



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Jaqueline Nunes Flores

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA FARMÁCIA
HOSPITALAR PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Florianópolis/SC
2017

Jaqueline Nunes Flores

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA FARMÁCIA
HOSPITALAR PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof^a Sonia Natal, Dr^a

Coorientadora:

Prof^a Daniela Alba Nickel, Dr^a

Florianópolis/SC
2017

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

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

Flores, Jaqueline Nunes.

F634a Avaliação das atividades da farmácia hospitalar para segurança do paciente em um hospital universitário /, Jaqueline Nunes Flores; Orientador, Sonia Natal. - Florianópolis, SC, 2017. 215p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

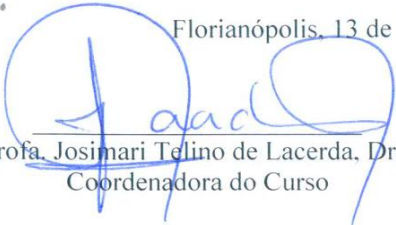
1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Serviço de Farmácia Hospitalar. 3. Segurança do Paciente. I. Natal, Sonia. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Jaqueline Nunes Flores

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA FARMÁCIA
HOSPITALAR PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**


Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 13 de fevereiro de 2017.




Profa. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Profa. Sonia Natal, Dra.
UFSC (Orientador)



Profa. Flavia Martinello, Dra.
Univ. Fed. de Santa Catarina



Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Univ. Fed. de Santa Catarina



Profa. Maria Cristina Marino Calvo, Dra.
Univ. Fed. de Santa Catarina

*Dedico esta dissertação aos meus pais João
e Nilza, e minhas queridas irmãs Michelle e
Bruna pelo amor, incentivo e apoio
incondicional em todos os momentos.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre me conduziu para o melhor caminho possível, ajudando a superar todas as dificuldades e a obter mais essa conquista.

Aos meus familiares, em especial meus pais João e Nilza, minhas irmãs Michelle e Bruna e, sobrinhas Marina e Lívia, pelo apoio incondicional em todos os momentos, mesmo quando as minhas decisões não faziam nenhum sentido para vocês, por terem compreendido a minha ausência e por sempre acreditarem em mim. Amo muito vocês!

À minha orientadora e amiga Sonia Natal pelos ensinamentos ao longo desse período, pelo carinho, dedicação e paciência. Seu modo de orientar, pautado na confiança, no incentivo e respeito, permitiu o exercício da liberdade intelectual na realização deste trabalho. À minha coorientadora Daniela Alba Nickel que também me acolheu com muito carinho, me incentivando e mostrando-se sempre disponível a me ensinar. Sem vocês esta trajetória seria muito mais difícil.

Aos amigos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui com sorrisos, carinho e palavras animadoras. Em especial quero agradecer à Susana pelo apoio e motivação no início desta jornada; à Graziela, Fernanda, Deise e Thaisa pelo apoio, momentos de descontração e longas conversas; à Fábيا pelo carinho, conselhos e apoio nos momentos difíceis.

O meu agradecimento a todos os professores que durante esse período compartilharam seus conhecimentos, experiências e reflexões, principalmente aos professores do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) que contribuíram profundamente com esse trabalho.

Meus sinceros agradecimentos a minha turma de mestrado em Saúde Coletiva pelas trocas, reflexões e aprendizados durante as aulas.

Aos participantes das oficinas de consenso que disponibilizaram seu tempo e compartilharam os seus conhecimentos e experiências, essenciais na construção desse trabalho. À todos o meu muito obrigado.

À Direção do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina UFSC (HU/UFSC), em especial o Prof. Carlos Alberto Justo da Silva, Prof.^a

Maria de Lourdes Rovaris e Prof.^a Raquel Kuerten, que autorizaram e apoiaram a realização deste trabalho. Agradecimento especial aos colegas do Serviço de Farmácia pela compreensão, apoio e pelas contribuições durante este período. Sem a colaboração e disponibilidade de vocês esta pesquisa não seria possível.

À todas as pessoas que de alguma forma favoreceram a concretização deste estudo.

Eternamente agradecida à vida pelas experiências vividas!

FLORES, Jaqueline Nunes. **Avaliação das atividades da farmácia hospitalar para segurança do paciente em um hospital universitário**. 2017. 215f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2017.

Orientadora: Prof^a Sonia Natal, Dr^a

Coorientadora: Prof^a Daniela Alba Nickel, Dr^a

RESUMO

As ações desenvolvidas na Farmácia Hospitalar (FH) devem pautar-se em práticas que conduzam a processos seguros, valorizando a gestão de pessoas e processos, atendendo às normas e legislação vigente. Estas práticas permeiam as atividades finalísticas do cuidado em saúde e a ferramenta essencial de suas ações, o medicamento. A inclusão de estratégias como padronização de processos, uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento, reduzem a probabilidade de falhas e aumentam a chance de interceptá-las antes de resultarem em prejuízo ao paciente. Dessa forma, o desenvolvimento de um modelo de avaliação das atividades da FH para a segurança do paciente é imprescindível para o monitoramento e avaliação dos resultados, estabelecimento de melhorias dos serviços prestados aos pacientes e à equipe de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar se a Farmácia Hospitalar realiza suas atividades de forma que possa contribuir para a segurança do paciente. A estratégia adotada foi um estudo de caso, utilizando-se uma abordagem normativa. Foram utilizadas como evidências as fontes primárias e secundárias. Inicialmente, foi realizada pesquisa documental (relatórios e protocolos do serviço, legislação para Farmácia Hospitalar, legislação para segurança do paciente e revisão de literatura), a partir dessas informações foram construídos os modelo lógico (ML) e teórico (MT) de avaliação. Com base nos modelos foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) com os indicadores. Para garantir a validade de conteúdo dos modelos e da MAJ foi utilizada a técnica de consenso, Comitê Tradicional. Foram selecionados/elaborados 9 indicadores para a avaliação da dimensão Organizacional; 11 para a dimensão Práticas Farmacêuticas; 4 para a dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica. Foi estabelecida a

pontuação para os indicadores de maneira que a soma resultasse no padrão das dimensões. A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2016, no Serviço de Farmácia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, totalizando dez profissionais. Considerou-se dois níveis de análise: gestão e as atividades técnicas. Para análise das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo. A partir dos resultados encontrados foram ajustados os MT, ML e o grau de implantação determinado. O modelo avaliativo proposto foi considerado apropriado. As atividades da FH para a segurança do paciente foram julgadas parcialmente implantada nas três dimensões. Verificou-se no hospital um cenário de déficit financeiro, escassez tecnológica e insuficiência de recursos humanos. Estas deficiências repercutem nas atividades do Serviço de Farmácia que são predominantemente manuais, com elevado número de profissionais dedicado às atividades logísticas. Isto dificulta o avanço do farmacêutico nos demais campos de atuação que o ambiente hospitalar lhe atribui. Foram verificadas perspectivas positivas pertinentes ao contexto como contratação de pessoal com recurso específico, eliminação de contratos precarizados, planejamento de ações, modernização tecnológica e estrutural decorrentes da transição de gestão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Serviço de Farmácia Hospitalar. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The actions developed at the Hospital Pharmacy shall be grounded in practices that lead to safer processes, valuing the management of people and processes, complying with the current standards and laws. These practices fill the finalistic activities of health care and the essential tool of their actions, the medicine. The inclusion of strategies such as standardization of processes, use of information technology resources, permanent education and, specially, follow up of the professional practices in all stages of the process that involves the medicine, reduces the failures probability and increase the chances to intercept these failures before they result in damage to the patient. Therefore, the development of a model of evaluation of the Hospital Pharmacy's activities for the patient safety is indispensable for the monitoring and evaluation of the results, establishing improvements to the services provided to the patients and to the healthcare team. This study aimed to evaluate if the Hospital Pharmacy performs its activities in a way that can contribute to patient safety. The strategy assumed was a study of case, using a normative approach. Primary and secondary sources have been used as evidence. Initially, a documentary research (reports and protocols of the service, legislation for Hospital Pharmacy, legislation for patient safety and literature review) has been carried out, from these information the logic model (ML), the theoretical model (MT) of evaluation were created. Based on these models, the matrix of analysis and judgment (MAJ) with the indicators was elaborated. To ensure the validity of the content of the models and the MAJ a consensus technique has been used. Were selected/ produced 9 indicators for assessing Organizational dimension; 11 for the Pharmaceutical Practices dimension; 4 for the dimension Teaching, Research, Extension and Technological Innovation. Scores have been established for the indicators so that the sum of these have resulted in the standard of dimensions. The data collection was in the period of July to September 2016, at the Hospital Pharmacy of the University Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Federal University of Santa Catarina. Semi-structured interviews were conducted with key informants, totaling ten professionals. Two levels of analysis have been considered: management and technical activities. For the analysis of the interviews

was used content analysis. From the results found, the MT and ML have been adjusted and the degree of implantation determined. The proposed evaluative model was considered appropriate. The Hospital Pharmacy's activities for patient safety were judged partially implanted in the three dimensions. It was verified at the Hospital a scenario of financial deficits, technological shortages and insufficient human resources. These deficiencies have repercussions on the activities of the Pharmacy Service that are predominantly manual, with a high number of professionals dedicated to logistics activities. This makes it difficult for the pharmacist to advance in the other fields of activity that the hospital environment attributes to him. Positive perspectives pertinent to the context were verified as hiring of personnel with specific resource, elimination of precarious contracts, planning of actions, technological and structural modernization resulting from the management transition to the Brazilian Hospital Services Company.

Key words: Health Services Evaluation. Pharmacy Service. Hospital. Patient Safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Acontecimentos relevantes no âmbito da Farmácia Hospitalar.....	25
Figura 2: Monitoramento da prescrição, distribuição e administração de medicamentos.	33
Figura 3: Estrutura Modelo Lógico por Objetivos.	52
Figura 4: Modelo Teórico da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente.	56
Figura 5: Modelo Lógico por Objetivos da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente.....	57
Figura 6: Fluxo de recursos financeiros provenientes do convênio SES/SC e HU/UFSC.	62
Figura 7: Resumo das fontes que financiam o HU/UFSC.....	63

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS:

Quadro 1: Quantidade de profissionais recomendada por atividade.....	38
Quadro 2: Relação de documentos empregados na pesquisa documental.....	51
Quadro 3: Estrutura da matriz de análise e julgamento.	52
Quadro 4: Parâmetros de Julgamento de Valor.....	54
Quadro 5: Julgamento da Farmácia Hospitalar por dimensão.	59
Quadro 6: Critérios favoráveis e desfavoráveis por dimensão.....	59
Quadro 7: Aspectos legais e gerais do Serviço de Farmácia.....	72
Quadro 8: Checklist para verificação da adequação do POP de fracionamento de medicamentos.....	78

TABELAS:

Tabela 1: Distribuição dos farmacêuticos do Serviço de Farmácia por nível de qualificação.....	68
Tabela 2: Distribuição dos profissionais do Serviço de Farmácia por nível de qualificação, exceto farmacêuticos.	68
Tabela 3: Participação dos funcionários do Serviço de Farmácia em capacitações internas nos últimos cinco anos.	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	- Autorização de Fornecimento
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AGHU	- Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
BPF	- Boas Práticas de Fabricação
CAF	- Central de Abastecimento Farmacêutico
CCIH	- Comissão de Infecção Hospitalar
CEPSH	- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFT	- Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIHDOTT	- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
COSEP	- Comitê de Segurança do Paciente
CFF	- Conselho Federal de Farmácia
CBA	- Consórcio Brasileiro de Acreditação
CFT	- Comissão de Farmácia e Terapêutica
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DAA	- Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar
DCB	- Denominação Comum Brasileira
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMTN	- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
FH	- Farmácia Hospitalar
FAPEU	- Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FMRP	- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
GTGR	- Grupo de Trabalho de Gerenciamento de Resíduos
HC	- Hospital de Clínicas
HU	- Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
HUFs	- Hospitais Universitários Federais
IES	- Instituições de Ensino Superior
ISMP	- <i>Institute for Safe Medication Practices</i>
ISMP BRASIL	- Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos

JIC	- <i>The Joint Commission</i>
MAJ	- Matriz de Análise e Julgamento
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
ML	- Modelo lógico
MS	- Ministério da Saúde
MT	- Modelo teórico
NEPAS	- Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
NOTIVISA	- Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NUVISAH	- Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PDI	- Plano de Desenvolvimento Institucional
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PGRSS	- Plano de Gerenciamento de resíduos de Serviço de Saúde
PNEPSP	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Políticas
PNM	- Política Nacional de Medicamentos
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
POPs	- Procedimentos Operacionais Padrão
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
PROEX	- Pró Reitoria de Extensão
PROQUALIS	- Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
REBRAENSP	- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
REHUF	- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RH	- Recursos Humanos
RIMS	- Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
RJU	- Regime Jurídico Único
SBRAFH	- Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
SES/SC	- Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SFH	- Serviço de Farmácia Hospitalar
SGTES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UNB	- Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA.....	23
1.1	OBJETIVOS	28
1.1.1	Objetivo Geral.....	28
1.1.2	Objetivos Específicos.....	28
2	REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA BREVE EXPLANAÇÃO.....	29
2.2	FARMÁCIA HOSPITALAR.....	35
2.2.1	Objetivos e Atribuições da Farmácia Hospitalar	35
<i>2.2.1.1</i>	<i>Gestão</i>	<i>36</i>
<i>2.2.1.2</i>	<i>Desenvolvimento de infraestrutura.....</i>	<i>36</i>
<i>2.2.1.3</i>	<i>Preparo, distribuição, dispensação e controle de medicamentos e produtos para saúde</i>	<i>37</i>
<i>2.2.1.4</i>	<i>Otimização da terapia medicamentosa</i>	<i>39</i>
<i>2.2.1.5</i>	<i>Informações sobre medicamentos e produtos para saúde.....</i>	<i>39</i>
<i>2.2.1.6</i>	<i>Ensino, educação permanente e pesquisa</i>	<i>40</i>
2.2.2	Serviço de Farmácia Hospitalar do Hospital Universitário	41
2.3	ESTUDOS DE AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA FARMÁCIA HOSPITALAR.....	43
2.4	AVALIAÇÃO.....	48
2.4.1	Validação dos Modelos e Matriz de Análise e Julgamento.....	49
3	PERCURSO METODOLÓGICO	51
4	RESULTADOS	55
4.1	MODELO TEÓRICO DA FARMÁCIA HOSPITALAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	55
4.2	MODELO LÓGICO DA FARMÁCIA HOSPITALAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	56
4.3	MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO DA FARMÁCIA HOSPITALAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	57

4.4	DESEMPENHO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA FRENTE AOS CRITÉRIOS	58
4.4.1	Contexto Político Organizacional do HU/UFSC	60
4.4.2	Dimensão Organizacional.....	65
4.4.2.1	<i>Normas e Procedimentos</i>	<i>65</i>
4.4.2.2	<i>Monitoramento.....</i>	<i>66</i>
4.4.2.3	<i>Número de profissionais</i>	<i>67</i>
4.4.2.4	<i>Perfil Profissional</i>	<i>68</i>
4.4.2.5	<i>Participação em Comissões Hospitalares.....</i>	<i>70</i>
4.4.2.6	<i>Relação de Medicamentos.....</i>	<i>71</i>
4.4.2.7	<i>Adequação Ambiente e Localização.....</i>	<i>71</i>
4.4.2.8	<i>Aporte Tecnológico</i>	<i>73</i>
4.4.2.9	<i>Gerenciamento de Resíduos.....</i>	<i>73</i>
4.4.3	Dimensão Práticas Farmacêuticas.....	74
4.4.3.1	<i>Especificações de Compra</i>	<i>74</i>
4.4.3.2	<i>Gerenciamento de Estoque</i>	<i>75</i>
4.4.3.3	<i>Sistema de Distribuição de Medicamentos.....</i>	<i>76</i>
4.4.3.4	<i>Farmacotécnica.....</i>	<i>76</i>
4.4.3.5	<i>Avaliação Farmacêutica de Prescrições.....</i>	<i>79</i>
4.4.3.6	<i>Farmacovigilância</i>	<i>79</i>
4.4.3.7	<i>Erro na Prescrição.....</i>	<i>81</i>
4.4.3.8	<i>Erro de Dispensação</i>	<i>82</i>
4.4.3.9	<i>Seguimento Farmacoterapêutico.....</i>	<i>82</i>
4.4.3.10	<i>Desenvolvimento de Atividades Educativas</i>	<i>83</i>
4.4.3.11	<i>Desenvolvimento de Atividade de Informação com Algum Nível de Formalização</i>	<i>85</i>
4.4.4	Dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica	85
4.4.4.1	<i>Formação Profissional</i>	<i>86</i>
4.4.4.2	<i>Produção de Informações e Conhecimento</i>	<i>86</i>
4.4.4.3	<i>Articulação com Ensino.....</i>	<i>87</i>
4.4.4.4	<i>Desenvolvimento de Novas Tecnologias.....</i>	<i>88</i>
5	DISCUSSÃO.....	91
5.1	CONTEXTO POLÍTICO ORGANIZACIONAL DO HU/UFSC.....	91
5.2	ANÁLISE POR DIMENSÃO.....	94
5.2.1	Dimensão organizacional.....	94
5.2.2	Práticas Farmacêuticas.....	99
5.2.3	Dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica	104

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	111
	GLOSSÁRIO	131
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A: Organograma Serviço de Farmácia Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago.....	135
	APÊNDICE B: Matriz de Análise e Julgamento: dimensões.....	136
	APÊNDICE C: Matriz de Análise e Julgamento: indicadores separados por dimensão.....	137
	APÊNDICE D: Matriz de Análise e Julgamento: indicadores e perguntas relacionadas (análise e consenso).....	147
	APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) para entrevista de gestores (farmácia, recursos humanos, financeiro) e profissionais de saúde (farmacêuticos).....	160
	APÊNDICE F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) para oficina com profissionais de saúde, professores, doutores	163
	APÊNDICE G: Roteiro para entrevistas – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC).....	164
	APÊNDICE H: Checklist para verificar adequação dos ambientes da Farmácia Hospitalar	173
	APÊNDICE I: Medicamentos Indicadores.....	183
	APÊNDICE J: Artigo 1: A influência da transição da gestão EBSE RH na Farmácia de um Hospital Universitário Federal.....	184
	ANEXOS	
	ANEXO A: Organograma Direção Geral Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2012.....	210
	ANEXO B: Organograma Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2012.....	211
	ANEXO C: Organograma EBSE RH para Gerência de Atenção à Saúde	212
	ANEXO D: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH).....	213

1 INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA

A história da Farmácia Hospitalar no Brasil ocorre associada à estruturação do complexo médico industrial. No início do século XX, o farmacêutico era o profissional de referência para a sociedade nos aspectos do medicamento (GOMES; REIS, 2000) e o setor de farmácia era considerado um serviço imprescindível ao funcionamento normal do hospital, visto que possuía a responsabilidade de fornecer todos os medicamentos que a comunidade necessitava. Todavia, a maioria dos hospitais apresentava uma estrutura organizacional simples, com unidades praticamente estanques, sem entrosamento, o que hoje se considera um modo ultrapassado e antieconômico de se trabalhar (CIMINO, 1973).

Com a expansão da indústria farmacêutica, a redução da prática de formulação pela classe médica e a diversificação do campo de atuação do farmacêutico levaram a um distanciamento da área de medicamentos, o que descaracterizou a farmácia. No período compreendido entre 1920 e 1950 a Farmácia Hospitalar (FH) tornou-se apenas um canal de distribuição de medicamentos produzidos pela indústria (GOMES; REIS, 2000; MAIA NETO, 1990; ROSA, 1997).

Posteriormente ocorreu um período de disseminação do conhecimento sobre Farmácia Hospitalar, visto que a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) introduziu no currículo do curso de graduação em Farmácia a disciplina Farmácia Hospitalar, com relevante contribuição no ensino (GOMES; REIS, 2000).

O I Seminário sobre Farmácia Hospitalar realizado pelo Ministério de Educação e Cultura, em Brasília (1982), foi um evento que marcou uma nova era para o desenvolvimento da Farmácia Hospitalar, considerado como estratégia importante para a promoção do uso racional de medicamentos. Dentre as principais motivações deste seminário, destacam-se: reorientação do perfil do farmacêutico (elaborar, informar, distribuir e monitorar); correta estruturação da FH para racionalização do uso de medicamentos e integração do farmacêutico com a equipe de cuidado ao paciente (CIPRIANO, 2009).

Na década de 1980 surgiram os cursos de pós-graduação em Farmácia Hospitalar nas Universidades Federais do Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Paraná, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul.

Acrescenta-se também que, com a finalidade de incentivar o desenvolvimento da Farmácia Hospitalar, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) criou programas para a formação de profissionais na área, sendo que os cursos se estenderam até meados de 1990 (GOMES; REIS, 2000; ROSA, 1997).

A criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), em 1995, trouxe relevante contribuição para a dinamização da profissão, bem como para o desenvolvimento da produção técnico-científica na área de assistência farmacêutica hospitalar. Além disso, o primeiro passo para o estabelecimento de uma uniformização da prática foi dado com a publicação do documento “Padrões Mínimos para a Farmácia Hospitalar” (CIPRIANO, 2009; GOMES; REIS, 2000).

Em 2004, foi realizada uma pesquisa conjunta (SBRAFH, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS) e Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)) denominada “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil”, esta investigação envolveu 250 hospitais distribuídos nas cinco regiões do país. Este estudo buscou compreender e propor modelos explicativos para os piores e melhores resultados encontrados (OSÓRIO-DE- CASTRO; CASTILHOS, 2004).

Os fatos relevantes na estruturação da Farmácia Hospitalar foram resumidos na figura 1.

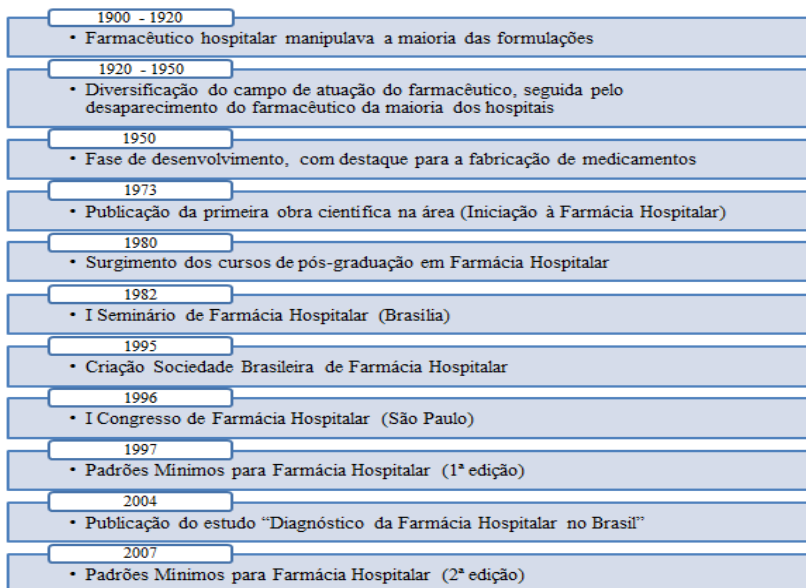
No atual milênio o enfoque da Farmácia Hospitalar passa a ser clínico-assistencial. Desta maneira, a Farmácia Hospitalar atua em todas as fases da terapia medicamentosa, cuidando da sua adequada utilização nos planos assistenciais, econômicos, de ensino e pesquisa (GOMES; REIS, 2000).

Do mesmo modo, observa-se uma evolução com relação ao conceito de Farmácia Hospitalar, indo de uma visão industrial em que a farmácia se restringia aos aspectos técnico-científicos ligados ao medicamento, até a visão atual onde se vive a fase clínico-assistencial. Seguindo a visão mais atual, a SBRAFH (1997, p.5) conceitua a Farmácia Hospitalar: “unidade clínica, administrativa e econômica dirigida por um profissional farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital e integrada funcionalmente às demais unidades de assistência ao paciente”.

Portanto, a Farmácia Hospitalar da atualidade não é responsável apenas pela provisão de produtos e serviços, mas também pela assistência prestada ao paciente. No que tange ao campo de atuação clínica, o foco de sua atenção deve estar no paciente e no atendimento de suas necessidades. Logo, o medicamento e os produtos para a saúde devem ser concebidos como instrumentos de melhoria das condições de

saúde (GOMES; REIS, 2000; SBRAFH, 2007).

Figura 1: Acontecimentos relevantes no âmbito da Farmácia Hospitalar.



Fonte: Cimino (1973), Cipriano (2009), Gomes e Reis (2000), Maia Neto (1990), Rosa (1997) e Osório-de- Castro e Castilhos (2004).

O serviço de farmácia possui, dentre outras funções, a responsabilidade pela dispensação dos medicamentos conforme a prescrição médica, nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso seguro e correto de medicamentos. Assim, sua organização e sua prática devem prevenir a ocorrência de erros de dispensação, pois erros nesta etapa geram oportunidades de erros de administração aos pacientes. As falhas que ocorrem durante a dispensação demonstram fragilidade no processo de trabalho e aumentam a chance de acidentes graves (ANACLETO et al., 2005; 2006).

No tocante ao campo administrativo, a Farmácia Hospitalar deve se pautar em práticas gerenciais que conduzam a processos mais seguros, tendo em vista os conceitos de qualidade e segurança, valorizando a gestão de pessoas e processos, atendendo às normas e legislação vigente no país. Além disso, a atuação da Farmácia Hospitalar e de serviços de saúde deverá ser orientada por conceitos de economia

da saúde, modernas técnicas de controle de custos, em busca do desenvolvimento de ações economicamente viáveis e soluções sustentáveis para a instituição hospitalar (SBRAFH, 2007).

Acrescente-se que, além das exigências legais, é oportuno considerar a importância estratégica que a Farmácia Hospitalar vem assumindo, sendo imprescindível a assistência de farmacêuticos devidamente capacitados para os desafios nesta área. O medicamento possui inquestionável valor terapêutico no contexto da saúde, bem como compromete parcela significativa do orçamento das instituições (públicas ou privadas). Tendo em vista as estatísticas de saúde, também devem ser levados em consideração os prejuízos acarretados pelo uso irracional do arsenal terapêutico, sejam de ordem financeira, mas, sobretudo, o ônus para a qualidade de vida dos pacientes. Em síntese, o farmacêutico conquista gradativamente mais espaço no contexto hospitalar (CRFSP, 2013).

A justificativa do presente estudo se fundamenta na importância que o uso seguro de medicamentos tem no contexto da atenção em saúde, no qual estão ressaltados os crescentes estudos acerca dos erros de medicação que apresentam conotações especiais quando atingem o paciente hospitalizado, tendo em vista que esta condição está, em geral, associada a estados patológicos graves, com a conseqüente maior fragilidade dos pacientes, além do uso concomitante de maior quantidade de medicamentos. Ao mesmo tempo, existe uma crescente demanda por eficiência e profissionalização dos serviços de saúde, aspectos tão mais estratégicos quanto maior a importância e graus de articulação da atividade em questão. Dessa forma, as atividades da Farmácia Hospitalar permeiam de forma crucial as atividades finalísticas do cuidado em saúde e a ferramenta essencial de suas ações, o medicamento. O uso adequado ou não deste, irá, certamente, gerar impacto na segurança do paciente.

Este estudo parte da premissa que a incorporação de princípios para reduzir erros humanos, promoção de acesso a informações sobre medicamentos e desenvolvimento de padrões internos de treinamento reduzem a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultarem em prejuízo ao paciente. Neste sentido, devem ser incluídas estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

Trata-se de um tema recente no país e de significativa relevância social, tendo em vista a expressiva repercussão que o uso seguro de

medicamentos possui para a segurança do paciente bem como para a recuperação de sua saúde. Diante da magnitude dos erros que envolvem o uso de medicação, é fundamental ampliar e estimular o desenvolvimento de pesquisas e publicações nacionais nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 2013, trouxe algumas ferramentas para serem implementadas nos serviços de saúde a fim de aumentar a segurança do paciente. Infelizmente, as pesquisas que apontaram as prioridades para a Organização Mundial da Saúde (OMS) vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver pesquisas no Brasil sobre o tema. Apesar de algumas iniciativas existentes no país, ainda não se tem uma visão das suas repercussões e nem foram definidas ferramentas específicas para cada tipo de estabelecimento de saúde (SOUZA, 2014).

Quando se fala dos objetos de investigação e práticas que compõem a Saúde Coletiva, é pertinente salientar o serviço de saúde, abrangendo o estudo do processo de trabalho em saúde, investigações sobre a organização social dos serviços e a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como a avaliação de planos, programas e tecnologia utilizada na atenção à saúde. O presente trabalho foi motivado pela vontade de oferecer um serviço de melhor qualidade e segurança ao usuário. Então, houve a preocupação, como atuante no serviço público de saúde, de buscar subsídios teóricos e metodológicos a fim de avaliar o panorama atual do serviço e também atender às diretrizes existentes (UFBA, 2014).

Diante do exposto, este trabalho buscou realizar uma investigação dos procedimentos que geram o uso seguro de medicamentos no Serviço de Farmácia localizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar se a Farmácia Hospitalar realiza suas atividades de forma que possa contribuir para a segurança do paciente.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Elaborar os modelos lógico e teórico da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente;
- Selecionar e construir indicadores para avaliação das atividades relacionadas a segurança do paciente na Farmácia Hospitalar (FH);
- Identificar fatores que influenciam na medicação segura no serviço de Farmácia Hospitalar (FH);
- Identificar as estratégias que possibilitem a redução/prevenção de erros de medicação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está pautado na literatura nacional e internacional e compreende três tópicos. O primeiro consiste em uma breve explanação sobre segurança do paciente, ressaltando as exigências para o âmbito hospitalar e a importância do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de saúde, incluindo a Farmácia Hospitalar. O tópico apresenta maneiras de a Farmácia Hospitalar colaborar para a segurança do paciente, visto que o desfecho da terapêutica medicamentosa sofre influência da ação conjunta dos serviços. O segundo tópico destina-se a contextualizar as atividades e objetivos inerentes à Farmácia Hospitalar, buscando-se elucidar suas competências. Em seguida apresenta-se a descrição do serviço de farmácia do HU/UFSC e os estudos de avaliação da Farmácia Hospitalar no Brasil. O terceiro tópico traz os conceitos de avaliação adotados para elaboração deste estudo.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA BREVE EXPLANAÇÃO

No ano de 1999, foi publicado um relatório intitulado *To err is human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro). A publicação constatou um número extremamente elevado (44.000 e 98.000) de pacientes que morriam a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidado à saúde. A notícia ganhou notoriedade e, então, governo e organizações internacionais se mobilizaram. O relatório é considerado um marco na segurança do paciente, pois após sua publicação surgiram iniciativas de instituições do mundo inteiro na busca pela segurança, tema, até então, não discutido abertamente pelos profissionais e instituições de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

As metas para segurança do paciente que embasam até os dias de hoje ações de diversas organizações pelo mundo foram estabelecidas por uma organização americana independente, sem fins lucrativos, a *The Joint Commission* (JIC) (JIC, 2016). No Brasil, esta organização é representada por meio do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA).

Em conformidade com estas metas, criou-se a *World Alliance for Patient Safety* (2004) para liderar, em nível internacional, o desenho, planejamento e monitoramento de ações para a segurança do paciente, integradas entre os países membros (OMS, 2015).

Os objetivos principais da Aliança envolvem: apoio aos esforços para promoção da cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolvimento de mecanismos para melhorar a segurança do paciente; desenvolver normas, protocolos e orientações para detecção e aprendizado com problemas de segurança do paciente; definir soluções de segurança relevantes e que sejam de fácil implementação; criar consenso sobre conceitos e definições comuns; investigar áreas de maior impacto nos problemas de segurança; utilizar as novas tecnologias para cuidados mais seguros; definição de prioridades para países desenvolvidos e em desenvolvimento; posicionamento do paciente no centro do movimento; catalisar o compromisso político e ação global em áreas de maior risco; desenvolver e divulgar o conhecimento sobre saúde baseada em evidências e melhores práticas na segurança do paciente; reunir parceiros para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento e mobilização social (WHO, 2008).

Com relação à conceituação de segurança do paciente, a OMS estabeleceu a seguinte definição: “consiste na redução do risco de danos desnecessários, associados ao cuidado de saúde, até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência foi prestada” (WHO, 2009, tradução nossa).

No Brasil, o Ministério da Saúde trabalha, exaustivamente, para levar esse novo paradigma de segurança a todos os serviços hospitalares. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o PNSP, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional (públicos e privados), de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (MENDES et al., 2008).

Atualmente podemos encontrar no país outras instituições com iniciativas para a segurança do paciente, como o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), vinculado à FIOCRUZ; a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), vinculada à OPAS; Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP BRASIL), vinculado ao

Institute for Safe Medication Practices (ISMP) dos Estados Unidos, dentre outras (SOUZA, 2014).

No país, a OMS trabalha em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual instituiu uma sequência de atividades voltadas para a segurança (BRASIL, 2013a). Além disso, a vigilância sanitária pós-uso/ pós-comercialização de produtos possui uma estratégia denominada Rede Sentinela, que é responsável pelo fortalecimento das ações de vigilância sanitária, a busca contínua de uma gestão de risco sanitário a contento, o desenvolvimento da qualidade e o aprimoramento de práticas seguras nos serviços de saúde (BRASIL, 2014a).

Os hospitais, em geral, contam com a Rede Sentinela, Comissões de Infecção Hospitalar e de Serviços de Vigilância Epidemiológica, integrados com as Farmácias Hospitalares (FH). A ação conjunta desses serviços pode, em última instância, influenciar o desfecho da terapêutica medicamentosa. Logo, o desenvolvimento de ações de farmacovigilância também é importante, já que a demanda por medicamentos permeia os conceitos associados à saúde e à doença. Desse modo, a necessidade de saúde pode ser confundida com a necessidade por medicamentos, o que impõe vigilância sanitária ainda maior (BRASIL, 2015).

A OMS, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, estabeleceu que um conjunto de protocolos básicos fossem elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão (BRASIL, 2013c; 2013d). A motivação para eleição destes protocolos foi o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta de protocolos.

Entende-se por erro de medicação qualquer evento passível de prevenção que pode causar ou induzir ao uso inadequado do medicamento ou prejudicar o paciente. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, à prescrição, à dispensação, à monitorização e ao uso (NCCMERP, 1998; CASSIANI et al., 2004).

Com o passar dos anos, a estrutura da Farmácia Hospitalar vem se alterando e incorporando novas tecnologias em seus processos de trabalho. A informatização e a automação possuem um papel importante na mudança, otimizam área física e recursos humanos, bem como na obtenção de melhores resultados na relação custo-benefício (CIPRIANO, 2009).

Além disso, a prática farmacêutica vem tomando um direcionamento ao paciente, tendo o medicamento como instrumento e não mais como meio. Dessa forma, é essencial que a incorporação de avanços tecnológicos no serviço de Farmácia Hospitalar contribuam para a qualidade da assistência prestada ao paciente, com a promoção do uso seguro e racional de medicamentos (FERRACINI; MENDES, 2010).

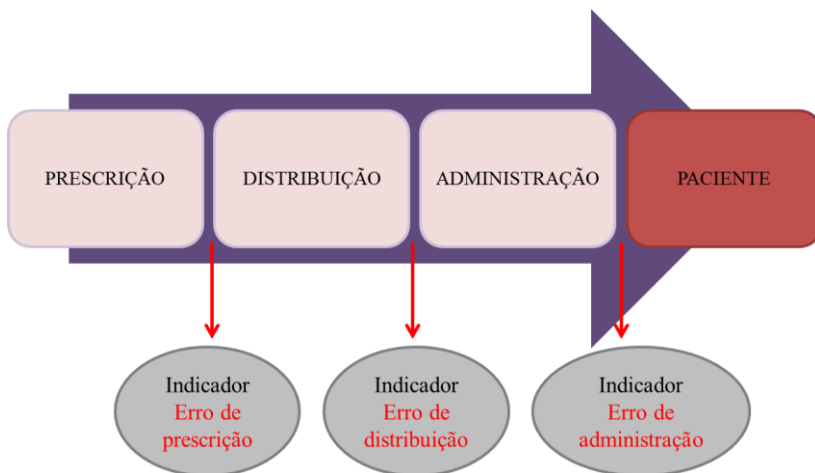
Em se tratando de segurança do paciente no âmbito da Farmácia Hospitalar, o “Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos” tem por finalidade a promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. Os sistemas seguros se baseiam na introdução de diferentes tipos de medidas direcionadas não só a prevenir os erros, mas também para torná-los visíveis, detectá-los e interceptá-los antes que atinjam os pacientes (BRASIL, 2013c; OTERO, 2004).

Em linhas gerais, o protocolo citado no parágrafo anterior recomenda que os serviços adotem estratégias como padronização de processos, uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento (BRASIL, 2013c; SOUZA, 2014).

Este documento contempla uma relação de procedimentos que quando executados da forma descrita no protocolo aumentam a segurança na realização dos processos. Além disso, no final de cada sessão (práticas seguras na prescrição, práticas seguras para distribuição, práticas seguras para administração de medicamentos) foram sugeridas ferramentas para monitoramento das atividades (BRASIL, 2013c). Logo, é sabido que o emprego dos indicadores em cada uma das etapas (prescrição, distribuição e administração) contribui para a segurança do paciente, pois possibilita o acompanhamento das etapas do processo até sua administração ao paciente, a Figura 2 ilustra em quais momentos recomenda-se o monitoramento das atividades.

Dentro das estratégias apontadas pelo protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos algumas pertencem ao campo de atuação da Farmácia Hospitalar e serão apresentadas a seguir, no texto.

Figura 2: Monitoramento da prescrição, distribuição e administração de medicamentos.



Fonte: Adaptado de Cipriano (2014).

Com relação às práticas seguras referentes à prescrição, cabe à farmácia divulgar a lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância constantes na padronização da instituição. Além disso, deve existir informação sobre dose máxima, forma de administração, indicação e dose usual destes medicamentos. Recomenda-se a utilização de programas informatizados para prescrição de medicamentos ou, em caso de prescrições manuais, que as mesmas contenham informações claras e completas. A farmácia deve verificar se os medicamentos prescritos são padronizados, em virtude da maior familiaridade da equipe de saúde com esses medicamentos. As prescrições encaminhadas à farmácia, para avaliação e dispensação, devem conter concentração, posologia, diluição, velocidade de infusão, via de administração, assinatura e identificação do prescritor, ausência de rasuras e escrita clara. Recomenda-se atenção às interações medicamentosas e incompatibilidades. A análise farmacêutica prévia das prescrições deve priorizar aquelas com antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, é de suma importância o registro das intervenções farmacêuticas em prontuário. Recomenda-se a utilização de programa informatizado que incorpore adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições. Por fim, sugere-se incentivo às atividades clínicas dos farmacêuticos, pois estas auxiliam na diminuição dos erros de prescrição e medicação em geral

(ALCÂNTARA; CASSIOLATO, 2010; BRASIL, 2013c; CFF, 2012; SBRAFH, 2007).

Nesta etapa, o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de medicamentos sugere o uso de um indicador para monitoramento da prescrição segura de medicamentos, sendo que este fornece a taxa de erros na prescrição de medicamento, cuja fórmula de cálculo será apresentada no Apêndice C (BRASIL, 2013c).

Quando se trata de práticas seguras para a distribuição de medicamentos, é sabido que o tipo de sistema de distribuição adotado tem relação direta com a frequência de erros, sendo recomendado o sistema de dose unitária, dispensando a manipulação prévia à administração. É importante que a farmácia possua estrutura organizada, processo de trabalho escrito e difundido a fim de promover a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. Além disso, deve dispor de recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades. O estabelecimento de saúde deve promover ações de educação permanente para a equipe da farmácia, com foco na segurança do uso dos medicamentos (BRASIL, 2013c; SERAFIM, 2005).

A farmácia é responsável pela manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas dos medicamentos, devendo adotar boas práticas de armazenamento. Já para o controle de estoques, recomenda-se o uso de código de barras ou equivalente superior, visto que permitem a rastreabilidade. Não devem ser separadas duas prescrições de forma simultânea. Para acondicionar os medicamentos por prescrição a farmácia pode utilizar carros de medicação ou embalagens plásticas identificadas. Deve ser dada atenção especial para a conferência de prescrições que contenham medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes. Por fim, recomenda-se implantar dupla checagem, na farmácia e no recebimento pela enfermagem, das doses prescritas, dando maior atenção para medicamentos potencialmente perigosos (BRASIL, 2013c; PENAFORTE, 2006; SERAFIM, 2005).

Para monitoramento da dispensação segura, recomenda-se utilizar um indicador que verifica a Taxa de Erros na Dispensação de Medicamentos (Apêndice C).

Em seguida os medicamentos são encaminhados para a equipe de enfermagem e esta se encarrega da administração dos medicamentos. A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, sendo então uma etapa de grande responsabilidade. Dentre as intervenções recomendadas para administração segura de medicamentos, são

pertinentes à farmácia hospitalar: acompanhar/notificar reações adversas e erros de medicação; fornecer informações sobre medicamentos (indicações, contraindicações, precauções, incompatibilidades); orientar o paciente sobre os medicamentos (indicação, efeitos esperados); disponibilizar medicamentos em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos; evitar o acúmulo de sobras de medicamentos não administrados nas clínicas (ANACLETO et al., 2010; BRASIL, 2013c).

Até o momento, segundo Souza (2014) a segurança do paciente vem sendo instituída no Brasil de forma desigual, sendo que o processo de certificação da qualidade tem se transformado em uma estratégia de implantação das questões da segurança do paciente na atualidade. Para fins ilustrativos, o percentual de hospitais acreditados ainda é muito pequeno frente à quantidade de estabelecimentos de saúde no Brasil. Em dezembro de 2015 constavam 239 hospitais acreditados de um total de 6.702 hospitais brasileiros - 21% são municipais, 8% estaduais, 1% federais, 70% privados (CNES, 2016; ONA, 2016).

2.2 FARMÁCIA HOSPITALAR

Primeiramente, para que se possa avaliar as atividades da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente é importante conhecer quais os objetivos que este serviço busca dentro de um estabelecimento de saúde, bem como, quais são as atividades precípua da Farmácia Hospitalar (FH).

2.2.1 Objetivos e Atribuições da Farmácia Hospitalar

A Farmácia Hospitalar tem por objetivos básicos: selecionar os medicamentos necessários ao perfil assistencial do hospital; contribuir na assistência ao paciente promovendo o uso seguro de medicamentos; estabelecimento de sistema de distribuição (eficaz, eficiente e seguro); gestão de estoques com sistema apropriado; subsidiar avaliações de custos e fornecer suporte para produção de propeleutica e terapêutica (GOMES; REIS, 2000).

Para o desenvolvimento das atividades da Farmácia Hospitalar devem ser consideradas, além das características do hospital, os seus aspectos estruturais (condições físicas, organizacionais, equipamentos e recursos humanos). E então, com a finalidade de orientar o bom

funcionamento da Farmácia Hospitalar, a SBRAFH (2007) estabeleceu parâmetros mínimos.

As atribuições essenciais da Farmácia Hospitalar podem ser divididas em seis grupos: gestão; desenvolvimento de infraestrutura; preparo, distribuição, dispensação e controle de medicamentos e produtos para saúde; otimização da terapia medicamentosa; informação sobre medicamentos e produtos para saúde; ensino, educação permanente e pesquisa (CFF, 2008; SBRAFH, 2007).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 4.283, que estabeleceu diretrizes relacionadas e estratégias, objetivando organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Esta portaria acrescentou o cuidado ao paciente às atribuições da Farmácia Hospitalar.

2.2.1.1 Gestão

A gestão da Farmácia Hospitalar é de responsabilidade exclusiva do farmacêutico, tendo em foco a prestação de assistência farmacêutica. Cabe à gestão proporcionar estrutura organizacional adequada que estimule: planejamento estratégico; estabelecimento de critérios (indicadores) para avaliação do desempenho; estabelecimento de ações preventivas/ corretivas; corpo funcional dimensionado de acordo com as necessidades do serviço; promoção de treinamento e educação permanente; elaboração e revisão de manuais de Procedimentos Operacionais Padrão; gerenciamento de medicamentos e produtos para saúde; participação em comissões responsáveis pela formulação de políticas e procedimentos relacionados à assistência farmacêutica; estabelecimento de uma política de melhoria contínua da qualidade (FERRACINI; MENDES, 2010; SBRAFH, 2007).

2.2.1.2 Desenvolvimento de infraestrutura

Consiste na base material necessária à atuação eficiente do farmacêutico: equipamentos e instalações adequadas ao gerenciamento; sistema de gestão informatizado; salas para a prática de atividades farmacêuticas em acordo com as necessidades técnicas; serviços de manutenção que assegurem o pleno funcionamento das tecnologias e

instalações físicas (ANACLETO et al., 2005; SBRAFH, 2007).

Para o funcionamento de uma unidade de Farmácia Hospitalar devem existir, no mínimo, os seguintes ambientes (SBRAFH, 2007):

- Área para administração;
- Área para armazenamento;
- Área de dispensação e orientação farmacêutica.

A Farmácia Hospitalar deve estar localizada em área que facilite a provisão de serviços a pacientes e às unidades hospitalares. Além do mais, deve contar com recursos de comunicação e transporte eficientes (BRASIL, 2010b; MAIA NETO, 2005; SBRAFH, 2007).

2.2.1.3 Preparo, distribuição, dispensação e controle de medicamentos e produtos para saúde

É responsabilidade da Farmácia Hospitalar o armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos e produtos para saúde usados pelos pacientes do hospital bem como, o fracionamento e preparo de medicamentos. As políticas e procedimentos que regulam essas atividades devem ser estabelecidas com a participação da equipe multiprofissional e comissões existentes (CFF, 2012; SBRAFH, 2007).

O preparo, o fracionamento e a reembalagem dos medicamentos deverão ser realizados em condições ambientais (estrutura física), tecnológicas (equipamentos) e de pessoal (quantitativo e capacitação) adequadas ao grau de complexidade da manipulação proposta, seja ela estéril ou não (SBRAFH, 2007).

A unidade de Farmácia Hospitalar deve contar com farmacêuticos e auxiliares em número adequado às atividades realizadas, a fim de possibilitar o desenvolvimento de processos seguros e sem sobrecarga ocupacional. O número de profissionais de ambas as categorias dependerá das atividades desenvolvidas, da complexidade do cuidado, do grau de informatização e mecanização da unidade (PENAFORTE, 2006; SBRAFH, 2007).

A SBRAFH recomenda as seguintes proporções (Quadro 1):

Quadro 1: Quantidade de profissionais recomendada por atividade.

ÁREA	RECURSOS HUMANOS
Atividades básicas de dispensação para pacientes internados e logística de suprimentos	1 farmacêutico para cada 50 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 10 leitos 1 almoxarife para cada 50 leitos
Manipulação de Nutrição Parenteral Total	1 farmacêutico para cada 100 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 250 leitos
Manipulação de Antineoplásicos	1 farmacêutico para cada 50 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 100 leitos
Manipulação de outras misturas intravenosas	1 farmacêutico para cada 50 leitos 1 auxiliar de farmácia para cada 100 leitos
Manipulação Magistral e Oficial	1 farmacêutico para cada 250 leitos Δ 1 auxiliar de farmácia para cada 250 leitos
Farmácia Ambulatorial (gerenciamento, dispensação e controle de estoque)	1 farmacêutico para cada 3000 pacientes atendidos.** 1 auxiliar administrativo para cada 3000 pacientes Δ 1 auxiliar de farmácia para cada 1000 pacientes Δ
Orientação farmacêutica e <i>Home Care</i> (paciente ambulatorial)	1 farmacêutico para cada 125 pacientes** Δ
Atividades clínicas (paciente internado)	1 farmacêutico para cada serviço clínico com até 60 leitosΔ
Fracionamento	1 farmacêutico para cada 250 leitos 1 auxiliar para cada 50 leitos ⊙
Farmácia em Centro cirúrgico	1 farmacêutico por turno 1 auxiliar de Farmácia para cada 4 salas de cirurgia em funcionamento, por turno
Farmacovigilância	1 farmacêutico para cada 250 leitos Δ
Informação sobre medicamentos	1 farmacêutico para cada 250 leitos Δ
Farmacocinética	1 farmacêutico para cada 250 leitos Δ
Pesquisa Clínica (Ensaio Clínicos)	1 farmacêutico para cada 250 leitos Δ

Legenda: Δ tempo integral e dedicação exclusiva. ** Tempo estimado para a orientação individualizada ao paciente: 20 minutos (estimativa de 24 pacientes/dia/farmacêutico com carga-horária diária de 8h); ⊙ Fracionamento principalmente manual. Quando automático, a relação passa para 1 auxiliar para cada 100 leitos.

Fonte: SBRAFH (2007).

Para atividades não descritas na tabela acima, recomenda-se 1 farmacêutico para cada 50 leitos e um auxiliar para cada 10 leitos.

Antes da dispensação dos medicamentos, as prescrições médicas devem ser analisadas pelo farmacêutico com a finalidade de sanar as dúvidas com o prescritor e registrar as decisões tomadas, exceto em situações de emergência. Os critérios analisados pelos farmacêuticos já foram descritos no capítulo anterior (CFF, 2012; SBRAFH, 2007).

A conferência do medicamento dispensado pelos auxiliares deverá ser realizada pelo farmacêutico a fim de aumentar a segurança do processo de dispensação. Acrescenta-se que para o adequado gerenciamento de estoques, a Farmácia Hospitalar deverá possuir sistema informatizado (*software*), computadores e impressoras (*hardware*) com qualidade adequada ao controle eficiente e eficaz dos itens, de forma a possibilitar o rastreamento dos mesmos (FERRACINI; MENDES, 2010; SBRAFH, 2007).

2.2.1.4 Otimização da terapia medicamentosa

A otimização da terapia medicamentosa é função primordial da Farmácia Hospitalar, buscando aumentar a efetividade da intervenção terapêutica, promovendo o uso racional de medicamentos. Ela consiste em, pelo menos: seleção de pacientes que necessitam de monitoramento (baixa adesão ao tratamento, em uso de medicamentos potencialmente perigosos, em uso de medicamentos com maior potencial de produzir efeitos adversos, medicamentos de alto custo, crianças e idosos); levantamento da história medicamentosa e análise da prescrição médica; participação na decisão do plano terapêutico; avaliação contínua da resposta terapêutica; elaboração e implantação de um sistema de farmacovigilância (BRASIL, 2010b; SBRAFH, 2007).

2.2.1.5 Informações sobre medicamentos e produtos para saúde

Cabe a Farmácia Hospitalar prover a equipe de saúde, estudantes e pacientes, informações técnico-científicas adequadas sobre eficácia, segurança, qualidade e custos dos medicamentos e produtos para saúde. Para isto deve dispor de fontes adequadas de informações primárias, secundárias e terciárias, isentas e atualizadas, possibilitando à equipe da Farmácia Hospitalar acesso a referências sobre: farmacologia clínica, medicina interna, interações, incompatibilidades, toxicologia, eventos

adversos, estabilidade, farmacotécnica, controle de qualidade, custos e legislação (SBRAFH, 2007).

É relevante a participação do farmacêutico no suporte de informações às comissões de farmácia e terapêutica, licitações, controle de infecções, terapia nutricional, comitê de ética em pesquisa, gerenciamento de riscos, gerenciamento de resíduos de saúde e avaliação de tecnologias (CFF, 2012).

Além das informações demandadas (informações passivas), a Farmácia Hospitalar deve prover informações ativas, por meio da elaboração de guias, boletins e educação permanente, entre outros, sendo necessário dispor minimamente de acesso à internet, em especial aos centros formais de informações toxicológicas e de medicamentos (SBRAFH, 2007).

2.2.1.6 Ensino, educação permanente e pesquisa

A Farmácia Hospitalar deverá promover, participar e apoiar ações de ensino, educação permanente e pesquisa nas suas diversas atividades (administrativas, técnicas e clínicas). Estas ações deverão ser consoantes aos objetivos do serviço e do sistema de saúde, como também, para produção de informações e conhecimentos a fim de aperfeiçoar a organização dos serviços, práticas e processos de utilização de medicamentos e demais produtos para a saúde (CFF, 2012; SBRAFH, 2007).

Em consonância com a Lei 8.080 de 1990, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e políticas (PNEPSP) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, a formação, capacitação e qualificação dos recursos humanos deverão ser contínuas, em quantidade e qualidade suficientes para o correto desenvolvimento da assistência farmacêutica (BRASIL, 2007a).

Dentre as atividades de ensino, educação permanente e pesquisa, destacam-se: programas de graduação, capacitação técnico-profissional, treinamentos em serviço, visitas técnicas, pós-graduação e residências em Farmácia Hospitalar; atividades multidisciplinares e de apoio às comissões técnicas do âmbito hospitalar; atividades de educação em saúde, inclusive as voltadas para usuários (MAIA NETO, 2005; SBRAFH, 2007).

Destaca-se que, as atividades de ensino, educação permanente e pesquisa devem buscar atender às necessidades da população em geral, a

fim de favorecer a harmonização entre as políticas oriundas das áreas de educação e de saúde, levando à formação de profissionais com perfil e competências compatíveis com estas necessidades (SBRAFH, 2007).

2.2.2 Serviço de Farmácia Hospitalar do Hospital Universitário

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) teve sua inauguração em maio de 1980. Possui 304 leitos dos quais um terço estão desativados devido à dificuldades tais como: falta de pessoal e recursos financeiros escassos. A instituição é referência para o Estado de Santa Catarina, abrangendo cerca de 6,5 milhões de habitantes e atua nos três níveis de assistência. O HU/UFSC é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área oncológica e cirurgias de grande porte, nas diversas especialidades, dentre elas cirurgia bariátrica, cirurgia vascular e transplante hepático. O corpo clínico é constituído de professores, que utilizam o HU/UFSC como Centro de Ensino e de Pesquisa, e demais profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, psicólogos e engenheiros biomédicos) com elevada qualificação e titulação, aliados ao interesse na pesquisa e prática clínicas. Esta combinação confere a instituição prestígio social e comunitário (UFSC, 2014a; IBGE, 2010).

No ano de 2016, o hospital realizou: 9.499 internações; 121.551 atendimentos ambulatoriais; 117.868 atendimentos na emergência; 3.328 cirurgias (centro cirúrgico) e 13.361 cirurgias ambulatoriais (UFSC, 2016a).

As dificuldades gerenciais e financeiras impostas pela conjuntura atual, a crise dos Hospitais Universitários pela dificuldade de atualização de equipamentos, racionalização de procedimentos e investimentos no treinamento de recursos humanos, em todos os níveis tem se constituído em grande desafio para a atual administração (UFSC, 2014a).

A gestão do HU/UFSC se dá por meio de setores de administração, em nível superior e setorial. A administração superior é composta pelo Conselho Diretor, Diretoria Geral e Vice-Diretoria. Já a administração setorial é formada pelas diretorias de Medicina, Enfermagem, Administração e de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, sob as quais estão subordinadas todas as Divisões, Serviços e Seções técnicas, administrativas e assistenciais, conforme ilustrado no Anexo A (UFSC, 2012a).

A Farmácia Hospitalar do HU/UFSC desempenha suas atividades desde 1980. Encontra-se subordinada à Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (DAA), que compreende o órgão responsável pelas atividades de apoio à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão do HU/UFSC, conforme representado no Anexo B - Organograma da Direção de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (NECKEL; KÜCHLER, 2010; UFSC, 2012b).

O Serviço de Farmácia está organizado em duas Seções: a Seção de Dispensação / Central de Abastecimento Farmacêutico e Seção Manipulação, conforme ilustrado no Anexo B.

A Seção de Dispensação/Central de Abastecimento Farmacêutico é constituída pelo Setor de Dispensação de Medicamentos e Central de Abastecimento Farmacêutico, vide Apêndice A. Na Central de Abastecimento Farmacêutico se dá o recebimento, armazenamento e conservação dos medicamentos adquiridos pelo hospital. Este almoxarifado está diretamente vinculado ao Setor de Dispensação, onde os medicamentos serão disponibilizados para atendimento das solicitações realizadas pelos setores (UFSC, 2014b).

A Seção de Manipulação é composta pelos seguintes setores: Fracionamento de Medicamentos, Laboratório de Manipulação de Medicamentos, Laboratório de Nutrição Parenteral, Laboratório de Controle de Qualidade, Laboratório de Diluição de Saneantes e Laboratório de Quimioterapia, vide Apêndice A. Nesta Seção são armazenadas as matérias-primas para a produção de medicamentos e as formulações de nutrição parenteral. Nesta Seção são desempenhadas as atividades de manipulação de medicamentos e de nutrição parenteral, de correlatos e de saneantes, 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).

A equipe do Serviço de Farmácia está distribuída de acordo com a demanda de atividades. Cada uma destas Seções deve ser chefiada por um profissional farmacêutico, devendo haver um farmacêutico responsável, exclusivamente, pela chefia geral do Serviço (UFSC, 2014d).

O serviço de farmácia deste hospital conta com uma equipe de 26 funcionários que se distribuem em equipes a fim de manter o atendimento durante 24 horas por dia. A forma de distribuição de medicamentos adotada pela instituição é mista, ou seja, parte dos medicamentos é dispensada pela farmácia por meio de solicitação por parte da enfermagem e outra parte através de prescrições médicas. No

período noturno, as atividades da farmácia são transferidas para a farmácia satélite, localizada na emergência, onde são fornecidas as medicações que, porventura, sejam solicitadas pelas unidades do hospital (FERRACINI; MENDES, 2010; UFSC, 2016e).

Dos 13 (treze) profissionais farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia, 1 (um) também atua no Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH), onde é responsável pela Coordenação do Programa de Farmacovigilância e 3 (três) atuam como Farmacêuticos Clínicos em unidades de internação hospitalar e na Emergência, onde desenvolvem atividades de preceptoria junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) (CANABARRO, 2015).

O RIMS é uma Pós-Graduação *Lato Sensu* multiprofissional caracterizado pela formação em serviço, em regime de dedicação exclusiva, supervisionada por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria). Está estruturado em três áreas de concentração: Atenção em Urgência e Emergência; Atenção em Alta Complexidade em Saúde; e Atenção em Saúde da Mulher e da Criança. Disponibiliza, anualmente, vagas para diversos profissionais da área da saúde, entre eles farmacêuticos (UFSC, 2015).

O Serviço de Farmácia tem colaboração de acadêmicos do Curso de Farmácia da UFSC, vinculados por meio de projetos de extensão da Pró Reitoria de Extensão (PROEX) da UFSC. Ainda, o Serviço disponibiliza 6 (seis) vagas por semestre para estágio obrigatório do Curso de Farmácia da UFSC e de outras Instituições de Ensino Superior (IES) privadas (CANABARRO, 2015).

Dessa forma, inserido em um ambiente de média e alta complexidade como o HU/UFSC, o Serviço de Farmácia representa um vasto campo de ensino e de aprendizagem da prática farmacêutica hospitalar, constituindo-se também como um universo formador do farmacêutico (CANABARRO, 2015).

2.3 ESTUDOS DE AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA FARMÁCIA HOSPITALAR

No Brasil são escassos os trabalhos que versam sobre o serviço de Farmácia Hospitalar, principalmente no que tange a atividades estruturais como gerenciamento, seleção e logística. Nos artigos existentes observa-se baixa adequação das atividades realizadas às normas legais e padrões já estabelecidos. Estudo aponta diversos fatores que possam contribuir para carência de textos brasileiros, tais como:

dificuldade de construção de estudos, dificuldade operacional para realização das atividades, inadequada formação acadêmica do farmacêutico hospitalar e dificuldade de interação com outras categorias profissionais no hospital. Portanto, a maior produção desses estudos é uma real necessidade para o acúmulo no tema da assistência farmacêutica hospitalar (MAGARINOS-TORRES et al., 2007).

No âmbito hospitalar é fundamental que as atividades da Farmácia Hospitalar sejam executadas de forma a garantir efetividade e segurança no processo de utilização dos medicamentos, melhorando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários (CIPRIANO, 2009).

Desde a década de 1990 no Brasil, sociedades e profissionais da área de Farmácia Hospitalar têm apontado a necessidade de instrumentos que possibilitem avaliar essas atividades.

Diante da escassez de informação sobre os serviços de Farmácia Hospitalar, foi desenvolvido um projeto de abrangência nacional (Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil), visando à avaliação de seus recursos materiais, humanos, serviços e atividades. O estudo selecionou e avaliou 250 farmácias hospitalares abrangendo todas as regiões do Brasil. Objetivava-se, deste modo, conhecer o cenário em que a Farmácia Hospitalar se encontrava a fim de auxiliar a formulação de medidas para melhorias no setor (MAGARINOS-TORRES, 2007b; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2004).

O Diagnóstico da Farmácia Hospitalar foi um projeto realizado pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) em parceria com a OPAS, envolvendo também a SBRAFH e o Conselho Federal de Farmácia (CFF). Os resultados deste projeto construíram a linha de base para a avaliação de serviços farmacêuticos. A metodologia adotada dividiu o estudo em dois momentos: primeiro foi proposta a avaliação de aspectos de estrutura e processo das farmácias (2002 a 2003); a segunda fase teve como objeto uma análise voltada para resultados e produtos do processo de trabalho nas Farmácias Hospitalares e a metodologia utilizada foi estudo de caso, a fim de propor modelos explicativos para os piores e melhores desempenhos encontrados. Os resultados demonstraram que mais de 50% dos serviços de Farmácia Hospitalar, independentemente do nível de complexidade hospitalar, apresentaram baixo desempenho.

Em 2005 o Ministério da Saúde, em parceria com a OMS, publicou o documento “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados”. Este estudo derivou de uma campanha realizada pela OMS para avaliação das farmácias em nível

mundial. Foi realizada a aplicação de um questionário composto por dez temas elaborado pela OMS. O objetivo deste estudo foi descrever aspectos da estrutura e processos da política e regulação na área farmacêutica no Brasil assim como resultados diretos da implementação da PNM quanto ao acesso, à qualidade e ao uso de medicamentos, empregando os indicadores e a metodologia proposta pela OMS. O estudo mostrou que o Brasil possui uma estrutura legislativa e regulatória de medicamentos bastante abrangente. Este trabalho também buscou a melhor compreensão das políticas farmacêuticas no país, bem como trouxe contribuições para delineamento das bases estruturantes de um sistema de informações acerca do tema, auxiliando na incorporação da avaliação como prática gerencial, nos diferentes níveis de governo.

No mesmo ano, foi publicado o trabalho “Impacto da informatização na dispensação de medicamentos em um hospital universitário”. Este trabalho buscou descrever a estrutura e funcionamento do sistema informatizado para controle da dispensação de medicamentos, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC/FMRP). Além disso, o trabalho também avaliou os resultados obtidos com a sua implantação em relação aos serviços de enfermagem e farmacêutico. Como metodologia de estudo foi aplicado um formulário aos profissionais que participaram da fase de estruturação a fim de obter sua opinião. Os resultados deste estudo permitiram concluir que a grande maioria dos entrevistados considerou o sistema informatizado de dispensação de medicamentos de boa qualidade (SERAFIM, 2005).

Posteriormente, um desdobramento da investigação “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar” foi dado por outra pesquisadora no trabalho “Indicadores de Resultado para a Farmácia Hospitalar”. Foram desenvolvidos indicadores de resultado para a Farmácia Hospitalar a partir do modelo lógico da investigação produzida pela ENSP/FIOCRDUZ. A metodologia ocorreu em duas etapas: revisão bibliográfica que serviu para ampliar a visão sobre características e prioridades do setor; em seguida, foi utilizado o método de consenso Delfos. Concluiu-se que a construção de indicadores compostos para a Farmácia Hospitalar com base nos aspectos de qualidade permitiria traduzir melhor sua construção no cuidado à saúde de pacientes hospitalizados (MAGARINOS-TORRES, 2006).

Com a finalidade de avaliar a atuação dos farmacêuticos do serviço, por meio do estudo de suas práticas em benefício da Assistência Farmacêutica, bem como caracterizar a Farmácia Hospitalar, foi desenvolvido um estudo no Hospital Universitário de Ribeirão Preto.

Para a avaliação foram aplicados questionários e como resultado observou-se que a farmácia, apesar de possuir uma função definida dentro da estrutura organizacional do hospital bem como em relação às atividades desenvolvidas, ainda possui um perfil centrado no medicamento, com poucas atividades direcionadas ao paciente (PENAFORTE, 2006).

No município de Goiânia, pesquisadores analisaram a aplicabilidade e os resultados de dois instrumentos de avaliação de serviços em Farmácia Hospitalar: Guia da Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar e guia proposto pelos autores. Os resultados encontrados demonstraram a necessidade da elaboração de um instrumento oficial que avalie de maneira qualitativa e quantitativa os serviços de Farmácia Hospitalar, com o propósito de dar suporte a tomada de decisão dos gestores (MARTINS et al., 2008).

Em concordância com o que foi sugerido pelo trabalho de Martins et al., (2008), estudo publicado em 2009 utilizou-se do método qualitativo Pesquisa-ação, para uma amostra de 6 hospitais públicos e privados. Foram aplicados questionários e formulários. Os resultados obtidos na pesquisa evidenciaram a hipótese formulada de que, o desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho sistematizado e passível de comparação, é factível na Farmácia Hospitalar, assim como busca contribuir com a disseminação da cultura de utilização de indicadores de desempenho, possibilitando à FH se comparar com referenciais internos e externos, promovendo as melhores práticas embasadas em evidências objetivas (CIPRIANO, 2009).

Em 2010, um estudo destinou-se a avaliar a eficácia de um processo implantado pela farmácia em uma unidade de emergência de um hospital universitário. A farmácia forneceu subsídios básicos de orientação farmacêutica, informações técnicas e científicas à equipe de saúde. Estas orientações farmacêuticas foram acrescentadas em cada unidade medicamentosa, juntamente com o código de barras. Dessa forma, as informações foram disponibilizadas à equipe de enfermagem no ato da preparação e administração do medicamento. A avaliação se deu por meio da pesquisa de satisfação aplicada aos profissionais de enfermagem, sendo que esta estratégia teve boa aceitação pela equipe (ALCÂNTARA; CASSIOLATO, 2010).

No Estado da Bahia, em 2010, um estudo avaliou a gestão descentralizada da assistência farmacêutica no âmbito municipal. Utilizaram-se duas estratégias de pesquisa: uma extensiva, realizada a partir da aplicação do protocolo de indicadores construído e entrevistas

semiestruturadas. Os resultados confirmaram os pressupostos revelando práticas de gestão reduzidas à sua dimensão operacional. Identificaram-se avanços, ainda tímidos, na dimensão organizacional e da sustentabilidade voltadas para fomentar maior participação e autonomia da gestão da assistência farmacêutica municipal (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Ainda sobre a temática gestão, o estudo “Assistência Farmacêutica de uma rede de hospitais públicos: proposta de utilização das diretrizes ministeriais para avaliação do serviço” traçou como objetivo aplicar as diretrizes da portaria do Ministério da Saúde para Avaliação da Assistência Farmacêutica de 10 hospitais públicos. Tratava-se de uma pesquisa avaliativa, onde foram desenvolvidas as ferramentas de avaliação e, em seguida, realização da avaliação propriamente dita. Por meio da adaptação das diretrizes do Ministério da Saúde foi possível avaliar adequadamente os diversos componentes da Assistência Farmacêutica Hospitalar, possibilitando comparação com dados nacionais e internacionais e criando ferramentas para planejamento de ações de melhoria da gestão (SANTANA et al., 2013).

Em 2011, o artigo “Aspectos da Avaliação de Serviços na Farmácia Hospitalar Brasileira”, estudo desenvolvido por pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ, retomou três estudos que observaram a Farmácia Hospitalar brasileira a partir do referencial teórico da Avaliação de Serviços e Programas de Saúde. O texto traz uma breve revisão conceitual de avaliação, seguida da análise das publicações selecionadas quanto às contribuições no reconhecimento da Farmácia Hospitalar. Observou-se uma evolução das formas de análise do que representaria qualidade, fruto do amadurecimento deste tema de pesquisa, o que redonda em um exame mais abrangente, crítico e realista do objeto a ser investigado, frente ao contexto hospitalar (MAGARINOS-TORRES; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2011).

Com a finalidade de investigar a existência de associações entre variáveis de serviços de Farmácia Hospitalar, em 2013, um estudo utilizou 30 variáveis do projeto “Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil” relativas à caracterização geral do hospital, caracterização geral do serviço de Farmácia Hospitalar (SFH) e etapas da assistência farmacêutica. Como metodologia foram utilizadas a análise de correspondência múltipla e análise de agrupamento. Concluiu-se que as técnicas foram capazes de identificar as associações e um elenco conciso de variáveis para uma avaliação abrangente dos serviços de Farmácia Hospitalar (SFH) no país (NASCIMENTO et al., 2013).

Em Santa Catarina são poucas as pesquisas e publicações

relacionadas ao tema Assistência Farmacêutica. Os trabalhos de avaliação estão relacionados, em geral, a atividades específicas e voltando-se mais para a Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica, como o trabalho de Sartor (2010) sobre dispensação de medicamentos, de Blatt (2005) sobre medicamentos excepcionais, de Manzini (2013) e Mendes (2013) sobre a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica, de Monteiro (2015) sobre a Promoção do Uso Racional de Medicamentos pela gestão municipal de saúde.

2.4 AVALIAÇÃO

Avaliar consiste, substancialmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes. O objetivo é contribuir na tomada de decisões, melhorar o desempenho das organizações, gerar maior possibilidade de governança e favorecer a racionalização dos gastos (CONTANDRIOPOULOS, 1997; FELISBERTO, 2010).

O julgamento se dá sobre recursos, processos e resultados; podendo ser fruto da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa), porém uma intervenção pode sofrer os dois tipos de avaliação. Os critérios e normas em que estão apoiadas as avaliações normativas podem ser derivados dos resultados da pesquisa avaliativa, de outros tipos de pesquisa ou fundamentados no julgamento de especialistas na área. Essas avaliações se apoiam no postulado de que existe forte relação entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção (CONTANDRIOPOULOS, 1997; MEDINA et al., 2005; ROSSI; FREEMAN, 1985).

Os motivos que levam à utilização de medidas que permitam avaliar o desempenho de um programa, geralmente estão relacionadas à responsabilidade da equipe gestora em prestar contas sobre o alcance dos objetivos propostos ou na vontade de implementar melhorias na sua qualidade (MEDINA et al., 2005).

A construção do modelo lógico de um programa é composta pela determinação dos seus componentes e sua forma de operacionalização, discriminando todos os passos necessários para o alcance de suas metas, dispondo-os num diagrama. É uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito que auxilia a conceber um instrumento de avaliação adequado, pois ajuda o avaliador a

entender melhor o objeto de estudo e escolher o foco da avaliação. Sua construção deve ser convincente, considerando o acúmulo de experiências sobre o programa e informações prévias disponíveis na literatura, diretrizes e estratégias propostas pelo programa. No decorrer do processo de avaliação o modelo lógico pode sofrer modificações, tendo em vista uma maior consistência dos resultados, pois a realidade é dinâmica (FRIAS; LIRA; HARTZ, 2005; MEDINA et al., 2005; WHOLEY; HATRY; NEWCOMER, 2010).

A identificação da teoria subjacente ao programa e os fatores contextuais que afetam as operações são cruciais para o sucesso de uma avaliação. A mensuração precisa ser capaz de contemplar as características essenciais do programa e as relações de causa-efeito presumidas no modelo lógico (WHOLEY; HATRY; NEWCOMER, 2010).

A modelagem permite que a avaliação de políticas e programas ultrapasse a visão dicotômica insumos/resultados e possibilite o esclarecimento das razões do êxito da intervenção em contextos diversos e para diferentes grupos populacionais (BEZERRA et al., 2010; NATAL, 2012).

O modelo teórico de um programa deve explicitar como o programa idealmente funciona; que argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que hipóteses alternativas serão afastadas. Eles possibilitam evidenciar as articulações existentes e os contextos intra/interorganizacionais que orientam a seleção dos indicadores e os níveis de análise necessários (MEDINA et al., 2005).

Segundo Contandriopoulos et al., (1997) é fundamental compreender que não podemos falar de uma intervenção sem levar em conta os diferentes atores que se encontram envolvidos. São eles que dão sua forma particular em um dado momento em um dado contexto. Cada um dos atores pode ter seus próprios objetivos em relação à intervenção e sua avaliação.

2.4.1 Validação dos Modelos e Matriz de Análise e Julgamento

No campo da avaliação em saúde as matrizes são utilizadas como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo a forma como seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor (NATAL et al., 2007).

A validação dos modelos, matriz de análise e julgamento,

indicadores e padrões pode ser realizada com base na literatura científica e/ou técnicas de consenso. Com relação às técnicas de consenso nas pesquisas qualitativas em saúde, são comumente aplicadas quando não há unanimidade de opinião, nem evidências científicas, ou quando estas evidências apresentam-se contraditórias. A técnica busca resgatar o conhecimento técnico-científico dos participantes e valoriza a frequência e convergência de opiniões. Apresenta nítida expansão nos últimos vinte anos e vem sendo aplicada extensamente na área de saúde brasileira (UCHOA et al., 2008).

Entre seus objetivos destacam-se: efetuar monitoramento de uma dada área específica; observar tendências e desenhar cenários como subsídios ao processo de planejamento e buscar possibilidades de inovações, baseadas em projeções especulativas (UCHOA et al., 2008).

Nos últimos anos diferentes técnicas de consenso vêm sendo utilizadas, como o método Delfos, o Comitê tradicional e a Técnica do Grupo Nominal (SOUZA; VIEIRA DA SILVA, 2005).

Uma das técnicas mais utilizada é o Comitê Tradicional, principalmente por ser rápida. A riqueza desta técnica está na troca de ideias (convergentes e divergentes) que possibilitam a obtenção de um consenso sólido. Por outro lado, pode apresentar como desvantagem o “viés de autoridade” ou da busca de alguns participantes em impor suas opiniões mais pela ênfase na defesa de sua opinião do que pela qualidade inerente aos seus argumentos. Cabe ressaltar que as diferenças de valores morais entre os especialistas ou a existência de problemas de relacionamento interpessoal podem dificultar a obtenção do consenso (SOUZA; VIEIRA DA SILVA, 2005). Após a obtenção das respostas para as questões elaboradas para a discussão, as respostas semelhantes serão agrupadas em um único rol, a fim de eliminar as superposições e para agregar/ complementar as respostas. Em seguida, os itens serão colocados em votação e serão mantidos apenas aqueles que obtiverem maior votação (UCHOA et al., 2008).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo apresentou uma abordagem de caráter quantitativo e qualitativo. Os dados foram coletados no período de julho de 2016 a setembro de 2016. A estratégia adotada foi um estudo de caso, utilizando-se uma abordagem normativa, do serviço de Farmácia Hospitalar. O caso, a Farmácia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), no município de Florianópolis, Santa Catarina, foi analisado a partir do delineamento do modelo lógico (ML) da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente. Optou-se por não incluir na avaliação a farmácia satélite porque possui uma equipe responsável pelo atendimento da Emergência Adulto com padronização própria de suas atividades.

Foram utilizadas como evidências as fontes primárias e secundárias.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa documental (Quadro 2): relatórios do serviço, protocolos e documentos oficiais da ANVISA, legislação atual para Farmácia Hospitalar no Brasil, legislação para segurança do paciente e revisão de literatura científica nacional e internacional. A partir dessas informações foram construídos os modelos lógico (ML) e teórico (MT) de avaliação e, a matriz avaliativa de análise e julgamento (MAJ) com os indicadores.

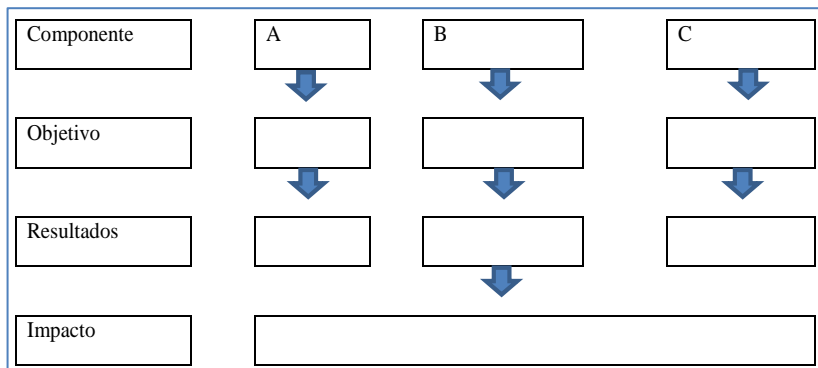
Quadro 2: Relação de documentos empregados na pesquisa documental.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Legislação sobre Farmácia Hospitalar (Resoluções, portarias)➤ Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH)➤ Política Nacional de Medicamentos➤ Programa Nacional de Segurança do Paciente➤ Artigos científicos relacionados➤ Regimento Interno do Hospital➤ Protocolos do Serviço de Farmácia➤ Padronização de Medicamentos da instituição➤ Guia Farmacoterapêutico da instituição➤ Relatórios do serviço de Farmácia Hospitalar➤ Planejamento Estratégico da instituição |
|--|

Fonte: Elaborado pela autora.

Para cada componente do ML foram considerados objetivos, resultados e impactos esperados. Foi utilizado o ML por objetivos. Segue abaixo estrutura deste modelo (Figura 3):

Figura 3: Estrutura Modelo Lógico por Objetivos.



Fonte: Wholey; Hatry e Newcomer (2010).

Para a construção do MT da Farmácia Hospitalar para segurança do paciente foram considerados os contextos que influenciam na intervenção.

Com base nos ML e MT da Farmácia Hospitalar, foi elaborada uma MAJ das atividades da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente. O Quadro 3 exibe a estrutura utilizada para construção da matriz. A MAJ com as dimensões propostas para a Farmácia Hospitalar e as definições para os indicadores, forma de mensuração, tipo de coleta para o indicador e fonte de evidência utilizada estão nos Apêndices B e C.

Quadro 3: Estrutura da matriz de análise e julgamento.

Dimensão	Subdimensão	Indicadores/ Critérios	Fonte evidência & Tipo de Coleta	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	$\frac{\sum \text{observada}}{\sum \text{pontuação máxima}} * 100$

Fonte: Lee e Price (1995).

Na MAJ foi estabelecida uma pontuação para os indicadores de maneira que a soma destes resulta nas dimensões.

Para garantir a validade de conteúdo dos modelos e da MAJ utilizou-se a técnica de consenso - Comitê Tradicional - que corresponde a uma discussão aberta sobre um determinado tema entre especialistas selecionados. Foram convidados a participar dez especialistas da área de Avaliação em Saúde e Farmácia Hospitalar, sendo eles: professores doutores vinculados à UFSC, alunos de doutorado em Saúde Coletiva da UFSC e farmacêuticos do SFH do HU/UFSC. Foram sintetizadas as situações facilitadoras, as situações complicadoras, bem como os pontos de dissenso encontrados, ou seja, foram identificadas as limitações e potencialidades do modelo de avaliação na apreensão da realidade estudada.

No comitê tradicional foram analisados todos os indicadores propostos, alguns foram aprimorados ou alterados e determinou-se os componentes a serem utilizados.

As informações primárias para a avaliação foram obtidas por meio de entrevistas. Consideraram-se dois níveis de análise: gestão e as atividades técnicas desempenhadas pela equipe de profissionais. Utilizou-se entrevistas semiestruturadas e os respondentes foram: chefe do serviço de farmácia, responsável setor financeiro, responsável pela capacitação de Recursos Humanos e farmacêuticos do serviço. Os critérios utilizados para seleção dos informantes-chave foram: posição institucional, o fato de serem os responsáveis pelas ações relacionadas à Farmácia Hospitalar e os que detinham maior conhecimento das atividades realizadas no âmbito de sua atuação. Em se tratando do número de farmacêuticos entrevistados este foi definido de forma arbitrária, totalizando sete dos treze farmacêuticos. Considerando os demais sujeitos que também foram entrevistados foi obtida uma amostra final de dez profissionais.

O roteiro de entrevistas elaborado apresenta 142 questões abertas e fechadas (Apêndice G). As perguntas do roteiro foram realizadas conforme a área de atuação dos informantes-chave. Dentre estas questões 31 delas referem-se à dimensão Organizacional, 81 à dimensão Práticas Farmacêuticas, 21 à dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica e 9 ao contexto em que se insere o HU/UFSC.

Quanto à análise das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2011) corresponde “ao conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.” A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência (dedução de maneira lógica) esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). A matriz de análise e julgamento apresenta as categorias de análise pré-estabelecidas, tendo como “eixo direcional” as dimensões. No Apêndice D é possível observar as perguntas juntamente com seus respectivos indicadores utilizado para análise das informações obtidas.

A partir dos resultados encontrados foram ajustados os MT e ML e o grau de implantação definido a partir do julgamento de valor baseado nos parâmetros pré-definidos para cada dimensão (Quadro 4). Para o julgamento de valor foi utilizada a seguinte expressão:

$$\left(\frac{\Sigma \text{pontuação observada dos indicadores da dimensão}}{\Sigma \text{pontuação máxima da dimensão}} \right) \times 100 \quad (1)$$

Quadro 4: Parâmetros de Julgamento de Valor.

Intervalos	Resultado
75% a 100%	Implantado
50% a 74%	Parcialmente implantado
< 50%	Implantação insuficiente

Fonte: Adaptado de Cosendey (2000).

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, com a finalidade de cumprir todas as exigências estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua realização foi aprovada conforme parecer consubstanciado nº 1.640.708 (Anexo D).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizados são apresentados nos Apêndices E e F. Estes termos foram entregues a todos os sujeitos entrevistados e para os participantes da oficina, mediante aprovação dos mesmos ocorreu a coleta de informações.

Para sua preservação os participantes não foram identificados na pesquisa.

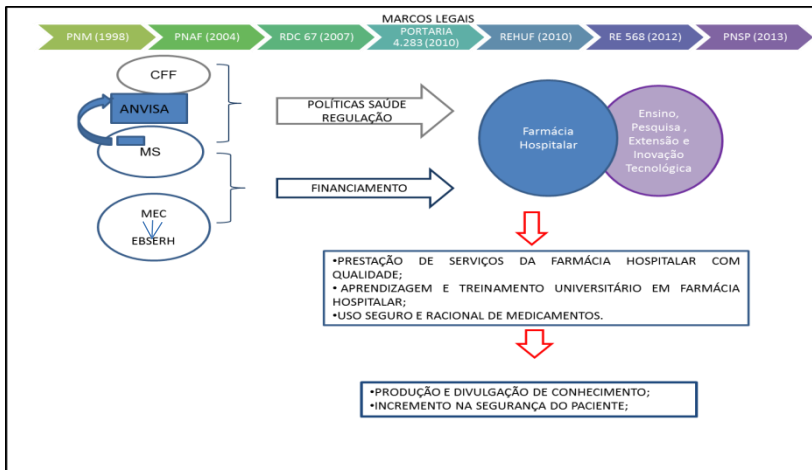
4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados encontrados a partir da metodologia empregada, dividido em quatro subcapítulos. O primeiro e segundo apresentam modelo teórico e lógico da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente. O terceiro subcapítulo apresenta matriz de análise e julgamento com os indicadores/critérios selecionados, seus respectivos instrumentos de coleta, definições, fonte de evidência e forma de mensuração. Ressaltar-se que para a construção dos modelos e matriz foi utilizada a Farmácia Hospitalar de um Hospital Universitário Federal, o que não invalida a sua aplicação em farmácias hospitalares de outros hospitais, pois o componente/ dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica também deve estar presente nas farmácias hospitalares de outras instituições hospitalares. Por último, é descrito o desempenho do serviço de farmácia do HU/UFSC frente aos indicadores.

4.1 MODELO TEÓRICO DA FARMÁCIA HOSPITALAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

A fim de evidenciar as influências que o contexto exerce sobre a intervenção, foi construído o MT da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente, conforme ilustrado na Figura 4.

Figura 4: Modelo Teórico da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente.



SUS (Lei n. 8.080/90)

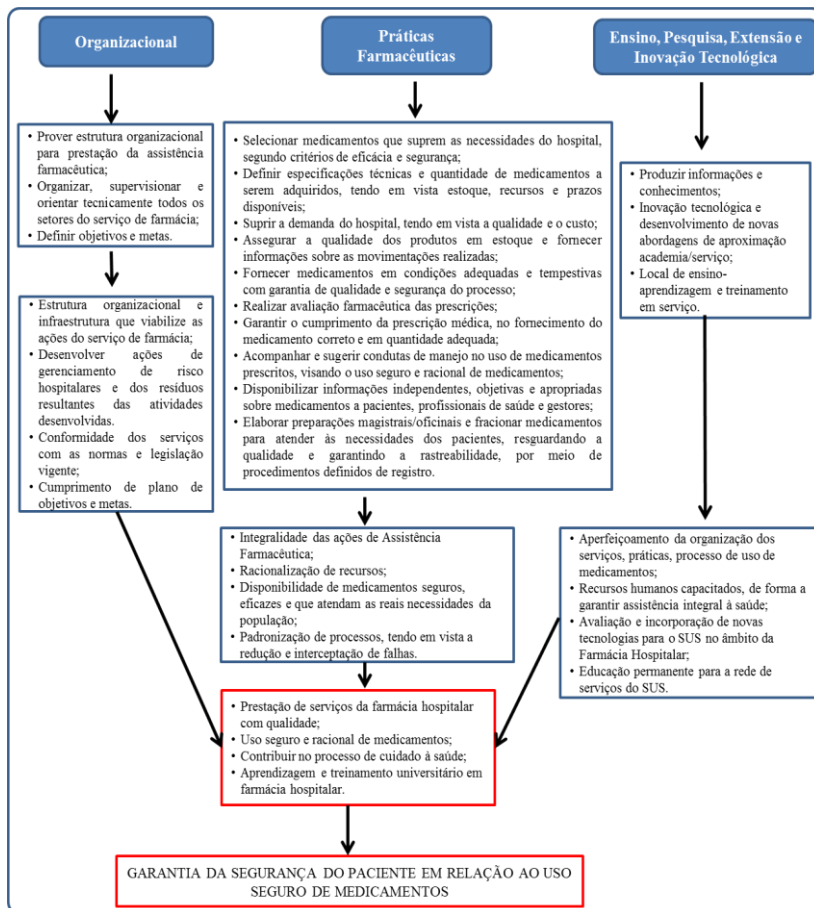
Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 MODELO LÓGICO DA FARMÁCIA HOSPITALAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Para elaboração do modelo lógico da Farmácia Hospitalar foram identificadas as dimensões que se basearam nas atividades desenvolvidas pela Farmácia Hospitalar e seus objetivos, principais processos e resultados. Os estudos de Cipriano (2009), Magarinos-Torres et al., (2007b), SBRAFH (2007) e CFF (2008) foram norteadores para a construção do modelo, feitas as devidas adaptações para a realização do presente estudo. As dimensões são: Organizacional, Práticas Farmacêuticas e Ensino, Pesquisa e Inovação Tecnológica.

A Figura 5 exhibe o Modelo Lógico por objetivos, onde são apresentados os objetivos e os resultados esperados. Por meio deste modelo é possível demonstrar a coerência entre o problema e a intervenção.

Figura 5: Modelo Lógico por Objetivos da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO DA FARMÁCIA HOSPITALAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

A implementação de uma avaliação requer o desenho de uma matriz que apresente os critérios/indicadores e parâmetros que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas.

Com base nos modelos lógico e teórico da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente, foi elaborada uma Matriz de Análise e Julgamento das atividades da Farmácia Hospitalar para a segurança do paciente (Apêndice B). Esta matriz contempla os indicadores criados para mensuração de cada dimensão da Farmácia Hospitalar para segurança do paciente apresentada no Apêndice C. Foram selecionados/elaborados 9 indicadores para a avaliação da dimensão Organizacional; 11 indicadores para a dimensão Práticas Farmacêuticas; 4 indicadores para a dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica. Na matriz foram apresentadas as definições para cada indicador, bem como a sua forma de mensuração, tipo de coleta para o indicador e a fonte de evidência que foi utilizada.

4.4 DESEMPENHO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA FRENTE AOS CRITÉRIOS

Foram entrevistados 9 (nove) profissionais, sendo 7 (sete) farmacêuticos responsáveis pelas atividades e 3 (três) gestores atuantes na gestão de assuntos relacionados à Farmácia Hospitalar.

O agendamento das entrevistas foi realizado diretamente com os sujeitos os quais aceitaram contribuir com a pesquisa.

No momento das entrevistas o cargo de chefe do serviço de farmácia encontrava-se em vacância, situação que ocorre há cerca de 2 anos, porém, a responsabilidade técnica das atividades desenvolvidas no serviço de farmácia estava documentada e designada a todos os farmacêuticos que lá atuam. Durante este período o superior no organograma da instituição, diretor de apoio assistencial, responde legalmente pelo serviço de farmácia e por isso foi entrevistado. As perguntas de caráter técnico foram direcionadas ao farmacêutico que já tinha exercido cargo de chefe de sessão.

As atividades da farmácia hospitalar para a segurança do paciente foram considerada parcialmente implantadas nas três dimensões: Organizacional, Práticas Farmacêuticas e Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica (Quadro 5). Tal julgamento se deve ao predomínio de critérios parcialmente cumpridos ou não cumpridos.

Quadro 5: Julgamento da farmácia hospitalar por dimensão.

Dimensões	$\left(\frac{\Sigma \text{pontuação observada dos indicadores dimensão}}{\Sigma \text{pontuação máxima da dimensão}}\right) * 100$	Situação
Organizacional	57,9	Parcialmente implantado
Práticas Farmacêuticas	65,9	Parcialmente implantado
Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica	58,3	Parcialmente implantado

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados são apresentados segundo as dimensões da matriz de análise e julgamento.

No quadro 6 apresenta-se o grupo de critérios que foram cumpridos plenamente (que atingiram 100% de adequação), sendo considerados favoráveis e quando cumpridos parcialmente ou não cumpridos considerados desfavoráveis.

Quadro 6: Critérios favoráveis e desfavoráveis por dimensão.

Dimensão/ Julgamento	Critérios Favoráveis (cumpridos plenamente)	Critérios Desfavoráveis (cumpridos parcialmente ou não cumpridos)
Organizacional /Parcialmente implantado	Participação em Comissões Hospitalares, Gerenciamento de Resíduos	Normas e Procedimentos, Monitoramento, Número de Profissionais na FH, Perfil Profissional, Relação de Medicamentos, Adequação Ambiente e Localização, Aporte Tecnológico
Práticas Farmacêuticas / Parcialmente implantado	Especificações de Compra, Farmacovigilância, Seguimento Farmacoterapêutico, Desenvolvimento de Atividades Educativas	Gerenciamento de Estoque, Sistema de Distribuição de Medicamentos, Farmacotécnica, Avaliação Farmacêutica de Prescrições, Erro na Prescrição, Erro de Dispensação, Desenvolvimento de Atividade de Informação com algum nível de formalização
Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica/ Parcialmente implantado	Formação Profissional	Produção de Informações e Conhecimento, Articulação com Ensino, Desenvolvimento de Novas Tecnologias

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4.1 Contexto Político Organizacional do HU/UFSC¹

Desde 2004 o funcionamento do HU/UFSC ocorre por meio de um convênio entre o Estado de Santa Catarina, pela sua Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a UFSC prorrogado anualmente. O convênio visa integrar o HU/UFSC à rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), incluídas as ações de ensino e pesquisa (SANTA CATARINA, 2010; 2015).

Os serviços contratados compreendem a utilização de toda a capacidade instalada e credenciada do HU/UFSC em favor dos usuários do SUS. Estes serviços são oferecidos a uma base territorial populacional conforme Plano Operativo, com Base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Plano Diretor de Regionalização (PDR). Além disso, a estrutura do HU/UFSC deve ser disponibilizada para pesquisa, campo de estágio e residência médica, em parceria com instituições de ensino (SANTA CATARINA, 2010).

O HU/UFSC compromete-se integral e exclusivamente a disponibilizar o pessoal necessário para prestar os serviços contratados. Por outro lado, a SES deve: fiscalizar, controlar e avaliar as ações, transferir recursos previstos e estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda (SANTA CATARINA, 2010).

Em 16 de março de 2016 a UFSC assinou o contrato de adesão à gestão especial pela EBSEH, este contrato determinou a elaboração, em conjunto pelas partes, do Plano de Reestruturação a ser executado dentro de 12 meses pelo HU/UFSC, bem como a elaboração do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI). Devido às dificuldades financeiras o HU/UFSC passa por perda progressiva de recursos humanos em decorrência da falta de reposição das vagas existentes ou por contratação temporária de funcionários pela Fundação, porém após assinatura do contrato, novos funcionários serão contratados em regime celetista e selecionados por meio de concurso público realizado pela EBSEH (UFSC, 2016b).

A instituição fará a transição dentro de 18 meses e, ao longo desta etapa, irá existir a figura do diretor representando a gestão anterior e a figura do superintendente da gestão EBSEH. Ocorrerá da mesma forma com os cargos dos gerentes que serão criados durante a transição. O entrevistado não expressou conflitos em decorrência da duplicidade de papéis, mas sim ressaltou a necessidade de realizar a transição gradual. O relato do entrevistado E5 evidencia esta situação:

¹ Este resultado está descrito no artigo 1 apresentado no Apêndice J.

[...] eu não posso destituir o que está acontecendo porque eu ainda não tenho como constituir o que vem, do ponto de vista de pessoal e gerencial. [...] ela é obrigada a responder por tudo isso que ainda diz respeito ao diretor [...] e, paulatinamente, a superintendente vai assumindo toda a questão da transição. [...] Por exemplo, os 42 contratos terceirizados: todos esses contratos foram feitos pela universidade e quem assina aqui dentro do HU é o diretor geral (E5).

Em se tratando do papel que o MEC irá exercer após a entrada da EBSEERH, o entrevistado E5 não observa mudanças neste sentido:

O papel do MEC permanece sendo o papel do MEC de hoje. [...] por ser um hospital de ensino, nós estamos vinculados ao MEC. [...] A EBSEERH [...] veio para ajudar [...] numa homogeneização dos hospitais públicos federais. O MEC continua sendo o nosso norte. É ele que diz as diretrizes, [...] (E5).

Em relação ao aspecto financeiro, o MEC continuará fazendo repasses para os hospitais universitários federais, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Este programa foi instituído por decreto em 2010 e preconiza o financiamento paritário entre as áreas da educação e da saúde (BRASIL, 2010a).

Além disso, os recursos provenientes do convênio entre SES/SC e HU/UFSC serão mantidos, porém serão repassados à EBSEERH que, por sua vez, fará o repasse ao HU/UFSC. Há valores pré-fixados que são transferidos ao hospital em parcelas fixas e os recursos pós-fixados que serão repassados após aprovação e processamento da produção mensal. Nesta produção estão: consultas, procedimentos, medicamentos e demais materiais.

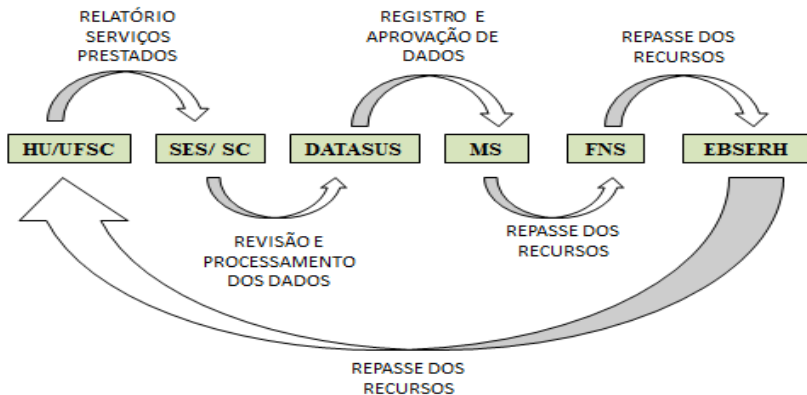
Os recursos do convênio seguem o fluxo ilustrado na Figura 6.

O hospital continua como ordenador de despesas, mas há uma tendência da EBSEERH centralizar as compras de materiais em geral. Conforme se verifica no relato do E9:

[...] as despesas gerais do hospital [...] são definidas pelo seu corpo gestor. Não vai ter mudanças neste sentido, eventualmente, a EBSEERH pode estar definindo, junto com o hospital, repasses específicos de recursos para atender demandas que são

importantes para rede [...] Atualmente, a EBSEERH já tem feito algumas licitações centralizadas que atendem a toda a rede, a ideia é, com isso, diminuir custos de licitação, atendendo as diversas instituições que são da rede [...] (E9).

Figura 6: Fluxo de recursos financeiros provenientes do convênio SES/SC e HU/UFSC.



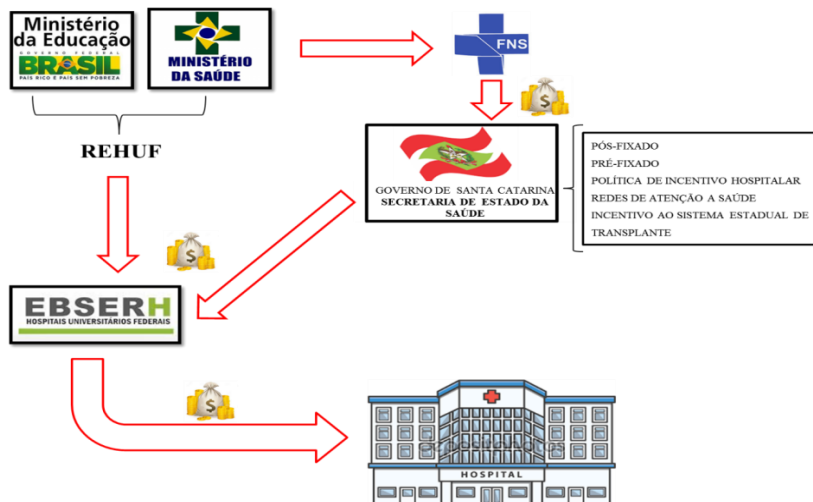
Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação aos recursos oriundos do convênio com a SES/SC, na fala do entrevistado E9 foi apresentada a informação de que o convênio não vem sofrendo reajuste contratual a cada renovação. Na tentativa de contornar, parcialmente, essas dificuldades financeiras foi incorporado um incentivo ao montante do convênio:

[...] está sem reajuste desde 2011. [...] como eles não tinham como dar reajuste eles deram um incentivo [...] Então, mensalmente, além de todos os outros valores ela tem um incentivo hospitalar [Política de Incentivo Hospitalar Estadual] 1,8 milhões por ano. [...] a gente recebe uma compensação também, por fora, que é o recurso do REHUF que é usado para custear a instituição, para compensar a falta de recursos que o hospital recebe, para que o HU não deixe de atender a rede (E9).

Na figura 7 observa-se um resumo com as fontes de financiamento que o HU/UFSC possui:

Figura 7: Resumo das fontes que financiam o HU/UFSC.



Fonte: Elaborado pela autora.

O REHUF também contempla iniciativas de modernização da estrutura física e do parque tecnológico das unidades hospitalares (BRASIL, 2010a). Embora seja uma diretriz, o entrevistado comenta a respeito das dificuldades no seu cumprimento:

[...] a gente deveria utilizar no mínimo 10% dos gastos anuais, [...] em recuperação e troca de equipamentos, melhoria na parte que converge para a melhoria do fornecimento de exames (equipamentos, tecnologia, inovação tecnológica) para a rede, [...] Só que nos últimos anos a instituição, na verdade, não tem conseguido [dá pouco retorno neste sentido], porque os recursos são muito escassos para a parte de investimentos (E9).

Segundo relato dos entrevistados E5 e E9, a função Ensino e Pesquisa pode ser aprimorada na nova estrutura organizacional da EBSEH. Destaca-se o relato a seguir:

[...] existe um incentivo enorme para a questão de ensino quando a própria EBSEH propõe na estrutura organizacional uma das gerências de Ensino e Pesquisa, coisa que hoje nosso hospital não tem [...]. A parte do ensino vai ser muito mais, é isso que se entende, que precisa estimular ainda mais [...] (E5).

A farmácia hospitalar terá uma ascensão dentro da estrutura organizacional da instituição, deixará de ser um serviço e passará a ser um setor, diretamente vinculado à Gerência de Atenção à Saúde. Essas mudanças foram consideradas favoráveis pelo entrevistado E5 ao passo que geram um aprimoramento da gestão deste serviço, o que possibilitará controle mais rigoroso de todos os processos técnico-assistenciais além da redução de custos. Neste contexto, destaca-se o relato a seguir:

[...] Dentro da percepção da EBSERH esse vai ser um setor extremamente privilegiado do ponto de vista administrativo [...] para que ele tenha mais autonomia, [...] atue de maneira mais efetiva no controle tanto de estoque como de dispensação, [...] (E5).

Ademais, a carência de um *software* atualizado na instituição gera sérias dificuldades com relação ao controle adequado de estoque de medicamentos. O relato do entrevistado E5 demonstra que essas necessidades serão parcialmente atendidas com a implantação do Aplicativo utilizado pela EBSERH:

[...] A gente sabe que eles desenvolveram uma metodologia tecnológica de controle de estoque, mas que ainda não é o que se espera, pelo que a gente tem conversado com outras unidades, [...] mas, obviamente, que está engatinhando e que as próprias unidades que já tem experiência [...] já estão fazendo as sugestões de mudança. [...] Hoje é extremamente rudimentar o nosso controle de estoque e isso atrapalha bastante a nossa gestão de materiais, no caso de medicamentos [...] (E5).

Com relação às mudanças no que se refere aos recursos humanos o entrevistado E9 comentou que a empresa autorizou um concurso público que ocorreu em dezembro de 2016. Em 2017 serão substituídos os funcionários da empresa Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) pelos aprovados no concurso da EBSERH, o que não trará benefícios segundo o entrevistado E9:

[...] vai trocar seis por meia dúzia, posteriormente vai estar contemplando, durante o exercício de 2017, pelo que está previsto, algumas demandas emergenciais que a instituição já apresentou, com relação a entrada de empregados da EBSERH (E9).

4.4.2 Dimensão Organizacional

Esta dimensão aborda a estrutura (física, recursos humanos, insumos) e o monitoramento na Farmácia Hospitalar, no julgamento está parcialmente implantada, ou seja, 57,9 % do total da pontuação máxima esperada (900 pontos).

O serviço de farmácia também passa por problemas relacionados a gestão e planejamento local. Os relatos dos entrevistados E5 e E7 possibilitam a compreensão da atual situação e expressam preocupação:

Estamos vivendo na farmácia, dois anos quase, [...] uma situação extremamente grave. [...] Nós estamos sem chefia, na verdade a gente tem uma chefia que acabou ficando constituída, mas é uma chefia que está de licença [...]. Isso acabou fazendo com que o planejamento da farmácia ficasse relegado [...], o tempo inteiro apagando incêndio. Nós não estamos fazendo gestão da farmácia [...] Acho até que a gente está fazendo muito, na condição que nós estamos [...] (E5).

Objetivos, metas... isso aí são questões de planejamento estratégico e a farmácia não fez. Talvez porque a própria direção não tem. [...] (E7).

A abertura de uma Unidade de Dispensação para atender todas as unidades de internação do hospital foi viabilizada. Esta ampliação vem ao encontro dos anseios do serviço de farmácia, na tentativa de aproximar a farmácia às demais unidades clínicas.

4.4.2.1 Normas e Procedimentos

O serviço de farmácia do HU/UFSC dispõe de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) que contemplam a descrição dos procedimentos e rotinas técnicas de todos os setores. Estes documentos deveriam estar disponíveis impressos, armazenados em computador e na página da instituição. Apesar de os profissionais saberem da existência destes POPs, não sabiam informar o local onde estavam guardados/arquivados, como pode ser observado no relato dos entrevistados E2 e E7:

Tem uma pasta [...] que tem todos os POPs, mas eu acho que está trancado no escaninho [...] (E2).

[...] Não foi divulgado de uma forma geral. O da farmácia, [...], eu sei que tem em uma pasta, mas eu não sei onde essa pasta está [...] (E7).

O entrevistado E7 acrescentou estar ciente da existência de POPs e acrescentou alguns motivos que levaram a elaboração dos mesmos:

[...] a farmácia tem Procedimentos Operacionais Padrão, até porque a direção, há um tempo atrás, exigiu por causa de credenciamento MEC, MS, as próprias contratualizações que têm exigido [...] (E7).

Os entrevistados salientaram a importante função que os POPs têm para orientação dos bolsistas que atuam neste serviço. Também relataram que a prática diária das atividades leva ao aprimoramento da mesma, simplificando as tarefas:

[...] Eu acho que tem que ser visto, tem que ser colocado como uma atividade padrão de todos, [...] A gente não tem um desenvolvimento padrão das atividades, eu faço uma coisa e outra pessoa faz outra, de acordo com o que ela imagina que seja melhor. [...] (E2).

A verificação dos POPs evidenciou divergências entre os da pasta impressa, do site do HU e da pasta de cada setor, ou seja, as versões disponíveis não são as mesmas em todos os setores. Na versão impressa existem documentos de 2012, 2015 e outros sem data de elaboração (40% dos impressos da pasta). Há setores que não possuem pasta impressa com cópia do POP das atividades (Dispensação, Laboratório de Diluição de Saneantes e Central de Abastecimento Farmacêutico). No *website* do HU não estão disponíveis POPs para todas as atividades.

No setor de dispensação de medicamentos foram encontrados três fluxogramas fixados no mural, um elaborado em 2011 e dois sem data de elaboração.

4.4.2.2 *Monitoramento*

Existe apenas o monitoramento de despesas que é solicitado mensalmente pelo setor financeiro da instituição. O relatório Resumo do Balancete de Contas do Mês Anterior é gerado pelo *software*

Administração Hospitalar onde constam as seguintes informações: saldo anterior com o valor total em medicamentos, valor total de entradas, valor total de saídas e valor do saldo atual.

A farmácia central não utiliza ferramentas de monitoramento das atividades técnico-assistenciais desenvolvidas. O entrevistado E2 relata os problemas enfrentados:

[...] a gente sabe que acontece, mas não sabemos o quanto que acontece, não sabemos os motivos, se foi um erro da triagem, um erro da dispensação, erro da conferência [...] (E2).

Até o momento, somente a farmácia satélite da Emergência Adulto desenvolveu estudos de monitoramento de erros de medicação, juntamente com o grupo de residentes que lá atuam. Estes estudos não foram disponibilizados.

4.4.2.3 Número de profissionais

O corpo de profissionais do serviço de farmácia é composto por: 13 (treze) farmacêuticos que são distribuídos em todos os turnos com a finalidade de manter o atendimento ininterrupto durante 24h por dia, porém entre 19 h e 7 h da manhã, o atendimento é realizado pelo plantonista (farmacêutico) na farmácia satélite localizada na Emergência Adulto (UFSC, 2016b). Ressalta-se que 3 (três) farmacêuticos atuam, exclusivamente, na farmácia satélite da Emergência Adulto. Tendo como parâmetro a recomendação da SBRAFH de 1 farmacêutico para 50 leitos, o quantitativo de farmacêuticos em relação aos 202 leitos ativos na instituição foi considerado adequado resultando em 1 (um) farmacêutico para 15 (quinze) leitos.

A legislação estabelece um limite mínimo de 1 auxiliar de farmácia para 10 leitos. É importante destacar que, no serviço avaliado a função de auxiliar de farmácia é desempenhada por 3 (três) categorias de profissionais (auxiliar de farmácia, técnico em farmácia e técnico de laboratório) num total 9 (nove) profissionais. O quantitativo encontrado foi considerado inadequado, visto que a proporção obtida foi de 1 auxiliar de farmácia para 22 leitos.

A função de almoxarife é desempenhada por 3 (três) assistentes em administração que realizam a movimentação do estoque físico e efetuam as entradas e saídas no *software* de Administração Hospitalar.

Nesta situação, a proporção encontrada foi de 1 almoxarife para 67 leitos. Entretanto, este quantitativo não atende ao mínimo recomendado pela SBRAFH de 1 almoxarife para 50 leitos.

O serviço também conta com o trabalho de 12 (doze) bolsistas que estão cursando graduação em farmácia.

4.4.2.4 Perfil Profissional

As tabelas 1 e 2 apresentam o nível de qualificação segundo a maior titulação dos profissionais farmacêuticos e demais funcionários da farmácia hospitalar.

Tabela 1: Distribuição dos farmacêuticos do serviço de farmácia por nível de qualificação.

Nível de qualificação	Farmacêuticos (nº)	Proporção (%)
Graduação concluída	3	23
Especialização concluída	5	38
Mestrado em andamento	1	8
Mestrado concluído	1	8
Doutorado em andamento	2	15
Doutorado concluído	1	8
Total de farmacêuticos	13	100

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 2: Distribuição dos profissionais do serviço de farmácia por nível de qualificação, exceto farmacêuticos.

Nível de qualificação	Profissionais (nº)	Proporção (%)
Nível médio concluído	3	21,4
Graduação em andamento	3	21,4
Graduação concluída	4	28,6
Especialização concluída	-	-
Mestrado em andamento	2	14,3
Mestrado concluído	2	14,3
Total de profissionais	14	100

Fonte: Elaborado pela autora.

Houve divergências na informação a respeito do incentivo a capacitação do profissional. Segue relato dos entrevistados E1, E6 e E8:

[...] eu nunca encontrei obstáculo da instituição, pelo contrário a instituição [...] incentiva o profissional a buscar conhecimento. [...] eu conversando com a chefia do setor, vê a situação se realmente é possível, mas não vi muita dificuldade [...] (E8).

Eu fui a congressos, já fui a cursos, normalmente eu peço a liberação daqueles dias [...] A instituição [...] sempre me liberou aqueles dias [...]. Eu trazendo o certificado [...] (E6).

[...] ela até pode liberar, mas [...] você tem que trabalhar horas a mais num turno/horário preestabelecido pela pessoa que está coordenando. Já aconteceu, também, de não haver liberação nenhuma, de a pessoa necessitar ou desejar e não ser liberada, [...] (E1).

Os entrevistados relataram que apesar de todas as dificuldades enfrentadas para o aprimoramento, os profissionais que têm interesse buscam capacitações, arcam com todos os custos destes eventos ou conseguem auxílio da indústria farmacêutica:

[...] busco sempre coisas externas que muitas vezes são só do meu interesse, não são do interesse da instituição [...] (E1).

[...] Nunca pedi efetivamente da instituição que eles pagassem a minha inscrição, ou [...] hospedagem [...] sempre obtive isso por algum outro caminho, por exemplo, alguma indústria, alguma empresa farmacêutica [...] (E6).

O número de cursos externos que os profissionais participaram não foi contabilizado, porém dos quatro entrevistados (E1, E6, E7 e E8) 100% participaram de eventos externos no último ano.

A Tabela 3 apresenta os cursos de capacitação oferecidos pela própria instituição (capacitações internas) nos últimos 5 (cinco) anos.

A percentagem de participação em capacitações internas diminuiu nos últimos cinco anos. A limitação da progressão da carreira do servidor público gera desmotivação do profissional segundo o entrevistado E1:

[...] embora as internas [capacitações] levem a uma progressão na carreira, que é limitada. [...] cada fase exige um número X de horas de curso. Quando o servidor atinge o número máximo, ele para de

participar das capacitações internas, porque isso não leva mais a progressão [...] (E1).

Tabela 3: Participação dos funcionários do serviço de farmácia em capacitações internas nos últimos cinco anos.

Ano	Nº total de funcionários	Nº funcionários em capacitações internas	Taxa de participação em capacitações internas (%)	Nº capacitações cursadas
2012	22	5	23	9
2013	23	10	43	21
2014	24	8	33	17
2015	27	6	22	8
2016*	27	2	7	2

Legenda: * até outubro de 2016.

Fonte: UFSC (2016c).

4.4.2.5 Participação em Comissões Hospitalares

Dentre os 13 (treze) farmacêuticos, 5 (cinco) deles foram designados para participar das seguintes comissões hospitalares: Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH), Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Comitê de Segurança do Paciente (COSEP), Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e Grupo de Trabalho de Gerenciamento de Resíduos (GTGR).

A EMTN faz reuniões quinzenais. CFT, COSEP e CIHDOTT realizam reuniões mensais, a CCIH tem reuniões semestrais e GTGR não possui periodicidade definida.

As colocações dos entrevistados E2 e E7 expressam a compreensão da importância de se ter um representante do serviço de farmácia hospitalar nas comissões hospitalares, a fim de estar ciente das decisões que são tomadas e prestar as orientações aos pacientes antes da alta hospitalar. Seguem relatos abaixo:

[...] A CFT [...] para avaliar se aquele medicamento é realmente necessário [...] quanto vai custar, se vai valer a pena padronizar este medicamento, [...] Na Comissão do Transplante o farmacêutico [...] explica todo o uso dos medicamentos, [...] como ele vai fazer

para buscar o medicamento do transplante dele. [...] nos pacientes da bariátrica: quais medicamentos vai usar e de que maneira vai usar. Acho que é muito importante na conciliação medicamentosa. [...] (E2).

A comissão, [...] favorece para a instituição, além da racionalidade dos medicamentos dentro da instituição, [...] ela tem, também um papel educativo quando ela seleciona medicamentos seguros e medicamentos que realmente tem evidência de ser eficaz [...] (E7).

4.4.2.6 *Relação de Medicamentos*

A instituição dispõe de Relação de Medicamentos Padronizados, a última atualização data de setembro de 2016, quando se incluíram três itens e um item teve sua especificação alterada. Nos locais de acesso – *website* da instituição e livreto impresso – somente está disponível a versão de 2012. Em seu mural, a farmácia disponibiliza os memorandos da CFT impressos com as alterações desde 2012.

Não há conduta padronizada na prescrição de medicamentos, segundo o relato do entrevistado E7 abaixo:

[...] a instituição ela não gerencia muito essa parte de protocolos clínicos, de ter um certo padrão para as condutas médicas em relação à prescrição. Então, fica muito a cargo de cada especialidade médica querer ter protocolo ou não [...] cada um acaba trabalhando de uma forma (E7).

4.4.2.7 *Adequação Ambiente e Localização*

O *checklist* da regularidade quanto aos aspectos legais e gerais está apresentado no quadro 7.

Devido à localização desfavorável, a eficiência da comunicação e transporte fica comprometida, conforme os entrevistados E2 e E5:

[...] A entrega de medicamentos aqui é totalmente inadequada porque tem que subir escadas com várias caixas pesadas. Para [...] fazer a dispensação para

dentro do hospital [...] eu tenho que sair deste prédio, atravessar uma rua [...] (E2).

[...] do ponto de vista de percepção dos demais participantes da equipe de saúde, parece que a farmácia é algo que eu vou lá, pego o que eu preciso e deo. E não consigo visualizar aquele profissional [...] da farmácia participando integralmente da terapia medicamentosa do paciente [...] (E5).

Quadro 7: Aspectos legais e gerais do serviço de farmácia.

Itens Verificados	Esperado	Observado
CRF	Deve possuir Certificado de Regularidade no Conselho Regional de Farmácia (CRF) válido	De acordo com o esperado. Documento com validade até 03/2017
Alvará Sanitário	Deve possuir alvará sanitário emitido pela Prefeitura Municipal válido	De acordo com o esperado. Documento com validade até 04/2017
Localização Farmácia	Sua localização deve favorecer a provisão de serviços aos pacientes	Em desacordo com o esperado. A farmácia localiza-se em um prédio fora do hospital, do outro lado da rua, no segundo andar.
Sistema de Combate a Roedores e Insetos	Deve existir sistema de combate a roedores e insetos	De acordo com o esperado.
Extintores de Incêndio	Os setores devem possuir extintores de incêndio de fácil acesso	De acordo com o esperado.

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à estrutura física o serviço de farmácia possui ambientes específicos para cada atividade. Para a verificação da adequação dos ambientes foi elaborado *checklist* (Apêndice H) com base na legislação que regulamenta os projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e também nas legislações específicas de cada setor (BRASIL, 2002; 2010b; CFF, 2013).

Na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) foram encontrados apenas dois itens em desacordo (Apêndice H – item a): o primeiro corresponde ao tamanho da CAF e o segundo corresponde às

vias de acesso aos depósitos que ocorrem por uma única entrada com escadas e não possui acesso direto.

No laboratório de controle de qualidade não foram encontradas instalações de segurança com ducha e lava olhos (Apêndice H - item f), e no laboratório de fracionamento de medicamentos não havia pia com água corrente (Apêndice H - item g). Os demais laboratórios apresentaram todos os itens verificados em acordo com o preconizado (Apêndice H, itens b, c, d, e).

4.4.2.8 Aporte Tecnológico

A instituição dispõe do *software* chamado Administração Hospitalar desenvolvido pelo HU/UFSC, ele comporta vários módulos, sendo que um deles é o de materiais da farmácia. O número de computadores é suficiente, porém o programa não está atualizado e não permite a rastreabilidade dos medicamentos, assim a entrada e saída dos medicamentos são feitas manualmente. Os entrevistados E1, E2, E3, E4 e E7 relataram enfrentar dificuldades em decorrência da ausência de tecnologias, acarretando o comprometimento da segurança do paciente. O relato do entrevistado E7 ilustra este ponto de vista:

[...] esse sistema que não usa a tecnologia, [...] gera erros de dispensação e podendo também gerar, conseqüentemente, erros de administração. [...] gera insegurança. [...] (E7).

4.4.2.9 Gerenciamento de Resíduos

A preocupação com o gerenciamento de resíduos do HU/UFSC teve início em 1995. Posteriormente, com a normatização, o hospital elaborou o primeiro Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS). O Grupo de Trabalho de Gerenciamento de Resíduos (GTGR) está vinculado ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e define o gerenciamento dos resíduos da instituição (BRASIL, 2004a; UFSC, 2016d).

O PGRSS em vigência foi revisado em 2016 e encontra-se disponível no site do HU/UFSC. Devido à rapidez com que muda a legislação o entrevistado E4 comenta que o PGRSS precisa sofrer revisões periódicas:

[...] Muda muito rapidamente [...] eu diria que para a nossa realidade hoje ele está atualizado. Até porque o HU fechou 100 leitos. Então, nós não temos uma capacidade produtiva muito grande hoje, né, mas esse plano precisa sim ser atualizado com uma certa frequência [...] (E4).

O recolhimento e o destino final dos resíduos são realizados por meio de contrato terceirizado com uma empresa. O entrevistado E4 relata a segregação dos resíduos no serviço de farmácia:

[...] medicamento que não é mais usado, que está vencido, que por algum motivo virou resíduo [...] é separado, colocado dentro de uma embalagem adequada, [...] e sempre identificado. Existem os rótulos padrão e existe uma coleta padrão. [...] Cada resíduo desse é processado de maneira diferente. [...] o hospital paga [...], pelo peso desses resíduos [...] (E4).

4.4.3 Dimensão Práticas Farmacêuticas

Corresponde ao processo de trabalho na Farmácia Hospitalar, contemplando as atividades pertencentes ao ciclo da assistência farmacêutica que contribuem para a segurança do paciente. Esta dimensão foi considerada no julgamento parcialmente implantada, ou seja, 65,9 % do total da pontuação máxima esperada (1100 pontos).

4.4.3.1 Especificações de Compra

As especificações técnicas completas para a compra de medicamentos são definidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), com base nas demandas geradas pelo corpo clínico. O profissional faz a solicitação de padronização do medicamento, por meio de formulário e, a partir disto, a CFT avalia a viabilidade. Posteriormente, é lançado um edital de licitação na modalidade pregão eletrônico, as empresas cadastradas apresentam seu produto, marca e preço. Em seguida, o processo é encaminhado para análise técnica do farmacêutico que busca o melhor preço dentro daquilo que a instituição necessita. Para eleger o fornecedor, o farmacêutico consulta a situação do fabricante - registro de Boas Práticas de Fabricação (BPF) e registro do produto junto a ANVISA.

Depois disso, publica-se a relação das empresas que irão fornecer cada item ao longo de 1 ano. Então, mensalmente, o serviço de farmácia faz a programação dos quantitativos de cada item, o setor de compras emite a Autorização de Fornecimento (AF) e a empresa tem 10 dias para entregar o produto. Porém, a reposição do estoque de medicamentos sofre bastante com o descumprimento desses prazos para entrega, por parte dos fornecedores, e, segundo relato do entrevistado E1, este fato é bastante comum:

[...] é mais comum atrasar do que entregar em dia, às vezes, o atraso é tolerável, mas tem situações bem graves que já levaram a abertura de processo (E1).

4.4.3.2 *Gerenciamento de Estoque*

No gerenciamento de estoque de medicamentos não são utilizadas tecnologias (código de barra, DATAMATRIX, dentre outros) que permitam a rastreabilidade dos medicamentos, esse controle manual do fluxo do estoque gera uma necessidade maior de pessoal.

Por meio dos dados inseridos manualmente, o sistema fornece o consumo mensal de cada medicamento, estoque máximo e estoque mínimo. O estoque de segurança adotado é cerca de 3 meses e o ponto de ressurgimento é definido manualmente pelos farmacêuticos. Entretanto, existem situações excepcionais no âmbito hospitalar em que o consumo de um medicamento ultrapassa o programado. Salienta-se a situação relatada pelo entrevistado E2:

[...] o Atracúrio de uns 2 meses atrás, em que o paciente usou em 3 dias o consumo dos 3 meses. Então, não tem muito o que fazer. Nem o sistema podia ajudar nesse caso (E2).

O serviço dispõe de procedimentos escritos para recebimento, armazenamento, conservação e controle. Os medicamentos são organizados em ordem alfabética, guardados de acordo com a validade, longe das paredes e mantidos na temperatura adequada. Os funcionários realizam inventários parciais diários e o inventário geral é feito semestralmente.

Na verificação do estoque de medicamentos e também controle de validade realizado pelo pesquisador, os cinco medicamentos indicadores (Apêndice I) estavam disponíveis e dentro do prazo de validade.

4.4.3.3 Sistema de Distribuição de Medicamentos

O sistema de distribuição é misto (unidades de internação com sistema misto e demais unidades com sistema coletivo), ou seja, parte do sistema é coletivo e parte individualizado. A opção por este sistema de distribuição se deve a localização desfavorecida do serviço de farmácia. Em decorrência disto, as unidades mantêm um pequeno estoque de alguns medicamentos.

O sistema de distribuição não foi considerado seguro e eficaz pelos entrevistados E2 e E5, visto que o sistema coletivo foi apontado como gerador de desperdício de medicamentos pela falta de controle de estoque.

4.4.3.4 Farmacotécnica

O laboratório de manipulação de medicamentos produz diversas formulações não estéreis: soluções, suspensões, cremes, pomadas, géis e fracionamento de granulados. A cada lote de produção, fica retida uma amostra para realização do controle de qualidade.

O laboratório de controle de qualidade do serviço de farmácia realiza os seguintes testes: ponto de fusão, pH, caracteres organolépticos (cor, cheiro), aparência e viscosidade. Estes testes são feitos em todos os lotes de produção. As análises mais complexas (microbiológicas e físico-químicas) são terceirizadas. Todos os testes realizados são registrados na ordem de produção e são mantidos arquivados. Não existe uma percentagem de análise baseada na produção e sim um quantitativo de análises anuais definidos pela legislação, conforme relata o entrevistado E3 (BRASIL, 2007b):

O que existe é uma legislação que pede um número X de análises mensal e anuais, independente da produção. [...] São 12 análises microbiológicas por ano, com periodicidade mensal, 6 físico-químicas (a cada bimestre) e duas análises microbiológicas e físico-químicas da água (E3).

Com relação às contribuições para a segurança do paciente foi mencionada a possibilidade de adequação da formulação às necessidades individuais do paciente e o rastreamento do lote que foi enviado para cada paciente. O relato do entrevistado demonstra a

necessidade de avançar na rastreabilidade das formulações:

[...] para pessoas que tem algumas restrições a conservantes, dá para fazer uma formulação com restrição desses componentes [...] a gente ainda tem deficiência no rastrear [...] hoje tu não consegue que eles prescrevam individualmente, vai um frasco para uso coletivo [...] no meu ponto de vista, a rastreabilidade tinha que ser o máximo possível (E3).

A unitarização de medicamentos é feita somente para sólidos orais e não orais. O corte dos blísteres é feito manualmente e, a embalagem e rotulagem do medicamento são automatizadas. Em situações eventuais o processo de embalagem e rotulagem é feito de forma manual. Nas embalagens dos medicamentos foram encontradas as seguintes informações: denominação comum brasileira (DCB), nome comercial, concentração, lote, validade, nome do fracionador e código de barras. Destaca-se que o código de barras está presente nas embalagens, porém o *software* não suporta esta tecnologia. Não foi encontrado na embalagem o nome do farmacêutico responsável ou respectivo registro.

Os itens selecionados para a verificação das atividades do fracionamento (Quadro 8) foram construídos com base na legislação e com foco voltado para a segurança do paciente. A verificação das atividades evidenciou um item em desacordo: a ausência da informação sobre definição de prazo de validade dos medicamentos unitarizados.

Em relação às etapas do processo de fracionamento, constatou-se que o farmacêutico acompanha parcialmente os processos, pelo fato de acumular responsabilidade de mais de um setor. Então, o farmacêutico confere os dados da embalagem original durante o registro do medicamento no sistema. Porém, não há controle de qualidade após a finalização do processo, conforme relato do entrevistado E3:

[...] Eu entendo por controle de qualidade dos fracionados seria a conferência da embalagem, do que está escrito nela, o que seria uma terceira pessoa ou uma segunda pessoa a checar se está correto, isso não acontece (E3).

Quadro 8: *Checklist* para verificação da adequação do POP de fracionamento de medicamentos.

PRECONIZADO (RDC 67/2007)	FRACIONAMENTO (POP)	ESTÁ DE ACORDO?
A unitarização de doses de medicamentos é realizada sob responsabilidade e orientação do farmacêutico?	"Solicitar ao farmacêutico para digitalizar o medicamento."	SIM
São efetuados os respectivos registros de forma a garantir a rastreabilidade dos produtos e procedimentos realizados?	"Selecionar material... marca... unidade (ampola, comprimido, frasco-ampola)... validade, lote... fabricante... código do fracionador."	SIM
Existe procedimento operacional para a prevenção de trocas ou misturas de medicamentos?	"Conferir lotes e validades (unitarizar um lote de cada vez)."	SIM
É observada a proibição de realização de procedimentos de preparação concomitante, de doses unitárias ou unitarização de doses de mais de um medicamento?	"unitarizar um lote de cada vez".	SIM
Existem procedimentos operacionais escritos para as operações de rotulagem e embalagem de medicamentos?	"Ligar o equipamento. Conferir lotes e validades dos medicamentos. Para iniciar pressionar o botão manual..."	SIM
No caso de fracionamento em serviços de saúde sem o rompimento da embalagem primária o prazo de validade será o determinado pelo fabricante; no caso de fracionamento em serviços de saúde onde há o rompimento da embalagem primária, o prazo de validade será, quando não houver recomendação específica do fabricante, de no máximo 25% do tempo remanescente constante na embalagem original, desde que preservadas a segurança, qualidade e eficácia do medicamento)?	Apenas foi mencionado a perda de validade, porém não informa como determinar o novo prazo de validade. "Validade (cuidar os medicamentos sem blíster, pois o mesmo perde a validade quando aberto a embalagem)."	NÃO

Fonte: Elaborado pela autora.

Para melhoria da segurança no fracionamento de medicamentos, foi apontada pelo entrevistado a necessidade de investimento em tecnologia e em recursos humanos:

[...] A gente teria que ter o código de barra para acompanhar pra onde é que foi aquele medicamento fracionado. [...] a gente teria que ter mais um técnico [...]. Uma pessoa que [...] ficasse responsável só pelo fracionamento pra cuidar do estoque, do controle e do processo em si (E3).

4.4.3.5 Avaliação Farmacêutica de Prescrições

No serviço de farmácia foi relatado que são avaliadas pelo farmacêutico todas as prescrições recebidas diariamente, incluindo prescrições com antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos. Os critérios avaliados são dosagem e forma farmacêutica. Segundo relato do entrevistado E8 as interações medicamentosas não são avaliadas.

4.4.3.6 Farmacovigilância

O farmacêutico responsável pela farmacovigilância na instituição atua sob demanda, ou seja, parte do recebimento das notificações, sendo que qualquer profissional de saúde pode notificar. Essas notificações recebidas podem ser relacionadas a erros de medicação, reações adversas a medicamentos e queixas técnicas. De janeiro a agosto de 2016 foram registradas 170 notificações (97 erros de medicação, 17 reações adversas, 1 falta ou redução de efeito terapêutico, 41 desvios de qualidade, 13 flebite, 1 erro de fracionamento). O entrevistado E1 relatou como se dá o seguimento e o tempo decorrido até a identificação da causa:

[...] no caso dos erros de medicação, quando [...] eles provocam um dano e esse dano é grave ou muito grave a gente tenta dar os encaminhamentos dentro de 24 horas. Pelo menos para fazer o manejo daquele dano. [...] depois [...] segue fazendo a investigação, [...] (E1).

A investigação pode durar até 30 dias. A seguir, a notificação é

registrada no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e arquivada, juntamente com o relato das medidas tomadas. Entretanto, o farmacêutico da farmacovigilância não registra suas atividades em prontuário nesta instituição.

A rastreabilidade dos medicamentos diminuiria o tempo para identificação dos lotes notificados e facilitaria seu recolhimento, caso necessário, segundo o entrevistado E1:

[...] a rastreabilidade ajudaria muito [...] com relação, por exemplo, aos produtos [...] com suspeita de reação adversa, porque hoje, muitas vezes, [...] as pessoas que notificam, [...] não colocam o lote [...] E com relação também aos desvios de qualidade a gente não consegue ter um monitoramento de pra onde foi o medicamento suspeito [...]. Então, tem que ser feita uma vistoria nas unidades [...] (E1).

No que concerne às estratégias utilizadas pelo Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH) para conscientização e sensibilização da equipe são empregados cartazes e capacitações periódicas.

Desde 2014 a equipe do NUVISAH tem implementado medidas que facilitam e estimulam a notificação. O entrevistado E1 relata quais medidas:

[...] a gente produziu um formulário que [...] concentra todas as áreas de vigilância: farmacovigilância, hemovigilância, tecnovigilância e a segurança do paciente. [...] distribuiu as caixas coletoras e esses formulários nas unidades [...] ter colocado o formulário no site do HU. [...] outra coisa que a gente percebe que estimula são os cursos de capacitação que a gente faz [...] depois tem um aumento de notificações (E1).

[...] um fator bem importante é o medo da punição [...] por parte de chefias ou de colegas de trabalho. [...] mas eu venho observando [...] que o número de notificações vem aumentando progressivamente. [...] Eu penso que isso reflete que a cultura de segurança está melhorando e que as pessoas estão percebendo que a gente não tem uma conduta punitiva [...] (E1).

A farmacovigilância ainda possui atuação limitada, pois o farmacêutico consegue dedicar a esta atividade 6 horas de sua jornada

semanal com o auxílio de um bolsista. Neste sentido, destaca-se o relato do entrevistado E1:

[...] aí a gente não consegue, ao longo do tempo, [...] ver se realmente as mudanças que foram sugeridas estão sendo seguidas, [...] existem, por exemplo, metodologias de busca ativa de reações adversas [...], aplicar indicadores de dispensação, prescrição, administração [...] a gente não tá tendo tempo pra isso. (E1).

Logo, para o entrevistado E1 o ato de notificar contribui sobremaneira para a segurança do paciente, visto que os dados gerados pela notificação evidenciam os pontos mais falhos nos processos de trabalho. Tendo em mãos esses dados é possível planejar melhorias para esses processos. Destaca-se o relato abaixo do entrevistado E1:

[...] Então, em resumo eu acho que o ato de notificar faz com que a gente conheça realmente quais são os riscos aos quais a gente está exposto e isso permite com que a gente desenvolva estratégias pra poder garantir a segurança do paciente (E1).

4.4.3.7 Erro na Prescrição

Quanto ao modelo de prescrição, elas são digitadas no sistema e avaliadas pelo farmacêutico. Ao detectar erro na prescrição a conduta é entrar em contato com o prescritor, a fim de obter esclarecimentos a respeito da prescrição. Entretanto, o serviço ainda não possui registros dos erros encontrados e das intervenções realizadas. Isto impossibilitou a obtenção da taxa de erros na prescrição de medicamentos.

Os principais erros apontados estão relacionados com as apresentações dos medicamentos e erros de dosagem. Destacou-se o seguinte relato:

[...] problema com Anfotericina complexo lipídico e lipossomal: são pacientes graves, às vezes eles pensam numa e prescrevem outra, sendo que a dosagem é diferente; a dose de ataque da Tigeciclina antibiótico: no primeiro dia 100 miligramas de doze em doze, no segundo dia é 50 miligramas de doze em doze [...] Aí a gente vê que eles continuam no segundo, terceiro com 100 miligramas de doze em doze, aí entra em contato [...] (E8).

4.4.3.8 Erro de Dispensação

Em virtude da falta de funcionários e da rotatividade de bolsistas o serviço de farmácia não dispõe de uma equipe definida para que seja realizada a dupla conferência dos medicamentos dispensados. Foi observado que a farmácia dispensa os medicamentos e uma pessoa da unidade realiza a conferência da dispensação, ainda na farmácia. No momento da coleta de dados os erros de dispensação não eram monitorados. Isto inviabilizou o cálculo da taxa de erros na dispensação de medicamentos. O entrevistado E8 considerou importante a criação de registros de erros de dispensação e levantou outras melhorias necessárias na organização do serviço:

[...] Eu acho que nesse ponto falta um pouco. [...] isso nós temos que criar. Porque tudo que você vai falar ou conversar, ou a vigilância sanitária vai fazer visita. Ela vai querer registros. [...] criar um ambiente com menos barulho [...] Melhorar nesse aspecto do fluxo das pessoas. [...] teria que ser funcionário fixo pra fazer isso da checagem (E8).

Erros relacionados à dispensação poderiam ser minimizados com a rastreabilidade. Segundo os entrevistados E1 e E6, os erros seriam evitados na farmácia e na unidade. Os entrevistados E1 e E6 destacaram em seus relatos as contribuições da rastreabilidade:

[...] o sistema de rastreabilidade [...] poderia evitar uma dispensação de um medicamento errado, de uma dose errada ou mesmo para o paciente errado [...] (E1).

[...] seria possível a gente saber que para determinado paciente foi dispensado determinado comprimido, que pertence a X lote, X validade [...] (E6).

4.4.3.9 Seguimento Farmacoterapêutico

Nesta instituição alguns farmacêuticos atuam no campo da farmácia clínica juntamente com os residentes. As unidades contempladas com este serviço são as duas unidades de internação cirúrgica, emergência adulto e serviço de quimioterapia. Os farmacêuticos cuidam da gestão dos medicamentos dentro das unidades, prestam orientações para médicos (sugestão de alternativas terapêuticas,

adequação de forma farmacêutica), enfermagem (administração, reconstituição e estabilidade dos medicamentos) e paciente (orientação de uso dos medicamentos, conciliação medicamentosa e orientação de alta). A presença do farmacêutico clínico não é obrigatória, mas os entrevistados relataram contribuições para a equipe e para o paciente:

[...] ser uma fonte de informações relativas ao medicamento, [...] farmacodinâmica, farmacocinética ou interações do medicamento, [...] validação dessa prescrição vendo: medicamentos, soros, [...], se há compatibilidade, qual o volume diário de líquidos [...] ofertado para o paciente, bem como ser o elo [...] entre a farmácia e o bem estar do paciente (E6).

[...] onde tem um farmacêutico clínico tem uma atuação diferenciada, isso para auxiliar na segurança do paciente e no uso racional de medicamentos [...] (E8).

Um dos entrevistados desenvolveu um método de seguimento farmacoterapêutico para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, este trabalho é o objeto de sua dissertação de mestrado finalizada em novembro de 2016. Este farmacêutico dá continuidade ao acompanhamento em consultas farmacêuticas ambulatoriais (após um mês, seis meses, um ano e dois anos) aos pacientes pós-bariátrica.

Por se tratar de um serviço novo oferecido aos pacientes o entrevistado E8 relatou que enfrentou algumas dificuldades em nível ambulatorial, tanto por parte da equipe como pelo paciente, porém os resultados obtidos tiveram boa aceitação. Destacou-se o relato abaixo:

[...] eles vem [...] na área A. Eu atendo na área B.[...] tem essa questão do deslocamento do paciente [...] vão embora ou esquecem. [...] É um espaço [...] que está sendo conquistado [...] tem uns cinco anos [...] o farmacêutico começou a ser inserido na equipe. [...] houve muita resistência da enfermagem, por causa da questão dos medicamentos estocados nos setores. [...] E8.

4.4.3.10 Desenvolvimento de Atividades Educativas

As atividades educativas voltadas para os pacientes identificadas pelos entrevistados E6 e E2 foram atividades de cunho individual, ou

seja, os pacientes da onco-hematologia, do transplante hepático e pós-bariátrica recebem orientações farmacêuticas por meio de consultas individuais. Segue relato do entrevistado E2:

O farmacêutico consegue ilustrar bem de que maneira o paciente vai tomar o medicamento [...] não misturar com tais outros medicamentos, evitar com alimentos. [...] Então, acho que isso influencia na segurança do paciente (E2).

Sobre as atividades educativas voltadas para a equipe, os farmacêuticos relataram ministrar palestras em capacitações de outras unidades, porém o entrevistado E2 apontou a necessidade de criar atividades educativas voltadas para a equipe da farmácia.

[...] nós fomos convidados agora, para dar uma capacitação para a UTI Neonatal. [...] já fizemos uma capacitação com a Clínica Médica. [...] Eu já dei uma aula [...] para a residência. [...] deveria fazer mais aqui pra dentro da farmácia, internamente, para esclarecer qual é o trabalho que cada um faz, [...] (E2).

Do mesmo modo, o relato do entrevistado E6 evidenciou o motivo pelo qual as atividades educativas exclusivas da equipe da farmácia tenham sido reduzidas:

[...] com a mudança da equipe de recursos humanos [...] querem capacitações mais abertas que possam ser multi e englobar diferentes servidores de diferentes áreas do hospital. [...] quando ocorreu essa mudança, daí nós não sugerimos mais alguma capacitação em função disso [...] (E6).

E ainda, esse tipo de atividade com a equipe foi considerado muito importante para a segurança do paciente, tendo em vista a rapidez com que as práticas se transformam. Sobre isto, foi destacado o relato do entrevistado E6:

[...] a formação acadêmica ela dá os princípios básicos [...] O problema é que alguns desses procedimentos, a maneira como ele é realizado muda, [...] e esses processos de reeducação ajudam nisso de reciclar [...]. Todas essas adaptações às novas tecnologias para que a pessoa se adapte a esse novo cenário (E6).

4.4.3.11 Desenvolvimento de Atividade de Informação com Algum Nível de Formalização

A instituição não dispõe de um centro de informação sobre medicamentos. As informações técnicas prestadas pela farmácia são encaminhadas por meio de memorando às unidades ou, na sua grande maioria, prestadas de maneira informal:

[...] a maioria são informais. Dose, diluição, geralmente é contato telefônico (E2).

Até o momento, a equipe do serviço de farmácia utiliza o Guia Farmacoterapêutico elaborado por grandes hospitais como Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Sírio-Libanês.

Por se tratar de um hospital dentro da universidade o acesso a fontes primárias, secundárias e terciárias de informação são facilitados. Apesar de as fontes terciárias encontrarem-se desatualizadas, o acesso às fontes primárias e secundárias ocorre *on-line*, nas versões mais atuais.

Estas informações fornecidas de maneira centralizada ou por um farmacêutico clínico favorecem a administração segura dos medicamentos:

[...] poderia repassar informações atualizadas para as unidades a respeito de diluição de drogas, [...], qual o volume, quais as prováveis interações caso esse medicamento seja infundido numa mesma via em que uma outra droga [...] (E6).

[...] os alertas nas ampolas de medicamentos potencialmente perigosos, [...] colocar os alertas, as ampolas muito parecidas. [...] etiquetinha vermelha pra chamar a atenção que é a Dolantina. Porque, às vezes, é muito parecida com a Tramadol [...] (E8).

4.4.4 Dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica

É função dos hospitais universitários servirem de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde (BRASIL, 2010a). Esta função se estende para a Farmácia Hospitalar que deve promover, participar e apoiar ações de educação permanente, ensino e pesquisa nas suas diversas atividades administrativas, técnicas e clínicas (SBRAFH,

2007). Esta dimensão foi considerada no julgamento parcialmente implantada, ou seja, 58,3 % do total da pontuação máxima esperada (600 pontos).

4.4.4.1 Formação Profissional

O serviço de farmácia contribui para a formação profissional ofertando vagas pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde nas áreas de Atenção em Urgência e Emergência e Atenção em Alta Complexidade em Saúde. Concede vagas para estágio obrigatório e não obrigatório para alunos de graduação em Farmácia (UFSC e Faculdade Estácio de Sá). Por se tratar de um hospital escola público, não existe incentivo financeiro para que o serviço de farmácia receba estes alunos.

4.4.4.2 Produção de Informações e Conhecimento

Os profissionais do serviço de farmácia desenvolvem pesquisas, individualmente, e as publicam em periódicos. Essas publicações, geralmente, são resultado de estudos realizados em cursos de pós-graduação, porém não foram encontradas publicações recentes desses autores. Em 2016, estavam sendo desenvolvidos estudos científicos no âmbito de farmácia por alguns profissionais do serviço que cursavam pós-graduação.

Todos os anos, os residentes que lá atuam desenvolvem seus trabalhos de conclusão de curso nas temáticas que envolvem a atuação do farmacêutico no âmbito hospitalar. Houve casos de alunos de graduação em Farmácia que utilizaram amostras dos medicamentos dispensados pelo serviço de farmácia para elaboração de trabalho de conclusão de curso. E ainda, dois profissionais do serviço participaram, recentemente, de um estudo clínico realizado na área de tocoginecologia. O entrevistado E7 relatou qual parte do estudo coube aos farmacêuticos:

[...] a gente participou com as questões relacionadas [...] a randomização do uso do medicamento [...] (E7).

Apesar de ser um hospital de ensino, o entrevistado E7 ressaltou que não há estímulo da instituição para a produção científica, porém não

há limitação de uso da estrutura. Com relação ao apoio financeiro é possível obtê-lo por meio da UFSC. Destaco os relatos a seguir:

[...] Se eu te disser, assim, que a gente tem incentivo na instituição para fazer isso, não tem. [...] mesmo sendo um hospital escola. [...] É muito difícil saber as informações sobre os projetos desenvolvidos no HU, não tem essa transparência [...] (E7).

[...] eu conto com a estrutura da instituição [...] porque já faz parte do meu serviço [...]. Mas eu sei que tem possibilidades na universidade de você participar de editais para projetos de extensão, por exemplo, que isso tem recursos disponíveis [...] (E7).

4.4.4.3 *Articulação com Ensino*

A relação entre graduação de farmácia da UFSC e o serviço de farmácia hospitalar ocorre por meio de duas visitas nas disciplinas Farmácia Hospitalar e Farmácia Clínica, e a maior aproximação entre ensino e serviço ocorre na abertura de vagas para estágio obrigatório do curso no serviço de farmácia hospitalar. Foram mencionados pelo entrevistado E2 aspectos divergentes entre o enfoque da formação em Farmácia da UFSC e a realidade da Farmácia Hospitalar. Segue fragmento do relato do entrevistado E2:

[...] a farmácia ali dentro da graduação é voltada mais para a farmácia comercial ou ela se apega muito ao SUS, [...] se apega muito a teoria e a prática fica esquecida [...] não tem alguém dedicado exclusivamente a isto que esteja envolvido na vivência, na realidade dentro do hospital [...] (E2).

Até o momento, não são realizadas sessões científicas organizadas pela equipe do serviço de farmácia. Eventualmente, ocorrem discussões de casos de maneira informal, como relatou o entrevistado E2:

[...] informalmente, [...] o pessoal [...] comenta com os alunos [...] ou, até mesmo, entre si, um caso que esteja ocorrendo em alguma clínica, mas oficialmente não. Não existe uma hora para isso [...] (E2).

4.4.4.4 *Desenvolvimento de Novas Tecnologias*

No que diz respeito à inovação tecnológica relacionada aos medicamentos, a CFT da instituição busca manter a padronização de medicamentos atualizada com as ferramentas terapêuticas mais efetivas, como pode ser observado no relato do entrevistado E4:

[...] a padronização também é uma coisa dinâmica, tá sendo sempre revisada. [...] no aspecto de ferramentas terapêuticas muita coisa é implantada por ano [...] (E4).

A incorporação de novas tecnologias dos últimos cinco anos, foi, para o fracionamento de medicamentos a aquisição de um equipamento que embala e rotula o medicamento. Além disso, o laboratório de diluição de saneantes instalou um sistema microcontrolado que gera soluções a partir de produtos químicos concentrados ou ultraconcentrados. Também foram adquiridas geladeiras específicas para o armazenamento de medicamentos e que permitem um melhor controle da temperatura. Entretanto, foi apontada a necessidade de incorporação tecnológica em atividades fundamentais para a farmácia hospitalar, como o controle de estoques. Isto pode ser ilustrado pelo relato do entrevistado E4:

[...] nós temos, por exemplo, um sistema [...] que é absolutamente defasado de controle de materiais. [...]. Tanto entrada quanto saída são muito falhos (E4).

O uso da tecnologia poderia otimizar o trabalho, o tempo gasto nas atividades, torná-las mais eficientes e permitiria a rastreabilidade dos medicamentos. Entretanto, o processo licitatório demorado e burocrático foi apontado como um entrave pelo entrevistado E3 para a aquisição de equipamentos. Outro entrevistado acrescentou que diante da antiga promessa de troca do sistema, o atual deixou de ser melhorado. Destacam-se os relatos dos entrevistados E2 e E4:

[...] Seria tudo em tempo real. [...] a partir do momento [...] que a gente tiver código de barras, QR Code, você poderia seguir aquele medicamentos [...], se tiver algum desvio de qualidade a gente vai saber que foi [...] aquele lote de comprimidos que afetaram a saúde do paciente (E2).

[...] porque vai mudar o sistema e faz anos que o sistema não muda. Então, isso é muito ruim né, para um setor que faz parte de uma instituição escola [...] (E4).

Por outro lado, foram apontados setores dentro desta farmácia hospitalar em que é dispensável o investimento em inovação tecnológica, como o laboratório de manipulação. A justificativa desta afirmação foi apresentada no relato do entrevistado E3:

[...] acho que a tendência não é mais investir nessa área. [...] está atrofiando muito, [...] coisas que só se encontravam manipulados já se encontram industrializados. [...] Por um preço barato [...] (E3).

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os principais achados do presente estudo. Inicialmente será apresentada a análise realizada sobre os aspectos do contexto em que se encontra a farmácia hospitalar do HU/UFSC. Em seguida, será efetuada a análise por dimensão frente às normas e demais estudos realizados na área.

5.1 CONTEXTO POLÍTICO ORGANIZACIONAL DO HU/UFSC

A perda progressiva de quadro de funcionários em paralelo com a falta de reposição dos postos vagos por aposentadorias foi evidenciada em uma análise conjuntural na Universidade de Brasília (UNB) (SOUTO, 2015) e também foi verificada no HU/UFSC.

Além da falta de recursos humanos, existem no HU/UFSC regimes distintos de contratação: estatutário e os contratados através de uma Fundação (consolidação das leis de trabalho ou recibo de pagamento autônomo) sendo este último precário. O recurso financeiro para o pagamento destes profissionais contratados pela Fundação é oriundo dos recursos financeiros de custeio do HU/UFSC, o que leva a uma insuficiência para a manutenção do hospital. Entretanto, com a entrada da EBSEH serão mantidos os servidores estatutários e novas contratações, em regime celetista, serão realizadas diretamente pela empresa custeada com recurso financeiro para esta finalidade do tesouro nacional (SOUTO, 2015).

As dificuldades de conjuntura maior que a instituição vem enfrentando, como escassez de recursos financeiros, recursos humanos, impossibilidade de modernizar estrutura física e o parque tecnológico se deve ao desequilíbrio gerado entre os gastos e a receita. Esta situação corrobora as observações de Littike e Sodré (2015) onde se tornou evidente a omissão do governo federal o que gerou muitos conflitos na gestão, permitiu insuficiência do quadro de servidores e a morosidade na Administração Pública para aquisição de insumos, equipamentos, reformas ou construção. Acrescenta-se que o estudo de Souto (2015) evidenciou a ausência de dotação orçamentária para que o Ministério do Planejamento pudesse autorizar abertura de novos concursos sob

Regime Jurídico Único (RJU).

Além disso, cabe ressaltar que os hospitais universitários são instituições onerosas, posto que concentram atividades de alta complexidade e mesclam atividades clínicas com procedimentos didáticos. Segundo Medici (2001) é possível que atividades que envolvam ensino incluam certa ineficiência técnica implícita ao processo didático.

Barata; Mendes e Bittar (2010) acrescentaram que boa parte dos hospitais no Brasil teve sua estrutura organizacional estabelecida por volta da segunda metade do século 20. Todavia, as estruturas administrativas necessárias à aplicação dos avanços científicos não evoluíram na mesma medida que a ciência e a maioria dos hospitais mantêm as mesmas práticas criadas na metade do século passado. Destaca-se que o fato de a implementação de tecnologias ter se apresentado bastante deficitária compromete a execução do papel que representa um Hospital Universitário, uma vez que, por seu papel na inovação e ensino, deveria destacar-se na área de alta tecnologia (MEDICI, 2001; BRASIL, 2010a; 2012).

Apesar de os entrevistados do HU/UFSC considerarem que não ocorrerão mudanças no papel do MEC perante os Hospitais Universitários Federais (HUFs), estudos apontaram o contrário. Desde a criação do REHUF que estipulou a partilha entre MEC e MS nas despesas dos HUFs e depois da criação da EBSEH a qual assumiu a gestão dos recursos do REHUF observou-se a intencionalidade do MEC em reduzir sua participação no orçamento dos HUFs, ao mesmo tempo em que seria ampliada a receita do MS. Neste sentido, ao determinar a partilha entre os ministérios, o governo aponta para um modelo de hospital de ensino, em que amplia o aspecto da assistência, enquanto reduz o papel da formação, do ensino e da pesquisa (DRAGO, 2011; SODRÉ et al., 2013).

A percepção dos entrevistados do HU/UFSC é positiva em relação à entrada da EBSEH na instituição, visto que ocasionará prováveis melhorias que repercutirão no serviço de farmácia em decorrência das mudanças no organograma da instituição, bem como a contratação de novos profissionais por meio do concurso público ao final de 2016 que atenderá as demandas da farmácia e dos demais setores. Esta perspectiva corrobora os resultados encontrados por Souto (2015) que observou que a EBSEH tem obtido sucesso na gestão de outro hospital universitário, fato que se prova pelas obras de reformas concluídas, renovação do parque tecnológico e substituição do quadro de funcionários precarizados. Em contrapartida, outro estudo realizado

num hospital universitário sob gestão da EBSEERH constatou que o modelo de gestão não é inovador, visto que, utiliza como parâmetro a produção por metas, o que não condiz com o trabalho qualitativo dos serviços de um hospital de ensino. Para estes autores, a transferência administrativa distancia o hospital da Universidade; não acaba com os diferentes vínculos empregatícios na instituição; dilui a participação social; preza pelo faturamento financeiro, ao invés do ensino e da assistência à saúde (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

Observou-se que o processo de adesão a esta nova gestão foi bastante polêmico, constituído de intenso debate com posições contrárias e favoráveis, mas que ao final resultou na adesão à gestão da EBSEERH.

No período em que foram coletados os dados deste estudo o organograma da instituição (Anexo A), elaborado em 2012, ainda estava mantido. A EBSEERH apresentou um organograma ainda não implantado, o único cargo referente a este organograma que já foi constituído é o de Superintendente do HU/UFSC, coexistindo com o cargo de Diretor Geral, caracterizando um processo de transição harmônico que deverá durar até segundo semestre de 2017, quando ao final do período estará constituído o novo organograma nos moldes da EBSEERH.

Neste novo organograma o serviço de farmácia será vinculado à Gerência de Atenção à Saúde (Anexo C) e será denominado Setor de Farmácia Hospitalar, que será subdividido em Unidade de Abastecimento e Dispensação Farmacêutica e Unidade de Farmácia Clínica. Espera-se que a criação desta última unidade seja um ganho em relação à segurança do paciente em decorrência da expansão da farmácia clínica (BRASIL, 2016a).

Apesar de recente a adesão à EBSEERH, este contexto vem progressivamente influenciando na organização do HU/UFSC e no serviço de farmácia hospitalar. As perspectivas positivas pertinentes ao contexto da EBSEERH que já foram identificadas são a formalização de contratação de recursos humanos com recursos específicos, eliminação de contratos precarizados, reposição de recursos humanos, mudança no posicionamento da farmácia hospitalar no organograma, implantação do AGHU, centralização de compras tendo em vista a redução de custos, a criação da Unidade de Farmácia Clínica, abertura de uma Unidade de Dispensação dentro do hospital (em outubro de 2016), modernização do parque tecnológico, nomeação de um chefe para o setor de Farmácia Hospitalar, planejamento de ações, uniformização dos HUFs e estabelecimento de normas e procedimentos. Por outro lado, a literatura

aponta alguns aspectos do contexto que atuam de maneira negativa são eles: ampliação do caráter assistencial em detrimento do ensino e pesquisa e o modelo de gestão fundamentado na produção por metas, porém estes aspectos não foram mencionados pelos entrevistados e ainda não é possível sua mensuração devido à recente implantação (DRAGO, 2011; LITTIKE; SODRÉ, 2015).

5.2 ANÁLISE POR DIMENSÃO

O julgamento das 3 dimensões foi considerado parcialmente implantado, pois vários critérios não foram considerados atendidos. Em decorrência da deficiência de recursos financeiros, bem como o desvio dos recursos para outras atividades (como do custeio para Recursos Humanos (RH) impacta no RH e no aporte tecnológico. A carência de RH que, apesar de serem qualificados, reflete na própria qualidade do serviço e na impossibilidade de avançar no cuidado ao paciente. Aspectos relacionados à localização distante que interferem na provisão adequada de medicamentos e na integração dos farmacêuticos com os profissionais das demais áreas. A falta de chefe na farmácia (há cerca de 2 anos) pode ter refletido, por exemplo no monitoramento, na promoção de capacitação da equipe e na não atualização de normas e procedimentos. Essa ausência de monitoramento dificulta a identificação das fragilidades nas atividades. Foram observadas deficiências na padronização de processos pela equipe. A insuficiência tecnológica para atividades fundamentais na Farmácia Hospitalar (gerenciamento de estoques, dispensação, avaliação farmacêutica das prescrições) prejudicam o desempenho das atividades. O papel do HU/UFSC mais voltado para a assistência, com articulação insuficiente com ensino de Farmácia, gera carência em inovações tecnológicas e produção de conhecimento. Estas duas últimas poderiam gerar aprimoramento dos processos dentro do serviço de farmácia hospitalar, assim como contribuir para o âmbito de farmácia hospitalar no Brasil.

5.2.1 Dimensão organizacional

A pontuação atingida pela dimensão organizacional evidenciou fragilidades na organização do serviço de farmácia que repercutem nas outras dimensões. A vacância do cargo de chefia foi um fator importante na contribuição para este resultado e também ao período de transição do

modelo de gestão, em consequência da adesão a EBSEH no início de 2016. Uma vez que, a matéria prima sobre a qual incide a ação dos gestores é a questão organizacional. A eles cabe o planejamento e implementação de ações no serviço, referentes ao ensino, pesquisa e assistência em saúde (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

Os critérios que favoreceram o desempenho desta dimensão foram a participação em comissões hospitalares e o gerenciamento de resíduos.

A participação do farmacêutico nas comissões multiprofissionais da instituição está bastante consolidada, dado que ele é membro efetivo nas seis comissões pesquisadas. Destaca-se que estas comissões são parte da relação de comissões obrigatórias para instituições hospitalares, para EBSEH e para certificação como hospital de ensino (BRASIL, 2007c; 2013b). É competência do farmacêutico estar envolvido nas comissões hospitalares e o trabalho de uma equipe multiprofissional é essencial para alcançar os objetivos clínicos e terapêuticos (CFF, 2012; BRASIL, 2010b). No entanto, estudo realizado por Martins et al. (2008) envolvendo a avaliação de 12 hospitais observou que apenas 25% deles tinham a CFT constituída.

Dentre as equipes multiprofissionais existe a equipe encarregada de definir e orientar o Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde gerados, desde a segregação até a sua destinação final, em acordo com o preconizado pela legislação (BRASIL, 2004a). Além disso, a SBRAFH (2007) recomenda que o farmacêutico faça parte dessa comissão. Os resíduos sólidos de saúde por possuírem um potencial infeccioso degradante e poluente contra o meio ambiente e contra a saúde humana, exigem atenção especial e técnicas corretas de manejo e gerenciamento. Estudo realizado recentemente, concluiu que o gerenciamento de resíduos sólidos de saúde apenas para o cumprimento da legislação vigente no âmbito operacional não resolve o problema de geração de resíduos de serviço de saúde em toda a sua magnitude. Para resolução deste problema deve haver envolvimento e conscientização de toda a organização e da população envolvida, em busca da minimização de resíduos e padronização de operações (PEREIRA; MORAES, 2016). Este trabalho de conscientização é papel do Grupo de Trabalho de Gerenciamento de Resíduos do HU/UFSC.

Por outro lado, os demais critérios não obtiveram a pontuação total, prejudicando sobremaneira o desempenho desta dimensão.

O critério que recebeu a menor pontuação foi o Monitoramento, ou seja, o serviço de farmácia não acompanha a qualidade e segurança de suas atividades. Como descrito nos resultados o monitoramento só é

feito quando solicitado por órgão superior, porém seria bastante relevante a construção de ferramentas de monitoramento interno, que possam ser utilizadas pela própria equipe a fim de desencadear um processo contínuo de melhoria da qualidade na prestação de serviços. A portaria nº 4.283 que aprovou diretrizes para o fortalecimento e aprimoramento dos serviços de farmácia hospitalares recomenda a adoção de indicadores para o acompanhamento das atividades da farmácia (BRASIL, 2010b). O mau desempenho neste critério repercutiu na dimensão Práticas Farmacêuticas e também no adequado planejamento das atividades que envolvem o serviço de farmácia hospitalar. Segundo Felisberto (2004) a utilização de ferramentas de monitoramento são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, dessa forma serve de suporte ao processo decisório e gera o fortalecimento da capacidade técnica.

A crescente demanda por serviços de saúde mais efetivos, assim como a racionalidade no uso de medicamentos, redução de custos, minimização de problemas relacionados a esse insumo e aumento da segurança da farmacoterapia, fundamentam a importância de um processo constante de avaliação e monitoramento da Assistência Farmacêutica Hospitalar (SILVA, 2010).

O serviço de farmácia hospitalar do HU/UFSC está adequado à nova legislação que determina a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento (24h) (BRASIL, 2014b). A presença deste profissional acompanhando todas as atividades do serviço de farmácia hospitalar contribuiu significativamente para a segurança do paciente. Contudo, o número de profissionais que dão suporte ao farmacêutico ficou aquém do recomendado para execução das atividades com e segurança, pois a grande maioria deles atua em mais de um setor. Este critério em desacordo gera sobrecarga de trabalho aos funcionários e acarreta um mau desempenho na dimensão Práticas Farmacêuticas e na dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica. Estas deficiências de recursos humanos corroboram os achados de outro estudo em que o quadro de pessoal revelou-se como um grande entrave em que menos de 25% dos hospitais possuíam quantitativo adequado de profissionais. O estudo em questão avaliou 10 hospitais públicos e observou que os hospitais que possuíam farmacêuticos na proporção recomendada tenderam a obter melhores percentuais de adequação em suas atividades do que quando comparados às unidades que possuem um farmacêutico para mais de 50 leitos (SANTANA et al., 2013).

Em referência a adequação dos ambientes, considerou-se que

quase totalidade está apropriada e não compromete a segurança do paciente. O maior inconveniente identificado refere-se à localização e comunicação deste serviço com as demais unidades da instituição, o que estimula a formação de estoques pelas unidades. Este acúmulo de medicamentos gera elevados riscos ao paciente. Além disso, esta localização desfavorável contribui para que o farmacêutico mantenha-se afastado das atividades assistenciais. Nesta lógica, lamentavelmente, os componentes clínicos têm sido relegados a um segundo plano no SUS, uma explicação para essa subvalorização pode estar na consideração do medicamento como um bem de consumo e não como um insumo básico de saúde e na formação mais tecnicista em detrimento das disciplinas clínicas (SANTANA et al., 2013). Segundo Maia Neto (1990), a farmácia deve manter-se equidistante dos setores de atendimento aos pacientes internados, bem como dos demais setores que têm suas atividades ligadas à mesma, para permitir o acesso dos usuários internos e externos, favorecer a comunicação e relação dos profissionais do setor com os outros setores do hospital, facilitar o recebimento e distribuição dos medicamentos e correlatos, além de possibilitar o monitoramento dos produtos em circulação dentro do hospital (BRASIL, 2010b).

Em outubro de 2016, após a coleta de dados deste estudo, ocorreu a abertura de uma unidade de dispensação dentro do HU/UFSC responsável pela provisão de medicamentos a todas as unidades de internação, exceto Emergência Adulto que possui Farmácia própria.

Apesar dessas divergências encontradas nos POPs verificou-se que os profissionais têm ciência da importância deste documento para padronizar as atividades, revisados e atualizados. Tendo em vista a importância que foi dada a adequação e elaboração de POPs para ações e atividades observada em outra instituição sob gestão da EBSEH, acredita-se que a nova gestão reforçará a adequada implementação de normas e procedimentos no serviço de farmácia e na instituição como um todo (SOUTO, 2015). Ademais, existem recomendações para que os processos de trabalho da farmácia estejam escritos, sejam difundidos e revisados continuamente a fim de prevenir e reduzir os erros de medicação (SBRAFH, 2007; BRASIL, 2013c).

A falta de um *software* atualizado que atenda às necessidades do serviço de farmácia foi reclamação da grande maioria dos entrevistados, porque esta carência reverbera em toda a dimensão Práticas Farmacêuticas, especialmente no que se refere ao gerenciamento de estoque. Entretanto, a gestão EBSEH ocasionará, paulatinamente, a migração para o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), porém no momento da coleta de dados esta mudança ainda

não havia ocorrido no HU/UFSC. O módulo da farmácia utilizará leitura de código de barras e irá oferecer um gerenciamento otimizado, permitindo que as informações acerca do estoque/ suprimentos sejam fidedignas e acessadas em tempo real. Além disso, evita a indisponibilidade ou o registro duplicado dos produtos. O paciente também será beneficiado, pois o sistema leva em consideração a quantidade exata a ser dispensada, fazendo com que erros sejam minimizados, tornando, dessa forma, o processo mais seguro (BRASIL, 2016b). Estes benefícios gerados no gerenciamento de estoque de medicamentos corroboram os achados de outro estudo em que a adoção do AGHU proporcionou efetividade no controle sobre o estoque, dispensação e utilização de medicamentos resultando em economia de recursos (SOUTO, 2015).

Foi possível observar que a instituição considera importante a adequada definição da relação de medicamentos, uma vez que dispõe de CFT a qual se encarrega de fazer as devidas atualizações sempre que há necessidade. Ressalta-se que a existência da relação de medicamentos é requisito preconizado pela certificação de hospitais de ensino e diminui o número de itens, o que por si só já é um ganho para o serviço, pois facilita: o gerenciamento de estoque, a prescrição de medicamentos, avaliação farmacêutica e a produção de informações formalizadas pela equipe do serviço de farmácia hospitalar (AGUILAR; BITTNER, 1997; BRASIL, 2007c). Estas considerações corroboram as recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente e com os achados de outro estudo que apontou que a partir da elaboração da relação de medicamentos são estabelecidos métodos seguros e eficazes para a distribuição, acompanhamento e informação dos medicamentos (SANTANA et al., 2013). Além disso, o excesso de alternativas terapêuticas aumenta a exposição aos eventos adversos relacionados tanto a falhas na cadeia de medicamentos pela variedade de itens circulantes, quanto à exposição a mais fármacos com limitadas informações sobre sua segurança (BRASIL, 2013c).

Um entrevistado demonstrou incerteza para afirmar se as condutas médicas na instituição são orientadas por protocolos terapêuticos e acrescentou que os protocolos existentes não são divulgados para além da equipe médica. Então, há necessidade de avanço na construção, adoção e divulgação de protocolos terapêuticos. É importante destacar que os protocolos contribuem para a assistência ao paciente, pois estabelecem os critérios de diagnóstico e tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses, os mecanismos de controle, acompanhamento e a verificação dos

resultados (MARTINS et al., 2008; PENAFORTE, 2006). Dessa forma favorecem o uso seguro e racional dos medicamentos e demais intervenções. Outro estudo observou que uma pequena parcela (17%) dos hospitais avaliados possuíam protocolos terapêuticos implantados, porém sem a atuação efetiva do farmacêutico (MARTINS et al., 2008; SANTANA et al., 2013). Isto deixa muito a desejar ao sistema, uma vez que o farmacêutico é o profissional mais apto e capacitado a participar destas atividades (MARTINS et al., 2008).

Enquanto no estudo de Penaforte (2006) a maioria dos farmacêuticos não possuía pós-graduação, foi possível constatar que a equipe de profissionais do serviço de farmácia do HU/UFSC possui excelente qualificação sendo maioria pós-graduada. Já com relação à participação nas capacitações observou-se um declínio acentuado na participação em 2016. Além da desmotivação devido a limitada carreira, relatada pelo entrevistado, fatores que podem ter contribuído para a redução da participação é ausência de cursos com temáticas diretamente relacionadas ao serviço de farmácia, visto que, é a chefia do serviço quem faz anualmente o levantamento das necessidades da equipe e a possibilidade de capacitar-se fora da instituição ou por meio de cursos *on-line*, porém não foi objetivo deste estudo aprofundar os motivos que levaram a esta redução. Também foi observado que dentre os funcionários que se capacitaram, alguns fizeram mais de um curso no mesmo ano. Por outro lado, há hospitais em que o serviço de capacitação interna (educação continuada) ocorre de forma bem sucedida, dispondo inclusive de um farmacêutico com dedicação exclusiva para esta função (PENAFORTE, 2006). Aliás, manter-se atualizado com relação às questões relativas aos medicamentos deve ser uma condição a ser constantemente buscada pelo profissional, como uma das etapas para a construção de uma terapêutica eficaz e segura e, no regimento interno do HU/UFSC recomenda-se que, por se tratar de um hospital universitário, os recursos humanos devem buscar capacitação progressiva (PENAFORTE, 2006; UFSC, 1992).

5.2.2 Práticas Farmacêuticas

Nesta dimensão os critérios que favoreceram o desempenho foram: Especificações de Compra, Farmacovigilância, Seguimento Farmacoterapêutico e Desenvolvimento de Atividades Educativas.

No Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço nos componentes

assistencial e de vigilância da farmácia clínica. Há que se considerar que todas as atividades da assistência farmacêutica devem ocorrer de forma ordenada, já que uma atividade executada de forma imprópria prejudicará todas as demais atividades do sistema (SANTANA et al., 2013).

Foi possível constatar que o farmacêutico participa efetivamente na definição das especificações técnicas dos itens a serem adquiridos. Esta é uma etapa chave que quando executada pelo farmacêutico favorece a segurança do paciente, visto que este profissional define os aspectos técnicos a serem avaliados no medicamento e no fornecedor. Estudo realizado por Luiza, Osório-de-Castro e Nunes (1999) concluiu que ao farmacêutico, com sua experiência técnica, cabe empenhar-se ao máximo para proteger o paciente do uso de medicamentos de qualidade duvidosa, ao mesmo tempo em que protege os interesses econômicos da instituição, o que, em última análise, reverterá no uso mais racional dos medicamentos. Ao encontro disso, estudo realizado no estado do Rio de Janeiro identificou que em cerca de 90% dos hospitais avaliados o farmacêutico elabora as especificações técnicas dos medicamentos (OSÓRIO-DE-CASTRO et al, 2008).

O fato do HU/UFSC contar com o trabalho de farmacêuticos clínicos, seja realizando o Seguimento Farmacoterapêutico, prestando orientações aos pacientes, dentre outras atividades executadas na unidade em prol do paciente, ainda que se restrinjam a algumas unidades contribui, sobremaneira, para a segurança no uso dos medicamentos, constituindo um diferencial deste hospital. Neste sentido Penaforte (2006) afirmou que a participação do farmacêutico produz impactos positivos, tanto em relação aos resultados obtidos com a terapia medicamentosa, quanto em relação à melhoria na qualidade de vida. No entanto, observou-se resistência à inserção do farmacêutico junto à equipe multiprofissional. Por se tratar de uma atribuição relativamente recente e não obrigatória, outro estudo de avaliação de farmácias hospitalares não observou a presença de farmacêutico clínico em nenhum dos locais avaliados e evidenciou que estas atividades foram as que apresentaram o menor índice de conformidade (MARTINS et al., 2008). Cabe ressaltar que se recomenda que estas atividades sejam incentivadas, pois reduzem os erros de medicação em geral (PENAFORTE, 2006; BRASIL, 2013c; SANTANA et al., 2013).

Observou-se que no critério Farmacovigilância está sendo realizado um trabalho satisfatório, porém como foi apontado pelo entrevistado ainda há espaços para avanço neste campo de atuação. Este progresso está condicionado à possibilidade de ter um farmacêutico que

possa dedicar-se integralmente a esta atividade, com a finalidade de divulgar mais seu trabalho, fazer busca ativa de casos, utilizar ferramentas de monitoramento de erros de medicação, bem como utilizar esses dados para aprimorar as práticas relacionadas ao medicamento na instituição. Ressalta-se que a atuação no campo da Farmacovigilância corresponde a um dos requisitos que caracterizam um hospital de ensino (BRASIL, 2007c). Segundo a OMS (2002) a Farmacovigilância favorece os pacientes, visto que por meio de experiências vivenciadas com os esquemas terapêuticos contribui para a prática médica e promove maior conhecimento sobre as doenças e seus tratamentos.

Nesta dimensão houve vários critérios onde não foi atingida a pontuação máxima, levando a um prejuízo para esta dimensão.

Em relação ao gerenciamento de estoque foi possível perceber que a ausência de um *software* atualizado, que possibilite um acompanhamento constante das movimentações de estoque foi apontada de forma unânime pelos entrevistados. Neste sentido salienta-se que a gestão adequada de medicamentos e materiais é o pilar da farmácia hospitalar e deve ser realizada por um eficaz sistema de informação, que forneça dados sobre aquisição, consumo, rotatividade do estoque, dados dos produtos que mantém e a rastreabilidade do processo (MARTINS et al., 2008; BRASIL, 2013c). Apesar da importância dessa atividade, a falta de investimento neste componente de gestão é uma realidade nacional (SANTANA et al., 2013).

Além disso, foi possível constatar que a falta de autonomia financeira gera alguns entraves em virtude dos trâmites burocráticos inerentes ao cumprimento das normas pautadas pela Lei n. 8.666/93 - que institui normas para licitações e contratos da administração pública (BRASIL, 1993). Essas limitações repercutem na manutenção dos estoques de medicamentos e aquisição de equipamentos para as atividades do serviço de farmácia hospitalar. Estas constatações corroboram os achados de Littike e Sodré (2015) que afirmam que a lei criada com a finalidade de dar transparência ao serviço público também contribui para limitar a tomada de decisões por parte dos gestores, visto que gera uma lacuna entre a demanda emergente do usuário do hospital público e o rigor jurídico da Lei.

Neste sentido, a tendência à centralização das compras observada no HU/UFSC corrobora os resultados observados em outro estudo onde houve melhoria na atualização tecnológica com a aquisição de equipamentos sofisticados e de custo bastante elevado de forma centralizada pela EBSEH o que gerou uma enorme economia de

recursos (SOUTO, 2015).

Durante a distribuição dos medicamentos são adotadas medidas para diferenciação dos medicamentos potencialmente perigosos conforme recomendado para distribuição segura de medicamentos, porém o sistema de distribuição de medicamentos adotado no HU/UFSC contribuiu significativamente na redução do desempenho desta dimensão, tendo em vista que o sistema misto não permite o controle do uso dos medicamentos e favorece o acúmulo de diversos medicamentos nas unidades aumentando o risco de erros de medicação. Além disso, a distribuição de medicamentos no local de estudo não utiliza nenhuma ferramenta tecnológica para auxiliar na segurança do processo. Ao encontro disto, estudo desenvolvido por Martins et al., (2008) revelou que a maior parte dos hospitais possui sistema de distribuição misto ou individualizado facilitando a ocorrência de erros de medicação e favorecendo o aparecimento de eventos adversos, visto que, o sistema coletivo é antigo e obsoleto, com ações centradas na enfermagem.

O PNSP recomenda a abolição do sistema misto, porque mantém riscos elevados associados à distribuição coletiva (BRASIL, 2013c). E também, estudos mostraram que o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária, por ser inicialmente oneroso, ainda não estava consolidado nas farmácias hospitalares avaliadas, porém é o mais seguro. Nele a farmácia assume um papel chave que contribui para o uso racional de medicamentos, diminuindo as taxas de erros de medicação (ANACLETO et al., 2007; MESSEDER, 2005). Um estudo realizado em um hospital universitário de São Paulo comprovou que a implantação de código de barras foi um fator determinante na redução dos erros de medicação durante a dispensação de medicamentos (SERAFIM, 2005). Dentre os benefícios citados por Serafim (2005) a informatização no sistema de dispensação de medicamentos permitiu a criação de uma base sólida de informações gerenciais; controle de validades e lotes; controle real do estoque; otimização de recursos humanos; elevação do nível de segurança do processo; agilidade na dispensação de medicamentos; redução de erros de dispensação; estabelecimento de base de dados para acompanhamento farmacológico dos pacientes e, conseqüentemente, melhoria do nível de serviços prestados. Para o paciente foi garantida a segurança quanto ao uso de medicamentos, em decorrência da redução de erros de dispensação; racionalização da distribuição e o aumento do controle dos medicamentos.

A ausência de Guia Farmacoterapêutico próprio, inexistência de um sistema de informações oficial e fornecimento de informação por

contato telefônico sem registro não foram situações encontradas somente no HU/UFSC, esta realidade ocorre em muitos outros hospitais (PENAFORTE, 2006). Além disso, estudo recente que adotou etiquetas com orientações farmacêuticas (diluição, estabilidade, via de administração, interações medicamentosas, dentre outros) em cada unidade medicamentosa enviada para a equipe demonstrou resultados satisfatórios, fornecendo subsídio técnico para preparo e administração, normatização de procedimentos, prevenção de incompatibilidades, interações e erros que possam levar a consequências graves e irreversíveis (ALCÂNTARA; CASSIOLATO, 2010). Logo, esse guia tem um papel importantíssimo no hospital, pois promove a qualidade da prescrição, gestão adequada dos recursos financeiros e o uso seguro de medicamentos (MARTINS et al., 2008; BRASIL, 2013c).

É essencial que o farmacêutico verifique permanentemente todo o serviço dos auxiliares, especialmente durante a execução de atividades como a separação, preparação ou fracionamento dos medicamentos a fim de que não sejam introduzidos erros no decorrer do processo (PENAFORTE, 2006). Então, a respeito do critério Farmacotécnica há necessidade de adequação das atividades do fracionamento a legislação vigente, bem como disponibilizar farmacêutico para acompanhamento de todas as etapas do processo, visando à garantia da segurança dos processos realizados.

Apesar de não haver registros, o farmacêutico avalia as prescrições e realiza as devidas intervenções quando oportuno favorecendo a prescrição segura, porém esta avaliação pode ser efetuada mais profundamente em termos farmacológicos. O fato de a prescrição ser digitada lhe confere relativa segurança evitando erros em decorrência da legibilidade da prescrição, contudo é possível aprimorar a prescrição por meio da atualização do programa que lhe dá suporte, padronização de abreviaturas, uso de denominação comum brasileira, expressão de doses e eliminação de expressões vagas. Foram observadas deficiências na dupla conferência dos medicamentos dispensados. Partindo do pressuposto que o farmacêutico é o responsável pela supervisão e dispensação de medicamentos, ele deve implantar a dupla conferência na farmácia, especialmente para medicamentos potencialmente perigosos, bem como registrar os erros encontrados na prescrição e na dispensação de medicamentos (BRASIL, 1999a; 2010b; BRASIL, 2013c; ALCÂNTARA; CASSIOLATO, 2010).

Todavia, com a abertura da Unidade de Dispensação dentro do hospital novas rotinas estão sendo implementadas para melhorar a segurança dos processos realizados. Em novembro de 2016 o serviço de

farmácia instituiu a dupla conferência pela própria equipe de funcionários e bolsistas e os tipos de erros de dispensação identificados começaram a ser registrados. Acredita-se que esta atitude seja fruto da reflexão gerada pelo presente estudo nos entrevistados a respeito da segurança dos processos realizados por eles e da possibilidade de aprimoramento.

5.2.3 Dimensão Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica

No que se refere à dimensão ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica foi apontada uma perspectiva de valorização deste papel no HU/UFSC, em decorrência da estrutura organizacional proposta pela EBSEH, que recomenda a criação de uma gerência de Ensino e Pesquisa (BRASIL, 2012), porém ainda não há evidências de que esta valorização ocorrerá. Entretanto, estudos recentes apontaram a questão de integração da assistência ao ensino e pesquisa como um desafio a ser enfrentado no novo modelo de gestão, visto que os docentes costumam ter perspectivas diferentes dos atores ligados à assistência e os HUFs não têm conseguido exercer a contento as duas funções apesar de ser objetivo essencial para hospitais universitários (SOUZA; LITTIKE; SODRÉ, 2013; SOUTO, 2015).

Dentre os critérios desta dimensão o único que foi considerado plenamente atendido se refere à formação profissional, os demais tiveram pontuação parcial, desfavorecendo o resultado da dimensão.

As iniciativas de ensino concentram-se, basicamente, na oferta de vagas para estágio, residência multiprofissional em saúde e visita técnica dos alunos de graduação em farmácia ao serviço de farmácia hospitalar. Embora as parcerias e articulações com ensino sejam recomendadas pela SBRAFH e legislação, como exposto nos resultados desta dimensão, e possam trazer vários benefícios tanto para a formação dos alunos quanto para o próprio serviço os resultados demonstraram iniciativas ainda tímidas de articulação entre academia e serviço de farmácia hospitalar. Ressalta-se que é de responsabilidade do HU/UFSC em conjunto com a Administração Superior da UFSC encontrar meios para viabilizar a integração docente assistencial, visto que ensino, pesquisa e extensão são finalidades dos HUFs, bem como está contemplado no organograma do HU/UFSC e em seu regimento interno (BRASIL, 2007c; 2010a; UFSC, 1992). Porém esta realidade não foi observada apenas no HU/UFSC, a mesma situação foi identificada em outro hospital universitário em que o ensino não possuía o destaque necessário dentro

da rotina de trabalho dos farmacêuticos restringindo-se a colaboração para formação profissional - estágios e aprimoramento do Programa de Farmácia Hospitalar (PENAFORTE, 2006).

Para Alcântara e Cassiolato (2010) a farmácia de um hospital universitário atua como observatório das práticas e das culturas dominantes nessa área, podendo, assim, fornecer subsídios às políticas gerais de medicamentos, bem como a estratégias para a abordagem de problemas localizados.

Situação semelhante a observada no ensino foi encontrada no desenvolvimento de pesquisas, incluindo o desenvolvimento e avaliação de novas tecnologias, pelos integrantes do serviço de farmácia. Apesar da riqueza em fontes de dados, temas para discussões e pesquisas não foram encontradas publicações recentes desses profissionais (PENAFORTE, 2006). Foram identificadas apenas ações isoladas de profissionais que estão em processo de qualificação (pós-graduação), não foram observadas iniciativas provenientes da equipe que lá atua. O limitado envolvimento do serviço de farmácia com pesquisa corrobora os achados de outro estudo em que a farmácia participava das pesquisas desenvolvidas nos hospitais em 34% dos grandes, 25% dos médios e 20% dos pequenos (MARTINS et al., 2008).

Há que se considerar também que os altos custos do desenvolvimento científico e tecnológico e os limites dos orçamentos públicos para a pesquisa fazem com que os HUFs tenham cada vez menos capacidade institucional para se envolverem em processos complexos de pesquisa básica e aplicada em saúde, se atendo a manutenção da assistência (MEDICI, 2001).

Destaca-se que os hospitais de ensino têm importância fundamental para o desenvolvimento do SUS nas suas diversas áreas, como a de referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2010a; BARATA; MENDES; BITTAR, 2010; MEDICI, 2001). Dessa forma, aspectos como os observados no serviço de farmácia do HU/UFSC são negativos para o serviço e para a instituição, além de repercutir para a comunidade social e científica, tendo em vista a potencialidade de aplicação do conhecimento gerado para a sociedade, como também influência na Produção de Informações e Conhecimento e no Desenvolvimento de Novas Tecnologias (MEDICI, 2001; BARATA; MENDES; BITTAR, 2010; PENAFORTE, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo avaliativo proposto foi considerado apropriado pelo grupo de especialistas, que julgaram os itens coerentes e passíveis de obtenção, indicando que o mesmo poderia ser utilizado no estudo avaliativo.

Entretanto, o presente estudo apresentou algumas limitações. A primeira delas foi o fato de a pesquisadora pertencer à equipe do serviço de farmácia hospitalar. Essa posição oferece como vantagem o conhecimento do objeto e a participação no processo permite compreender melhor as atividades que são avaliadas e focar de modo mais construtivo sua execução e as necessidades de ação futura. Por outro lado, implica no risco de o envolvimento institucional prejudicar a avaliação. A segunda limitação a ser levada em consideração é que, em decorrência do tempo reduzido para realização deste estudo, não foi possível levar para consenso o julgamento da matriz, ou seja, os parâmetros foram atribuídos pela pesquisadora. A terceira limitação se deve ao momento em que a instituição se encontra em decorrência da transição para a gestão EBSEH o que corresponde a um momento de muitas mudanças em toda a estrutura do serviço. A quarta limitação identificada se deve a vacância do cargo de chefia do Serviço de Farmácia o que pode ter prejudicado significativamente os resultados encontrados devido à carência de gestão.

Quando se tem como objetivo avaliar as atividades de um serviço de saúde, uma rede de relações, influências e interações deve ser considerada, pois um serviço não é algo estático ou isolado. Apesar da dificuldade de se medir todas essas influências e da ausência de instrumentos formalizados, as avaliações considerando os contextos enriquecem os resultados da avaliação em saúde e permitem que esses apresentem maior consistência, ou seja, representam melhor a realidade dos serviços.

A proposta feita para essa análise ponderou as questões do contexto hospitalar, EBSEH e da relação das atividades e dos componentes do modelo lógico criado. Esta proposta não teve o objetivo de ser um esgotamento da discussão. Outras questões podem e devem ser abordadas com o intuito de aprimorar o desempenho do modelo proposto.

Foram depositadas todas as expectativas na EBSEH para melhorias nos HUFs. Espera-se que esta gestão consiga trazer soluções eficazes para as fragilidades identificadas. Por meio do presente estudo foram identificadas propostas de mudanças provenientes da gestão EBSEH como reposição de postos vagos, modernização da estrutura física e parque tecnológico. Além disso, observou-se a redução da participação orçamentária do MEC ao mesmo tempo em que amplia a receita do MS. Esta mudança aponta para um modelo de hospital de ensino que amplia o aspecto assistencial, reduzindo seu papel na formação e pesquisa, como já vem ocorrendo, o que pode gerar uma grande perda tanto para alunos como para a sociedade em geral. Há muitas incertezas a respeito da adequação do modelo de gestão com produção por metas em um hospital de ensino, pois a lógica produtivista coloca em cheque a capacidade de prestar uma boa assistência nos serviços ofertados. Ademais, será necessário avaliar os próximos anos de gestão para verificar se ocorrerão prejuízos à finalidade ensino, pesquisa e extensão.

No serviço de farmácia do HU/UFSC espera-se que ocorram ganhos significativos para o serviço e para o paciente em decorrência da valorização deste serviço no organograma da instituição, designação de chefe para o Setor de Farmácia Hospitalar, reposição de recursos humanos, estabelecimento de normas e procedimentos para todas as atividades, criação da Unidade de Farmácia Clínica e abertura da Unidade de Dispensação dentro do hospital o que favorece a comunicação e integração com as equipes das demais unidades. Outro ponto apontado como positivo foi a migração do sistema atual para o AGHU que promete avanços relevantes no gerenciamento de estoques, permitindo a rastreabilidade dos medicamentos o que efetivamente contribuirá para a segurança do paciente. Também se espera uma redução nos custos dos HUFs com a centralização de compra de medicamentos, insumos e equipamentos.

Por meio do convênio que o HU/UFSC possui com o Estado de Santa Catarina, ocorre a prestação de serviços para o SUS e em contrapartida o repasse de recursos, porém há um desafio a ser enfrentado pela EBSEH em decorrência da desatualização dos valores pagos, que até o momento são insuficientes para suprir as necessidades deste hospital. Além disso, com a desvinculação da administração do HU pela universidade e transferência da gestão para a EBSEH surge o desafio de encontrar meios para superar as dificuldades de conciliação do papel assistencial com o de ensino pesquisa e extensão.

O presente estudo destacou a imensa quantidade e complexidade

das atividades realizadas pela farmácia hospitalar que envolvem os medicamentos e o encadeamento entre elas, ou seja, é fundamental estabelecer processos padronizados e constantemente monitorados pelos farmacêuticos com o propósito de favorecer o uso seguro de medicamentos.

Em suma, a grande maioria das deficiências encontradas nas três dimensões decorre da ausência de um aporte tecnológico adequado que possibilite mobilizar um menor número de pessoas para cada atividade com e segurança. Observou-se um desequilíbrio entre a quantidade de farmacêuticos e auxiliares de farmácia. De um lado um número superior ao recomendado de farmacêuticos com excelente qualificação e de outro um número extremamente reduzido e insuficiente de auxiliares de farmácia. Diante de uma realidade de atividades predominantemente manuais observou-se que o farmacêutico dedica maior parte de sua jornada a realizá-las, ficando impossibilitado de avançar significativamente nos demais campos que o ambiente hospitalar lhe proporciona. Neste sentido, observou-se a necessidade iminente de aumento do quadro de auxiliares de farmácia para realização das atividades operacionais. Dessa forma, haveria a reorganização das funções do farmacêutico o qual poderia ter mais tempo para dedicar-se ao cuidado dos pacientes, identificar demandas para elaboração de informações formalizadas, monitorar e atuar frente às fragilidades identificadas, planejar ações, fortalecer a capacidade técnica da equipe do serviço, dispor de informações em tempo real para gerenciamento do estoque de medicamentos, dedicar-se mais às atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica.

A farmácia ainda possui uma lógica de trabalho centrada no medicamento, mas já se pode observar avanços que demonstram alteração deste quadro. Embora esses princípios sustentem a organização da assistência farmacêutica no âmbito do sistema de saúde, limitam de forma excessiva seu campo de atuação. Entretanto, com a gestão EBSEH e a unidade de Farmácia Clínica a expectativa é que haja maior inserção do profissional junto às equipes multiprofissionais e que evolua para um modelo centrado no paciente.

Logo os resultados deste estudo forneceram dados que podem ser utilizados como referência para a elaboração de prioridades e estratégias para o desenvolvimento e aprimoramento do serviço de farmácia do HU/UFSC tendo em vista a segurança do paciente. Essa realidade evidencia a necessidade de realizar maiores investimentos no Serviço de Farmácia para adequações importantes como investimento em aporte tecnológico, recursos humanos e ações voltadas ao cuidado do paciente.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, N. G.; BITTNER, M. R.; D'ALESSIO, R. **Guía para el desarrollo de servicios farmacéuticos hospitalarios**: selección y formulario de medicamentos. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1997. (Serie de Medicamentos Esenciales y Tecnología, n. 5.1).

ALCÂNTARA, S. T.; CASSIOLATO, S. **Segurança do Paciente**: a atuação da farmácia na prevenção de erros de medicação em unidade de emergência de um hospital universitário [Trabalho apresentado]. In: PRÊMIO NACIONAL DE INCENTIVO À PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 2010. Categoria1: Experiências de profissionais nos serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/sonia_cassiolato_trabalho_completo.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

ANACLETO, T. A. et al. Medication errors and drug-dispensing systems in a hospital pharmacy. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 325-332, aug. 2005.

_____. Drug-dispensing errors in the hospital pharmacy. **Clinics**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 243-250, 2006.

_____. Erros de medicação e sistemas de dispensação de medicamentos em farmácia hospitalar. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 325-332, 2007.

_____. Farmácia hospitalar: erros de medicação. **Pharmacia Brasileira**, Brasília (DF), p. 01-24, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa926d1b.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **RAS**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010. Disponível em:

<<http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 70. ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2011.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1207-1220, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n6/14.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65-78.

BLATT, C. R. **Avaliação da assistência farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina no ano de 2002 a 2004**. 2005. 208 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Seção 1, p. 18.055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Lei n. 8.666, de 21 de Junho de 1993 – “Lei de Licitações e Contratos”. Regulamenta o Art. 37, Inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 de junho de 1993. Seção 1, p. 18. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 05 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n. 272, de 08 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 de abril de 1998a. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=879>. Acesso em: 6 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta no anexo desta portaria. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998a. Seção 1, p. 18. Disponível em: <http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 05 mai. 2015. Não sem qual é o local que coloco o abcdário, coloquei no debaixo

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 de julho de 1999a. Seção 1, p. 14. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/328_99.htm>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. Presidência da República. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 de janeiro de 1999b. Seção 1, p. 14. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 de fevereiro de 1999c, Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm>. Acesso em: 25 ago 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 33, de 19 de abril de 2000. Aprova o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos em farmácias e seus Anexos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de abril de 2000, Seção 1, p. 27. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/33.pdf> . Acesso em: 31 out. 2016.

_____. Resolução n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de março de 2002a, Seção I, p. 39, Col. 2. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 20 ago 2016.

_____. Resolução n. 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 10 de dezembro de 2004a, Seção 1, p. 49, Col. 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>. Acesso em: 29 ago 2016.

_____. Resolução n. 220, de 21 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 23 de setembro de 2004b, Seção I, p. 72, Col. 1. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004>> . Acesso em: 6 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 260 p.(Série medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde).

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para

sua organização. 2. ed. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2006. 100 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 de agosto de 2007a, Seção I, p. 34, Col. 2. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 67, de 08 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de outubro de 2007b, Seção I, p. 29, Col. 1. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria interministerial MS/MEC n. 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 de outubro de 2007c, Seção 1, p. 102, Col. 3. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

_____. Presidência da República. Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010. 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 de janeiro de 2010a, Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos

hospitais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2010b, Seção I, p. 94. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>>. Acesso em: 26 mai. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de novembro de 2011, Seção I, p. 44, Col. 2. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 de abril de 2013a, Seção I, p. 43, Col. 1. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

_____. Ministério da Educação (MEC). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH. **Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSEERH: Diretrizes Técnicas**. Brasília, DF: EBSEERH, 2013b. Disponível em: <<http://ebserh.gov.br/documents>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 de setembro de 2013c, Seção I, p. 113, Col. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 06 jun. 2015.

_____. Portaria n. 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de julho de 2013c, Seção I, p. 47, Col. 1. 2013d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 10 jun. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a, 40 p.

_____. Presidência da República. Lei n. 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 de agosto de 2014b, Ed. Extra, Seção I, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm>. Acesso em: 05 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pós-comercialização/Pós-uso**. Brasília (DF): ANVISA, 2015. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Vigipos?>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Lei n. 13.236, de 29 de dezembro de 2015. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que "dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências", para estabelecer medidas que inibam erros de dispensação e de administração e uso equivocado de medicamentos, drogas e produtos correlatos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 de dezembro de 2015, n. 249, Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13236.htm>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Ministério da Educação (MEC). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Estrutura Organizacional: Gerência de Atenção à Saúde. Brasília, DF: EBSERH, 2016a. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg/organograma>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU. Brasília, DF: EBSERH, 2016b. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/farmacia/apresentacao>>. Acesso em: 27 out. 2016.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Estabelecimentos por tipo no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 13 fev. 2016.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A odontologia e a Estratégia de Saúde da Família**. Tubarão (SC): Ed. Unisul, 2006. p. 115-136.

CANABARRO, I. M. **A cultura de segurança do paciente do serviço de farmácia do Hospital Universitário/UFSC: um processo em formação**. 2015. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, Departamento de Ciências da Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

CASSIANI, S. H. B. et al. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 781-789, set./out. 2004.

CENTRO COLABORADOR DO SUS PARA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS E EXCELÊNCIA EM SAÚDE (CCATES), 2015. Disponível em: <<http://www.ccates.org.br/content/index.php>>. Acesso em: 06 set. 2015.

CIMINO, J. S. **Iniciação à farmácia hospitalar**. São Paulo: Artpress, 1973.

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

_____. Indicadores do programa nacional de segurança do paciente [Apresentação]. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE, I (ISMP Brasil); FÓRUM INTERNACIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE, V; Ouro Preto (MG), de 10 a 12 de abril de 2014. 34 slides. Disponível em:<<http://www.ismp-brasil.org>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução n. 492, de 26 novembro de 2008. Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Brasília, DF,

2008. Disponível em:

<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/res492_08.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2015.

_____. Resolução n. 568, de 06 de dezembro de 2012. Regulamenta o exercício profissional em farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada. Dá nova redação aos artigos 1º ao 6º da Resolução/CFF nº 492, de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/568.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

_____. Resolução n. 579, de 26 de julho de 2013. Regulamenta o procedimento de fiscalização dos Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/579.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRFSP). **Cartilha de farmácia hospitalar**. São Paulo: CRFSP, 2013. 59p.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap 2. p. 29-47.

COSENDEY, M. A. E. Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2000.

CUNHA, M. B. Para saber mais: fontes de informação em ciência e tecnologia. Brasília: Briquet de Lemos, 2001.

DRAGO, L. M. B. **Servindo a dois senhores: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência.** 2011. 210 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infan.**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

_____. Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008. 2010. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FERRACINI, F. T.; MENDES, W. (Eds.). **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. 416 p.

FRIAS, P. G.; LIRA, P. I. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde.** Salvador; Rio de Janeiro: Edufba; Fiocruz, 2005. p. 151-206.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 202p.

GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. (Eds.). **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar.** São Paulo: Atheneu, 2000. 558p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. **População de Santa Catarina.** Brasília, DF: 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

IVAMA, A. M. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 24p.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). **To err is human: building safer health system**. 2 ed. Washington, DC: National Academy of Sciences, 2000. 312p.

LEE, T.; PRICE, M. Indicators and research methods for rapid assessment of a tuberculosis control programme: case study of a rural area in South Africa. **Tuber. Lung Dis.**, v. 76, n. 5, p.441-449, out. 1995. [http://dx.doi.org/10.1016/0962-8479\(95\)90012-8](http://dx.doi.org/10.1016/0962-8479(95)90012-8).

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 10, p.3051-3062, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3051.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

LUIZA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; NUNES, J. M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.769-776, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n4/1017.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

MAGARINOS-TORRES, R. **Indicadores de resultado para a farmácia hospitalar**. 2006. 184 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

_____. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 8, p. 1791-1902, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/06.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

_____; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 973-984, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/16.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

_____; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Aspectos da Avaliação de Serviços na Farmácia Hospitalar Brasileira. **Rev. Bras. Farm.,** Niterói (RJ), v. 92, n. 2, p. 55-59, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-2-3.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MAIA NETO, J. F. **Farmácia hospitalar: um enfoque sistêmico.** Brasília: Thesaurus, 1990. 141p.

_____. **Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde.** São Paulo: RX, 2005. 316p.

MANZINI, F. **Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão.** 2013. 219 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MARTINS, B. P. R. et al. Aplicabilidade de dois instrumentos de avaliação de serviços em farmácia hospitalar. *Rev. Eletr. Farm. Hosp.,* v. 5, n. 1, p.83-94, 2008.

MEDICI, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Assoc. Méd. Bras.,** São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIERA DA SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MENDES, S. J. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense.** 2013. 239 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-56, 2008.

MESSEDER, A. M. **Avaliação de estrutura e processo de serviços de farmácia hospitalar segundo nível de complexidade do hospital.** 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

MONTEIRO, E. R. **Estudo de Avaliabilidade da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos.** 2015. 173f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

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

Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n6/a13v29n6.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

NATAL, S. Modelagem: aula da Disciplina Avaliação em Saúde: tópicos avançados [Apresentação]. Florianópolis, SC, maio de 2012. 41 slides.

NATAL, S.; et al. Avaliação formativa do componente fortalecimento técnico das Secretarias de Estado de Saúde em monitoramento e avaliação. **Relatório Executivo.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ - IMIP - MS/DAB, 2007.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (NCCMERP). Medication errors: Taxonomy. 1998. Disponível em:

<<http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>>. Acesso em: 29 março 2015.

NECKEL, R.; KÜCHLER, A. D. 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: 01 set. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The Importance of Pharmacovigilance-Safety monitoring of medical products**. Geneva, OMS, 2002. 48p.

_____. Alliance for patient safety: forward programme 2005. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso: 10 abr. 2015.

_____. **Segurança do Paciente**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2012. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

_____. **Temas de salud: medicamentos esenciales**. Geneva, OMS, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/>. Acesso em: 22 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Certificações válidas**. São Paulo, SP, 2014. Disponível em: <www.ona.org.br>. Acesso em: 19 jan. 2016.

OSÓRIO DE CASTRO, C. G. S.; CASTILHO, S. R. (Orgs.). **Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 150p.

OSÓRIO DE CASTRO, C. G. S. et al. Projeto de apoio à Organização da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro. **Relatório final da primeira fase**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2008. 231p. [Trabalho não publicado].

OTERO, M. J. L. Nuevas inciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 78, n. 3, p.323-339, mai./jun. 2004.

PALMEIRA, A. M. B.; MATTOS, P.; PETERS, L. M. **O que é hospital de ensino?** Cartilha. Brasília, DF: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde / Grupo técnico Central de Hospitais de Ensino, 2012. 28 p.

PENAFORTE, T. R. **Avaliação da atuação dos farmacêuticos na prestação da assistência farmacêutica em um hospital universitário**.

2006. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

PEREIRA, A. P. M.; MORAES, B. S. Avaliação da gestão dos resíduos sólidos de saúde da Irmandade Santa Casa de Caridade de São Gabriel-RS sob a ótica da nova Legislação Brasileira. **Ciência e Natura**, Santa Maria, v. 38, n. 2, p.998-1004, maio/ago. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/cienciaenatura/article/view/21919/pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

ROSA, M. B. Farmácia hospitalar: histórico, conceitos, objetivos, atribuições, perfil do farmacêutico. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CRF). **Manual básico de farmácia hospitalar**. Brasília, DF: CRF, 1997. p.14 -21.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation**: a systematic approach. Beverly Hills: Sage, 1985.

SANTA CATARINA (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde. Convênio nº 0001/2011, de 22 de dezembro de 2010. Convênio que entre si celebram o Estado de Santa Catarina, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina através do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, 22 de dez. 2010.

_____. 8º Termo Aditivo ao Convênio firmado nº 0001/2011 entre o Estado de Santa Catarina e a Universidade Federal de Santa Catarina através do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, 18 de dez. 2015.

SANTANA, R. S. et al. Assistência farmacêutica de uma rede de hospitais públicos: proposta de utilização das diretrizes ministeriais para avaliação do serviço. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.29-34, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.chrisfapi.com.br/v3/files/2013040105BR.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

SANTOS, H. M. et al. **Introdução ao seguimento farmacoterapêutico**. Lisboa, PT: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (GICUF/ULHT), 2007.

SARTOR, V. B. **Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS**. 2010. 172 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SERAFIM, S. A. D. **Impacto da informatização na dispensação de medicamentos em um hospital universitário**. 2005. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde na Comunidade, Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, M. J. S. **Avaliação da farmácia hospitalar em hospitais estaduais do Rio de Janeiro**. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências na Área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2288>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR (SBRAFH). Padrões mínimos para farmácia hospitalar. Belo horizonte: SBRAFH, 1997. 12 p.

_____. **Padrões mínimos para farmácia hospitalar e serviços de saúde**. Goiânia: SBRAFH, 2007. 20p.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p.365-380, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SOUSA, M. F. **Conceitos básicos em monitoramento e avaliação**. Curso de ambientação para servidores do INEP. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, 2013. 26 slide, color. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

SOUTO, A. L. **Análise conjuntural sobre iniciativa do governo federal para recuperação da rede de hospitais universitários federais**: estudo de caso sobre o contrato entre EBSERH e UNB para gestão do HUB. 2015. 173 f. Trabalho de Conclusão de Curso

(Graduação) - Curso de Administração Pública, Universidade Nacional de Brasília, Brasília, 2015.

SOUZA, K. O.; LITTIKE, D.; SODRÉ, F. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): [Re] afirmação de um modelo de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013. Belo Horizonte, MG: **Anais eletrônicos**. Belo Horizonte, MG, 2013.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA DA SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A; VIERA DA SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-103.

SOUZA, R. F. F. **Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro**. 2014. 94f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

TAKAHASHI, P. S. K.; RIBEIRO, E. Aquisição de medicamentos e materiais. In: STORPIRTS, S. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 3. p. 27-44.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JIC). **International patient safety goal**. Oak Brook, USA, 2016. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

TUMA, I. L., CARVALHO, F. D., MARCOS, J. F. Programação, aquisição e armazenamento de medicamentos e produtos para saúde. In: NOVAIS, M. R. C. G. et al. **Guia de boas práticas em farmácia hospitalar e serviços de saúde**. São Paulo: Ateliê Vide o Verso, 2009. p. 149-190.

UCHOA, A. C. et al. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação de informações em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIERA DA SILVA, L. M. (Orgs.). **Meta-avaliação**

da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 11. p. 253-275.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva. **O campo da saúde coletiva.** Disponível em: <<http://www.isc.ufba.br/isc.php?externa=3>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU). **Regimento Interno.** Florianópolis, SC: UFSC, 1992. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento_interno_hu.pdf>. Acesso em: 07 set. 2015.

_____. Organograma da Direção de Geral - DG/HU. Florianópolis, SC: UFSC, 2012a. Disponível em: <www.hu.ufsc.br/documentos>. Acesso em: 24 mai. 2015.

_____. Organograma da Direção de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar - DAA/HU. Florianópolis, SC: UFSC, 2012b. Disponível em: <www.hu.ufsc.br/documentos>. Acesso em: 24 mai. 2015.

_____. 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, 2014b.

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

_____. Institucional. **Histórico.** Florianópolis, SC: UFSC, 2014a. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13>. Acesso em: 15 abr. 2014.

_____. RIMS - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Florianópolis, SC: UFSC, 2015. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/rims/>>. Acesso em: 10 set. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Contrato de gestão especial gratuita que entre si celebram A Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e a Empresa**

Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Brasília, DF, 16 de mar. 2016b. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/1059101/contrato+ufsc.pdf/1a977d91-8d86-40f0-abce-f2494eb849f4>>. Acesso em: 27 out. 2016.

_____. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU). Serviço de Estatística. _____. Serviço de Estatística.

Boletim estatístico de movimento hospitalar – Anual 2016.

Florianópolis, SC: UFSC, 2016a. Disponível em:

<http://www.hu.ufsc.br/?page_id=3487>. Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. Serviço de Capacitação Técnica. **Registro de participação em capacitações de 2012 a 2016.** Florianópolis, SC: UFSC, 2016c.

_____. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Gerenciamento de Resíduos. Florianópolis, SC: UFSC, 2016d. Disponível em:

<<http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/gerenciamento-de-residuos/>>.

Acesso em: 27 out. 2016.

_____. Farmácia. Dispensação. Florianópolis, SC: UFSC, 2016e.

Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/farmacia/dispensacao/>>.

Acesso em: 27 out. 2016.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2010. 320 p.

WANNMACHER, L. **Erros:** evitar o evitável. Uso Racional de medicamentos: Temas Selecionados. Brasília: Universidade de Brasília, v. 2, n.7, p. 4, jun. 2005.

WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. (Ed.).

Handbook of practical program evaluation. 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. 745 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The rational use of drugs. **Report of the Conference of Experts.** Nairobi, 25 - 29 november 1985. Disponível em:

<<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>>.

Acesso em: 18 jan. 2016.

_____. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008 - 2009**. Geneva:WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

_____. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Versão 1.1. Final Technical Report**, Geneva:WHO, January 2009. Disponível em:<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

GLOSSÁRIO

Assistência Farmacêutica - o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 1990; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Dispensação - ato profissional do farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 1998a).

Farmacovigilância - um conjunto de procedimentos relacionados à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a fármacos (BRASIL, 2015).

Seguimento farmacoterapêutico - é uma prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do doente relacionadas com os medicamentos, através da detecção, prevenção e resolução dos Resultados Negativos da Medicação (RNM), de modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o próprio doente e com os outros profissionais da saúde, com o objetivo de atingir resultados concretos que melhoram a qualidade de vida do doente (SANTOS et al., 2007).

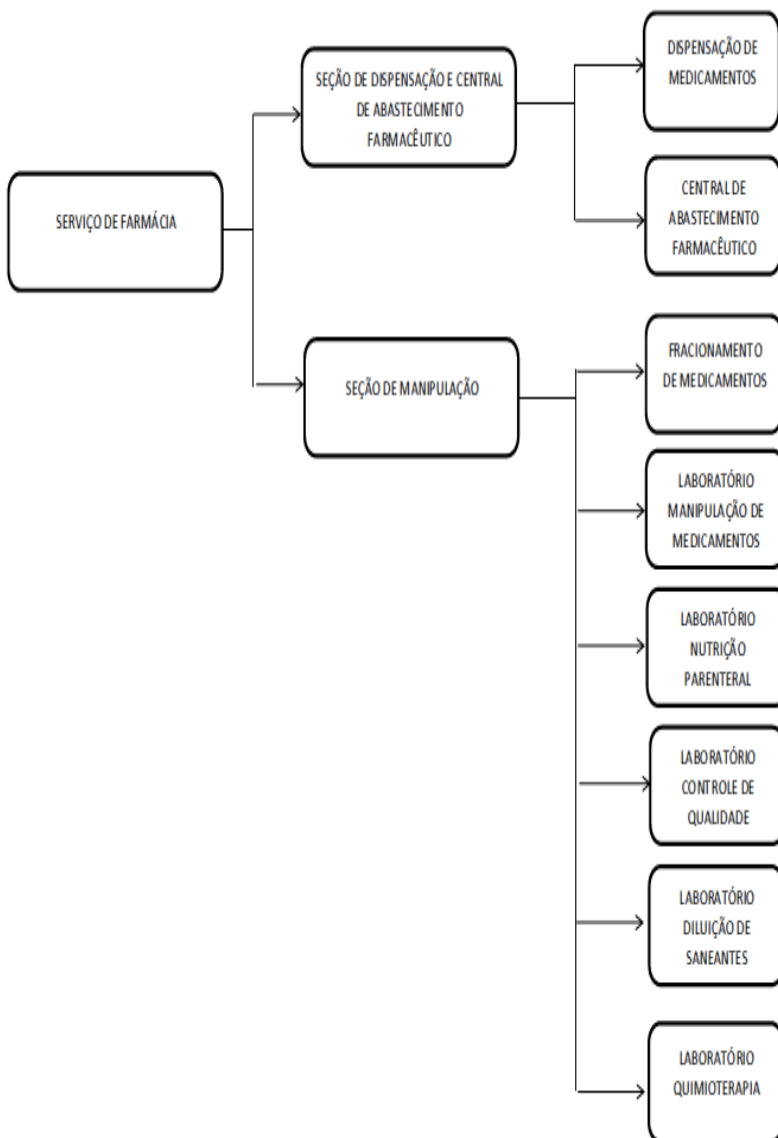
Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - o conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do distrito Federal e dos

Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária” (BRASIL, 1999b).

Uso racional de medicamentos - entende-se que há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (WHO, 1985).

APÊNDICES

APÊNDICE A: Organograma Serviço de Farmácia Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago



Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE B: Matriz de Análise e Julgamento: dimensões

Dimensão	Definição	Indicador	Tipo de Coleta & Fonte de Informação	Observado	Padrão	(Observado/Padrão) ×100
Organizacional	Aborda a estrutura (física, recursos humanos, insumos) e o monitoramento na Farmácia Hospitalar.					
Práticas Farmacêuticas	Corresponde ao processo de trabalho na Farmácia Hospitalar, contemplando as atividades pertencentes ao ciclo da assistência farmacêutica que contribuem para a segurança do paciente.					
Ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica	É função dos hospitais universitários servirem de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde (BRASIL, 2010a).					

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE C: Matriz de Análise e Julgamento: indicadores separados por dimensão

a) Dimensão organizacional:

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Normas e Procedimentos	Verificar se dentro das normas e procedimentos da FH constam os fluxos de trabalho, horário de funcionamento, atividades desenvolvidas.	Entrevista, Relatórios e demais documentos	Documentos institucionais
	Verificar se os procedimentos estão sendo revisados periodicamente.		
Definição indicador	O manual de normas e procedimentos contempla fluxos de trabalho, horário de funcionamento, atividades desenvolvidas. O serviço de saúde deve dispor de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda a equipe (BRASIL, 2011; MESEDER, 2005).		
Monitoramento	Verificar quais mecanismos de monitoramento são utilizados para controle das ações planejadas.	Entrevista, Relatório e documentos	Gestor da FH
Definição indicador	Mecanismo gerencial de acompanhamento e controle de ações planejadas, com base em indicadores. Permite a socialização de informações sobre resultados alcançados, bem como, serve de subsídio para tomada decisão quanto aos esforços necessários para aprimoramento das ações (BRASIL, 2006; SOUSA, 2013).		
Número de Profissionais na FH	Proporção de farmacêuticos/leitos: verificar se o quantitativo de farmacêuticos atende ao mínimo recomendado.	Relatório, Observação	Relatórios, escala de trabalho, SAME
	Proporção de funcionários da Farmácia/ leitos: verificar se o quantitativo de auxiliar de farmácia e almoxarife atende ao mínimo recomendado.	Relatório, Observação	Relatórios, escala de trabalho, SAME
	Verificar a presença de farmacêuticos durante todo o horário de funcionamento (BRASIL, 2014b).	Relatório, Observação	Escala de trabalho
Definição indicador	Proporção de farmacêuticos/leitos: relação entre o número total de leitos ativos pelo número de farmacêuticos na FH. Recomendações: 1 farmacêutico para cada 50 leitos (SBRAPH, 2007).		
	Proporção de funcionários da Farmácia/ leitos: relação entre o número de leitos ativos e o número de funcionários da FH, exceto farmacêuticos. Recomendações: 1 auxiliar de farmácia para cada 10 leitos; 1 almoxarife para cada 50 leitos (SBRAPH, 2007).		
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Continuação			
Perfil Profissional	Verificar o número de profissionais do serviço que fizeram formação nos últimos 5 anos/categoria de curso.	Entrevista	Servidores, RH e Gestor da FH
	Identificar se existem incentivos/facilidades para o desenvolvimento da qualificação individual.		
Definição indicador	Refere-se ao nível de formação acadêmica dos profissionais da FH e também aos cursos/capacitações que os mesmos participaram a fim de qualificar-se para suas respectivas funções.		
Participação Em Comissões Hospitalares	Participação em comissões da instituição: Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Suporte Nutricional (CSN), Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.	Documentos (atas, portarias de nomeação),	Gestor da FH
		Entrevista	
Definição indicador	Participação do farmacêutico da FH como membro efetivo da respectiva comissão, comprovado em atas e/ou designação por portarias (MESEDER, 2005).		
Relação de Medicamentos	Verificar existência de: Relação de Medicamentos, Protocolos Terapêuticos.	Observação	Site instituição e documentos instituição, servidores
	Verificar a data da última atualização		
Definição indicador	Relação de medicamentos para tratar as enfermidades mais frequentes no hospital, elaborada pela CFT.		
	Protocolos terapêuticos: normas de uso de medicamentos em que consta indicação, posologia, dose, para cada enfermidade (MESEDER, 2005).		
Adequação Ambiente e Localização	Verificar se as áreas estão definidas para cada atividade de acordo com a legislação.	Entrevista e Observação	Gestor da FH
		(<i>checklist</i>)	
Definição indicador	Para o funcionamento de um serviço de Farmácia Hospitalar, recomenda-se a organização de ambientes específicos para cada atividade desenvolvida. Deve localizar-se em área que facilite a provisão de serviços aos pacientes e às unidades hospitalares. Deve contar com recursos de comunicação e transporte eficientes (BRASIL, 2002; SBRAFH, 2007).		
Continua...			

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Conclusão			
Aporte Tecnológico	Verificar se existem equipamentos e softwares para utilização nas atividades da FH.	Observação	Informática HU e NEC
Definição indicador	Existência de recursos de informática para utilização nas atividades da FH. Consideram-se recursos de informática: equipamentos e softwares para utilização em atividades (MESSEDER, 2005).		
Gerenciamento de Resíduos	Verificar se a instituição dispõe de procedimentos para recolhimento e destruição, de forma segura e apropriada, de medicamentos e demais resíduos produzidos pela FH.	Entrevista e documentos instituição	Farmacêutico
Definição indicador	Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (BRASIL, 2004a). A instituição dispõe de um processo para identificar, recuperar e devolver ou destruir de forma segura e apropriada os medicamentos cujo recolhimento foi determinado pelo fabricante ou fornecedor. Existe uma política ou procedimento que define o uso ou destruição de medicamentos com prazo de validade sabidamente vencido ou fora de uso.		

Fonte: Elaborado pela autora.

b) Dimensão práticas farmacêuticas:

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Especificações de Compra	Verificar o que determina a definição das especificações de qualidade, obrigatoriedades técnicas do edital e julgamento técnico do processo (MESSEDER, 2005).	Entrevista	Representante da Comissão de Licitação, Representante Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e farmacêuticos que participam do prego
Definição indicador	Consiste na determinação, com exatidão, daquilo que se tem normatizado, fazendo uma descrição objetiva que deve conter detalhes que possam distinguir uma apresentação de outra. A especificação de um medicamento deve incluir: dosagem, forma farmacêutica e nomenclatura do fármaco segundo a Denominação Comum Brasileira. Todas as características que definem o produto a ser adquirido devem ser descritas de forma explícita. Nos editais, propostas licitatórias e contratos de aquisição de medicamentos, no âmbito do SUS, serão exigidas as especificações técnicas dos produtos, os respectivos métodos de controle de qualidade e a sistemática de certificação de conformidade (BRASIL, 1999c; TAKAHASHI; RIBEIRO, 2008).		
Gerenciamento de Estoque	Verificar: 1) existência de monitoração de fluxo de produtos; 2) controle realizado por meio manual (fichas próprias) ou informatizado; 3) definições de parâmetro de consumo médio mensal, ponto de ressuprimento, estoque de segurança e estoques mínimo e máximo; 4) estoques adequadamente ordenados e identificados (BRASIL, 2013c; CIPRIANO, 2009).	Entrevista e observação	Farmacêutico responsável pelo setor
	Verificar existência de procedimentos definidos para recebimento, armazenamento, conservação (BRASIL, 2013).	Entrevista	Farmacêutico responsável pelo setor
	Será definida a relação de medicamentos indicadores e será feita a verificação se os medicamentos estão disponíveis, ou seja, se ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque (MESSEDER, 2005).	Entrevista e observação	Farmacêutico responsável pelo setor
	$\left(\frac{\text{n}^{\circ} \text{ total do medicamento Y vendido}}{\text{n}^{\circ} \text{ total do medicamento Y em estoque}} \right) \times 100$	Observação	Relatório fornecido pelo sistema de controle de estoque
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Continuação			
Definição indicador	Para que um sistema de gestão de estoques seja considerado eficiente, ele deve proporcionar a identificação de: histórico da movimentação dos estoques (entradas e saídas), níveis de estoque (mínimo, máximo, ponto de ressuprimento), dados do consumo. Deve ser evitado o desabastecimento do sistema. Durante o recebimento dos medicamentos na unidade de saúde, deverá ser feita conferência, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física. Deve também prezar pelo armazenamento e conservação de acordo com o recomendado pelo fabricante/legislação, a fim de manter a estabilidade e integridade durante o período de vida útil. Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficiente sistema de controle de estoque, preferencialmente eletrônico, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade. A rastreabilidade, no âmbito hospitalar, é a capacidade do hospital em monitorar o recebimento, distribuição, dispensação e administração mantendo-se o controle sobre lote e validade dos medicamentos nestes processos (BRASIL, 2013c; FERRACINI, 2010; TUMA; CARVALHO; MARCOS, 2009).		
Sistema de Distribuição de Medicamentos	Identificar qual o sistema de distribuição utilizado pela FH deste hospital? Sistema de distribuição coletivo; Sistema de distribuição individualizado; Sistema de distribuição misto ou combinado; Sistema de distribuição por dose unitária.	Entrevista e Observação	Gestor da FH e farmacêuticos
Definição indicador	Os sistemas de distribuição de medicamentos são classificados em (FERRACINI, 2010): 1) coletivo, sistema de dispensação por estoque na unidade de internação. A enfermagem faz a requisição de reposição de estoques ao serviço de farmácia, que dispensa os medicamentos sem que haja informações para quem o medicamento está sendo solicitado e por quanto tempo será utilizado; 2) sistema individualizado, o medicamento é dispensado por paciente, geralmente por um período de 24h; 3) sistema misto ou combinado, parte dos medicamentos é dispensada pela farmácia por meio de solicitação por parte da enfermagem e outra parte através de prescrições médicas, sendo parte do sistema coletivo e parte individualizado. Geralmente, as unidades de internação de forma parcial ou integral, são atendidas pelo sistema individualizado e os serviços (radiologia, endoscopia, ambulatórios, serviços de urgência e outros) são atendidos pelo sistema coletivo. 4) dose unitária, é uma quantidade ordenada de medicamentos com forma e dosagem prontas para serem administrados a um paciente de acordo com a prescrição médica, num certo período de tempo.		Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Continuação Farmacotécnica	Identificar registros de controle de qualidade das formulações produzidas.	Entrevista e Observação	Farmacêutico do setor e registros.
	Verificar se a norma interna da FH está em conformidade com a legislação vigente de fracionamento.	Entrevista e Protocolos (<i>checklist</i>)	Farmacêuticos do setor e Protocolo do setor
Definição indicador	Elaborar preparações magistrais e oficinais e/ou fracionar especialidades farmacêuticas. Fracionamento de medicamentos: subdivisão da embalagem primária do medicamento em frações menores, a partir de sua embalagem original, com a finalidade de viabilizar a dispensação de medicamentos ao usuário na quantidade estabelecida pela prescrição médica, mantendo os seus dados de identificação e qualidade (BRASIL, 2007b; FERRACINI, 2010).		
Avaliação farmacêutica de prescrições	Taxa de avaliação farmacêutica (CIPRIANO, 2009): $\left(\frac{\text{número de pacientes com prescrição avaliada}}{\text{número total de pacientes - dia no período}} \right) \times 100$	Entrevista e Observação	Farmacêutico e SAME
Definição indicador	Número de pacientes internados com prescrição avaliada corresponde à soma do número de pacientes internados diariamente com prescrição avaliada pelo farmacêutico. Número de pacientes-dia no período: soma do número de pacientes internados diariamente nas unidades atendidas pela farmácia no período determinado (CIPRIANO, 2009).		
Farmacovigilância	Índice de notificações de reação adversa a medicamentos (CIPRIANO, 2009): $\left(\frac{\text{número de notificações de RAM em pacientes internados}}{\text{número de pacientes - dia no período}} \right) \times 1000$	Entrevista e observação	Relatórios e Fichas de notificação de evento adverso
Definição indicador	Conjunto de procedimentos relacionados à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos (BRASIL, 2015). Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a farmacovigilância: eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos, inefetividade terapêutica, erros de medicação, uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro, uso abusivo, intoxicações e interações medicamentosas.		
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Continuação			
Erro na prescrição	<p>Taxa de erros na prescrição de medicamentos (BRASIL, 2013c):</p> $\left(\frac{\text{número de medicamentos prescritos com erro}}{\text{número total de medicamentos prescritos}} \right) \times 100$ <p>Identificar qual a conduta adotada pelo farmacêutico frente ao erro na prescrição.</p>	<p>Observação e Relatórios</p> <p>Entrevista</p>	Farmacêutico
Definição indicador	Nº de medicamentos prescritos com erro: são os medicamentos prescritos faltando dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão e abreviaturas contraindicadas. Nº total de medicamentos prescritos: são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo (BRASIL, 2013c).		
Erro de dispensação	<p>Taxa de erro de dispensação de medicamentos (BRASIL, 2013c; CIPRIANO, 2009):</p> $\left(\frac{\text{número de itens incorretamente separados}}{\text{número total de itens dispensados}} \right) \times 100$ <p>Verificar existência de dupla conferência no processo de dispensação.</p>	<p>Observação e Relatórios</p> <p>Observação</p>	Gestor da FH e farmacêuticos
Definição indicador	<p>Consiste no desvio na interpretação da prescrição, cometido pela equipe da farmácia quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades. Para a taxa de erro de dispensação de medicamentos serão considerados os seguintes conceitos (BRASIL, 2013c):</p> <p>Número de itens separados incorretamente: itens separados em discordância (erro durante a avaliação farmacêutica da prescrição, separação, conferência) com a prescrição médica ou requisição. Não são erros de separação; item em falta no estoque, item substituído por similar e adequação de apresentação (dosagem e forma farmacêutica). Número de itens no período: todos os itens solicitados na prescrição médica ou requisição.</p> <p>Conferência: em farmácias ambulatoriais e hospitalares, as etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade. O procedimento da dupla conferência na área da saúde consiste na conferência de um dado procedimento pelo mesmo profissional duas vezes, ou por dois profissionais. Essa é uma das estratégias que objetivam minimizar erros assistenciais maximizando a segurança ao paciente (BRASIL, 2013; WACHTER, 2010).</p>		
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Continuação			
Seguimento Farmacoterapêutico	<p>Observar a presença de registros de acompanhamento dos pacientes.</p> <p>Verificar se os farmacêuticos realizam consultas.</p> <p>O Seguimento Farmacoterapêutico representa a área de intervenção farmacêutica no âmbito da farmácia clínica em que o farmacêutico pode contribuir de modo efetivo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, reduzindo a morbidade e a mortalidade associada aos medicamentos. Consiste no processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos.</p> <p>Problema Relacionado ao Medicamento: problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do paciente (IVAMA, 2002).</p> <p>Na prática diária o farmacêutico selecionará pacientes, de acordo com critérios preestabelecidos, e os atenderá em consultas individualizadas. Utilizam-se técnicas de semiologia farmacêutica e entrevista clínica para coletar e organizar dados do paciente.</p> <p>É aberta uma ficha para registro do atendimento, que será arquivada no prontuário do paciente. De posse de todas as informações necessárias, o farmacêutico será capaz de revisar a medicação em uma abordagem clínica e identificar PRM presentes e potenciais do paciente. Será elaborado então um plano de cuidado em conjunto com o paciente, que pode incluir intervenções farmacêuticas e/ou encaminhamento a outros profissionais.</p> <p>Consulta farmacêutica formal a pacientes internados: consulta farmacêutica corresponde ao atendimento individual do paciente em recinto privativo, com a finalidade de prover orientações sobre seus medicamentos e a terapêutica. A consulta inclui registro escrito do atendimento, contendo: registro cronológico da informação relacionada ao consumo de medicamentos do paciente, informações relacionadas a condições médicas deste, suas alergias e dados demográficos (MESSEDER, 2005).</p>	<p>Registros de acompanhamento e orientação de alta</p> <p>Farmacêuticos e Gestor da FH</p>	
Definição indicador		<p>Observação</p> <p>Entrevista</p>	
Desenvolvimento de atividades educativas	<p>Verificar existência das atividades educativas com a equipe de saúde.</p> <p>Verificar existência das atividades educativas voltadas para pacientes.</p>	<p>Entrevista</p>	<p>Gestor da FH e Farmacêuticos</p>
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDÊNCIA
Continuação			
Definição indicador	Entende-se por atividades educativas: palestras, discussão, orientação, distribuição de informação impressa, voltadas para a equipe de saúde ou para pacientes.		
Desenvolvimento de Atividade de Informação com algum nível de formalização	<p>Identificar se a FH exerce atividade de informação e se atende às demandas de informação sobre medicamentos (público externo). Verificar existência de: Guia Farmacoterapêutico. Disponibilidade de Fontes de Informação: Identificar quais os tipos de fonte de informação estão disponíveis no serviço de FH (para uso da equipe da farmácia, público interno).</p> <p>Quando a FH disponibiliza informações relativas a medicamentos e fármacos, com algum nível de formalização (registro escrito). Informar sobre medicamentos significa coletar, analisar e organizar toda a informação relevante sobre medicamentos a fim de difundir-la com fins educativos, de investigação ou simplesmente informativos. Guia farmacoterapêutico: Instrumento que orienta a prescrição e a dispensação de medicamentos, sendo ferramenta para assegurar seu uso seguro (MESSEDER, 2005). Fontes de informação:</p> <p>1) Fontes primárias: novas informações ou novas interpretações de ideias ou atos acontecidos. Caracteriza-se por ser uma informação original, sendo muitas vezes o primeiro registro formalizado de alguma informação situado em fontes bastante diversas. Ex.: Artigos de periódicos; patente; relatórios; teses e dissertações; normas técnicas. 2) Fontes secundárias: informações sobre documentos primários. É a informação filtrada e organizada, a partir da seleção e revisão das fontes. Ex.: Enciclopédias; dicionários; manuais; tabelas; revisão de literatura; monografias; anuários; base de dados. 3) Fontes terciárias: correspondem a livros texto, compêndios e Farmacopéias, com edições atualizadas (3 anos retroativos à contar da data da visita) (CUNHA, 2001; MESSEDER, 2005).</p>	Entrevista e documentos Observação	Gestor da FH, Farmacêuticos, Registro, documentos (ofícios, memorando), Guia Farmacoterapêutico Material disponível na FH e Bases de dados.
Definição indicador			

Fonte: Elaborado pela autora.

c) Dimensão ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica:

INDICADOR	COMO MEDIR	TIPO DE COLETA	FONTE DE EVIDENCIA
Formação Profissional	Verificar quais programas e atividades de formação profissional são oferecidos para o público em geral. Identificar capacitações locais nos últimos 5 anos.	Entrevista	Gestor da FH e RH
Definição indicador	Os programas e atividades de formação profissional incluem: residência (são atividades acadêmicas e práticas formalizadas como curso que conferem ao aluno, grau de especialista, reconhecido pelo MEC), estágios, treinamento em serviço e outros cursos. Além disso, a Farmácia Hospitalar pode ser local de educação permanente para a rede de serviços do SUS. Esta formação deve capacitar os profissionais a fim de garantir assistência integral à saúde (MESEDER, 2005).		
Produção de Informações e Conhecimento	Relação das atividades de pesquisas que a FH participa / apota e tipo de financiamento.	Documentos, relatórios, entrevista	Gestor da FH
Definição indicador	Procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. Esta prática é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e da utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos (GIL, 1999).		
Articulação com Ensino	Identificar as relações entre graduação de farmácia e FH nos últimos 2 anos e atividades de ensino desenvolvidas pela equipe da FH.	Entrevista	Gestor da FH
Definição indicador	Consiste na participação da universidade, neste caso, o curso de graduação em farmácia, desenvolvendo atividades de ensino na FH. Além disso, também serão consideradas as atividades de ensino desenvolvidas pela FH, como sessão científica que consiste na reunião da equipe de farmacêuticos, acadêmicos, bolsistas e residentes, com a finalidade de discutir temas da sua prática diária, a luz da evidência científica (MESEDER, 2005).		
Desenvolvimento de Novas Tecnologias	Identificar as avaliações e incorporações de novas tecnologias para as práticas farmacêuticas, nos últimos 5 anos	Relatórios, Entrevista	Gestor da FH e farmacêuticos
Definição indicador	Tecnologia em Saúde é a aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida (CATES, 2015).		

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE D: Matriz de Análise e Julgamento: indicadores e perguntas relacionadas (análise e consenso)

a) Dimensão organizacional:

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
Normas e Procedimentos	Verificar se os procedimentos estão sendo revisados periodicamente.	Documentos institucionais	Tem normas do serviço? Quando foi feita a última revisão das normas e procedimentos da FH? Você considera necessário fazer nova revisão nas normas e procedimentos da Farmácia Hospitalar (FH)? A cada quanto tempo?
Monitoramento	Verificar quais mecanismos de monitoramento são utilizados para controle das ações planejadas.	Gestor da FH	O serviço de farmácia utiliza ferramentas de monitoramento em suas rotinas? Quais ferramentas? Qual a importância do uso destas ferramentas na FH?
Número de Profissionais na FH	Proporção de farmacêuticos/leitos: verificar se o quantitativo de farmacêuticos atende ao mínimo recomendado. Proporção de funcionários da Farmácia/leitos: verificar se o quantitativo de auxiliar de farmácia e almoxarife atende ao mínimo recomendado.	Relatórios, escala de trabalho, SAME	Quantos profissionais atuam na FH? A FH conta com estagiários? Quantos de graduação? Quantos de pós-graduação?
Perfil profissional	Identificar se existem incentivos/facilidades para o desenvolvimento da qualificação individual.	Servidores, RH e Gestor da FH	Existe formalização para participação de cursos? Todos os funcionários participaram de algum curso no último ano? Você já obteve autorização para participação em curso, capacitações e congressos fora da instituição/ cidade/ estado? A instituição incentiva que o servidor vá fazer uma capacitação (interna ou externa)? É fácil conseguir liberação? Os eventos que você participou no último ano foram oferecidos pela instituição ou por outro órgão?
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDENCIA	PERGUNTAS
Continuação			
Participação em comissões hospitalares	Participação em comissões da instituição: Comissão de Infecção Hospitalar (CCH), Comissão de Suporte Nutricional (CSN), Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.	Gestor da FH	Existem representantes da FH nas comissões hospitalares? Em quais? Quantos? Frequência das reuniões? Qual a importância de ter um representante da FH nas comissões hospitalares? Existem relatos que comprovem a participação do farmacêutico junto à equipe multiprofissional (portarias, atas)?
Relação de Medicamentos	Verificar existência de: Relação de Medicamentos, Protocolos Terapêuticos.	Site instituição, documentos instituição e servidores	Como é elaborada a Relação de Medicamentos? Existe algum local em que a Relação de Medicamentos esteja disponível para consulta? Quais são as contribuições que a CFT pode proporcionar para a instituição? Qual o número de inclusões e exclusões de medicamentos padronizados no último ano? Você considera que as condutas dos profissionais são orientadas por protocolos terapêuticos? Qual a fonte do protocolo utilizado (ANVISA, protocolo próprio, USP, etc.)? De que forma são disponibilizados e divulgados estes documentos? Ano de publicação? Quando foi feita a última relação de medicamentos? Quando foi feita a última atualização de protocolos?
Adequação Ambiente e Localização	Verificar a data da última atualização. Verificar se as áreas estão definidas para cada atividade de acordo com a legislação.	Gestor da FH	Você considera que a localização da FH é favorável para a provisão de serviços aos pacientes e as unidades hospitalares? A FH conta com recursos de comunicação e transporte eficientes? A FH possui farmácias satélites? Onde estão localizadas? Você considera necessária abertura de outras farmácias satélites? Por que?
Continua...			

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
<p>Conclusão</p> <p>Gerenciamento de Resíduos</p>	<p>Verificar se a instituição dispõe de procedimentos para recolhimento e destruição, de forma segura e apropriada, de medicamentos e demais resíduos produzidos pela FH.</p>	<p>Farmacêutico</p>	<p>Fale sobre como se dá o gerenciamento dos resíduos gerados pela instituição. A instituição possui plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde (PGRSS)? Existe um plano específico para os resíduos gerados pela FH? Está disponível em que local? Qual a data da última atualização? Quando você considera necessário atualizar?</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

b) Dimensão práticas farmacêuticas:

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
Especificações de Compra	Verificar o que determina a definição das especificações de qualidade, obrigações técnicas do edital e julgamento técnico do processo (MESSEDER, 2005).	Gestor e setor financeiro	<p>Explique como ocorre o processo de compra de medicamentos na instituição</p> <p>Existe uma porcentagem definida do orçamento destinada aos medicamentos?</p> <p>Como são definidos os prazos para entrega dos medicamentos?</p> <p>As especificações técnicas completas para a compra são definidas pelo farmacêutico?</p> <p>No momento da definição de especificações técnicas já se tem conhecimento dos recursos e prazos estabelecidos?</p> <p>Quais são os critérios de qualidade adotados pela CFT (laudo de equivalência farmacêutica e biodisponibilidade dos medicamentos)?</p>
Gerenciamento de Estoque	<p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) existência de monitoração de fluxo de produtos; 2) controle realizado por meio manual (fichas próprias) ou informatizado; 3) definições de parâmetro de consumo médio mensal, ponto de ressuprimento, estoque de segurança e estoques mínimo e máximo; 4) estoques adequadamente ordenados e identificados (BRASIL, 2013c; CIPRIANO, 2009). 	Farmacêutico responsável pelo setor	<p>Existe monitoramento de fluxo de produtos?</p> <p>De que forma se dá este monitoramento?</p> <p><input type="checkbox"/> Manual ;</p> <p><input type="checkbox"/> Informatizado;</p> <p>Estão definidos os seguintes parâmetros:</p> <p><input type="checkbox"/> consumo médio mensal;</p> <p><input type="checkbox"/> ponto de ressuprimento;</p> <p><input type="checkbox"/> estoque de segurança;</p> <p>O serviço de FH dispõe de procedimentos definidos para armazenamento, conservação e controle? Com que periodicidade são revisados?</p> <p>Com que frequência são realizados os inventários?</p>
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
Continuação			
Gerenciamento de Estoque	<p>Verificar existência de procedimentos definidos para recebimento, armazenamento, conservação (BRASIL, 2013c).</p> <p>Será definida a relação de medicamentos indicadores e será feita a verificação se os medicamentos estão disponíveis, ou seja, se ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque (MESSEDER, 2005).</p>	Farmacêutico responsável pelo setor	<p>Eles abrangem parte ou todo o conjunto de itens? São utilizados mecanismos que permitam a rastreabilidade dos medicamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> Código de Barras</p> <p><input type="checkbox"/> Código DATAMATRIX</p> <p><input type="checkbox"/> Não existe sistema</p> <p>Outro mecanismo. Qual? _____</p>
Sistema de Distribuição de Medicamentos	<p>Identificar qual o sistema de distribuição utilizado pela FH deste hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> sistema de distribuição coletivo</p> <p><input type="checkbox"/> sistema de distribuição individualizado</p> <p><input type="checkbox"/> sistema de distribuição misto ou combinado</p> <p><input type="checkbox"/> sistema de distribuição por dose unitária</p>	Gestor da FH e farmacêuticos	<p>O mesmo sistema de distribuição é empregado para todas as unidades do hospital? Existe algum motivo para ter sido adotado esse sistema?</p> <p>Existe alguma maneira de rastrear os medicamentos após a sua dispensação? Tendo em vista o sistema atual utilizado pela instituição para distribuição de medicamentos, você considera este sistema seguro e eficaz?</p>
Farmaco-técnica	Identificar registros de controle de qualidade das formulações produzidas.	Farmacêutico do setor	<p>Como é realizado o controle de qualidade das formulações? Com que frequência ele é feito? Quais os tipos de formulações não estéreis a FH prepara? Qual a percentagem da produção é enviada para análise?</p>
Continua...			

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
<p>Continuação</p> <p>Farmaco-técnica</p>	<p>Verificar se a norma interna da FH está em conformidade com a legislação vigente de fracionamento.</p>	<p>Farmacêutico do setor</p>	<p>Descreva como ocorre o processo de fracionamento? O farmacêutico responsável realiza a conferência dos medicamentos fracionados com a embalagem original? Quais são as contribuições para a segurança do paciente que este serviço pode proporcionar? Como é feito o registro dos medicamentos fracionados? Existe alguma forma de rastrear os produtos e procedimentos realizados? Quais estratégias podem auxiliar na melhoria da segurança no fracionamento de medicamentos? Existe controle de qualidade das unidades fracionadas?</p> <p>Na embalagem das doses fracionadas são encontrados os seguintes dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nome Comercial <input type="checkbox"/> Denominação Genérica <input type="checkbox"/> Concentração da Substância Ativa <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/> Nome do Farmacêutico Responsável <p>Ocorre fracionamento em dose unitária de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sólidos Orais <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Sólidos Não Orais <input type="checkbox"/> Injetáveis
Continua...			

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
<p>Continuação</p>	<p>Taxa de avaliação farmacêutica (CIPRIANO, 2009):</p> $\left(\frac{\text{n}^\circ \text{pacientes com prescrição avaliada}}{\text{n}^\circ \text{total de pacientes} - \text{dia no período}} \right) \times 100$	<p>Farmacêutico e SAME</p>	<p>Qual o percentual de prescrições são avaliadas antes da dispensação?</p> <p>Descreva quais os principais critérios levados em consideração durante a avaliação das prescrições?</p> <p>Todas as prescrições com medicamentos antimicrobianos ou com medicamentos potencialmente perigosos passaram por avaliação farmacêutica?</p>
<p>Farmacovigilância</p>	<p>Índice de notificações de reação adversa a medicamentos (CIPRIANO, 2009):</p> $\left(\frac{\text{n}^\circ \text{notificações de RAM em pacientes internados}}{\text{n}^\circ \text{pacientes} - \text{dia no período}} \right) \times 1000$	<p>Relatórios e Fichas de notificação de evento adverso</p>	<p>Descreva como atua o farmacêutico na Farmacovigilância.</p> <p>Qual procedimento será feito após o recebimento das notificações?</p> <p>Quando tomar uma providência e em quanto tempo após a notificação?</p> <p>Qual é a média mensal de notificações?</p> <p>Poderia descrever a distribuição destas notificações (erros, eventos adversos, queixa técnica)?</p> <p>Quais fatores você considera que podem dificultar a notificação por parte da equipe?</p> <p>Quais fatores facilitam a notificação?</p> <p>Como se dá o desfecho das notificações?</p> <p>De que forma a notificação pode contribuir para a segurança do paciente?</p> <p>Você realiza algum método de monitorização de eventos adversos?</p> <p>Você mantém algum tipo de registros dos atendimentos realizados (prontuário, sistema, etc.)?</p>
			<p>Continua...</p>

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
Continuação			
Farmacovigilância			<p>Onde?</p> <p>Quanto profissionais trabalham nesta atividade?</p> <p>Qual a carga horária?</p> <p>Considera suficiente?</p> <p>De que forma é realizada a conscientização/sensibilização da equipe?</p> <p>Curso de Capacitação Informativos</p> <p>Pôster</p> <p>n.d.a</p>
Erro na prescrição	<p>Taxa de erros na prescrição de medicamentos (BRASIL, 2013c):</p> $\left(\frac{\text{n}^{\circ} \text{ medicamentos prescritos com erro}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de medicamentos prescritos}} \right) \times 100$ <p>Identificar qual a conduta adotada pelo farmacêutico frente ao erro na prescrição</p>	Farmacêutico	<p>De que forma a FH pode contribuir para uma prescrição segura de medicamentos?</p> <p>Qual a conduta adotada pelo farmacêutico frente ao erro na prescrição?</p> <p>Você saberia estimar o quantitativo de erros de prescrição?</p> <p>É feito algum tipo de acompanhamento dos erros de prescrição?</p> <p>Quais são os principais erros de prescrição observados?</p> <p>Você considera o modelo atual de prescrição seguro? Por que?</p> <p>As suas intervenções são prontamente aceitas?</p>
Continua...			

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
Continuação	Taxa de erro de dispensação de medicamentos (BRASIL, 2013c; CIPRIANO, 2009): $\left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de itens incorretamente separados}}{\text{n}^\circ \text{ total de itens dispensados}} \right) \times 100$	Gestor da FH e farmacêuticos	Existem mecanismos de controle/ registro dos erros de dispensação? Quais estratégias podem auxiliar na melhoria da segurança na dispensação de medicamentos? Após a dispensação dos medicamentos prescritos eles são: Entregues ao funcionário da clínica Conferidos pelo farmacêutico e depois serão entregues ao funcionário da clínica Conferidos por outro funcionário autorizado da farmácia
Erro de dispensação	Verificar existência de dupla conferência no processo de dispensação		O sistema de informática permite que tenha rastreabilidade? Se tivesse um sistema que permitisse a rastreabilidade quais tipos de erros seriam minimizados? Existe possibilidade de dupla conferência ao final do processo?
Seguimento Farmacoterapêutico	Observar a presença de registros de acompanhamento dos pacientes.	Registros de acompanhamento e orientação de alta	Quanto farmacêuticos clínicos atuam neste hospital (carga horária)? Qual a quantidade ideal de farmacêuticos clínicos? Quais as principais atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos clínicos desta instituição? Estas atividades são registradas onde? De que forma o farmacêutico clínico pode contribuir para a segurança do paciente?
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
Continuação	<p>Verificar se os farmacêuticos realizam consultas.</p>	<p>Farmacêuticos e Gestor da FH</p>	<p>Dentre os farmacêuticos deste hospital quantos realizam atividades referentes ao Seguimento Farmacoterapêutico? Qual é o método de Seguimento Farmacoterapêutico utilizado por você? Você possui uma equipe de trabalho? Quantos farmacêuticos deste hospital realizam consulta farmacêutica? Quais são os critérios de seleção de pacientes para Seguimento Farmacoterapêutico? Quantos pacientes você acompanha? Descreva quais as principais contribuições você observa ou observou nos pacientes em acompanhamento? Quais dificuldades você pode mencionar que interferem na realização do Seguimento Farmacoterapêutico? Dentre os pacientes internados qual a proporção destes que recebe consulta farmacêutica formal?</p>
<p>Desenvolvimento de atividades educativas</p>	<p>Verificar existência das atividades educativas com a equipe de saúde.</p> <p>Verificar existência das atividades educativas voltadas para pacientes.</p>	<p>Gestor da FH e Farmacêuticos</p>	<p>Os farmacêuticos realizam algum tipo de atividade atividades educativas com os pacientes? Descreva. De que forma este tipo de atividade pode contribuir para a segurança do paciente? Os farmacêuticos realizam algum tipo de atividade atividades educativas com a equipe? Descreva. De que forma este tipo de atividade pode contribuir para a segurança do paciente?</p>
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
<p>Conclusão</p> <p>Desenvolvimento de Atividade de Informação com algum nível de formalização</p>	<p>Identificar se a FH exerce atividade de informação e se atende às demandas de informação sobre medicamentos (público externo). Verificar existência de: Guia Farmacoterapêutico.</p> <p>Disponibilidade de Fontes de Informação: Identificar quais os tipos de fonte de informação estão disponíveis no serviço de FH (para uso da equipe da farmácia, público interno).</p>	<p>Gestor da FH, Farmacêuticos, Registro, docs (ofícios, memorando), Guia Farmacoterapêutico</p> <p>Material disponível na FH e Bases de dados.</p>	<p>A Farmácia Hospitalar desenvolve algum tipo de atividade de informação formalizada? Cite de que forma estas informações são disponibilizadas? A instituição dispõe de um Guia Farmacoterapêutico? Você acha que faz falta não ter este guia? Quais profissionais participam da elaboração e revisão? Onde está disponível este guia? Qual ano da última versão disponível? Você considera necessária uma atualização de quanto em quanto tempo?</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

c) Dimensão ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica:

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
Formação Profissional	Verificar quais programas e atividades de formação profissional são oferecidos para o público em geral. Identificar capacitações locais nos últimos 5 anos.	Gestor da FH e RH	<p>A FH oferece vagas para: Residência, Estágios, Treinamento em Serviço, Mestrado, Doutorado</p> <p>Recebe alunos provenientes de outros cursos?</p> <p>Recebe alunos de outras instituições?</p> <p>Recebe algum incentivo financeiro quando do recebimento de alunos?</p> <p>A farmácia oferece cursos ou algum programa ou atividade de formação profissional direcionados a alunos, residentes, estagiários, dentre outros?</p> <p>Relacionar cursos próprios e a liberação de profissionais para participar de cursos, capacitações, congressos?</p>
Produção de Informações e Conhecimento	Relação das atividades de pesquisas que a FH participa / apoia e tipo de financiamento.	Gestor da FH	<p>Os integrantes da FH desenvolvem pesquisas e as publicam nos periódicos científicos?</p> <p>Qual o número de publicações em periódicos específicos/ Saúde Pública / Revistas de Ensino no último ano, pelos integrantes da FH?</p> <p>Relação das atividades de pesquisas que a FH participa / apoia?</p> <p>As pesquisas são financiadas e por qual órgão?</p> <p>A FH participa/ participou de atividades de pesquisa no hospital (estudos de utilização, ensaios clínicos, estudos de revisão de uso ou avaliação de uso ou outro)</p> <p>A FH produz revisões sistemáticas e metanálise, estudos observacionais, ensaios clínicos ou estudos econômicos?</p>
			Continua...

INDICADOR	COMO MEDIR	FONTE DE EVIDÊNCIA	PERGUNTAS
Conclusão			
Articulação com Ensino	Identificar as relações entre graduação de farmácia e FH nos últimos 2 anos e atividades de ensino desenvolvidas pela equipe da FH.	Gestor da FH	<p>Como são desenvolvidas as atividades de ensino e pesquisa na FH?</p> <p>Comente sobre as relações entre graduação de Farmácia e FH do HU/UFSC nos últimos 2 anos e atividades de ensino desenvolvidas pela equipe da FH.</p> <p>Existe algum tipo de parceria entre as duas partes?</p> <p>A FH realiza sessões científicas? Com que frequência?</p>
Desenvolvimento de Novas Tecnologias	Identificar as avaliações e incorporações de novas tecnologias para as práticas farmacêuticas, nos últimos 5 anos	Gestor da FH e farmacêuticos	<p>Qual a sua opinião sobre o papel desta FH em inovação tecnológica?</p> <p>Os recursos tecnológicos que a FH do HU/UFSC dispõe hoje em dia são considerados de última tecnologia?</p> <p>Qual a importância deste tipo de recurso para o seu trabalho?</p> <p>No último quinquênio foram desenvolvidas/incorporadas novas tecnologias ao serviço? Quais?</p> <p>Alguma vez a FH participou de projetos nacionais para avaliação/implantação de novas tecnologias?</p> <p>A forma como são executadas as rotinas na FH do HU/UFSC podem servir de modelo para as demais instituições?</p> <p>Comente.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) para entrevista de gestores (farmácia, recursos humanos, financeiro) e profissionais de saúde (farmacêuticos)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ENTREVISTAS**

Prezado (a),

O (a) senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa **Avaliação das atividades da farmácia hospitalar para segurança do paciente em um hospital universitário**. Este estudo compõe a elaboração de uma dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, sob orientação da Profa. Dra. Sonia Natal, do Departamento de Saúde Coletiva da UFSC. Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar se a farmácia hospitalar realiza suas atividades de forma que possa contribuir para a segurança do paciente. Além disso, pretende-se elaborar os modelos, selecionar e construir indicadores para avaliação das atividades relacionadas à segurança do paciente na farmácia hospitalar, identificar fatores que influenciam para uma medicação segura no serviço de farmácia hospitalar e identificar as estratégias que possibilitem a redução/prevenção de erros de medicação. Nesta etapa da pesquisa estão sendo coletados dados por meio de entrevistas. Sua participação consiste em responder uma série de perguntas à pesquisadora, referentes às atividades da farmácia hospitalar. Estas entrevistas serão individuais. Solicitamos sua autorização para realizar a gravação das conversas. As respostas serão transcritas e analisadas pela pesquisadora. As informações fornecidas durante a pesquisa serão confidenciais e assegura-se o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes. A guarda dos dados, seu acesso e sua análise ocorrerão apenas pela pesquisadora e serão utilizados somente para fins deste estudo, que poderá ser publicado ou divulgado com propósito científico. Os riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa são mínimos e incluem constrangimentos, trazer à memória experiências ou situações vividas que lhe causem desconforto durante a entrevista e remota possibilidade de quebra de sigilo involuntária e não intencional pelo fato dos entrevistados pertencerem a um mesmo local. Para amenizar estes riscos, as entrevistas serão realizadas em local neutro, em dia e horário mais convenientes para o participante. Embora a pesquisadora não

consiga identificar outros riscos, caso sejam identificados no futuro, eles serão controlados. Sua participação é voluntária e o (a) senhor (a) tem inteira liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízos pessoais. O (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer haverá ressarcimento nos termos da lei, da mesma forma, se houver algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A sua participação será de grande relevância para o alcance dos objetivos da pesquisa. Você receberá uma via deste termo, o qual consta o telefone e o endereço eletrônico da pesquisadora para contato, os quais o (a) senhor (a) poderá acionar em qualquer momento para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação. Caso aceite participar, assine abaixo, concordando com os termos descritos.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Florianópolis, ____ de _____ de 2016.

Eu, _____,
portador (a) do RG _____, entendi os objetivos de minha
participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisadora: Jaqueline Nunes Flores
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC

PESQUISADORAS:

Jaqueline Nunes Flores

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina; Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário Trindade, s/n; CEP 88040-900 Florianópolis/SC

Telefone: (48) 9615-6662

E-mail: jaquelineflores@yahoo.com.br

Sonia Natal

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina; Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário Trindade, s/n; CEP 88040-900 Florianópolis/SC

Telefone: (48) 8863-6090

E-mail: sonia.natal@ufsc.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC):

Endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400

Telefone: (48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) para oficina com profissionais de saúde, professores, doutores



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OFICINA

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Avaliação das atividades da farmácia hospitalar para segurança do paciente em um hospital universitário**. Este estudo compõe a elaboração de uma dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, sob orientação da Profa. Dra. Sonia Natal, do Departamento de Saúde Coletiva da UFSC. Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar se a farmácia hospitalar realiza suas atividades de forma que possa contribuir para a segurança do paciente. Além disso, pretende-se elaborar os modelos, selecionar e construir indicadores para avaliação das atividades relacionadas à segurança do paciente na farmácia hospitalar, identificar fatores que influenciam para uma medicação segura no serviço de farmácia hospitalar e identificar as estratégias que possibilitem a redução/prevenção de erros de medicação. Para garantir a validade de conteúdo e de construção dos modelos, matriz de análise e julgamento, indicadores e padrões será realizada oficina. Esta será orientada por meio da técnica de consenso – Comitê Tradicional - que corresponde a uma discussão aberta sobre o tema entre pessoas selecionadas (profissionais de saúde, especialistas no assunto, personalidades destacadas). Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes. A guarda dos dados, seu acesso e sua análise ocorrerão apenas pela pesquisadora e serão utilizados somente para fins deste estudo, que poderá ser publicado ou divulgado com propósito científico. Os riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa são mínimos e incluem constrangimentos, trazer à memória experiências ou situações vividas que lhe causem desconforto durante a entrevista e remota possibilidade de quebra de sigilo involuntária e não intencional. Para amenizar estes riscos, a oficina será realizada em local neutro. Embora a pesquisadora não consiga identificar outros riscos, caso sejam identificados no futuro, eles serão controlados. Sua participação é voluntária e você tem liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo. Você não

terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer haverá ressarcimento nos termos da lei, da mesma forma, se houver algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A sua participação será de grande relevância para o alcance dos objetivos desta pesquisa. A pesquisadora compromete-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, conduzirá a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, a qual consta o telefone e o endereço eletrônico da pesquisadora para contato, os quais você poderá acionar em qualquer momento para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____ portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa proposta. E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Florianópolis / SC, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante

Pesquisadora:
Jaqueline Nunes Flores
Mestranda do PPGSC – UFSC

PESQUISADORAS:

Jaqueline Nunes Flores

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina; Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário Trindade, s/n; CEP 88040-900 Florianópolis/SC

Telefone: (48) 9615-6662

E-mail: jaquelineflores@yahoo.com.br

Sonia Natal

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina; Departamento de Saúde

Pública, Campus Universitário Trindade, s/n; CEP 88040-900 Florianópolis/SC

Telefone: (48) 8863-6090

E-mail: sonia.natal@ufsc.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC):

Endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400

Telefone: (48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**APÊNDICE G: Roteiro para entrevistas – Hospital Universitário
Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC)**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

(Entrevista semiestruturada com informante chave)

Setor:

Nome:

Responsável pela coleta:

Data da coleta de dados:

DIMENSÃO: ORGANIZACIONAL

Normas e Procedimentos
1. Tem normas do serviço? Quando foi feita a última revisão das normas e procedimentos da FH?
2. Você considera necessário fazer nova revisão nas normas e procedimentos da Farmácia Hospitalar (FH)? Com que frequência?
Monitoramento
3. O serviço de farmácia utiliza ferramentas de monitoramento em suas rotinas? Quais ferramentas? Qual a importância do uso destas ferramentas na FH?
Número de Profissionais na FH
4. Quantos profissionais atuam na FH?
5. A FH conta com estagiários? Quantos de graduação? Quantos de pós-graduação?
Perfil Profissional
6. Existe formalização para participação de cursos?
7. Todos os funcionários participaram de algum curso no último ano?
8. Você já obteve autorização para participação em curso, capacitações e congressos fora da instituição/ cidade/ estado? A instituição incentiva que o servidor vá fazer uma capacitação (interna ou externa)? É fácil conseguir liberação?
9. Os eventos que você participou no último ano foram oferecidos pela instituição ou por outro órgão?
Participação em Comissões Hospitalares
10. Existem representantes da FH nas comissões hospitalares? Em quais? Quantos? Frequência das reuniões?
11. Qual a importância de ter um representante da FH nas comissões hospitalares?
12. Existem relatos que comprovem a participação do farmacêutico junto à equipe multiprofissional (portarias, atas, etc.)?
Relação de Medicamentos
13. Como é elaborada a Relação de Medicamentos?
14. Existe algum local em que a Relação de Medicamentos esteja disponível para

<p>consulta?</p> <p>15. Quais são as contribuições que a CFT pode proporcionar para a instituição?</p> <p>16. Qual o número de inclusões e exclusões de medicamentos padronizados no último ano? Você considera que as condutas dos profissionais são orientadas por protocolos terapêuticos?</p> <p>17. Qual a fonte do protocolo utilizado (ANVISA, protocolo próprio, USP, etc.)? De que forma são disponibilizados e divulgados estes documentos? Ano de publicação?</p> <p>18. Quando foi feita a última relação de medicamentos?</p> <p>19. Quando foi feita a última atualização de protocolos?</p>
Adequação Ambiente e Localização
<p>20. Você considera que a localização da FH é favorável para a provisão de serviços aos pacientes e as unidades hospitalares?</p> <p>21. A FH conta com recursos de comunicação e transporte eficientes?</p> <p>22. A FH possui farmácias satélites? Onde estão localizadas?</p> <p>23. Você considera necessária abertura de outras farmácias satélites? Por que?</p>
Gerenciamento de Resíduos
<p>24. Fale sobre como se dá o gerenciamento dos resíduos gerados pela instituição.</p> <p>25. A instituição possui plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde (PGRSS)?</p> <p>26. Existe um plano específico para os resíduos gerados pela FH? Está disponível em que local? Qual a data da última atualização? Quando você considera necessário atualizar?</p>
Perguntas Gerais
<p>27. Como é a articulação dentro da instituição (Comissões e Clínica Médica)?</p> <p>28. O S.r. (a) tem autonomia financeira (planejamento e uso) e autonomia técnica (melhores práticas – espaço para apresentar e se as propostas são acatadas) ?</p> <p>29. Esta não autonomia financeira interfere no serviço da farmácia (Responder quanto a resposta da questão anterior for não)?</p> <p>30. Alguém da farmácia participa do planejamento do financiamento?</p> <p>31. De que forma a FH pode contribuir para a segurança do paciente?</p>

DIMENSÃO: PRÁTICAS FARMACÊUTICAS

Especificações de Compra
<p>32. Explique como ocorre o processo de compra de medicamentos na instituição</p> <p>33. Existe uma porcentagem definida do orçamento destinada aos medicamentos?</p> <p>34. Como são definidos os prazos para entrega dos medicamentos?</p> <p>35. As especificações técnicas completas para a compra são definidas pelo farmacêutico?</p> <p>36. No momento da definição de especificações técnicas já se tem conhecimento dos recursos e prazos estabelecidos?</p> <p>37. Quais são os critérios de qualidade adotados pela CFT (laudo de equivalência farmacêutica e biodisponibilidade dos medicamentos)?</p>
Gerenciamento de Estoque
<p>38. Existe monitoramento de fluxo de produtos?</p>

39. De que forma se dá este monitoramento?
- Manual
 - Informatizado
40. Estão definidos os seguintes parâmetros:
- Consumo médio mensal
 - Ponto de ressuprimento
 - Estoque de segurança
41. O serviço de FH dispõe de procedimentos definidos para armazenamento, conservação e controle? Com que periodicidade são revisados?
42. Com que frequência são realizados os inventários? Eles abrangem parte ou todo o conjunto de itens?
43. São utilizados mecanismo que permitam a rastreabilidade dos medicamentos?
- Código de Barras
 - Código DATAMATRIX
 - Não existe sistema
 - Outro mecanismo. Qual? _____

Sistema de Distribuição de Medicamentos

44. O mesmo sistema de distribuição é empregado para todas as unidades do hospital?
45. Existe algum motivo para ter sido adotado esse sistema?
46. Existe alguma maneira de rastrear os medicamentos após a sua dispensação?
47. Tendo em vista o sistema atual utilizado pela instituição para distribuição de medicamentos, você considera este sistema seguro e eficaz?

Farmacotécnica

48. Como é realizado o controle de qualidade das formulações? Com que frequência ele é feito?
49. Quais os tipos de formulações não estéreis a FH prepara?
50. Qual a percentagem da produção é enviada para análise?
51. Quais são as contribuições para a segurança do paciente que este serviço pode proporcionar?
52. Descreva como ocorre o processo de fracionamento?
53. O farmacêutico responsável realiza a conferência dos medicamentos fracionados com a embalagem original?
54. Como é feito o registro dos medicamentos fracionados?
55. Existe alguma forma de rastrear os produtos e procedimentos realizados?
56. Quais estratégias podem auxiliar na melhoria da segurança no fracionamento de medicamentos?
57. Existe controle de qualidade das unidades fracionadas?
58. Na embalagem das doses fracionadas são encontrados os seguintes dados:
- Nome Comercial
 - Denominação Genérica
 - Concentração da Substância Ativa
 - Lote
 - Validade
 - Nome do Farmacêutico Responsável

59. Ocorre fracionamento em dose unitária de: <input type="checkbox"/> Sólidos Oraís <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Sólidos Não Oraís <input type="checkbox"/> Injetáveis
Avaliação Farmacêutica de Prescrições
60. Qual o percentual de prescrições são avaliadas antes da dispensação? 61. Descreva quais os principais critérios levados em consideração durante a avaliação das prescrições? 62. Todas as prescrições com medicamentos antimicrobianos ou com medicamentos potencialmente perigosos passaram por avaliação farmacêutica?
Farmacovigilância
63. Descreva como atua o farmacêutico na Farmacovigilância. 64. Qual procedimento será feito após o recebimento das notificações? 65. Quando tomar uma providência e em quanto tempo após a notificação? 66. Qual é a média mensal de notificações? Poderia descrever a distribuição destas notificações (erros, eventos adversos, queixa técnica)? 67. Quais fatores você considera que podem dificultar a notificação por parte da equipe? Quais fatores facilitam a notificação? 68. Como se dá o desfecho das notificações? 69. De que forma a notificação pode contribuir para a segurança do paciente? 70. Você realiza algum método de monitorização de eventos adversos? 71. Você mantém algum tipo de registros dos atendimentos realizados (prontuário, sistema, etc.)? Onde? 72. De que forma é realizada a conscientização/ sensibilização da equipe? <input type="checkbox"/> Curso de Capacitação <input type="checkbox"/> Informativos <input type="checkbox"/> Pôster <input type="checkbox"/> n.d.a 73. Quantos profissionais trabalham nesta atividade? Qual a carga horária? Considera suficiente?
Erro na Prescrição
74. De que forma a FH pode contribuir para uma prescrição segura de medicamentos? 75. Qual a conduta adotada pelo farmacêutico frente ao erro na prescrição? 76. Você saberia estimar o quantitativo de erros de prescrição? 77. É feito algum tipo de acompanhamento dos erros de prescrição? 78. Quais são os principais erros de prescrição observados? 79. Você considera o modelo atual de prescrição seguro? Por que? 80. As suas intervenções são prontamente aceitas?
Erro de Dispensação
81. Existem mecanismos de controle/ registro dos erros de dispensação? 82. Quais estratégias podem auxiliar na melhoria da segurança na dispensação de medicamentos? 83. Após a dispensação dos medicamentos prescritos eles são:

<input type="checkbox"/> Entregues ao funcionário da clínica <input type="checkbox"/> Conferidos pelo farmacêutico e depois serão entregues ao funcionário da clínica <input type="checkbox"/> Conferidos por outro funcionário autorizado da farmácia 84. O sistema de informática permite que tenha rastreabilidade? 85. Se tivesse um sistema que permitisse a rastreabilidade quais tipos de erros seriam minimizados? 86. Existe possibilidade de dupla conferência ao final do processo?
Seguimento Farmacoterapêutico
87. Quantos farmacêuticos clínicos atuam neste hospital (carga horária)? Qual a quantidade ideal de farmacêuticos clínicos? 88. Quais as principais atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos clínicos desta instituição? 89. Estas atividades são registradas onde? 90. De que forma o farmacêutico clínico pode contribuir para a segurança do paciente? 91. Dentre os farmacêuticos deste hospital quantos realizam atividades referentes ao Seguimento Farmacoterapêutico? 92. Qual é o método de Seguimento Farmacoterapêutico utilizado por você? 93. Você possui uma equipe de trabalho? 94. Quantos farmacêuticos deste hospital realizam consulta farmacêutica? 95. Quais são os critérios de seleção de pacientes para Seguimento Farmacoterapêutico? 96. Quantos pacientes você acompanha? 97. Descreva quais as principais contribuições você observa ou observou nos pacientes em acompanhamento? 98. Quais dificuldades você pode mencionar que interferem na realização do Seguimento Farmacoterapêutico? 99. Dentre os pacientes internados qual a proporção destes que recebe consulta farmacêutica formal?
Desenvolvimento de Atividades Educativas
100. Os farmacêuticos realizam algum tipo de atividade atividades educativas com os pacientes? Descreva. 101. De que forma este tipo de atividade pode contribuir para a segurança do paciente? 102. Os farmacêuticos realizam algum tipo de atividade atividades educativas com a equipe? Descreva. 103. De que forma este tipo de atividade pode contribuir para a segurança do paciente?
Desenvolvimento de Atividade de Informação com Algum Nível de Formalização
104. A Farmácia Hospitalar desenvolve algum tipo de atividade de informação formalizada? 105. Cite de que forma estas informações são disponibilizadas? 106. A instituição dispõe de um Guia Farmacoterapêutico? 107. Você acha que faz falta não ter este guia? 108. Quais profissionais participam da elaboração e revisão?

109. Onde está disponível este guia?
110. Qual ano da última versão disponível?
111. Você considera necessária uma atualização de quanto em quanto tempo?
Perguntas Gerais
112. De que forma a FH pode contribuir para uma administração segura de medicamentos?

DIMENSÃO: ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E INOVAÇÃO

Formação Profissional
113. A FH oferece vagas para: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Estágios <input type="checkbox"/> Treinamento em Serviço <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
114. Recebe alunos provenientes de outros cursos?
115. Recebe alunos de outras instituições?
116. Recebe algum incentivo financeiro quando do recebimento de alunos?
117. A farmácia oferece cursos ou algum programa ou atividade de formação profissional direcionados a alunos, residentes, estagiários, dentre outros?
118. Relacionar cursos próprios e a liberação de profissionais para participar de cursos, capacitações, congressos?
Produção de Informações e Conhecimento
119. Os integrantes da FH desenvolvem pesquisas e as publicam nos periódicos científicos?
120. Qual o número de publicações em periódicos específicos/ Saúde Pública / Revistas de Ensino no último ano, pelos integrantes da FH?
121. Relação das atividades de pesquisas que a FH participa / apoia?
122. As pesquisas são financiadas e por qual órgão?
123. A FH participa/ participou de atividades de pesquisa no hospital (estudos de utilização, ensaios clínicos, estudos de revisão de uso ou avaliação de uso ou outro)
124. A FH produz revisões sistemáticas e metanálise, estudos observacionais, ensaios clínicos ou estudos econômicos?
Articulação com Ensino
125. Como são desenvolvidas as atividades de ensino e pesquisa na FH?
126. Comente sobre as relações entre graduação de Farmácia e FH do HU/UFSC nos últimos 2 anos e atividades de ensino desenvolvidas pela equipe da FH. Existe algum tipo de parceria entre as duas partes?
127. A FH realiza sessões científicas? Com que frequência?
Desenvolvimento de Novas Tecnologias
128. Qual a sua opinião sobre o papel desta FH em inovação tecnológica?
129. Os recursos tecnológicos que a FH do HU/UFSC dispõe hoje em dia são considerados de última tecnologia?
130. Qual a importância deste tipo de recurso para o seu trabalho?
131. No último quinquênio foram desenvolvidas/incorporadas novas tecnologias

ao serviço? Quais?

132. Alguma vez a FH participou de projetos nacionais para avaliação/implantação de novas tecnologias?
133. A forma como são executadas as rotinas na FH do HU/UFSC podem servir de modelo para as demais instituições? Comente.

CONTEXTO DO HU/UFSC

134. Quais mudanças importantes irão ocorrer na farmácia hospitalar com a entrada da EBSEH?
135. A farmácia se tornará um setor e hoje ela é um serviço. Tem alguma diferença no organograma?
136. Quais os principais benefícios e os aspectos de estrangulamento ou dificuldade que sugerirão com a adesão à EBSEH?
137. Existe um planejamento específico da FH? Com definição de objetivos e metas?
138. Qual será o papel do MEC?
139. Qual será o papel MS?
140. Qual será o papel SES?
141. Se a EBSEH vai ser o gestor, qual será o papel do diretor?
142. Com a EBSEH a instituição vai ser mais voltada para Ensino ou Assistência?

APÊNDICE H: Checklist para verificar adequação dos ambientes da Farmácia Hospitalar

a) Checklist para Central de Abastecimento Farmacêutico:

ALMOXARIFADO		
Itens	Esperado	Observado
Condições Externas		
Área do setor (m ²)	Almoxarifado: deve possuir 0,6m ² /leito, ou seja, 121,2 m ² .	Em desacordo com o esperado. 1) CAF1: 45,47 m ² 2) CAF2: 13,75 m ² 3) CAF MATÉRIA-PRIMA: 19,07 m ² 4) CAF EMBALAGENS: 9,57 m ² Soma: 87,86 m ²
Condições físicas e estado de conservação	Paredes de cor clara, pintura lavável, isentas de infiltrações e umidade; Ausência de fontes de poluição (arredores: fumaças, poeiras, lixos); Teto com telhas térmicas, evitando materiais que absorvam calor.	De acordo com o esperado.
Vias de acesso aos depósitos	Os acessos externo ou interno, assim como a circulação devem ser otimizados, facilitando o recebimento e distribuição.	Em desacordo com o esperado. Localizada no segundo andar de um prédio. Possui apenas uma entrada, com escadas, para ter acesso a CAF é necessário passar pela recepção da farmácia, onde são entregues os medicamentos dispensados às clínicas. Não possui acesso direto a CAF.
Condições internas (paredes, pisos e tetos)		
Piso, paredes e tetos (conservação e higiene)	Pintura conservada, superfícies lisas e impermeáveis, sem	De acordo com o esperado.
Continua...		

ALMOXARIFADO		
Itens	Esperado	Observado
Continuação		
	rachaduras, sem infiltração, sem mofo, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis. Devem estar limpos e isentos de pó.	
Esgotos e encanamentos	Bom estado de conservação e vedados.	De acordo com o esperado. Não possui esgotos, nem encanamentos na CAF.
Áreas de recebimento	Deve ser separada da área de estocagem.	De acordo com o esperado. Localiza-se no mesmo ambiente, porém na entrada da sala.
Armazenamento	Deve ter capacidade suficiente para assegurar a estocagem ordenada das diversas categorias de produtos. Não devem estar em contato direto com o solo ou em local que receba luz solar direta, para preservação de suas características.	De acordo com o esperado.
Temperatura do ambiente de estocagem	Deve manter temperatura constante ao redor de 20°C, com monitoramento diário.	De acordo com o esperado.
Equipamentos frigoríficos	Deve possuir rede alternativa de energia para atender a eventuais faltas de energia do sistema e ter registro diário de temperatura.	De acordo com o esperado.
Área de segregação	Deve existir local ou sistema de segregação devidamente identificado, fora da área de dispensação para guarda de produtos com irregulares ou com prazo de validade vencido.	De acordo com o esperado. No CAF existe um local para depositar os medicamentos com irregularidades e na sala de lavação são segregados os vencidos até o recolhimento pela empresa Proactiva.
Continua...		

ALMOXARIFADO		
Itens	Esperado	Observado
Conclusão		
Condições gerais		
Iluminação, ventilação e umidade	Devem ser controladas, para evitar efeitos prejudiciais sobre os medicamentos estocados.	De acordo com o esperado.
Instalações elétricas	Devem estar bem conservadas em boas condições de segurança e uso.	De acordo com o esperado.
Lixo	Deverá ser depositado em recipientes especiais, com tampa e deverão ser esvaziados para o uso a que se destinam.	De acordo com o esperado.
Medicamentos sujeitos a controle especial	Devem ser guardados separados dos demais medicamentos, em compartimento fechado e sob responsabilidade do farmacêutico ou pessoa por ele autorizada.	De acordo com o esperado.

Fonte: Brasil (1999a; 2002; 2010a; 2011); Maia Neto (2005).

b) Checklist para Laboratório de Manipulação:

MANIPULAÇÃO		
Itens	Esperado	Observado
Área do setor (m ²)	Manipulação: 12 m ²	De acordo com o esperado. Tem 30,26 m ² de área
Distribuição das áreas	Deve possuir no mínimo área para armazenamento, manipulação, dispensação, atividades administrativas, controle de qualidade, vestiário, sanitário, lavagem/esterilização	De acordo com o esperado
Ventilação e iluminação	Devem ser compatíveis com as operações e com os materiais manuseados	De acordo com o esperado
Lixo	Deverá ser depositado em recipientes especiais, com tampa e deverão ser esvaziados para o uso a que se destinam	De acordo com o esperado
Pisos, tetos e paredes (conservação e higiene)	Superfícies lisas e impermeáveis, sem rachaduras, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis. Devem estar limpas e isentas de pó	De acordo com o esperado
Alimentação	Deve ser proibido comer, beber e fumar na área de manipulação	De acordo com o esperado
Instalações elétricas	Devem estar bem conservadas em boas condições de segurança e uso	De acordo com o esperado
Janelas	Devem estar protegidas contra a entrada de insetos, aves, roedores ou outros animais	De acordo com o esperado
Área de pesagem	Deve dispor de sala ou local específico para a pesagem das matérias-primas, dotada de sistema de exaustão, podendo estar localizado dentro de cada sala de manipulação	De acordo com o esperado
Materiais para pesagem	Materiais (recipientes, espátulas, pipetas, etc.) devem estar limpos	De acordo com o esperado
Continua...		

MANIPULAÇÃO		
Itens	Esperado	Observado
Conclusão		
Balanças	Devem ser aferidas regularmente	De acordo com o esperado. Aferida em 03/2016
Refrigerador	Deve existir refrigerador para armazenamento, exclusivo, de matérias-primas e produtos farmacêuticos	De acordo com o esperado
Temperatura e umidade (ambiente e refrigerador)	Devem ser registrados diariamente	De acordo com o esperado
Armazenamento matérias-primas	Armazenadas em embalagens íntegras e em perfeitas condições de conservação	De acordo com o esperado
Acesso de pessoas	O acesso de pessoas a esta área de manipulação deve ser restrito	De acordo com o esperado

Fonte: Brasil (2000; 2002; 2011).

c) Checklist para Laboratório de Nutrição Parenteral:

NUTRIÇÃO PARENTERAL		
Itens	Esperado	Observado
Área do setor (m ²)	Nutrição parenteral: sala de manipulação 5 m ²	De acordo com preconizado. Tem 5 m ²
Distribuição das áreas	Deve possuir área de manipulação, sala de limpeza dos produtos farmacêuticos, vestiário, área de armazenamento, área de dispensação.	De acordo com o esperado
Pisos, tetos e paredes (condições de conservação e higiene)	Os ambientes devem possuir superfícies lisas, sem rachaduras, resistentes aos saneantes, que não desprendam partículas	De acordo com o esperado
Ralos	Não devem existir ralos nas áreas de manipulação e limpeza	De acordo com o esperado
Ventilação e iluminação	Devem ser suficientes para manutenção da estabilidade dos produtos farmacêuticos	De acordo com o esperado
Área de limpeza dos produtos farmacêuticos	Deve ser área controlada Grau D (classe 100.000)	De acordo com o esperado
Sala de manipulação da NP	Deve ser área grau A ou B (classe 100) ou sob fluxo laminar circundada por grau C (classe 10.000)	De acordo com o esperado. Sob fluxo laminar circundada por grau C (classe 10.000)
	Deve ter pressão positiva	De acordo com o esperado
	Deve possuir cantos arredondados	De acordo com o esperado
Torneira	Deve possuir torneira com água fria	De acordo com o esperado
Equipamentos	Devem ser calibrados pelo menos uma vez ao ano	De acordo com o esperado. Calibrado em setembro de 2016
Temperatura	Os ambientes devem ser climatizados para preservar as características dos medicamentos	De acordo com o esperado
Visor	Deve possuir visor que possibilite a visão da capela	De acordo com o esperado

Fonte: Brasil (1998b).

d) Checklist para Laboratório de Quimioterapia:

QUIMIOTERAPIA		
Itens	Esperado	Observado
Área sala de diluição (m ²)	Quimioterapia: sala para diluição de medicamentos 5m ²	De acordo com preconizado. Tem 5 m ²
Farmácia Própria	O Serviço de Terapia Antineoplásica (STA) deve contar com farmácia própria	De acordo com o esperado
Distribuição das áreas	Deve possuir: área de paramentação com lavatório, sala exclusiva para preparação de medicamentos para TA, área de armazenamento exclusiva para estocagem de medicamentos específicos para terapia antineoplásica, cabine de segurança biológica Classe IIB2	De acordo com o esperado
Sala para diluição de medicamentos	Deve possuir área de 5m ² por capela de fluxo laminar	De acordo com o esperado
Validação capela	Deve ser validada com periodicidade semestral	De acordo com o esperado. Validada em 9/2016 e próximo teste será em 03/2017
Temperatura	Os ambientes devem ser climatizados para preservar as características dos medicamentos	De acordo com o esperado
Pia	Deve possuir pia com água fria	De acordo com o esperado
Visor	Deve possuir visor que possibilite a visão da capela	De acordo com o esperado

Fonte: Brasil (2002; 2004b).

e) Checklist para Dispensação de Medicamentos:

DISPENSACÃO		
Itens	Esperado	Observado
Área do setor (m ²)	Dispensação: 6 m ²	De acordo com o esperado. Tem 38,59 m ² de área
Pisos, tetos e paredes (condições de conservação e higiene)	Superfícies lisas e impermeáveis, sem rachaduras, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis. Devem estar limpos e isentos de pó	De acordo com o esperado
Instalações elétricas	Devem estar bem conservadas em boas condições de segurança e uso	De acordo com o esperado
Iluminação e ventilação	Devem ser controladas, para evitar efeitos prejudiciais sobre os medicamentos estocados	De acordo com o esperado
Armazenamento	Deve ter capacidade suficiente para assegurar a estocagem ordenada das diversas categorias de produtos	De acordo com o esperado
Medicamentos sujeitos a controle especial	Devem ser guardados separados dos demais medicamentos, em compartimento fechado e sob responsabilidade do farmacêutico ou pessoa por ele autorizada	De acordo com o esperado

Fonte: Brasil (2002).

f) *Checklist* para Laboratório de Controle de Qualidade:

CONTROLE DE QUALIDADE		
Itens	Esperado	Observado
Área para Controle de Qualidade	Deve existir área ou local para as atividades de controle de qualidade: 6m ²	De acordo com o esperado. Tem 19,07 m ² de área
Laudos de análise de matérias-primas	Devem ser mantidos arquivados	De acordo com o esperado
Instalações de segurança	No laboratório químico devem existir instalações de segurança com ducha, lava olhos, extintores, etc., respeitando a correta localização e quantidade	Em desacordo com o esperado. Só existem extintores
Área para Quarentena	Deve possuir área para quarentena de matéria-prima	De acordo com o esperado
Torneira	Deve possuir torneira com água fria	De acordo com o esperado
Ventilação e iluminação	Devem ser compatíveis com as operações e com os materiais manuseados	De acordo com o esperado
Pisos, tetos e paredes (condições de conservação e higiene)	Superfícies lisas e impermeáveis, sem rachaduras, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis. Devem estar limpas e isentas de pó	De acordo com o esperado
Instalações elétricas	Devem estar bem conservadas em boas condições de segurança e uso	De acordo com o esperado
Balanças	Devem ser aferidas regularmente	De acordo com o esperado. Aferida em 05/2016.
Temperatura e umidade (ambiente e refrigerador)	Devem ser registrados diariamente	De acordo com o esperado

Fonte: Brasil (2002; 2007b; 2011).

g) Checklist para Fracionamento de Medicamentos:

FRACIONAMENTO		
Itens	Esperado	Observado
Área de fracionamento	Fracionamento: sala para atividades de preparação das doses unitarizadas 12 m ²	De acordo com preconizado. Tem 17,62 m ²
Temperatura e umidade (ambiente)	Deve ser registrada diariamente	De acordo com o esperado
Operações do serviço	O serviço deve possuir infraestrutura adequada às operações correspondentes, dispendo de todos os equipamentos e materiais de forma organizada, afim de evitar misturas ou trocas de medicamentos	De acordo com o esperado
Lixeira	Deve possuir lixeira com pedal	De acordo com o esperado
Bancada	Deve ser revestida de material liso, resistente e de fácil limpeza	De acordo com o esperado
Pia	Deve possuir pia com água corrente	Em desacordo.
Estocagem	Possui espaço para estocagem dos medicamentos de forma ordenada e com temperatura adequada	De acordo com o esperado
Ventilação e iluminação	Devem ser compatíveis com as operações e com os materiais manuseados	De acordo com o esperado.
Pisos, tetos e paredes (condições de conservação e higiene)	Superfícies lisas e impermeáveis, sem rachaduras, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis. Devem estar limpas e isentas de pó	De acordo com o esperado
Instalações elétricas	Devem estar bem conservadas em boas condições de segurança e uso	De acordo com o esperado

Fonte: Brasil (2002; 2007b).

APÊNDICE I - Medicamentos Indicadores

Relação de medicamentos utilizados para verificação do gerenciamento de estoque

Principais medicamentos para tratar problemas comuns	Em estoque (Sim=1, Não=0)	Medicamentos com data de validade vencida na dispensação (Sim=1, Não=0)	Medicamentos com data de validade vencida na CAF (Sim=1, Não=0)
Água para injeção	1	0	0
Atropina injetável	1	0	0
Epinefrina injetável	1	0	0
Bicarbonato de sódio injetável	1	0	0
Captopril comprimido	1	0	0
Hidrocortisona 100mg injetável	1	0	0
Aminofilina	1	0	0

Fonte: Adaptado de Osório-de-Castro e Castilhos (2004).

APÊNDICE J - Artigo 1: A influência da transição da gestão EBSERH na farmácia de um hospital universitário federal

A INFLUÊNCIA DA TRANSIÇÃO DA GESTÃO EBSERH NA FARMÁCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

Resumo: O presente artigo descreve as principais mudanças identificadas na Farmácia Hospitalar em decorrência do contexto de transição da gestão de um Hospital Universitário Federal do sul do país. Apresentou uma abordagem de caráter qualitativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, totalizando dez profissionais. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática. Foram verificadas perspectivas positivas pertinentes ao contexto como contratação de pessoal com financiamento específico, eliminação de contratos precarizados, planejamento de ações, modernização tecnológica e estrutural. Por motivos de conjuntura maior verificou-se no hospital um cenário de déficit financeiro, escassez tecnológica e insuficiência de recursos humanos. Tais limitações prejudicam o cumprimento das atribuições cabíveis (assistência, ensino, pesquisa, extensão e inovação). Observou-se que o contexto vem progressivamente influenciando na organização do Hospital Universitário e do Serviço de Farmácia Hospitalar. Do mesmo modo, foram trazidos à tona aspectos controversos ou que impactam no papel precípua do Hospital Universitário dentre eles a ampliação do caráter assistencial em detrimento do ensino/pesquisa e modelo de gestão fundamentado na produção por metas.

Palavras-Chave: Serviço de Farmácia Hospitalar; Administração Hospitalar; Hospitais de Ensino, Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

O conceito de Farmácia Hospitalar evoluiu de uma visão industrial em que se restringia aos aspectos técnico-científicos relacionados ao medicamento, até a visão atual da fase clínico-assistencial.

A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar¹ conceitua a Farmácia Hospitalar: “unidade clínica, administrativa e econômica dirigida por um profissional farmacêutico, ligada hierarquicamente à

direção do hospital e integrada funcionalmente às demais unidades de assistência ao paciente”. Ela tem por objetivos: selecionar medicamentos necessários ao perfil assistencial do hospital; contribuir na assistência ao paciente promovendo o uso seguro de medicamentos; estabelecimento de sistema de distribuição; gestão de estoques com sistema apropriado; subsidiar avaliações de custos e fornecer suporte para produção de propedêutica e terapêutica²⁻⁴.

A FH tem importância estratégica, visto que o medicamento possui inquestionável valor terapêutico e compromete parcela significativa do orçamento dos serviços de saúde. Para o desenvolvimento das atividades da FH devem ser consideradas, além das características do hospital, os seus aspectos estruturais – condições físicas, organizacionais, equipamentos e recursos humanos (RH)⁵.

A composição do Sistema Único de Saúde (SUS) compreende instituições públicas e privadas em caráter complementar, incluindo os Hospitais Universitários Federais (HUFs)⁶.

Sob o discurso que o modelo de gestão dos HUFs não consegue exercer a contento suas funções gestoras e assistenciais, essas instituições passam por um plano de reestruturação através de contratos com a recém criada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O governo federal espera que a EBSERH solucione os problemas relacionados à gestão dos HUFs e a apresentou como única opção para continuarem recebendo recursos e ter reestruturação de RH. Tal situação levou as universidades a firmarem contrato com a EBSERH⁷.

A empresa está vinculada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) e foi criada pela Lei nº 12.550 de dezembro de 2011. Corresponde a uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio com sede em Brasília⁸.

A EBSERH irá gerir os HUFs, realizando a distribuição de recursos, coordenação, avaliação, execução das atividades dos hospitais e apoio técnico na elaboração de instrumentos que otimizem os processos de gestão⁹.

O primeiro hospital a aderir ao sistema foi o da Universidade Federal do Piauí em meados de 2012. Dentre os 50 HUFs no Brasil, 39 formalizaram contrato com a empresa. A UFSC foi um dos últimos HUFs a aderirem a EBSERH¹⁰.

O contexto de transição da gestão hospitalar, a posição estratégica ocupada pela FH no aspecto assistencial – favorecendo o uso seguro e racional de medicamentos - e em relação aos recursos financeiros – proporcionando a racionalização de recursos gastos com medicamentos,

motivou a elaboração do presente artigo que visa descrever as principais mudanças identificadas na Farmácia Hospitalar. Mudanças que podem repercutir na sua estrutura, atividades e função ensino.

Este trabalho é parte do resultado de uma dissertação de mestrado, que teve como objetivo avaliar a contribuição das atividades da FH para a segurança do paciente.

MÉTODOS

Este estudo apresentou abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no período de julho de 2016 a setembro de 2016. A estratégia adotada foi estudo de caso, sendo o caso a Farmácia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

As evidências provêm de fontes primárias e secundárias. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa documental: relatórios do Serviço de Farmácia, protocolos e documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e legislação atualizada para Farmácia Hospitalar no Brasil (Quadro 1).

Quadro 1 - Relação de documentos empregados na pesquisa documental.

- Legislação sobre Farmácia Hospitalar¹¹
- Política Nacional de Medicamentos¹²
- Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH)^{1,3}
- Programa Nacional de Segurança do Paciente¹³
- Artigos científicos relacionados^{7,9,14,15,16,17}
- Regimento Interno do Hospital¹⁸
- Protocolos do Serviço de Farmácia^{19,20}
- Planejamento Estratégico da instituição²¹

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações primárias foram obtidas por entrevistas semiestruturadas. Consideraram-se dois níveis de análise: gestão e as atividades técnicas desempenhadas pela equipe de profissionais. Os respondentes foram: chefe do Serviço de Farmácia, responsável setor financeiro, responsável pela capacitação de RH e farmacêuticos do serviço. Os critérios para seleção dos informantes-chave foram: posição

institucional, responsabilidade pelas ações na FH e maior conhecimento das atividades realizadas na sua atuação. O número de farmacêuticos entrevistados foi definido de forma arbitrária, totalizando sete dos treze farmacêuticos. Ao total, dez profissionais foram entrevistados.

O referencial metodológico adotado foi a análise temática que é um método para identificar, analisar e relatar temas (padrões) emergentes dos dados, a fim de organizá-los e descrevê-los, para interpretar aspectos relacionados com o tema da pesquisa. Este método consiste numa técnica de investigação flexível, orientado por abordagens teóricas diversas, que fornece detalhada análise dos dados, em virtude da sua liberdade teórica. No entanto, a metodologia envolve processos de tomada de decisão que devem ser determinados previamente ao início da análise dos dados, como a posição teórica adotada²².

O presente estudo foi aprovado sob parecer substanciado nº 1.640.708, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, e cumpriu todas as exigências estabelecidas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O HU/UFSC teve sua inauguração em maio de 1980. Possui 304 leitos dos quais um terço estão desativados devido à dificuldades com falta de pessoal e escassez de recursos financeiros. A instituição é referência para média e alta complexidade para o Estado de Santa Catarina, abrangendo cerca de 6,5 milhões de habitantes²³. É referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na oncologia e cirurgias de grande porte, nas diversas especialidades dentre elas cirurgia bariátrica, cirurgia vascular e transplante hepático. Desde 2002, integra a Rede Sentinela, criada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o objetivo de ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde. As áreas de ensino, pesquisa e assistência em destaque na instituição são a maternidade, pelo seu caráter de assistência humanizada, Hospital Amigo da Criança, Maternidade Segura e Programa Capital Criança^{23,24}.

Desde 2004, o HU/UFSC integra a rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde do SUS, por meio do convênio entre o Estado de Santa Catarina, pela sua Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a UFSC prorrogado anualmente^{25,26}.

Os serviços contratados compreendem a utilização de toda a capacidade instalada em favor dos usuários do SUS e para pesquisa, campo de estágio e residência médica, em parceria com instituições de ensino. O hospital compromete-se integral e exclusivamente a disponibilizar o pessoal necessário para prestar os serviços contratados, enquanto a SES deve: fiscalizar, controlar e avaliar as ações, transferir recursos e estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda²⁵.

O corpo clínico é constituído de professores, que utilizam o HU/UFSC como centro de Ensino e Pesquisa, e demais profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, psicólogos e engenheiros biomédicos) com elevada qualificação, aliada ao interesse na pesquisa e prática clínica. Esta combinação confere a instituição prestígio social e comunitário^{23,24}.

No ano de 2016, o hospital realizou: 9.499 internações; 121.551 atendimentos ambulatoriais; 117.868 atendimentos na emergência; 3.328 cirurgias (centro cirúrgico) e 13.361 cirurgias ambulatoriais²⁷.

As dificuldades gerenciais e financeiras, como escassez de profissionais, carência na modernização da estrutura física e do parque tecnológico, se deve ao desequilíbrio gerado entre os gastos e a receita. Esta situação corrobora as observações de Littke e Sodré⁷ que revelaram omissão do governo federal, conflitos na gestão, insuficiência do quadro de servidores e morosidade na Administração Pública para aquisição de insumos, equipamentos, reformas ou construção; e com o estudo de Souto²⁸ que evidenciou ausência de dotação orçamentária para autorizar abertura de novos concursos sob Regime Jurídico Único (RJU).

Os hospitais universitários são instituições onerosas porque concentram atividades de alta complexidade e mesclam atividades clínicas e de ensino. Segundo Medici¹⁵ é possível que atividades que envolvam ensino incluam certa ineficiência técnica implícita ao processo didático.

A gestão do HU/UFSC se dá por meio de setores de administração, em nível superior, composta pelo Conselho Diretor, Diretoria Geral e Vice-Diretoria, e setorial, formada pelas diretorias de Medicina, Enfermagem, Administração e, Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, sob as quais estão subordinadas todas as Divisões, Serviços e Seções técnicas, administrativas e assistenciais¹⁸.

O quadro de funcionários vem apresentando perda progressiva pela falta de reposição dos postos vagos por aposentadorias, a mesma situação foi evidenciada em uma análise conjuntural na Universidade de Brasília (UNB)²⁸. Ainda, no HU/UFSC existem regimes distintos de

contratação: estatutário e os contratados através de uma Fundação (consolidação das leis de trabalho ou recibo de pagamento autônomo), este considerado precário. O recurso financeiro para o pagamento dos contratados pela Fundação é oriundo dos recursos de custeio, o que leva a uma insuficiência para a manutenção do hospital.

Em 16 de março de 2016 a UFSC assinou o contrato de adesão à gestão especial pela EBSEH, após polêmicas e intenso debate na comunidade universitária. O contrato determinou a elaboração, em conjunto pelas partes, do Plano de Reestruturação a ser executado dentro de 12 meses e a elaboração do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI)²⁹.

A EBSEH apresentou um organograma, que até a data da coleta de dados deste estudo ainda não estava implantado, com exceção do cargo de Superintendente do HU/UFSC. Desta forma, há uma sobreposição entre o cargo de Diretor Geral, existente desde o organograma de 2012, e o cargo de Superintendente, criado em 2016 pela EBSEH. Este processo de transição harmônico deve durar até o segundo semestre de 2017, previsão para a implantação total do organograma da nova gestão. O relato do entrevistado E5 evidencia a situação:

[...] eu não posso destituir o que está acontecendo porque eu ainda não tenho como constituir o que vem, do ponto de vista de pessoal e gerencial. [...] [a figura do diretor] é obrigada a responder por tudo isso que ainda diz respeito ao diretor [...] e, paulatinamente, a superintendente vai assumindo toda a questão da transição. [...] Por exemplo, os 42 contratos terceirizados: todos esses contratos foram feitos pela universidade e quem assina aqui dentro do HU é o Diretor Geral (E5).

Os servidores estatutários serão mantidos e novas contratações em regime celetista custeadas com recurso para esta finalidade via tesouro nacional²⁸, em concurso público no mês Dezembro de 2016, serão realizadas pela empresa. Os funcionários da Fundação serão substituídos pelos aprovados no concurso, o que não trará benefícios segundo o entrevistado E9:

[...] vai trocar seis por meia dúzia, posteriormente vai estar contemplando [...] algumas demandas emergenciais que a instituição já apresentou, com relação a entrada de empregados da EBSEH (E9).

Em se tratando do papel que o Ministério da Educação e Cultura

(MEC) irá exercer após a entrada da EBSERH, o entrevistado E5 não observa mudanças neste sentido:

O papel do MEC permanece sendo o papel do MEC de hoje. [...] por ser um hospital de ensino, nós estamos vinculados ao MEC. [...] A EBSERH [...] veio para ajudar [...] numa homogeneização dos hospitais públicos federais. O MEC continua sendo o nosso norte. É ele que diz as diretrizes, [...] (E5).

Em relação ao aspecto financeiro, o MEC continuará fazendo repasses para os Hospitais Universitários Federais (HUFs), por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Este programa foi instituído por decreto em 2010 e preconiza o financiamento paritário entre as áreas da educação e da saúde³⁰.

Apesar dos entrevistados não acreditarem em mudanças no papel do MEC perante os HUFs, estudos apontaram o contrário. Desde a criação do REHUF que estipulou a partilha entre MEC e MS nas despesas dos HUFs e depois da criação da EBSERH a qual assumiu a gestão dos recursos do REHUF observou-se a intencionalidade do MEC em reduzir sua participação no orçamento dos HUFs, ao mesmo tempo em se amplia a receita do MS. Neste sentido, ao determinar a partilha entre os ministérios, o governo aponta para um modelo de hospital de ensino, em que amplia o aspecto da assistência, enquanto reduz o papel da formação, do ensino e da pesquisa^{17,31}.

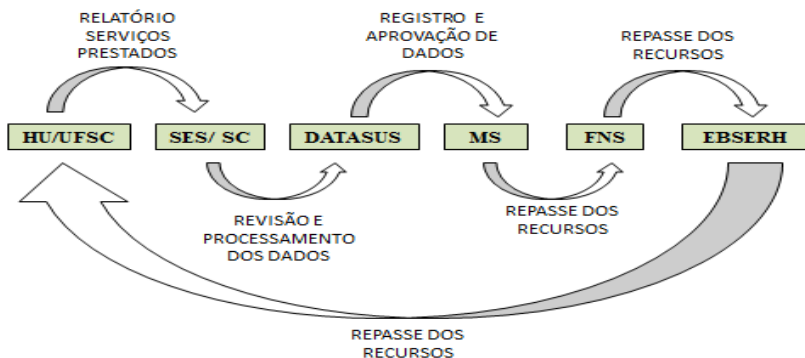
Os recursos provenientes do convênio entre SES/SC e HU/UFSC serão mantidos, porém serão repassados à EBSERH que, por sua vez, fará o repasse ao hospital. Há valores pré-fixados que são transferidos em parcelas fixas e recursos pós-fixados, repassados após aprovação e processamento da produção mensal. O fluxo dos recursos está ilustrado na Figura 1.

O hospital continua como ordenador de despesas, mas há uma tendência da EBSERH centralizar as compras de materiais em geral. Conforme se verifica no relato do E9:

[...] as despesas gerais do hospital [...] são definidas pelo seu corpo gestor. Não vai ter mudanças neste sentido, eventualmente, a EBSERH pode estar definindo, junto com o hospital, repasses específicos de recursos para atender demandas que são importantes para rede [...] Atualmente, a EBSERH já tem feito algumas licitações centralizadas que

atendem a toda a rede, a ideia é, com isso, diminuir custos de licitação, atendendo as diversas instituições que são da rede [...] (E9).

Figura 1 - Fluxo de recursos financeiros provenientes do convênio SES/SC e HU/UFSC.



Legenda: HU/UFSC: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina; SES/SC: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde; MS: Ministério da Saúde; FNS: Fundo Nacional de Saúde; EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Fonte: Elaborado pela autora.

A centralização das compras no HU/UFSC corrobora resultados de outro estudo onde houve modernização do parque tecnológico com aquisição de equipamentos de custo elevado de forma centralizada pela EBSERH, o que gerou uma economia de recursos²⁸.

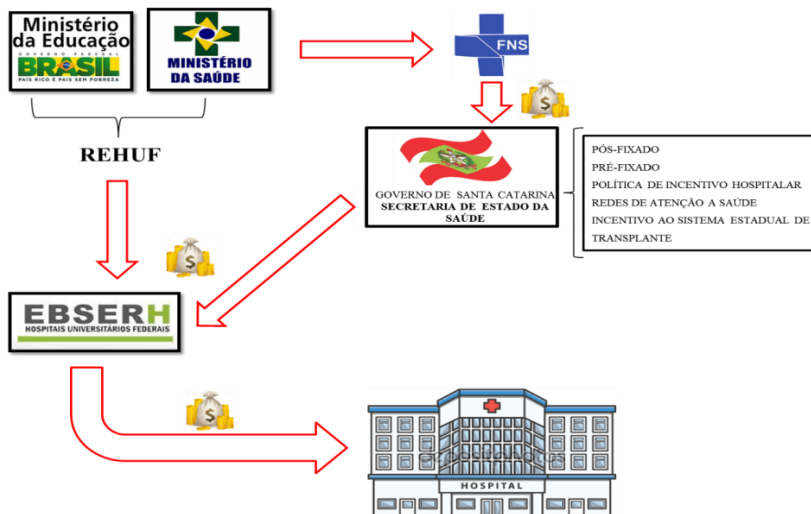
Os recursos oriundos do convênio com a SES/SC não sofreram reajuste nas renovações anuais:

[...] está sem reajuste desde 2011. [...] como eles não tinham como dar reajuste eles deram um incentivo [...] Então, mensalmente, além de todos os outros valores ela tem um incentivo hospitalar [Política de Incentivo Hospitalar Estadual] 1,8 milhões por ano. [...] a gente recebe uma compensação também, por fora, que é o recurso do REHUF que é usado para custear a instituição, para compensar a falta de recursos que o hospital recebe, para que o HU não deixe de atender a rede (E9).

As diversas fontes de financiamento do HU/UFSC estão

apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Resumo das fontes que financiam o HU/UFSC.



Legenda: REHUF: Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais; FNS: Fundo Nacional de Saúde; EBSEH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Fonte: Elaborado pela autora.

As estruturas administrativas dos HUFs necessárias à aplicação dos avanços científicos não evoluíram na mesma medida que a ciência¹⁴. Iniciativas de modernização da estrutura física e do parque tecnológico das unidades hospitalares já eram contempladas pelo REHUF³⁰. Embora seja uma diretriz, há dificuldades no seu cumprimento:

[...] a gente deveria utilizar no mínimo 10% dos gastos anuais [...] em recuperação e troca de equipamentos, melhoria na parte que converge para a melhoria do fornecimento de exames (equipamentos, tecnologia, inovação tecnológica) para a rede, [...] Só que nos últimos anos a instituição, na verdade, não tem conseguido, porque os recursos são muito escassos para a parte de investimentos (E9).

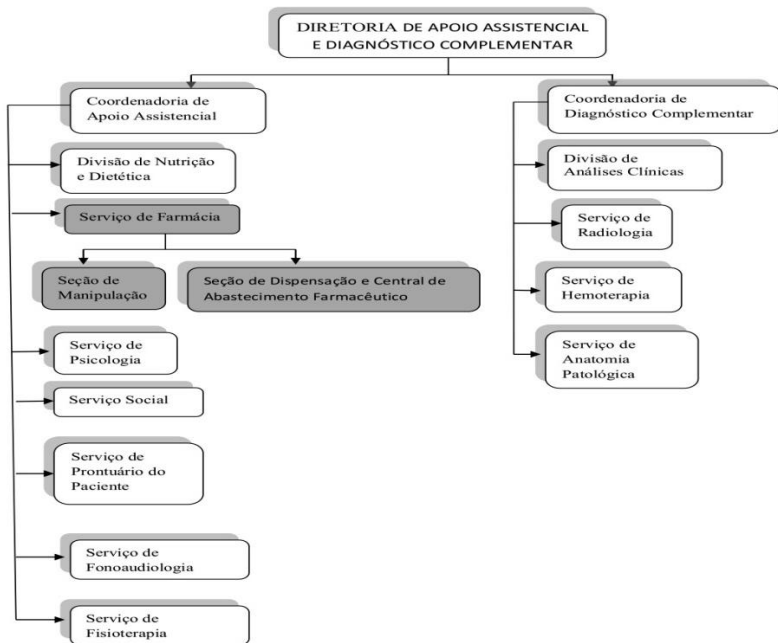
A deficiência na implementação de tecnologias compromete a execução do papel do HUF em ser um exemplo para o ensino e inovação

tecnológica^{15, 30}. Há possibilidade da função Ensino e Pesquisa ser aprimorada na nova estrutura organizacional da EBSERH:

[...] existe um incentivo enorme para a questão de ensino quando a própria EBSERH propõe na estrutura organizacional uma das gerências de Ensino e Pesquisa, coisa que hoje nosso hospital não tem [...]. A parte do ensino vai ser muito mais, é isso que se entende, que precisa estimular ainda mais [...] (E5).

O Serviço de Farmácia do HU/UFSC está organizado em duas Seções: a Seção de Dispensação/Central de Abastecimento Farmacêutico e Seção Manipulação (Figura 3).

Figura 3 - Organograma Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2012.



Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina³².

A FH desempenha suas atividades desde 1980. Encontra-se

subordinada à Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar (DAA), o órgão responsável pelas atividades de apoio à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão¹⁸.

A Seção de Dispensação/Central de Abastecimento Farmacêutico é constituída pelo Setor de Dispensação de Medicamentos (DM), onde os medicamentos são disponibilizados para atendimento das solicitações dos setores e Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), onde ocorre o recebimento, armazenamento e conservação dos medicamentos¹⁹.

Na Seção de Manipulação são armazenadas as matérias-primas, armazenamento e produção de formulações de nutrição parenteral, manipulação de medicamentos, correlatos e saneantes, bem como fracionamento de medicamentos em doses individualizadas²⁰. A Seção tem os seguintes setores: Fracionamento de Medicamentos, Laboratório de Manipulação de Medicamentos, Laboratório de Nutrição Parenteral, Laboratório de Controle de Qualidade, Laboratório de Diluição de Saneantes e Laboratório de Quimioterapia.

A equipe do Serviço de Farmácia está distribuída de acordo com a demanda de atividades. Um profissional farmacêutico deve ser responsável pela chefia geral do serviço e por cada Seção³³. Entretanto, a publicação da Portaria normativa nº 61/2015/GR que flexibilizou a jornada de trabalho para 30 horas semanais, exceto para cargos de chefias, dificultou a ocupação desses cargos³⁴.

O Serviço de Farmácia tem 26 funcionários que se organizam no atendimento 24 horas por dia. A forma de distribuição de medicamentos adotada pela instituição é mista, ou seja, parte dos medicamentos é dispensada por meio de solicitação da enfermagem e outra parte através de prescrições médicas. No período noturno, as atividades do Serviço de Farmácia são transferidas para a farmácia satélite, localizada na Emergência Adulto^{4,23}.

Dos 13 profissionais farmacêuticos do Serviço de Farmácia, 1 também atua no Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH), onde é responsável pela Coordenação do Programa de Farmacovigilância e 3 também atuam como Farmacêuticos Clínicos em unidades de internação e na Emergência, onde desenvolvem atividades de preceptoría junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS)³⁵.

O RIMS é uma Pós-Graduação *Lato Sensu* multiprofissional com formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados. 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 saúde³⁶.

O Serviço de Farmácia tem colaboração de acadêmicos do Curso de Farmácia da UFSC, vinculados por meio de projetos de extensão da Pró Reitoria de Extensão (PROEX) da UFSC. Ainda, o Serviço disponibiliza 6 vagas por semestre para estágios curriculares do Curso de Farmácia da UFSC e de outras Instituições de Ensino Superior (IES) privadas³⁵.

A farmácia localiza-se em um prédio fora do hospital o que interfere na eficiência da comunicação com as demais unidades, no transporte de medicamentos e estimula a formação de estoques pelas unidades. A localização contribui para que o farmacêutico mantenha-se afastado das atividades assistenciais e gera riscos ao paciente, em decorrência do acúmulo de medicamentos.

[...] A entrega de medicamentos aqui é totalmente inadequada porque tem que subir escadas com várias caixas pesadas. Para [...] fazer a dispensação para dentro do hospital [...] eu tenho que sair deste prédio, atravessar uma rua [...] (E2).

[...] do ponto de vista de percepção dos demais participantes da equipe de saúde, parece que a farmácia é algo que eu vou lá, pego o que eu preciso e deo. E não consigo visualizar aquele profissional [...] da farmácia participando integralmente da terapia medicamentosa do paciente [...] (E5).

Nesta lógica, os componentes clínicos têm sido relegados a um segundo plano. Uma explicação para isto pode estar na consideração do medicamento como um bem de consumo e não como um insumo básico de saúde e na formação mais tecnicista em detrimento das disciplinas clínicas¹⁶. A farmácia deve manter-se equidistante dos setores de atendimento aos pacientes internados, bem como dos demais setores que têm suas atividades ligadas à mesma, favorecer a comunicação e relação dos profissionais com os outros setores do hospital, facilitar o recebimento e distribuição dos medicamentos e correlatos, além de possibilitar o monitoramento dos produtos em circulação^{11,37}.

Com a finalidade de atender à essa recomendação, no primeiro ano de vigência do contrato com a EBSEH foi viabilizada a abertura de uma Unidade de Dispensação dentro do hospital para atender todas as unidades de internação. Esta ampliação vem ao encontro dos anseios do Serviço de Farmácia, na tentativa de aproximar a farmácia às demais

unidades, bem como inserir o profissional farmacêutico na equipe multiprofissional³⁸.

Foram observadas fragilidades relacionadas a gestão e planejamento no Serviço de Farmácia que, possivelmente, derivam da vacância do cargo de chefia (há cerca de dois anos) e também ao período de transição do modelo de gestão. Uma vez que, a matéria prima sobre a qual incide a ação dos gestores é a questão organizacional. A eles cabe o planejamento e implementação de ações no serviço, referentes ao ensino, pesquisa e assistência em saúde⁷. Os relatos dos entrevistados E5 e E7 possibilitam a compreensão da situação e expressam preocupação:

Estamos vivendo na farmácia, dois anos quase, [...] uma situação extremamente grave. [...] Nós estamos sem chefia, na verdade a gente tem uma chefia que acabou ficando constituída, mas é uma chefia que está de licença [...]. Isso acabou fazendo com que o planejamento da farmácia ficasse relegado [...], o tempo inteiro apagando incêndio. Nós não estamos fazendo gestão da farmácia [...] Acho até que a gente está fazendo muito, na condição que nós estamos [...] (E5).

Objetivos, metas... isso aí são questões de planejamento estratégico e a farmácia não fez. Talvez porque a própria direção não tem. [...] (E7).

O Serviço de Farmácia do HU/UFSC dispõe de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) que contemplam a descrição dos procedimentos e rotinas técnicas de todos os setores. Apesar dos profissionais estarem cientes da existência destes POPs, não sabiam informar o local onde estavam guardados/arquivados:

Tem uma pasta [...] que tem todos os POPs, mas eu acho que está trancado no escaninho [...] (E2).

[...] a farmácia tem Procedimentos Operacionais Padrão, até porque a direção, há um tempo atrás, exigiu por causa de credenciamento MEC, MS, as próprias contratualizações que têm exigido [...] Não foi divulgado de uma forma geral. O da farmácia, [...], eu sei que tem em uma pasta, mas eu não sei onde essa pasta está [...] (E7).

Salvo as divergências encontradas nos POPs verificou-se que os

profissionais têm ciência da importância deste documento para padronizar as atividades, revisados e atualizados. Tendo em vista a importância que foi dada a adequação e elaboração de POPs observada em outra instituição sob gestão da EBSEH, acredita-se que a nova gestão reforçará a adequada implementação de normas e procedimentos no Serviço de Farmácia e na instituição como um todo²⁸. Ademais, existem recomendações para que os processos de trabalho da farmácia estejam escritos, sejam difundidos e revisados continuamente a fim de prevenir e reduzir os erros de medicação^{3,13}.

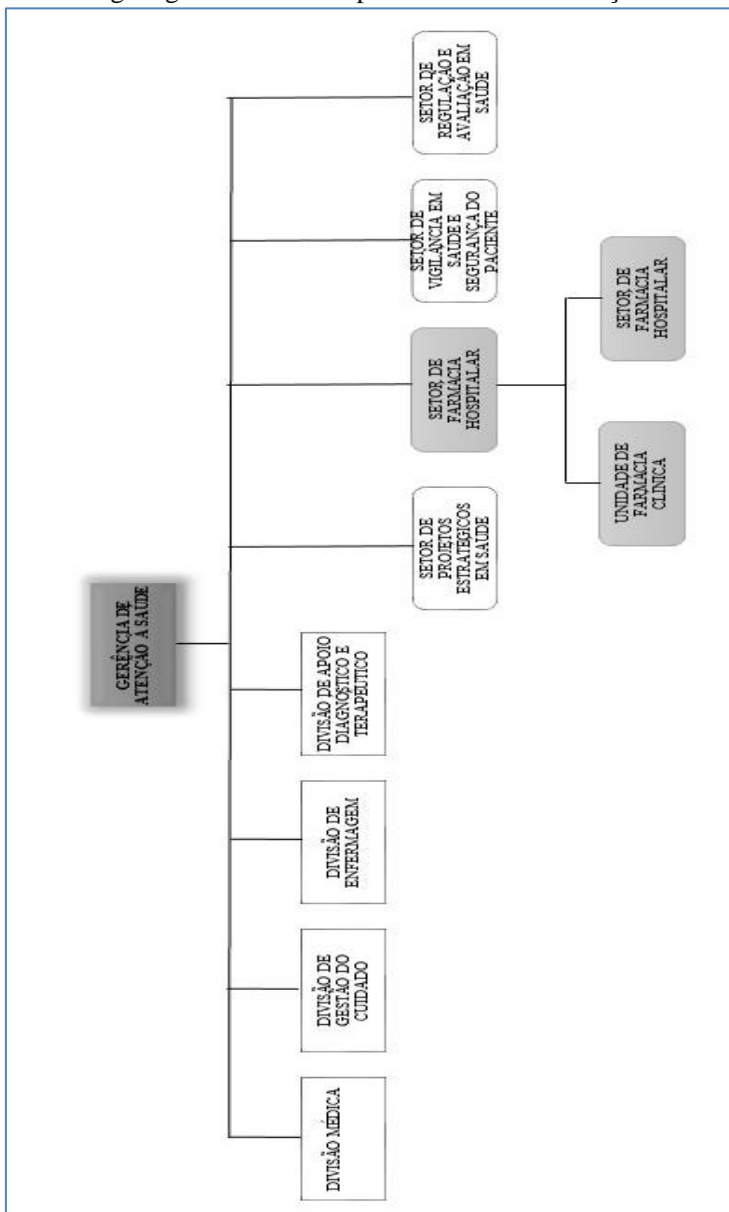
Na nova estrutura organizacional da instituição, a FH terá uma ascensão, deixará de ser um serviço e passará a ser um setor, diretamente vinculado à Gerência de Atenção à Saúde. Essa mudança foi considerada favorável ao passo que gera um aprimoramento da gestão deste serviço, o que possibilitará controle mais rigoroso de todos os processos técnico-assistenciais e redução de custos.

[...] Dentro da percepção da EBSEH esse vai ser um setor extremamente privilegiado do ponto de vista administrativo [...] para que ele tenha mais autonomia, [...] atue de maneira mais efetiva no controle tanto de estoque como de dispensação, [...] (E5).

Neste novo organograma o Serviço de Farmácia será vinculado à Gerência de Atenção à Saúde (Figura 4) e será denominado Setor de Farmácia Hospitalar, que será subdividido em Unidade de Abastecimento e Dispensação Farmacêutica e Unidade de Farmácia Clínica. Nesta estrutura serão definidos o chefe de setor e das respectivas unidades. Espera-se que a criação da Unidade de Farmácia Clínica seja um ganho em relação à segurança do paciente em decorrência da expansão da farmácia clínica³⁹.

A instituição dispõe do *software* que comporta vários módulos, sendo que um deles é o de materiais da farmácia. O número de computadores é suficiente, porém o programa não está atualizado. Observou-se nas embalagens dos medicamentos fracionados a impressão de código de barras, no entanto esta tecnologia não é suportada pelo *software* utilizado, e inviabiliza a rastreabilidade dos medicamentos.

Figura 4 - Organograma EBSEH para Gerência de Atenção à Saúde.



Fonte: Ministério da Educação e Cultura³⁹.

Assim a entrada e saída dos medicamentos são feitas manualmente. Esta carência de *software* atualizado gera consequências no controle de estoque de medicamentos e requer maior número de pessoas. Cinco entrevistados relataram enfrentar dificuldades em decorrência da escassez de tecnologias, acarretando o comprometimento da segurança do paciente.

[...] esse sistema que não usa a tecnologia, [...] gera erros de dispensação e podendo também gerar, consequentemente, erros de administração. [...] gera insegurança. [...] (E7).

A informatização e a automação possuem um papel importante, pois otimizam área física e RH, atingem melhores resultados na relação custo-benefício, favorecem a qualidade da assistência prestada ao paciente, com a promoção do uso seguro e racional de medicamentos^{4,40}.

A gestão EBSEERH ocasionará a migração de *software* para o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), porém no momento da coleta de dados esta mudança ainda não havia ocorrido. Será feito o uso de leitura por código de barras o que oferece um gerenciamento otimizado e minimiza os erros, tornando o processo mais seguro⁴¹. Os benefícios gerados no gerenciamento de estoque de medicamentos corroboram os achados de outro estudo em que a adoção do AGHU proporcionou efetividade no controle sobre o estoque, dispensação e utilização de medicamentos resultando em economia de recursos²⁸.

Porém, as necessidades serão parcialmente atendidas com a implantação do Aplicativo utilizado pela EBSEERH:

[...] A gente sabe que eles desenvolveram uma metodologia tecnológica de controle de estoque, mas que ainda não é o que se espera, pelo que a gente tem conversado com outras unidades, [...] mas, obviamente, que está engatinhando e que as próprias unidades que já tem experiência [...] já estão fazendo as sugestões de mudança. [...] Hoje é extremamente rudimentar o nosso controle de estoque e isso atrapalha bastante a nossa gestão de materiais [...] (E5).

A percepção dos entrevistados do HU/UFSC é positiva em relação à entrada da EBSEERH na instituição, tendo em vista as prováveis melhorias que repercutirão no Serviço de Farmácia em

decorrência das mudanças no organograma da instituição, bem como a contratação de novos profissionais por meio do concurso público. Esta perspectiva corrobora os resultados encontrados por Souto²⁸ que observou que a EBSEERH tem obtido sucesso na gestão do Hospital Universitário de Brasília, fato que se prova pelas obras de reformas concluídas, renovação do parque tecnológico e substituição do quadro de funcionários precarizados. Em contrapartida, outro estudo constatou que o modelo de gestão da EBSEERH não é inovador, visto que utiliza como parâmetro a produção por metas, o que não condiz com o trabalho qualitativo dos serviços de um hospital de ensino. Para estes autores, a transferência administrativa distancia o hospital da Universidade, não acaba com os diferentes vínculos empregatícios na instituição, dilui a participação social, preza pelo faturamento financeiro, ao invés do ensino e da assistência à saúde⁷.

CONCLUSÃO

Apesar de recente, a adesão à EBSEERH, vem progressivamente influenciando na organização do HU/UFSC e do Serviço de Farmácia. As perspectivas positivas pertinentes ao contexto da EBSEERH que já foram identificadas são a formalização de contratação de RH com financiamento específico, eliminação de contratos precarizados, reposição de postos vagos, modernização da estrutura física e parque tecnológico, planejamento de ações, uniformização dos HUFs. Por outro lado, ainda há controvérsias a respeito de alguns aspectos do contexto que possam atuar de maneira negativa: o primeiro refere-se à ampliação do caráter assistencial em detrimento do ensino e pesquisa, que pode gerar uma grande perda para alunos e para a sociedade; o segundo diz respeito ao modelo de gestão fundamentado na produção por metas em um hospital de ensino, pois a lógica produtivista pode interferir na capacidade de prestar uma boa assistência. Ademais, será necessário avaliar os próximos anos de gestão para verificar se ocorrerão prejuízos à finalidade ensino, pesquisa e extensão.

No Serviço de Farmácia do HU/UFSC espera-se que ocorram ganhos significativos para o serviço e para o paciente em decorrência da valorização no organograma da instituição, designação de chefe para o Setor de Farmácia Hospitalar, reposição de RH, estabelecimento de normas e procedimentos para todas as atividades, criação da Unidade de Farmácia Clínica e abertura da Unidade de Dispensação dentro do hospital o que favorece a comunicação e integração com as equipes das

demais unidades. Outro ponto apontado como positivo foi a possível migração do sistema atual para o AGHU que promete avanços relevantes no gerenciamento de estoques, permitindo a rastreabilidade dos medicamentos. Também se espera uma redução nos custos dos HUFs com a centralização de compra de medicamentos, insumos e equipamentos.

A EBSERH terá que encontrar meios para enfrentar as dificuldades financeiras originadas pela desatualização dos valores pagos pela SES ao HU/UFSC, que até o momento são insuficientes para suprir as necessidades deste hospital. Além disso, com a desvinculação da administração do HU/UFSC pela universidade e transferência da gestão para a EBSERH surge o desafio de encontrar meios para superar as dificuldades de conciliação do papel assistencial com o de ensino, pesquisa e extensão.

REFERÊNCIAS:

1. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. Padrões mínimos para Farmácia Hospitalar. Belo horizonte:SBFH; 1997.
2. Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
3. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. Padrões mínimos para Farmácia Hospitalar e serviços de saúde. Goiânia: SBRAFH; 2007.
4. Ferracini FT, Mendes W. Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização. 2nd. ed. São Paulo: Atheneu; 2010.
5. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Cartilha de Farmácia Hospitalar. São Paulo (SP): CRFSP; 2013.
6. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União1990 [citado em 2014 abr 10]; 20 set. 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

7. Littike D, Sodré F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. Ciênc Saúde Coletiva. 2015 Oct;20(10):3051-62.
8. Lei n . 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011 [citado em 2014 Abr 10]; 16 dez. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112550.htm
9. Souza KO, Littike D, Sodré F. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH): [Re] afirma o de um modelo de gestão. Anais do 2  Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte; 2013.
10. Ministério da Educa o (BR), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH. IFES com Hospitais Universitários Federais [citado em 2016 Nov 20]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria n . 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organiza o, fortalecimento e aprimoramento das a es e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Diário Oficial da União; 2010 [citado em 2015 Mai 26] 31 Dez; (251):94-5. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa6b3409.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n . 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União; 1998 [citado em 2015 Mai 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria n . 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União; 2013 [citado em 2015 Jun 6]. Disponível em:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
14. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. *Rev Adm Saúde*. 2010; 12(46):7-14.
 15. Medici AC. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. *Rev Assoc Med Bras*. 2001;47(2):149-56.
 16. Santana RS, Santos AS, Menezes MS, Jesus EMS, Silva WB. Assistência farmacêutica de uma rede de hospitais públicos: proposta de utilização das diretrizes ministeriais para avaliação do serviço. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2013 jan/mar;4(1):29-34 [citado em 2015 Mar 24]. Disponível em: <http://www.chrisfapi.com.br/v3/files/2013040105BR.pdf>
 17. Sodré F, Littike D, Drago LMB, Perim MCM. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. *Serv Soc Soc*. 2013 Abr/Jun;(114):365-80.
 18. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Regimento Interno do HU. 2010 [citado em 2015 Set 7]. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento_interno_hu.pdf
 19. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário, Serviço de Farmácia. Procedimentos Operacionais Padrão: seção de estocagem e distribuição de medicamentos. Florianópolis: UFSC; 2014.
 20. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário, Serviço de Farmácia. Procedimentos Operacionais Padrão: seção de farmácia semi-industrial. Florianópolis: UFSC; 2014.
 21. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário. Plano 2012: planejamento estratégico do Hospital Universitário. Florianópolis; 2006.
 22. Braun V, Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Research in Psych*. 2006;3(2): 77-101 [citado em 2017 Jan 10]. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735/>

23. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Institucional. Histórico [citado em 2014 Abr 15]. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. População de Santa Catarina. 2015 [citado em 2014 Abr 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>
25. Secretaria de Estado da Saúde (Santa Catarina). Convênio firmado nº 0001/2011, que entre si celebram o Estado de Santa Catarina, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina através do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis; 2010.
26. Secretaria de Estado da Saúde (Santa Catarina). 8º Termo aditivo ao Convênio firmado nº 0001/2011 entre Estado de Santa Catarina e a Universidade Federal de Santa Catarina através do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis; 2015.
27. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Boletim estatístico do movimento hospitalar. Ano 2016 [citado em 2017 Jan 5]. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/?page_id=3487
28. Souto AL. Análise conjuntural sobre iniciativa do Governo Federal para recuperação da Rede de Hospitais Universitários Federais: estudo de caso sobre o contrato entre EBSEH e UNB para gestão do HUB [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade Nacional de Brasília, Curso de Administração Pública; 2015.
29. Universidade Federal de Santa Catarina. Contrato de gestão especial gratuita que entre si celebram a Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Brasília; 2016.
30. Presidência da República (BR). Decreto nº. 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF. Diário Oficial da União; 2010 [citado em 2014 Abr 12] 27 Jan. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm

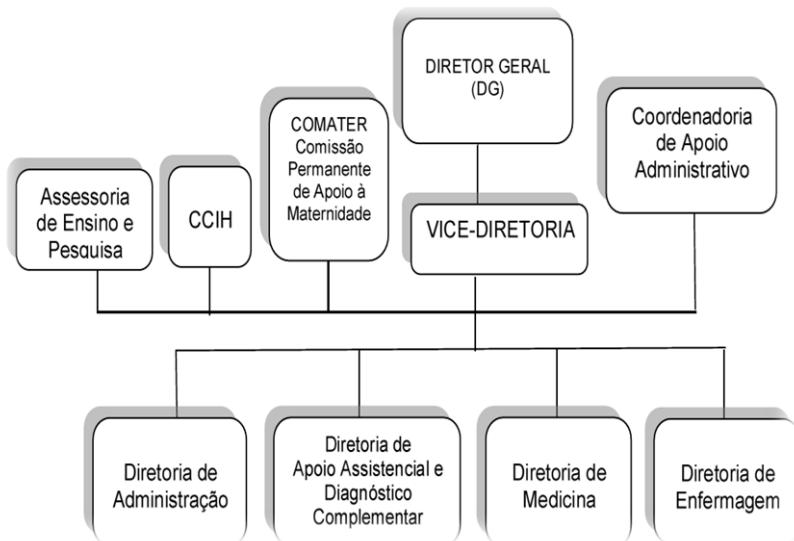
31. Drago LMB. Servindo a dois senhores: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência [dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós Graduação em Política Social; 2011 [citado em 2016 Nov 21]. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_4015_Leandra Maria Borlini.pdf
32. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário. Organograma da Direção de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar– DAA/HU. 2012 [citado em 2015 Mai 24]. Disponível em: www.hu.ufsc.br/documentos
33. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário, Coordenadoria Auxiliar de Gestão de Pessoas. Cadastro de Pessoal. Florianópolis: UFSC; 2014.
34. Universidade Federal de Santa Catarina. Portaria nº. 61, de 25 de setembro de 2015. Dispõe sobre a flexibilização de jornada de trabalho dos servidores técnicos-administrativos em Educação lotados no Hospital Universitário. Florianópolis, 2015 [citado em 2017 Jan 4]. Disponível em: notes.ufsc.br/aplic/portaria.nsf
35. Canabarro IM. A cultura de segurança do paciente do serviço de farmácia do Hospital Universitário/UFSC: um processo em formação [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Administração Universitária, Departamento de Ciências da Administração; 2015.
36. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Florianópolis (SC), 2013 [citado em 2015 Set 10]. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/rims/>
37. Maia Neto JF. Farmácia Hospitalar: um enfoque sistêmico. Brasília: Thesaurus; 1990.
38. Universidade Federal de Santa Catarina. Notícias da UFSC. Hospital Universitário Inaugura Unidade de Dispensação Farmacêutica.

Florianópolis, 2016 Nov 23 [citado em 2016 Nov 25]. Disponível em: <http://noticias.ufsc.br/2016/11/hospital-universitario-inaugura-unidade-de-dispensacao-farmaceutica/>

39. Ministério da Educação (BR), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Estrutura organizacional dos Hospitais sob gestão da EBSEH: diretrizes técnicas [Internet]. Brasília; 2013[citado em 2016 Nov 1]. Disponível em: <http://ebserh.gov.br/documents>
40. Cipriano SL. Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na Farmácia Hospitalar com foco na comparabilidade [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Doutorado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública; 2009.
41. Ministério da Educação (BR), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU. [citado em 27 Out 2016]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/farmacia/apresentacao>

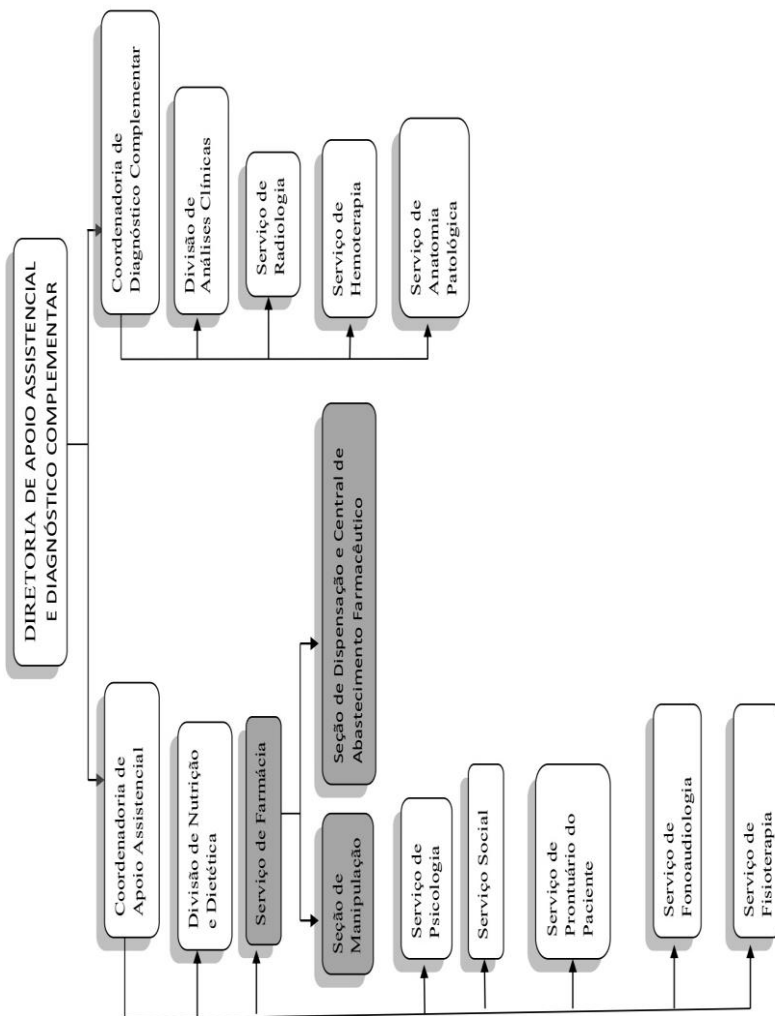
ANEXOS

ANEXO A: Organograma Direção Geral Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2012



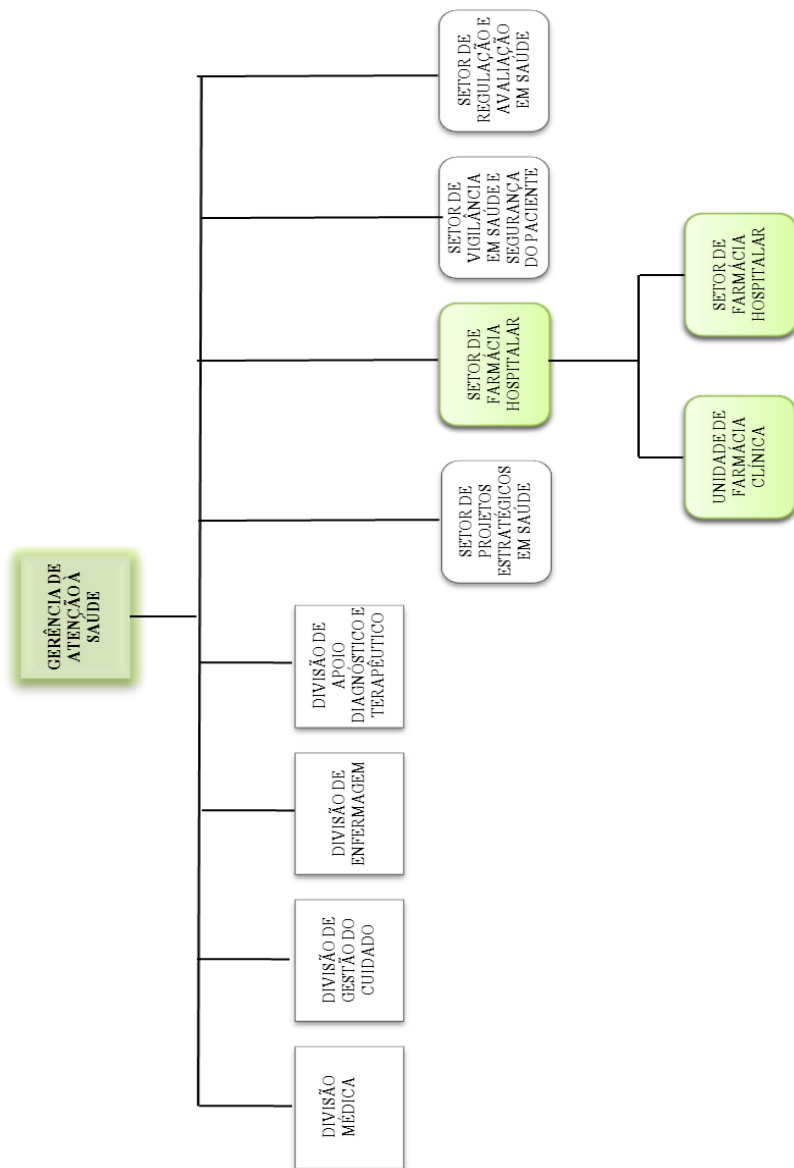
Fonte: UFSC (2012a).

ANEXO B: Organograma Diretoria de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2012



Fonte: UFSC (2012b).

ANEXO C: Organograma EBSERH para Gerência de Atenção à Saúde



Fonte: Brasil (2016).

ANEXO D: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA FARMÁCIA HOSPITALAR PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Sonia Natal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56840116.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.640.708

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado da acadêmica Jaqueline Nunes Flores submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFSC sob a orientação da Pro^{fa} Dr^a Sonia Natal. Tal pesquisa tem como objetivo Avaliar se a Farmácia Hospitalar realiza suas atividades de forma que possa contribuir para a segurança do paciente. Metodologia: Este estudo apresentará uma abordagem de carácter quantitativo e qualitativo. A estratégia adotada será um estudo de caso, utilizando-se uma abordagem normativa. O caso, a Farmácia Hospitalar, será analisado a partir do delineamento do modelo lógico (ML) da Farmácia Hospitalar (FH) para a segurança do paciente. As informações primárias serão obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas. Os respondentes serão: coordenador do serviço de farmácia, responsável setor financeiro, responsável setor de Recursos Humanos e farmacêuticos do serviço, totalizando sete entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar se a Farmácia Hospitalar realiza suas atividades de forma que possa contribuir para a segurança do paciente.

Objetivo Secundário:

- Elaborar os modelos lógico e teórico da Farmácia Hospitalar;

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contabo.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.640.708

- Selecionar e construir indicadores para avaliação das atividades relacionadas a segurança do paciente na Farmácia Hospitalar;
- Identificar fatores que influenciam para uma medicação segura no serviço de Farmácia Hospitalar;
- Identificar as estratégias que possibilitem a redução/prevenção de erros de medicação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados à participação nesta pesquisa são mínimos e incluem constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causem desconforto durante a entrevista, entretanto os nomes dos participantes serão mantido em sigilo. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes. A guarda dos dados, seu acesso e sua análise ocorrerá apenas pela pesquisadora e serão utilizados somente para fins deste estudo, que poderá ser publicado ou divulgado com propósito científico. Para amenizar estes riscos, as entrevistas serão realizadas em local neutro, em dia e horário mais convenientes para o participante. Embora a pesquisadora não consiga identificar outros riscos, caso sejam identificados no futuro, eles serão controlados.

Benefícios:

- Melhoria dos serviços na Farmácia Hospitalar;- Reflexão sobre os processos de trabalho;- Aumento do rendimento e da qualidade dos serviços;- Possibilitar estratégias para melhoria dos pontos frágeis;- Melhoria para a segurança do paciente neste estabelecimento de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não tenho comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes.

Recomendações:

Não tenho.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contabo.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.640.708

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_722916.pdf	02/07/2016 20:55:42		Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer_consubiado.pdf	02/07/2016 20:53:57	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Jaqueline_Flores2.pdf	02/07/2016 20:50:59	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficina2.pdf	02/07/2016 20:50:19	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista2.pdf	02/07/2016 20:49:53	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
Outros	Autorizacao_HU_UFSC.pdf	08/06/2016 11:38:15	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Jaqueline.pdf	08/06/2016 11:36:52	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevistas.pdf	23/05/2016 21:04:32	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficina.pdf	23/05/2016 21:03:36	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista.pdf	23/05/2016 21:03:23	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
Cronograma	Cronograma_Jaqueline_Flores.docx	23/05/2016 21:02:50	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
Orcamento	Orcamento_pesquisa_Jaqueline_Flores.docx	23/05/2016 20:44:21	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Jaqueline_Flores.pdf	23/05/2016 20:42:41	JAQUELINE NUNES FLORES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br