em Administração	—	01	—
Assistente em Administração	—	02	01
Contínuo	—	—	01
Total	10	13	02

Fonte: UFSC (2014e)

Dos 12 (doze) profissionais farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia/HU/UFSC, 1 (um) também atua no NUVISAH, onde é responsável pela Coordenação do Programa de Farmacovigilância e 2 (dois) atuam, exclusivamente, como Farmacêuticos Clínicos em duas unidades de internação hospitalar, onde também desenvolvem atividades de preceptoria junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) (UFSC, 2014e).

Este Programa de Residência é uma modalidade de Pós-Graduação Lato Sensu multiprofissional caracterizado pela formação em serviço, em regime de dedicação exclusiva, supervisionada por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria). O Programa RIMS está estruturado em duas áreas de concentração: Atenção em Urgência e Emergência; e, Atenção em Alta Complexidade em Saúde e disponibiliza, anualmente, vagas para diversos profissionais da área da saúde, entre eles farmacêuticos (UFSC, 2010a). Por meio desta Residência, atualmente estão vinculados ao Serviço de Farmácia HU/UFSC, 5 (cinco) farmacêuticos, sendo que 3 (três) atuam em Urgência e Emergência e 2 (dois) em Alta Complexidade em Saúde (UFSC, 2014e).

O Serviço ainda conta com a colaboração de cerca de 10 (dez) acadêmicos do Curso de Farmácia da UFSC, vinculados ao Serviço por meio de bolsas de extensão ofertadas pela Pró Reitoria de Extensão (PROEX) da UFSC. Além destas bolsas, o Serviço também disponibiliza 6 (seis) vagas, por semestre, para estágios curriculares do Curso de Farmácia da UFSC e de outras Instituições de Ensino Superior (IES) privadas (UFSC, 2014e).

Dessa forma, inserido em um ambiente de média e alta complexidade como o Hospital Universitário, o Serviço de Farmácia/HU/UFSC representa um vasto campo de ensino e de aprendizagem da prática farmacêutica hospitalar, constituindo-se também como um universo formador do farmacêutico.

1.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

Conhecido como o HU/UFSC, o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, fundado em maio de 1980, consiste em um órgão suplementar diretamente subordinado ao Reitor da UFSC (UFSC, 1982). Conforme previsto em seu Regimento Interno (UFSC, 1992), o HU/UFSC caracteriza-se por um Hospital Geral e tem por finalidade prestar assistência à saúde da comunidade de forma

universalizada e igualitária, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como promover o ensino, a pesquisa, e a extensão na área da saúde e afins.

Em relação aos serviços prestados, os hospitais universitários desempenham as funções de centros de referência de média e de alta complexidade, para a rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2010b). Sendo assim, o HU/UFSC disponibiliza atendimento em nível ambulatorial, de Emergência Adulto e Pediátrica e de internações nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia, entre outros, bem como serviços de apoio, indispensáveis à atenção à saúde de uma clientela universalizada, de livre acesso ao HU, mediante identificação pessoal (UFSC, 1982). O HU disponibiliza cerca de 300 leitos para a internação hospitalar (UFSC, [200-]a).

Quanto aos processos de gestão, o HU/UFSC é Coordenado por Setores de Administração em nível Superior e Setorial. A Administração Superior é constituída pelo Conselho Diretor (CD), pela Diretoria Geral (DG) e pela Vice-Diretoria (VD). Já a Administração Setorial é composta pelas Diretorias de Medicina (DM), de Enfermagem (DE), de Administração (DA) e de Apoio Assistencial (DAA), sob as quais estão subordinadas todas as Divisões, os Serviços e as Seções técnicas, administrativas e assistenciais, assim como as Comissões Temporárias e Permanentes de assessoramento. (UFSC, 1992). Vide Anexo B - Organograma da Direção Geral - DG/HU 2012.

Sobre a dotação orçamentária, o HU/UFSC dispõe de recursos provenientes do orçamento geral da UFSC, de rendas auferidas de convênios firmados, de critérios abertos em seu favor e de outras fontes. Todos os recursos auferidos pelo HU são nele aplicados para a manutenção de atividades básicas, para o desenvolvimento técnico-científico e de gestão de pessoas (UFSC, 1982).

No campo do ensino, da pesquisa e da extensão, o HU/UFSC, assim como os demais hospitais universitários federais compreende um local de ensino, de aprendizagem e de formação em serviço, de inovação tecnológica e de desenvolvimento de novas estratégias que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde (BRASIL, 2010b).

No HU/UFSC, de acordo com o Regimento Interno (UFSC, 1992), é obrigatória e imprescindível a integração docente assistencial. Dessa forma, todas as atividades são desempenhadas sob a orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino da UFSC que nele efetivamente atuam. Por se tratar de um Hospital de Ensino, os pacientes atendidos no HU são orientados quanto ao contato com os acadêmicos de diversos cursos da área da saúde, garantido o respeito ético e a

assistência à saúde por profissional ou equipe multiprofissional qualificado.

Dessa forma, o HU/UFSC apresenta um vasto campo para a realização de estágios curriculares e para o desenvolvimento de atividades de extensão, constituindo-se assim em um espaço público para o processo de ensino e de aprendizagem de estudantes e de profissionais da saúde (UFSC, [200-]a).

Considerando o exposto, como Hospital de Ensino, o HU, bem como a UFSC constituem-se em uma prática educativa e social, pois apresentam em sua essência o processo de formação de diversos profissionais da área da saúde.

1.2 A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Informações históricas apontam que a UFSC estruturou-se inicialmente por meio da reunião de algumas Faculdades já existentes no centro da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Dentre elas destacam-se a Faculdade de Farmácia e Bioquímica, de Medicina, de Odontologia, de Serviço Social, de Direito e de Ciências Econômicas (NECKEL e KÜCHLER, 2010).

A UFSC foi fundada em 18 de dezembro de 1960 por meio do Decreto-Lei nº 3.849/1960 (BRASIL, 1960a) e tem como missão:

[...] produzir, sistematizar e socializar o saber filosófico, científico, artístico e tecnológico, ampliando e aprofundando a formação do ser humano para o exercício profissional, a reflexão crítica, a solidariedade nacional e internacional, na perspectiva da construção de uma sociedade justa e democrática e na defesa da qualidade da vida (UFSC, 1982, p.8).

Os cursos da área da saúde sempre foram consideravelmente expressivos no cenário histórico da UFSC. Os cursos de Farmácia e de Odontologia, por exemplo, incorporados à UFSC em 1960, já existiam desde 1917, porém faziam parte do Instituto Polytechnico, considerado o primeiro Instituto de Ensino Superior da área da saúde do Estado de Santa Catarina, extinto em 1934 (NECKEL; KÜCHLER, 2010).

A década de 1970 iniciou com mudanças significativas na educação brasileira. Por meio da Lei nº 5.540/1968 (BRASIL, 1968), foi instaurada a Reforma Universitária que levou à extinção das Faculdades

e à criação de Centros de Ensino, segmentados por áreas do conhecimento, os quais eram compostos por Departamentos.

Proveniente da Reforma Universitária de 1968 (BRASIL, 1968), o Centro de Ciências da Saúde (CCS) foi criado em 1979 e consolidou o seu processo de expansão por meio da construção do HU, que consistia em uma demanda urgente dos acadêmicos da área da saúde que necessitavam de um espaço público para a realização de seus estágios (NECKEL; KÜCHLER, 2010).

A fundação do HU, em 1980, beneficiou toda a comunidade catarinense por meio da assistência à saúde, do ensino e da pesquisa, constituindo-se, naquele período, como o único hospital completamente público do Estado de Santa Catarina (NECKEL; KÜCHLER, 2010).

Reconhecido como Hospital de Ensino em 2004 por meio do credenciamento junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, o HU vem atendendo às políticas públicas a cerca de 30 anos, atuando na filosofia do atendimento humanizado, nos três níveis de assistência à saúde: atenção básica, média e alta complexidade (NECKEL; KÜCHLER, 2010).

No âmbito da gestão, a UFSC apresenta uma estrutura institucional subordinada aos colegiados acadêmicos, de forma regimental e democrática, com composição proporcional e/ou paritária, específica de órgãos deliberativos. Estes órgãos subdividem-se em Conselho Universitário, que compreende o fórum máximo de deliberação nas áreas acadêmicas e administrativas da Universidade; Conselho de Curadores; Auditoria Interna; e, Ouvidoria, ambos com função fiscalizadora. (UFSC, 2013a).

No contexto da estrutura da Gestão Institucional, destacam-se os órgãos executivos, compostos por 7 (sete) Pró Reitorias e 4 (quatro) Secretarias, além do Gabinete da Reitoria. As Pró Reitorias englobam a Graduação, a Pós-Graduação, a Pesquisa, a Extensão, a Administração, os Assuntos Estudantis e o Planejamento e Orçamento. As Secretarias implementam as ações na área de Cultura, de Relações Internacionais, do Aperfeiçoamento Institucional e da Gestão de Pessoas, todas vinculadas diretamente ao Gabinete da Reitoria (UFSC, 2013a).

De acordo com o Relatório de Gestão da UFSC de 2013 (UFSC, 2013a), a Universidade conta com 11 (onze) Centros de Ensino, a saber:

- 1) Centro de Ciências Agrárias (CCA);
- 2) Centro de Ciências Biológicas (CCB);
- 3) Centro de Ciências da Educação (CED);

- 4) Centro de Ciências da Saúde (CCS);
- 5) Centro de Ciências Físicas e Matemáticas (CFM);
- 6) Centro de Ciências Jurídicas (CCJ);
- 7) Centro de Comunicação e Expressão (CCE);
- 8) Centro de Desportos (CDS);
- 9) Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFH);
- 10) Centro Socioeconômico (CSE); e,
- 11) Centro Tecnológico (CTC).

De acordo com informações do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) (UFSC, 2009), novos cursos presenciais foram criados com aumento significativo de vagas a partir da participação da UFSC no Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI²) em 2008. Por meio de recursos obtidos deste Programa, foram criados novos campi em Araranguá, Joinville, Curitiba e Blumenau.

Diante de todo o processo histórico de desenvolvimento da UFSC, tendo como base a legislação investigada neste estudo e a minha vivência como acadêmica e servidora desta Instituição, é notório a materialização da sua essência, ou seja, a formação no contexto de desenvolvimento da própria sociedade onde está inserida.

Corroboro com Búrigo (2013) quando situa que a formação, consiste em uma prática contínua e inacabada que permite a transformação da realidade, a qual é historicamente criada por meio das relações que o homem estabelece em cada contexto político e social por ele vivenciado. Neste contexto, a formação é um processo contínuo que também se materializa na interação com a realidade

1.3 A FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Concebo a formação como um processo contínuo de pensar conscientemente sobre uma realidade concreta. Neste contexto, situo a formação como um processo de construção e de revisão de valores que nega a formação essencialmente instrumental para se constituir em uma prática social mediada por relações sociais historicamente construídas (BÚRIGO, 2013).

² O programa visa o aumento de vagas nos cursos de graduação, a ampliação da oferta de cursos noturnos, a promoção de inovações pedagógicas e o combate à evasão, entre outras metas que têm o propósito de reduzir as desigualdades sociais no País (BRASIL, 2007).

A formação compreende um movimento de transformação interior de todo o sujeito que passa de um determinado saber, para o saber propriamente dito ou para o entendimento de si mesmo e dos outros, assim como da cultura e da realidade na qual está inserido (CHAUÍ, 2003).

Neste contexto, com base em Cruz e Silva (2011) o percurso histórico da formação farmacêutica compreende a construção da identidade e do papel social do farmacêutico frente às relações de força e poder que se desenvolveram ao longo deste processo.

Os primórdios da atuação farmacêutica no Brasil reportam ao papel desenvolvido pelos jesuítas que faziam parte da Companhia de Jesus, ordem religiosa fundada em 1534 destinada a barrar o avanço do protestantismo pelo mundo. Considerados os primeiros boticários³, os jesuítas contribuíram com a manipulação de medicamentos e com o cuidado da saúde do povo colonizado (CRUZ; SILVA, 2011).

No princípio, as boticas⁴ eram propriedades de pessoas leigas que prestavam atendimento ao povo de forma empírica, possuindo apenas formação para a manipulação de medicamentos. Entretanto, diante da necessidade de um profissional capaz de acompanhar o desenvolvimento técnico e científico da produção de medicamentos, foram criados, em 1832, os primeiros cursos de farmácia no Brasil⁵, localizados nos Estados do Rio de Janeiro e da Bahia. Diante deste processo de desenvolvimento histórico, os boticários foram gradativamente sendo substituídos por farmacêuticos (VOTTA, 1965).

Até 1930, os farmacêuticos apresentavam como principal função o cuidado com os usuários de medicamentos, atuando como educadores em saúde e participando ativamente de questões sociais, visando à prevenção de doenças (CRUZ; SILVA, 2011). Entretanto, a partir de 1940⁶, com o desenvolvimento das sulfas e a produção de antibióticos em escala industrial pelos hospitais, os farmacêuticos perceberam a necessidade de ampliar a sua área de atuação, abrangendo a farmácia hospitalar (BRASIL, 1994).

³ Pessoas leigas que tinham formação para manipular medicamentos (CRUZ; SILVA, 2011).

⁴ Estabelecimentos surgidos no Brasil no período colonial, onde os boticários manipulavam e forneciam medicamentos à população (CRUZ; SILVA, 2011).

⁵ O primeiro Curso de Farmácia do Brasil surgiu em 1832, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (NEPOMUCENO et al, 2007).

⁶ Em consequência da Segunda Guerra Mundial, a partir de 1940, foi observado um rápido crescimento na descoberta e desenvolvimento de novos antibióticos (GUIMARÃES; MOMESSO, 2010).

Em 1950, com a inserção do farmacêutico no âmbito hospitalar, os Serviços de Farmácia Hospitalares, então representados pelas Santas Casas de Misericórdia e pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, iniciaram um processo de desenvolvimento e modernização na produção e na dispensação de medicamentos (BRASIL, 1994). Este processo avançou a década de 1960, acompanhando o contexto político e econômico do Brasil caracterizado pela abertura do mercado nacional ao capital estrangeiro (CRUZ; SILVA, 2011).

A política de desenvolvimento e de privatização característica do Governo Militar⁷ atingiu essencialmente as áreas da saúde e da educação. A inserção da indústria multinacional farmacêutica no mercado brasileiro, diante da meta do desenvolvimento econômico da época, exigia um farmacêutico de caráter essencialmente tecnicista e acrítico, desprovido de habilidades humanísticas para o envolvimento em questões de Saúde Pública e incapaz de desenvolver novos medicamentos, devido ao forte potencial de crescimento da indústria farmacêutica (LORANDI, 2006).

Neste contexto, havia pouco interesse para o mercado farmacêutico que as faculdades de farmácia formassem um profissional que pudesse intervir na mercantilização do medicamento, restando desta maneira o profissional capacitado para atuar na produção industrial de medicamentos ou na área de análises clínicas (LORANDI, 2006).

É notório que o processo de desenvolvimento da política econômica e social refletiu essencialmente na concepção da formação do farmacêutico. Cruz e Silva (2011) e Saturnino (2012), defendem que diante da inserção da indústria farmacêutica, um novo fenômeno social surge, quando tanto a sociedade quanto os demais profissionais de saúde deixam de reconhecer que o domínio sobre o conhecimento do medicamento não mais pertence ao farmacêutico.

A ausência deste reconhecimento somada à falta de articulação entre a profissão, a formação no contexto da educação superior e o poder público na área da saúde, levaram à hegemonia do medicamento como mercadoria em detrimento ao medicamento como instrumento terapêutico, colaborando assim para o uso irracional do mesmo (SATURNINO, 2012).

Entretanto, a identidade está inserida em uma realidade em constante movimento, ou seja, consiste em um processo inconcluso e provisório, criado a partir da interação com o outro e com o meio,

⁷ Instituído em 1º de abril de 1964, o Regime Militar teve fim em 15 de março de 1985 (SAVIANI, 2008).

vivenciado dentro de um contexto político, econômico e social específico (BAUMAN, 2005).

Ao finalizar o período da ditadura militar no Brasil, uma nova identidade social começou a ser constituída. Diversos educadores exilados retornaram ao País e passaram a desenvolver uma proposta autônoma para o processo de desenvolvimento da educação. No âmbito farmacêutico, surge a preocupação com o desenvolvimento do lado humanístico do profissional, como requisito fundamental para uma atuação segura e socialmente inserida (LORANDI, 2006).

Diante deste cenário político e educacional do Brasil, ocorreram mudanças no posicionamento dos profissionais e acadêmicos de farmácia em favor da formação de um farmacêutico orientado para a atuação na Saúde Pública. Assim, estudantes e farmacêuticos atuando na homeopatia, na vigilância sanitária, na farmácia hospitalar, apoiados pelo Conselho Federal de Farmácia⁸ (CFF), defenderam uma nova proposta curricular para o ensino farmacêutico, pautada no compromisso do profissional com a sociedade, tendo o medicamento como o instrumento terapêutico central para a atuação e para a educação em saúde (LORANDI, 2006).

Neste contexto, o processo de formação do farmacêutico perpassa pela compreensão de duas concepções essenciais para a atuação profissional, que compreendem: a assistência e a atenção farmacêutica.

De acordo com Lorandi (2006), a assistência farmacêutica representa todas as ações relacionadas ao medicamento, que englobam as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento e dispensação de medicamentos, entre outras. Já a atenção farmacêutica consiste na relação pessoal construída entre o farmacêutico e o usuário do medicamento, embasada na utilização racional deste instrumento terapêutico. A promoção do uso racional do medicamento, caminha por um processo educativo desenvolvido entre o usuário, o farmacêutico e a equipe multidisciplinar de saúde, acerca dos riscos relacionados ao uso inadequado dos medicamentos.

As consequências do mau uso dos medicamentos podem trazer danos reversíveis ou irreparáveis como interrupções no tratamento, intoxicações e até mesmo a morte (CRUZ; SILVA, 2011). Acredito que as discussões em torno da formação farmacêutica podem contribuir para

⁸ Instituído pela primeira vez no Brasil em 1960, por meio da Lei nº 3.820/1960 (BRASIL, 1960b).

o resgate do profissional que visa garantir a segurança do paciente em todas as suas áreas de atuação.

Segundo Bisson (2007), pesquisas apontam que o trabalho do farmacêutico aumenta a adesão dos pacientes à terapia medicamentosa e, ao monitorar reações adversas e interações medicamentosas, reduz custos nos sistemas de saúde e melhora o nível de qualidade de vida dos pacientes.

De acordo com Hepler e Strand (1990), a missão do farmacêutico consiste em prover a atenção farmacêutica, que compreende a promoção responsável de cuidados relacionados aos medicamentos com o objetivo de atingir resultados que melhorem efetivamente o nível de qualidade de vida dos pacientes.

A melhoria do nível de qualidade de vida dos pacientes por meio da atenção farmacêutica pode ser traduzida como a prevenção de uma sintomatologia ou de uma doença; como o controle ou a redução do progresso de um sintoma ou de uma doença; e, como a eliminação de um sintoma ou a cura da doença do paciente. Estes resultados são obtidos por meio da resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos na relação direta estabelecida entre o farmacêutico e o paciente (BISSON, 2007).

Neste sentido, a Resolução nº 2/2002 (BRASIL, 2002), do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior, instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em farmácia, determinando que o processo de formação do profissional em farmácia deverá ser generalista, humanista, crítico e reflexivo, a fim de que o farmacêutico possa atuar em todos os níveis de atenção à saúde, baseado na precisão científica e intelectual.

Por meio da Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a), foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que traz a proposta de inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde nos níveis técnico, superior e de pós-graduação. Esta Portaria (BRASIL, 2013a), também estimula a promoção de processos de educação permanente de gestores, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente.

Neste contexto, compartilho das concepções de Chauí (2003) de que a educação continuada ou permanente difere da educação acadêmica, que prepara o sujeito para a vida, para se constituir em uma educação a ser desenvolvida durante toda a vida. Assim, a educação é inerente ao processo de formação e, portanto ela só pode ser permanente.

No âmbito da formação, as ações do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC), representam ações concretas da política pública para os profissionais da área da saúde, voltada para a promoção da cultura de segurança do paciente em todos os níveis de assistência seja domiciliar, ambulatorial ou hospitalar.

Todavia, o desenvolvimento e a manutenção desta cultura como processo institucional dependem, essencialmente, da elaboração, da implantação e da frequente revisão de políticas públicas voltadas para a gestão e para a formação, visando a garantia da segurança do paciente.

2 A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com a literatura investigada no presente Estudo, é possível afirmar que a cultura de segurança do paciente no âmbito da assistência farmacêutica está associada ao processo histórico de formação e de construção da identidade do profissional farmacêutico.

As relações estabelecidas entre o profissional e o seu objeto de trabalho compreendem um reflexo consciente do seu processo de formação e das condições de trabalho a ele propiciadas (BÚRIGO, 2003). Estas relações são permeadas por culturas e subculturas que representam uma trama de valores históricos e socialmente construídos que, no mundo do trabalho, são diretamente influenciados por processos de gestão (SANTOS, 2006).

A palavra cultura tem sua origem no latim, do verbo colere que significa cultivar, ou seja, seu significado original está relacionado às atividades agrícolas. Entretanto, antigos estudiosos romanos expandiram esta concepção utilizando-o também para se referirem à educação refinada de uma pessoa (SANTOS, 2006).

Embora Heródoto, historiador grego, já tenha se preocupado com as concepções de cultura ao descrever o sistema social dos lícios e, Confúcio, ao refletir sobre a natureza humana e os hábitos que mantém os homens segregados (SILVA; ZANELLI, 2004), as concepções existentes até o Século XVIII sobre cultura limitavam-se a compreender hábitos e crenças de determinadas sociedades, por meio de uma visão religiosa da vida. Entretanto, a partir do Século XIX, a necessidade do homem de compreender a origem e as transformações da sociedade, levaram à ruptura desta visão cristã do mundo social e da vida humana (SANTOS, 2006).

O interesse pelos estudos referentes à cultura como área de conhecimento científico surgiu a partir da expansão das nações europeias industrializadas (SILVA; ZANELLI, 2004). Ao incorporar regiões de diversos continentes aos seus territórios e submeter diferentes populações ao seu controle político e militar, as potências europeias passaram a perceber a necessidade de compreender o comportamento humano, ou seja, a cultura dos povos resistentes ou subjulgados aos seus domínios (SANTOS, 2006).

A partir de então, surgiram diferentes concepções acerca do tema cultura. Segundo a perspectiva etnográfica de Laraia (2009), os hábitos e os costumes característicos de um agrupamento social não são práticas inatas, mas sim aprendidas ao longo do tempo, representando construções de um processo sócio histórico.

Para Bauman (2012), a cultura consiste em um fenômeno social, uma identidade social permeada por inúmeros fatores, capaz de expressar como as ações individuais podem ter validade coletiva e como as múltiplas interações entre os sujeitos, ao longo da história, podem construir uma dada realidade. Neste contexto, a cultura compreende uma construção histórica, social, um processo coletivo da humanidade, ou seja, uma dimensão do processo social (SANTOS, 2006).

De acordo com Bauman (2012, p. 20),

[...] a cultura, como tende a ser vista agora, é tanto um agente da desordem quanto um instrumento da ordem; um fator tanto de envelhecimento e obsolescência quanto de atemporalidade. O trabalho da cultura não consiste tanto em sua autopetuação quanto em garantir as condições para futuras experimentações e mudanças [...] O paradoxo da cultura pode ser assim reformulado: o que quer que sirva para a preservação de um padrão também enfraquece o seu poder.

Nada do que é cultural pode ser estático, permanente. Tendo isso em vista, a cultura como processo compreende uma realidade onde a mudança consiste como um aspecto essencial (SANTOS, 2006).

Entretanto, há de se considerar que as preocupações atuais sobre cultura nasceram atreladas tanto às necessidades de conhecimento quanto às relações de domínio político, ou seja, a cultura faz parte tanto da história do desenvolvimento científico quanto da história das relações de poder.

Diante deste processo histórico e social, a cultura passou a ser institucionalizada nas sociedades modernas. Ao fazer parte da instituição ou da organização, a cultura expressa os conflitos e os interesses dominantes da sociedade e das pessoas que a compõe. Por esta razão, a coexistência de diversas culturas dentro de uma mesma cultura, evidencia o quanto podem ser ambíguas as relações existentes entre cultura e instituições/organizações (SANTOS, 2006).

No âmbito das instituições de saúde, a cultura de segurança do paciente compreende uma expressão da cultura como processo social. A cultura de segurança do paciente compreende os valores, as atitudes, as percepções, as competências e os padrões de comportamentos individuais e coletivos que determinam o compromisso, a competência e

a forma como uma instituição de saúde atua para a promoção da segurança do paciente (SAMMER et al, 2010).

Neste contexto, a segurança do paciente consiste na redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, ou seja, na diminuição de erros assistenciais que possam comprometer a saúde ou a vida dos pacientes (RUNCIMAN et al, 2009).

A preocupação com a cultura de segurança do paciente em nível mundial surgiu de forma mais intensa a partir da publicação do Relatório “To err is human; building a safer health care system” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), desenvolvido no ano de 2000 pelo Institute of Medicine (IOM), nos Estados Unidos da América (EUA) (BRASIL, 2013b).

Este Relatório revelou a elevada frequência de erros cometidos durante a assistência hospitalar que provocaram sequelas irreversíveis e inúmeros óbitos nos EUA, destacando que a punição e a reparação sobre o dano estavam centralizadas sobre as ações individuais, representando um entrave à segurança humana (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A ocorrência de erros nos serviços de saúde está relacionada a diversos fatores que podem ser agrupados em três elementos centrais que, de maneira geral, ocorrem simultaneamente. O primeiro refere-se aos fatores humanos que compreendem o comportamento, o desempenho e a comunicação entre os membros da equipe de saúde e entre a equipe e os pacientes; o segundo, aos fatores do sistema operativo, como o ambiente de trabalho e o nível de preocupação com a segurança do paciente; e, o terceiro, aos fatores externos que independem do controle da instituição, como o meio ambiente e as políticas legislativas (OMS, 2009).

Segundo o IOM, diariamente, morrem em torno de 100 pacientes hospitalizados, por causa de erros cometidos durante a assistência à saúde. O Relatório (BRASIL, 2013b) enfatizou ainda que erros de medicação são responsáveis pela morte de cerca de 7.000 pacientes por ano, nos EUA (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Segundo a WHO (2004), anualmente, milhares de pacientes são vítimas de lesões incapacitantes ou morrem em virtude de práticas de saúde inseguras em todo o mundo. Em países em desenvolvimento, esta situação pode ser mais crítica em função da carência de estudos que avaliam a sua realidade.

No Brasil, a maior parte dos estudos envolvendo a preocupação com a segurança do paciente, refere-se às complicações inerentes às

terapêuticas invasivas e aos eventos provocados pelos erros de medicação (MENDES et al, 2008).

O erro de medicação compreende qualquer evento evitável que possa levar à utilização inadequada de medicamentos, como os erros de prescrição médica e os erros de dispensação e de administração de medicamentos (CASSIANI, 2004). No âmbito da farmácia hospitalar, a prevenção de erros de medicação perpassa também pela cultura de segurança do paciente (WACHTER, 2010).

De acordo com o Inciso V, da Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a), a cultura de segurança do paciente define-se por meio de 5 (cinco) características básicas operacionalizadas pelos gestores de segurança da instituição:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e,
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Uma forte cultura da segurança do paciente é caracterizada por um elevado grau de comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, capaz de substituir a cultura da culpa e da punição pela oportunidade de aprender com os erros e aprimorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Segundo Sammer (2010, p. 157), existem 7 (sete) subculturas que caracterizam a cultura de segurança do paciente em nível hospitalar, definidas como: “liderança, trabalho em equipe, comunicação, aprendizado por meio dos erros, cultura da justiça, cuidado centrado no paciente e prática baseada em evidências⁹”.

Um estilo de liderança proativo estimula os profissionais a se responsabilizarem por seus atos, à medida que garante a imparcialidade

⁹ Tradução realizada pela Autora.

no tratamento das situações que conferem risco à saúde dos pacientes e a isenção de medidas de punição frente aos erros cometidos durante os processos assistenciais (SAMMER et al, 2010).

Neste contexto, recorro à concepção de Bauman (2012) quando afirma que liderar uma cultura significa dominar uma matriz de transformações possíveis, um conjunto infinito de possibilidades de mudança e não a solidificação de algumas escolhas em detrimento de outras, fortalecendo assim a concepção de cultura como uma identidade coletiva.

Assim, no contexto da cultura de segurança do paciente, a liderança e o trabalho coletivo desenvolvem-se efetivamente quando a comunicação entre os profissionais ocorre de maneira clara e objetiva. Desta forma, é possível estabelecer relações de confiança entre os membros da equipe, capazes de promover a construção de um ambiente de trabalho que propicie oportunidades de aprendizado (SAMMER et al, 2010).

As condições de trabalho e a formação do farmacêutico e dos demais membros da equipe de saúde, são fundamentais neste processo, pois a prática do cuidado centrado no paciente e baseada em evidências científicas, confere maior nível de segurança ao paciente e aos profissionais de saúde que podem se basear em protocolos, checklist e guias padronizados para a tomada de decisões sobre a terapêutica dos pacientes (SAMMER et al, 2010).

Considerando o exposto, a cultura de segurança do paciente é composta por uma rede de procedimentos e de processos formativos desenvolvidos ao longo da história das instituições de saúde, que evidencia o comprometimento de cada instituição com a segurança dos pacientes por ela assistidos.

Entretanto, uma determinada cultura só prevalece ao longo do tempo na medida em que o ímpeto de transformá-la permanece constante, pois qualquer atitude que sirva para a preservação de um padrão irá enfraquecê-la. Dessa forma, a cultura só pode produzir, na sua essência, a mudança constante (BAUMAN, 2012).

Assim, a cultura de segurança do paciente também compreende, na sua essência, um processo histórico-social que perpassa pelo processo de formação e de gestão dos sujeitos envolvidos no desenvolvimento desta cultura.

3 POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A fim de desenvolver estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente no HU/UFSC e assim aprimorar o nível de qualidade dos serviços prestados, o Hospital vem instituindo comissões de caráter técnico-científico e administrativo.

Cabe destacar, com o objetivo de coordenar o processo de planejamento, organização e controle do nível de qualidade de materiais de assistência ao paciente no HU, em 2000, foi constituída a Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA). Vinculada à Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC, a CPMA é formada por um enfermeiro coordenador, um enfermeiro docente do Departamento de Enfermagem/UFSC, um representante enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem de cada Divisão hospitalar e uma secretária (UFSC, [200-]b).

A CPMA conta com o apoio do Núcleo de Engenharia Clínica (NEC) do Hospital, que desenvolve as especificações dos equipamentos a serem adquiridos para uso hospitalar, executa os processos de instalação e presta assessoria sobre a utilização dos mesmos (UFSC, [200-]b).

Em 2002, o HU passou a integrar o Projeto Hospitais Sentinelas com a finalidade de ampliar e sistematizar a vigilância sobre os produtos utilizados na prestação de serviços de saúde, garantindo maior nível de qualidade e segurança aos pacientes (UFSC, [200-]c).

Já em 2003, foi instituído o NUVISAH no HU, por meio da Portaria n° 005/DG/HU/03 (UFSC, 2003). De natureza técnico-científico permanente, o NUVISAH atua nas áreas de farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância, a fim de gerenciar o risco inerente aos processos de trabalho envolvendo estas áreas. (UFSC, [200-]d).

Por meio do Programa de Farmacovigilância, o NUVISAH tem por finalidade auxiliar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na coleta de informações sobre eventos adversos e queixas técnicas referentes ao uso de medicamentos pós-comercialização. Para tanto, dispõe de um profissional farmacêutico que coordena e executa estas ações. Ainda, para a realização das atividades de farmacovigilância, o NUVISAH dispõe de alguns parceiros, como o Serviço de Farmácia HU/UFSC, o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) do Estado de Santa Catarina (SC), o Departamento de Ciências Farmacêuticas (CIF), o Núcleo de Avaliação do Tipo Alérgico à Droga

(NARTAD) e a Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina (VISA/SC) (UFSC, [200-]d).

Ainda relacionado ao uso de medicamentos, o HU instituiu em 2007, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), com o intuito de formular e implementar uma política institucional para o uso racional de medicamentos no Hospital. Vinculada à Direção Geral do HU, a CFT, de caráter técnico-científico e permanente, é constituída por farmacêuticos, enfermeiros e médicos de diversas especialidades (UFSC, 2007).

A fim de identificar os problemas e as especificidades da segurança nas diversas unidades de internação hospitalar, o HU instituiu o COSEP, por meio da Portaria n° 140/DG/HU/2010 (UFSC, 2010b). O COSEP/HU/UFSC apresenta caráter multiprofissional e interdisciplinar tendo representantes que atuam nos segmentos assistencial e acadêmico, de diversas áreas do conhecimento, entre elas, a enfermagem, a medicina, a farmácia e a administração.

O COSEP, tem por finalidade desenvolver ações para a promoção da cultura de segurança do paciente por meio do planejamento, do desenvolvimento, do controle e da avaliação de programas, a fim de garantir a segurança e um bom nível de qualidade dos processos de assistência à saúde. Entre as atividades já desenvolvidas pelo Comitê, destacam-se os cursos de capacitação para os servidores do HU, envolvendo questões pertinentes ao tema segurança do paciente (UFSC, 2010b).

Com a finalidade de estabelecer diretrizes para processo de gestão de risco do HU e, conforme determinações da Resolução n° 36/2013 (BRASIL, 2013d), o NUVISAH estabeleceu, em dezembro de 2013, a Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU. Esta Política compreende a aplicação sistêmica e contínua de ações, visando o controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem Institucional. A partir de então, o NUVISAH incorporou o Programa de Segurança do Paciente, vinculado até o presente momento, exclusivamente, ao COSEP/HU. Em virtude desta nova estruturação, o COSEP visa assessorar as ações a serem desenvolvidas pelo Coordenador do Programa de Segurança do Paciente e demais Programas do NUVISAH (UFSC, 2013b).

De acordo com o Plano de Trabalho desenvolvido pelo NUVISAH para 2014 (UFSC, 2014f), está a elaboração do Plano de Segurança do Paciente e de Gerenciamento de Risco do HU como uma meta a ser atingida no decorrer deste ano, em virtude da recente

reestruturação deste Núcleo que, em breve, tem perspectivas de se consolidar como Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HU.

Diante do exposto, concebo que o processo histórico de desenvolvimento da Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do Hospital Universitário/UFSC está inserido em um processo da gestão universitária, como uma ação essencial no processo de construção e desenvolvimento das diretrizes de ação do que se concebe e se deseja para o Hospital Universitário.

3.1 GESTÃO UNIVERSITÁRIA

As bases teóricas da administração surgiram no âmbito da Segunda Revolução Industrial, ocorrida a partir de 1840. Neste período, foram delineados os primeiros modelos de gestão, visando instrumentalizar as organizações de maior eficiência produtiva, que se desenvolveram ao longo da Primeira Revolução Industrial, iniciada em 1780, a partir da expansão do modo de produção mecânico (FERREIRA et al, 2009).

Embora Adam Smith já tivesse lançado as bases da divisão do trabalho em 1776; Charles Babage já tivesse apresentado diversos métodos de racionalização da produção; e, Robert Owen já houvesse implantado um sistema de gerência humanizada, em meados de 1800, foi somente a partir da obra de Taylor, em 1925, que se consolidaram os alicerces da Administração Científica (FERREIRA et al, 2009).

Todavia, estes estudiosos incorporaram princípios filosóficos característicos da sociedade industrial, influenciados por Descartes, Bacon e Newton, que trouxeram elementos da lógica matemática, do método indutivo e da experimentação, bem como de uma visão mais racional do mundo, desmistificando fenômenos da natureza, constituindo assim o modelo de gestão de abordagem estrutural (FERREIRA et al, 2009).

Em contraposição à abordagem estrutural da Administração Científica que marcou a sociedade industrial, foram lançadas novas teorias de gestão, porém de carácter humanista. Embasadas nas concepções de Sócrates, os teóricos da abordagem humana romperam com o fascínio pelo racionalismo científico e ampliaram a visão sobre o papel do homem nas organizações, trazendo orientações quanto aos aspectos comportamentais que influenciam os processos de gestão (FERREIRA et al, 2009).

De acordo com a literatura investigada neste Estudo e, considerando a clara oposição existente entre as abordagens estrutural e

humanística, é possível afirmar que não existem modelos de gestão universais, completos ou permanentes. O desenvolvimento observado ao longo dos estudos organizacionais comprova a necessidade de adequação dos modelos de gestão ao contexto social, político e econômico vivenciado pela sociedade em cada época, bem como ao tipo de sistema que se deseja gerenciar.

Embora, Parsons (1967), Lapassade (1977), Stoner e Freeman (2000) tenham definido que organizações compreendem sistemas sociais constituídos por um grupo de pessoas que visa atingir uma meta específica e que, segundo Weber (1999), podem incluir sistemas mais burocratizados como empresas, escolas, clubes, universidades, entre outros, parto do princípio de que a universidade pública, especificamente, consiste em uma instituição social (CHAUÍ, 2003).

Como instituição social, a universidade pública representa a estrutura da sociedade como um todo, refletindo todas as divisões e contradições decorrentes das transformações políticas, sociais e econômicas por ela vivenciadas (CHAUÍ, 2003).

De acordo com a Lei nº 9.394/1996 (BRASIL, 1996, Art. 52), de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), as universidades são definidas como: “instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano”.

Segundo Chauí (2003), a essência da universidade compreende a formação, a qual significa uma relação com o tempo. Ao inserir um novo conhecimento sobre o que estava solidificado no passado da cultura de um sujeito, tem-se um processo de transformação, ou seja, de formação.

Por tratar-se de uma instituição social, a gestão de uma universidade pública difere da gestão de uma organização qualquer. Como instituição social, a universidade pública busca na sociedade referências normativas e valores, a fim de definir uma universalidade que lhe permita responder às contradições impostas pela divisão social e política vivenciadas pela sociedade. Dessa forma, a universidade questiona a sua existência, a sua função e a sua posição no interior da luta de classes. Enquanto que uma organização social, conduzida por ideias de controle, de planejamento e de eficácia, busca gerir o seu espaço na sociedade, inserindo-se em um dos pólos da divisão social, a fim de vencer a competição existente entre organizações semelhantes (CHAUÍ, 2003).

Vista como uma instituição social de carácter republicano e democrático (CHAUÍ, 2003), a gestão universitária é definida pela

política institucional, cujas mudanças acompanham as determinações das políticas públicas.

Neste contexto, na universidade como instituição social, há uma tendência de não mais administrar pessoas, como preconizava a clássica teoria da administração, mas sim administrar com as pessoas, envolvendo-as no processo da gestão universitária (BÚRIGO; LOCH, 2011).

Diante do exposto, entre as diversas unidades vinculadas à gestão universitária da UFSC, encontra-se o Hospital Universitário. No âmbito da gestão do HU/UFSC, o nível de qualidade do ensino, assim como da assistência prestada à saúde, evidenciados por meio da cultura de segurança do paciente, refletem os objetivos da política institucional de segurança do paciente desenvolvida a partir das políticas públicas existentes.

Considerando o processo histórico de desenvolvimento para a promoção da cultura de segurança do paciente no HU/UFSC, é perceptível o envolvimento da farmácia hospitalar e do profissional farmacêutico. Bem como, faz-se pertinente entender como este processo vem se constituindo a partir das diretrizes das Políticas Públicas de Segurança do Paciente.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As políticas públicas que vem sendo desenvolvidas para a promoção da segurança do paciente no Brasil, refletem as ações promovidas pela ANVISA e pela OMS, em nível mundial.

Em 2001, a ANVISA criou o Projeto Hospitais Sentinela, visando estabelecer uma rede de referência entre os hospitais brasileiros, capaz de captar e fornecer dados sobre eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde. Este Projeto conta com os Serviços de Farmácia Hospitalares, como uma de suas áreas de interface nos hospitais e, com a atuação de profissional farmacêutico como coordenador dos processos de vigilância sobre o uso de medicamentos (BRASIL, [200-]a).

Outra iniciativa da ANVISA em favor da segurança do paciente foi a instituição da CFT e do COSEP nos hospitais desta rede, ambos de caráter permanente e multidisciplinar, que também contam com o farmacêutico para o desenvolvimento de suas ações. Esta iniciativa visa implantar políticas para a seleção e a utilização de tecnologias de saúde, as quais englobam desde os processos organizacionais e educacionais

até os medicamentos e procedimentos técnicos e terapêuticos aplicados na assistência à saúde (BRASIL, [200-]b).

Com o objetivo de melhorar a segurança do paciente em nível global, a OMS apoiou a criação de uma aliança internacional para a segurança do paciente, durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Criada em outubro de 2004, a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) reúne representantes de Ministérios da Saúde de diversos países, especialistas em segurança, Agências Nacionais para a segurança do paciente e Associações de profissionais de saúde e de usuários de serviços de saúde. Esta Aliança visa propor soluções para problemas específicos enfrentados durante a assistência ao paciente, como a administração de medicamentos, entre outros. (DONALDSON; FLETCHER, 2006).

Como reflexo do movimento mundial em favor da segurança do paciente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a), instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do Território Nacional. Para tanto, considera fundamental a criação de uma cultura de segurança e a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco, em integração com todos os processos de cuidado e com os processos institucionais dos serviços de saúde.

Esta Portaria (BRASIL, 2013a), recomenda a utilização das melhores evidências científicas disponíveis para a assistência à saúde; a transparência, a responsabilização e a sensibilização para o enfrentamento dos erros cometidos durante o cuidado de saúde e a capacidade de reagir às mudanças nos sistemas institucionais.

Com base na Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a), constituem-se estratégias para a implantação do PNSP: a elaboração de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; a capacitação de gestores e profissionais da saúde em segurança do paciente; a instituição de indicadores de segurança do paciente para a avaliação de serviços de saúde; a implantação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente; a implantação de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde; e, a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e no aprimoramento institucional.

Ainda, de acordo com esta Portaria (BRASIL, 2013a), a articulação entre o MEC e o CNE, para a inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível

técnico, superior e de pós-graduação, também se constitui em uma estratégia para o desenvolvimento do PNSP.

Isto posto, a ANVISA e o MS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), elaboraram alguns protocolos denominados Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, a fim de promover práticas seguras de assistência hospitalar envolvendo a prevenção de quedas de pacientes, a identificação correta de pacientes, a cirurgia segura, a higiene das mãos, a prevenção da úlcera por pressão e a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013c).

Neste contexto, a ANVISA publicou a Resolução nº 36/2013 (BRASIL, 2013d), instituindo ações com vistas a segurança do paciente em serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem atividades de ensino e pesquisa. Esta Resolução (BRASIL, 2013d), visa estabelecer diretrizes para a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e para a execução de ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde, a ser desenvolvido por cada instituição de saúde, considerando as suas especificidades.

O PSP consiste em um documento que aponta as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão destas situações, com vistas à prevenção de incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço (BRASIL, 2013d).

Este Plano, de acordo com a Resolução nº 36/2013 (BRASIL, 2013d), deve ser elaborado e executado pelo NSP dos serviços de saúde, bem como as ações para o monitoramento dos incidentes e eventos adversos, considerando que o NSP tem por princípios a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

Diante da literatura investigada no presente Estudo sobre o processo histórico de desenvolvimento de políticas públicas visando à garantia da segurança do paciente nos serviços de saúde em nível Nacional, é possível pontuar que o envolvimento dos Serviços de Farmácia Hospitalares, bem como a atuação do profissional farmacêutico são determinantes para o gerenciamento do risco inerente à utilização de medicamentos.

Ainda, diante destas políticas percebo a importância conferida à instituição da cultura de segurança do paciente, enquanto um processo a ser desenvolvido por cada serviço de saúde.

Esta cultura compreende o eixo central para a estruturação e a manutenção de todos os processos e procedimentos que permeiam o cuidado de saúde. Entretanto, para que seja desenvolvida, a cultura de segurança do paciente necessita ser formalmente institucionalizada em cada serviço de saúde, por meio do desenvolvimento de políticas que garantam o cumprimento e o aprimoramento desta cultura.

Diante do exposto, é possível afirmar que as políticas públicas determinam as políticas institucionais, por este fato é essencial o processo de gestão que delineie diretrizes concretas para a introdução e manutenção de práticas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia do Hospital Universitário.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Este estudo constitui-se em uma investigação bibliográfica, de consulta a informações teóricas que me permitiram compreender a problemática estudada, ou seja, o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC.

A pesquisa documental também foi realizada a partir de materiais como, Portarias, Decretos, Resoluções, Relatórios entre outros documentos, como um dos elementos textuais que também subsidiaram o Estudo.

Assim, esta pesquisa caracterizou-se por um estudo de caso, de natureza qualitativa e descritiva. Segundo Triviños (2001, p. 74), “o estudo de caso é um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente”, tendo como fonte direta das informações, o ambiente natural, ou seja, o contexto real onde o fenômeno ocorre.

A abordagem qualitativa do estudo considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real, ou seja, o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números. Assim, a interpretação do fenômeno estudado e a atribuição de significados são elementos básicos para o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa (TRIVIÑOS, 1987).

Na pesquisa descritiva, o pesquisador tende a analisar suas informações indutivamente, a partir da sua experiência sensível, sendo o significado do processo o seu enfoque principal de abordagem (TRIVIÑOS, 1987).

De acordo com Triviños (2001), no processo de busca do conhecimento por meio da pesquisa, o investigador e o sujeito investigado estão em diálogo constante, interagindo por meio de um processo de cooperação e de interação mediante a realidade na qual estão inseridos.

Assim, como pesquisadora, descrevi e analisei as informações coletadas, considerando toda a experiência vivenciada pelo entrevistado, no sentido de melhor compreender o fenômeno investigado, ou seja, o processo de cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Triviños (2001), a população envolvida em um estudo compreende um conjunto de objetos, de fenômenos, de coisas ou de pessoas, sendo que uma parte desta população consiste na amostra.

Na pesquisa qualitativa, a população é considerada uma referência, não sendo necessário delimitar com exatidão o tamanho da população, como se faz nas pesquisas quantitativas. Dessa forma, a amostra pode ser definida arbitrariamente, ou seja, a critério do investigador, que busca obter tendências e ideias predominantes e não generalizar os resultados alcançados pelo seu estudo. (TRIVIÑOS, 2001).

Neste contexto, a escolha dos sujeitos que farão parte da amostra da pesquisa qualitativa deverá ser realizada por meio de critérios emanados dos próprios objetivos da investigação (TRIVIÑOS, 2001).

A amostra desta pesquisa foi constituída pelos gestores do HU/UFSC responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC. Este critério incluiu também os farmacêuticos lotados neste Serviço que ocupavam cargos de chefia no momento da coleta das informações.

Sendo assim, a fim de compreender o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC, a partir da visão dos seus gestores, a amostra desta pesquisa justifica-se diante dos seguintes critérios:

- a) Diretor Geral do HU/UFSC, cujas atribuições compreendem, entre outras, representar o HU junto à Administração Superior da UFSC, demais órgãos governamentais e onde se fizer necessário (UFSC, 1992);
- b) Diretor da DAA do HU/UFSC, a qual o Serviço de Farmácia está subordinado. O Diretor da DAA é responsável por apreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminhá-las ao Diretor Geral, entre outras (UFSC, 1992);
- c) Chefe do Serviço de Farmácia do HU/UFSC, ocupante do cargo de farmacêutico, cujas atribuições incluem, entre outras, supervisionar o cumprimento das normas do Serviço e garantir a execução das determinações emanadas da Administração Superior, da Diretoria Setorial e da DAA (UFSC, 1992);

d) Chefe da Seção de Farmácia Semi-Industrial, ocupante do cargo de farmacêutico, cujas atribuições incluem, entre outras, supervisionar as atividades desenvolvidas na Seção e garantir o cumprimento das normas estabelecidas pelo Chefe do Serviço (UFSC, 1992);

e) Chefe da Seção de Estocagem e Distribuição de Medicamentos, ocupante do cargo de farmacêutico, o qual é responsável por supervisionar as atividades desenvolvidas na Seção, entre outras, e garantir o cumprimento das normas estabelecidas pelo Chefe do Serviço (UFSC, 1992); e,

f) Coordenador da Segurança do Paciente do NUVISAH do HU/UFSC, responsável por desenvolver ações integradas com o COSEP, a fim de identificar pontos críticos para a segurança do paciente e desenvolver estratégias para minimizar os riscos (UFSC, 2013b).

Observados os critérios, a amostra da presente pesquisa foi definida conforme ilustrado no Quadro 02 - Amostra da Pesquisa.

Quadro 02 – Amostra da Pesquisa

Sujeitos	Quantidade
Diretor Geral do Hospital Universitário/UFSC	01
Diretor da Diretoria de Apoio Assistencial do Hospital Universitário/UFSC	01
Chefe do Serviço de Farmácia do Hospital Universitário/UFSC	01
Chefe da Seção de Farmácia Semi- Industrial	01
Chefe da Seção de Estocagem e Distribuição de Medicamentos	01
Coordenador da Segurança do Paciente	01
Total	06

4.3 COLETA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O Projeto deste Estudo (CANABARRO, 2014) foi submetido à apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, em 19 de agosto de 2014, sendo aprovado em 02 de dezembro de 2014, conforme Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP. Todos os

sujeitos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), vide Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declarando ciência sobre os objetivos do presente Estudo.

Para a coleta das informações, optei em trabalhar com a entrevista semi-estruturada. De acordo com Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é composta por questionamentos básicos, os quais são apoiados em teorias e hipóteses de interesse à pesquisa. Estes questionamentos podem gerar novas interrogativas, fruto de novas hipóteses que poderão surgir a partir das informações transmitidas pelo entrevistado. Vide Apêndice B - Instrumento de Coleta de Informações.

Para a elaboração do roteiro da entrevista semi-estruturada e em observância aos objetivos inicialmente propostos, defini as categorias e os seus respectivos conteúdos básicos conforme Quadro 03 - Categorias e Conteúdos Básicos.

Quadro 03 - Categorias e Conteúdos Básicos

Categorias	Conteúdos Básicos
Serviço de Farmácia HU/UFSC	a) Concepção de formação. b) Formação do farmacêutico. c) Formação dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia HU/UFSC.
Cultura de Segurança do Paciente	a) Concepção. b) Desafios e possibilidades.
Política Institucional de Segurança do Paciente HU/UFSC	a) Concepção. b) Interação entre a Política Institucional de Segurança do Paciente do HU/UFSC e o processo de cultura de segurança do paciente.

Fonte: Elaborado pela Autora.

Segundo Búrigo (2003), a função metodológica da categoria de análise consiste em concretizar os fundamentos do processo de desenvolvimento do conhecimento, sendo que o conteúdo nela inserido deverá compreender a preocupação básica para a sua definição. Já os conteúdos básicos, compreendem elementos essenciais de definição de uma categoria, distinguindo-a de outra (CHEPTULIN, 1982). Assim, os conteúdos básicos não podem pertencer ao mesmo tempo a mais de uma categoria.

Para análise das respostas foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo. Segundo Triviños (1987), esta técnica permite ao pesquisador obter informações por meio da análise objetiva das respostas obtidas.

Segundo Bardin (2010), a análise de conteúdo constitui-se em uma técnica de investigação que tem por finalidade a interpretação das comunicações dos sujeitos envolvidos no estudo, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto destas comunicações. Na análise de conteúdo, o interesse não se restringe à descrição dos conteúdos, mas abrange o que estes conteúdos poderão comunicar após serem categorizados.

A fim de analisar a informações que foram coletadas, percorri os seguintes passos:

- 1º) Transcrevi todas as entrevistas gravadas.
- 2º) Realizei uma leitura detida do material transcrito, tendo como base o referencial teórico levantado ao longo do Estudo.
- 3º) Selecionei as informações que poderiam ser quantificadas. Estas informações retrataram as características pessoais e profissionais dos entrevistados, as quais foram descritas e analisadas de acordo com os objetivos do Estudo.
- 4º) Agrupei as falas transcritas de acordo com os conteúdos básicos pertencentes a cada uma das três categorias previamente estabelecidas. Vide Quadro 3 - Categorias e Conteúdos Básicos.
- 5º) Fiz uma leitura detalhada do referencial teórico levantado, o qual compôs cada categoria de análise, buscando relacionar as falas dos entrevistados com os dados encontrados na literatura investigada neste Estudo.

O processo de categorização dos conteúdos das informações coletadas visou a instrumentalização do processo de análise. Este processo de análise do conteúdo das falas registradas durante as entrevistas objetivou conhecer a realidade concreta em estudo, à luz do conhecimento previamente adquirido, a fim de melhor compreender o fenômeno da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC.

A coleta das entrevistas ocorreu no período de 25 de agosto de 2014 a 30 de setembro de 2014 e tiveram duração, em média, entre 20 e 40 minutos cada. As entrevistas foram previamente agendadas com os participantes da pesquisa, via telefone. Conforme solicitado pelos participantes, as entrevistas foram realizadas em seus respectivos locais

de trabalho, dentro do HU/UFSC, uma vez garantidos a privacidade e o sigilo durante a realização das mesmas.

Quando autorizado pelo participante, utilizei um gravador digital que me possibilitou transcrever as entrevistas posteriormente. Quando não autorizada a gravação, utilizei meu computador pessoal para registrar as respostas imediatamente após a fala do entrevistado. Durante as entrevistas, coloquei as questões aos entrevistados exatamente como descritas no Instrumento de Coleta de Informações, vide Apêndice A - Instrumento de Coleta de Informações, a fim de evitar possíveis distorções de interpretação por parte dos entrevistados.

Todos os sujeitos entrevistados mostraram-se cooperativos com a Pesquisa e, a fim de proteger a identidade dos sujeitos e facilitar o processo de análise das informações coletadas, codifiquei os entrevistados conforme segue:

- a) G 01 - Gestor 01;
- b) G 02 - Gestor 02;
- c) G 03 - Gestor 03;
- d) G 04 - Gestor 04;
- e) G 05 - Gestor 05; e,
- f) G 06 - Gestor 06.

Após a realização das entrevistas, procedi às transcrições das mesmas, não subtraindo, acrescentando ou transformando qualquer informação fornecida pelos entrevistados, a fim de não correr o risco de distorcer suas palavras ou o entendimento que cada um deles teve sobre as questões a eles propostas.

5 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Neste capítulo, busquei descrever, analisar e compreender as informações coletadas, considerando toda a manifestação do entrevistado, a fim de contribuir para a melhor compreensão do fenômeno em estudo.

Com o propósito de atingir este objetivo, certifiquei-me de que os objetivos específicos propostos seriam contemplados, por meio da análise das informações, pois, certamente, eles são a ponte para a obtenção da resposta da minha pergunta de pesquisa, ou seja: Como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC?

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados os 6 (seis) gestores previamente definidos na amostra – Vide Quadro 02 - Amostra da Pesquisa, responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC. Entre os sujeitos entrevistados, haviam 3 (três) farmacêuticos, 1 (um) enfermeiro, 1(um) nutricionista e 1 (um) médico.

O agendamento das entrevistas foi realizado, em grande parte, diretamente com os sujeitos a serem entrevistados, os quais prontamente se mostraram disponíveis para participar da Pesquisa.

Na data agendada para a realização das entrevistas os sujeitos apresentaram-se receptivos e dispostos para responder aos questionamentos, apesar da elevada demanda de atividades nas quais estavam envolvidos. Como pesquisadora, me senti confortável durante as entrevistas e percebi que a temática da cultura de segurança do paciente era agradável aos entrevistados, embora a maioria deles tenha afirmado possuir pouco conhecimento sobre o tema.

Dos entrevistados, 34 % pertencem à categoria funcional Docente e 66%, à categoria Técnico Administrativo em Educação (TAE). A média de tempo de serviço dos entrevistados na UFSC é equivalente a 19 anos. Com relação ao tempo de serviço na função de gestor, a média correspondeu a 2 (dois) anos, sendo que o menor tempo na função corresponde a 1 (um) ano e o maior a 6 (seis) anos, Vide Quadro 04 - Caracterização dos Entrevistados.

Quadro 04 - Caracterização dos Entrevistados

Sujeitos	Ingresso na UFSC	Categoria	Sujeitos
G 01	2013	TAE	1 ano e 1 mês
G 02	2008	TAE	6 anos
G03	2013	TAE	1 ano e 6 meses
G 04	1996	TAE	9 meses
G 05	1984	Docente	2 anos
G 06	1980	Docente	2 anos

5.2 O SERVIÇO DE FARMÁCIA HU/UFSC NA CONCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS

As três primeiras questões propostas aos entrevistados, referiram-se à categoria de análise denominada Serviço de Farmácia HU/UFSC. Estas questões objetivaram coletar informações, a fim de descrever a concepção de formação e o processo de formação dos farmacêuticos lotados neste Serviço, a partir da visão dos seus gestores.

Frente à primeira questão: Como você concebe a formação?, os entrevistados afirmaram que o processo de formação remete à capacitação, que se inicia na graduação, na universidade, para o desenvolvimento de alguma habilidade ou competência para desempenhar alguma função, conforme resposta do Entrevistado G 02:

[...] a faculdade te dá os caminhos [...] você vai se formando ao longo do tempo, num processo de formação contínuo (G 02).

Embora todos os entrevistados tenham relacionado a concepção de formação, inicialmente, ao processo de formação essencialmente instrumental, que visa o desenvolvimento de uma carreira profissional, eles também afirmaram que a formação consiste em um processo contínuo, que se desenvolve ao longo da vida. Neste contexto, destaco as falas dos Entrevistados G 03 e G 05.

[...] inicia na universidade [...] no próprio trabalho, [...] a experiência que você ganha faz parte da formação que eu acho que nunca acaba, é para a vida inteira (G 03).

Acho que é uma construção [...] o processo de formação para mim é um processo contínuo de desenvolvimento para algumas habilidades (G 05).

Estas falas remetem à concepção de formação como um processo contínuo de construção e de revisão de valores, mediado por relações sociais historicamente construídas (BÚRIGO, 2013).

Ainda, reportam à concepção de educação permanente, elucidada por Chauí (2003), a qual determina que a educação é inerente ao processo de formação e, portanto ela só pode ser permanente.

Diante da segunda questão: Comente sobre o seu processo de formação. Participa de algum processo de formação atualmente?, foi constatado que os 6 (seis) entrevistados haviam cursado, no mínimo, um curso de pós-graduação *latu sensu*. Dos 6 (seis), 3 (três) possuíam título de Doutor, 1 (um) estava em fase de conclusão de Doutorado e 2 (dois) possuíam título de Especialista. Dos 6 (seis) entrevistados, apenas 2 (dois) confirmaram a participação em algum processo de formação atualmente, sendo que 1 (um) afirmou estar participando de um curso de atualização em segurança do paciente, especificamente.

Frente à esta questão, destaco a colocação do Entrevistado G 06:

Então é um processo assim mais ou menos que vem vindo de busca de fontes tradicionais de conhecimento, escolas, pós-graduações [...] e a formação tem muito a ver com as práticas nas quais você se envolve. Então tem toda a trajetória dos lugares por onde passei, onde sem dúvida nenhuma [com certeza] contribuíram para a minha formação [...] a cultura institucional, seguramente, interfere no teu processo de formação também [...] (G 06).

A colocação do Entrevistado G 06 expressa a compreensão de que o processo de formação compreende a formação instrumental, ou seja, a formação acadêmica propriamente dita, mas também tudo o que se vivencia ao longo de uma história de vida e no mundo do trabalho.

Esta colocação também reflete a concepção de Búrigo (2003), onde as relações estabelecidas entre o profissional e o seu objeto de trabalho compreendem uma reflexão consciente tanto das condições de trabalho a ele proporcionadas quanto do seu processo de formação. Segundo Santos (2006), estas relações são permeadas por culturas e subculturas que representam uma teia de valores históricos e socialmente construídos que permeiam também o universo do trabalho.

Destaco ainda a fala do Gestor G 06, quando questionado sobre o seu processo de formação:

[...] eu acho que o ambiente e a cultura universitária são favorecedores dos processos de busca de formação, [...], acredito que a cultura institucional é estimuladora de um processo contínuo de formação e de melhoria dos seus profissionais (G 06).

Esta fala expressa a essência da universidade pública, bem como do Hospital Universitário. Pois, uma vez inserido no âmbito da gestão universitária, o HU/UFSC compreende um espaço público destinado ao ensino, à aprendizagem e à formação de pessoas (BRASIL, 2010b). Segundo Búrigo (2013), esta essência materializa-se por meio de uma prática diária, educativa e social.

Entretanto, há de se considerar a carência de processos de formação em segurança do paciente no HU/UFSC, especificamente, visto que apenas um Gestor (G 04) afirmou a sua participação em um curso envolvendo esta temática, no momento das entrevistas.

De acordo com a Portaria Normativa nº 17/2008 (UFSC, 2008b), que institui as normas de funcionamento dos cursos de capacitação profissional destinados aos servidores docentes e técnico administrativos em educação da UFSC, os cursos de capacitação profissional, que compreendem as atividades de aprendizagem que visam ao desenvolvimento das competências institucionais por meio das competências individuais dos servidores, devem observar as linhas de desenvolvimento que contemplem a formação específica e a gestão, entre outras. Os cursos de formação específicos visam a capacitação dos servidores para o desempenho das atividades no ambiente institucional onde atuam e ao cargo que ocupam.

Esta Portaria (UFSC, 2008b), apoia-se nas determinações da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal (BRASIL, 2006b), a qual tem por objetivo estabelecer diretrizes para o desenvolvimento permanente dos servidores públicos, a fim de melhorar o nível de eficiência, eficácia e o nível de qualidade dos serviços públicos ofertados aos cidadãos.

Diante do exposto, cabe ressaltar que a capacitação de profissionais de saúde em segurança do paciente compreende ações propostas por meio da Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a) para a promoção da cultura de segurança do paciente com ênfase no aprendizado e no aprimoramento Institucional.

Com base na legislação vigente, há possibilidades para o desenvolvimento dos servidores públicos para o desempenho das atividades compatíveis com os cargos que ocupam. Neste contexto, diante da fala dos entrevistados e da realidade investigada, há possibilidades de formação, porém esta não se consolida na prática dos gestores, ao menos na área de cultura de segurança do paciente.

Com relação à terceira questão desta categoria de análise: Como se dá o processo de formação dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia do HU/UFSC com vista à segurança do paciente? Comente. Dos 6 (seis) entrevistados, 2 (dois) afirmaram que não tinham condições de responder à esta questão porque não tinham muito contato com o farmacêutico e por isso desconheciam o processo de formação deste profissional. Ainda, um dos gestores entrevistados não respondeu à questão de forma objetiva. Neste contexto, destaco a fala do Entrevistado G 05:

Na gestão a gente tem muito pouca oportunidade de vivenciar o cotidiano. Seria muito insipiente da minha parte estar falando como se dá a formação do farmacêutico, porque eu não estou dentro da farmácia (G 05).

Por outro lado, segundo a Portaria Normativa nº 17/2008 (UFSC, 2008b), a participação do servidor público em ações de educação continuada, deve ser estimulada pelos gestores da Instituição a partir do levantamento das necessidades de capacitação apontadas pelos próprios servidores ou determinadas pelos dirigentes de órgãos administrativos ou acadêmicos da universidade, com base nas políticas públicas existentes.

No âmbito da segurança do paciente, a promoção do aprendizado Institucional consiste em uma estratégia a ser operacionalizada pelos gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente da própria Instituição (BRASIL, 2013a).

Diante da Portaria Normativa nº 17/2008 (UFSC, 2008b), bem como da Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a), é possível concluir que os gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia do HU/UFSC deveriam estar cientes do processo de formação dos farmacêuticos deste Serviço, com vista à segurança do paciente, bem como do processo de sua própria formação.

Neste contexto, 3 (três) entrevistados afirmaram que o processo de formação dos farmacêuticos do Serviço de Farmácia HU/UFSC, visando à segurança do paciente, era deficiente ou não existia, conforme a fala do Entrevistado G 02.

Eu acho que é deficiente [...] para falar a verdade não existe esta formação em segurança do paciente, [...] qual é o curso que é dado para ele em segurança do paciente, para ele se conscientizar disso? Nenhum (G 02).

Estas afirmações condizem com a realidade, pois há de se considerar que a concepção de segurança do paciente tornou-se mundialmente conhecida e sistematizada somente a partir do ano de 2000, por meio da publicação do relatório “To err is human: building a safer health care system”, pelo Institute of Medicine (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), nos EUA (BRASIL, 2013b).

Já, no Brasil, as ações do MS e do MEC em prol da segurança do paciente tornaram-se evidentes a partir de 2002. Primeiramente, por meio da implantação das Novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Farmácia, especificamente, a fim de resgatar o lado humanístico do profissional (BRASIL, 2002). E, posteriormente, por meio da instituição do PNSP, em 2013, que trouxe a proposta de inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde nos níveis técnico, superior e de pós-graduação (BRASIL, 2013a).

Diante do depoimento dos entrevistados acerca do processo de formação, constatei que, inicialmente, todos os gestores concebem a formação como um processo essencialmente instrumental. E, a partir desta concepção, relacionam que o processo de formação inicia-se na universidade.

Entretanto, segundo Búrigo (2013), a formação compreende um processo contínuo de pensar conscientemente sobre uma realidade concreta, o qual nega a formação essencialmente instrumental para se constituir em uma prática social mediada por relações construídas ao longo da história.

Esta concepção foi expressa por um dos gestores (G 06) que afirmou que o processo de formação também inclui todas as práticas vivenciadas ao longo da vida, bem como é influenciado pela cultura institucional do meio onde está inserido profissionalmente.

Quanto ao processo de formação dos farmacêuticos com vista à segurança do paciente, especificamente, 50% dos gestores afirmaram não ter conhecimento deste processo, pois não têm muito contato pessoal com os farmacêuticos do Serviço de Farmácia HU/UFSC. Os demais 50% manifestaram que a formação para a segurança do paciente é deficiente ou inexistente, pois desconhecem a oferta de cursos de capacitação envolvendo esta temática.

Embora os gestores entrevistados tenham a concepção de que a formação consiste em um processo contínuo e que a Universidade, bem como o ambiente de trabalho inserido na cultura universitária são favorecedores deste processo de formação, estes gestores negam esta concepção ao afirmar que desconhecem o processo de formação dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Este desconhecimento por parte dos gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC evidencia a existência de uma lacuna entre os processos de gestão e de formação.

O distanciamento dos gestores entrevistados da realidade de trabalho dos farmacêuticos deste Serviço, assim como uma prática de gestão desvinculada da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal (BRASIL, 2006b), revelam que estes gestores não fortalecem o processo de formação em sua gestão.

Todavia, cabe ressaltar que no âmbito das instituições de saúde, a formação com vista à segurança do paciente consiste em uma estratégia prioritária dos processos de gestão, a fim de desenvolver e promover a manutenção da cultura de segurança do paciente nestas instituições. Contudo, contraditoriamente, diante da fala dos entrevistados, a formação é uma lacuna no processo de gestão.

5.3 A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA CONCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS

As três questões referentes à esta categoria objetivaram colher informações acerca da compreensão que os entrevistados possuem a respeito dos temas cultura e cultura de segurança do paciente. Ainda, visaram desvendar quais os desafios e as possibilidades de desenvolvimento desta cultura no Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Concebo que, a fim de compreender o processo da cultura de segurança do paciente de uma dada instituição de saúde, faz-se necessário entender, primeiramente, o que se concebe por cultura.

Diante do exposto, a primeira questão que compôs esta categoria foi: O que você entende por cultura? Comente. Três entrevistados responderam que a cultura compreende os valores, as condutas e a forma como as coisas são feitas dentro de uma determinada sociedade. Um dos gestores relacionou a cultura à uma bolsa de conhecimentos que uma pessoa tem para ter um bom nível de qualidade de vida. Ainda, houve 1(um) gestor que relacionou o termo cultura diretamente à cultura institucional. Para tanto, destaco a fala do Gestor G 04:

A cultura como um todo é a história de vida que a gente tem [...] são valores, crenças, expectativas, toda uma construção histórica de vida que é a cultura (G 04).

O entendimento do Gestor G04 sobre cultura reflete tanto a concepção etnográfica de Laraia (2009), que afirma que os hábitos e costumes não são práticas inatas, mas sim aprendidas ao longo do tempo, quanto as concepções de Santos (2006), onde a cultura compreende uma construção histórica e social. Uma realidade onde a mudança consiste em um aspecto essencial.

A concepção de cultura como conhecimento, expressa por um dos gestores (G 03), relaciona-se às concepções elementares da palavra, as quais compreendem o nível de educação, os hábitos e as crenças de uma determinada sociedade (SANTOS, 2006).

Já a relação direta do termo cultura à cultura institucional, manifestada por um dos gestores (G 05), remete às relações estabelecidas entre o profissional e o seu objeto de trabalho, as quais são permeadas por valores históricos, socialmente construídos e influenciados por processos de gestão. Ao fazer parte das instituições e/ou organizações, a cultura expressa os interesses e os conflitos dominantes da sociedade e das pessoas que a compõe (SANTOS, 2006).

Diante do exposto, posso considerar que os gestores entrevistados concebem a cultura como um processo, um conjunto de valores permeado por relações sociais construídas ao longo do tempo, por uma determinada sociedade. Uma ação histórica, social.

Com relação à segunda questão: Qual a sua concepção sobre cultura de segurança do paciente? Comente. Três gestores afirmaram que compreendem que esta cultura visa garantir a saúde do paciente por meio da prestação de uma assistência diferenciada ou por meio de um tratamento com um bom nível de qualidade. Dois entrevistados afirmaram que a cultura de segurança do paciente está relacionada à

redução de erros nos processos de assistência à saúde. Ainda, um dos gestores afirmou apenas que a cultura de segurança do paciente engloba também a saúde do trabalhador.

Sobre esta questão, destaco a fala do Entrevistado G 03:

Quando se fala em cultura de segurança do paciente eu acho que é uma gama de conhecimento que você tem que pode proporcionar a segurança do paciente [...] o teu tempo de experiência, a formação, o interesse nessa área [...] (G 03).

No âmbito das instituições de saúde, a cultura de segurança do paciente compreende uma expressão da cultura como processo social. A cultura de segurança do paciente compreende os valores, as atitudes, as percepções, as competências e os padrões de comportamentos individuais e coletivos que determinam o compromisso de uma certa instituição de saúde com a segurança dos pacientes por ela assistidos (SAMMER et al, 2010).

Neste contexto, segundo Runciman (2009), a segurança do paciente consiste na redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. As condições de trabalho, assim como a formação do farmacêutico e de toda a equipe de saúde são fundamentais para a prática do cuidado centrado no paciente e baseado em evidências científicas (SAMMER et al, 2010).

Embora a sistematização dos conceitos que envolvem a cultura de segurança do paciente seja relativamente recente, as concepções dos gestores entrevistados acerca deste tema condizem com as informações da literatura investigada neste Estudo. De um modo geral, há o entendimento de que a cultura de segurança do paciente refere-se à atitudes e valores que visam evitar a ocorrência de danos à saúde dos pacientes, a qual também perpassa pelo processo de formação dos profissionais de saúde.

Entretanto, as falas de alguns gestores expressam concepções um tanto antagônicas. Ao mesmo tempo em que alguns gestores afirmam desconhecer o processo de formação dos farmacêuticos do Serviço de Farmácia/HU/UFSC com vista à segurança do paciente, afirmam que a concepção de cultura de segurança do paciente perpassa por este mesmo processo de formação que desconhecem na prática. Há uma falácia descontextualizada de uma ação concreta. Este antagonismo materializa-se na prática por meio de uma gestão onde a formação, visando a segurança do paciente, é inexistente ou deficiente.

A terceira questão que compôs esta categoria, sobre os desafios e possibilidades do processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC. Dos gestores participantes da Pesquisa, 3 (três) gestores afirmaram que este processo desenvolve-se por meio da garantia de um bom nível de qualidade dos medicamentos e dos processos de aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos. A fala do Entrevistado G 01, expressa claramente esta concepção.

[...] é garantir o fornecimento do medicamento prescrito para o paciente, com qualidade, o que inclui a aquisição, o armazenamento, entre outros, [...] (G 01).

Ainda, 1 (um) Gestor (G 02) destes 3 (três) entrevistados colocou que alguns farmacêuticos estão vendo outras possibilidades que é de atuar como farmacêutico clínico, a fim de estar mais próximo do paciente. Outra questão levantada por este Entrevistado (G 02) diz respeito à RIMS do HU/UFSC, o qual agrega muito valor à atuação farmacêutica dentro do Hospital, à medida em que aproxima o farmacêutico do paciente e da equipe multiprofissional de saúde.

Dos demais gestores entrevistados, 1 (um) não respondeu especificamente esta questão; outro afirmou que não saberia dizer pontualmente como este processo desenvolve-se e um, simplesmente, pontuou que uma organização dividida em Serviços, como o HU, trabalha contra a segurança do paciente, pois o foco torna-se o Serviço em si e não o paciente.

A dificuldade que estes 3 (três) gestores demonstraram para responder à questão referente aos desafios e possibilidades de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC, é capaz de refletir o desconhecimento dos gestores sobre a realidade de trabalho vivenciada pelos farmacêuticos deste Serviço.

Esta dificuldade demonstra também que o Serviço de Farmácia HU/UFSC não está totalmente integrado aos demais Serviços assistenciais e administrativos do Hospital, os quais, segundo um dos gestores (G 06), também trabalham focados no próprio Serviço e não no paciente, contribuindo de maneira insuficiente para a garantia da segurança do paciente.

De acordo com o Gestor G 06, quando uma instituição de saúde trabalha a partir da ótica do paciente, torna-se capaz de aprimorar o

nível de qualidade dos serviços prestados a partir de uma realidade concreta, comprometendo-se em garantir a segurança do paciente de forma plena.

Para Sammer (2010) o cuidado focado no paciente colabora para a garantia da segurança do paciente e compreende um dos aspectos da cultura de segurança do paciente, revelando um bom nível de comprometimento da instituição de saúde com o paciente.

Com relação aos desafios e possibilidades para o desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia, 3 (três) gestores afirmaram que um dos maiores desafios compreende capacitar todos os farmacêuticos e técnicos de farmácia em segurança do paciente. Ainda, um destes 3 (três) gestores, afirmou que um desafio também consiste em inserir o farmacêutico dentro do Hospital, a fim de que não trabalhe de forma isolada no Serviço de Farmácia. A fala do Entrevistado G 01, expressa estas opiniões.

[...] Sobre desafios e possibilidades, primeiro tem que haver capacitações relacionadas à cultura de segurança do paciente. Um desafio é o farmacêutico estar cada vez mais inserido dentro do Hospital e não só isolado em uma Farmácia [...] (G 01).

Acredito, diante da minha prática profissional e em consonância com as falas dos gestores, que o isolamento do profissional farmacêutico no Serviço de Farmácia HU/UFSC deve-se, em grande parte, à localização do Serviço que contribui para um distanciamento físico entre os farmacêuticos, os pacientes e os demais profissionais de saúde e, à visão de que a cultura de segurança do paciente está associada, essencialmente, às ações instrumentais de trabalho, como os procedimentos de aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos.

Entretanto, por outro lado, diante da literatura investigada neste Estudo, o desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente visa também a utilização segura dos medicamentos e caminha por um processo educativo construído entre o farmacêutico, o paciente e a equipe multidisciplinar de saúde.

Dos demais entrevistados, 3 (três) afirmaram que um grande desafio consiste em inserir o Serviço de Farmácia na estrutura física do HU, pois o Serviço localiza-se em um prédio anexo ao corpo do

Hospital, o que dificulta o desenvolvimento de novas estratégias de dispensação de medicamentos aos pacientes internados. Ainda, destes 3 (três) gestores, 2 (dois) colocaram que um desafio também compreende a mudança de mentalidade dos servidores do Hospital, não só daqueles lotados no Serviço de Farmácia/HU/UFSC, a fim de desenvolver um processo de cultura de segurança do paciente. Destaco as falas dos Entrevistados G 03 e G 05, respectivamente.

O maior desafio é mudar a mentalidade das pessoas em primeiro lugar, eu acho (G 03).

[...] existe uma dificuldade enorme aqui de assimilar novos comportamentos, é impressionante [...] (G 05).

O desenvolvimento da cultura de segurança do paciente não só dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia HU/UFSC, mas também de todos os demais servidores do Hospital, de fato requer uma mudança de mentalidade, de assimilação de novos conhecimentos e comportamentos, enfim, uma mudança de cultura. Os Gestores G 03 e G 05 afirmam que a cultura compreende um entrave aos processos de mudança.

Estas mudanças podem tornar-se uma realidade concreta por meio de processos de formação que promovam o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente na Instituição. Embora os gestores entrevistados tenham afirmado que desconhecem a existência destes processos no Hospital, a promoção de cursos de capacitação envolvendo a temática da cultura de segurança do paciente compreende uma das atividades desenvolvidas pelo Comitê de Segurança do Paciente do HU (UFSC, 2010b).

Por outro lado, os gestores entrevistados concebem que a cultura de segurança do paciente compreende as atitudes, os valores e o conhecimento necessários para a prevenção de erros de medicação. Segundo Wachter (2010), o erro de medicação compreende qualquer evento evitável que possa levar à utilização inadequada de medicamentos, como os erros de prescrição médica, de dispensação e de administração de medicamentos.

Sobre o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC, os entrevistados compreendem que este processo perpassa pela garantia de um bom nível de qualidade da assistência farmacêutica e também pelo processo de

formação dos farmacêuticos deste Serviço, visando à segurança do paciente, embora esta concepção não se materialize na prática diária de gestão.

Neste contexto, com base no referencial teórico levantado neste Estudo, os resultados da pesquisa apontam que existe oferta de cursos de capacitação envolvendo a cultura de segurança do paciente pelo Comitê de Segurança do Paciente. Entretanto, os gestores envolvidos no processo de desenvolvimento desta cultura no Serviço de Farmácia HU/UFSC desconhecem a promoção destas capacitações.

Quanto aos desafios e possibilidades de desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia/HU/UFSC, os gestores pontuaram a ausência da oferta de cursos de capacitação sobre segurança do paciente; a localização deste Serviço fora da estrutura física do Hospital e, o distanciamento do profissional farmacêutico da equipe multiprofissional de saúde.

Assim, o desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia/HU/UFSC perpassa pelos processos de gestão e de formação, os quais estão vinculados, diretamente, à existência de uma Política Institucional destinada à segurança do paciente.

5.4 A POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA CONCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Esta categoria de análise foi composta por duas questões que visaram compreender como o entrevistado concebe a Política Institucional de Segurança do Paciente do HU/UFSC e como esta Política pode contribuir para o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Com relação à primeira questão desta categoria: Como você concebe a Política Institucional de Segurança do Paciente? Comente. Os 6 (seis) gestores entrevistados afirmaram que desconhecem a existência de uma Política Institucional de Segurança do Paciente no HU/UFSC. Neste contexto, destaco a resposta do Entrevistado G 05.

Eu na verdade, não conheço. Normalmente as políticas são iniciadas por uma Portaria que vem e obriga... Então é um processo que entra sempre meio atravessado [...] Enfim, dizer que eu peguei este documento, que eu li este documento e no que

é que ele impacta, não. Enquanto gestora não (G 05).

Embora o NUVISAH do HU tenha elaborado, em dezembro de 2013, a Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU (UFSC, 2013b), as informações obtidas por meio desta questão evidenciaram o desconhecimento completo da existência desta Política por parte dos gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Conforme informação obtida com o Gestor G 04, este desconhecimento talvez seja decorrente do fato desta Política não ter sido oficialmente publicada e divulgada pela Direção Geral do Hospital a todos os servidores que compõem as unidades hospitalares, sejam elas administrativas ou assistenciais.

Apesar do desconhecimento dos gestores entrevistados sobre a Política Institucional de Segurança do Paciente, 50% dos entrevistados afirmaram que as políticas institucionais são baseadas em políticas públicas “que vem de cima, do governo federal” (Gestor G 05), ou seja, o desenvolvimento de políticas institucionais torna-se uma realidade dentro da Instituição somente a partir de uma exigência governamental.

As afirmações dos gestores entrevistados comprovam a realidade, pois embora a Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU (UFSC, 2013b) não seja conhecida pelos gestores entrevistados, a sua constituição partiu de determinações legais oriundas da ANVISA. Estas determinações foram expressas por meio da publicação da Portaria n° 529/2013 (BRASIL, 2013a), que instituiu o PNSP no Brasil e da Resolução n° 36/2013 (BRASIL, 2013d), que trata da aplicação sistêmica e contínua de políticas, visando a gestão de riscos e a segurança do paciente nos serviços de saúde.

Entretanto, a fala do Gestor G 05 revela a existência de um mero formalismo da lei e não a efetiva participação dos gestores e servidores do Hospital no processo de construção de uma Política Institucional de Segurança do Paciente. No formalismo da lei transparece tanto o desconhecimento dos gestores sobre a realidade concreta vivenciada pela instituição no âmbito da segurança do paciente, quanto a discrepância entre a visão institucional idealizada e a gestão realizada.

O formalismo da lei deixará de prevalecer somente quando a construção dos instrumentos legais ou normativos institucionais partirem da realidade concreta da instituição e constituída no coletivo desta (BÚRIGO, 2009).

Sobre a segunda questão: De que forma que a Política Institucional de Segurança do Paciente do HU/UFSC contribui para o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia/HU/UFSC? Comente.

Dos gestores entrevistados, 2 (dois) afirmaram que não sabiam responder a esta questão; 1 (um) deles informou que a Política está bem embutida na Farmácia Hospitalar, por meio das ações de farmacovigilância desenvolvidas junto ao NUVISAH e, três deles responderam que se houvesse uma Política ela poderia contribuir por meio da implantação de programas de capacitação em segurança do paciente. Neste contexto, destaco a fala dos Gestores G 01 e G 03.

Não sei o que falar, pois acho que não há nada (G 01).

Se existisse uma política oficial, como que ela contribuiria? Fazendo um programa de educação sobre esse assunto, [...] (G 03).

Entretanto, segundo a literatura investigada no presente Estudo, o HU/UFSC vem desenvolvendo estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente no Hospital, visando o aprimoramento do nível de qualidade dos serviços prestados, a cerca de 10 (dez) anos.

Entre estas estratégias, encontram-se, em especial, aquelas promovidas pela ANVISA, como a integração do HU/UFSC no Projeto Hospitais Sentinela e a implantação da CFT e do COSEP. Instituído em 2010, o COSEP vem desenvolvendo ações para a promoção da cultura de segurança do paciente no HU/UFSC, como cursos de capacitação para servidores envolvendo questões pertinentes ao tema segurança do paciente. Para tanto, conta com a colaboração de representantes que atuam nos segmentos assistencial e acadêmico de diversas áreas da saúde, inclusive da Farmácia (UFSC, 2010b).

Segundo a Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013a), a promoção de processos de capacitação de gestores, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente, bem como a promoção da cultura de segurança do paciente com ênfase no aprendizado e no aprimoramento institucional, constituem-se em estratégias para a implantação e manutenção de políticas institucionais, visando o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde.

Ainda, de acordo com esta Portaria (BRASIL, 2013a), a inclusão do tema segurança do paciente em todos os cursos de formação

em saúde, de nível técnico, superior e pós-graduação, constitui-se em uma ação do MEC, para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde em formação.

Em suma, os gestores entrevistados desconhecem a existência da Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU (UFSC, 2013b), mas reconhecem o desenvolvimento de algumas ações isoladas para a promoção da segurança do paciente no HU/UFSC.

Ainda, na visão destes gestores, se houvesse uma Política Institucional de Segurança do Paciente no HU, com diretrizes sólidas de socialização de suas ações, o maior desafio seria desenvolver um programa de educação continuada envolvendo a temática da segurança do paciente para todos os servidores vinculados ao Hospital Universitário.

Entretanto, diante das falas dos entrevistados, o HU/UFSC necessita desenvolver uma Política Institucional de Segurança do Paciente. Embora exista uma política intitulada como Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU, ela representa apenas um atendimento ao formalismo da lei desconhecido pela maioria dos gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Este formalismo da lei, dissociado de uma política institucional, expressa a inexistência de uma prática de gestão capaz de fomentar o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente que proporcione condições para a manutenção efetiva da segurança do paciente.

A partir da fala dos gestores entrevistados, a cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia do HU/UFSC é um processo em formação que requer, essencialmente, a formação dos gestores com vistas a uma gestão formativa. Por outro lado, contraditoriamente, ao mesmo tempo que os gestores pontuam a formação como essência do processo de cultura de segurança do paciente, eles negam a existência desta cultura por falta de formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após ter percorrido todas as etapas do caminho teórico e realizada a análise das informações coletadas, resgato o objetivo inicialmente proposto, ou seja, compreender como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC, a partir da visão dos gestores deste Serviço, a fim de elucidar algumas considerações finais.

Resgato também os objetivos específicos delineados, a fim de atender ao objetivo geral deste Estudo e, cuja retomada, considero fundamental para a apreciação dos resultados desta Dissertação, os quais compreendem: descrever o processo de formação dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia HU/UFSC; conhecer o processo de cultura de segurança do paciente deste Serviço; e, propor ações para o fortalecimento do desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC, como uma ação de gestão.

Para cumprir com os objetivos específicos, parti do que considero mais próximo da minha realidade concreta, ou seja, o Serviço de Farmácia HU/UFSC, a fim de compreender o processo de formação dos farmacêuticos lotados neste Serviço, a seguir busquei compreender como se desenvolve o processo de cultura de segurança do paciente neste Serviço e, por fim, investiguei a existência de uma Política Institucional, visando a segurança do paciente do HU/UFSC. Este caminho levou-me à construção de categorias de análise, as quais concretizaram os fundamentos para a construção do conhecimento acerca da temática em estudo.

Sobre a categoria de análise Serviço de Farmácia HU/UFSC, foram propostas questões que objetivaram coletar informações, a fim de descrever a concepção de formação e o processo de formação dos farmacêuticos lotados neste Serviço, a partir da visão dos seus gestores.

Neste contexto, os gestores entrevistados afirmaram que concebem a formação como um processo essencialmente instrumental, mas também compreendem que este processo inclui todas as práticas que se vivencia ao longo da vida. Entretanto, ao serem questionados sobre o processo de formação dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia HU/UFSC, visando à segurança do paciente, especificamente, parte dos gestores relatou que desconhece este processo ou que este é deficiente ou inexistente. Este desconhecimento por parte dos gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC denuncia a existência de

uma lacuna entre os processos de gestão e de formação, ou seja, estes gestores não priorizam a formação em seus processos de gestão.

Pois, diante do referencial teórico investigado para o desenvolvimento desta Dissertação, foi verificado que a promoção de cursos de capacitação envolvendo a temática da cultura de segurança do paciente compreende uma das ações desenvolvidas pelo Comitê de Segurança do Paciente do HU, mas desconhecida em parte pelos gestores.

Quanto à categoria de análise Cultura de Segurança do Paciente, as questões propostas visaram colher informações acerca da compreensão que os entrevistados possuem a respeito dos temas cultura e cultura de segurança do paciente, bem como visaram desvendar quais os desafios e as possibilidades de desenvolvimento desta cultura no Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Diante desta categoria, os gestores entrevistados concebem que a cultura de segurança do paciente compreende as atitudes, os valores e o conhecimento necessários para a prevenção de erros de medicação e que, o processo de desenvolvimento desta cultura no Serviço de Farmácia HU/UFSC perpassa pela garantia de um bom nível de qualidade da assistência farmacêutica, assim como pelo processo de formação dos farmacêuticos deste Serviço, visando à segurança do paciente. Entretanto, esta concepção não se materializa na prática diária de gestão, pois se a formação com vistas à segurança do paciente fosse uma prioridade da gestão, os gestores entrevistados potencialmente teriam conhecimento sobre as ações de capacitação desenvolvidas pelo Comitê de Segurança do Paciente, mesmo que insuficientes para atender a demanda dos servidores do HU.

Quanto aos desafios e possibilidades de desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia/HU/UFSC, os gestores pontuaram a deficiência da oferta de cursos de capacitação sobre segurança do paciente; a localização deste Serviço fora da estrutura física do Hospital e, o distanciamento do profissional farmacêutico da equipe multiprofissional de saúde.

E, por fim, sobre a categoria Política Institucional de Segurança do Paciente, as questões propostas objetivaram compreender como o entrevistado concebe a Política Institucional de Segurança do Paciente do HU/UFSC e como esta Política pode contribuir para o processo de desenvolvimento da cultura de Segurança do Paciente Serviço de Farmácia/HU/UFSC.

Segundo os gestores entrevistados, o Hospital Universitário/UFSC ainda não instituiu uma Política Institucional de

Segurança do Paciente, apesar de existirem ações isoladas visando à promoção da segurança do paciente no HU/UFSC. Embora exista uma política intitulada como Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU (UFSC, 2013b), esta representa apenas um formalismo da lei desconhecido pelos gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Ao cumprir com os objetivos previamente determinados, posso afirmar que o Serviço de Farmácia HU/UFSC vem vivenciando na sua prática ações, ainda que incipientes no contexto Institucional, para o desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente.

Entretanto, para que o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC materialize-se, faz-se necessário a superação de uma contradição vivenciada pelos gestores, ou seja, ao mesmo tempo em que os gestores compreendem que a formação consiste em um processo contínuo e que a universidade, bem como o ambiente de trabalho inserido na cultura universitária são favorecedores deste processo, estes gestores negam esta concepção ao afirmar que desconhecem o processo da formação na constituição de uma cultura de segurança do paciente.

Esta contradição reflete uma notória deficiência da gestão do processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC, cujos gestores responsáveis desconhecem os dispositivos legais existentes para o desenvolvimento permanente dos servidores por meio de processos de formação que envolvam a temática da segurança do paciente, especificamente.

Quanto ao processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, novamente, constato a existência de um antagonismo na concepção dos gestores, os quais concebem que a formação consiste em um processo essencial para o desenvolvimento desta cultura, mas na prática esse processo não se concretiza.

Pois, contraditoriamente, ao mesmo tempo que os gestores pontuam a formação como essência do processo de cultura de segurança do paciente, eles negam a existência desta cultura por falta de formação.

Apesar destas contradições, os gestores afirmam que a deficiência de processos de formação em segurança do paciente; assim como o distanciamento dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia HU/UFSC das demais equipes de saúde do Hospital, seja em virtude da localização da estrutura física da Farmácia, seja uma consequência do próprio processo de formação destes farmacêuticos;

compreendem desafios e potencialidades a serem desenvolvidas em favor da cultura de segurança do paciente deste Serviço.

O desconhecimento dos gestores entrevistados sobre a formação e o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC, revelam um distanciamento destes gestores da realidade concreta vivenciada pelos farmacêuticos deste Serviço.

Este distanciamento também se revelou quando, ao serem questionados sobre a Política Institucional de Segurança do Paciente no HU/UFSC, os gestores afirmaram desconhecer a existência de qualquer Política Institucional, visando à segurança do paciente no HU, embora tenham reconhecido que toda política institucional desenvolve-se a partir de uma determinação governamental.

Apesar do desconhecimento dos gestores entrevistados, o HU/UFSC dispõe da Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente (UFSC, 2013b), a qual estabelece diretrizes para o gerenciamento de riscos que possam comprometer a segurança do paciente. Entretanto esta Política representa apenas um formalismo da lei e não uma constituição Institucional de ações embasada na realidade vivenciada pelos servidores, à luz da legislação vigente.

Por meio do formalismo da lei evidencia-se a discrepância entre a visão Institucional idealizada e a gestão realizada. O formalismo da lei continuará vigente, distante de uma realidade concreta, enquanto os gestores permanecerem alienados diante da carência formativa.

Neste contexto, os gestores entrevistados vivenciam o dualismo entre o que é necessário fazer e, o que realmente é feito, visando o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Diante do exposto, destaco que a formação e a gestão compreendem dois polos de sustentação para o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC que necessitam ser integrados com vistas a buscar possibilidades de fortalecimento de ações para segurança do paciente.

Acredito que, a garantia de um bom nível de qualidade dos medicamentos, assim como dos procedimentos para a aquisição, o armazenamento e a dispensação compreendem ações elementares para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC.

Entretanto, a cultura de segurança do paciente compreende não somente os procedimentos farmacêuticos assistenciais, mas também os

processos formativos que evidenciam o comprometimento de uma dada instituição de saúde com a segurança dos pacientes por ela assistidos.

Com base nos resultados deste Estudo, posso afirmar que um dos grandes desafios dos gestores entrevistados compreende a aproximação da realidade vivenciada pelos farmacêuticos do Serviço de Farmácia HU/UFSC, envolvendo-os no processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente deste Serviço. E, a partir desta aproximação, estimular a inserção dos farmacêuticos nas equipes de saúde multiprofissionais do Hospital Universitário/UFSC.

Com vistas a potencializar ações para o fortalecimento do desenvolvimento do processo de cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC, tendo por base os resultados desta pesquisa, proponho:

- Propiciar ações formativas aos gestores para o exercício da sua função, pois entre o profissional e o gestor há um caminho a ser vivenciado. Proponho que estas ações formativas possam ocorrer, por meio de formações introdutórias ao exercício da função de gestor, quiçá viabilizadas pela Área de Gestão de Pessoas da Instituição;
- Estimular a participação dos farmacêuticos no processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC. Propiciar condições para a participação efetiva dos farmacêuticos nos cursos de capacitação promovidos pelo COSEP, bem como na elaboração e implementação de ações no âmbito da farmácia hospitalar, a fim de garantir a segurança do paciente na utilização de medicamentos. Estas ações poderiam incluir o desenvolvimento de estratégias mais seguras de dispensação de medicamentos, que possibilitem a rastreabilidade dos medicamentos, até o momento da administração aos pacientes;
- Desenvolver uma prática de gestão que priorize a formação dos farmacêuticos do Serviço de Farmácia HU/UFSC, bem como dos demais servidores das unidades assistenciais e administrativas do HU/UFSC. Para tanto, os cursos de capacitação envolvendo a temática da cultura de segurança do paciente deveriam ser regulares (semestrais ou anuais), coordenados pela Área de Gestão de Pessoas da Instituição, de caráter compulsório para todos os servidores que atuam no HU/UFSC, desde o início do seu ingresso na carreira;

- Potencializar ações para uma Política Institucional de Segurança do Paciente a partir da realidade concreta do Hospital Universitário/UFSC e com base nas determinações legais já publicadas no âmbito da segurança do paciente. Para tanto, faz-se necessário um trabalho coletivo de gestão, envolvendo a Direção Geral do HU, demais Diretorias de Apoio, Chefes de Serviço, bem como a Coordenação do Programa de Segurança do Paciente do NUVISAH;
- Socializar a concepção de cultura de segurança do paciente entre os farmacêuticos e demais servidores do HU/UFSC. Por exemplo, por meio da exposição de banners de trabalhos acadêmicos desenvolvidos por servidores do Hospital envolvendo esta temática; de palestras; da exposição de cartazes contendo estas concepções, entre outras ações que visem sensibilizar e disseminar os preceitos teóricos e práticos que envolvem a concepção de cultura de segurança do paciente;
- Desenvolver um Plano de Capacitação, visando a formação de gestores e servidores em cultura de segurança do paciente. Esta ação poderia ser gerenciada pela Área de Gestão de Pessoas da Instituição em parceria com a Coordenação do Programa de Segurança do Paciente do NUVISAH, com base nas determinações legais vigentes, mas a partir das necessidades levantadas pelos gestores, pelos servidores e também por meio das pesquisas desenvolvidas no HU/UFSC, envolvendo a cultura de segurança do paciente;
- Estimular a inserção do farmacêutico nas equipes multiprofissionais de saúde do Hospital, por meio do desenvolvimento de ações voltadas para a prática da farmácia clínica. O desenvolvimento desta prática deverá ser estimulado não só por meio de processos de formação voltados para a farmácia clínica, mas também por meio da integração entre os farmacêuticos e os demais profissionais do Hospital.
- Incorporar o Serviço de Farmácia HU/UFSC à estrutura física do Hospital. Esta ação requer um querer Institucional, com vistas à construção de um espaço físico dentro do HU/UFSC, compatível com as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Farmácia, atualmente.

Almejo, como pesquisadora, compartilhar os resultados desta Pesquisa com os gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de

Farmácia HU/UFSC e com os farmacêuticos lotados neste Serviço, a fim de que possam estimular reflexões sobre as contradições evidenciadas.

Ainda, a fim de aprofundar a compreensão acerca do processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC, sugiro a realização de estudos a partir da visão dos farmacêuticos e técnicos de farmácia lotados neste Serviço.

Diante dos resultados obtidos neste Estudo, como mestranda em Administração Universitária, ressalto que gestão universitária consiste em um processo fundamental para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, a qual está essencialmente vinculada ao processo formativo de seus gestores.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Ed. rev. e actual. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.

BAUMAN, Zygmunt. Identidade: entrevista a Benedetto Vecch. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. 110 p.

_____. Ensaios sobre o conceito de cultura. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. 325 p.

BISSON, Marcelo Polacow. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2007. 374 p.

BRASIL. Presidência da República. Decreto - Lei nº 3.849, de 18 de dezembro de 1960a. Federaliza a Universidade do Rio Grande do Norte, cria a Universidade de Santa

Catarina e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=35B1DE9C799F5F9160E4B5EEF5DB59FE.node1?codteor=337551&filename=LegislacaoCitada+-PL+5842/2005>. Acesso em: 23 jan. 2014.

_____. Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960b. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13820.htm>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15540.htm>. Acesso em: 29 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Guia Básico para a Farmácia Hospitalar. 1994. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_farmacia1.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rede Sentinela: Áreas de Interface nos Hospitais. [200-]a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/index.htm>>. Acesso em: 03 set. 2013.

_____. Avaliação de Tecnologias em Saúde no Brasil. [200-]b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1026>. Acesso em: 02 set. 2013.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 2 CNE/CNES, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 5.824, de 29 de junho de 2006a. Estabelece os procedimentos para a concessão do Incentivo à Qualificação e para a efetivação do enquadramento por nível de capacitação dos servidores integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, instituído pela Lei no 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5824.htm> Acesso em: 03 fev. 2015.

_____. Ministério da Educação. Decreto nº 5.707, de 23 de fevereiro de 2006b. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5707.htm> Acesso em: 03 fev. 2015.

_____. Ministério da Educação. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007.

Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm> Acesso em: 20 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 4.283, de 30 de dezembro de 2010a. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2010/prt4283_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 dez. 2013.

_____. Decreto n° 7.082, de 27 de janeiro de 2010b. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013a. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 19 set. 2013.

_____. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. 2013b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo_5_-_Investiga%C3%A7%C3%A3o_de_Eventos.pdf>. Acesso em: 22 set. 2013.

_____. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 2013c. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>>. Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 36, de 25 de julho de 2013d. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 19 set. 2013.

BÚRIGO, Carla Cristina Dutra. O Trabalho acadêmico do professor universitário no processo de desenvolvimento do espaço público na Universidade Federal: um estudo de caso na Universidade Federal de Santa Catarina e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2003. 336f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

BÚRIGO, Carla Cristina Dutra; LOCH, Clésar Luiz. De recursos humanos ao processo de desenvolvimento humano e social um olhar sobre a Gestão de Pessoas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Reflexão e Ação*, v. 19, n. 1, 2011.

BÚRIGO, Carla Cristina Dutra. Formador em processo de formação: o olhar de uma orientadora. In: HARDT, LS; ARRIAS, NM; SMOLINSKI, GP. *A Coordenação Pedagógica e os dilemas do labirinto. Onde está o fio de Ariadne?* Nova Petrópolis: Nova Harmonia, 2013. p.63-77.

_____. A formação de professores de educação básica nos sistemas educacionais da Argentina, do Brasil e do Uruguai. 2009. 132f. Relatório (Pós-Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CANABARRO, Isabel Machado. *A Cultura de Segurança do Paciente do Serviço de Farmácia do Hospital Universitário/UFSC: um processo em formação. Projeto de Pesquisa.* Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2014.

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. *A segurança dos pacientes na utilização da medicação.* São Paulo: Artes Médicas, 2004. 154 p.

CHAUÍ, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, set./out., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>>. Acesso em: 31 dez. 2013.

CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 208, de 19 de junho de 1990. Regulamento o exercício em Farmácia de Unidade Hospitalar, Clínicas e Casas de Saúde de natureza pública ou privada. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/208.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2014.

CHEPTULIN, Alexandre. A dialética materialista: categorias e leis da dialética. São Paulo: Alfa-Omega, 1982.

CRUZ, Patrícia Cardoso; SILVA, Yara Fonseca de Oliveira. Ensino farmacêutico: trajetória, reflexões e perspectivas para a formação do farmacêutico. In: I Seminário sobre Docência Universitária, v.1, n.1, 2011, Universidade Estadual de Goiás. Anais do I Seminário sobre Docência Universitária. Anápolis, Goiás. 12 de março de 2011, p.1 -14.

DONALDSON, Sir Liam J.; FLETCHER, Martin G. The WHO World Alliance for Patient Safety: Towards the years of living less dangerously. Medical Journal of Australia, v. 184, n. 10, 2006. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2006/184/10/who-world-alliance-patient-safety-towards-years-living-less-dangerously>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

FERREIRA, Victor C. Paradela; CARDOSO, Antonio Semeraro Rito; CORRÊA, Carlos José; FRANÇA, Célio Francisco. Modelos de gestão. 3ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2009. 192 p.

GUIMARÃES, Denise; MOMESSO, Luciano da Silva; PUPO, Mônica Tallarico. Antibióticos: importância terapêutica e perspectivas para a descoberta e desenvolvimento de novos agentes. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422010000300035>. Acesso em: 24 jun. 2014.

HEPLER, Charles D.; STRAND, Linda M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm, v. 47, n. 3, p. 533-543, mar. 1990.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. To err is human: building a safer health system. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 2000. 311 p.

LAPASSADE, Georges. Grupos, Organizações e Instituições. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 316 p.

LARAIA, Roque de Barros. Cultura: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. 120 p.

LORANDI, Paulo Angelo. Análise histórica da formação acadêmica do farmacêutico – quatro décadas. 2006. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/13/inf07a12.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

MENDES, Walter; TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica; MARQUES, Priscilla Mouta. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 11, n. 1, p. 55-66, mar. 2008.

NECKEL, Roselane; KÜCHLER, Alita Diana C. (Org.). UFSC 50 anos: trajetórias e desafios. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em <http://www.agecom.ufsc.br/files/2010/12/Livro_UFSC50Anos_2010_web.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

NEPOMUCENO, Jefferson; CARNAVAL, Márcia; SOUZA, Nathália; PEREZ, Patrícia (Org.). Faculdade de Farmácia – 60 anos. 2007. Divisão de Mídias Impressas da Coordenadoria de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ufrj.br/sgcoms/docs/Memorabilia-FACULDADE-DE-FARMACIA.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf>. Acesso em: 21 set. 2013.

PARSONS, Talcott. Sugestões para um tratado sociológico da teoria de organização. In: ETZIONI, Amitai. (Org.), Organizações modernas. São Paulo: Atlas, 1967. 190 p.

ROSSIGNOLI, Paula; CORRER, Cassyano J.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, Fernando. Interesse dos acadêmicos nas atividades de estágio

em farmácia escola em Curitiba-Brasil. Revista Seguimento Farmacoterapêutico. Espanha, p. 62-68, 2003.

RUNCIMAN, William; HIBBERT, Peter; THOMSON, Richard; SCHAAF, Tijerk Van Der; SHERMAN, Heather; LEWALLE, Pierre. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. International Journal Quality and Health Care, v. 21, n. 1, p. 18-26, fev. 2009.

SAMMER, Christine E.; LYKENS, Kristine; SINGH, KP; MAINS, Douglas A.; LACKAN, Nuha A. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. Journal Nursing, v. 42, n. 2, p. 156-165, jun. 2010.

SANTOS, José Luiz. O que é cultura. São Paulo: Brasiliense, 2006. 91 p.

SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana; PERINI, Edson; LUZ, Zélia Profeta; MODENA, Celina Maria. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. Revista Brasileira de Farmácia, v. 93, n. 1, p. 10-16, jan. 2012.

SAVIANI, Dermeval. O legado educacional do Regime Militar. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32622008000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jun. 2014.

SILVA, Narbal; ZANELLI, José Carlos. Cultura Organizacional. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. Psicologia, organizações e trabalho. Porto Alegre: Artmed, 2004. 520 p.

STONER, James A.; FREEMAN, Edward R. Administração. 5.ed. Rio de Janeiro: Prentice- Hall do Brasil, 2000. 533 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

_____. Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais: Ideias gerais para a elaboração de um projeto de

pesquisa. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, v. 4. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001. 151 p.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Estatuto da UFSC. 1982. Disponível em: <http://antiga.ufsc.br/paginas/downloads/estatuto_ufsc_2004.pdf>. Acesso em: 16 out. 2013.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Regimento Interno do HU. 1992. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento_interno_hu.pdf>. Acesso em: 16 out.2013.

_____. Histórico. [200-]a. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____. Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA). Regimento Interno. [200-]b. Diretoria de Enfermagem do HU/UFSC. Florianópolis: UFSC, [200-]b.

_____. Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH). Projeto Hospitais Sentinela. [200-]c. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/nuvisah/hospitais.php>>. Acesso em: 11 set. 2013.

_____. NUVISAH – Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar. [200-]d. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/nutovisah/nuvisah.php>>. Acesso em: 11 set. 2013.

_____. Portaria n° 005/DG/HU/2003. O Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no uso de suas atribuições resolve instituir o Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar. Florianópolis: UFSC, 2003.

_____. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Política e definições. 2007. Disponível em:<<http://www.hu.ufsc.br/~farmacia/definicoes.php?acao=mostrar&id=7>>. Acesso em: 11 set. 2013.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

Hospital Universitário. Organograma da Direção de Apoio Assistencial – DAA/HU. 2008a. Disponível em:

<www.hu.ufsc.br/documentos/04.%organograma_da_direção_apoio_assistencial.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2014.

_____. Portaria Normativa nº17, de 22 de julho de 2008b. Disponível em: <https://sgca.sistemas.ufsc.br/help_portaria.jsp> Acesso em: 03 fev. 2015.

_____. Plano de Desenvolvimento Institucional 2010-2014. 2009. Disponível em: <<http://pdi.paginas.ufsc.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Hospital Universitário. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde 2011/2013. 2010a. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/RIMS/residencia_multiprofissional_projeto_2011.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2014.

_____. Portaria nº 140/DG/HU, de 09 de outubro de 2010b. O Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no uso de suas atribuições e, em conformidade com o programa de Gestão de Assistência, resolve designar os membros relacionados para compor o Comitê de Segurança do Paciente do Hospital Universitário/UFSC. Florianópolis: UFSC, 2010.

_____. Organograma da Direção Geral DG/HU – 2012. Disponível em: <www.hu.ufsc.br/documentos/01%20organograma_direcao_geral_hu.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2014.

_____. Relatório de Gestão/UFSC 2013a. Disponível em: <<http://dpqi.proplan.ufsc.br/files/2013/02/Relatorio-de-Gestao-20121.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2013.

_____. Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH). Política de Gestão de Risco e Segurança do Paciente. 2013b. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/nutovisah/nuvisah.php>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

_____. Portaria nº 142/DG/HU, de 19 de maio de 2014a. O Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no uso de suas atribuições e em conformidade com o Programa

de Gestão da Assistência resolve alterar os membros para compor o Comitê de Segurança do Paciente. Florianópolis: UFSC, 2014.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Portaria n° 50/DG/HU, de 24 de fevereiro de 2014b O Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no uso de suas atribuições, resolve alterar a Portaria n° 236/2013/DG/HU, de 4 de outubro de 2013, que compõe o Núcleo de Vigilância Hospitalar do HU – NUVISAH. Florianópolis: UFSC, 2014.

_____. Serviço de Farmácia. Procedimentos Operacionais Padrão: Seção de Farmácia Semi-Industrial. Florianópolis: UFSC, 2014c.

_____. Procedimentos Operacionais Padrão: Seção Estocagem e Distribuição de Medicamentos. Florianópolis: UFSC, 2014d.

_____. Cadastro de Pessoal. Coordenadoria Auxiliar de Gestão de Pessoas. Florianópolis: UFSC, 2014e.

_____. Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH). Plano de Trabalho do NUVISAH para o ano de 2014. Florianópolis: UFSC, 2014f.

VOTTA, Raul. Breve história da farmácia no Brasil. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Farmácia, 1965. 48 p.

WACHTER, Robert M. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010. 319 p.

WEBER, Max. Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. v.2. Brasília: UnB, 1999. 586 p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Alliance for Patient Safety. Forward Programme. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 3 set. 2013.

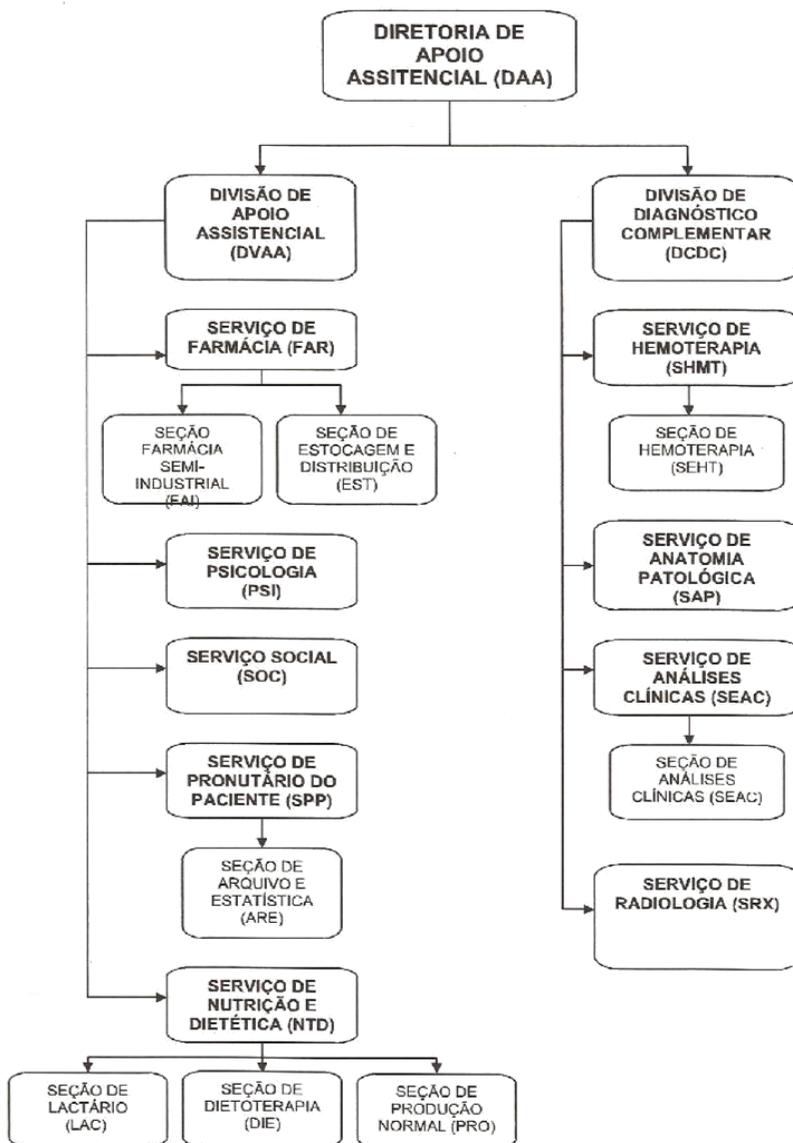
WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medicines: rational use of medicines. 2010. Disponível em:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/>>. Acesso em: 24 jan. 2014

ANEXOS

ANEXO A - ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE APOIO ASSISTENCIAL – DAA/HU2008

ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO APOIO ASSISTENCIAL - DAA/HU 2008



Fonte: UFSC (2008a).

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DE SANTA
CATARINA - HEMOSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO SERVIÇO DE FARMÁCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC:UM PROCESSO EM FORMAÇÃO

Pesquisador: Isabel Machado Canabarro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36546714.5.0000.0110

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 895.569

Data da Relatoria: 23/11/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO SERVIÇO DE FARMÁCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC:UM PROCESSO EM FORMAÇÃO, trata-se de um projeto de dissertação apresentado ao programa de pós graduação em Administração Universitária do Departamento de Ciências da Administração da UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC, a partir da visão dos seus gestores e dos farmacêuticos lotados neste Serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consiste em uma pesquisa qualitativa cujas informações serão coletas por meio de entrevistas semi-estruturadas, as quais serão gravadas com autorização prévia dos participantes, por meio da aplicação de um termo de consentimento livre e esclarecido. Ainda, os dados de identificação dos participantes serão eticamente preservados. Para os sujeitos que irão compor a amostra desta pesquisa, não haverá qualquer tipo de benefício mediante a participação nas entrevistas semi estruturadas.

Endereço: Av. Othon Gama D'Ávila, nº 756 - Praça D. Pedro I
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-240
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3251-9854 **Fax:** (48)3251-9726 **E-mail:** cep@fms.hemosc.org.br

**CENTRO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DE SANTA
CATARINA - HEMOSC**



Continuação do Parecer: 895.569

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante que poderá trazer benefícios em relação a segurança do paciente e contribuir com a pratica do cuidado terapêutico dos pacientes, baseado em evidencias científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Recomendamos adequar o Sumário, retirando do subitem 3.2, as informações citados da pagina 16.

Acrescentar no sumário ,os itens :

3.3- Políticas Publicas de segurança do paciente.

4 - Caminho metodológico

4.1- Tipo e natureza do estudo.

4.4- Aspectos éticos

5- Cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está em conformidade com as questões éticas, de acordo com a Resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

FLORIANOPOLIS, 02 de Dezembro de 2014

Assinado por:
ANDREA THIVES CARVALHO HOEPERS
(Coordenador)

Endereço: Av. Othon Gama D'Ágca, nº 756 - Praça D. Pedro I
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-240
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9854 **Fax:** (48)3251-9726 **E-mail:** cep@fns.hemosc.org.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Isabel Machado Canabarro, responsável pelo desenvolvimento da pesquisa A Cultura de Segurança do Paciente do Serviço de Farmácia do Hospital Universitário/UFSC: um processo em formação, visando a obtenção do título de Mestre em Administração Universitária, convido-o para participar como voluntário desta pesquisa.

Por meio desta pesquisa pretendo compreender como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia do Hospital Universitário/UFSC. Para tanto, objetivo conhecer o processo de formação dos farmacêuticos lotados neste Serviço, bem como o processo de cultura de segurança do paciente deste Serviço, a fim de propor ações para o fortalecimento do desenvolvimento do processo de cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia HU/UFSC, como uma ação de gestão.

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujas informações serão coletadas por meio de entrevista semi-estruturada. O roteiro desta entrevista foi desenvolvido com base em três categorias de análise, previamente definidas por esta pesquisadora, que compreendem o Serviço de Farmácia HU/UFSC, a Cultura de Segurança do Paciente e a Política Institucional de Segurança do Paciente HU/UFSC. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas para a realização da análise de conteúdo, por esta pesquisadora.

Sua participação neste estudo é livre, podendo desistir do mesmo em qualquer momento, sem que lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Os resultados do estudo serão passíveis de publicação científica, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes. Em caso de dúvida, queira contatar a responsável pela pesquisa: Mestranda: Isabel Machado Canabarro. Contato telefônico: Celular: (48) 9607-6586/ Tel. Trabalho: (48) 3721-9179. E-mail para contato: isacanabarro@yahoo.com.br ou pessoalmente no Serviço de Farmácia Hospitalar/HU/UFSC. Orientadora: Prof. Dra. Carla Cristina Dutra Búrigo. Contato telefônico: 3721-9263/ 9097. E-mail para contato: carla.burigo@ufsc.br.

Após ter recebido as informações anteriores, caso seja de sua escolha participar desse Estudo, assine o Consentimento Informado a

seguir. O mesmo deve ser assinado em duas vias, sendo uma cópia do participante e outra da pesquisadora.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, abaixo assinado, confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma. Fui devidamente informado e esclarecido sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido a liberdade de retirar-me da pesquisa em qualquer hora ou momento, ficando assegurado que não serei penalizado por isso.

Local _____ e _____ data: _____

Nome _____ e Assinatura _____ do participante: _____

RG: _____

Pesquisadora: _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Identificação:

Cargo: _____

Função: _____

Setor: _____

Tempo na Função: _____

Tempo na UFSC: _____

1. Quanto ao Serviço de Farmácia HU/UFSC:

- a) Como você concebe a formação?
- b) Comente sobre o seu processo de formação. Participa de algum processo de formação atualmente?
- c) Como se dá o processo de formação dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia do HU/UFSC com vista à segurança do paciente? Comente.

2. Quanto a Cultura de Segurança do Paciente:

- a) O que você entende por cultura? Comente.
- b) Qual a sua concepção sobre cultura de segurança do paciente? Comente.
- c) Comente como se desenvolve o processo de cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC. Quais são os desafios e possibilidades de desenvolvimento deste processo? Justifique.

3. Quanto à Política Institucional de Segurança do Paciente:

- a) Como você concebe a Política Institucional de Segurança do Paciente? Comente.
- b) De que forma que a Política Institucional de Segurança do Paciente do HU/UFSC contribui para o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia/HU/UFSC? Comente.

Você gostaria de acrescentar alguma outra informação? Muito obrigada!