



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade  
Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares**

Daniela Filipa Pinto Câmara e Sousa

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadores:

Professor Doutor Renato Lopes Costa, Professor Auxiliar com Agregação,  
ISCTE-IUL

Professor Doutor Rui Alexandre Henriques Gonçalves, Professor Auxiliar  
Convidado, ISCTE-IUL

Junho, Ano 2023





BUSINESS  
SCHOOL

---

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade  
Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares**

Daniela Filipa Pinto Câmara e Sousa

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadores:

Professor Doutor Renato Lopes Costa, Professor Auxiliar com Agregação,  
ISCTE-IUL

Professor Doutor Rui Alexandre Henriques Gonçalves, Professor Auxiliar  
Convidado, ISCTE-IUL

Junho, Ano 2023

*Para a minha família e namorado, que sempre me encorajaram a lutar pelos meus sonhos e nunca desistir.*





### **Agradecimentos**

Quero agradecer em primeiro lugar aos meus orientadores, Professor Doutor Renato Lopes da Costa e Professor Doutor Rui Gonçalves pelos brilhantes ensinamentos e toda a disponibilidade demonstrada ao longo do processo.

Quero agradecer às minha colegas da Pós-Graduação em Gestão para Profissionais de Saúde nomeadamente à Sofia Gonçalves, à Maria Guimarães e à Cristina Marques, que sempre me acompanharam no meu percurso académico pelo ISCTE, acreditaram que poderia ir mais longe e me convenceram a fazer este mestrado.

Quero também agradecer à minha família, nomeadamente à minha avó Maria Pinto, avô António Moreira, mãe Ângela Moreira, pai Francisco Azevedo e namorado Pedro Cunha pelo apoio incondicional nesta missão de vida de eterna estudante.

Não poderia deixar de agradecer as meus colegas e chefias do Hospital professor Doutor Fernando Fonseca que me apoiaram e inspiraram a ter novas ideias para o desenvolver do presente estudo especialmente à Dra. Nila Badracim, Dra. Susana Neta, Dra. Sandra Coelho e Dr. Vasco Rodrigues.

Por fim, quero agradecer a todos os colegas e profissionais de saúde que prontamente dedicaram parte do seu tempo a responder ao questionário e à entrevista.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.



## Resumo

A investigação debruça-se sobre o tema “Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados (CRIs) nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH)”. Surge numa época em que existe uma grande preocupação com a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo este modelo de gestão empresarial uma potencial solução para a sua reinvenção.

Os SFH atravessam atualmente um momento crítico na história, situação esta que pode comprometer a segurança no circuito integrado do medicamento e outros produtos farmacêuticos. É neste panorama que foi pensado aplicar este modelo de gestão ao serviço, com o intuito de o reformular, com impactos positivos para os doentes, profissionais de saúde (PS) e para o SNS.

O estudo apresenta dois objetivos de investigação (OI) trabalhados sob a forma de modelo misto, nomeadamente: avaliar a relevância e criação de valor dos CRIs ao nível dos SFH, bem como identificar a sua possível configuração.

Os resultados obtidos permitiram concluir que é relevante a implementação de CRIs nos SFH, contribuindo para a criação de valor. Foi também possível concluir que a implementação seria relevante ao nível das áreas funcionais de produção e de ambulatório, bem como identificar possíveis benefícios, desafios, impactos e opositores.

É então um estudo pioneiro dada a inexistência de exemplos, enquadramento legal e suporte bibliográfico.

Palavras-chave: Centros de Responsabilidade Integrados, Farmácia Hospitalar, Serviço Nacional de Saúde, Gestão Hospitalar.

Sistema de Classificação JEL: M10 – Gestão de Empresas - Geral; I19 – Saúde, Educação e Assistência Social – Outros.



### **Abstract**

The research focuses on the theme “Possibility of Implementing Integrated Responsibility Centers in Hospital Pharmaceutical Services”. It comes at a time when there is great concern about the sustainability of the National Health Service, being this business management model a potential solution for its reinvention.

Hospital Pharmaceutical Services are currently going through a critical moment in history, a situation that could compromise the safety of the integrated circuit of medication and other pharmaceutical products. It is in this scenario that it was thought to apply this management model to the service, with the aim of reformulating it, with positive impacts for patients, health professionals and the National Health Service.

The study presents two research objectives worked on in the form of a mixed model, namely to evaluate the relevance and value creation of Integrated Responsibility Centers at the level of Hospital Pharmaceutical Services, as well as to identify their possible configuration.

The results obtained led to the conclusion that the implementation of Integrated Responsibility Centers in terms of Pharmaceutical Services is relevant, contributing to the creation of value. It was also possible to conclude that the implementation would be relevant in terms of the functional areas of production and ambulatory, as well as to identify possible benefits, challenges, impacts and opponents.

It is therefore a pioneering study given the lack of examples, legal framework and bibliographic support.

**Keywords:** Integrated Responsibility Centers, Hospital Pharmacy, National Health Service, Hospital Management.

**JEL Classification System:** M10 – Business Administration – General; I19 - Health, Education and Social Assistance – Others.



## Índice Geral

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índice Geral.....	ix
Índice de Tabelas.....	xi
Índice de Figura.....	xiii
Índice de Anexos.....	xv
Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas.....	xvii
Capítulo 1. Introdução.....	1
1.1. Enquadramento.....	1
1.2. Problemática da Investigação.....	2
1.3. Objetivos da Investigação.....	3
1.4. Estrutura da Tese.....	3
Capítulo 2. Centros de Responsabilidade Integrados .....	5
2.1. Introdução, Definição, Objetivos e Fundamentos.....	5
2.2. Processo de Criação e Organização Interna.....	7
2.3. Financiamento e Orçamento, Sistema de Incentivos e Remuneração, Acompanhamento e Avaliação e Perspetivas de Implementação.....	9
Capítulo 3. Serviços Farmacêuticos Hospitalares.....	13
3.1. Definição, Competências, Objetivos e Fundamentos.....	13
3.2. Áreas Funcionais.....	18
3.2.1. Áreas Clássicas.....	19
3.2.2. Áreas Clínicas ou de Intervenção Farmacêutica.....	20
3.2.3. Outras áreas.....	22
3.3. Enquadramento das Farmácias Hospitalares nos Hospitais e Sistema de Saúde.....	23
3.4. Despesas dos SFH.....	23
3.5. Indicadores de Desempenho.....	25
Capítulo 4. Abordagem Teórica.....	27
Capítulo 5 Metodologia.....	31
5.1 Introdução.....	31
5.2 Abordagem Quantitativa.....	35

5.2.1 Modelo de Investigação.....	35
5.2.2 Descrição da Amostra.....	40
5.3 Abordagem Qualitativa.....	41
5.3.1 Modelo de Investigação.....	41
5.3.2 Descrição da Amostra.....	43
Capítulo 6 Apresentação e Discussão de Resultados.....	45
6.1 Abordagem Quantitativa.....	45
6.2 Abordagem Qualitativa.....	53
6.2.1 Relevância na Implementação de CRIs nos SFH.....	53
6.2.1.1 Identificação de Desafios.....	54
6.2.1.2 Identificação de Benefícios.....	56
6.2.1.3 Identificação de Áreas Funcionais e Modelos de Implementação.....	57
6.2.1.4 Identificação do Impacto.....	57
6.2.1.5 Identificação de Opositores.....	59
6.2.2 Implementação de CRIs em Portugal.....	60
Capítulo 7.....	61
7.1 Considerações Finais.....	61
7.2 Limitações do Estudo.....	63
7.3 Sugestões para Futuras Investigações.....	64
Referências Bibliográficas.....	65
Anexos.....	69
Anexo A.....	69
Anexo B.....	73
Anexo C.....	79
Anexo D.....	91
Anexo E.....	95
Anexo F.....	97

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Resumo das Barreiras à Implementação de Inovação no SFH dos Hospitais Portugueses.....	14
Tabela 2 – Rácio FH/Doente (considerando um hospital de 500 camas) .....	16
Tabela 3 – Classes Terapêuticas com Maiores Encargos.....	25
Tabela 4 – Relação entre OI, RL, Metodologia e Secção do Inquérito por Questionário ou Entrevista.....	33
Tabela 5 – Legenda do Modelo Conceptual.....	39
Tabela 6 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra 1.....	40
Tabela 7 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra 2.....	43
Tabela 8 – Avaliação da Fiabilidade do Modelo.....	47
Tabela 9 – Validade Convergente.....	48
Tabela 10 – Validade Divergente – <i>Rácio Heterotrait- Monotrait</i> .....	48
Tabela 11 – Colinearidade.....	49
Tabela 12 – Coeficientes.....	50
Tabela 13 – Correlação entre Construtos.....	50
Tabela 14 – Coeficiente de Determinação ( $R^2$ ) .....	51
Tabela 15 – Sumário dos Resultados – Hipótese de Pesquisa.....	52
Tabela 16 – Relevância na Implementação de CRIs nos SFH.....	53
Tabela 17 – Identificação de Desafios.....	55
Tabela 18– Identificação de Benefícios.....	56
Tabela 19 – Identificação das Áreas Funcionais e Modelos de Implementação.....	57
Tabela 20 – Identificação do Impacto.....	58
Tabela 21 – Identificação de Opositores.....	60
Tabela 22 – Implementação de CRIs em Portugal.....	60



## Índice de Figuras

Figura 1 – Nível de Satisfação Global com a Profissão dos FH.....	17
Figura 2 – Distribuição do Tempo de Trabalho dos FH entre as Várias Atividades.....	18
Figura 3 – Despesa do SNS por Área de Prestação.....	24
Figura 4 – Modelo de Investigação.....	34
Figura 5 – Modelo Conceptual.....	38
Figura 6 –Categorização e Codificação do <i>Corpus</i> da Entrevista.....	42
Figura 7 – Modelo Conceptual em <i>SmartPLS</i> .....	45



## Índice de Anexos

Anexo A.....	69
Anexo B.....	73
Anexo C.....	79
Anexo D.....	91
Anexo E.....	95
Anexo F.....	97



## Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas:

AAM	Auxiliar de Ação Médica
ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
ADM	Administrativos
APAH	Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
$\beta$	Coefficientes
BO	Bloco Operatório
BP	Bloco de Partos
CA	Conselho de Administração
cpKPI	Indicador Chave de Desempenho de Farmácia Clínica
CES	Comissão de Ética de Saúde
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constituem um benefício à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados
CID	Características Internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constituem um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados
CIM	Centro de Informação do Medicamento
CP	Contratos-programa
CR	Centro de Responsabilidade
CRI	Centro de Responsabilidade Integrado
CRIs	Centros de Responsabilidade Integrados
DS	Diretor de Serviço
EPE	Entidades Públicas Empresariais
ESCP	Sociedade Europeia de Farmácia Clínica
FH	Farmacêuticos Hospitalares
GCL - PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
HD	Hospital de Dia
HTMT	<i>Heterotrait-Monotrait</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística

I&D	Investigação e Desenvolvimento
KPI	Indicador Chave de Desempenho
LPS	Mínimos Quadrados Parciais
MFH	Manual da Farmácia Hospitalar
MFR	Medicina Física e de Reabilitação
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OI	Objetivos de Investigação
PICF	Possibilidade de implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares
PLS	Regressão Parcial de Mínimos Quadrados
PPP	Parceria Público-Privada
PRM	Problemas Relacionados com os Medicamentos
PS	Profissionais de Saúde
R <sup>2</sup>	Coeficiente de Determinação
RF	Reconciliação Farmacoterapêutica
RH	Recursos Humanos
rho <sub>a</sub>	Coeficiente de Fiabilidade
rho <sub>c</sub>	Fiabilidade Composta
RL	Revisão da Literatura
RM	Revisão da Medicação
saKPI	Indicador Chave de Desempenho de Áreas de Suporte
SC	Serviço Clínico
SEM	Modelo de Equações Estruturais
SFH	Serviços Farmacêuticos Hospitalares
SIM	Serviço de Informação do medicamento
SMART	<i>Specific, measurable, attainable, relevant and timebound</i>
SNF	Sindicato Nacional dos Farmacêuticos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SUG	Serviço de Urgência Geral
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
TI	Tempo Integral
TP	Tempo Parcial

UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UE	União Europeia
UHD	Unidade de Hospitalização Domiciliária
VD	Variável Dependente
VEI	Variáveis externas aos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que influenciam a implementação de Centros de Responsabilidade Integrados
VI	Variável Independente
VIF	Inflação de variância
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana



## CAPÍTULO 1

### Introdução

#### 1.1. Enquadramento:

Os hospitais públicos são organizações de saúde dotadas de elevada complexidade, sendo responsáveis pela gestão de inúmeros recursos financeiros, materiais técnicos e humanos (Costa *et al.*, 2013). Assumem cada vez mais a sua atividade numa componente empresarial, dada a pressão constante para uma alocação cada vez mais eficiente de recursos escassos (Costa *et al.*, 2013).

Para Antunes (2001) a deficiente gestão de recursos é um dos mais preocupantes problemas do nosso SNS. De facto, o SNS atravessa um período vulnerável em que é necessária a sua reinvenção como forma de assegurar a sua sustentabilidade (Antunes, 2001). É neste contexto que surgem em Portugal, durante o Ministério de Leonor Beleza, os CRIs nos Hospitais do SNS criado pela Decreto-Lei n.º 19/88 (Antunes, 2001).

Os CRI definem-se como estruturas orgânicas de gestão intermédia entre o nível de administração e o nível operacional, com autonomia funcional e técnica, que agrupam serviços ou unidades funcionais homogéneas e que implicam a contratualização interna dos mesmos (Barros & Gomes, 2002). Resultam de um compromisso entre os gestores dos CRI e os Conselhos de Administração (CA) dos Hospitais Entidades Públicas Empresariais (EPE) que integram a rede do SNS, para o cumprimento de um dado volume de cuidados em função dos recursos atribuídos, negociado para um período de três anos (Portaria n.º 330/2017, 2017; Barros & Gomes, 2002).

Assumem como missão potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde nas entidades do SNS, apresentando benefícios inegáveis para os doentes, profissionais, instituição e SNS (ACSS, 2017). A sua implementação apresenta também inúmeros desafios, onde se destaca a inexistência de legislação específica que permita o seu enquadramento em áreas que não sejam puramente de produção como é o caso dos SFH (SNS, 2023).

Os SFH são departamentos integrantes de todos os hospitais, fazendo parte do grupo de serviços de apoio à ação médica (Farinha & Rijo, 2020). Detêm autonomia técnico-científica e compreendem uma panóplia de atividades de suporte e clínicas, desenvolvidas em prole de todos os serviços com os quais se relacionam (Farinha & Rijo, 2020; Gomes et al., 2021). Os farmacêuticos hospitalares (FH) são, juntamente com os restantes profissionais integrantes da farmácia hospitalar, atores essenciais no funcionamento da complexa estrutura hospitalar (Gomes et al., 2021). Assumem diferentes responsabilidades, cada vez mais orientadas para o doente e para os resultados em saúde e que visam garantir a utilização e gestão segura e eficiente dos medicamentos, dispositivos médicos, cosméticos

e outros produtos de saúde, bem como a segurança e qualidade de todos os processos relacionados com os mesmos (Gomes et al., 2021; Lopes et al., 2021).

Os SFH assumem também um papel preponderante nas despesas em saúde, na medida em que são responsáveis pela gestão dos medicamentos, dispositivos médicos, cosméticos e outros produtos de saúde, que constituem a segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais, a seguir aos Recursos Humanos (RH), com um custo anual de 1.3 mil milhões de euros para os hospitais portugueses (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021).

Os SFH atravessam atualmente um momento crítico na história, motivada por vários problemas, nomeadamente a falta de valorização profissional e desatualização das grelhas salariais; precariedade; desadequação do número de farmacêuticos às necessidades e complexidade das atividades desenvolvidas e ainda iniquidades relacionadas com o acesso à especialidade e carreira farmacêutica. Todos estes problemas podem comprometer a segurança no circuito integrado do medicamento e outros produtos farmacêuticos (SNF, 2022).

## **1.2. Problemática da Investigação**

A presente investigação debruça-se sobre o tema “Possibilidade de Implementação de CRIs nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares”. É um tema de elevada atualidade e pertinência, que surge numa época em que existe uma grande preocupação com a sustentabilidade do SNS (Antunes, 2001). De facto, o SNS atravessa um momento crítico na sua existência, pelo que é necessário que, neste momento de vulnerabilidade, se consiga reinventar, tal como já tem acontecido em diferentes etapas, tendo sido a mais recente a pandemia Covid 19 (SNS, 2023).

Os CRIs podem ter um papel decisivo no futuro do SNS, ao serem um modelo de gestão empresarial moderno e centrado no doente, conseguindo uma diferenciação e acesso aos melhores tratamentos, com preocupação pelos profissionais de saúde, proporcionando-lhes as condições de trabalho e motivação necessárias à sua retenção, até então só conseguidas pelo setor privado e benéficas para as instituições e para o SNS permitindo uma mais eficiente gestão de recursos, autonomia e agilidade (ACSS, 2017; SNS, 2023).

Um dos principais desafios à implementação de CRIs em serviços não clínicos, como sejam os SFH, prende-se precisamente com o facto de desde a sua génese estarem muito focados em áreas puramente de produção, sendo que a legislação não é suficientemente abrangente para permitir a sua implementação em outras áreas e contextos (SNS, 2023).

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares atravessam atualmente um momento crítico na história, situação esta que pode comprometer a segurança no circuito integrado do medicamento e outros produtos farmacêuticos (SNF, 2022).

É neste panorama que foi pensado para a presente investigação aplicar o modelo de gestão em CRIs aos SFH, com o intuito de reformular este serviço, tentando encontrar soluções com impactos positivos para os doentes, profissionais de saúde e para o SNS. É então um estudo pioneiro dada a inexistência de exemplos, legislação aplicável à sua implementação na área da farmácia hospitalar e até mesmo de suporte bibliográfico acerca do tema. Assim sendo, visa contribuir para a criação de informação de relevo, servindo também de mote e inspiração para futuras investigações.

### **1.3. Objetivos de Investigação**

O presente estudo visa contribuir com conhecimentos atualizados acerca da temática abordada, apresentando dois OI.

O OI 1 pretende avaliar a perceção dos profissionais de saúde pertencentes à farmácia hospitalar ou integrantes de CRIs em Portugal acerca da relevância e da criação de valor na implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH. Com o intuito de melhor analisar a problemática o OI1 foi ainda decomposto em três OI, nomeadamente: OI1A) Identificar as características internas dos SFH que constituem um desafio à implementação de CRIs, OI1B) Identificar as características internas dos SFH que constituem um benefício à implementação de CRIs e OI1C) Identificar as variáveis externas aos SFH que influenciam a implementação de CRIs.

O OI2 visa avaliar a perceção dos peritos das mesmas áreas quanto à relevância e configuração da implementação deste modelo de gestão no serviço em questão.

### **1.4. Estrutura da Tese**

A presente tese encontra-se dividida em sete capítulos. O capítulo 1 apresenta uma introdução ao tema em estudo. Este capítulo envolve diferentes segmentos, nomeadamente: a contextualização e definição do problema de investigação, clarificação da pertinência do estudo, definição dos objetivos de investigação e da estrutura.

A revisão da literatura encontra-se segmentada em duas partes, sendo a primeira, designada de capítulo 2, relativa à matéria de CRIs e, a segunda, designada de capítulo 3, relativa à matéria de Serviços Farmacêuticos Hospitalares.

O capítulo 2 inicia com uma breve introdução, definição, objetivos e fundamentos, seguindo-se o processo de criação e organização interna. Aborda ainda questões como o financiamento e orçamento, sistema de incentivos e remuneração, acompanhamento e avaliação e perspetivas de implementação.

O capítulo 3 é inteiramente dedicado aos SFH, iniciando com uma abordagem geral que contempla definição, competências, objetivos e fundamentos, seguindo-se uma descrição detalhada das

diferentes áreas funcionais, o enquadramento dos SFH nos hospitais e sistemas de saúde, a despesa do serviço e os indicadores de desempenho.

O capítulo 4 é referente à abordagem teórica, onde se destacam os principais objetivos de investigação decorrentes da revisão de literatura e que guiarão a presente investigação.

O capítulo 5 descreve a metodologia e segmenta-se em três secções. A primeira secção é uma abordagem geral e introdutória, enquanto a segunda e terceira secções são abordagens mais detalhadas, quer de análise quantitativa, quer de análise qualitativa, respetivamente.

O capítulo 6 apresenta os resultados obtidos e discussão dos mesmos, tendo em conta a revisão da literatura. É constituído por duas partes, a primeira das quais referente à análise quantitativa e a segunda à análise qualitativa.

O capítulo 7 apresenta a conclusão do presente estudo, onde são apresentadas as considerações finais, limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

## CAPÍTULO 2

### Centros de Responsabilidade Integrados

#### 2.1. Introdução, Definição, Objetivos e Fundamentos

Os hospitais públicos assumem cada vez mais a sua atividade numa componente empresarial, na medida em que são organizações de saúde de elevada complexidade, sendo responsáveis pela gestão de elevados meios financeiros, materiais, técnicos e humanos. De facto, a problemática da gestão destas organizações de saúde tem estado cada vez mais na ordem do dia, com a pressão constante para uma alocação cada vez mais eficiente de recursos escassos (Costa et al., 2013).

Para Antunes (2001) a deficiente gestão de recursos, quer de natureza material como humana, é um dos mais preocupantes problemas do nosso Serviço Nacional de Saúde e “constituem a causa principal do seu angustiante estado atual”. Estima-se que o desperdício decorrente na não utilização, utilização indevida e/ou abusiva dos recursos ronde os 25% (Antunes, 2001).

Segundo Barros & Gomes (2002), a gestão hospitalar eficaz tem de se individualizar ao nível de cada prestador, com capacidade para determinar a qualidade e quantidade de recursos a utilizar perante cada situação. Antunes (2001) adianta ainda que “é indispensável profissionalizar a gestão, responsabilizando-a, mas ao mesmo tempo dando-lhe os instrumentos essenciais para a sua boa execução”. É neste contexto que surge em Portugal, em 1988, durante o Ministério de Leonor Beleza, e da autoria de Maria de Belém Roseira, a primeira referência ao conceito de Centro de Responsabilidade Integrado (CRI) nos Hospitais do SNS, criado pelo artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 19/88 de 21/01 que aprova a Lei de Gestão Hospitalar e regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 3/88 (Antunes, 2001; SNS, 2023). Só um ano mais tarde é publicado o Decreto-Lei Nº 374/99, de 18/09 que estabelece o regime geral a que devia obedecer a criação dos CRI nos hospitais e centros hospitalares do SNS, e que foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 188/2003 de 20/08, que ainda se mantém em vigor (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Decreto-Lei n.º 188/2003, 2003). Este último terá sido posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31/08 no sentido de permitir a prática clínica por parte dos diretores clínicos do mesmo estabelecimento de saúde do SNS (Decreto-Lei n.º 183/2015,2015).

Os Centros de Responsabilidade (CR) são definidos como uma unidade da organização chefiada por um gestor que é responsável pelas suas atividades e existem com o intuito de atingir um conjunto de objetivos próprios que contribuam para a realização dos objetivos organizacionais (Anthony, 1988; Jordan et al., 2021). Segundo Jordan, previamente à sua constituição deve verificar-se se a entidade onde se pretendem instituir possuem algumas condições, nomeadamente: “exigência de gestão por objetivos, de estruturas descentralizadas e de responsabilização e delegação de autoridade” (Jordan et al., 2021, p332).

Os CRIs são então CR que surgem como resultado de uma visão contabilística da organização em centros de custos (Antunes, 2001; Barros & Gomes, 2002). Deverão ter instrumentos de gestão ao nível da contabilidade que valorizem as transações com outros serviços, internos e externos à instituição onde se inserem (Antunes, 2001; Barros & Gomes, 2002). Reis (2007) defende que os CRIs devem ser vistos a nível hospitalar ou como centros de investimento, na medida em que o responsável tem poder de decisão sobre custos e proveitos, mas também em elementos patrimoniais, tais como ativos e passivos, ou como centros de resultados, ou seja, o responsável tem poder de decisão sobre a utilização dos recursos utilizados ou despesas. Moutinho (1999) justifica a designação de integrados porque resultam da incorporação da vertente clínica e de gestão em apenas uma entidade.

Os CRIs surgem como resultado de uma empresarialização dos hospitais como organizações de saúde, assumindo-se como um modelo de gestão que visa uma maior racionalidade económica, orientado por objetivos e indicadores de desempenho adequados à monitorização da sua atividade no que toca ao controlo permanente de produção, custos e desvios ao orçamento, permitindo, sempre que necessário, a tomada de decisões corretivas (Antunes, 2001; Costa et al., 2013).

Os CRIs definem-se como estruturas orgânicas de gestão intermédia entre o nível de administração e o nível operacional, com autonomia funcional e técnica, que agrupam serviços ou unidades funcionais homogéneas e que implicam a contratualização interna dos mesmos (Barros & Gomes, 2002). Resultam de um compromisso entre os gestores dos CRIs e os Conselhos de Administração (CA) dos Hospitais Entidades Públicas Empresariais (EPE) que integram a rede do SNS, para o cumprimento de um dado volume de cuidados em função dos recursos atribuídos, negociado para um período de três anos (Portaria n.º 330/2017, 2017; Barros & Gomes, 2002). Apresentam dois âmbitos de atuação distintos, nomeadamente ao nível da carteira de serviços, com o desempenho da atividade assistencial contratualizada e ao nível do ensino, formação e investigação que lhes permite ministrar formação pré e pós-graduada, bem como realizar investigação científica (Antunes, 2001).

Assumem como missão potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde nas entidades do SNS, o que se resume nos seguintes objetivos: melhorar o acesso e reduzir os tempos de resposta; incrementar a qualidade pela fomentação de processos de governação clínica centradas no doente; melhorar o desempenho e os níveis de PS, dando-lhes a possibilidade de se especializarem em áreas em que se sintam realizados, mediante a promoção da sua autonomia, envolvimento e responsabilização na gestão dos recursos premiada individual e coletivamente pela atribuição de incentivos de natureza institucional e financeira; aumentar a eficácia, ou seja, as realizações face aos objetivos e a eficiência, ou seja, o nível de resultado por cada unidade de meio consumido, pelo aumento da produtividade basal, rentabilizando a capacidade instalada e, por fim, aumentar a

retenção dos PS no SNS pelo incentivo de exercício exclusivo da sua atividade no mesmo (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Jordan et al., 2021; Portaria n.º 330/2017, 2017; ACSS, 2017).

As áreas com maior potencial para a sua implementação são aquelas que prioritariamente apresentem as condições que são necessárias resolver, ou seja, aquelas que visam a resolução urgente de filas de espera, em que seja necessário rentabilizar a da capacidade instalada, melhorar a eficiência da gestão e ainda áreas que privilegiem uma aposta no ensino e investigação (APAH, 2020).

No evento SNS *Summit* CRI, realizado em Coimbra a 31 de maio de 2023, o Dr. Fernando Araújo, Diretor Executivo do SNS destacou a intenção de criação de mais 25 CRIs em 2023 e 50 no próximo ano de 2024, tendo ainda apontado seis fatores que têm de ser tidos em conta para sua implementação, nomeadamente: a disponibilização de conhecimento compilado acerca de como se constroem e desenvolvem; o facto de, desde a sua génese, estarem muito focados em áreas puramente de produção, embora seja necessário alterar a legislação por forma a permitir a sua implementação em outras áreas e contextos; a forma disruptiva como vêm alterar matriz hierárquica em que se baseia a organização hospitalar; a questão da abertura por parte das lideranças, quer sejam gestão de topo ou intermédia, para estes modelos organizativos que possuem mais autonomia e responsabilidade; a importância de definir indicadores exigentes que permitam a constante monitorização e avaliação de resultados e, por fim, a aposta na componente de inovação e investigação que visa contribuir para alargar o conhecimento científico a nível nacional e internacional (SNS, 2023).

## **2.2. Processo de Criação e Organização Interna**

Previamente à criação de CRIs é necessário garantir que a entidade do SNS onde se pretende inserir dispõe de um conjunto de elementos, nomeadamente: regulamento interno do hospital, onde conste a sua organização em CRIs; sistema de informação para a gestão, que permite a monitorização e cumprimento do orçamento programado; contabilidade analítica e sistema de codificação e classificação de doentes de acordo com os grupos de diagnóstico homogéneos (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999).

Os CRIs são criados por deliberação do CA da entidade do SNS onde se inserem, no seguimento da apresentação de um plano de ação trienal, que define o programa de prestação de cuidados de saúde durante este período (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999). Esta deliberação inclui a nomeação da equipa multidisciplinar que constitui o CRI, aprova o plano de ação trienal, o orçamento e o contrato-programa (CP) anuais e define o regulamento interno de funcionamento, onde constam elementos como a estrutura, constituição dos órgãos, funcionamento, sistema de avaliação e critérios de distribuição de incentivos (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999).

Os CRIs têm como ativos mais importantes as suas equipas multiprofissionais, que integram uma panóplia de PS, nomeadamente: médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, gestores, administradores hospitalares entre outros, tendo em conta a sua área de especialidade (Portaria n.º 330/2017, 2017). Todos os profissionais integrantes destas equipas, incluindo o diretor, devem pertencer à entidade do SNS e, preferencialmente, devem exercer a totalidade da sua atividade na instituição, salvo situações excecionais autorizadas pelo CA (Portaria n.º 330/2017, 2017). Os profissionais integram este modelo de gestão de forma voluntária, sendo que as equipas são nomeadas pelo CA para exercerem funções por um período de 3 anos (Portaria n.º 330/2017, 2017).

Os órgãos do CRI são compostos pelo diretor e pela comissão consultiva (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999). Segundo o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 374/99 (1999) o diretor do CRI dos serviços clínicos tem de ser médico, sendo que o artigo 5.º da Portaria n.º 330/2017 (2017) vem clarificar que a sua seleção exige critérios de liderança, formação, competências e experiência comprovadas nas áreas de gestão, bem como exercício da sua atividade profissional em regime de exclusividade na instituição. Contudo, existe uma exceção a esta regra, contemplada no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 374/99 (1999), que refere que, em situações em que a especificidade do serviço o justifique, ou seja, serviços não clínicos, os CRIs poderão ser dirigidos por um diretor não médico, ou ainda por uma direção colegial de três elementos. O artigo 5.º da Portaria n.º 330/2017 (2017) impõe ainda a proibição de acumulação de funções de direção do CRI com qualquer outro cargo de coordenação ou direção na instituição do SNS, exceto no caso em que o CRI apenas contemple um único serviço clínico, situação esta em que o diretor desse serviço pode acumular simultaneamente ambas as funções de direção.

É da competência da direção proceder à coordenação dos serviços e áreas funcionais constituintes do CRI por forma a assegurar o funcionamento e gestão eficientes dos seus recursos, o que contempla funções como a elaboração de uma série de documentos necessários à atividade do CRI tais como: CP, plano de ação, orçamento, regulamento interno, relatórios de execução do plano de ação, bem como assegurar o seu cumprimento e fazer a ponte com os órgãos de administração e direção do hospital e diretores dos restantes CRIs (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Costa et al., 2013).

Em estreita colaboração com o diretor existe ainda um administrador, preferencialmente pertencente à carreira de administração hospitalar que auxilia na coordenação das atividades do CRI, sendo as suas funções técnicas particularmente relevantes ao nível do acompanhamento da execução orçamental do centro e, ainda, na identificação de oportunidades e resolução de problemas impactantes ao nível do controlo dos custos e proveitos. (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Costa et al., 2013). Antunes (2001) considera que a lei não é clara na distinção da definição de funções entre o Diretor e o Administrador, pelo que considera que cabe a cada CRI obter as competências que se considerarem como pertinentes para e pelos gestores.

A comissão consultiva é uma entidade sem poder decisor, composta pelos seguintes elementos: diretor do CRI e diretores de serviços ou unidades funcionais constituintes, administrador e pelos enfermeiros chefes ou técnicos coordenadores das várias secções (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Costa et al., 2013). No decorrer da experiência obtida enquanto diretor de CRI, Antunes (2001) defende a importância desta entidade na auscultação e integração das perceções dos diferentes serviços ou unidades funcionais do CRI, sendo percecionada pelos seus elementos como uma oportunidade de participação ativa na gestão do CRI.

### **2.3. Financiamento e Orçamento, Sistema de Incentivos e Remuneração, Acompanhamento e Avaliação e Perspetivas de Implementação**

Os CRIs são financiados através dos CP anuais das entidades do SNS, que se definem-se como importantes instrumentos de gestão que servem de ferramenta à contratualização entre os CRIs, como entidades prestadoras e hospital, como entidade pagadora (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999). Os CP devem responder às necessidades de saúde populacionais, fixar os objetivos, fazer o planeamento, identificação dos meios necessários para os atingir e definir os mecanismos de avaliação periódica (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Portaria n.º 330/2017, 2017). Devem ainda ser coerentes com os objetivos gerais do hospital, nomeadamente no que respeita aos indicadores de produção, de serviço e de qualidade assistencial estabelecidos no CP da entidade (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Portaria n.º 330/2017, 2017).

Segundo Antunes (2001) o orçamento é um instrumento fundamental para uma gestão autónoma, como a que acontece ao nível dos CRIs, sendo composto por receitas e despesas. O Decreto-Lei n.º 374/99 (1999) prevê que os CRIs deveriam ser integralmente financiados com base na sua produção, que se divide em duas áreas distintas, nomeadamente: carteira de serviços, onde se insere a atividade assistencial e contratualizada e ensino e investigação, que contempla a atividade profissional e clínica.

A atribuição das receitas deverá estar indexada com a produtividade e inclui: as dotações do orçamento do hospital que lhes sejam afetas, o valor das taxas moderadoras cobradas pelos atos praticados, os valores cobrados por prestações de serviços a outras entidades e outras receitas que por lei, contrato ou qualquer outro título lhes sejam atribuídas (Antunes, 2001; Decreto-Lei n.º 374/99, 1999). A atribuição das despesas envolve dois tipos de custos, ou seja, os diretos, fáceis de mensurar, uma vez que correspondem ao conjunto de despesas que derivam diretamente do seu funcionamento e os indiretos, de difícil apuramento e que incluem a contribuição do centro para as despesas do hospital (Antunes, 2001; Decreto-Lei n.º 374/99, 1999).

Da diferença entre os proveitos e os custos resultam desvios que podem ser negativos ou positivos, sendo que, estes últimos poderão ser alocados, em percentagem a acordar com o CA, a três possíveis destinos, nomeadamente: fundo de coesão institucional, para cobrir eventuais défices da instituição; fundo de reserva do próprio CRI, com vista a cobrir futuros desvios negativos e ainda ao sistema de incentivos (Antunes, 2001; Decreto-Lei n.º 374/99, 1999). O surgimento de CRIs implica ainda o reforço do orçamento hospitalar para fazer face ao aumento de custos absolutos, derivados do incremento da produção dos próprios CRIs e também pelos maiores custos induzidos aos outros serviços (Antunes, 2001).

O sistema de incentivos à equipa multidisciplinar tem como intuito premiar o desempenho individual e coletivo, podendo integrar duas tipologias distintas, nomeadamente: incentivos institucionais, que englobam a melhoria das condições laborais, apoios à participação em formações, estágios e investigação e aquisição de novos equipamentos e incentivos profissionais que consistem em prémios de produtividade com base na produção adicional, sendo esta última a de maior interesse na ótica dos colaboradores (Antunes, 2001; Decreto-Lei n.º 374/99, 1999).

A remuneração dos profissionais integrantes do CRI é definida com base em duas vertentes, uma relacionada com o salário-base, definida pela carreira e estabelecida nas tabelas salariais em vigor e outra, uma componente variável, relacionada com o desempenho individual em termos de quantidade e qualidade de produção (Antunes, 2001; Decreto-Lei n.º 374/99, 1999).

Os CRIs exigem um constante acompanhamento e avaliação para que se possam detetar, em tempo real, desvios e proceder às respetivas ações corretivas (Antunes, 2001; Decreto-Lei n.º 374/99, 1999). Antunes (2001) defende ainda que é fundamental que o princípio economicista que rege o funcionamento dos CRIs não se sobreponha em momento algum às constantes necessidades de melhoria contínua. Estão previstos vários mecanismos de avaliação, que se socorrem de múltiplos indicadores, que são apresentados seguidamente por ordem decrescente de importância, nomeadamente: indicadores de acessibilidade, na medida em que não são toleradas listas de espera; indicadores de oportunidade e qualidade, assentes sobretudo no grau de satisfação dos doentes e indicadores de eficiência e de produtividade (Antunes, 2001). É de extrema importância criar ou melhorar as metodologias de mensuração dos indicadores utilizados por forma a que estes possam ser ferramentas úteis na avaliação dos CRIs (Antunes, 2001).

O Professor Doutor Manuel Antunes, diretor de CRI, no livro da sua autoria intitulado a “A Doença Da Saúde” refere alguns pontos que considerou terem funcionado como desafios à sua implementação, nomeadamente: ceticismo por parte dos PS devido ao fracasso destas iniciativas no passado; o facto da lei exigir que os diretores dos CRIs clínicos fossem médicos com competências de liderança e formação em gestão, sendo que isto não fazia sentido, em primeiro lugar porque o curso

de medicina não detinha esta valência formativa no seu plano de estudos e, em segundo lugar, porque a classe médica tinha aversão aos gestores, uma vez que os viam como “intrusos da sua autonomia”; considera ainda que a lei não é suficiente flexível para permitir aos CRIs um leque alargado de responsabilidades e que os CA não estão preparados para lhes conferir uma gestão verdadeiramente autónoma dentro do CP e orçamento aprovados, uma vez que sentiam que se o fizessem estariam a perder o controlo sobre as atividades do centro; a visão da administração face à relação existente entre o aumento da produção do CRI se traduzir num aumento da despesa hospitalar, na medida em que, apesar de se verificar uma diminuição dos custos unitários de produção, se observa um aumento do custo absoluto pelo incremento dos custos variáveis de produção, que englobam, entre outros, a utilização acrescida de materiais de consumo, desgaste de equipamento e fornecimento de serviços a terceiros; a inexistência nos serviços públicos de avaliação diferenciada e competitiva do desempenho individual e coletivo (Antunes, 2001).



## CAPÍTULO 3

### Serviços Farmacêuticos Hospitalares

#### 3.1. Definição, Competências, Objetivos e Fundamentos

Os Serviços Farmacêuticos Hospitalares (SFH) são departamentos integrantes do Hospital, fazendo parte do grupo de serviços de apoio à ação médica (Farinha & Rijo, 2020). São dirigidos por um Diretor de Serviço (DS), que tem que ser farmacêutico hospitalar, e sob orientação dos órgãos de administração hospitalares (Brou et al., 2005).

Estes departamentos, apesar serem alvo de elevada regulamentação, detêm autonomia técnico-científica e compreendem uma panóplia de atividades de suporte e clínicas (Farinha & Rijo, 2020; Gomes et al., 2021). As atividades de suporte são de caráter mecânico e envolvem a seleção, aquisição, gestão de stock, preparação/produção, armazenamento e conservação, reembalagem e distribuição de medicamentos, dispositivos médicos, cosméticos e outros produtos de saúde (Farinha & Rijo, 2020; Gomes et al., 2021).

As atividades clínicas englobam revisão e reconciliação terapêutica, farmacocinética clínica, suporte nutricional e farmacovigilância (Farinha & Rijo, 2020; Gomes et al., 2021). A integração de FH em equipas multidisciplinares resulta num conjunto de intervenções, em contextos de ambulatório ou internamento, de extrema importância na identificação e redução de erros clínicos, contribuindo para a diminuição indicadores como as taxas de mortalidade e morbilidade, tempo de internamento, efeitos adversos de medicamentos, entre outros, que se traduzem em poupanças avultadas e num incremento dos resultados em saúde, como por exemplo através da melhoria da qualidade de vida dos doentes (Doucette & Millin, 2011 Lee et al., 2019; Lopes, 2021).

O conceito de intervenção farmacêutica define-se como o conjunto de atuações em que os FH participam ativamente na tomada de decisão acerca da terapêutica dos doentes e na evolução dos resultados, sendo de extrema importância o seu registo e uniformização por forma a facilitar a sua classificação e avaliação (Farré et al., 2000). Em suma, os FH empenham inúmeros esforços por garantir a alocação correta e eficiente de recursos, contribuindo desta forma para maximizar os resultados em saúde (Lopes, 2021).

De forma transversal a ambas as áreas de atividade referidas, os SFH são ainda responsáveis pelas áreas do ensino e da investigação e ainda pela prestação de informações técnico-científicas atualizadas aos doentes e outros PS acerca dos produtos inerentes à sua área de atividade (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021).

OS SFH são uma área de crescente interesse e evolução que apresentam um conjunto de objetivos definidos e alinhados de acordo com a sua missão e valores e com a instituição a que pertencem, sendo delimitados por padrões de qualidade vigentes nas normas e/ou guidelines em vigor (Gomes et al., 2021).

Segundo um estudo desenvolvido por Brazinha & Fernandez-Llimos (2014), existem uma panóplia de barreiras à introdução de inovação nos SFH dos Hospitais Portugueses, tal como se encontra representado na tabela 1.

Tabela 1 - Resumo das Barreiras à Implementação de Inovação no SFH dos Hospitais Portugueses

Barreiras	Descrição
FH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistência à mudança;</li> <li>• Falta de motivação derivada da baixa remuneração e não reconhecimento da sua importância pelos restantes grupos profissionais e CA.</li> </ul>
Estrutura dos SFH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de tempo para a realização das atividades diárias devido à escassez de RH e sobrecarga de trabalho, sobretudo burocrático;</li> <li>• Existência de estruturas organizacionais rígidas que não promovem a autonomia e a inovação e colocam o foco da atuação do FH numa perspetiva logística.</li> </ul>
Tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso restrito à informação clínica;</li> <li>• Informação clínica incompleta;</li> <li>• Inexistência de interoperabilidade entre os diferentes <i>softwares</i> informáticos;</li> <li>• Lacunas na partilha de informação entre as equipas do mesmo serviço, diferentes serviços e diferentes níveis de cuidados;</li> <li>• Falta de acesso a bases de dados científicas;</li> <li>• Falta de meios para obter a informação em tempo útil.</li> </ul>
Ambientais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de apoios por parte dos principais <i>stakeholders</i> ao nível do SNS e das associações profissionais dos farmacêuticos, tais como Ordem dos Farmacêuticos (OF) e Sindicato Nacional dos Farmacêuticos (SNF), o que se traduz na falta de recursos humanos e materiais e constante pressão na contenção de custos.</li> </ul>

Fonte: Brazinha & Fernandez-Llimos, 2014.

Os SFH podem integrar um conjunto diferenciado de profissionais nomeadamente FH, técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), auxiliares de ação médica (AAM), administrativos (ADM) e gestores que podem realizar as suas funções em tempo integral (TI), ou parcial (TP) sendo que este último

significa que podem estarem simultaneamente alocados a diferentes atividades (Decreto-Lei nº 44204, 1962). A dotação dos SFH em recursos humanos, quer em quantidade como em qualidade é de extrema importância na sua organização (Brou et al., 2005). Embora os normativos técnicos da farmácia hospitalar definam um rácio de elementos de cada categoria profissional imprescindível ao funcionamento das diferentes áreas funcionais, é necessário a realização de estudos adicionais para determinar as verdadeiras necessidades das mesmas, tendo em conta a crescente quantidade e complexidade das funções desempenhadas (Brou et al., 2005).

Desde 2005 os SFH sofreram profundas alterações que motivaram crescentes necessidades de RH (Gomes et al., 2021). Como principais fatores externos que contribuíram para esta mudança destacam a evolução científico-tecnológica, a expansão demográfica, o envelhecimento populacional com um crescente de doentes portadores de comorbidades e polimedicação, o surgimento de novas atividades como a consulta farmacêutica, alteração no peso das atividades já existentes e, mais recentemente a pandemia Covid 19 (Farinha & Rijo, 2020; Gomes et al., 2021). O surgimento da pandemia trouxe consigo novas atividades que se mantêm no período pós pandémico, tais como o surgimento das teleconsultas e dos projetos de dispensa em proximidade (Farinha & Rijo, 2020). Estas alterações no paradigma dos SFH fez com que o modelo apresentado por Brou et al. (2005), representado na tabela 2, se encontre desatualizado, por apenas ter em consideração as necessidades de RH com base no número de camas, ignorando critérios como a complexidade dos doentes internados, e a quantidade e complexidade dos doentes ambulatoriais, ao nível do setor do ambulatório e no serviço de Hospital de Dia (HD) (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021).

Farinha & Rijo (2020) defendem que a alocação de recursos precisa de refletir as atividades desenvolvidas, bem como a complexidade das mesmas e ainda, o nível de informatização e mecanização. Os mesmos autores defendem também que o capital humano é essencial para a competitividade e o crescimento organizacional (Farinha & Rijo, 2020).

Tabela 2 – Rácio FH/Doente (considerando um hospital de 500 camas)

ÁREAS	RECURSOS HUMANOS			
	FH	TDT	ADM	AAM
Seleção e aquisição de medicamentos	1 (TP)		1	
Recepção de medicamentos e produtos de saúde		1 (TP)	1	1
Armazenagem de medicamentos e produtos de saúde em geral	1 (TP)	1		1
Preparação de medicamentos "Fórmula padronizada"	1 (TP)	1 (TP)		1 (TP)
Preparação de soluções estéreis	1 (TP)	1 (TP)		1 (TP)
Preparação de citostáticos	1 (TP)	1 (TP)		1 (TP)
Reembalagem de medicamentos**		1 (TP)		1
Preparação desinfetantes**		1 (TP)		1 (TP)
Controlo de medicamentos	1 (TP)	1		1
Distribuição de medicamentos a doentes internados	2	2		2
Distribuição de medicamentos a doentes em ambulatório	1			
Informação de medicamentos	1		1	
Farmácia clínica	1/SC			
Farmacocinética	1 (TP)			
Farmacovigilância	1 (TP)			
Ensaio clínicos	1 (TP)			
<b>N.º mínimo de recursos humanos aconselhado</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>8</b>

Legenda: (\*) designa um hospital com sistema de distribuição de medicamentos, (\*\*), designa as funções cujo responsável é sempre farmacêutico e SC corresponde à designação de serviço clínico.

Fonte: Brou et al., 2005

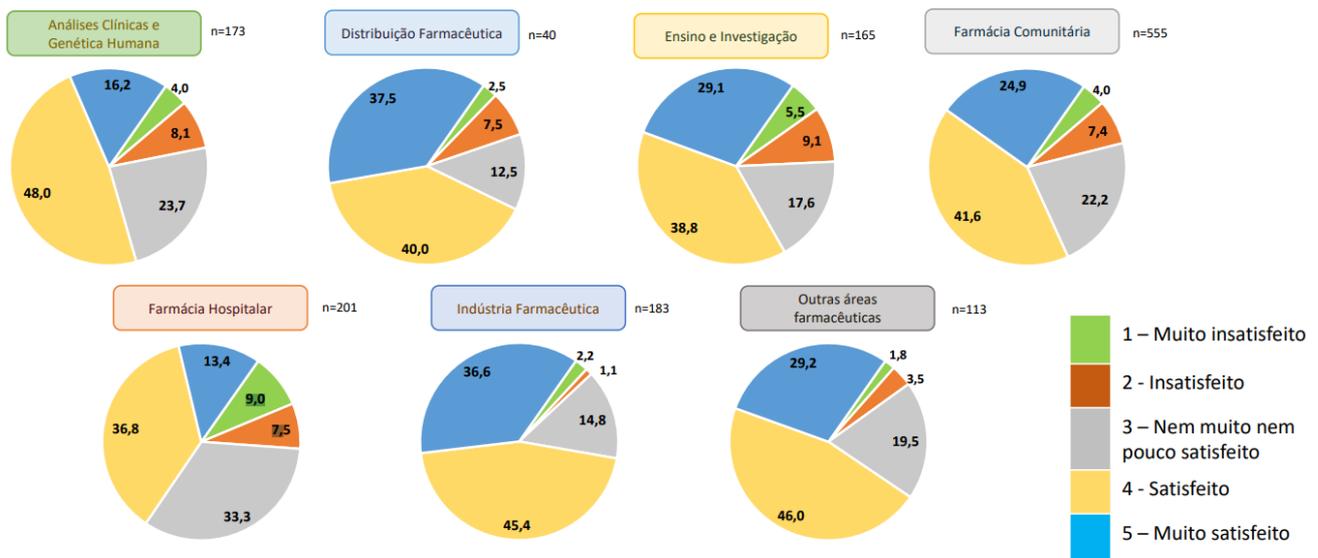
A escassez de FH é um problema crónico no SNS sobre o qual os SFH têm pouca autonomia e que se vem acentuando com um acumular de fatores como entraves na contratação, formação de novos profissionais e inércia das entidades reguladoras na tomada de decisões que visem a manutenção dos padrões de qualidade e acesso a medicamentos e tecnologias de saúde a nível nacional. Esta situação foi extensamente agravada com o surgimento da pandemia de Covid 19, chegando mesmo a motivar o aumento de pedidos de escusa de responsabilidade por dezenas de FH em funções em várias instituições nacionais (OF<sub>1</sub>, 2022). É por isso fundamental a gestão destes RH com a implementação de um sistema de gestão bem estruturado que integre a gestão de desempenho com o atingimento dos objetivos organizacionais e que vá de encontro às necessidades das equipas, influenciando positivamente a sua motivação, retenção e produtividade (Dias et al., 2012; Gomes et al., 2021; OF<sub>1</sub>, 2022).

Segundo Dias et al. (2012) se os RH dos SFH fossem questionados acerca dos fatores que afetam o seu desempenho chegaríamos à conclusão que a maior parte considera a sua remuneração insuficiente e a distribuição desequilibrada das tarefas diárias. Aos problemas de remuneração e sobrecarga associam-se a regulamentação da progressão na carreira e do acesso à residência

farmacêutica, a regularização dos contratos precários e a luta por melhores condições laborais (Gomes et al., 2021; OF<sub>2</sub>, 2022).

Segundo um estudo desenvolvido pela OF, que se encontra ilustrado na figura 1, a maioria dos farmacêuticos estão "Satisfeitos" ou "Muito Satisfeitos" com a profissão, sendo que são os FH que reportam menores índices de satisfação global (OF<sub>1</sub>, 2018).

Figura 1 – Nível de Satisfação Global com a Profissão dos FH



Legenda: Valores apresentados em %

Fonte: OF<sub>1</sub>, 2018

A área da Farmácia Hospitalar é reconhecida em Portugal como especialidade pela Ordem dos Farmacêuticos (OF), como parte integrante dos cuidados prestados aos doentes numa instituição de saúde (Gomes et al., 2021). Segundo dados divulgados pela OF, no ano de 2020 existiam cerca 15.565 farmacêuticos em atividade em Portugal, dos quais 3.028 especialistas (OF, 2020). A área da farmácia hospitalar segue a nível nacional as tendências mundiais, destacando-se como a segunda maior área de especialização, contando nesse ano com um total de 814 profissionais (OF, 2020).

Os FH são atores essenciais no funcionamento da complexa estrutura hospitalar, sendo parte integrante da equipa multidisciplinar dos SFH (Gomes et al., 2021). Assumem diferentes responsabilidades, que têm sofrido profundas alterações ao longo das décadas, cada vez mais orientadas para o doente e para os resultados em saúde (Gomes et al., 2021). As suas atividades visam garantir a utilização e gestão segura e eficiente dos medicamentos, dispositivos médicos, cosméticos e outros produtos de saúde, bem como a segurança e qualidade de todos os processos relacionados com os mesmos (Lopes et al., 2021). Em suma, visam assegurar o respeito pelos "7 Certos", sendo eles:

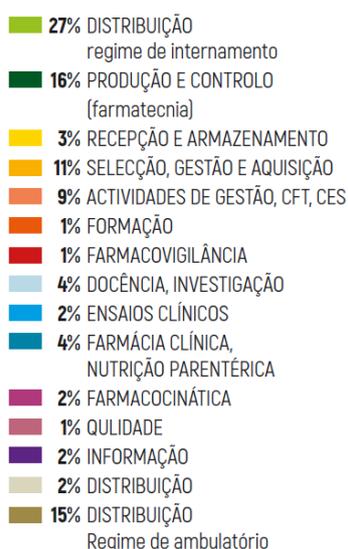
doente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, tempo de administração certo e documentação e informação certa (Lopes et al., 2021; OF, 2018). O papel dos FH é cada vez mais reconhecido pelos outros PS, tais como médicos e enfermeiros que destacam a necessidade e importância da sua presença nos serviços clínicos e integração nas equipas multidisciplinares (Gomes et al., 2021).

### 3.2. Áreas Funcionais

Os SFH desempenham um conjunto de atividades que se podem dividir em três diferentes áreas funcionais, nomeadamente: área clássica, área clínica ou de intervenção farmacêutica e outras áreas (Brou et al., 2005).

A figura 2 ilustra um estudo desenvolvido pela OF em 2018, que inclui registos de FH a nível nacional (Gomes et al., 2021). Neste estudo, foi possível concluir que estes profissionais alocam mais de metade do seu tempo de trabalho ao nível da distribuição em regime de ambulatório e internamento, onde se destacam atividades da farmácia clínica como a revisão e reconciliação da terapêutica, seguindo-se em segundo lugar a área da farmacotecnia (Gomes et al., 2021). O restante tempo é afeto a atividades que envolvem a seleção, gestão e aquisição de medicamentos e ainda por atividades de gestão global e participação em comissões (Gomes et al., 2021).

Figura 2 – Distribuição do Tempo de Trabalho dos FH entre as Várias Atividades.



Fonte: Gomes et al., 2021

### 3.2.1. Áreas Clássicas:

Destas áreas fazem parte a seleção, aquisição, armazenamento e gestão de stocks (Gomes et al., 2021). O processo de seleção toma especial importância com o crescente número de produtos comercializados, o que obriga a uma escolha criteriosa baseada nos mais elevados padrões de qualidade, segurança, eficácia, necessidade e custo-efetividade, sendo esta dimensão da competência da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) (Gomes et al., 2021). De facto, 70% dos produtos farmacêuticos comercializados são duplicados ou não essenciais, logo, a sua seleção, independentemente da categoria, assume um impacto considerável na qualidade e custo dos tratamentos prestados aos doentes seguidos, sendo esta uma das principais áreas onde a intervenção farmacêutica é mais custo-efetiva (Dias et al., 2012).

O processo de aquisição corresponde ao processo de compra executado pelos FH em articulação com o Serviço de Compras e Logística, com base num catálogo disponibilizado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS); a receção, que corresponde a uma verificação quantitativa, qualitativa e registo de entrada dos produtos; o armazenamento que deverá ter em consideração as especificidades técnicas e legais necessárias a garantir a segurança de utilização de cada um dos produtos e a correta gestão dos seus lotes e prazos de validade e a gestão de stocks que é um processo que alia os conceitos de gestão aos conhecimentos farmacoterapêuticos e sazonalidade (Gomes et al., 2021).

A farmacotecnia insere-se também nas áreas clássicas estando alocada à produção e preparação de medicamentos dos quais se destacam: manipulados (preparados oficinais e fórmulas magistrais), que visam por um lado, dar resposta a lacunas existentes no mercado e, por outro, permitir a personalização de terapêuticas, sendo vários os doentes que podem beneficiar desta tipologia de preparações nomeadamente: os que têm insuficiência orgânica, necessidade de tratamentos prolongados, infeções graves, idosos, prematuros, imunodeprimidos, doentes críticos ou em diálise, entre outros; preparações assépticas, tais como soluções e diluições de antissépticos e desinfetantes; reembalagem de doses unitárias sólidas e líquidas e preparações estéreis ou citotóxicas individualizadas para ciclos de quimioterapia (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021).

O controlo é a área que permite a verificação da qualidade das preparações estéreis e que compreende o cumprimento dos requisitos relativos à qualidade e segurança do produto final, tais como análises físico-químicas e/ou microbiológicas, verificação dos caracteres organolépticos e ainda dos requisitos dos materiais utilizados e embalagem final (Gomes et al., 2021).

A distribuição é a área mais visível dos SFH e apesar de exigir a atuação de outros profissionais é da responsabilidade dos FH (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021). Corresponde à disponibilização dos produtos farmacêuticos, nomeadamente: medicamentos que podem incluir os sujeitos a legislação

restrita, tais como hemoderivados e psicotrópicos; dispositivos médicos; cosméticos e outros produtos de saúde, assegurando o cumprimento dos requisitos legais exigidos (Brou et al., 2005). Pode ser efetuada para doentes em regime de internamento, assumindo diferentes formas, nomeadamente: sistema de distribuição por reposição de nível ou sistema de distribuição em dose unitária e/ou individual ou para doentes em regime de ambulatório (Brou et al., 2005). Pode ser executada de forma manual ou utilizando tecnologia apropriada, sendo esta última alternativa uma mais valia na prevenção de erros (Brou et al., 2005). A distribuição visa alcançar uma panóplia de objetivos, dos quais se distinguem os seguintes: garantir o cumprimento da prescrição médica, prevenir a ocorrência de erros que ponham em causa o cumprimento dos “7 Certos”, monitorizar a terapêutica, reduzir o tempo de enfermagem relacionado com a manipulação e racionalizar custos (Brou et al., 2005).

### **3.2.2. Áreas Clínicas ou de Intervenção Farmacêutica:**

A farmácia clínica surgiu pela primeira vez na literatura na década de 60, sendo assumida como um ponto de viragem na área da farmácia hospitalar, ao mudar o foco da prática farmacêutica da produção e dispensa do medicamento para o uso correto do medicamento e o seu impacto nos resultados em saúde (Dreischulte et al., 2022). É então definida como um conjunto de atividades estruturadas centradas no doente, nos prescretores e/ou no público em geral com vista à otimização farmacoterapêutica e pode influenciar o uso correto do medicamento a três níveis distintos nomeadamente antes, durante e após a prescrição (Dreischulte et al., 2022; Gomes et al., 2021). Tem assumido um papel de extrema relevância, tal como mostra um estudo Australiano, que chegou às seguintes conclusões quanto à percentagem de alocação do tempo dos FH, nomeadamente: 47% do tempo despendido em farmácia clínica, por oposição a 37% em áreas clássicas e 16% do tempo em outras áreas (O'Leary & Allinson, 2004). Este segmento envolve as seguintes atividades: informação, farmacovigilância e farmacocinética, acompanhamento nutricional, revisão e validação farmacêutica da terapêutica, reconciliação da medicação, consulta farmacêutica e ensaios clínicos (Gomes et al., 2021).

A informação é uma atividade que envolve o tratamento e a comunicação de dados relacionadas com os produtos farmacêuticos e que é cedida pelos FH aos doentes e outros PS que a solicitem (Gomes et al., 2021). Envolve a seleção, recolha e avaliação da informação técnico-científica relevante e atual obtida mediante acesso e pesquisa em bases de dados e pode ser efetuada por duas vias, nomeadamente: a criação de um Centro de Informação do Medicamento (CIM) que é um ponto de informação ativa, prestando serviços de pesquisa e seleção bibliográfica a estudantes e PS, dando ainda apoio à elaboração de trabalhos, teses ou normas profissionais; ou através de Serviços de

Informação do Medicamento (SIM) prestado pelos FH no âmbito da sua atividade assistencial (Simón & Mendes, 2018).

A farmacovigilância é a área responsável pela deteção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos indesejáveis ou reações adversas, ou qualquer problema relacionado com a segurança de medicamentos (Fornasier et al., 2018).

A farmacocinética é um ramo da farmácia hospitalar que corresponde à monitorização de fármacos com margem terapêutica estreita ou elevado índice de variabilidade cinética, com base em determinações da sua concentração sérica, com vista a otimizar o plano posológico, aumentando por um lado os benefícios terapêuticos e evitando, por outro, a toxicidade (Brou et al., 2005; Dreischulte et al., 2022; Katzung & Trevor, 2012).

O acompanhamento nutricional é uma área de nutrição clínica que visa a instituição de um aporte artificial de nutrientes sempre que se verifique perda de via oral ou estados de desnutrição graves nos doentes internados (Gomes et al., 2021). O aporte nutricional pode ser assegurado através de duas vias, nomeadamente: nutrição parentérica, ou seja, por via endovenosa, ou ainda de nutrição entérica, ou seja, por via de sonda gástrica ou intestinal (Gomes et al., 2021). A sua implementação é fundamental para prevenir casos de desnutrição que agravem a patologia de base e contribuem para o aumento de índices epidemiológicos como a mortalidade e morbilidade (Gomes et al., 2021).

Duas das intervenções a nível hospitalar que amplamente contribuem para a redução da elevada prevalência dos erros de medicação e suas consequências são a revisão e reconciliação terapêutica (Gomes et al., 2021). A revisão e validação farmacêutica da terapêutica consiste num serviço clínico que envolve uma abordagem multidisciplinar, em que os FH de forma sistemática e documentada procede à avaliação do perfil farmacoterapêutico total do doente, por forma a garantir a correta utilização e conservação do mesmo, prevenindo problemas relacionados com a medicação (PRM) (Iglésias-Ferreira, 2013).

O conceito de reconciliação farmacoterapêutica (RF) surge em 2002 nos Estados Unidos da América e prende-se com a avaliação do regime farmacoterapêutico do doente sempre que este se altera na transição de cuidados com o intuito de evitar discrepâncias (por exemplo: omissão de dose, diferente dose, via ou frequência, diferente medicamento, duplicação) não intencionais entre a medicação ambulatoria e a instituída no internamento (Santos & Domingos, 2013). Difere do processo habitual de revisão da medicação pela incorporação de outra informação, nomeadamente medicamentos não sujeitos a receita médica, produtos naturais e suplementos alimentares, bem como pelo recurso a outras fontes de informação obtidas através da lista de medicação entregue pelo doente e/ou cuidadores, os próprios medicamentos entregues pelo doente e informação disponível nos sistemas informatizados (Santos & Domingos, 2013).

A etapa da RF reveste-se de extrema importância, na medida em que a literatura revela dados alarmantes referentes a esta temática, tais como: que mais de 50% dos erros de medicação ocorrem na transição entre cuidados; entre 10 a 70% do perfil medicamentoso do doente tem pelo menos 1 erro, 1/3 dos quais podem causar danos aos doentes; doentes com um ou mais medicamentos em falta na nota de alta têm um risco 2.3 vezes superior de readmissão hospitalar, por comparação com os que têm a informação farmacoterapêutica correta e 85% das discrepâncias são derivadas de falhas no processo de recolha de informação dos doentes (DGS, 2016; Tam et al., 2005).

É ainda de destacar o impacto económico derivado da prática da RF, na medida em que o custo global anual estimado derivado de erros de medicação ascende a 42 biliões de dólares, o que corresponde a 1% do gasto global com saúde (FIP, 2021). Esses erros traduzem-se em danos para o doente que podem prolongar a hospitalização, elevar o nível de cuidados necessários e contribuir para maus resultados em saúde, comprometendo desta forma o orçamento que poderia ser usado para financiar o aumento do acesso a melhores e mais inovadores cuidados (FIP, 2021).

A consulta farmacêutica é uma área que tem ganho relevância sobretudo com a expansão do regime de distribuição em ambulatório e das Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) (Gomes et al., 2021). Consiste numa consulta levada a cabo pelos FH e dirigida a grupos específicos de doentes seguidos em regime de ambulatório, tendo como principal foco doentes polimedicados em que é fundamental a RF (Gomes et al., 2021). Pode ser realizada presencialmente ou através de meios digitais, tomando a designação de teleconsulta (Gomes et al., 2021).

Ao nível dos ensaios clínicos os FH têm uma participação ativa em várias etapas do processo, tais como: ser parte integrante da Comissão de Ética em Saúde (CES) onde é responsável pela avaliação dos protocolos submetidos; participar como promotor, investigador ou monitor do estudo proposto; assumir a responsabilidade pelo cumprimento do circuito do medicamento experimental, que compreende um conjunto de etapas essenciais à qualidade, segurança, transparência e rastreabilidade do ensaio, nomeadamente: receção, armazenamento, preparação, dispensa, recolha, devolução ou destruição, validação da prescrição, promoção da adesão à terapêutica dos participantes, prestação de informações aos participantes e PS envolvidos e monitorização (Gomes et al., 2021).

### **3.2.3. Outras áreas:**

Neste segmento inserem-se áreas como a gestão de qualidade, gestão de risco, investigação e docência, atividades de gestão e organização de cariz administrativo e ainda participação em comissões de natureza técnico-científica como sejam: a CFT, a Comissão de Monitorização da Prescrição Médica, a CES, Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), elaboração de ações de formação dirigidas a

outros PS e ainda participação na elaboração de protocolos terapêuticos (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021; Ordem dos Farmacêuticos 2018).

### **3.3. Enquadramento das Farmácias Hospitalares nos Hospitais e Sistemas de Saúde**

Segundo o último relatório publicado em 2020 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) existiam nesse ano em Portugal um total de 241 hospitais, 128 dos quais privados, 110 hospitais públicos e 3 em parceria público-privada (PPP), sendo que cada hospital, independentemente do modelo de gestão, dispõe de uma farmácia hospitalar, com dimensões técnicas adequadas aos organismos que serve, tal como estipulado no Decreto-Lei nº 44204, de 2 de fevereiro de 1962 (Decreto-Lei nº 44204, 1962; INE, 2020).

O planeamento da localização mais pertinente dos SFH no hospital deve ter em consideração uma panóplia de fatores, entre os quais: o tipo e dimensão do hospital, a sua capacidade, existência de distribuição de medicação em contexto de ambulatório HD, desenvolvimento informático e acessibilidade interna, ou seja, dos doentes e PS dos vários serviços, bem como externa, nomeadamente ao nível dos fornecedores de medicamentos e outros produtos de saúde (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021). A localização da farmácia é estabelecida com base nas prioridades relacionais com os outros serviços (Brou et al., 2005). Assim sendo, podemos classificar estas prioridades em três graus, organizados em ordem decrescente de importância (Brou et al., 2005). Como grau de máxima prioridade, surgem os serviços que disponham de atendimento ao público, HD, internamento, serviço de urgência geral (SUG), unidades de cuidados intensivos (UCI) e blocos, como sejam o operatório (BO) e de partos (BP). Seguem-se em segundo grau serviços como a consulta externa (CE) e, em terceiro grau, serviços como a medicina física e de reabilitação (MFR) ou com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021). Ao nível do SNS os SFH mantêm um posicionamento transversal com vários serviços, nomeadamente outros serviços hospitalares, cuidados de saúde primários, farmácias comunitárias, entre outros (Gomes et al., 2021).

### **3.4. Despesa dos SFH:**

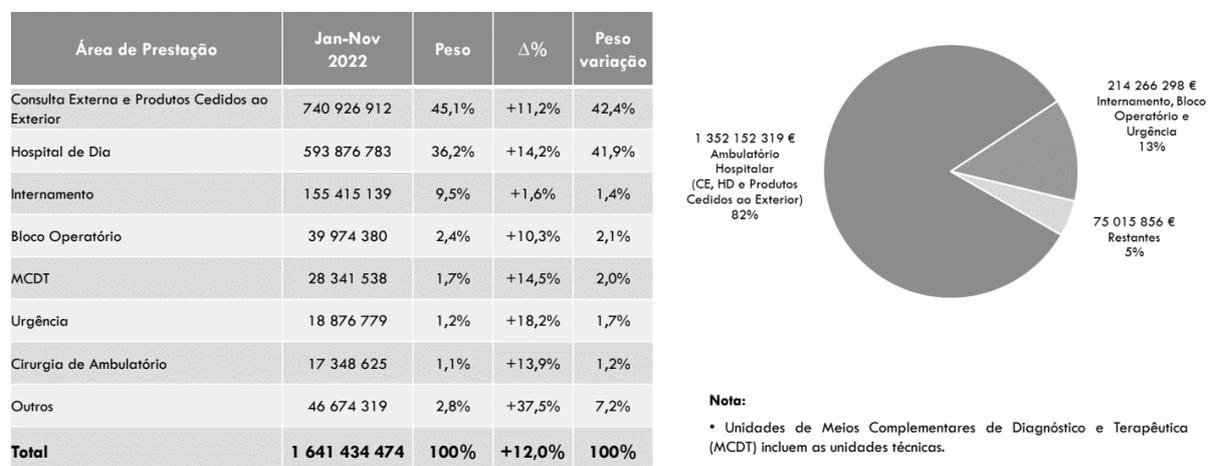
Os medicamentos e dispositivos médicos representam cerca de 40% da despesa em saúde nos países desenvolvidos (Dias et al., 2012). Segundo Athanasakis et al. (2023) esta despesa representa a terceira maior fatia de despesa em saúde nos países da União Europeia (UE). De facto, os SFH assumem um papel preponderante nas despesas em saúde, na medida em que são responsáveis pela gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais, sendo a primeira os RH, com um custo anual de 1.3 mil milhões de euros para os hospitais portugueses (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021).

Segundo dados mais recentes disponibilizados pelo Infarmed, a despesa com medicamentos nos hospitais do SNS foi de aproximadamente 1.641,4 M€ no período compreendido entre janeiro e novembro de 2022, o que corresponde a mais 1,20% do que em período homólogo (Infarmed, 2022).

Relativamente à distribuição geográfica da despesa do SNS, sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo a área que apresenta o maior aumento (+ 87,5 M€), seguida da região Norte (+ 55,7 M€) (Infarmed, 2022).

Relativamente à despesa por área de prestação é de destacar o peso de quase metade da despesa alocada à consulta externa e produtos cedidos ao exterior (45.1%), seguindo-se do HD (36,2) e o internamento (9.5%), tal como ilustra a figura 3 (Infarmed, 2022).

Figura 3 – Despesa do SNS por Área de Prestação



Fonte: Infarmed, 2022.

As áreas terapêuticas que verificam um maior aumento da despesa são a oncologia com 516 M€ (Δ + 8,8%), a amiloidose com 54,1 M€ (Δ + 62%) e a fibrose cística com 26,4 M€ (Δ + 248%) e as substâncias ativas com maior aumento da despesa são: lamivudina + dolutegravir na área do vírus da imunodeficiência humana (VIH) com 30,5 M€ (Δ + 255%), o tafamidis na área da Amiloidose com 32,1 M€ (Δ + 104%) e Pembrolizumab na área da Oncologia com 54,3 M€ (Δ + 38,4%). A tabela 3 ilustra por ordem decrescente os encargos das diferentes classes terapêuticas, sendo a maior despesa referente aos imunomoduladores (31.5%), seguindo-se os citotóxicos com (12.2%) e em terceiro lugar os antivirais (12.2%).

Tabela 3 – Classes Terapêuticas com Maiores Encargos

Classificação Farmacoterapêutica*	Encargos SNS Jan-Nov 2022	Peso no Mercado	Variação Homóloga (€)	Variação Homóloga (%)	Peso na Variação
16.03 Imunomoduladores	517 010 081	31,5%	41 796 166	+ 8,8%	+ 23,7%
16.01 Citotóxicos	200 166 410	12,2%	11 766 489	+ 6,2%	+ 6,7%
01.03 Antiviricos	199 911 496	12,2%	8 081 826	+ 4,2%	+ 4,6%
02.13 Outros medicamentos com acção no Sistema Nervoso Central	104 702 323	6,4%	26 231 770	+ 33,4%	+ 14,9%
11.04 Metabolismo	65 216 319	4,0%	5 419 770	+ 9,1%	+ 3,1%
16.02 Hormonas e anti-hormonas	63 283 334	3,9%	10 929 719	+ 20,9%	+ 6,2%
04.04 Anti-hemorrágicos	62 658 807	3,8%	6 821 152	+ 12,2%	+ 3,9%
18.03 Imunoglobulinas	57 687 333	3,5%	9 669 258	+ 20,1%	+ 5,5%
02.09 Psicofármacos	31 998 838	1,9%	16 993 415	+ 113,2%	+ 9,6%
05. Aparelho respiratório	26 425 962	1,6%	18 841 921	+ 248,4%	+ 10,7%
Outros	312 373 573	19,0%	19 816 081	+ 6,8%	+ 11,2%
<b>Total</b>	<b>1 641 434 474</b>	<b>100%</b>	<b>+ 176 367 568</b>	<b>+ 12,0%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Infarmed, 2022.

### 3.5. Indicadores de Desempenho:

Considerando a ampla gama de serviços prestados pelos SFH, existe a necessidade de mensurar a quantidade, a qualidade e impacto nos doentes, usar estas medidas para promover a melhoria da prestação de cuidados, influenciar o pagamento de serviços e aumentar a transparência (Chassin et al, 2010; Lopes, 2021). Isto dá origem à criação dos indicadores chave de desempenho (KPI) referentes tanto às áreas de suporte (saKPI) como às áreas de farmácia clínica (cpKPI) (Chassin et al, 2010; Lopes, 2021).

Estes indicadores são variáveis quantitativas que refletem os fatores críticos de sucesso do serviço, devendo ilustrar um ou mais dos objetivos do mesmo (Doucette & Millin, 2011). Millin (2011) descreve os KPI como instrumentos poderosos que providenciam informações relevantes para uma gestão estratégica. Para que a sua introdução seja proveitosa é necessário que, por um lado, os SFH estabeleçam padrões mínimos que permitam a comparabilidade entre diferentes SFH de organizações distintas e ainda que disponham ou invistam em *softwares* que facilitam a recolha e tratamento dos KPI (Rough et al., 2010).

O processo de identificação dos KPI reveste-se de extrema complexidade por vários motivos, entre os quais o facto de se apresentarem como medidas quantitativas de qualidade e ainda por representarem objetivos, por vezes distintos, de diferentes *stakeholders* (Doucette & Millin, 2011). Hursman (2010) refere que muitas organizações adotaram uma abordagem específica para estabelecerem os KPI, nomeadamente através do critério SMART (*specific, measurable, attainable, relevant and timebound*), através do qual o KPI deveria satisfazer 5 pressupostos, nomeadamente serem específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e delimitados no tempo.

Os benefícios dos KPI podem ser analisados sob a perspectiva dos diferentes *stakeholders*, nomeadamente ao nível da liderança, onde podem ser usados para demonstrar o valor dos profissionais, fornecer métricas para avaliar as iniciativas de melhoria e informar acerca do desempenho do serviço; ao nível dos doentes, a sua utilização demonstra um enorme sentido de responsabilidade e ilustra o impacto das intervenções dos farmacêuticos hospitalares nos cuidados prestados (Lo et al., 2016). No geral, a introdução dos KPI contribui para melhorar o atendimento ao doente e a profissão de farmácia hospitalar (Lo et al., 2016).

Apesar das inúmeras evidências que sustentam os benefícios da utilização de KPI na quantificação do contributo dos SFH para o doente, foram identificadas algumas barreiras na sua implementação, das quais se destacam: resistência à mudança relacionada com a incompatibilidade entre a elevada carga de trabalho e a necessidade de documentação das atividades clínicas, descrença nos benefícios dos KPI, desconhecimento acerca da influência dos KPI no futuro da farmácia hospitalar (Doucette & Millin, 2011; Minard et al., 2016).

Em suma, é de extremo interesse a definição de uma lista de KPI organizada em função das diferentes áreas funcionais dos SFH, com o objetivo de servir de base para priorizar as atividades desenvolvidas (Lo et al., 2016).

## CAPÍTULO 4

### Abordagem Teórica

O modelo de gestão em CRIs surge nas instituições EPE do SNS na década de 80, durante o ministério de Leonor Beleza, como resultado da empresarialização dos hospitais e representa uma das possíveis estratégias do SNS de se reinventar em prole da sua sustentabilidade ((Antunes, 2001; SNS, 2023). Este conceito foi criado pelo Decreto-Lei n.º 19/88 que aprova a Lei de Gestão Hospitalar e regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 3/88 (Antunes, 2001).

Definem-se como estruturas de gestão intermédia com autonomia funcional e técnica que agrupam serviços ou unidades funcionais homogéneas para o cumprimento de um dado volume de cuidados negociado por triénio (Barros & Gomes, 2002). Assumem como missão potenciar os resultados em saúde, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais na gestão dos recursos de que dispõe, sendo os seus principais objetivos o aumento da acessibilidade com a redução de lista de espera, aumento da qualidade, eficácia, eficiência e produtividade dos cuidados prestados, aumento da retenção dos PS no SNS e aumento global do nível de satisfação dos PS e doentes (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Jordan et al., 2021; Portaria n.º 330/2017, 2017; ACSS, 2017).

Os CRIs surgem preferencialmente em áreas estratégicas, nomeadamente aquelas que visam a resolução urgente de filas de espera, em que seja necessário rentabilizar a capacidade instalada, melhorar a eficiência da gestão e ainda áreas que privilegiem uma aposta no ensino e investigação (APAH, 2020).

Dois dos principais desafios à implementação de CRIs em serviços não clínicos, como sejam os SFH, prende-se precisamente com o facto de não existirem exemplos comparativos e desde a sua génese estarem muito focados em áreas puramente de produção, sendo que a legislação atual não é suficientemente abrangente para permitir a sua implementação em outras áreas e contextos (SNS, 2023).

Os SFH constituem uma estrutura importante ao nível dos cuidados de saúde prestados em meio hospitalar, fazendo parte do grupo de serviços de apoio à ação médica (Farinha & Rijo, 2020). São um departamento com autonomia técnico-científica que desempenham uma panóplia de atividades que, de acordo com sua natureza, podem ser agrupadas em duas grandes áreas, nomeadamente as atividades de suporte e as atividades clínicas (Gomes et al., 2021). Contribui para o seu funcionamento uma equipa multidisciplinar constituída por FH, TDT, AAM e ADM (Decreto-Lei nº 44204, 1962). O principal objetivo da atividade dos FH é a otimizar os cuidados em saúde centrados no doente, através

da otimização do acesso, segurança, custo e qualidade aos medicamentos e tecnologias de saúde (Brou et al., 2005; Farinha & Rijo, 2020; Gomes et al., 2021).

Os SFH desempenham as suas atividades em benefício de todos os serviços com os quais se relacionam, internos e externos à instituição hospitalar, sendo responsáveis pela gestão da segunda maior rúbrica de despesa hospitalar, garantindo a alocação correta e eficiente de recursos e contribuindo desta forma para maximizar os resultados em saúde (Lopes, 2021).

Os SFH atravessam atualmente um momento crítico na história, motivada por vários problemas, nomeadamente a falta de valorização profissional e desatualização das grelhas salariais; precariedade; desadequação do número de farmacêuticos às necessidades e complexidade das atividades desenvolvidas e ainda iniquidades relacionadas com o acesso à especialidade e carreira farmacêutica. Todos estes problemas podem comprometer a segurança no circuito integrado do medicamento e outros produtos farmacêuticos (SNF, 2022).

A tentativa de tentar perceber a possibilidade de aplicação do modelo de gestão de CRIs em SFH em Portugal dá origem a dois objetivos de investigação (OI), nomeadamente o OI1 e OI2.

*OI 1 – Estudar a perceção dos profissionais de saúde hospitalares, pertencentes à farmácia hospitalar ou integrantes de CRIs de Portugal acerca da relevância e da criação de valor na implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH.*

Este OI representa uma lacuna na literatura, na medida em que não existem estudos acerca de CRIs em SFH. Encontra-se ainda decomposto em 3 OI de A a C, nomeadamente:

*OI 1A – Identificar as características internas dos SFH que constituem um desafio à implementação de CRIs.*

Como contributo a esta problemática surge o estudo de Brazinha & Fernandez-Llimos (2014) que refere um conjunto de barreiras à introdução de inovação nos SFH que podem ser a vários níveis, nomeadamente: FH, estrutura do SFH, Tecnologia e Ambiente. Neste estudo, os FH revelaram ser PS resistentes à mudança e com falta de motivação devido à perceção de baixa remuneração e não reconhecimento da sua importância por parte das equipas multidisciplinares (Brazinha & Fernandez-Llimos, 2014). Relativamente à estrutura dos SFH destacam-se como principais barreiras a perceção de falta de tempo para a realização das atividades diárias, motivada por fatores tais como escassez de RH e sobrecarga de trabalho, sobretudo de natureza burocrática e ainda a existência de estruturas organizacionais rígidas que não promovem a autonomia e a inovação e colocam o foco da atuação dos FH numa perspetiva logística (Brazinha & Fernandez-Llimos, 2014). No que toca à tecnologia o estudo refere limitações tais como restrições no acesso à informação clínica do doente, ou informação clínica incompleta; inexistência de interoperabilidade entre os diferentes *softwares* informáticos e falta de integração de dados; lacunas na partilha de informação entre as equipas do mesmo serviço, diferentes

serviços e diferentes níveis de cuidados; falta de acesso a bases de dados clínicas e ainda escassez de meios para obter informação em tempo útil (Brazinha & Fernandez-Llimos, 2014). Em termos ambientais destacam-se a falta de apoios por parte dos principais *stakeholders* ao nível do SNS e das associações profissionais dos farmacêuticos, o que se traduz na falta de recursos humanos e materiais e constante pressão na contenção de custos.

*OI 1B – Identificar as características internas dos SFH que constituem um benefício à implementação de CRIs.*

Segundo Dias et al. (2012) os medicamentos e dispositivos médicos representam cerca de 40% da despesa em saúde nos países desenvolvidos e segundo Athanasakis et al. (2023) esta despesa representa a terceira maior fatia de despesa em saúde nos países da União Europeia (UE). De facto, os SFH assumem um papel preponderante nas despesas em saúde, na medida em que são responsáveis pela gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais a seguir aos RH, com um custo anual de 1.3 mil milhões de euros (Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021). Os SFH portugueses cumprem algumas das premissas necessárias à instituição de CRIs, nomeadamente: serem uma área de interesse e de grande evolução, extremamente regulamentada e fortemente geradora de dados; com pouca investigação científica; sem grande autonomia para resolução de problemas relacionados com a falta de RH; com elevada escassez de RH que impede a garantia da prestação de cuidados de qualidade, reduzidas perspetivas por parte das equipas no que toca à melhoria do ambiente de trabalho, evolução na carreira e aumento da remuneração e, por isso baixa taxa de retenção; que desenvolve a sua atividade para com todos os serviços do hospital; com várias áreas funcionais que garantem a sua vasta oferta de atividade assistencial e cujo desempenho e impacto pode ser mensurado através da implementação de indicadores chave de desempenho (Brou et al., 2005; Dias et al., 2012; FIP, 2017; Gomes et al., 2021; Lopes, 2021; OF<sub>2</sub>, 2022). A reorganização em CRIs poderia trazer respostas a alguns dos problemas colocados como aumento da acessibilidade, qualidade, eficácia, eficiência e produtividade, bem como uma melhoria na satisfação e retenção dos PS e satisfação dos doentes (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Antunes, 2001).

*OI 1C – Identificar as variáveis externas aos SFH que influenciam a implementação de CRIs.*

Em primeiro lugar surge a inexistência de flexibilidade legislativa e ausência de estudos para a aplicação deste modelo em outras áreas que não as clínicas (APAH, 2020). Antunes (2001) refere algumas barreiras à sua implementação a vários níveis, nomeadamente o ceticismo dos PS pelo fracasso destas iniciativas no passado; não facilitação das condições necessárias à sua implementação, no que toca aos instrumentos de gestão, nomeadamente à não concessão de um orçamento próprio e autónomo, pelo poder central e pelas administrações hospitalares; considera ainda que a lei não é suficiente flexível para permitir aos CRIs um leque alargado de responsabilidades e que os CA não estão

preparados para lhes conferir uma gestão verdadeiramente autónoma dentro do CP e orçamento aprovados; o facto de ser requerido aos diretores competências nas áreas da gestão, quando os cursos na área da saúde não incluíam a área da gestão no seu plano curricular; a visão da administração face à relação existente entre o aumento da produção do CRI se traduzir num aumento da despesa hospitalar e a inexistência nos serviços públicos de avaliação diferenciada e competitiva do desempenho individual e coletivo.

Por outro lado, a criação de CRIs nas instituições hospitalares do SNS, que assumem como missão potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde e que culmina no aumento quantitativo e qualitativo da atividade assistencial e de produção científica (Decreto-Lei n.º 374/99, 1999; Jordan et al., 2021; Portaria n.º 330/2017, 2017; ACSS, 2017; APAH, 2020).

Por fim, o último OI surge numa tentativa de identificar as perceções acerca da relevância e configuração da implementação de CRIs por parte de peritos pertencentes a diferentes categorias profissionais, quer na área de farmácia hospitalar, tais como farmacêuticos hospitalares e gestores da farmácia hospitalar, quer ao nível dos CRIs, tais como médicos, enfermeiros e gestores integrantes deste modelo de gestão. Este OI pretende ver esclarecidas questões como: se a implementação deste modelo de gestão ao nível dos SFH assume relevância para os peritos de ambas as áreas e identificar os possíveis desafios e benefícios inerentes à implementação deste modelo de gestão. Pretende ainda ver resolvidas questões relativas à configuração do CRI nomeadamente em que área dos SFH poderia ser pertinente a sua implementação, ou seja, se este modelo de gestão poderia abranger a totalidade dos SFH, ou apenas algumas áreas funcionais e destrinçar em quais, ou seja, ao nível do setor de ambulatório, distribuição ou farmacotecnia, tentando perceber quais os possíveis modelos de implementação. Isto porque, sendo os SFH um serviço de apoio a todos os serviços do hospital, a disseminação dos CRIs ao nível de vários serviços clínicos, com um aumento exponencial da sua atividade assistencial, acarreta um crescendo de carga laboral para as equipas dos SFH (Antunes, 2001; Brou et al., 2005). É de destacar a enorme lacuna bibliográfica para dar resposta a este OI:

*OI 2 – Perceções de profissionais peritos nas áreas de Farmácia Hospitalar e/ou CRIs acerca da relevância e configuração da implementação de CRIs ao nível dos SFH.*

## CAPÍTULO 5

### Metodologia

#### 5.1. Introdução

Este capítulo é dedicado ao desenvolvimento da metodologia seguida nesta investigação. Visa permitir o melhor entendimento da formulação e desenvolvimento do estudo em questão, através da exposição detalhada dos métodos e processos utilizados na recolha e análise de dados.

Segundo Kothari (2004) a pesquisa é uma atividade académica e, em linguagem comum, refere-se a uma busca por conhecimento. A condução da pesquisa requer uma abordagem sistemática a que chamamos metodologia de investigação e que é uma disciplina derivada da lógica, tendo como principal intuito o estudo do método científico (Tarski, 1977). Este corresponde a um conjunto de práticas aprovadas e validadas pela comunidade científica, que permitem comprovar a exposição de uma dada teoria (Tarski, 1977). Vergara (2006), Carmo & Ferreira (2008) e Vilelas (2020) definem a existência de tipologias de pesquisa distintas, baseadas na aplicação de diferentes critérios de classificação da pesquisa utilizada na criação de documentos de investigação, nomeadamente quanto ao propósito e quanto ao método.

Segundo estes autores, o propósito corresponde a uma classificação baseada na aplicabilidade dos resultados e no grau de generalização à população em estudo (Vergara, 2006; Carmo & Ferreira, 2008; Vilelas, 2020). Neste âmbito Carmo & Ferreira (2008) apresentam a classificação criada pelo L. R. Gay, inicialmente para a investigação em Ciências de Educação, embora seja extensível a outras Ciências Sociais. Segundo esta classificação a pesquisa pode ser de natureza básica, aplicada, em avaliação, Investigação e Desenvolvimento (I&D) e em ação (Carmo & Ferreira, 2008). A presente investigação pode então ser classificada, por um lado, como aplicada, ou seja, com o intuito de gerar conhecimentos com aplicabilidade dirigidos à resolução de problemas específicos e, por outro, como em avaliação, na medida em que tem como intuito conhecer um fenómeno que ainda não foi estudado, como é o caso da implementação dos modelos de gestão em CRIs nos SFH, procurando padrões, hipótese ou ideias que possam ser testadas e servir de base a pesquisas futuras (Vergara, 2006; Neville, 2007; Vilelas, 2020).

Ainda segundo os mesmos autores, o método permite evidenciar a estratégia característica de cada trabalho de investigação, que visa dar resposta a uma determinada questão (Vergara, 2006; Carmo & Ferreira, 2008; Vilelas, 2020). Neste âmbito, segunda a classificação de L. R. Gay apresentada por Carmo & Ferreira (2008), a pesquisa pode ser de natureza histórica, descritiva, correlacional, experimental e causal-comparativa. A presente investigação pode então ser classificada, como

descritiva, tendo por base um conjunto de fontes primárias, a partir da aplicação de questionários e de entrevistas semiestruturadas e, por outro, à pesquisa bibliográfica e tratamento da informação obtida mediante em fontes secundárias, tais como dissertações, livros, revistas, artigos científicos, legislação e *websites* (Vergara, 2006; Vilelas, 2020).

Tendo em conta que o presente estudo dispõe de dois OI distintos, optou-se por combinar duas metodologias de investigação, a quantitativa e qualitativa, resultando num método misto. Por um lado, a abordagem quantitativa consiste fundamentalmente na utilização de questões fechadas para a recolha de dados numéricos, com vista a serem estatisticamente trabalhados, enquanto que por outro lado, a abordagem qualitativa se baseia no uso de questões abertas com vista à interpretação dos resultados à luz do enquadramento contextual (Creswell et al., 2017).

Relativamente à presente investigação, optou-se por uma abordagem quantitativa para resolver o OI 1, através da criação um inquérito por questionário, apresentado no anexo C e por uma abordagem qualitativa para responder ao OI 2, através da realização de um inquérito por entrevistas semiestruturadas, apresentado no anexo F. É de referir ainda que ambas as abordagens tiveram por base o recurso a uma amostra não probabilística por conveniência, cuja seleção teve como base critérios de escolha intencional, com o intuito de determinar as unidades da população que iriam integrar a amostra.

Este método de amostragem é frequentemente usado para a realização de estudos de maior profundidade, sendo que a dimensão da amostra, bem como os elementos selecionados dependem dos objetivos do estudo em questão (Marôco, 2021; Kothari, 2004). Na presente investigação o método de seleção da amostra envolveu um critério de escolha intencional, recorrendo a um grupo de indivíduos com conhecimentos na área hospitalar, tanto na vertente de SFH, como na vertente de CRIs, que se mostraram disponíveis para ceder voluntariamente o seu parecer do tema em questão “Possibilidade de Implementação de CRIs nos SFH” (Marôco, 2021; Kothari, 2004).

No que toca ao método como o investigador atinge as suas conclusões é de notar que ambas as abordagens foram realizadas segundo um carácter dedutivo, ou seja, partindo de estudos e/ou teorias gerais, como o conhecimento acerca da implementação do modelo de gestão em CRIs nos serviços clínicos para a sua implementação em situações particulares, como sejam os SFH (Neville, 2007).

A tabela 4 resume a relação existente entre os OI, revisão de literatura (RL), metodologia utilizada e secção do questionário ou da entrevista.

Tabela 4 - Relação entre OI, RL, Metodologia e Secção do Inquérito por Questionário ou Entrevista

<b>OI</b>	<b>RL</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Secção do Inquérito</b>
<b>OI 1</b> – Conhecer a percepção dos profissionais de saúde hospitalares, pertencentes à farmácia hospitalar ou integrantes de CRIs de Portugal acerca da relevância e da criação de valor na implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH.	Lacuna na literatura	Abordagem Quantitativa – Questionários – <i>Software SMART</i> <i>PLS 3</i>	Questionário – Questões 29 e 30
<b>OI 1A</b> – Identificar as características internas dos SFH que constituem um desafio à implementação de CRIs.	(Brazinha & Fernandez-Limos, 2014).	Abordagem Quantitativa – Questionários – <i>Software SMART</i> <i>PLS 3</i>	Questionário – Questões 4 a 14
<b>OI 1B</b> – Identificar as características internas dos SFH que constituem um benefício à implementação de CRIs.	(Antunes, 2001; Brou et al., 2005; Dias et al., 2012; FIP, 2017; Gomes et al., 2021; Lopes, 2021; OF <sub>2</sub> , 2022; Athanasakis et al., 2023).	Abordagem Quantitativa – Questionários – <i>Software SMART</i> <i>PLS 3</i>	Questionário – Questões 15 a 21
<b>OI 1C</b> – Identificar as variáveis externas aos SFH que influenciam a implementação de CRIs.	(Antunes, 2001; Decreto-Lei n.º 188/2003, 2003; Portaria n.º 330/2017, 2017; APAH, 2020; Jordan et al., 2021)	Abordagem Quantitativa – Questionários – <i>Software SMART</i> <i>PLS 3</i>	Questionário – Questões 22 a 28

<p><b>OI 2</b> – Identificar as percepções de profissionais peritos nas áreas de Farmácia Hospitalar e/ou CRIs acerca da relevância e configuração da implementação de CRIs ao nível dos SFH.</p>	<p>Lacuna na literatura</p>	<p>Abordagem Qualitativa – Entrevistas - <i>Software MAXQDA</i> 2020.1</p>	<p>Entrevista – Blocos B, C, D e E.</p>
---	-----------------------------	--	---

Fonte: Elaboração do autor

O desenho do modelo de investigação encontra-se detalhadamente representado na figura 4. Em termos de sequência temporal, a investigação teve início com a pesquisa bibliográfica com vista à elaboração da RL, seguindo-se a definição dos OI. Com base nisto, realizou-se o trabalho de campo, começando por uma abordagem quantitativa através da aplicação de inquéritos por questionários, posteriormente complementada com uma abordagem qualitativa com a aplicação de inquéritos por entrevistas semiestruturadas.

Figura 4 - Modelo de Investigação



Fonte: Elaboração do autor

No que toca à validade externa, definida como extensão em que os resultados do estudo podem ser generalizados, por um lado à população que a amostra pretende representar e, por outro, a outros

contextos, a presente investigação é disruptiva pela ausência de bibliografia que suporta a aplicação do modelo de gestão em CRIs aplicado aos SFH (Carmo & Ferreira, 2008).

## 5.2. Abordagem Quantitativa

### 5.2.1. Modelo de Investigação:

Como referido anteriormente, para o OI 1 foi utilizada uma abordagem quantitativa com a criação de um inquérito por questionário, disponível no anexo C. Um inquérito pode ser definido como “um conjunto de atos e diligências destinados a apurar alguma coisa”, sendo frequentemente usados no âmbito das ciências sociais para designar processos de recolha sistematizada de dados no terreno, passíveis de comparação (Carmo & Ferreira, 2008).

O inquérito por questionário é um instrumento constituído por uma série ordenada de questões referentes ao tema de pesquisa, em que não há interação presencial entre o investigador e os inquiridos (Carmo & Ferreira, 2008; Bhattacharjee, 2012). A aplicação de um inquérito por questionário apresenta como principais vantagens a sua capacidade de sistematização, simplicidade na análise, rapidez na recolha e análise de dados e baixo custo de aplicabilidade (Carmo & Ferreira, 2008). Como principais desvantagens encontram-se a dificuldade na conceção, o facto de não ser aplicável a toda a população e a elevada taxa de não respostas. (Carmo & Ferreira, 2008).

O questionário da presente investigação foi desenvolvido com recurso à aplicação *Google Forms* e elaborado com base em cinco etapas distintas, descritas em maior detalhe no anexo A. Após a aplicação dos questionários à amostra seleccionada, os dados foram recolhidos em formato *Excel*. As respostas às questões de identificação foram analisadas mediante estatística descritiva, com recurso ao *software IBM SPSS, Versão 28*.

As respostas às questões de informação foram analisadas com recurso ao *software SmartPLS 3*, segundo modelo de equações estruturais (*Structural Equations Modeling* ou SEM), que pode assumir uma de duas abordagens, nomeadamente: regressão dos mínimos quadrados parciais (*Partial Least Squares* ou PLS) e modelo de equações estruturais baseados em covariância (*Covariance-Based Structural Equation Modeling* ou CB-SEM). Na presente investigação apenas será abordada a regressão dos mínimos quadrados parciais (*Partial Least Squares* ou PLS), que é uma abordagem do SEM baseada na variância (Sarstedt & Cheah, 2019).

Segundo Henseler (2017) o *SmartPLS* é atualmente o *software* mais completo para conduzir análises PLS-SEM, sendo também dos mais usados mundialmente. Apresenta como principais vantagens a simplicidade de utilização e ainda as atualizações frequentes que envolvem correções de *bugs* e extensão nas suas funcionalidades (Rouse, 2009; Sarstedt & Cheah, 2019). Embora existam

várias alternativas comerciais, tais como, *ADANCO*, *PLS-Graph* e *WarpPLS*, estas são limitadas nas suas capacidades, por exemplo, no que diz respeito a módulos de idiomas ou opções algorítmicas, falta de transparência na implementação de procedimentos e falta de atualizações regulares (Sarstedt & Cheah 2019).

O modelo de equações estruturais é uma família de técnicas estatísticas que teve o seu início com os trabalhos do Americano Sewall Wright, um perito em genética e, mais tarde, com os trabalhos de Spearman, que criou as bases de SEM, ao conceber o primeiro modelo fatorial (Tarka, 2018). No decorrer das últimas décadas, tem-se observado um crescendo de utilização dos modelos SEM ao nível de áreas distintas que compreendem as ciências sociais, comportamentais e educacionais, bem como o marketing, economia, gestão e saúde (Raykov & Macroulides, 2006, 2012).

De acordo com Tarka (2018), o SEM tem como principais objetivos explicar e prever, de forma válida, o comportamento específico de um indivíduo, grupo de pessoas ou organização. O SEM constitui uma metodologia chave, que permite aos investigadores formularem um modelo baseado numa teoria (Yuan & Deng, 2021). Considera vários procedimentos estatísticos que permitem estabelecer um conjunto de relações entre múltiplas variáveis independentes (VI) e uma ou mais variáveis dependentes (VD), ambas de natureza contínua ou discreta, permitindo uma análise quantitativa sobre modelos teóricos hipotetizados pelo investigador (Schumacker & Lomax, 2004; Hair & Brunsveld, 2019).

Este modelo permite então a utilização de dois tipos de variáveis (Schumacker & Lomax, 2004; Hair et al., 2017). As primeiras são designadas de variáveis latentes, construtos ou fatores, que são indiretamente observadas ou medidas e desta forma inferidas, através de um conjunto de variáveis mensuráveis (Schumacker & Lomax, 2004; Hair et al., 2017). As segundas são designadas de variáveis observadas, medidas ou indicadores e são um conjunto de variáveis que são usadas para definir as variáveis latentes, podendo ser obtidas através de diferentes abordagens, onde se inserem, por exemplo, os inquéritos por questionário (Schumacker & Lomax, 2004; Hair et al., 2017). A este nível os indicadores correspondem às questões de um inquérito, visando obter as perceções, atitudes e comportamentos dos respondentes (Schumacker & Lomax, 2004; Hair et al., 2017).

Independentemente da categoria onde inserem as variáveis, ou seja, latentes ou observadas, estas podem ainda ser divididas em VD ou VI, sendo que a diferença entre elas reside no facto das VD serem influenciada por outra variável no modelo, ao contrário do que acontece com as VI (Schumacker & Lomax, 2004; Hair et al., 2017). A popularidade de modelos de equações estruturais tem sido crescente devido essencialmente a quatro fatores, nomeadamente: o facto de os métodos estatísticos básicos utilizarem um número limitado de variáveis, o que limita a sua capacidade de estudar fenómenos complexos; o SEM permitir ter em conta o erro de medição das variáveis observadas; a

crecente evolução dos modelos ter permitido a capacidade de avaliar modelos teóricos cada vez mais avançados e, por último, a facilitação na utilização dos *softwares* sob o ponto de vista do utilizador (Schumacker & Lomax, 2004).

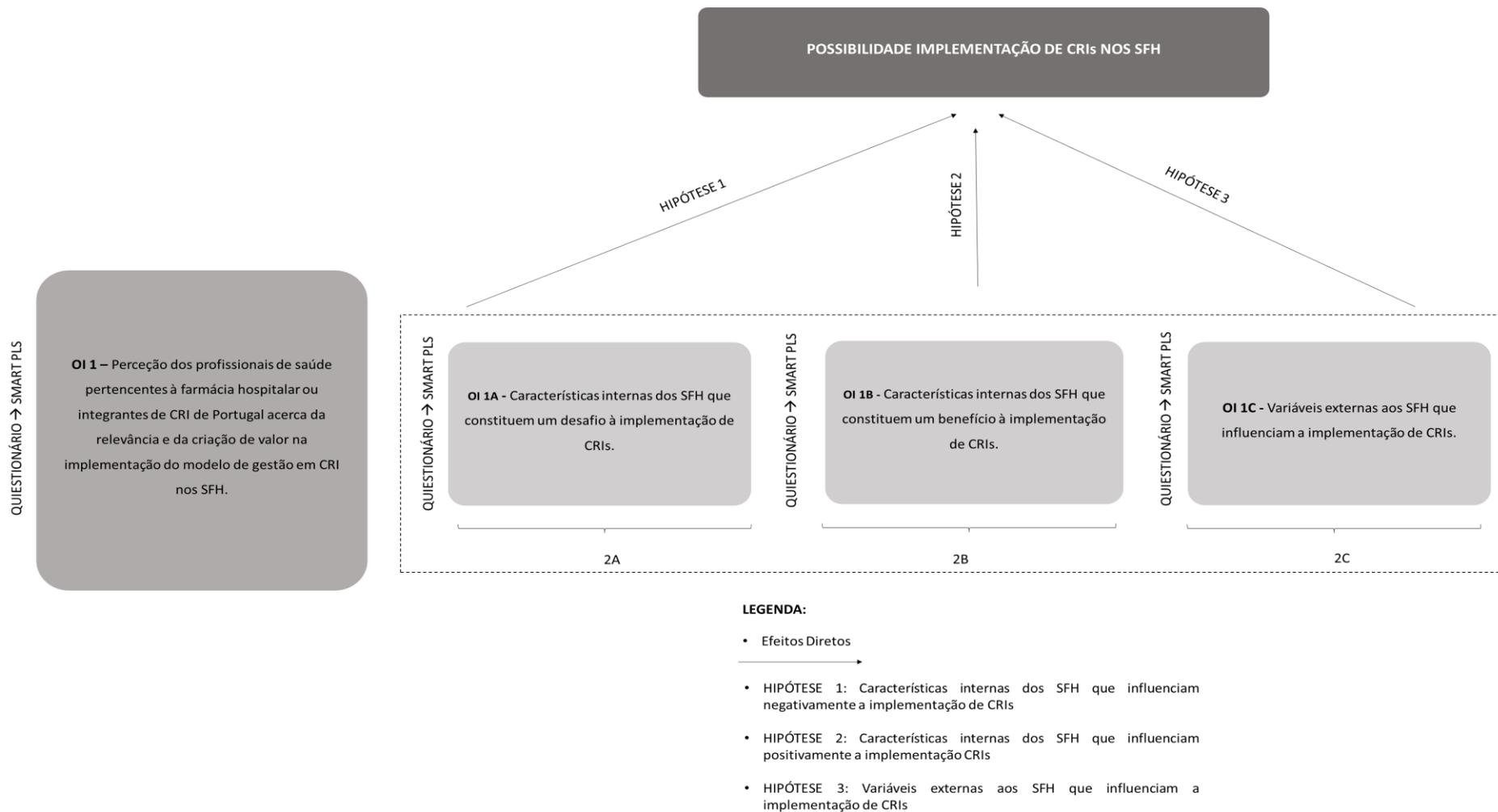
Na pesquisa confirmatória o principal foco do investigador é a questão de pesquisa, sendo que o modelo é definido com base em teoria (Müller et al., 2018). São também definidos quais os construtos a ser incluídos no modelo e de que forma se relacionam entre si, sendo estas relações assumidas como lineares e não recursivas (Müller et al., 2018).

A abordagem PLS-SEM apresenta inúmeras vantagens nomeadamente quanto às características dos dados e do método, bem como à estimativa e avaliação do mesmo (Hair et al., 2021). Relativamente às características dos dados, a amostra não precisa de ser muito grande e pode até ser reduzida; à distribuição da amostra, sendo um teste não paramétrico, o que implica que a amostra não tem de seguir uma distribuição normal; à elevada robustez apresentada desde que os dados omissos não ultrapassem o limiar dos 5% (Hair et al., 2021). Relativamente às características do método é de destacar a capacidade de explicar modelos complexos, sendo que não são permitidas relações circulares (Hair et al., 2021).

Esta metodologia é ainda conhecida pelo seu elevado poder estatístico, ou seja, ter maior probabilidade de identificar relações quando elas estão, de facto, presentes na população, sendo esta característica mais útil para a pesquisa exploratória em que examina teorias menos desenvolvidas ou ainda em desenvolvimento (Hair et al., 2021).

A figura 5 e tabela 5 representam o modelo conceptual que pretende dar resposta aos OI, enquanto que o anexo B evidencia a relação entre as variáveis do modelo conceptual e as afirmações do questionário.

Figura 5– Modelo Conceptual



Fonte: Elaboração do autor

## Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

Tabela 5 – Legenda do Modelo Conceptual

	<b>LEGENDA:</b>	<b>BIBLIOGRAFIA:</b>
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perceção dos profissionais de saúde dos hospitais, pertencentes à farmácia hospitalar ou integrantes de CRIs de Portugal, acerca da relevância e da criação de valor na implementação do modelo de gestão em CRI nos SFH.</li> </ul>	Lacuna na Literatura
<b>1A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>FH:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resistência à mudança;</li> <li>Falta de motivação derivada da baixa remuneração e não reconhecimento da sua importância pelos restantes grupos profissionais e CA.</li> </ul> </li> <li><b>Estrutura dos SFH:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de tempo para a realização das atividades diárias devido à escassez de RH e sobrecarga de trabalho, sobretudo burocrático;</li> <li>Existência de estruturas organizacionais rígidas que não promovem a autonomia e a inovação e colocam o foco da atuação dos FH numa perspetiva logística.</li> </ul> </li> <li><b>Tecnologia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acesso restrito à informação clínica;</li> <li>Informação clínica incompleta;</li> <li>Inexistência de interoperabilidade entre os diferentes softwares informáticos e falta de integração de dados;</li> <li>Lacunas na partilha de informação entre as equipas do mesmo serviço, diferentes serviços e diferentes níveis de cuidados;</li> <li>Falta de acesso a bases de dados clínicas;</li> <li>Falta de meios para obter a informação em tempo útil.</li> </ul> </li> <li><b>Ambientais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de apoios por parte dos principais <i>stakeholders</i> ao nível do SNS e das associações profissionais dos farmacêuticos, o que se traduz na falta de recursos humanos e materiais e constante pressão na contenção de custos.</li> </ul> </li> </ul>	Brazinha & Fernandez-Llimos, 2014
<b>1B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerem a segunda maior rúbrica do orçamento hospitalar;</li> <li>Área de interesse, em grande evolução, fortemente regulamentada e geradora de dados e com pouca investigação científica;</li> <li>Sem grande autonomia para resolução de problemas relacionados com a falta de RH;</li> <li>Elevada escassez de RH que pode implicar a não garantia da prestação de cuidados de máxima qualidade;</li> <li>São um serviço organizado em diferentes áreas funcionais, com uma vasta oferta para com todos os serviços do hospital;</li> <li>Desempenho pode ser mensurado e avaliado através da implementação de indicadores chaves de desempenho, tanto nas áreas clínicas como nas áreas de suporte, através da implementação de cpKPI e saKPI respetivamente.</li> </ul>	Brou et al., 2005; Gomes et al., 2021; Athanasakis et al., 2023 Gomes et al., 2021 Gomes et al., 2021; OF2, 2022 Dias et al., 2012; OF2, 2022 Dias et al., 2012; OF2, 2022 Brou et al., 2005; FIP,2017;Lopes, 2021
<b>1C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de estudos que suportem a aplicação nos SFH;</li> <li>Ceticismo dos PS pelo fracasso destas iniciativas no passado;</li> <li>Lei não é suficiente flexível para permitir aos CRIs um leque alargado de responsabilidades e que os CA não estavam preparados para lhes conferir uma gestão verdadeiramente autónoma dentro do CP e orçamento aprovados;</li> <li>O facto de ser requerido aos diretores competências nas áreas da gestão, quando os cursos na área da saúde não incluíam a área da gestão no seu plano curricular;</li> <li>A visão da administração face à relação existente entre o aumento da produção dos CRIs se traduzir num aumento da despesa hospitalar;</li> <li>Inexistência nos serviços públicos de avaliação diferenciada e competitiva do desempenho individual e coletivo;</li> <li>A criação de CRIs nas instituições hospitalares do SNS, que assumem como missão potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde e que culmina no aumento quantitativo e qualitativo da atividade assistencial e de produção científica.</li> </ul>	Lacuna na Literatura Antunes,2001 Antunes,2001 Antunes,2001 Antunes,2001 Antunes,2001 Decreto-Lei n.º 188/2003, 2003; Jordan et al., 2021; Portaria n.º 330/2017, 2017; ACSS, 2017; APAH, 2020

Fonte: Elaboração do autor

### 5.2.2. Descrição da Amostra:

Tal como referido anteriormente, a amostra utilizada para a análise quantitativa, doravante designada como amostra 1, foi selecionada por amostragem não probabilística por conveniência. A informação identificativa solicitada aos inquiridos inclui: sexo, categoria profissional e anos de atividade. Todas as respostas foram recolhidas através da ferramenta de questionários *online Google Forms* e seguidamente exportadas para *Excel* e analisadas com recurso a *IBM SPSS Statistics*.

A amostra 1 incluiu 109 inquiridos, dos quais 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. No que respeita à categoria profissional, a maior parte de inquiridos desempenha funções como farmacêutico (67.9%), seguindo-se as categorias de técnico de farmácia (22%), gestor (3.7%), enfermeiro (3.7%), outro (2.8%) e médico (1.8%). Relativamente aos anos de atividade profissional: 29.4% dos inquiridos possuem entre 4 e 10 anos, 25.7% entre 21 e 30 anos, 23.9% entre 11 e 20 anos, 13.8% até 3 anos e 7.3% mais de 30 anos. A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se representada na Tabela 5.

Tabela 6 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra 1:

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	87	79.8
	Masculino	22	20.2
<b>Categoria Profissional</b>	Farmacêutico	74	67.9
	Técnico de Farmácia	22	20.2
	Enfermeiro	4	3.7
	Gestor	4	3.7
	Outro	3	2.8
	Médico	2	1.8
<b>Anos de Atividade Profissional</b>	Até 3	15	13.8
	Entre 4 e 10 anos	32	29.4
	Entre 11 e 20 anos	26	23.9
	Entre 21 e 30 anos	28	25.7
	+ de 30 anos	8	7.3

Fonte: Elaboração do autor

### 5.3. Abordagem Qualitativa

#### 5.3.1. Modelo de Investigação:

Como referido anteriormente, para o OI 2 foi utilizada uma abordagem qualitativa com a criação de inquéritos em entrevistas semiestruturadas, disponível no anexo F. que visam validar a abordagem quantitativa exposta anteriormente. As entrevistas semiestruturadas são elaboradas sob a orientação de um guião que serve de base, com uma lista de temas e áreas para serem abordadas, embora seja permitido ao entrevistador alguma fluidez na abordagem dessas questões em consonância com o fluxo da conversa e as respostas do entrevistado (Neville, C, 2007).

Os inquéritos por entrevista apresentam como principal diferença face aos inquéritos por questionário, a interação direta entre os dois interlocutores, nomeadamente o entrevistador (investigador) e o entrevistado (Carmo & Ferreira, 2008). Antecede a entrevista uma breve apresentação do entrevistador, do tema de pesquisa e do papel do entrevistado, permitindo a este último perceber a sua importância e/ou utilidade na investigação em curso, facilitando, desta forma, a sua colaboração voluntária (Carmo & Ferreira, 2008).

O inquérito por entrevista foi selecionado para a investigação em questão, dada a sua extrema utilidade nas seguintes situações: dar resposta a questões relevantes do entrevistador, cuja informação não se encontra disponível na bibliografia disponível sobre o tema, ou ainda, em situações em que o entrevistador pretenda recorrer a informadores qualificados na área da temática em questão (Carmo & Ferreira, 2008).

Vilelas (2020) apresenta como principais vantagens do método, o facto de não ser necessária uma recolha uniforme de dados comparáveis, o que se torna também numa desvantagem ao dificultar a categorização e análise comparativa das respostas obtidas. Segundo o mesmo autor, a dimensão da amostra com vista à obtenção de um grau satisfatório de fiabilidade situa-se entre 15 e 20 entrevistas (Vilelas, 2020).

A entrevista da presente investigação foi desenvolvida com base em cinco etapas distintas, descritas em maior detalhe no anexo D.

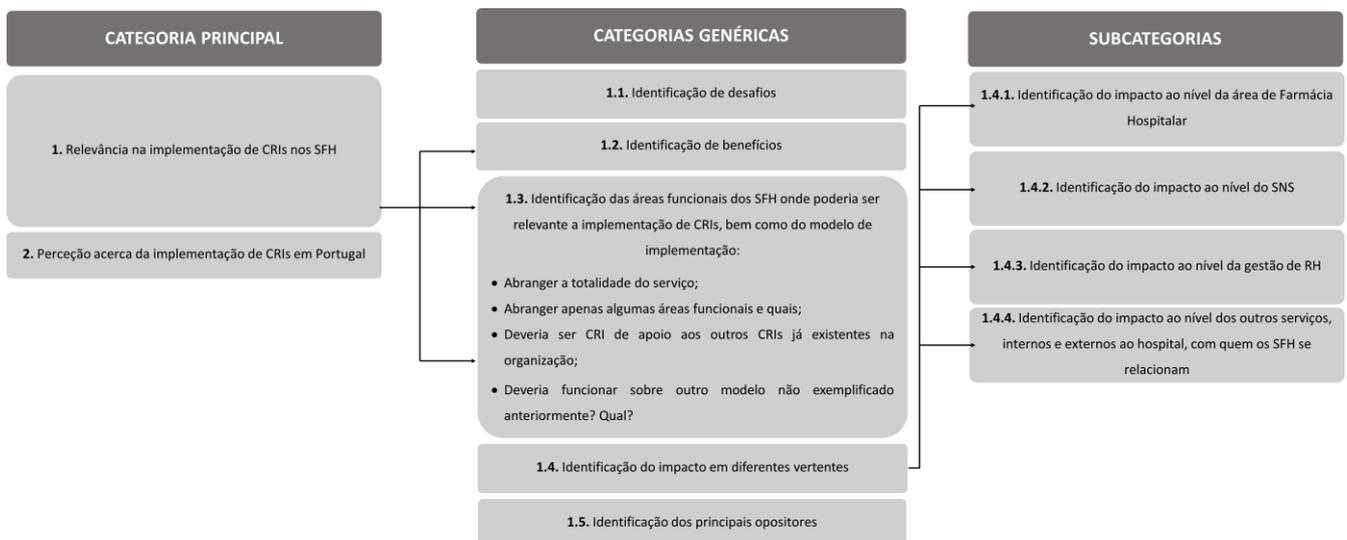
Após a aplicação das entrevistas à amostra selecionada, os dados foram recolhidos e tratados segundo diferentes metodologias. As respostas às questões de identificação foram analisadas mediante estatística descritiva, com recurso ao *software IBM SPSS, Versão 28*, enquanto que as respostas às questões de informação foram analisadas com recurso ao *software MAXQDA 2020.1*.

Para a análise da entrevista é necessário definir métodos que permitam analisar a informação recolhida (Bardin, 2016). Para Bardin (2016), a análise de conteúdo deve ser dividida em três etapas sequenciais nomeadamente: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com interpretações. A primeira etapa é o estadio de organização propriamente dita, em que ocorre a sistematização de ideias e que culmina em três objetivos estreitamente relacionados tais como: a seleção da informação a ser submetida à análise, a formulação de objetivos e hipóteses e ainda a definição de indicadores que sustentam a interpretação final (Bardin, 2016).

A segunda etapa, consiste na administração sistemática das decisões tomadas previamente sobre o *corpus* da entrevista, podendo envolver processos como a codificação, através do qual os dados brutos são agregados em unidades, que são representativas das características relevantes do conteúdo e a categorização, que corresponde a uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, mediante diferenciação e reagrupamento segundo critérios previamente estabelecidos (Bardin, 2016).

A terceira e última etapa, consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação por forma a que sejam válidos e significativos, podendo envolver a submissão dos resultados a testes estatísticos ou de validação (Bardin, 2016). A figura 6 ilustra a categorização e codificação do *corpus* da entrevista.

Figura 6 – Categorização e Codificação do *Corpus* da Entrevista



Fonte: Elaboração do autor

### 5.3.2. Descrição da Amostra:

Tal como referido anteriormente, a amostra utilizada para a análise qualitativa, doravante designada como amostra 2, foi selecionada por amostragem não probabilística por conveniência. A informação identificativa solicitada aos inquiridos inclui: sexo, categoria profissional, distrito da instituição hospitalar onde desempenha funções e estar ou ter estado integrado em CRIs. Todas as respostas recolhidas foram seguidamente exportadas para Excel e analisadas com recurso a IBM SPSS *Statistics*.

A amostra 2 incluiu 5 entrevistados, dos quais 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. No que respeita à categoria profissional, a maior parte de inquiridos desempenha funções como farmacêutico (60%), seguindo-se a categoria de gestor hospitalar (40%). Todos os entrevistados desempenham funções em instituições hospitalares no distrito de Lisboa. A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se representada na Tabela 7.

Tabela 7 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra 2:

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	4	80
	Masculino	1	20
<b>Categoria Profissional</b>	Farmacêutico	3	60
	Enfermeiro	0	0
	Gestor	2	40
	Outro	0	0
	Médico	0	0
<b>Distrito da Instituição Hospitalar onde Desempenha Funções</b>	Lisboa	5	100
<b>Estar ou ter estado integrado em CRIs</b>	Sim	2	40
	Não	4	80
<b>Conhecimentos Acerca da Temática</b>	Sólidos apenas CRI e moderados de SFH	0	0
	Sólidos apenas SFH e moderados em CRIs	2	40
	Sólidos em CRIs + SFH	3	60

Fonte: Elaboração do autor

A amostra 2 apresenta como desvantagens o facto do número de inquiridos não ser satisfatório (Vilelas, 2020); não ter sido possível obter entrevistados de outras categorias profissionais, nomeadamente enfermeiros e médicos; presença de entrevistados que desempenhem funções em instituições hospitalares de outros distritos do país e ainda mais entrevistados integrantes ou ex-integrantes de CRIs.

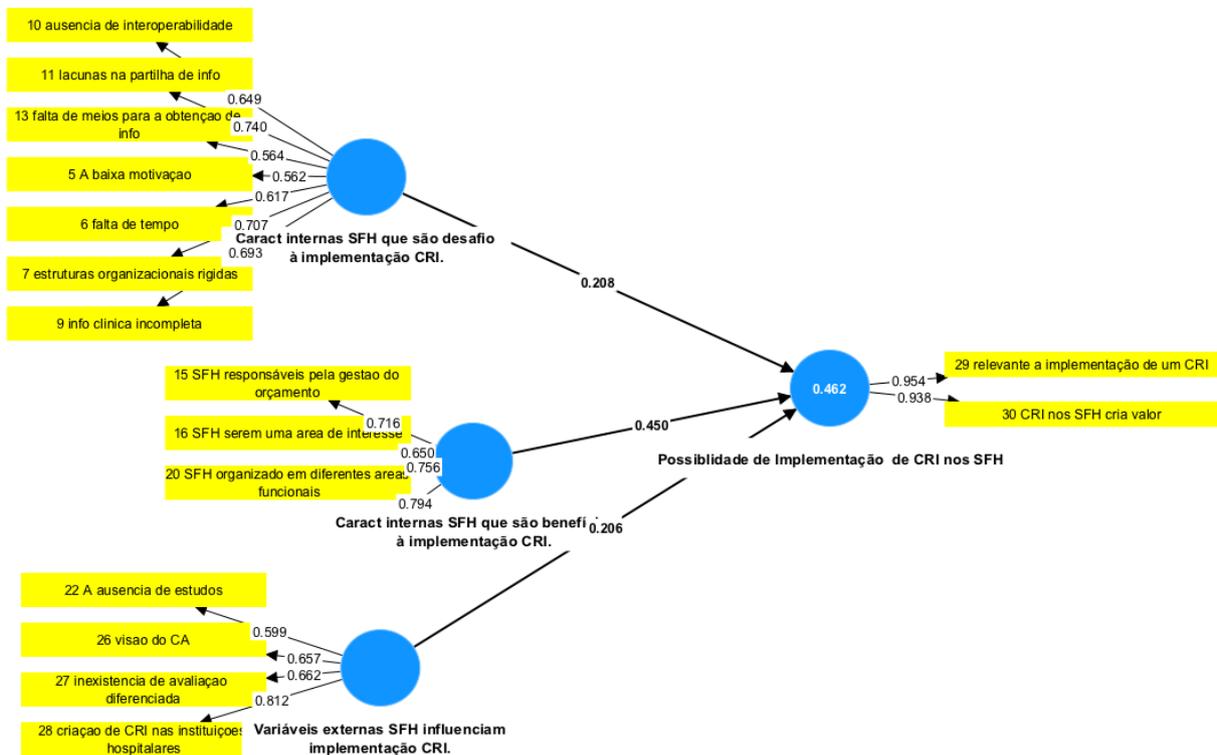
CAPÍTULO 6

Apresentação e Discussão de Resultados

6.1. Abordagem Quantitativa

Para a análise quantitativa foi realizado um teste de hipóteses usando o modelo não paramétrico PLS-SEM, com recurso ao *software SmartPLS 3* (Hair et al., 2021). A Figura 7 representa o modelo conceptual desenhado neste *software*. Este modelo representa um conjunto de relações entre variáveis e pretende explicar o comportamento de uma dada população relativamente à implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH.

Figura 7 – Modelo Conceptual em *SmartPLS*



Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

O anexo E representa a análise descritiva do modelo concetual. O modelo é constituído por 26 indicadores, que correspondem às questões da entrevista por questionário, compreendidas entre a número 4 e a 30, uma vez que as três primeiras questões se destinavam apenas a recolher informação identificativa necessária à caracterização da mostra.

Os indicadores são variáveis de natureza qualitativa nominal, que foram transformados em variáveis quantitativas discretas através da utilização de escalas de *Likert* de 5 pontos (Marôco, 2021). O valor mínimo da escala corresponde a 1 – Discordo Completamente e o máximo a 5 – Concordo Completamente.

A análise descritiva do modelo contempla informações relativas a medidas de localização, referentes à ordem de grandeza dos dados, que incluem medidas de tendência central, tais como a média, a mediana e medidas de dispersão, tais como o desvio padrão (Curto, 2021). A análise descritiva contempla ainda medidas de assimetria da distribuição, que caracterizam a mesma quanto ao enviesamento (*skewness*) e achatamento (*kurtose*) (Curto, 2021). O preenchimento do questionário foi realizado na íntegra por todos os participantes, uma vez que essa opção foi um pré-requisito previamente inserido no *software* utilizado.

As variáveis latentes, construtos ou fatores, encontram-se representadas pelos círculos azuis, nomeadamente: 1) Características Internas dos SFH que constituem um desafio à implementação de CRIs (CID), 2) Características internas dos SFH que constituem um benefício à implementação de CRIs (CIB), 3) Variáveis externas aos SFH que influenciam a implementação de CRIs (VEI) e 4) Possibilidade de implementação de CRIs nos SFH (PICF) (Hair et al., 2021).

Os números dentro dos círculos azuis representam o Coeficiente de Determinação ( $R^2$ ), ou seja, a variância do construto que está a ser explicada pelos outros construtos (Hair et al., 2021). Os números nas setas são designados de coeficientes e explicam quão forte é o efeito de uma variável sobre outra (Hair et al., 2017). Os retângulos amarelos representam os indicadores associados a cada construto (Hair et al., 2017).

A abordagem em PLS-SEM segue tipicamente um processo de duas etapas que envolve a avaliação separada dos modelos de medição e do modelo estrutural (Hair et al., 2011). No que toca à avaliação dos modelos de medição é necessário distinguir entre modelos de medição reflexivos e formativos (Hair et al., 2011). Nos modelos de medição reflexivos, as setas têm origem nos construtos e fim nos indicadores, revelando que mudanças no construto causam mudanças nos indicadores, enquanto que, nos modelos de medição formativos, as setas vão dos indicadores para os construtos, indicando uma relação causal nessa direção (Hair et al., 2021). Estes modelos podem ser combinados numa mesma abordagem dando origem a um modelo misto (Hair et al., 2021). No presente estudo irá ser usado um modelo reflexivo.

A qualidade dos modelos de medição reflexivos é avaliada segundo o grau de fiabilidade e validade do modelo (Hair et al., 2011). A fiabilidade é a capacidade de a medição ser consistente, apresentando valores o mais próximo possível dos reais, enquanto que a validade é a capacidade de medir o que se propõe a medir (Gottens et al., 2018). A avaliação da qualidade dos modelos de medição reflexivos

segue então a seguinte sequência: 1) Fiabilidade do Indicador, 2) Fiabilidade da Consistência Interna, 3) Validade Convergente e 4) Validade Discriminante (Hair et al., 2021).

O primeiro passo na avaliação do modelo de medição reflexiva envolve analisar o grau de variância em que cada indicador é explicado pelo seu construto, o que é indicativo da Fiabilidade do Indicador (Hair et al., 2021). Este indicador é avaliado pelos pesos fatoriais estandardizados dos indicadores, sendo que este valor deve ser  $\geq 0.708$ , situação indicativa de que o construto explica mais de 50% da variância dos indicadores (Hair et al., 2021). Quando os pesos fatoriais estandardizados dos indicadores assumem valores entre 0.40 e 0.708, estes indicadores devem ser considerados para remoção se dessa operação resultar um aumento na Fiabilidade da Consistência Interna ou Validade Convergente (Hair et al., 2021). Os indicadores que apresentem pesos fatoriais estandardizados inferiores a 0.4 devem sempre ser eliminados dos modelos de medição (Hair et al., 2021).

O segundo passo envolve a avaliação da Fiabilidade de Consistência Interna, através da análise de três indicadores, nomeadamente: 1) *Alpha de Cronbach*, 2) Fiabilidade Composta, também designada de  $\rho_c$  e 3) Coeficiente de Fiabilidade, também designado de  $\rho_a$ , (Hair et al., 2011; Hair Gottens et al., 2018; Hair et al., 2021). O *Alpha de Cronbach* é um coeficiente que mede a correlação entre as respostas de um questionário, por meio da análise do perfil das respostas dadas pelos entrevistados, podendo assumir valores que variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próxima de 1 maior a fiabilidade dos indicadores (Hair et al., 2021). Embora o *Alpha de Cronbach* seja um indicador mais conservador e a Fiabilidade Composta um indicador mais liberal, ambos devem ser superiores a 0.7, valor este que pode ser reduzido para 0.6 em pesquisas exploratórias (Hair et al., 2021). Valores acima de 0.9 e sobretudo acima de 0.95 podem ser problemáticos, pois indicam que os indicadores são redundantes, reduzindo assim a validade do construto (Hair et al., 2021). O Coeficiente de Fiabilidade,  $\rho_a$ , é um indicador que está entre o *Alpha de Cronbach* e a Fiabilidade Composta,  $\rho_c$ , onde se acredita que se localize a verdadeira fiabilidade dos construtos (Hair et al., 2021).

A fiabilidade do presente modelo encontra-se representada na tabela 8, tendo sido confirmada pelos valores apresentados pelas três medidas de Fiabilidade de Consistência Interna, nomeadamente: *Alpha de Cronbach*, Fiabilidade Composta,  $\rho_c$  e Coeficiente de Fiabilidade,  $\rho_a$ , na medida em que todos os construtos superaram o valor mínimo de 0.70, ao mesmo tempo que se mantiveram abaixo do valor de 0.95.

Tabela 8 – Avaliação da Fiabilidade do Modelo

Construtos	Notação	Cronbach's alpha	Composite reliability ( $\rho_a$ )	Composite reliability ( $\rho_c$ )
Caract internas SFH que são benefício_ à implementação CRI	CIB	0.714	0.732	0.820
Caract internas SFH que são desafio_ à implementação CRI	CID	0.778	0.777	0.836
Possibilidade de Implementação_ de CRI nos SFH	PICF	0.883	0.895	0.945
Variáveis externas SFH influenciam_ implementação CRI	VEI	0.651	0.719	0.779

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

Os últimos passos correspondem à avaliação da validade da análise PLS-SEM, sendo para isso usados dois indicadores, nomeadamente: 1) Validade Convergente e 2) Validade Discriminante (Hair et al., 2021). No terceiro passo é avaliada a Validade Convergente, que é a medida em que o construto converge para explicar a variância dos seus indicadores (Hair et al., 2021). A medida usada para avaliar a Validade Convergente de um Construto é a Variância Média Extraída (AVE), que explica a porção da variância dos indicadores pode ser explicada pelos construtos (Müller & Henseler, 2018). Esta medida assume um valor mínimo aceitável  $\geq 0.50$ , o que indica que o construto explica 50 por cento ou mais da variância dos indicadores que o compõem (Hair et al., 2021). Os construtos do modelo apresentaram validade convergente suficiente, com valores de AVE  $\geq 0.50$ , conforme se pode observar na tabela 9.

Tabela 9 – Validade Convergente

Construtos	Notação	Average variance extracted (AVE)
Caract internas SFH que são benefício_ à implementação_ CRI	CIB	0.534
Caract internas SFH que são desafio_ à implementação_ CRI	CID	0.423
Possibilidade de Implementação_ de CRI nos SFH	PICF	0.895
Variáveis externas SFH influenciam_ implementação_ CRI	VEI	0.472

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

No quarto passo é avaliada a Validade Discriminante, que é a medida em que um construto é único, ou seja, totalmente distinto dos restantes construtos (Müller & Henseler, 2018; Hair et al., 2021). A validade discriminante pode ser determinada por dois indicadores, nomeadamente: Racio de *Heterotrait-Monotrait* (HTMT) e pelo critério de *Fornell-Larcker*. O HTMT é uma medida de correlação entre os construtos (Henseler et al., 2015). Para construtos conceptualmente semelhantes os valores de HTMT  $\leq 0.90$ , enquanto que para construtos conceptualmente diferentes os valores de HTMT devem ser mais conservadores, ou seja,  $\leq 0.85$  (Henseler et al., 2015). Conforme representado na tabela 10, foi possível concluir que todos os valores de HTMT  $\leq 0.85$ , o que, por um lado dá evidência da Validade Discriminante e, por outro, prova que todos os construtos são diferentes uns dos outros. Pesquisa recentes consideram que o critério de *Fornell-Larcker* não é um bom indicador para determinar a Validade Discriminante e, desta forma, não deve ser utilizado (Hair et al., 2021).

Tabela 10 – Validade Divergente - Racio *Heterotrait-Monotrait*

Construto	Notação	CIB	CID	PICF	VEI
Caract internas SFH que são benefício_ à implementação_ CRI	CIB				
Caract internas SFH que são desafio_ à implementação_ CRI	CID	0.388			
Possibilidade de Implementação_ de CRI nos SFH	PICF	0.743	0.464		
Variáveis externas SFH influenciam_ implementação_ CRI	VEI	0.587	0.446	0.569	

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

Para além da avaliação do modelo de medição, executada previamente, é também necessário proceder à avaliação do modelo estrutural, antes que seja retirada qualquer conclusão (Hair et al., 2021). Esta compreende quatro etapas sequenciais, nomeadamente: 1) Colinearidade, 2) Significância e Relevância das Relações do Modelo 3) Capacidade Explicativa do Modelo e 4) Capacidade Preditiva do Modelo (Hair et al., 2021). Na primeira etapa é avaliada a colinearidade, por forma a garantir que não ocorre nenhum viés nos resultados da regressão (Hair et al., 2021). É medida através do fator de inflação de variância (VIF) (Hair et al., 2021). Valores de VIF acima de 5 são indicativos de prováveis problemas de colinearidade entre construtos, embora a colinearidade também pode ocorrer para níveis inferiores de VIF, nomeadamente entre 3 e 5 (Hair et al., 2021). Idealmente os valores de VIF devem ser  $\leq 3$ , o que é o que se verifica no presente estudo, sendo então possível concluir que não existem problemas de colinearidade, conforme representado na tabela 11.

Tabela 11 – Colinearidade

	VIF
10 ausencia de interoperabilidade	1.946
11 lacunas na partilha de info	1.723
13 falta de meios para a obtenção de info	1.395
15 SFH responsáveis pela gestão do orçamento	1.518
16 SFH serem uma área de interesse	1.426
20 SFH organizado em diferentes áreas funcionais	1.367
21 desempenho	1.437
22 A ausencia de estudos	1.288
26 visão do CA	1.337
27 inexistência de avaliação diferenciada	1.251
28 criação de CRI nas instituições hospitalares	1.226
29 relevante a implementação de um CRI	2.668
30 CRI nos SFH cria valor	2.668
5 A baixa motivação	1.188
6 falta de tempo	1.308
7 estruturas organizacionais rígidas	1.458
9 info clínica incompleta	2.003

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

Na segunda etapa, por forma a testar as hipóteses e avaliar a significância e relevância entre as variáveis são utilizados os coeficientes, que traduzem o efeito de uma variável sobre outra (Hair et al., 2021). Os coeficientes, representados por  $\beta$ , designados na tabela 12 com *Original Sample (O)* podem assumir valores entre -1 e 1, sendo que o sinal negativo (-) representa uma correlação negativa, enquanto o sinal positivo (+) representa uma correlação positiva (Hair et al., 2021). Valores próximos de -1 apresentam uma correlação negativa forte, enquanto valores próximos de 1 representam uma correlação positiva forte (Hair et al., 2017). É tecnicamente possível ocorrerem valores superiores a -1 e 1, caso se verifique colinearidade em níveis elevados (Hair et al., 2021). Os coeficientes obtidos

variam entre  $\beta$  0.206 e 0.408, apresentando uma correlação positiva fraca a moderada, sendo estatisticamente significativos para um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0.05$ ), ou intervalo de confiança de 95%.

Os *p-values* relacionados com os coeficientes foram determinados recorrendo a um teste de hipóteses unilateral, nível de significância de 5% ( $\alpha = 0.05$ ) (Hair et al., 2021). Este valor pode ser interpretado como a probabilidade de  $\beta$  pertencer à distribuição com uma dada média (M) e desvio padrão de  $\sigma$  (STDEV) (Hair et al., 2021). Se *p-value*  $\leq \alpha$ , rejeitamos a hipótese nula e podemos dizer que esse valor de *p-value* é estatisticamente significativo para o nível de confiança considerado, enquanto que se *p-value*  $> \alpha$  não rejeitamos a hipótese nula (Marôco, 2021).

O teste T pode ser visto como uma variação, em que a estatística-T, que resulta do quociente entre  $\beta$  e  $\sigma$  é usada em vez do *p-value* para comparar com uma escala de valores própria. Assim sendo, se a estatística-T  $\geq 1.64$  é estatisticamente significativa para um intervalo de confiança de 90%, se a estatística-T  $\geq 1.9$  é estatisticamente significativa para um intervalo de confiança de 95%, se a estatística-T  $\geq 2.57$  é estatisticamente significativa para um intervalo de confiança de 99% e se a estatística-T for  $\geq 3.29$  é estatisticamente significativa par um intervalo de confiança de 99.9% (Chin, et al., 2003).

Tabela 12 – Coeficientes

	Notação	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics ( O/STDEV )	P values
Caract internas SFH que são benefício_ à implementação CRI. -> Possibilidade de Implementação de CRI nos SFH	CIB --> PICF	0.450	0.447	0.094	4.783	0.000
Caract internas SFH que são desafio_ à implementação CRI. -> Possibilidade de Implementação de CRI nos SFH	CID --> PICF	0.208	0.222	0.069	3.005	0.003
Variáveis externas SFH influenciam_ implementação CRI. -> Possibilidade de Implementação de CRI nos SFH	VEI --> PICF	0.206	0.215	0.077	2.665	0.008

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

Na tabela 13 podemos ainda observar a correlação entre os construtos e retirar a conclusão de que é sempre positiva.

Tabela 13 – Correlação entre Construtos

Notação	CIB	CID	PICF	VEI
<b>CIB</b>	1.000	0.310	0.610	0.464
<b>CID</b>	0.310	1.000	0.419	0.349
<b>PICF</b>	0.610	0.419	1.000	0.487
<b>VEI</b>	0.464	0.349	0.487	1.000

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

Na etapa 3 é avaliada a capacidade explicativa do modelo. Este passo envolve a análise do coeficiente de determinação ( $R^2$ ) dos construtos endógenos (Hair et al., 2021). Este coeficiente representa a variância explicada por cada construto e é uma medida da capacidade explicativa do modelo (Hair et al., 2021). Pode assumir valores compreendidos entre 0 e 1, sendo que os valores mais próximos de 1 evidenciam uma maior capacidade explicativa (Hair et al., 2021). Para Hair et al., (2011), o julgamento acerca do valor assumido por  $R^2$  depende da disciplina em estudo. Para o mesmo autor, valores de  $R^2$  de 0.25, 0.50 ou 0.75 podem ser classificados como sendo fracos, moderados ou fortes, respetivamente Hair et al., 2021). O valor de  $R^2$  ajustado tem em consideração a complexidade do modelo e o tamanho da amostra sendo útil para comparar diferentes modelos, ou o poder explicativo de um modelo em diferentes conjuntos de dados (Hair et al., 2021).

Segundo os resultados obtidos na tabela 14, o coeficiente de variação,  $R^2$  apresenta um valor de 0.462 para o construto endógeno PICF. Isto explica que os três construtos CID, CIB e VEI explicam moderadamente, em 46.2% a variância do construto PICF. Segundo Frost (2019) os bons modelos podem apresentar por vezes valores baixos de  $R^2$ , embora valores elevados não sejam necessariamente preditivos de bons modelos. O mesmo autor considera ainda que estudos que envolvam medição de perceções humanas tendem a apresentar coeficientes de determinação que não ultrapassam o valor de 0.5 (Frost, 2019).

Tabela 14 – Coeficiente de Determinação ( $R^2$ )

	<b>R-square</b>	<b>R-square adjusted</b>
PICF	0.462	0.446

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

A tabela 15 representa uma análise sumária dos resultados obtidos, onde é possível concluir que todas as hipóteses colocadas foram suportadas pelo modelo, sendo estatisticamente significativas para um nível de significância de 5%.

Tabela 15 – Sumário dos Resultados – Hipóteses de Pesquisa

Notação	Hipóteses	Original sample (O)	T statistics ( O/STDEV )	P values	Decisão
CIB --> PICF	H1	0.450	4.783	0.000	Aceite
CID --> PICF	H2	0.208	3.005	0.003	Aceite
VEI --> PICF	H3	0.206	2.665	0.008	Aceite

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao *software SmartPLS 3*

Em jeito de conclusão, as análises anteriores foram desenvolvidas com o intuito de responder ao OI 1 que pretende avaliar a perceção dos profissionais de saúde pertencentes à farmácia hospitalar ou integrantes de CRIs em Portugal acerca da relevância e da criação de valor na implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH. Com o intuito de melhor analisar esta problemática o OI1 foi decomposto em 3 OI, nomeadamente OI1A – CID, OI1B – CIB e OI1C – VEI. O modelo conceptual desenvolvido, bem como os resultados obtidos por via de inquérito por questionário foram submetidos a uma análise estatística com recurso ao *software SmartPLS 3*, com vista a testar as hipóteses colocadas no modelo conceptual.

O modelo reflexivo obtido foi posteriormente analisado em duas etapas distintas, nomeadamente avaliação do modelo de medição e avaliação do modelo estrutural, cada uma delas constituída por uma sequência cronológica que envolve a medição de vários indicadores e a sua comparação com valores previamente estabelecidos na literatura, com vista à retirada de conclusões (Hair et al., 2021).

Na primeira etapa, em que foi avaliado o modelo de medição, os resultados obtidos revelaram a existência de um modelo com fiabilidade e validade comprovada, permitindo alcançar resultados com elevada precisão e exatidão (Gottens et al., 2018). Na segunda etapa, relativa à avaliação do modelo estrutural, Hair et al. (2021) considera que os coeficientes ( $\beta$ ) e o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) são os indicadores utilizados com maior frequência para medir a adequação do modelo. Foi observada uma correlação positiva e significativa entre todos os construtos, CID, CIB e VEI e a variável dependente, PICF, o que significa que todas as hipóteses colocadas contribuem de forma positiva para a implementação de um modelo de gestão em CRIs nos SFH. Entre elas, as CIB são as que mais influenciam a PICF, seguindo-se as VEI e as CID.

É ainda de destacar que todas as hipóteses explicam moderadamente, em 46.2%, a variância de PICF, o que, segundo Frost (2019) é um valor perfeitamente aceitável em estudos que envolvem a perceção humana. Em suma, apesar da enorme lacuna bibliográfica referente ao tema, podemos

concluir que as hipóteses sugeridas pela parca literatura existente são inteiramente sustentadas pela análise estatística do presente estudo.

## 6.2. Abordagem Qualitativa

Conforme observado na tabela 11, referente à análise descritiva dos resultados obtidos na abordagem quantitativa para a amostra 1, a maioria dos participantes revelou considerar relevante a implementação de CRIs nos SFH (média de 4.193 na resposta à na questão 29 do questionário) e ainda considerou que esse mesmo modelo de gestão ao nível deste serviço em concreto se poderia traduzir na criação de valor (média de 4.349 na resposta à questão 30 do questionário). Com base nisto, seguiu-se uma abordagem qualitativa com o intuito de complementar a quantitativa, visando encontrar solução para o OI2.

O OI2 visa ir um pouco mais longe, ao utilizar uma amostra 2 que resulta de um afinamento da amostra 1, em termos de seleção de indivíduos peritos nas áreas de atuação em análise, para por um lado confirmar a necessidade de implementação deste modelo de gestão nos SFH, com respetivos benefícios desafios e impactos em diferentes vertentes e, por outro, perceber como poderia ser a sua configuração.

Este OI surge com o objetivo de criar informação acerca desta vertente da temática abordada, na medida em existe uma enorme lacuna na literatura, devida à inovação do tema. Foram efetuadas cinco entrevistas anónimas, sendo os entrevistados designados de 1 a 5, por forma a manter confidencial a sua identidade.

### 6.2.1. Relevância na implementação de CRIs nos SFH

A primeira categoria principal prende-se com a relevância da implementação de CRIs nos SFH e teve como intuito questionar os entrevistados acerca da sua perceção sobre o tópico. Como representado na tabela 16, houverem duas opiniões divergentes, embora a resposta positiva fosse a mais frequente entre 4 dos 5 entrevistados.

Tabela 16 – Relevância na Implementação de CRIs nos SFH

Texto	Categoria Principal	Frequência	Entrevistados
Sim	1	4	2,3,4 e 5
Não	1	1	1

Fonte: Elaboração do autor

Os entrevistados 2,3, 4 e 5 responderam positivamente à questão colocada, embora esta resposta fosse condicionada pela área de atuação do CRI em questão. O entrevistado 1, considera que os CRIs apenas fazem sentido em áreas de produção clínica. Para este entrevistado, a farmácia é vista como uma unidade de produção intermédia e não uma área de produção final, na medida em que aporta valor à produção final, que é o tratamento dos doentes, mas não tem produção final *per se*. Este entrevistado refere também a sua perceção de que, a maioria dos SFH desempenham funções maioritariamente de natureza logística do que propriamente clínica, contrariamente ao que se verifica em países desenvolvidos com sistemas de saúde distintos do Beveridgiano. Finaliza com a sua perceção de que um CRI nos SFH apenas faria sentido num modelo em que o farmacêutico fizesse realmente parte da equipa de saúde, participando ativamente no tratamento do doente e nos seus resultados, quer ao nível dos cuidados prestados no internamento, quer em ambulatório, fazendo chegar aos doentes os melhores medicamentos, nas melhores condições e monitorizando ativamente a adesão e perfil de reações adversas.

#### **6.2.1.1 Identificação de Desafios**

Todos os entrevistados que responderam positivamente à questão relativa à categoria principal 1 (total de 4 entrevistados – 2,3,4 e 5) tiveram acesso a todas as restantes categorias genéricas, sendo a primeira das quais referente à identificação dos principais desafios inerentes à implementação de CRIs nos SFH.

Como representado na tabela 17, as opiniões dos entrevistados foram bastante divergentes, focando diferentes segmentos, nomeadamente: os RH, abordando a questão da resistência à mudança, da necessidade da definição detalhada das características de cada função, permitindo assim identificar os motivos que levam à seleção de um profissional para integrar o CRI, em detrimento de outro e ainda da necessidade da definição dos incentivos para cada classe profissional, por forma a evitar conflitos e competição entre os colaboradores, motivados pela desigualdades na remuneração.

O segundo segmento prende-se com o estabelecimento de indicadores de desempenho, de acordo com a área funcional dos SFH de atuação do CRI, e de forma exequível, ou seja, terem um grau de dificuldade que permita motivar os profissionais a fazer o trabalho com mais qualidade, mas não ser demasiado ambicioso para não ter o efeito reverso, ou seja, fazer com que os profissionais estejam mais interessados no seu atingimento do que na execução correta das tarefas. O entrevistado número 4 reforça ainda a necessidade da definição de indicadores que permitam avaliar o desempenho do CRI em todo a jornada do doente, compreendendo a sua passagem pelos diferentes níveis de cuidados, tanto em contexto de ambulatório, como em contexto de internamento e pós-alta, acompanhando a sua reinserção na vida profissional e social.

Outro dos segmentos identificados pelos entrevistados prende-se essencialmente com a escassez de legislação que defina o enquadramento legal de CRIs aplicado aos SFH, bem como a falta de exemplos de aplicação, uma vez que não existe um CRI ao nível deste serviço. Foi também identificado como segmento a possibilidade de falta de apoio dos principais *stakeholders* ao nível do SNS e das associações profissionais dos farmacêuticos.

Tabela 17 – Identificação de Desafios

Texto	Categoria Genérica	Frequência	Entrevistados
<b>RH</b>			
Resistência à mudança	1.1	1	4
Definição de características de cada função	1.1	1	2
Definição dos incentivos para cada classe profissional	1.1	2	2 e 5
<b>Indicadores de Desempenho</b>			
Definição de Indicadores de Desempenho	1.1	2	3 e 5
<b>Enquadramento Legal</b>			
Escassez de legislação que defina o enquadramento legal de CRIs nos SFH	1.1	2	3 e 4
Falta de exemplos de CRIs em SFH	1.1	1	4
<b>Stakeholders</b>			
Falta de apoio dos principais <i>stakeholders</i> ao nível do SNS e das associações profissionais dos farmacêuticos	1.1	1	3

Fonte: Elaboração do autor

### 6.2.1.2 Identificação de Benefícios

A segunda categoria genérica visa a identificação dos benefícios inerentes à implementação de um modelo de gestão em CRIs ao nível dos SFH. Tal como representado na tabela 18, nesta questão foi possível identificar três segmentos de respostas, nomeadamente ao nível dos RH, Instituição e SFH e ainda ao nível dos doentes. Os benefícios apontados pelos entrevistados ao nível dos RH prendem-se essencialmente com o aumento da motivação individual dos profissionais e com a possibilidade de reforço na contratação. Já ao nível de benefícios para a instituição ou para os SFH foram identificados aspetos como a criação de centros de referência, a possibilidade de obter financiamento para projetos específicos, um maior controlo nos custos, aumento da eficiência e da produção, bem como a criação de um modelo de gestão empresarial com metas bem definidas. Ao nível dos benefícios para os doentes, foram essencialmente identificados a melhoria dos cuidados prestados, conseguindo ter os doentes mais bem tratados com menos recidivas e intercorrências.

Tabela 18 – Identificação dos Benefícios

Texto	Categoria Genérica	Frequência	Entrevistados
<b>RH</b>			
Motivação individual dos profissionais	1.2	2	4 e 5
Contratação de mais profissionais	1.2	1	3
<b>Instituição e SFH</b>			
Centros de Referência	1.2	1	5
Financiamento para projetos específicos	1.2	1	3
Controlo de custos	1.2	1	2
Aumento da eficiência	1.2	4	2,3,4 e 5
Aumento de produção	1.2	4	2,3,4 e 5
Criação de um modelo de gestão empresarial com metas bem definidas	1.2	2	2 e 3
<b>Doentes</b>			
Aumento da qualidade dos cuidados prestados	1.2	2	4 e 5

Fonte: Elaboração do autor

### 6.2.1.3 Identificação das Áreas Funcionais e Modelos de Implementação

A terceira categoria genérica prende-se com a identificação das áreas funcionais dos SFH em que seria pertinente a implementação de CRIs, bem como o estabelecimento de um possível modelo de implementação. Tal como representado na tabela 19, a maioria dos entrevistados identifica a área de produção como a que tem mais potencial para a criação de CRIs, seguindo-se a área do ambulatório. É ainda de destacar que nenhum dos entrevistados considera que deveria ser implementado na totalidade do serviço, ou na área da distribuição.

Relativamente aos modelos de implementação, a maioria dos entrevistados não tem uma ideia bem definida quanto a este assunto. Foram apenas identificadas duas possibilidades de modelo de implementação, nomeadamente como um CRI de apoio aos restantes CRIs do hospital, ou ainda um CRI de apoio aos projetos de proximidade.

Tabela 19 – Identificação das Áreas Funcionais e Modelos de Implementação

Texto	Categoria Genérica	Frequência	Entrevistados
<b>Áreas Funcionais dos SFH</b>			
Totalidade dos SFH	1.3	0	-
Ambulatório	1.3	2	3 e 4
Distribuição	1.3	0	-
Produção/Farmacotecnia	1.3	2	2,4 e 5
<b>Modelos</b>			
CRI de Apoio aos CRIs existentes no hospital	1.3	2	2 e 4
Projetos de Proximidade	1.3	1	3
Não identificado	1.3	2	5

Fonte: Elaboração do autor

### 6.2.1.4 Identificação do Impacto

A quarta categoria genérica é relativa à identificação do impacto causado pela implementação de um modelo de gestão em CRIs nos SFH. Divide-se em quatro subcategorias, nomeadamente o impacto ao nível da área da Farmácia Hospitalar, SNS, RH e outros serviços, internos e externos ao hospital, com quem os SFH se relacionam. Os resultados desta categoria genérica encontram-se representados na tabela 20.

No que toca ao impacto ao nível da área da farmácia hospitalar, a resposta mais unânime entre os entrevistados foi permitir a gestão mais eficiente de recursos disponíveis, seguindo-se a maior

estruturação dos cuidados prestados. Foram ainda referidos a possibilidade de criação de bons exemplos que pudessem ser replicados em SFH de mais hospitais e ainda a criação de indicadores que permitam mensurar, monitorizar e evidenciar o trabalho desenvolvido pelos SFH.

Ao nível do impacto no SNS foram observadas apenas 2 respostas, uma referente à implementação de CRIs nos SFH como forma de manutenção da sustentabilidade do SNS, e as restantes relativas à melhoria de toda a cadeia de valor em saúde, na medida em que, na perceção dos entrevistados, a criação de CRIs nos SFH poderia ter impacto no aumento da esperança e na qualidade média de vida.

No que toca ao impacto da implementação dos CRIs nos SFH ao nível dos RH os entrevistados dispersaram a sua opinião por três pontos, nomeadamente: a otimização de recursos, evitando a duplicação de funções, o aumento da motivação dos profissionais decorrente do modelo de remuneração por objetivos e ainda o aumento da diferenciação e especialização dos RH escolhidos para os integrar. O entrevistado 2 defende ainda que este último ponto pode trazer competição e divisão dos RH em grupos, sendo necessária uma gestão emocional e estratégica mais apurada.

A última subcategoria é referente ao impacto da implementação de CRIs nos SFH ao nível dos outros serviços, internos e externos ao hospital, com quem os SFH se relacionam. Neste ponto, as respostas dos entrevistados forma unânimes, na medida em que a criação de CRIs com bons resultados mensurados, demonstrados e divulgados, melhoram a imagem dos SFH perante os outros serviços e por conseguinte a relação com os mesmos, uma vez que qualquer serviço terá interesse em se relacionar com um serviço de excelência.

Tabela 20 – Identificação do Impacto

<b>Texto</b>	<b>Categoria Genérica - Subcategoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Entrevistados</b>
<b>Farmácia Hospitalar</b>			
Gestão mais eficiente dos recursos	1.4.1	2	2,4 e 5
Cuidados estruturados	1.4.1	2	3 e 5
Exemplos com bons resultados que pudessem ser replicados em SFH de outros hospitais	1.4.1	1	4

Criação de indicadores que permitam mensurar, monitorizar e evidenciar o trabalho dos SFH	1.4.1	1	3
<b>SNS</b>			
Sustentabilidade	1.4.2	1	5
Ganhos em Saúde	1.4.2	4	2,3,4 e 5
<b>RH</b>			
Otimização dos recursos humanos	1.4.3	2	5
Modelo por objetivos aumenta a motivação dos profissionais	1.4.3	2	3 e 4
Criar maior diferenciação e especialização nos recursos	1.4.3	1	2
<b>Outros serviços, internos e externos ao hospital, com quem os SFH se relacionam</b>			
Melhora a relação	1.4.4	4	2,3,4 e 5

Fonte: Elaboração do autor

#### 6.2.1.5 Identificação dos Opositores

Relativamente à categoria genérica que visa identificação dos opositores para a implementação de CRIs, a perceção dos entrevistados encontra-se discriminada na tabela 21. A maioria dos entrevistados, refere que talvez hajam opositores para um CRI nos SFH, sobretudo a dois níveis, nomeadamente os colaboradores que não vão integrar o projeto ou os serviços que não tenham um ritmo de atividade alinhado com o dos SFH. O entrevistado que respondeu positivamente à existência de opositores apresentou como justificação o facto de considerar que há sempre opositores à mudança, enquanto que o entrevistado que respondeu que não considera que existiriam opositores à implementação de CRIs nos SFH, justifica a sua opinião pelo facto de considerar que os SFH são um serviço que, ao contrário dos serviços clínicos, fica sempre em segundo plano e, como tal, este projeto poderia passar despercebido.

Tabela 21 – Identificação dos Opositores

Texto	Categoria Genérica	Frequência	Entrevistados
<b>Áreas Funcionais dos SFH</b>			
Sim	1.5	1	3
Talvez	1.5	2	2 e 5
Não	1.5	1	4

Fonte: Elaboração do autor

### 6.2.2. Implementação de CRIs em Portugal

A segunda categoria principal prende-se com a perceção dos entrevistados acerca da implementação do modelo de gestão em CRIs em Portugal, sendo que a perceção dos entrevistados se encontra discriminada na tabela 22. Dois dos entrevistados responderam não ter conhecimentos suficientes acerca da matéria em questão, sendo que um deles tem a perceção de que deva ser um processo difícil e extremamente burocrático.

A maioria dos entrevistados considera que o processo está num bom caminho, estando reunidas as condições políticas ao nível dos decisores de topo para se prosseguir na linha de implementação. É de destacar a opinião do entrevistado número 1 que refere que é importante uma revisão entre 3 a 5 anos para avaliar a continuidade da pertinência de certos CRIs. Considera ainda que isto tem muito a ver com o ciclo de vida natural de um projeto, ou seja, funciona relativamente bem até aos 3-5 anos e, a partir dessa altura começam a cair, sendo que, a partir dos 8 anos ou morrem por si ou sobrevivem, caso se tenha a coragem e inteligência para fazer alterações.

O entrevistado número 5 reforça que a implementação dos CRIs deve ser feita com prudência, na medida em que influencia a atividade normal da instituição. Refere ainda que existem áreas estratégicas para a sua implementação, ou seja, aquelas que consigam demonstrar que este modelo de gestão é compensador.

Tabela 22 – Implementação de CRIs em Portugal

Texto	Categoria Principal	Frequência	Entrevistados
Não tenho conhecimentos para responder	2	2	3 e 4
Prosseguir na linha de implementação	2	2	1,2 e 5

Fonte: Elaboração do autor

## CAPÍTULO 7

### Conclusão

#### 7.1. Considerações Finais

O presente estudo trata-se de uma dissertação de mestrado, desenvolvida com o intuito de estudar uma temática pioneira, como seja a implementação do modelo de gestão em CRIs ao nível de serviços não clínicos, nomeadamente os SFH. É, por isso, uma investigação de carácter dedutivo, ou seja, partindo de estudos e/ou teorias gerais, como o conhecimento acerca da implementação do modelo de gestão em CRIs nos serviços clínicos para a sua implementação em situações particulares, como sejam os SFH (Neville, 2007).

Baseia-se numa metodologia mista, ou seja, desenvolvida com base na coexistência de duas abordagens, uma primeira de carácter quantitativo, seguida de uma segunda, de natureza qualitativa. Esta última, surge como forma complementar à primeira abordagem, por um lado comprovando os resultados obtidos e por outro gerando informação numa área em que não existe bibliografia disponível.

A abordagem quantitativa foi desenvolvida com o intuito de responder ao OI 1 que pretende avaliar a perceção dos profissionais de saúde pertencentes à farmácia hospitalar ou integrantes de CRIs em Portugal acerca da relevância e da criação de valor na implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH. Com o intuito de melhor analisar esta problemática o OI1 foi decomposto em três OI, nomeadamente OI1A – CID, OI1B – CIB e OI1C – VEIF.

Com base na revisão de literatura foi então desenvolvido um modelo conceptual e construído um inquérito por questionário, composto por 30 questões divididas em várias secções, que pretendiam avaliar a perceção da amostra seleccionada (amostra 1) quanto a estes OI. Foram obtidos 109 inquéritos no espaço de dois meses, sendo que os resultados foram submetidos a uma análise estatística de carácter exploratório, com recurso ao *software SmartPLS 3*, com vista a testar as hipóteses colocadas no modelo conceptual.

Os resultados obtidos revelaram a existência de uma correlação positiva entre todos os construtos, CID, CIB e VEI e a variável dependente, PICF, o que significa que todas as hipóteses colocadas contribuem para a implementação de um modelo de gestão em CRIs nos SFH, sendo de destacar a maior contribuição de CIB. Para além disso, todas as hipóteses explicam moderadamente, em 46.2%, a variância de PICF, o que, segundo Frost (2019) é um valor perfeitamente aceitável em estudos que envolvem a perceção humana. Em suma, apesar da enorme lacuna bibliográfica referente

ao tema, podemos concluir que as hipóteses sugeridas pela escassa literatura existente são sustentadas pela análise estatística do presente estudo.

A abordagem qualitativa foi desenvolvida com o intuito de confirmar a necessidade de implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH, com respetivos benefícios desafios e impactos em diferentes vertentes e dar resposta ao OI2, percebendo como poderia ser a sua configuração e modelo de implementação. Foi efetuada com recurso à aplicação de um inquérito por entrevista a um total de 5 elementos que constituem a amostra 2 e incluem peritos nas áreas de farmácia hospitalar e CRIs.

As entrevistas eram compostas por 17 questões divididas por 4 blocos. Os *corpus* das entrevistas obtidas foram posteriormente analisadas com recurso ao *software* MAXQDA 2020.1, seguindo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2016), que compreende três etapas sequenciais nomeadamente: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com interpretações.

A análise das entrevistas permitiu concluir que a maioria dos entrevistados considera relevante a implementação de um modelo de gestão em CRIs ao nível dos SFH, embora apenas em algumas áreas funcionais, sendo a área preferencial a de produção, seguindo-se a de ambulatório. A maioria dos entrevistados não tem ideia acerca do modelo preferencial de implementação, embora tenham surgido sugestões de implementação de CRIs nos SFH de apoio aos restantes CRI do hospital, que poderia fazer sentido nas áreas de produção ou ainda da implementação de CRI nos SFH de apoio aos projetos de proximidade, que poderia fazer sentido nas áreas de ambulatório.

A análise das entrevistas permitiu também identificar os principais desafios e benefícios inerentes à implementação de CRIs nos SFH. Quanto aos desafios, podem ser a diferentes níveis, sendo os mais unânimes entre os entrevistados a necessidade de definição dos incentivos para cada classe profissional, definição dos indicadores que permitam mensurar, monitorizar e evidenciar os resultados dos CRIs e ainda escassez de legislação que defina o enquadramento legal do mesmo ao nível dos SFH. Os benefícios apontados são decorrentes da implementação de um modelo de gestão empresarial com metas bem estabelecidas, que gera eficiência na gestão de recursos, aumento da produção e da motivação individual dos profissionais integrantes.

Os resultados acerca do impacto da implementação de CRIs nos SFH revelaram que ao nível da área da farmácia hospitalar seria essencialmente ao possibilitar uma gestão mais eficiente de recursos, no SNS trazendo ganhos em saúdes para o doente e ao nível dos RH ao aumentar a motivação dos profissionais de saúde integrantes do CRI. Para além disso, a criação de CRIs com bons resultados mensurados, demonstrados e divulgados, melhora a imagem dos SFH perante os outros serviços e por conseguinte a relação com os mesmos, uma vez que qualquer serviço terá interesse em se relacionar com um serviço de excelência.

A maioria dos entrevistados identificou ainda a possibilidade de a implementação deste modelo de gestão a nível dos SFH encontrar opositores ao nível dos elementos não integrantes e ainda nos serviços que não tenham um ritmo de atividade alinhado com os do SFH. A perceção acerca da implementação de CRIs em Portugal foi também unânime, na medida em que a maioria dos entrevistados consideram que estão reunidas as condições para se prosseguir com a implementação. Os resultados obtidos foram pioneiros, dada a escassez bibliográfica acerca do assunto, tendo, contudo, a limitação da amostra 2 ser demasiado pequena, não permitindo em algumas categoriais revelar padrões de resposta entre os entrevistados.

Em suma, tendo em conta os resultados obtidos, posso concluir que existe a possibilidade de implementação de CRIs ao nível dos SFH, embora inicialmente apenas em áreas específicas como a produção ou ambulatório. É necessário, contudo a convergência de vários pontos fulcrais, nomeadamente: estudo dos indicadores de desempenho a utilizar, a definição de um enquadramento legal para o serviço em concreto, a definição do sistema de incentivos de acordo com a classe profissional e os critérios de distribuição da retribuição pelo desempenho e o desenvolvimento de estudos mais concretos, aplicados a áreas funcionais específicas dos SFH, que demonstrem a sua viabilidade.

## **7.2. Limitações do Estudo**

Este estudo tem três limitações importantes. A primeira das quais prende-se com o facto de ter sido pioneiro na área da farmácia hospitalar, uma vez que não existe nenhum CRI instalado neste serviço que possa servir como exemplo. É ainda de destacar a escassa literatura referente à temática abordada, tanto em matéria de CRIs como de SFH, como a desatualização dos conteúdos encontrados.

A segunda limitação prende-se com o número reduzido das amostras obtidas, sobretudo da amostra 2. Tal pode ser justificado, por um lado, pelo pequeno universo de profissionais integrantes da farmácia hospitalar e de CRIs em Portugal, bem como o número ainda mais reduzido de peritos ao nível destas áreas. Acrescenta a esta última, a dificuldade de acesso e disponibilidade dos mesmos. É também de notar que, para além da população alvo ser reduzida, apenas uma pequena parte da mesma tem conhecimentos acerca do modelo de gestão abordado.

A terceira limitação, prende-se com o facto de ser um estudo de carácter exploratório, pelo que tem de haver algum cuidado com a generalização dos resultados e ainda alguma preocupação com a heterogeneidade das diferentes instituições e dos próprios SFH.

### **7.3 Sugestões para Futuras Investigações**

Sugiro três abordagens para futuras investigações. A primeira sugestão prende-se com a elaboração de projetos para a implementação de CRIs numa área funcional em concreto dos SFH, nomeadamente a área de produção ou de ambulatório, que foram as que revelaram no presente estudo maior potencial para tal.

A segunda sugestão prende-se com uma seleção dos vários indicadores de diferentes naturezas que possam ser utilizados na área de farmácia hospitalar, divididos por áreas funcionais para mensurar, monitorizar e demonstrar os resultados de CRIs implementado nos SFH.

A terceira sugestão consiste no estudo do papel das lideranças na implementação de CRIs ao nível dos SFH.

### Referências Bibliográficas:

- Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS). (2017). *Criação de Centros de Responsabilidade Integrados no SNS*. Consultado em 26 de dezembro de 2022. Disponível em “<https://www.acss.min-saude.pt/2017/03/08/criacao-de-centros-de-responsabilidade-integrados-no-sns/>”.
- Anthony, R. (1988). *The Management Control Function*. Boston: Harvard University Press.
- Antunes, M. (2001). *A doença da saúde* (4ª ed). Lisboa: Quetzal Editores.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). (2020, novembro, 25). [Canal APAH – Gestão em Saúde]. Youtube. Disponível em “<https://www.youtube.com/watch?v=8kt1jLCanMk>”.
- Athanasakis, K., Nomikos, N., Agorastos, G., & Zisis, K. (2023). “Hospital pharmaceutical expenditure: a need to focus on an ‘obscure’ and growing component of pharmaceutical spending”. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 30(1), 1-2.
- Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- Barros, P. P., & Gomes, J. P. (2002). “Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português”. Lisboa: Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa.
- Bhattacharjee, A. (2012). *Social science research: Principles, methods, and practices*.
- Brazinha, I., & Fernandez-Llimos, F. (2014). “Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals”. *International journal of clinical pharmacy*, 36(5), 1031-1038.
- Brou, M.H.L., Feio, J.A.L, Mesquita, E., Ribeiro, R., Brito, M.C.M., Cravo, C., & Pinheiro, E (2005). *Manual da Farmácia Hospitalar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação—Guia para Auto-aprendizagem (2ª edição)*. Lisboa: Universidade Aberta, 15, 16.
- Chassin, M. R., Loeb, J. M., Schmaltz, S. P., & Wachter, R. M. (2010) “Accountability measures—using measurement to promote quality improvement”. *New England Journal of Medicine*, 363(7), 683-688.
- Chin, W. W., Marcolin, B. L., & Newsted, P. R. (2003) “A partial least squares latent variable modeling approach for measuring interaction effects: Results from a Monte Carlo simulation study and an electronic-mail emotion/adoption study. *Information systems research*”, 14(2), 189-217.
- Costa, A., Leitão, C., Borges, D., Trindade, J., Pinto, P., Cardoso, P., Rodrigues, P., & Rodrigues, T. (2013). “Gestão em Organizações de Saúde. Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra”. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publication.
- Curto, J. D. (2021). *Estatística com R: Aprenda Fazendo* (Sitdc, Ed.)
- Decreto Regulamentar 3/88 do Ministério da Saúde (1988). Diário da República n.º 18/1988, 1º Suplemento, Série I de 1988-01-22. Disponível em “<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/3-1988-138480>”.
- Decreto-lei 19/88 do Ministério da Saúde (1988). Diário da República n.º 17/1988, 3º Suplemento, Série I de 1988-01-21. Disponível em “<https://dre.pt/dre/detalhe/tipo/19-1988-506396>”.
- Decreto-Lei n.º 18/2017 do Ministério da Saúde (1999). Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10. Disponível em “<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>”.
- Decreto-Lei n.º 183/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República n.º 169/2015, Série I de 2015-08-31, páginas 6613 – 6615. Disponível em “<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/188-2003-70139963>”.
- Decreto-Lei n.º 188/2003 do Ministério da Saúde. (2003). Diário da República n.º 191/2003, Série I-A de 2003-08-20. Disponível em “<https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2003-70149025>”.
- Decreto-Lei n.º 374/99 do Ministério da Saúde (1999). Diário da República n.º 219/1999, Série I-A de 1999-09-18. Disponível em “<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/374-1999-569893>”.

- Decreto-Lei n.º 44204, de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde e Assistência - Direcção-Geral dos Hospitais (1968). Diário do Governo n.º 40/1962, Série I de 1962-02-22, páginas 164 – 166. Disponível em “[https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/44204-1962-517785?\\_ts=1673481600034](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/44204-1962-517785?_ts=1673481600034)”.
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros (2022). Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, páginas 5 – 52. Disponível em “<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>”.
- Dias, V., Henry, D., & Searles, A. (2012). MDS-3: *Managing Access to Medicines and Health Technologies. Management Sciences for Health*.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2016). Norma N.º 018/2016 – Reconciliação da Medicação. Disponível em “<https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/12/30/reconciliacao-da-medicacao/>”.
- Doucette, D., & Millin, B. (2011). “Should key performance indicators for clinical services be mandatory?”. *The Canadian Journal Of Hospital Pharmacy*, 64(1).
- Dreischulte, T., van den Bemt, B., & Steurbaut, S. (2022). “European Society of Clinical Pharmacy definition of the term clinical pharmacy and its relationship to pharmaceutical care: a position paper”. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 1-6.
- Farré Riba, R., Estela, A. C., Esteban, M. L., Cels, I. C., Lechuga, M. G., & Sánchez, S. L. (2000). “Intervenciones farmacéuticas (parte I): metodología y evaluación”. *Farm Hosp*, 3(24), 136-44.
- Farinha, H., & Rijo, J. (2020). “Os farmacêuticos hospitalares durante a pandemia COVID-19”. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 12(1-2), 9-19.
- Federação Internacional Farmacêutica (FIP). (2017). *Pharmacy at a Glance 2015-2017*. Disponível em “<https://www.fip.org/file/1348>”.
- Federação Internacional Farmacêutica (FIP). (2021). *Medicines Reconciliation – A toolkit for pharmacists*. Disponível em “<https://www.fip.org/file/4949>”.
- Fornasier, G., Francescon, S., Leone, R., & Baldo, P. (2018). “An historical overview over Pharmacovigilance”. *International journal of clinical pharmacy*, 40(4), 744-747.
- Frost, J. (2019). “Regression analysis: An intuitive guide for using and interpreting linear models. Statistics By Jim Publishing”.
- Gomes, J.P. (2001). *Um modelo de contratualização para o Serviço Nacional de Saúde*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.
- Gomes, M.J, Gonçalves, J., Barros, V.G., & Motta, G.P. (2021). *Valorização do Desempenho dos Farmacêuticos Hospitalares*. Nova SBE – School of Business & Economics, Lisboa.
- Gottens, L. B. D., Carvalho, E. M. P. D., Guilhem, D., & Pires, M. R. G. M. (2018). “Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach’s” *Alpha. Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26.
- Hair, J. F., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2011). “PLS-SEM: Indeed a silver bullet”. *Journal of Marketing theory and Practice*, 19(2), 139-152.
- Hair, J., Hult, G., Ringle, C., & Sarstedt, M. (2017). “A primer on partial least squares structural equation modeling”. *Sage Publication*.
- Hair Jr, J. F., Page, M., & Brunsveld, N. (2019). “Essentials of Business Research Methods” (4ª edição). Routledge.
- Hair, J.F., Hult, G.T.M., Ringle, C.M., Sarstedt, M., Danks, N.P., Ray, S. (2021). *An Introduction to Structural Equation Modeling. In: Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) Using R. Classroom Companion: Business. Springer, Cham*. Disponível em “[https://doi.org/10.1007/978-3-030-80519-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-80519-7_1)”.
- Henseler, J. (2017). Partial least squares path modeling. *Advanced methods for modeling markets*, 361-381”.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). “A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling”. *Journal of the academy of marketing science*, 43, 115-135.
- Hursman, A. (2010). “Measure what matters. Information management”, 20(4), 24.

- Iglésias-Ferreira, P. (2013). "Consulta Farmacêutica de Revisão de Medicação". *CIM, ROF 106, 4*. Disponível em ["https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.106\\_reconciliacao\\_da\\_medicao\\_um\\_conceito\\_aplicado\\_ao\\_hospital\\_consulta\\_farmaceutica\\_de\\_revisao\\_de\\_medicao\\_9863584205a12ec698cec5.pdf"](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.106_reconciliacao_da_medicao_um_conceito_aplicado_ao_hospital_consulta_farmaceutica_de_revisao_de_medicao_9863584205a12ec698cec5.pdf).
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Estatística da Saúde 2020*.
- Jordan, H., Neves, C.N., Rodrigues, J.A. (2021). *O Controlo de Gestão ao Serviço da Estratégia e dos Gestores*. Lisboa: Áreas Editora.
- Katzung, B. G., & Trevor, A. J. (Eds.). (2012). *Basic & clinical pharmacology*.
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology*.
- Lee, H., Ryu, K., Sohn, Y., Kim, J., Suh, G. Y., & Kim, E. (2019). "Impact on patient outcomes of pharmacist participation in multidisciplinary critical care teams: a systematic review and meta-analysis". *Critical care medicine, 47(9)*, 1243-1250.
- Lei n.º 19/88 do Ministério da Saúde (1988). Diário da República n.º 17/1988, 3º Suplemento, Série I de 1988-01-21, páginas 20 – 23. Disponível em ["https://dre.pt/dre/detalhe/tipo/19-1988-506396"](https://dre.pt/dre/detalhe/tipo/19-1988-506396).
- Lei n.º 27/2002 da Assembleia da República (2002). Diário da República n.º 258/2002. Disponível em ["https://dre.pt/dre/detalhe/lei/27-2002-425487"](https://dre.pt/dre/detalhe/lei/27-2002-425487).
- Lo, E., Rainkie, D., Semchuk, W. M., Gorman, S. K., Toombs, K., Slavik, R. S., & Spina, S. P. (2016). "Measurement of clinical pharmacy key performance indicators to focus and improve your hospital pharmacy practice". *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy, 69(2)*, 149.
- Lopes, H., Lopes, A. R., Farinha, H., & Martins, A. P. (2021). "Defining clinical pharmacy and support activities indicators for hospital practice using a combined nominal and focus group technique". *International Journal of Clinical Pharmacy, 1-23*.
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Minard, L. V., Deal, H., Harrison, M. E., Toombs, K., Neville, H., & Meade, A. (2016). "Pharmacists' perceptions of the barriers and facilitators to the implementation of clinical pharmacy key performance indicators". *PloS one, 11(4)*, e0152903.
- Moutinho, R. (1999). *Organização dos Hospitais em Centros de Responsabilidade Integrados*. TecnoHospital. N.º 2
- Müller, T., Schuberth, F., & Henseler, J. (2018). "PLS path modeling. *Journal of Hospitality and Tourism Technology*", 9(3), 249–266. Disponível em ["https://doi.org/10.1108/JHTT-09-2017-0106"](https://doi.org/10.1108/JHTT-09-2017-0106)
- Neville, C. (2007). *Effective learning service: Introduction to research and research methods*. *Bradford University School of Management, 5(3)*, 1-44.
- O'Leary, K. M., & Allinson, Y. M. (2004). "Pharmacy clinical and distribution service delivery models in Australian public hospitals". *Journal of Pharmacy Practice and Research, 34(2)*, 114-121.
- Ordem dos Farmacêuticos (OF)<sub>1</sub> (2018). "Estudo da Empregabilidade: Do Ensino à Profissão Farmacêutica". Disponível em ["https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/apresentacao\\_estudo\\_empregabilidade\\_2018\\_final\\_843526595c62c7c8db888.pdf"](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/apresentacao_estudo_empregabilidade_2018_final_843526595c62c7c8db888.pdf).
- Ordem dos Farmacêuticos (OF)<sub>2</sub> (2018). "Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar". Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos - Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar.
- Ordem dos Farmacêuticos (OF). (2020). "Farmacêuticos em Números – Evolução dos Farmacêuticos Ativos em Exercício". Disponível em ["https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/numeros/"](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/numeros/).
- Ordem dos Farmacêuticos (OF)<sub>2</sub>. (2022). "Farmacêuticos dos Hospitais do SNS Reportam Ineficiências Graves nos Serviços". Disponível em ["https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/farmaceuticos-dos-hospitais-do-sns-reportam-ineficiencias-graves-nos-servicos/"](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/farmaceuticos-dos-hospitais-do-sns-reportam-ineficiencias-graves-nos-servicos/).
- Ordem dos Farmacêuticos (OF)<sub>1</sub>. (2022). "Farmacêuticos do SNS iniciam greve histórica". Disponível em ["https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/farmaceuticos-do-sns-iniciam-greve-historica/"](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/farmaceuticos-do-sns-iniciam-greve-historica/).

- Paulino, E., Thomas, D., Lee, S. W. H., & Cooper, J. C. (2019). "Dispensing process, medication reconciliation, patient counseling, and medication adherence". In *Clinical Pharmacy Education, Practice and Research* (pp. 109-120). Elsevier.
- Portaria n.º 207/2017 do Ministério da Saúde (2017). Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11, páginas 3550 – 3708.
- Portaria n.º 330/2017 do Ministério da Saúde (2017). Diário da República n.º 210/2017, Série I de 2017-10-31. Disponível em "<https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/330-2017-114133885>".
- Portaria n.º 71/2018 do Ministério da Saúde (2018). Diário da República n.º 48/2018, Série I de 2018-03-08. Disponível em "<https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/71-2018-114832292>".
- Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2006). "On multilevel model reliability estimation from the perspective of structural equation modeling". *Structural Equation Modeling*, 13(1), 130-141.
- Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2012). "A first course in structural equation modeling". Routledge.
- Reis, V. P. (2007). *Gestão em Saúde: Um Espaço de Diferença* (1ª Edição). Lisboa: Escola Nacional de S. Pública.
- Rough, S. S., McDaniel, M., & Rinehart, J. R. (2010). "Effective use of workload and productivity monitoring tools in health-system pharmacy, part 1". *American Journal of Health-System Pharmacy*, 67(4), 300-311.
- Rouse, A. C. (2009). "Should partial least squares be used for analysing psychological constructs". In *Proceedings of the 23rd Australian and New Zealand Academy of Management Conference* (pp. 1-4).
- Santos, P.A, Domingos, S. (2013). "Reconciliação da Medicação – Um Conceito Aplicado ao Hospital". (2013). *CIM, ROF* 106, 4. Disponível em "[https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.106\\_reconciliacao\\_da\\_medicao\\_um\\_conceito\\_aplicado\\_ao\\_hospital\\_consulta\\_farmaceutica\\_de\\_revisao\\_de\\_medicao\\_9863584205a12ec698cec5.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.106_reconciliacao_da_medicao_um_conceito_aplicado_ao_hospital_consulta_farmaceutica_de_revisao_de_medicao_9863584205a12ec698cec5.pdf)".
- Sarstedt, M., & Cheah, J. H. (2019). "Partial least squares structural equation modeling using SmartPLS: a software review".
- Shumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling. psychology press.*
- Sindicato Nacional dos Farmacêuticos (SNF). (2022, outubro, 7). "Aviso Prévio de Greve – Trabalhadores Farmacêuticos da Administração Pública". Disponível em "<https://sindicatofarmaceuticos.pt/2022/10/10/snf-convoca-greve-para-farmaceuticos-da-administracao-publica/>".
- Simón, A., & Mendes, A. P. (2018). *Os Centros de Informação de Medicamentos: Evolução e Perspetivas Futuras a Partir da Experiência de um Centro Nacional*. *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*, 10(4), 20-29.
- SNS I Portal do SNS. (2023, 31 de maio). SNS Summit CRI [Vídeo]. YouTube. Disponível em "[https://www.youtube.com/watch?v=N8tRq\\_85ScM&t=2263s](https://www.youtube.com/watch?v=N8tRq_85ScM&t=2263s)".
- Tam, V. C., Knowles, S. R., Cornish, P. L., Fine, N., Marchesano, R., & Etchells, E. E. (2005). "Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review". *Cmaj*, 173(5), 510-515.
- Tarka, P. (2018). "An overview of structural equation modeling: its beginnings, historical development, usefulness and controversies in the social sciences". *Quality & quantity*, 52(1), 313-354.
- Tarski, A. (1977). "Introducción a la Lógica ya la Metodología de las Ciencias. Investigación en Ciencias Sociales".
- Vergara, S. (2006). *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*.
- Yuan, K.-H., & Deng, L. (2021). "Equivalence of Partial-Least-Squares SEM and the Methods of Factor-Score Regression. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*", 28(4), 557–571. Disponível em "<https://doi.org/10.1080/10705511.2021.1894940>".

## Anexos:

### Anexo A - Etapas na Elaboração do Inquérito por Questionário:

Sequência	Passos	Crítérios
1	Definição do OI	OI 1 – Conhecer a perceção dos profissionais de saúde pertencentes à farmácia hospitalar ou integrantes de CRIs de Portugal acerca da relevância e da criação de valor na implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH.
	Definição do Tipo de amostragem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amostragem não probabilística por conveniência.</li> <li>• Amostra 1:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Profissionais integrantes das áreas de farmácia hospitalar ou CRIs:</li> <li>○ Farmacêuticos Hospitalares;</li> <li>○ Técnicos de Farmácia a Desempenhar Funções em Meio Hospitalar;</li> <li>○ Gestores Hospitalares;</li> <li>○ Profissionais de Saúde a Desempenhar Funções em CRIs.</li> </ul> </li> </ul>
2	Canais de Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versão eletrónica distribuída pela internet mediante envio de link, através das seguintes plataformas: E-mail, <i>Facebook</i>, <i>Telegram</i>, <i>WhatsApp</i> e <i>LinkedIn</i>.</li> <li>• Este <i>link</i> esteve disponível online durante um período de 2 meses, com vista a obter o número de amostras necessárias à aplicação da ferramenta estatística seleccionada para a análise dos resultados.</li> <li>• Duração entre 5 a 10 minutos.</li> </ul>
3	Desenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurada a confidencialidade e anonimato dos participantes, bem como do conteúdo do questionário.</li> <li>• Principais cuidados quanto ao investigador:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apresentação do investigador e do tema;</li> <li>○ Instruções precisas quanto ao preenchimento do questionário (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais cuidados quanto às questões:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Organização das questões em temáticas, claramente enunciadas;</li> <li>○ Reserva das questões de maior dificuldade para a parte final;</li> <li>○ Respostas fechadas;</li> <li>○ Questões relevantes relativamente à experiência do inquirido;</li> <li>○ Questões compreensíveis para os respondentes e não ambíguas (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> </ul> </li> <li>• Integrou duas tipologias de questões, nomeadamente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perguntas de identificação, que visam identificar o inquirido de forma não nominal, mas referenciando-o a certos grupos sociais específicos, (sexo, idade e categoria profissional):                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escolha múltipla (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> </ul> </li> <li>○ Perguntas de informação, destinadas à coleta de dados sobre factos e opiniões dos inquiridos:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Foram colocadas segundo uma escala de atitudes, que permite medir as atitudes e opiniões do inquirido ao solicitar ao mesmo que responda positiva ou negativamente a uma série de proposições que podem dizer respeito a ele próprio, outros indivíduos, atividades diversas, instituições ou situações (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> <li>▪ A utilização de escalas deste tipo tem como principal vantagem recolher características qualitativas e convertê-las em quantitativas (Carmo &amp; Ferreira, 2008). A escala selecionada foi a Likert, que consiste na apresentação de uma série de proposições, devendo o inquirido, em relação a cada uma delas, selecionar uma de cinco opções, nomeadamente: concorda totalmente, concorda, sem opinião, discorda, discorda totalmente (Carmo &amp; Ferreira, 2008). As repostas obtidas são posteriormente cotadas (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
4	Versão Piloto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de testagem antes do envio para a amostra selecionada (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• O questionário piloto foi sujeita a validação por forma a garantir a sua aplicabilidade no terreno conformidade com os objetivos previamente formulados (Carmo &amp; Ferreira, 2008).<ul style="list-style-type: none"><li>○ A etapa de validação envolveu uma abordagem dupla, nomeadamente:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1) validação por parte dos orientadores;</li><li>▪ 2) validação através de um teste prévio enviado a uma amostra de conveniência.</li><li>▪ Foram avaliadas as observações dos respondentes relativamente a questões como, estrutura das questões, relevância dos tópicos abordados e duração da entrevista.</li></ul></li></ul></li></ul>
5	Versão Final	Elaboração da versão final mediante a incorporação das melhorias identificadas na etapa de validação da versão piloto.

Fonte: Elaboração do autor



**Anexo B** - Relação entre as Variáveis do Modelo Conceptual e as Afirmções do Questionário

OI - Construto	Indicador	Afirmção do Questionário
<p><b>OI 1A</b> - Características internas dos SFH que constituem um desafio à implementação de CRIs</p>	Resistência à mudança por parte dos FH.	4 - A resistência à mudança demonstrada pelos FH pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Baixa motivação dos FH.	5 -A baixa motivação demonstrada pelos FH pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Falta de tempo para a realização das atividades diárias.	6 - A existência de falta de tempo para a realização das atividades diárias devido à escassez de RH e sobrecarga de trabalho, sobretudo burocrático, pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Existência de estruturas organizacionais rígidas.	7 - A existência de estruturas organizacionais rígidas que não promovem a autonomia e a inovação e colocam o foco da atuação dos farmacêuticos hospitalares numa perspetiva logística pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Acesso restrito à informação clínica.	8 - O acesso restrito a informação clínica pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.

Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

	Informação clínica incompleta.	9 - A existência de informação clínica incompleta pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Ausência de interoperabilidade entre os <i>softwares</i> informáticos e falta de integração de dados.	10 - A ausência de interoperabilidade entre os <i>softwares</i> informáticos e falta de integração de dados pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Lacunas na partilha de informação.	11 - A existência de lacunas na partilha de informação entre as equipas do mesmo serviço, diferentes serviços e níveis de cuidados, pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Dificuldade de acesso a bases de dados científicas.	12 - A dificuldade de acesso a bases de dados científicas pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Falta de meios para obter a informação em tempo útil.	13 - A falta de meios para a obtenção de informação em tempo útil pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Falta de apoios por parte dos principais <i>stakeholders</i> ao nível do SNS e das associações profissionais dos farmacêuticos.	14 - A falta de apoios por parte dos principais <i>stakeholders</i> ao nível do SNS e das associações profissionais dos farmacêuticos pode ser uma das características internas dos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.

**Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares**

<p><b>OI 1B</b> - Características internas que constituem um benefício para a implementação CRIs</p>	<p>Responsabilidade dos FH gerirem a segunda maior rúbrica do orçamento hospitalar.</p>	<p>15 - O facto de os SFH serem responsáveis pela gestão da segunda maior rubrica do orçamento hospitalar pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de CRIs.</p>
	<p>Área de interesse, em grande evolução, fortemente regulamentada e geradora de dados e com pouca investigação científica.</p>	<p>16 - O facto de os SFH serem uma área de interesse, em crescente evolução, fortemente regulamentada e geradora de dados e com pouca investigação científica pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de CRIs.</p>
	<p>Sem grande autonomia para resolução de problemas de falta de RH.</p>	<p>17 - O facto de os SFH serem um serviço com pouca autonomia para resolução de problemas de falta de RH pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de CRIs.</p>
	<p>Elevada escassez de RH que impede a garantia da prestação de cuidados de qualidade.</p>	<p>18 - O facto de os SFH serem um serviço com elevada escassez de RH pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de CRIs.</p>
	<p>Baixa taxa de motivação e retenção.</p>	<p>19 -O facto de os SFH serem uma área com baixa taxa de motivação e retenção pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de CRIs.</p>
	<p>Várias áreas funcionais que garantem a sua vasta oferta para com todos os serviços do</p>	<p>20 - O facto de os Serviços Farmacêuticos Hospitalares serem um serviço organizado em diferentes áreas funcionais, com uma vasta oferta para com todos os serviços do hospital e</p>

Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

	hospital e ainda serviços externos à instituição hospitalar.	serviços externos à instituição hospitalar, pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de CRIs.
	Desempenho pode ser avaliado em termos de quantidade, qualidade e o impacto pode ser mensurado através da implementação de cpKPI e saKPI.	21 - O facto de os SFH serem um serviço cujo desempenho pode ser mensurado e avaliado através da implementação de KPI, tanto nas áreas clínicas como nas áreas de suporte, pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de CRIs.
<b>OI 1C</b> - Variáveis externas aos SFH que influenciam a implementação de CRIs	Ausência de estudos que suportem a aplicação nos SFH.	22 - A ausência de estudos que suportem a aplicação de CRIs nos SFH pode ser uma das variáveis externas que constitua um desafio à sua implementação.
	Ceticismo dos PS pelo fracasso destas iniciativas no passado.	23 - O ceticismo demonstrado pelos PS e pelo fracasso destas iniciativas no passado pode ser uma das variáveis externas aos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Lei não é suficiente flexível para permitir aos CRIs um leque alargado de responsabilidades e que os CA não estavam preparados para lhes conferir uma gestão verdadeiramente autónoma dentro do CP e orçamento aprovados.	24 - O facto da lei não ser suficientemente flexível para permitir aos CRIs um leque alargado de responsabilidades e a possibilidade de os CA não estarem preparados para lhes conferir uma gestão verdadeiramente autónoma pode ser uma das variáveis externas aos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	O facto de ser requerido aos diretores competências nas áreas da gestão quando	25 - O facto de ser requerido ao diretor do CRI ter competências nas áreas da gestão, quando os cursos das áreas de saúde

Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

	os cursos na área da saúde não incluíam a área da gestão no seu plano curricular.	tendencialmente não incluem essas disciplinas no seu plano curricular, pode ser uma das variáveis externas aos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	A visão da administração face à relação existente entre o aumento da produção do CRIs se traduzir num aumento da despesa hospitalar.	26 -A visão da administração face à relação existente entre o aumento da produção do CRI se traduzir num aumento da despesa hospitalar pode ser uma das variáveis externas aos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	Inexistência nos serviços públicos de avaliação diferenciada e competitiva do desempenho individual e coletivo.	27 - A inexistência nos serviços públicos de avaliação diferenciada e competitiva do desempenho individual e coletiva pode ser uma das variáveis externas aos SFH que constitua um desafio à implementação de CRIs.
	A criação de CRIs nas instituições hospitalares do SNS, que assumem como missão potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde e que culminam no aumento quantitativo e qualitativo da atividade assistencial e de produção científica.	28 - A criação de CRIs nas instituições hospitalares do SNS, que assumem como principais objetivos potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde e que culminam no aumento quantitativo e qualitativo da atividade assistencial e de produção científica pode ser uma das variáveis externas aos SFH que constitua um benefício para a implementação de CRIs.
OI 1 - Perceção das várias categorias profissionais dos trabalhadores das instituições hospitalares de Portugal acerca	Relevância da Criação de CRIs nos SFH.	29 - É relevante a implementação de CRIs nos SFH.
	Criação de Valor decorrente da Criação de CRIs nos SFH.	30 - A implementação de CRIs nos SFH cria valor ao nível dos cuidados de saúde prestados no SNS.

**Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares**

da relevância e da criação de valor na implementação do modelo de gestão em CRIs nos SFH.		
---	--	--

Fonte: Elaboração do autor

**Anexo C** – Estrutura do Questionário Online:

1 – Sexo

- Feminino
- Masculino

2 - Categoria Profissional

- Farmacêutico
- Técnico de Farmácia
- Médico
- Enfermeiro
- Gestor
- Outro

3 – Anos de Atividade Profissional

- Até 3 anos
- 4-10 anos
- 11-20 anos
- 21-30 anos
- + de 30 anos

4 - A resistência à mudança demonstrada pelos farmacêuticos hospitalares pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

## Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

5 - A baixa motivação demonstrada pelos farmacêuticos hospitalares pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

6 - A existência de falta de tempo para a realização das atividades diárias devido à escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho, sobretudo burocrático, pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

## Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

7 - A existência de estruturas organizacionais rígidas que não promovem a autonomia e a inovação e colocam o foco da atuação dos farmacêuticos hospitalares numa perspectiva logística pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

8 - O acesso restrito a informação clínica pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

9 - A existência de informação clínica incompleta pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo

## Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

- Concordo
- Concordo totalmente

10 - A ausência de interoperabilidade entre os *softwares* informáticos e falta de integração de dados pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

11 - A existência de lacunas na partilha de informação entre as equipas do mesmo serviço, diferentes serviços e níveis de cuidados, pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

12 - A dificuldade de acesso a bases de dados científicas pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados

- Discordo totalmente

## Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13 - A falta de meios para a obtenção de informação em tempo útil pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

14 - A falta de apoios por parte dos principais *stakeholders* ao nível do Serviço Nacional de Saúde e das associações profissionais dos farmacêuticos pode ser uma das características internas dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

## Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

15 - O facto de os Serviços Farmacêuticos Hospitalares serem responsáveis pela gestão da segunda maior rubrica do orçamento hospitalar pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de Centros de Responsabilidade Integrados

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

16 - O facto de os Serviços Farmacêuticos Hospitalares serem uma área de interesse, em crescente evolução, fortemente regulamentada e geradora de dados e com pouca investigação científica pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17 - O facto de os Serviços Farmacêuticos Hospitalares serem um serviço com pouca autonomia para resolução de problemas de falta de recursos humanos pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo

### Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

- Concordo
- Concordo totalmente

18 - O facto de os Serviços Farmacêuticos Hospitalares serem um serviço organizado em diferentes áreas funcionais, com uma vasta oferta para com todos os serviços do hospital, pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

19 - O facto de os Serviços Farmacêuticos Hospitalares serem uma área com baixa taxa de motivação e retenção pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

## Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

20 - O facto de os Serviços Farmacêuticos Hospitalares serem um serviço cujo desempenho pode ser mensurado e avaliado através da implementação de indicadores chaves de desempenho, tanto nas áreas clínicas como nas áreas de suporte, pode ser uma das características internas que constitua um benefício para a implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

21 - A ausência de estudos que suportem a aplicação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares pode ser uma das variáveis externas que constitua um desafio à sua implementação.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

22- O ceticismo demonstrado pelos profissionais de saúde pelo fracasso destas iniciativas no passado pode ser uma das variáveis externas aos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo

### Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

- Concordo
- Concordo totalmente

23 - O facto da lei não ser suficientemente flexível para permitir aos Centros de Responsabilidade Integrados um leque alargado de responsabilidades e a possibilidade de os Conselhos de Administração não estarem preparados para lhes conferir uma gestão verdadeiramente autónoma pode ser uma das variáveis externas aos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

24 - O facto de ser requerido ao diretor do Centro de Responsabilidade Integrado ter competências nas áreas da gestão, quando os cursos das áreas de saúde tendencialmente não incluem essas disciplinas no seu plano curricular, pode ser uma das variáveis externas aos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

## Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

25 - A visão da administração face à relação existente entre o aumento da produção do Centro de Responsabilidade Integrado se traduzir num aumento da despesa hospitalar pode ser uma das variáveis externas aos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

26 - A inexistência nos serviços públicos de avaliação diferenciada e competitiva do desempenho individual e coletiva pode ser uma das variáveis externas aos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um desafio à implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

28- A criação de Centro de Responsabilidade Integrado nas instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, que assumem como principais objetivos potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde e que culminam no aumento quantitativo e qualitativo da atividade assistencial e de produção científica pode ser uma das variáveis externas aos Serviços Farmacêuticos Hospitalares que constitua um benefício para a implementação de Centros de Responsabilidade Integrados.

- Discordo totalmente

### Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

29 - É relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

30 - A implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares cria valor ao nível dos cuidados de saúde prestados no Serviço Nacional de Saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente



Anexo D – Etapas na Elaboração do Inquérito por Entrevista

Sequência	Passos	Critérios
1	Definição do OI	OI 2 – Identificar as percepções de profissionais peritos nas áreas de Farmácia Hospitalar e/ou CRIs acerca da relevância e configuração da implementação de CRIs ao nível dos SFH.
	Definição do Tipo de amostragem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amostragem não probabilística por conveniência.</li> <li>• Amostra 2:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peritos nas áreas de Farmácia Hospitalar ou CRIs:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Farmacêuticos Diretores de Serviço de Farmácias Hospitalares</li> <li>▪ Farmacêuticos Coordenadores de Setores em Farmácias Hospitalares</li> <li>▪ Gestores de SFH</li> <li>▪ Profissionais de Saúde diretores de CRIs.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
2	Canais de Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista presencial ou via plataformas digitais, tais como: como <i>Zoom</i> e <i>Teams</i>.</li> <li>• Duração aproximada entre 9 minutos a 25 minutos.</li> </ul>
3	Desenho do Guião da Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurada a confidencialidade e anonimato dos participantes, bem como do conteúdo da entrevista.</li> <li>• Constituído por 3 partes:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bloco B:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recolha de dados gerais do entrevistado, apenas para fins de análise descritiva da amostra.</li> </ul> </li> <li>○ Bloco C:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Referente à autoavaliação dos conhecimentos dos entrevistados acerca dos conceitos em estudo, nomeadamente SFH e CRIs.</li> </ul> </li> <li>○ Bloco D:</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Referente às perceções dos entrevistados acerca de várias questões inerentes à implementação de CRIs ao nível dos SFH</li> </ul> </li> <li>○ Bloco E:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comentários finais.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Principais cuidados antes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definição do objetivo;</li> <li>○ Construção do guião da entrevista;</li> <li>○ Seleção dos entrevistados;</li> <li>○ Convite aos entrevistados, com marcação de hora e local (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> </ul> </li> <li>• Principais cuidados durante:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Introdução do investigador, tema e objetivo de investigação;</li> <li>○ Escuta ativa;</li> <li>○ Utilização de perguntas de aquecimento e focagem;</li> <li>○ Gestão do controlo com diplomacia;</li> <li>○ Enquadrar as questões mais difíceis (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> </ul> </li> <li>• Principais cuidados depois:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registar as observações sobre o ambiente em que decorreu a entrevista;</li> <li>○ Registar as observações do entrevistado (Carmo &amp; Ferreira, 2008).</li> </ul> </li> <li>• Possibilidade de gravação de áudio para facilitar a análise, complementada com a tomada de notas escritas.</li> <li>• O conteúdo da entrevista foi posteriormente transcrito com o intuito de se proceder à sua análise.</li> </ul>
4	Versão Piloto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de testagem antes do envio para a amostra selecionada.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• A entrevista piloto foi sujeita a validação por forma a garantir a sua aplicabilidade no terreno conformidade com os objetivos previamente formulados (Carmo &amp; Ferreira, 2008).<ul style="list-style-type: none"><li>○ A etapa de validação envolveu uma abordagem dupla, nomeadamente:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1) validação por parte dos orientadores;</li><li>▪ 2) validação através de um teste prévio enviado a uma amostra de conveniência.<ul style="list-style-type: none"><li>• Foram avaliadas as observações dos entrevistados relativamente a questões como, estrutura das questões, relevância dos tópicos abordados e duração da entrevista.</li></ul></li></ul></li></ul></li></ul>
5	Versão Final	Elaboração da versão final mediante a incorporação das melhorias identificadas na etapa de validação da versão piloto.

Fonte: Elaboração do autor



Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

Anexo E – Análise Descritiva do Modelo Conceptual

Name	No.	Type	Missings	Mean	Median	Scale min	Scale max	Observed min	Observed max	Standard deviation	Excess kurtosis	Skewness	Cramér-von Mises p value
4 Resistencia a mudança	0	MET	0	3.606	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	1.165	-0.500	-0.700	0.000
5 Baixa motivação	1	MET	0	3.725	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	1.057	-0.406	-0.703	0.000
6 Falta de tempo	2	MET	0	4.376	5.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.822	3.443	-1.708	0.000
7 Estruturas organizacionais rígidas	3	MET	0	4.229	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.686	3.981	-1.199	0.000
8 Acesso restrito a info clinica	4	MET	0	3.541	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	1.071	-0.645	-0.540	0.000
9 Info clinica incompleta	5	MET	0	3.817	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.930	0.101	-0.733	0.000
10 Ausencia de interoperabilidade	6	MET	0	4.202	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.810	0.869	-1.018	0.000
11 Lacunas na partilha de info	7	MET	0	4.294	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.721	2.450	-1.258	0.000
12 Dificuldade de acesso a bases de dados	8	MET	0	3.615	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	1.100	-0.685	-0.485	0.000
13 Falta de meios para a obtenção de info	9	MET	0	3.706	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.941	-0.577	-0.515	0.000
14 Falta de apoios stakeholders	10	MET	0	3.789	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.868	0.255	-0.597	0.000
15 SFH responsáveis pela gestao do orçamento	11	MET	0	4.303	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.830	1.067	-1.208	0.000
16 SFH serem uma area de interesse	12	MET	0	4.073	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.875	0.725	-0.895	0.000
17 SFH com pouca autonomia	13	MET	0	3.532	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	1.208	-0.645	-0.551	0.000
18 SFH com escassez de RH	14	MET	0	3.413	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	1.322	-0.901	-0.582	0.000
19 SFH com baixa taxa de motivação e retenção	15	MET	0	3.266	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	1.246	-1.002	-0.318	0.000
20 SFH organizado em diferentes areas funcionais	16	MET	0	4.101	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.741	1.128	-0.851	0.000
21 Desempenho	17	MET	0	4.092	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.761	1.871	-0.918	0.000
22 Ausencia de estudos	18	MET	0	3.991	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.710	-0.119	-0.298	0.000
23 Ceticismo	19	MET	0	3.817	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.756	0.143	-0.452	0.000
24 Lei não ser suficientemente flexivel	20	MET	0	4.028	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.613	1.428	-0.501	0.000
25 Diretor do CRI	21	MET	0	3.716	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.889	0.309	-0.833	0.000
26 Visao do CA	22	MET	0	3.798	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.776	0.263	-0.586	0.000
27 Inexistencia de avaliação diferenciada	23	MET	0	3.743	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.806	-0.230	-0.348	0.000
28 Criação de CRI nas instituições hospitalares	24	MET	0	4.156	4.000	2.000	5.000	2.000	5.000	0.638	0.328	-0.364	0.000
29 Relevante a implementação de um CRI	25	MET	0	4.193	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.748	2.138	-1.001	0.000
30 CRI nos SFH cria valor	26	MET	0	4.349	4.000	1.000	5.000	1.000	5.000	0.709	3.208	-1.251	0.000

Fonte: Elaboração do autor com recurso ao software *SmartPLS 3*



**Anexo F** – Guião da entrevista – Perspetivas de Implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado – Visão de Farmacêuticos e Gestores dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares e Visão de Profissionais de Saúde e Gestores envolvidos em Centros de Responsabilidade Integrados.

Blocos		Objetivos	Questões Orientadoras
A	Legitimação da Entrevista	Informação do entrevistado sobre o estudo em curso	Entrevista para fins académicos, referente à Tese de Mestrado em Gestão de Empresas a decorrer no ISCTE Business School e relativa à Implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado na área de Farmácia Hospitalar.
		Informação do entrevistado dos objetivos da entrevista	Recolher a perceção individual de profissionais conhecedoras e experientes na área hospitalar, mais propriamente em matérias de Serviços Farmacêuticos Hospitalares e Centros de Responsabilidade Integrados.
		Garantia de confidencialidade e anonimato dos entrevistados, bem como do conteúdo da entrevista	Para efeitos de análise descritiva da amostra solicito apenas o preenchimento do Bloco B intitulado Dados do Entrevistado.
B	Dados do Entrevistado	Sexo	Feminino ___ Masculino ___
		Categoria Profissional	Farmacêutico ___ Médico ___ Gestor ___ Enfermeiro ___ Outro: _____

Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

		Distrito da Instituição Hospitalar onde Desempenha Funções	
		Já esteve ou está atualmente integrado em algum Centro de Responsabilidade Integrado?	Sim ___ Não ___
C	Conhecimento dos Conceitos de Centro de Responsabilidade Integrado e Serviços Farmacêuticos Hospitalares.	Perceções acerca do conhecimento dos conceitos de Centro de Responsabilidade Integrado e Serviços Farmacêuticos Hospitalares.	1 – Como avalia os seus conhecimentos em conceitos de Centros de Responsabilidade Integrados?
			2 - Como avalia os seus conhecimentos em conceitos de Serviços Farmacêuticos Hospitalares?
D	Perceções Acerca da Implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares	Perceções Acerca da Relevância e Configuração da Implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares	3 – Considera relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares? Justifique
			3.1- No caso de julgar relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, quais considera que seriam os principais desafios inerentes?
			3.2 - No caso de julgar relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, quais considera que seriam principais benefícios inerentes?

			<p>3.3 - No caso de julgar relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, considera que esse modelo de gestão deveria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abranger a totalidade do serviço</li> <li>• Abranger apenas algumas áreas funcionais e quais</li> <li>• Deveria ser um Centro de Responsabilidade Integrado de apoio aos outros CRIs já existentes na organização</li> <li>• Deveria funcionar sobre outro modelo não exemplificado anteriormente? Qual?</li> </ul> <p>3.4 - No caso de julgar relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, qual considera ser o impacto da reorganização dos mesmos segundo este modelo de gestão ao nível da área de Farmácia Hospitalar?</p> <p>3.5 - No caso de julgar relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, qual considera ser o impacto da reorganização dos mesmos segundo este modelo de gestão ao nível do Serviço Nacional de Saúde?</p>
--	--	--	--

Possibilidade de Implementação de Centros de Responsabilidade Integrados nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares

			<p>3.6 - No caso de julgar relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, qual considera ser o impacto da reorganização dos mesmos segundo este modelo de gestão ao nível da gestão dos seus recursos humanos?</p>
			<p>3.7 - No caso de julgar relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares qual considera ser o impacto da reorganização dos mesmos segundo este modelo de gestão ao nível dos outros serviços, internos e externos ao hospital, com quem este serviço se relaciona?</p>
			<p>3.8 - No caso de julgar relevante a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares, quem considera que seriam os seus principais opositores?</p>
			<p>4- Qual a sua perceção acerca da implementação de Centros de Responsabilidade Integrados em Portugal?</p>
E	Comentários Finais	-	-