

RAYANE MARIA CAMPOS LACOURT

**CAMINHOS DO MEDICAMENTO: PROCESSO DE TRABALHO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

BRASÍLIA – DF  
2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RAYANE MARIA CAMPOS LACOURT

**CAMINHOS DO MEDICAMENTO: PROCESSO DE TRABALHO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Professora Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

BRASÍLIA - DF

2019

LC183c Lacourt, Rayane Maria Campos  
CAMINHOS DO MEDICAMENTO: PROCESSO DE TRABALHO DA  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR / Rayane  
Maria Campos Lacourt; orientador Magda Duarte dos Anjos  
Scherer. -- Brasília, 2019.  
115 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Acadêmico em Saúde  
Coletiva) -- Universidade de Brasília, 2019.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Farmácia Hospitalar. 3.  
Emergência Hospitalar. 4. Trabalho. I. Scherer, Magda  
Duarte dos Anjos, orient. II. Título.

RAYANE MARIA CAMPOS LACOURT

**CAMINHOS DO MEDICAMENTO: PROCESSO DE TRABALHO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 12 de agosto de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer (presidente)  
Departamento de Saúde Coletiva - UnB

---

Professora Dra. Francine Lima Gelbcke (membro)  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC

---

Professora Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva (membro)  
Departamento de Saúde Coletiva – UnB

---

Professor Dra. Katia Crestine Poças (suplente)  
Departamento de Saúde Coletiva - UnB

## **AGRADECIMENTOS**

Vários foram os encontros fortalecedores da trajetória de dissertar. Deixar de citar aqueles que colocaram sua marca na minha história seria a mais profunda ingratidão.

Aos grandes amigos que encontrei nessa caminhada científica. Ana Tereza Teka, Cibele Souza, Ruan Rodrigues e Higor Alencar, que me deram suporte e trocaram comigo suas angustias e dúvidas, transformando os momentos de tensão em sorrisos e leveza.

Às queridas farmacêuticas e amigas Celiane Neiva e Fernanda França, profissionais admiráveis com quem tive o prazer de trocar conhecimentos.

Às queridas Laís Bié e Nãna Marinho, que me auxiliaram logo no início do mestrado, me apresentando métodos, documentos e ideias importantes para a construção do projeto.

Às minhas amigas companheiras de graduação, Giselly Almeida, Larissa Melo, Louise Garcia e Maíra Nunes, que não me deixaram fraquejar quando pensei em desistir desde os primeiros semestres de faculdade e me auxiliam com os conhecimentos técnicos até hoje, início da minha vida profissional.

Ao meu precioso amigo irmão Kenzo Watanabe, que há oito anos caminha comigo e me ensina como ver a vida de diferentes formas. Que segurou minha mão nessa agonia do desconforto intelectual e que trabalha comigo.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde (GEPTS) pela parceria, pelo acolhimento das minhas dúvidas, pelos conselhos e propostas, pelo suporte na construção do projeto e ao longo dessa jornada acadêmica. Também pelos momentos de descontração, com risadas, abraços, vinhos e queijos nos dias de descanso.

À minha amada família. Avós Luci de Moreas, Sônia Maria, Pulo Rogério e Walmore Lacort, que sentiram minha ausência nos almoços de domingo ou no chimarrão no fim da tarde. Às tias Fernanda Ávila, Luciene Natividade, e Tassiana Lacort, que são profissionais exemplares para mim. Aos primos Gabriel Lavareda e Ricardo Natividade, companheiros contemporâneos na jornada da vida. Aos tios Daniel Barrela, Paulo César e Fábio Natividade, que me deram abraços apertados e uma caneca de cerveja quando era preciso. À minha irmã companheira, Gabriele Lacourt, e meus pais, Walmore Lacourt e Patrícia Lacourt, que enxugaram minhas

lágrimas, ouviram meus lamentos, me abraçaram e me acolheram a cada crise de incerteza. Que foram compreensivos e afetuosos e acreditam em cada passo que eu dou, ainda que eu mesma não saiba acreditar.

Em especial, à minha querida orientadora Magda Scherer, que me proporcionou vivenciar “as dores e as delícias” do mundo acadêmico desde o início da minha formação profissional até o presente momento, trazendo um importante toque de sutileza e amor a minha trajetória e contribuindo também para a formação do meu caráter. Me mostrou com carinho e afeto os erros e os acertos. Me recebeu com críticas construtivas e sugestões em cada orientação. Depositou em mim fé e confiança e me levou consigo em várias atividades científicas, inclusive fora da nossa universidade. Me apresentou a uma rede de renomados pesquisadores e me deu asas nesse processo de pesquisa. Me recebeu várias vezes calorosamente em sua casa para trabalhar com mais conforto. Hoje ela merece todo o meu carinho de filha pela representação de mãe que carrega.

## RESUMO

Em hospitais universitários mostrou a existência de tensões nas relações entre a unidade de emergência e a farmácia de um dos hospitais. Nesse contexto, esse trabalho tem por objetivo analisar o processo de trabalho da assistência farmacêutica na relação das unidades de emergência e farmácia de um hospital universitário, tendo a ergologia como referencial teórico. Buscou-se caracterizar os serviços, descrever a organização do trabalho e identificar facilidades, dificuldades e estratégias para o trabalho envolvendo medicamentos. Realizou-se um estudo qualitativo cujos dados foram coletados por observações flutuantes e entrevistas semiestruturadas com profissionais de nível superior, técnico, auxiliares e terceirizados. As anotações de campo e entrevistas foram analisadas no software Atlas.TI por análise temática guiada por categorias previamente definidas das quais emergiram subcategorias. Na organização, verificou-se a existência de quatro espaços distintos, almoxarifado, fracionamento, dispensação e emergência, com funções específicas que integram todo o processo. As facilidades encontradas foram referidas por trabalhadores de ambos os setores, sendo elas o trabalho em equipe e as boas relações interpessoais, a experiência e sistema de prescrição eletrônica. Quanto às dificuldades, observou-se a existência de especificidades para grupos de trabalhadores, a exemplo das dificuldades para a compra de medicamentos, falta de material para fracionamento, escala de farmacêuticos à noite e nos fins de semana para a dispensação e demora na distribuição para a emergência. Identificou-se, entretanto, que o sistema informatizado inadequado e a falta de medicamentos provocam dificuldades para todos os envolvidos, aprofundando tensões relacionais entre as unidades. Compreende-se que há uma fragmentação no processo de trabalho, distanciando os serviços da farmácia, que tem um caráter logístico e gerencial forte com participação clínica limitada à análise de prescrições e informações via telefone ou balcão, e a emergência, que possui necessidades de provimento variadas em vista do público que atende e demandas clínicas com os quais os farmacêuticos poderiam contribuir.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Serviço de Farmácia Hospitalar; Serviço Hospitalar de Emergência; Trabalho.

## **ABSTRACT**

A multicenter survey conducted at university hospitals showed tensions in the relationship between the emergency unit and the pharmacy of one of the hospitals. Therefore, this paper aims to analyze the work process of pharmaceutical care in the relationship of emergency and pharmacy units of a university hospital, using ergology as a theoretical framework. We sought to characterize the services, describe the organization of work and identify facilities, difficulties and strategies for work involving medicines. A qualitative study was conducted and the data were collected by observations and semi-structured interviews with Bachelor's degree, technical, auxiliary and outsourced professionals. Field notes and interviews were analyzed in the Atlas.TI software by thematic analysis. Previously defined categories, from which subcategories emerged, guided the analysis. In the organization, it was verified the existence of four distinct physical places, warehouse, fractionation, dispensation and emergency, with specific functions that integrate the whole process. The facilities found were mentioned by workers from both sectors, such as teamwork and good interpersonal relationships, experience and electronic prescription system. As for the difficulties, it was observed the existence of specificities for groups of workers, such as interviews for the purchase of medicines, lack of material for fractionation, scale of pharmacists at night and on weekends for dispensing and delayed distribution for the emergency. However, it was identified that the inadequate computerized system and the lack of medicines cause difficulties for all involved, deepening relational tensions between the units. Therefore, it is understood that there is a fragmentation in the work process, distancing the pharmacy services, which has a strong logistic and managerial character with clinical participation limited to the analysis of prescriptions and information via telephone or counter, and the emergency, which has needs varied in view of the public it serves and the clinical demands that pharmacists could contribute to.

**Key-words: Pharmaceutical Services; Pharmacy Service, Hospital; Emergency Service, Hospital; Work.**



## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 – Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde. ....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 2 – Organograma da instituição: dimensionamento dos serviços estudados. ....</b>	<b>45</b>
<b>Figura 3 – Fluxograma da aquisição dos medicamentos até o paciente da emergência. ....</b>	<b>55</b>
<b>Figura 4 – Dificuldades elencadas pelos trabalhadores em cada setor da farmácia clínica e na unidade de emergência. ....</b>	<b>71</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1 – Quantitativo de profissionais atuantes na unidade de pronto-socorro com vínculo EBSERH.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 2 – Quadro de profissionais atuantes na unidade de farmácia de dispensação.....</b>	<b>49</b>

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1– Publicações oficiais para a organização dos serviços de Urgência e Emergência Hospitalar no âmbito do SUS.....</b>	<b>18</b>
<b>Quadro 2 – Organização de um serviço de farmácia hospitalar. ....</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 3 – Componentes dos Serviços de Farmácia Hospitalar e objetivos....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 4 – Quantidade de trabalhadores entrevistados, local de trabalho, turno e vínculo.....</b>	<b>400</b>
<b>Quadro 5 – Codificação das entrevistas. ....</b>	<b>411</b>
<b>Quadro 6 – Lista de temas obtidos por categoria. ....</b>	<b>422</b>
<b>Quadro 7 – Tarefas por grupo de trabalhadores da emergência. Erro! Indicador não definido.1</b>	
<b>Quadro 8 – Tarefas dos trabalhadores da farmácia. ....</b>	<b>51</b>
<b>Quadro 9 – Facilidades para o trabalho ....</b>	<b>644</b>
<b>Quadro 10 – Principais dificuldades abordadas pelos trabalhadores das duas unidades, ordenadas pela frequência. ....</b>	<b>711</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AF	Assistência Farmacêutica
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
CFF	Conselho Federal de Farmácia
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospitais universitários
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRM	Problemas relacionados aos medicamentos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RUE	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde
SES	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>17</b>
2.1. OBJETIVO GERAL: .....	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	17
<b>3. SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL.....</b>	<b>18</b>
<b>4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM COMPONENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
4.1. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS.....	25
4.2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO HOSPITALAR: O PAPEL DA FARMÁCIA.....	27
<b>5. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA: A ERGOLOGIA .....</b>	<b>33</b>
<b>6. PERCURSO DO MÉTODO .....</b>	<b>39</b>
6.1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTUDADO .....	43
<b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
7.1. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO .....	46
7.2. FACILIDADES PARA O TRABALHO .....	64
7.3. DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NO TRABALHO .....	70
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>96</b>
<b>10. APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....</b>	<b>106</b>
<b>11. APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>108</b>
<b>12. APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>109</b>
<b>13. APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.....</b>	<b>111</b>
<b>14. ANEXO A – CÓPIA DO PARECER DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>112</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os Hospitais Universitários (HUs) são instituições estratégicas para a saúde pública por contemplarem atividades de formação profissional, pesquisa e assistência à saúde. Essa tríplice dimensão proporciona singularidade à organização em seus processos de trabalho. Por isso, constituem espaços ricos para estudos no campo da gestão em saúde como forma de buscar melhorias na qualidade do atendimento ao público. Além disso, ganharam notória importância para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo atualmente pontos de referência na assistência de alta e média complexidade (SCHERER E JOAZEIRO, 2015; BRASIL, 2004).

Nesse contexto, uma pesquisa multicêntrica propôs identificar e analisar os desafios no trabalho dos profissionais de saúde em hospitais universitários no Brasil, França e Argélia. As unidades de emergência foram contempladas em todos os hospitais participantes por serem serviços prioritários. Em um dos hospitais brasileiros, foi observada a existência de dificuldades relacionais entre a emergência e a farmácia hospitalar. O fornecimento de medicamentos em tempo hábil, o excesso de burocracia para dispensação e os erros relacionados a esses trâmites foram destacados pelos participantes (SCHERER et al., 2018).

As ações relacionadas aos medicamentos tem um impacto importante no tratamento do paciente. Apesar de serem insumos indispensáveis para promoção, recuperação, diagnóstico e manutenção da saúde, são também potenciais causadores de agravos se mal utilizados, manipulados ou gerenciados (BRASIL, 2004; LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009; VALLE; CRUZ; SANTOS, 2017).

Em contextos de emergência hospitalar, o uso de medicamentos é ainda mais alarmante. Esses serviços são caracterizados por alta rotatividade de pacientes que se encontram em risco de vida e precisam de intervenção imediata. Além disso, os problemas de estruturação e organização das redes que compõem o SUS, agravados por uma atenção básica pouco resolutiva e da falta de leitos de terapia intensiva, levaram ao aumento da procura dos usuários por serviços de emergência, tornando-as superlotadas (AZEVEDO et al., 2010; GARLET, 2008; VALLE; CRUZ; SANTOS, 2017).

Em um cenário de profissionais sobrecarregados e estrutura físicas e materiais insuficientes, a possibilidade de ocorrerem iatrogenias é eminente. Os

processos relacionados ao uso dos medicamentos são suscetíveis à ocorrência de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs), que prejudicam o tratamento do paciente. Tais ocorrências podem também estar presentes em atividades gerenciais dos insumos, estando relacionadas ao provimento logístico, por exemplo. O gerenciamento adequado dos medicamentos é fundamental para garantir que o fármaco certo chegue ao paciente certo na hora certa (ANDREAZZA, ROBERTA SIMONE; SILVEIRA DE CASTRO, MAURO; SIPPEL KÖCHE, PATRÍCIA; HEINECK, 2011; ELIZABETH DOS SANTOS; PROFESSOR ASSOCIADO DO, 2005; GARLET, 2008; ROSSETTI; GAIDZINSKI; BRACCO, 2014; VALLE; CRUZ; SANTOS, 2017).

Fala-se então de Assistência Farmacêutica (AF): o conjunto das ações de saúde que tem o medicamento como insumo essencial, visando seu acesso e uso racional. Tais ações compreendem pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos, seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da utilização, na perspectiva da obtenção. Nos serviços de saúde, as ações da AF estão interligadas em um ciclo que reuni atividades logísticas e assistenciais com a participação de profissionais de diferentes campos de formação em diferentes etapas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; VIEIRA, 2010).

A farmácia hospitalar possui um papel ordenador dessas ações voltadas aos pacientes hospitalizados, devendo atuar de maneira articulada aos demais setores do hospital no suporte às condutas envolvendo insumos farmacológicos. A gestão dessa unidade é feita pelo farmacêutico, considerado um profissional-chave para a assistência farmacêutica (MAGARINOS-TORRES; OSORIO-DE-CASTRO; PEPE, 2007; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; CAMACHO, 2007; SBRAFH, 2017).

Apesar de ter o farmacêutico como uma figura central, a articulação multiprofissional da assistência aos serviços prestados pelo farmacêutico e pela farmácia hospitalar visa garantir, não só o acesso aos medicamentos, mais aos serviços de saúde qualificados à população. Os processos de trabalho na assistência farmacêutica devem buscar coesão entre os trabalhadores para a promoção do uso racional dos medicamentos, a segurança do paciente e a resolutividade do tratamento (MANZINI et al., 2015).

A produção do cuidado é resultado de um trabalho predominantemente coletivo que envolve a necessidade de agregar diferentes áreas do conhecimento

para proporcionar um olhar integral às necessidades dos usuários, vencendo a fragmentação, a hierarquização entre profissionais e a divisão social do trabalho na saúde para chegar a condições melhores de atendimento (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012; MARINA PEDUZZI, 2001).

O estudo e a compreensão dos processos de trabalho contribuem para a qualificação das ações de saúde. Não se trata apenas de observar normas e rotinas, mas de entender tudo que se passa no macro e no micronível da atividade. É preciso compreender o sujeito do trabalho e o meio em que atua (TRINQUET, 2010).

Existem variabilidades no contexto dos serviços que exigem condutas do trabalhador, escolhas que ele faz com base na dialética entre os seus valores, saberes e as normas que regem suas ações. Algumas dessas variabilidades a norma não é capaz de prever devido à singularidade das situações e, diante disso, o indivíduo retrabalha a norma, renormaliza. Nessa perspectiva, a ergologia é uma abordagem que reúne disciplinas distintas no esforço de ampliar o olhar sobre a atividade humana que é o trabalho, ou seja, o debate de normas e valores que constitui as dramáticas vividas pelo trabalhador (TRINQUET, 2010).

A teorização sobre processo de trabalho e ergologia conclui que conhecer o trabalho requer conhecer os sujeitos e o contexto do trabalho. A organização do trabalho, quando especifica os postos, as competências, as qualificações e as relações entre as pessoas produz implicitamente um modelo sobre o que os sujeitos apreendem e pensam sobre si mesmos. Quando a organização diz ao trabalhador que deve se ater ao prescrito, ela interdita formas de conhecimento que poderiam problematizar a questão do trabalho como lugar e momento de produção de eficácia. (PIRES; SCHWARTZ; SCHERER, 2009)

Diante do exposto, questiona-se de que maneira os trabalhadores se organizam nos serviços da assistência farmacêutica considerando as relações entre a farmácia e a emergência de um hospital universitário?

Tendo em vista essas questões, o presente estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho da assistência farmacêutica na relação entre as unidades de



emergência e farmácia de um hospital universitário brasileiro, buscando evidenciar a organização, as facilidades, as dificuldades e as estratégias dos trabalhadores envolvidos frente às adversidades do meio.

Os resultados foram estruturados em Caracterização das unidades, organização do trabalho

## **2. OBJETIVO**

### **2.1. OBJETIVO GERAL:**

Analisar o processo de trabalho da Assistência Farmacêutica (AF) na relação entre as unidades emergência e farmácia de um hospital universitário.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Caracterizar os serviços estudados;
2. Descrever a organização do trabalho;
3. Identificar facilidades, dificuldades, estratégias e/ou renormalizações no trabalho.

### 3. SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL

A emergência é um serviço que tem por finalidade realizar intervenção imediata às condições e agravos de saúde que provocam riscos de morte ou incapacidades. A articulação dessas unidades às redes de atenção e o ordenamento das densidades tecnológicas da saúde pública são cruciais para garantir acessibilidade aos serviços e o direito ao cuidado integral. A crescente demanda de saúde da população estimulou debates entre profissionais e gestores para o estabelecimento de normas e políticas que busquem atender a essas necessidades (BRASIL, 2006; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Em 1998 e 1999 foram publicadas portarias voltadas ao investimento de ações de urgências e emergências. A partir de 2000 teve início um diálogo entre técnicos da área e o Ministério da Saúde por meio do IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), realizado em Goiânia, que resultou na revisão das normas anteriores e no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência aprovado em 2002. No ano posterior, foi lançada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

**Quadro 1– Publicações oficiais para a organização dos serviços de Urgência e Emergência Hospitalar no âmbito do SUS.**

<b>Ano de Publicação</b>	<b>Providências</b>
PORTARIA Nº 479, DE 15 DE ABRIL DE 1999	Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.
PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002	Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
PORTARIA N.º 1863/GM, EM 29 DE SETEMBRO DE 2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às

	Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Autoria própria.

De acordo com a legislação, as ações de assistência de urgência e emergência precisam estar planejadas e pautadas nas necessidades da população local, respeitando a territorialidade prevista pela lei orgânica de saúde (BRASIL, 2003).

Com a publicação da PNAU, a operacionalização das ações se baseou em quatro componentes que compõem as redes regionais, sendo eles o Pré-Hospitalar Fixo, o Pré-Hospitalar Móvel, o Hospitalar e Pós-hospitalar.

Em 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram instituídas como forma de organizar e coordenar os níveis de complexidade de atendimento no SUS e superar a fragmentação dos serviços. A reformulação da PNAU instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RUE) em 2011, a partir da qual os componentes foram redefinidos em Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); Hospitalar; Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013).

Os componentes pré-hospitalares visam prestar o cuidado imediato aos acometimentos agudos, levando em consideração a possibilidade de reversão do quadro nas primeiras 24 horas de atendimento. Os pré-hospitalares fixos são compostos por pontos de atenção primária, incluindo unidades básicas e de saúde da família, bem como equipes de agentes comunitários. Ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapia e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergenciais também fazem parte desse componente (DESLANDES; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2007).

Os serviços pré-hospitalares móveis realizam o atendimento prévio rápido, buscando estabilizar o quadro clínico, para realizar o transporte do paciente aos pontos de atendimento de maior complexidade, como os hospitais e as Unidades de

Pronto Atendimento. Deve também transportar pacientes já estabilizados entre unidades hospitalares ou fixas. Preconizou-se que esse atendimento no SUS seja realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), integrado aos demais componentes por meio de serviço de regulação (DESLANDES; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2007).

Os agravos de urgência e emergência, algumas vezes, geram sequelas e necessidade de acompanhamento após a estabilização e tratamento. O componente pós-hospitalar possui esse papel de manter a reabilitação e convalescença. Dessa maneira, envolve a atenção domiciliar, Hospitais-Dia e unidades de reabilitação para o acompanhamento da recuperação (BRASIL, 2011; BRASIL, 2002).

O componente hospitalar funciona como retaguarda aos pontos de atendimento de urgências e emergências de menor complexidade com os quais está articulado. As Centrais de Regulação possuem uma função essencial ao ordenamento das redes de urgência e emergência e estão previstas no regulamento técnico como estratégias de integração dos diferentes níveis tecnológicos, de categorias profissionais, equipamentos e unidades para o atendimento de todas as necessidades de saúde que os indivíduos venham a apresentar nas dependências do SUS e setor complementar (BRASIL, 2011; BRASIL, 2002).

Os pacientes atendidos pelas unidades em questão são triados por métodos definidos de classificação de risco, a fim de estabelecer a prioridade do atendimento, e acolhidos por demanda espontânea ou referenciada. O atendimento deve ter caráter multiprofissional e contar com equipe capacitada para atuar nesses serviços, utilizando um prontuário único por paciente de forma compartilhada entre todos os profissionais. Devem realizar evoluções completas do quadro clínico, datá-las e assiná-las (BRASIL, 2011).

As unidades de urgência e emergência hospitalares contam com o suporte dos leitos de enfermagem clínica, de longa permanência e de terapia intensiva. Tais leitos devem ser qualificados e em quantidade suficiente à assistência prevista pela instituição (BRASIL, 2011).

De acordo com o serviço de urgência e emergência que possui, o hospital pode ser classificado da seguinte maneira (BRASIL, 1999):

a) Hospitais Tipo I: hospitais especializados que atendem as urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica em pediatria, traumatologia ou cardiologia.

b) Hospitais Tipo II – hospitais gerais de atendimento às urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

c) Hospitais Tipo III – são hospitais gerais que atendem urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, e “desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências”.

A realidade dos serviços de urgência e emergência, todavia, demonstra uma série de entraves para o seu funcionamento efetivo. A superlotação das urgências e emergências é um dos principais desafios do sistema. A busca crescente por esse tipo de serviços não só encontra explicação no perfil epidemiológico e nas circunstâncias sociais, mas também se ancora no reconhecimento da resolutividade quanto comparado às demais densidades tecnológicas do SUS. Aliado a isso está a fragilidade da atenção básica na prevenção de agravos que levem à internação e a ineficiência da rede de referência e contra referência (AZEVEDO et al., 2010).

As unidades hospitalares de urgência e emergência se transformaram em unidades de terapia intensiva, apresentando um longo tempo de permanência em leitos de observação que deveriam ser de alta rotatividade. Além disso, não possuem aparato material e equipe adequada para o suporte aos casos acolhidos. (AZEVEDO et al., 2010; GARLET et al., 2009a; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005; POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

Pesquisas sobre assunto evidenciaram que essas unidades recebem casos cujo suporte não se encontrava em outras unidades de menor complexidade, sendo o hospital a melhor referência. No entanto, o acolhimento de casos que possuem gravidade menor que o esperado pelo aparato da equipe hospitalar é frequente e corrobora para o desajuste dos serviços e diminuição da atenção aos de maior gravidade (ALMEIDA; PIRES, 2007).

O acolhimento no âmbito das urgências e emergências exige dos profissionais elevado grau de conhecimento técnico, agilidade na tomada de decisão e integração das ações. Estudos demonstraram que a desarticulação da equipe multiprofissional leva a diminuição da resolutividade e ao conseqüente aumento da sobrecarga de trabalho. Ainda assim, a organização do trabalho está pautada em teorias da administração clássica, com características burocráticas e tayloristas, sob influência do modelo neoliberal, o que corrobora para a fragmentação do cuidado.

Medidas de educação continuada e permanente têm sido apontadas como maneira de trabalhar essa questão (GARLET et al., 2009a; POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

A falta de materiais, equipamentos e infraestrutura mínima também compõem um quadro de problemas recorrentes que afetam a qualidade do trabalho e geram conflitos, sobretudo à equipe de enfermagem. A experiência dos profissionais envolvidos e o grau de integração da equipe aparecem como fatores de proteção à saúde dos trabalhadores nesse sentido (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Além de questões materiais e organizacionais, os trabalhadores estão submetidos a altas cargas psicológicas e emocionais. É comum nesses ambientes o contato diário com pacientes em situações críticas que aumentam a responsabilidade dos profissionais diante das ações realizadas. Ainda que os profissionais sejam passíveis de erros, um deslize pode custar uma vida humana.

Os problemas relacionados aos medicamentos (PRM) são eventos não desejados resultantes do uso de fármacos e provocados por diversos fatores, dentre eles os erros de prescrição, monitoramento inadequado, administração, procedimentos de preparação de medicamentos, rotulagem, distribuição, dispensação, entre outras atividades que se desenvolvem em torno do insumo. A ocorrência das PRMs tem impacto alarmante à segurança do pacientes e efetividade do tratamento, além de ter também um impacto orçamentário aos serviços de saúde (CORRER et al., 2007; VALLE; CRUZ; SANTOS, 2017).

O uso correto dos insumos visando a segurança do paciente em contexto de emergência torna necessário fortalecer as ações da assistência farmacêutica, em que o farmacêutico aparece como profissional chave para somar esforços nas ações do cuidado (ANDRÉS-LÁZARO; ANDREU, 2018).

#### **4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM COMPONENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Os medicamentos são parte substancial do cuidado à saúde por terem finalidades em diferentes ações como proteção, prevenção, promoção e recuperação do bem-estar e manutenção da qualidade de vida. Diante disso, a assistência farmacêutica é um componente do SUS que visa “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais” (BRASIL, 2001; DE PAULA et al., 2009).

As políticas públicas em saúde compõem estratégias de ordenamento e fortalecimento da garantia do direito à saúde (DE PAULA et al., 2009; VIEIRA, 2010). Nesse sentido, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998 preconiza a reorientação dos serviços de saúde no tange a utilização dos insumos terapêuticos (BRASIL, 2001). Além disso, como parte integrante da PNM, em 2004 foi publicada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) por meio da qual se definiu Assistência Farmacêutica como (BRASIL, 2004)

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção (BRASIL, 2004).

A PNM e a PNAF norteiam as ações do SUS relacionadas aos insumos e orientam a formulação de políticas setoriais que impactam na saúde individual e coletiva. Coadunam para o fortalecimento de princípios como integralidade e equidade na busca de um fornecimento igualitário e responsável de medicamentos (BRASIL, 2018; MANZINI ET AL, 2015).



No escopo da PNM estão a adoção da relação de medicamentos essenciais, a promoção do uso racional de medicamentos, a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista que contém os itens de tratamento dos acometimentos de maior prevalência da população. Objetiva a padronização e redução de custos para a aquisição descentralizada, servindo também como norte à atividade de prescrição. A inclusão dos fármacos se baseia nos critérios de segurança, custo-benefício e epidemiologia da população. Uma comissão específica é responsável por realizar a confecção da lista embasando-se em evidências científicas sobre os medicamentos, epidemiologia e em informações de mercado (BRASIL, 2001).

O uso racional de medicamentos é “o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade”. As ações de educação e informação em saúde para a população e para outros profissionais em saúde também fazem parte da promoção do uso racional (BRASIL, 2001).

A garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos é realizada por meio de ações de vigilância sanitária que busquem o cumprimento da legislação estabelecida, além de prever o envolvimento de um profissional qualificado no cuidado farmacêutico para o acompanhamento das necessidades dos pacientes com relação ao uso de fármacos (BRASIL, 2001).

Mesmo com a publicação das duas políticas, o uso seguro e responsável desses produtos ainda é um desafio para a gestão em saúde pública. Alguns fatos contribuem para a necessidade de fortalecer as políticas públicas e as ações de saúde que utilizem medicamentos como ferramentas indispensáveis (SARTORI; SANTIAGO; VASCONCELOS, 2014).

A reorientação da AF se fundamenta na descentralização, o que gerou a crescente necessidade de estruturação dos níveis de complexidade das ações e da participação das esferas governamentais no financiamento e abastecimento. Diante disso, a gestão da assistência farmacêutica ganhou notoriedade estratégica e colocou em evidência a importância do farmacêutico como profissional tecnicamente

capacitado para atuar em atividades administrativas, assistenciais e informativas. Consolidam-se, dessa forma, os serviços farmacêuticos (MANZINI ET AL, 2015).

[...] o farmacêutico, na gestão da assistência farmacêutica, assume um papel de liderança técnico-científica na área, sendo corresponsável, ainda, pela qualificação das equipes, dos serviços de saúde e do controle social da saúde (MANZINI et al., 2015)

#### 4.1.SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

A Resolução nº 585 de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) diferencia os termos “atividade” e “serviços”. O primeiro se refere aos processos de trabalho, enquanto o segundo remete ao “conjunto das atividades no plano institucional”. Assim, os Serviços Farmacêuticos são o conjunto das atividades que o farmacêutico exerce e que se encontram no escopo das ações da Assistência Farmacêutica. Tais serviços visam obter melhores resultados terapêuticos de maneira a melhorar a qualidade de vida das pessoas através da promoção do uso racional dos medicamentos (CFF, 2001, 2013).

Serviços farmacêuticos compreendem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa a contribuir para prevenção de doenças, promoção, a proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. (CFF, 2016)

A atuação do farmacêutico transita entre as atividades-meio, onde é de sua atribuição prover o acesso seguro e qualificado aos insumos e retaguarda às equipes assistenciais, e as atividades-fim, que no caso da saúde, se trata de alcançar o cuidado necessário ao paciente. Nesse sentido, o profissional estará envolvido diretamente na assistência, realizando serviços clínicos de sua atribuição, tais como o segmento farmacoterapêutico, revisão da farmacoterapia, conciliação medicamentosa (CFF, 2016). Vieira (2007) publicou um trabalho sobre as

contribuições que profissional pode dar para o sistema de saúde e, por meio de uma revisão da literatura, defende que

[...] é possível dizer que o farmacêutico (da drogaria, farmácia comercial ou farmácia privativa dos hospitais e unidades ambulatoriais de saúde) pode trabalhar sob três pontos básicos: reorientando o serviço de farmácia, desenvolvendo as habilidades da comunidade e incentivando os indivíduos à ação comunitária. (VIEIRA, 2007)

No ano de 2009, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) publicou o documento “Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do Sistema Único de Saúde” para auxiliar não apenas os farmacêuticos, mas também as demais categorias profissionais e gestores da saúde com relação à estruturação das farmácias e dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços farmacêuticos foram organizados em técnico-gerenciais, que abrangem ações de programação, solicitação ou requisição de medicamentos, armazenamento e atividades relacionadas com o descarte dos resíduos de serviços de saúde; e técnico-assistenciais, compostos por dispensação, orientação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, ações de educação em saúde e suporte técnico para a equipe de saúde.

Os serviços técnico-gerenciais e as funções clínicas contidas nos serviços técnico-assistenciais do farmacêutico foram regulamentados no ano de 2013 em duas resoluções do CFF. Em ambas, o conjunto das funções logísticas está descrito como atribuições do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica (CFF., 2013a; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b).

A ação do farmacêutico deve ter como agente central o paciente. No entanto, atualmente na prática, o profissional se envolve de maneira mais profunda com os serviços de gerenciamento, deixando a assistência como segundo plano do seu trabalho. É possível que um dos fatores que acarreta em tal situação seja a exigência quanto ao conhecimento extremamente técnico e a dificuldade de transpor as informações e estabelecer uma via de comunicação com os usuários (ARAÚJO; UETA; DE FREITAS, 2005).

A garantia do acesso e uso racional de medicamentos, no entanto, não é exclusividade do farmacêutico. Este deve trabalhar de forma integrada às equipes multidisciplinares no levantamento de demandas, estabelecimento de prioridades, compreensão de dificuldades e planejamento de ações. Dessa maneira, se concretiza a inserção das atividades de assistência farmacêutica à atenção à saúde, propiciando a integralidade do cuidado. Entretanto, uma das atribuições estratégicas do farmacêutico é compreender os processos de trabalho que envolvem medicamentos como insumos centrais, dando a ele embasamento para gerenciar as atividades e promover ações educativas para população usuária e equipes de saúde (BRASIL, 2009).

Também em 2008 foi regulamentado o exercício do farmacêutico na farmácia hospitalar por meio da publicação da Resolução nº 492 do Conselho Federal de Farmácia. As atribuições previstas para o farmacêutico, além da gestão, são: provimento de infraestrutura adequada às atividades de assistência farmacêutica; preparo, distribuição e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde, bem como o controle dos insumos no hospital; participação de processos terapêuticos ligados ao medicamento; fornecimento informação sobre terapia medicamentosa e uso de produtos para a saúde aos demais integrantes da equipe de saúde; e colaboração com as ações de ensino, educação permanente e pesquisa (CFF, 2008).

#### 4.2.ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO HOSPITALAR: O PAPEL DA FARMÁCIA

A assistência farmacêutica em âmbito hospitalar é coordenada pela farmácia hospitalar. A atuação articulada dessa unidade com os demais setores do hospital busca promover o uso racional de medicamentos aos usuários através das atividades de natureza clínica, administrativa e econômica, realizadas sob a gestão do farmacêutico (BRASIL, 2010; BRASIL, 1997; SBRAFH, 2017).

Os serviços prestados pela farmácia hospitalar visam prover o fornecimento e a assistência adequada quanto ao uso de insumos terapêuticos. Sua atuação depende da disponibilidade de recursos financeiros, da quantidade de pessoal

qualificado envolvido nas suas ações, do porte e complexidade do hospital e da demanda da população usuária, conforme prevê o documento Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar confeccionado pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH). O intuito da publicação é orientar o provimento das condições técnicas e estruturais mínimas para a prestação dos serviços no hospital e descrever as atribuições da unidade. Além disso, reforça o papel do farmacêutico como o profissional-chave nas atividades focadas na assistência farmacêutica hospitalar (BRASIL, 1994; SBRAFH, 2007; 2017).

Em 2009, a SBRAFH lançou o Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar Serviços de Saúde também com a intenção de dar suporte ao aprimoramento das farmácias em âmbito hospitalar. O guia preconiza atividades para a organização dos serviços da farmácia (quadro 2).

**Quadro 2 – Organização de um serviço de farmácia hospitalar.**

<b>Organização</b>	<b>Atividade</b>
Gerenciamento do serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comissão de farmácia e terapêutica</li> <li>- Guia Farmacoterapêutico</li> <li>- Normas de funcionamento</li> <li>- Controle de entorpecentes e psicotrópicos</li> <li>- Gestão logística: aquisição de medicamentos e produtos para a saúde</li> <li>- Relações internas: direção, unidades hospitalares e pacientes hospitalizados</li> <li>- Relações externas: fornecedores, visitantes e pacientes ambulatoriais</li> </ul>
Logística farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seleção, aquisição e distribuição dos medicamentos</li> <li>- Seleção dos fornecedores e preparo dos editais de aquisição</li> <li>- Dispensação de medicamentos: preparação da dose individualizada/unitária</li> <li>- Controle de estoque</li> </ul>
Farmacotécnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fórmulas magistrais e oficinais</li> <li>- Misturas intravenosas</li> <li>- Nutrição Parenteral</li> <li>- Antineoplásico</li> <li>- Fracionamento e unitarização</li> </ul>
Informação de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de informação</li> <li>- Boletins informativos</li> <li>- Apoio a Comissão de Farmácia e Terapêutica</li> </ul>
Farmácia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudos de utilização de medicamentos</li> <li>- Farmacoepidemiologia</li> <li>- Farmacovigilância</li> </ul>
Farmacocinética	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinação analítica das amostras</li> <li>- Interpretações e informes</li> </ul>
Docência e investigação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudantes de graduação, pós-graduação e técnico</li> <li>- Pesquisa clínica e operacional</li> </ul>

Fonte: Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar Serviços de Saúde – SBRAFH, 2009

Em termos de norma, a Portaria nº 4.283 de 2010 estabeleceu diretrizes e estratégias para organizar, fortalecer e aprimorar as ações da AF em hospitais, buscando assegurar acesso qualificado dos usuários às terapias medicamentosas. O trabalho multiprofissional é destacado como estratégia na atenção integral ao usuário onde o farmacêutico, profissional detentor de funções clínicas, administrativas e consultivas, é um provedor de informações sobre medicamentos, produtos e tecnologias de saúde, recebendo por isso a atribuição gerir os processos de assistência farmacêutica (BRASIL, 2010).

Uma pesquisa nacional Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil possibilitou a visualização do panorama dos serviços e da estruturação das farmácias em contexto hospitalar. A partir dos achados foi proposto um modelo lógico que serviu de base para estudos de análise e avaliação dos serviços das farmácias hospitalares por todo o país. Magarinos-Torres, Osorio-de-Castro e Pepe (2007) realizaram uma revisão desse modelo lógico de maneira a evidenciar os objetivos de cada atividade e chegaram ao quadro abaixo, que resume os serviços prestados pelas farmácias dos hospitais (NASCIMENTO et al., 2013; LIMA, 2018; MAGARINOS-TORRES; OSORIO-DE-CASTRO; PEPE, 2007; SILVA et al., 2013).

Correr, Otuki e Soler (2011) estruturaram um modelo lógico (figura 1) como base na própria experiência dentro do processo de formação profissional. Nesse modelo, os autores integram atividades logísticas e gerenciais às assistenciais, chamando-as de “gestão técnica” e “gestão clínica do medicamento”, respectivamente. O modelo esquematizado em ciclos de atividades gerenciais e técnicas suscita a interdependência entre elas, como foi verificado no projeto diagnóstico. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

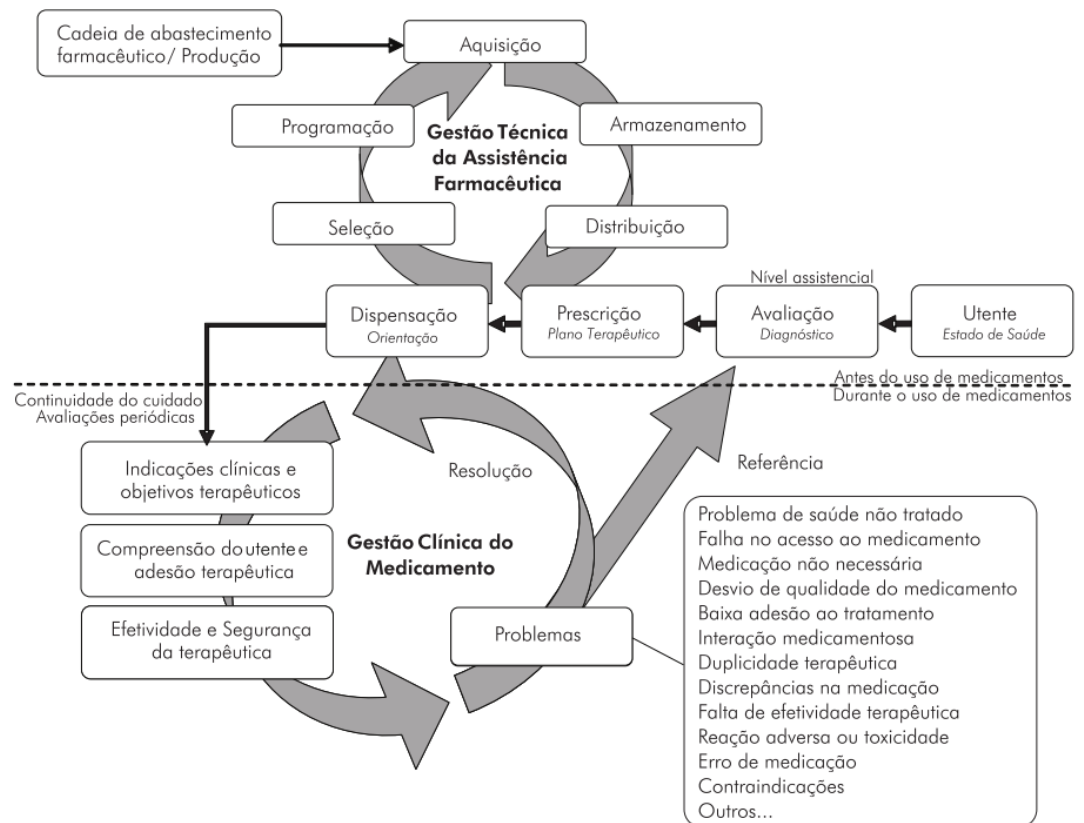
**Quadro 3 – Componentes dos Serviços de Farmácia Hospitalar e objetivos.**

Componente		Objetivo conforme descrito no modelo lógico do “Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil”	Objetivo após revisão e considerado na análise das referências selecionadas
Gerenciamento		Prover a estrutura organizacional e infraestrutura que viabilizem as ações da unidade de Farmácia.	Prover estrutura organizacional e infraestrutura que viabilizem as ações do Serviço de Farmácia.
Seleção de Medicamentos		Definir medicamentos para suprir as necessidades do Hospital segundo critérios de farmacoterapia baseada em evidências e uso racional.	Definir os medicamentos necessários para suprir as necessidades do Hospital segundo critérios de eficácia e segurança. Seguidos por qualidade, comodidade posológica e custo.
Logística	Programação	Suprir a demanda de medicamentos, armazená-los de forma adequada às unidades ou serviços do hospital.	Definir especificações técnicas e quantidades dos medicamentos a serem adquiridos, tendo em vista o estoque, os recursos e prazos disponíveis.
	Aquisição		Suprir a demanda do hospital, tendo em vista a qualidade e o custo.
	Armazenamento		Assegurar a qualidade dos produtos em estoque e fornecer informações sobre as movimentações realizadas.
	Distribuição		Fornecer medicamentos em condições adequadas e tempestivas com garantia de qualidade do processo.
Informação		Disponibilizar informação objetiva e apropriada sobre medicamentos e seu uso racional aos pacientes, profissionais de saúde e gestores hospitalares.	Disponibilizar informação independente, objetiva e apropriada sobre medicamentos e seu uso racional a pacientes, profissionais de saúde e gestores
Seguimento farmacoterapêutico		Assegurar o uso racional de medicamentos e maximizar efetividade e eficiência de tratamentos farmacológicos.	Acompanhar o uso de medicamentos prescritos a cada paciente individualmente, assegurando o uso racional.
Farmacotécnica		Adequar princípios ativos e/ou medicamentos disponíveis no mercado para a administração ao paciente e/ou uso intra-hospitalar.	Elaborar preparações magistrais e oficinais, disponíveis ou não no mercado, e/ou fracionar especialidades farmacêuticas para atender às necessidades dos pacientes, resguardando a qualidade.
Ensino e pesquisa		Formar RH para a farmácia hospitalar. Produzir informação e conhecimento que subsidiem o aprimoramento das práticas vigentes.	Formar recursos humanos para a farmácia hospitalar e para a assistência farmacêutica. Produzir informação e conhecimento que subsidiem o aprimoramento das condutas e práticas vigentes.

Fonte: Magarinos-Torres, Osorio-de-Castro e Pepe, 2007.

As etapas apresentadas pelo modelo são desenvolvidas por categorias profissionais diferentes, mostrando o caráter multiprofissional da assistência farmacêutica. Os autores concordam com o Conselho Federal de Farmácia quando ressalta que a garantia do acesso não é restrita unicamente ao insumo, mas ao conjunto de serviços de saúde no âmbito da assistência farmacêutica realizado por profissionais atuantes tanto no seu núcleo de conhecimento quanto articuladamente no campo das ações de saúde (CAMPOS, 2000; MANZINI ET AL, 2015).





**Figura 1 – Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde.**

Fonte: Correr, Otuki e Soler, 2011

Tais questões permeiam os estudos sobre os processos de trabalho em saúde. Estudar tal processo em assistência farmacêutica pode trazer contribuições para melhorias dos serviços no sentido de promover o acesso seguro e uso racional de medicamentos aos pacientes hospitalizados.

## 5. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA: A ERGOLOGIA

Segundo Marx, trabalho é ação humana que modifica a natureza e que, por consequência, proporciona mudanças ao próprio sujeito da ação. O trabalhador transforma um objeto com a finalidade de chegar a um produto que atenda às suas necessidades. Ou seja, o trabalhador utiliza as normas as quais está submetido em articulação com seus conhecimentos técnicos e práticos para gerar um produto ao qual imprime sua subjetividade. Três elementos podem ser identificados nessa ação: o trabalho ou ação orientadora, os instrumentos ou meios utilizados e os objetos ou sujeitos ao qual se projeta a ação (MARX, 1982; PIRES, 2000).

A percepção e os significados de trabalho se alteram no tempo e no espaço. A revolução industrial se tornou um marco nesse sentido devido à reestruturação produtiva que impulsionou a construção de um novo conceito de trabalho, que ganhou um sentido social e econômico. Uma atividade remunerada que proporciona sobrevivência e sustento em uma sociedade movida por capital e relações hierarquizadas decorrentes da diferença de acumulo de bens (FELIX JR et al., 2018).

Entre as transformações do mundo do trabalho está a contribuição de Frederick Taylor, precursor da Organização Científica do Trabalho. Seu método se baseou na divisão de tarefas cujo tempo de execução era rigorosamente controlado com o intuito de minimizar erros e garantir a máxima produtividade. Essa forma de organização corrobora para o estado de alienação, que segundo Marx, o trabalhador se torna mero executor de tarefas e permanece alheio ao resultado do seu próprio esforço. Ele não compreende o produto final obtido e por isso não reconhece seu trabalho impresso nesse produto (ANTUES, 1995; SCHWARTZ, 2013; HOLZ; BIANCO, 2014).

Tal organização evidenciou a existência da subjetividade no trabalho, que provoca os distanciamentos entre o que deve ser feito e entre aquilo que realmente é feito. Os ergonômistas franceses Daniellou, Laville e Teiger (1989) realizaram estudos que demonstraram esse distanciamento e verificaram a existência de um trabalho prescrito e um trabalho real. O primeiro diz respeito à maneira como o trabalho deve ser feito, também recebendo a designação de “tarefa”, e se ancora em

regras, protocolos, normas, convenções. Prescrições de maneira geral, sendo elas escritas ou não. O segundo se trata do que é realmente executado e é também chamado de “atividade”. Envolve a forma como o trabalhador modifica algo no processo para a sua própria adaptação ou mesmo para uma realização mais efetiva (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989).

O ser humano, então, é capaz de antecipar suas ações e está mergulhado em convenções criadas pelo seu convívio social. Portanto, vive em um mundo de normas. A vida em sociedade permitiu a concepção de padrões, de propagação de comportamentos que influenciam as normas existentes. Tudo isso faz parte da construção da chamada norma antecedente, que norteia a atividade humana (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013b).

A característica de antecipação do ser humano decorre da sua criatividade, da sua incapacidade de se moldar completamente a processos milimetricamente definidos e controlados, movido pela necessidade de adaptação às situações únicas. Algo que Schwartz, filósofo precursor do pensamento ergológico junto ao linguista Faïta e o sociólogo Vuillon, chamou de “invisível e invivível”. A história não se repete, as situações são particulares e o homem produz a própria história nos cenários em que é protagonista (HENNINGTON; CUNHA; FISCHER, 2011; SCHWARTZ, 2016).

Durrive resgata que o homem é “capaz de se mover no universo de normas”. Isso porque a atividade industriosa, como Schwartz denominou o trabalho, requer sempre arbitragens, por menores que sejam. Essas micro escolhas se encontram numa dimensão invisível ao qual interessa dar visibilidade para buscar transformar a atividade industriosa e suas entraves (DURRIVE, 2011).

Estudar o trabalho implica em compreender os seus processos, não apenas a partir das disciplinas científicas e normativas, mas também do ponto de vista daquele que trabalha no sentido de melhorar as condições e a produtividade. A ergologia consiste em olhar para esse cenário “sob uma lupa”, ver o trabalho no seu micronível e entendê-lo como atividade humana. Para Schwartz, o trabalho, ou a atividade industriosa, é marcado por um encontro de “dramáticas do uso de si”, ou seja, escolhas feitas pelos indivíduos com base no entrecruzamento de normas antecedentes e seus próprios valores na criação e recriação das maneiras de fazer (DURRIVE, 2011; SCHWARTZ, 2015; OMBREDANE E FAVERGE, 1955).

Sem as normas antecedentes não existiria trabalho humano. O conceito de norma antecedente não se limita ao trabalho prescrito conforme preconizado pelos ergonimistas, mas abrange contextos que ancoram experiências, acordos coletivos e toda forma de organização normativa, seja formal ou informal, que resultaram na produção de saberes para o agir humano no trabalho. São “conquistas”, “patrimônios” de um percurso de vivências e aprendizagens que culminam em um norte para a atividade (HOLZ; BIANCO, 2014; SCHERER, 2006; SCHWARTZ, 2015).

Ainda que antecipação seja necessária e saudável, as “dramáticas do uso de si” demonstram que é “impossível e invivível” ao homem ser completamente fiel aos procedimentos padrões que engessam o trabalho. A gestão das micro-escolhas do cotidiano ganha maiores dimensões diante das lacunas deixadas pelas normas antecedentes que dão espaço às renormalizações emergidas do retrabalho da norma em situações singulares. Para isso o trabalhador, denominado na ergologia de “corpo-si”, faz uso de si próprio, assim como o faz com os outros, para atender demandas geradas por si mesmo e pelos outros (MUNIZ; SANTORUM; FRANÇA, 2018; SCHWARTZ, 2014).

Portanto, o “corpo-si” retrabalha as normas antecedentes por meio do uso de si por si e pelos outros no processo dos debates de normas e valores, que gera o desgaste físico e emocional em intensidade que pode ser comprometedor para a sua saúde. A gestão da distancia existente entre o real e o prescrito e o grau de flexibilidade com relação ao cumprimento das regras impactam o fazer industrial e podem explicar situações de adoecimento no e pelo trabalho (SCHWARTZ, 2014).

No contexto do trabalho em saúde, o “corpo-si” faz uso de si e dos outros no atendimento às necessidades dos pacientes. Trata-se de um meio onde ocorre o encontro das dramáticas dos usuários, indivíduos portadores de demandas de saúde, e dos profissionais detentores de conhecimentos e meios suficientes para esse atendimento. Nesse caso, o “objeto” do trabalho é o próprio ser humano e os resultados obtidos são transformações na vida das pessoas. A atividade de trabalho resulta em um produto não material e não dissociado do próprio processo de produção, sendo consumido no momento em que se constrói (GARLET et al., 2009b; JOAZEIRO; SCHERER, 2012; PIRES, 2000; SOUZA et al., 2010).

Os pacientes atendidos são indivíduos complexos inseridos em contexto socioeconômico e biológico, submetidos a diversos determinantes de saúde. Eles

trazem aos serviços agravos de diferentes complexidades e naturezas que requerem o emprego de modalidades de trabalho coletivo por meio do qual se integram diferentes disciplinas e profissões (JOAZEIRO; SCHERER, 2012; PIRES; SCHWARTZ; SCHERER, 2009).

Para ilustrar a composição desses coletivos, Gelbeck, Matos e Sallum (2012) evocam a imagem do caleidoscópio e do mosaico por se estruturarem na junção de fragmentos para obter uma imagem única. As equipes multiprofissionais também se baseiam nesse princípio, isto é, na reunião de profissionais cuja formação se fundamenta em disciplinas específicas para a prática assistencial.

Existem, porém, diferenças quanto ao grau de integração desses coletivos. No caso da interdisciplinaridade, ocorre uma interação em rede, uma conversa entre disciplinas que cria modos de fazer onde seria difícil identificar a distinção entre as ações e os conhecimentos. A integração dos profissionais da saúde, considerando o entendimento do papel de cada um, promove a construção de novos saberes para a resolução de situações singulares de alta complexidade. À medida que essa integração se afina e que as fronteiras de cada um são conhecidas e respeitadas, bem como o que é comum a todos, as ações se tornam fluidas e naturais a ponto de não se entender quando começa ou termina a competência do outro. Isso não quer dizer que os objetivos tenham sido perdidos ou que a identidade do profissional seja perdida, mas que a articulação dos saberes e práticas para atender os pacientes é maior que a disputa mercadológica estabelecida na equipe. (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

O trabalho multiprofissional se expressa na junção das disciplinas de forma sobreposta sem a coordenação das ações da equipe, reforçando o delineamento das fronteiras entre saberes e práticas. Peduzzi (2001) propôs, a partir de estudos sobre o trabalho coletivo, critérios e conceitos para definição e diferenciação de dois tipos de equipe multiprofissional: equipe integração e equipe agrupamento. A primeira apresenta maior articulação de ações e se aproxima mais da interdisciplinaridade através de agir comunicativo e de outras características como comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum e flexibilidade da divisão do trabalho. A equipe agrupamento se arraiga na manutenção da justaposição com falhas do agir comunicativo, ausência de autonomia técnica de alguns profissionais em detrimento da autonomia técnica plena de outros.

No que diz respeito à divisão do trabalho citada pela autora, entende-se que existem diferenças técnicas cuja valorização social agregada fortalece o aumento da autonomia de alguns profissionais em relação a outros e estabelece uma organização hierarquizada do trabalho. Isso se observa na centralidade do médico, que coloca as demais profissões nas periferias do processo de trabalho em saúde. A flexibilidade dessas relações ameniza os efeitos da hierarquização e permite um maior entrelaçamento das especificidades do trabalho especializado, que é o que possibilita a conversa entre os campos do conhecimento na construção do cuidado (PEDUZZI, 2001).

Tal discussão suscita a pertinência dos conceitos de Campo e Núcleo no trabalho coletivo em saúde. Os profissionais de saúde, cada um com seus conhecimentos, suas disciplinas, atuam em determinado “núcleo”, que compõem sua identidade teórica e prática. Mas existem também as ações conjuntas, realizadas pelos profissionais de forma indistinta, o que determina o “campo”. Assim, no campo saúde está o acolhimento, a abordagem, a escuta qualificada entre outras. Mas o núcleo se define pelas fronteiras do conhecimento específica das categorias profissionais. Nesse sentido, o equilíbrio dessas nuances nos coletivos os torna coesos e tendem a se transformar em equipes integração ou ainda assumir a interdisciplinaridade (CAMPOS, 2000).

A integração dos trabalhadores no campo da saúde proporciona um movimento de aprendizagem mútua e criação de saberes. As trocas de informações, conhecimentos técnicos e experiências são constantes na atividade do cuidado. Na perspectiva ergológica, os saberes acadêmicos, as disciplinas, são compreendidos com “saberes constituídos”. As experiências que os profissionais angariam com a prática e a vivência no trabalho por meio do uso desses saberes compõem os “saberes investidos” (BORGES; ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2010; DURRIVE; SCHWARTZ, 2008).

Além dos próprios profissionais do campo da saúde, o atendimento ao público conta com a atuação dos trabalhadores de outros campos e experiências e com graus variados de formação. Administradores, contadores, biólogos, engenheiros, bem como terceirizados nos serviços logísticos e de suporte como limpeza e hotelaria são primordiais ao completo funcionamento dos serviços de saúde. Independente do grau de formação, todos os trabalhadores participam de alguma parte do processo (GELBECK, MATOS E SALLUM, 2012).

Para o processo de trabalho da assistência farmacêutica, o trabalho coletivo é crucial para a integração das atividades-meio e atividades-fim que compõem esse ciclo para a acessibilidade e uso qualificado dos insumos. Entender a dinâmica dos coletivos, a que adversidades estão submetidos e como se articulam no sentido de chegar aos objetivos estabelecidos para a AF é uma forma de subsidiar as condutas da gestão do trabalho em saúde.

## 6. PERCURSO DO MÉTODO

Este é um estudo de abordagem qualitativa realizado de agosto de 2017 a junho de 2019 nas unidades de emergência adulto e farmácia de um hospital universitário, tendo como participantes os trabalhadores envolvidos em ações relacionadas aos medicamentos nessas unidades. A população do estudo é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e gestor da emergência. Na farmácia hospitalar, foram incluídos farmacêuticos, técnicos em farmácia, auxiliares de enfermagem, almoxarifes, trabalhadores terceirizados e gestor.

A pesquisa qualitativa permite familiarizar-se com a atuação prática dos profissionais e investigar características de determinados eventos (GIL, 2002). A pesquisa qualitativa é fundamental para o estudo das relações sociais, pois leva em conta sua multiplicidade e propicia a aproximação das situações reais de trabalho (FLICK, 2009; MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

A coleta dos dados iniciou em outubro de 2018, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e finalizou em fevereiro de 2019. A aproximação com o campo de pesquisa foi realizada por meio de reuniões com os gestores de cada unidade para que a proposta de trabalho fosse apresentada e autorizada. Nesse momento, os serviços foram apresentados pelos gestores, o que ajudou na caracterização das unidades.

Foram feitas 19 horas de observação com roteiro norteador (apêndice A) para conhecer o campo, visualizar as atividades e os fluxos da assistência farmacêutica e a identificar os participantes desses processos. Para Marconi e Lakatos (1996), a técnica de observação possibilita conhecer a situação visualizada do ponto de vista do pesquisador sobre as ações inconscientes que guiam o comportamento dos indivíduos.

Na etapa seguinte, foram feitas entrevistas semiestruturadas, também guiadas por roteiro (apêndice B), no local e horário de trabalho dos participantes convidados. O intuito desta etapa foi compreender os fenômenos observados a partir da utilização de um roteiro que fornecesse flexibilidade ao entrevistador e ao entrevistado (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).



O processo de amostragem se deu em torno do critério de representatividade, sendo intencional e não probabilístico buscando profundidade de análise, conforme discutido por Flick (2009). O autor também coloca em perspectiva que a definição da amostragem antes da coleta de dados limita o ganho de amplitude amostral que forneça informações ricas às análises. Ainda, Minayo (2017) defende que a quantificação não garante a representatividade, e sim o alinhamento da extensão do fenômeno em estudo com a importância social dos grupos analisados.

Seguido essa linha de pensamento, os trabalhadores da farmácia foram selecionados e convidados devido ao papel que desempenham no processo de trabalho estudado. As observações permitiram identificar trabalhadores que pudessem fornecer informações pertinentes ao estudo. Os farmacêuticos, dois técnicos de farmácia e um almoxarife foram escolhidos devido à atuação relevante ou ao tempo de serviço. Na emergência, o critério utilizado foi a disponibilidade dos trabalhadores durante a jornada de trabalho, com um N maior para a enfermagem por se tratar da categoria de maior expressividade numérica.

**Quadro 4 – Quantidade de trabalhadores entrevistados, local de trabalho, turno e vínculo.**

Unidade	Trabalhadores	Total de entrevistados	Turno		Vínculo	
			Diurno	Noturno	EBSERH	FUB
Emergência	Técnicos de enfermagem	5	2	3	4	1
	Enfermeiros	4	2	2	4	0
	Médicos*	3	3	3	3	0
Farmácia	Farmacêuticos	3	2	1	2	1
	Técnicos em farmácia	3	3	0	3	0
	Auxiliares de enfermagem	2	0	2	1	1
	Almoxarifes terceirizados	2	2	0	-	-
	Auxiliares Terceirizados	2	2	0	-	-
	Total de profissionais	24	13	7	17	3

\* Não há um turno fixo para os médicos da unidade.

As entrevistas foram gravadas quando autorizado pelo entrevistado e transcritas para análise. Apenas um trabalhador não permitiu a gravação da entrevista. Nesse caso, os relatos foram registrados pela pesquisadora em diário de campo e digitados.

Para manter o sigilo dos participantes, as transcrições foram identificadas por códigos criados a partir das iniciais da categoria profissional ou função de acordo com a ordem em que as entrevistas aconteceram - levando em consideração o número de pessoas por cargo. Exemplos: primeiro farmacêutico entrevistado recebeu o código F1. No caso dos trabalhadores da enfermagem, foi incluída no código a primeira letra do turno de trabalho. Exemplo: o segundo enfermeiro entrevistado do período noturno é o E2N.

**Quadro 5 – Codificação das entrevistas.**

<b>Trabalhadores</b>	<b>Código</b>	<b>Local de trabalho</b>
Técnicos de enfermagem	TE	Emergência
Enfermeiros	E	Emergência
Médicos	M	Emergência
Farmacêuticos	F	Farmácia
Técnicos em farmácia	TF	Farmácia
Auxiliares de enfermagem	AE	Farmácia
Almoxarife	Alm	Farmácia
Terceirizados	T	Farmácia

Os instrumentos de coleta de dados foram confeccionados pela pesquisadora a partir dos objetivos deste projeto, seguindo modelos já validados no estudo multicêntrico “Problemas e desafios no trabalho contemporâneo de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudo comparado Brasil, França e Argélia” que originou esta pesquisa. O estudo “O trabalho do farmacêutico na atenção primária à saúde no distrito federal” também foi utilizado como base para a confecção dos instrumentos.

As análises do material coletado foram feitas entre os meses de fevereiro e junho de 2019 a partir do método de análise temática feito com o auxílio do software Atlas.TI, uma ferramenta que facilitam a organização e a sistematização dos registros textuais de grande volume para a codificação e a síntese dos dados de maneira eficiente e transparente. A inserção dos documentos a serem trabalhados no software resulta na criação de uma Unidade Hermenêutica que consiste em um espaço virtual com recursos para o tratamento dos textos. “Codes”, “Families” e

“Network Views” são alguns dos recursos do software que foram utilizados nesta pesquisa (FRIESE, 2013).

Após a criação da Unidade Hermenêutica, foi feita uma leitura prévia do material. Em uma segunda exploração, procedeu-se a categorização por meio da criação de “Codes”, palavras ou termos que identificam um elemento no texto. Esses termos são denominados por Bardin (1977) como unidades de análise, que possibilitam o agrupamento dos elementos encontrados para a interpretação do assunto (BARDIN, 1977; FRIESE, 2013).

As categorias “organização”, “dificuldades”, “facilidades” e “estratégias” foram previamente definidas de acordo com os objetivos específicos da pesquisa. Da releitura dos trechos categorizados, emergiram subcategorias para “organização”, “dificuldades” e “facilidades” (quadro 6). Foi criada também a categoria “tarefas” e subcategorias referentes aos grupos de trabalhadores que as realizava. A lista de temas obtida foi utilizada para a estruturação dos resultados.

**Quadro 6 – Lista de temas obtidos por categoria.**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Tarefas</b>	Médicos
	Enfermeiros
	Técnicos de Enfermagem
	Farmacêuticos
	Técnicos em Farmácia
	Auxiliares de enfermagem
	Almoxarife
	Terceirizados
<b>Organização</b>	Almoxarifado
	Farmácia (Dispensação e Fracionamento)
	Emergência
<b>Dificuldades</b>	Sistema informatizado inadequado
	Falta de medicamentos
	Insuficiência de pessoal na farmácia
	Distribuição e dispensação burocráticos
	Espaço físico insuficiente
	Lacunas de comunicação e relações tensionais entre setores

	Ausência de farmacêutico na Emergência
<b>Facilidades</b>	Equipe
	Experiência
	Sistema informatizado
	Rotinas e conhecimentos

A caracterização das unidades foi feita com base nas informações fornecidas pelos gestores no momento de apresentação do projeto para aprovação.

Os dados foram analisados sob a ótica da perspectiva ergológica, uma abordagem pluridisciplinar para compreender o trabalho humano nas macro e micro dimensão. (SCHWARTZ E DURRIVE, 2007; TRAJANO E CUNHA, 2011).

O projeto de pesquisa atende às especificações da Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília, sob Parecer nº 2.908.578.

Os participantes entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C) após terem sido informados sobre os procedimentos e objetivos da pesquisa. No momento da aplicação do termo, foi assegurada a proteção das identidades dos participantes e que os dados fornecidos seriam utilizados exclusivamente para fins de pesquisa científica. As eventuais dúvidas foram esclarecidas. Os trabalhadores que aceitaram conceder entrevista gravada assinaram um termo de autorização para utilização de imagem e som de voz (apêndice D).

Foram inseridas targetas ao parecer disponibilizado no anexo A para manter o sigilo da instituição e a segurança dos participantes da pesquisa.

## 6.1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTUDADO

Os hospitais universitários brasileiros são atualmente gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado criada em 2011 e vinculada ao Ministério da Educação. O hospital universitário deste estudo aderiu à gestão EBSERH no ano de 2013. A partir desse ano, tiveram início mudanças estruturais e organizacionais na instituição e na sua

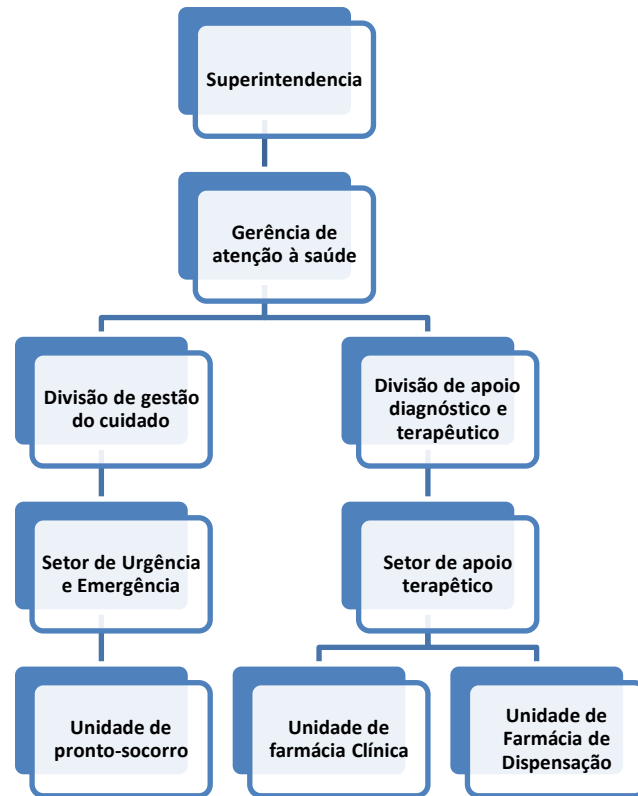
articulação à rede de serviços de saúde local, ao qual está inserido como ponto de apoio de assistência terciária e quaternária por meio de pactuação contratual com a Secretaria de Saúde da cidade (BRASIL, 2011; SODRÉ et al., 2013).

A instituição tem aproximadamente 213 leitos ativos e oferta mais de 40 especialidades entre as quais se encontram cardiologia, oncologia, ginecologia e obstetrícia, geriatria, clínicas cirúrgicas e clínicas médicas. Esses serviços se organizam em uma estrutura física com nove Unidades, sendo três ambulatoriais, uma voltada à assistência oncológica e três onde se distribuem as clínicas e enfermarias. Há também uma destinada ao apoio logístico, uma para a engenharia e uma administrativa. Algumas dessas áreas foram submetidas a reformas após o início da gestão EBSEH. A emergência e a farmácia hospitalar não só foram reformadas como também teve sua equipe de profissionais e processos de trabalho completamente reformulados.

No organograma definido para o hospital, ligada à superintendência, está a Gerência de Atenção à Saúde, que abarca a Divisão de Gestão do Cuidado e a Divisão de Apoio Diagnóstico Terapêutico. A primeira abrange o Setor de Urgência e Emergência e a segunda o Setor de Apoio Terapêutico. As Unidades de Pronto-socorro, Farmácia Clínica e Farmácia de Dispensação estão sob a supervisão dos respectivos setores (figura 2).

O trabalho realizado no hospital é desenvolvido por equipes multidisciplinares no atendimento ao público proveniente de todas as regiões de saúde da cidade, sendo o acesso aos serviços regulado pelo Núcleo Interno de Regulação. A jornada de trabalho semanal dos trabalhadores varia de acordo com o vínculo e a função. Para os médicos vinculados à EBSEH a carga horária varia de 20 a 40 horas por semana e para os demais profissionais, de 30 a 40 horas.

O modelo de atenção adotado é centrado no paciente e pautado nas linhas de cuidado conforme estabelecido para os HU's geridos pela EBSEH. O quadro de pessoal é composto por trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios, sendo a maioria de empregados públicos concursados pela EBSEH, seguida por servidores da universidade. Profissionais cedidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde também compõem esse quadro. Os serviços de hotelaria, nutrição, limpeza, segurança, entre outros são realizados por empresas terceirizadas.



**Figura 2. Organograma da instituição: dimensionamento dos serviços estudados.**

Fonte: Organograma da instituição.

As informações utilizadas para a caracterização do hospital foram obtidas por meio de documentos eletrônicos acessíveis no site da instituição, sendo o contrato do hospital com a secretaria de saúde local, o plano diretor dos anos 2017 a 2021, o relatório de gestão do ano 2017, a carta de serviços para usuários e o organograma. Para proteção da instituição, não serão referenciados ou divulgados os documentos. A medida também teve por finalidade a proteção dos participantes da pesquisa, posto que poderiam ser identificados com facilidade.

## **7. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **7.1. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

#### **7.1.1. Caracterização das unidades**

##### **7.1.1.1. Unidade de Emergência**

A estrutura física da unidade apresenta 1 sala de triagem, 9 leitos de medicação e observação e 10 leitos de internação semi-intensiva. A unidade de internação semi-intensiva se destina aos cuidados de pacientes críticos e é um local onde o tempo de permanência costuma ser maior. Nos leitos da medicação a rotatividade de usuários é maior e são atendidos casos de emergência. A depender da gravidade do caso, são estabilizados e encaminhados para a semi-intensiva ou para as especialidades que se alocam em outros andares.

Os pacientes atendidos na emergência adentram os serviços do hospital por meio de regulação, sendo provenientes de unidades das diferentes regiões de saúde da cidade. Também fornece apoio aos pacientes atendimentos em outros setores do hospital. Presta assistência aos pacientes em estado paliativo e aos pacientes que tenham até 30 dias de pós-operatório. Atualmente, devido ao aumento de casos de suicídios na universidade e às demandas de saúde mental da região, a unidade implantou uma equipe de psiquiatria de atendimento aos pacientes acompanhados pelo Instituto de Psicologia da universidade.

Os usuários atendidos passam por classificação de risco de Manchester feita por um enfermeiro na sala de triagem, seguem para consulta médica e, a partir disso, podem ser encaminhados para cuidados intensivos, medicação e observação, enfermarias ou ambulatório, conforme as necessidades observadas pelos profissionais de saúde.

Os medicamentos mais utilizados pela emergência foram citados por alguns trabalhadores da emergência entrevistados.

Você vai ver que é muito oncológico e paciente muito paliativo. Então é muito dipirona e outros analgésicos e morfina. Eu acho

que é isso. E também tem os antibióticos, porque aqui sempre tem alguém entrando infectado. Então sempre vai ter um antibiótico também. **M3**

Os medicamentos? A gente usa muito a dipirona, a morfina, ondansetrona, aquele é pro estômago, pra enjoo. Omeprazol, esse é toda manhã, geralmente seis horas da manhã esse a gente usa. Enoxaparina, que também a gente usa bastante. A ampolinha de heparina, a gente usa muito. E aí quando tem paciente entubado também é recorrente usar o fentanil, midazolam, nora também, a gente usa bastante. Assim, é muito difícil ter uma medicação diferente, entendeu? Uma hora ou outra acontece de chegar uma medicação diferente. Mas geralmente é padrão. **TE1N**

Pela manhã tem muito omeprazol, que é o protetor gástrico. Temos muito também ranitidina, que é o protetor gástrico que o paciente tem que tomar, entendeu? E tem os pacientes que também tomam antibióticos. São vários antibióticos que nós trabalhamos aqui. **TE3N**

Antieméticos, antitérmicos, analgésicos. Vasoativo só aqui na semi. Até porque requer uma monitorização, a gente não tem suporte lá [na medicação] pra isso. Então se tiver que usar vasoativo já vem aqui pra semi **TE2D**

Quando o paciente vai fazer uso de droga vasoativa ele vai pra semi-intensiva, até mesmo porque na medicação não tem monitor e pacientes que fazem uso de medicações vasoativas têm que estar monitorado. [...] Na medicação é mais analgesia. Às vezes os pacientes que ficam internados lá fazem uso de antibiótico, mas na medicação é mais analgesia mesmo. **E1N**

São empregados públicos vinculados à EBSEH 19 enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem e 12 médicos. Apenas uma médica e um técnico são vinculados à universidade com carga horária semanal flexibilizada para 30 horas. Residentes e



internos de medicina também estão envolvidos em atividades assistenciais na unidade. Outros profissionais como fisioterapeuta, nutricionista e psicólogos auxiliam no cuidado, mas não realizam tarefas relacionadas aos medicamentos.

A equipe de enfermagem possui uma jornada de 36 horas semanais. 10 enfermeiros e 19 técnicos trabalham no período da noite, enquanto 9 enfermeiros e 20 técnicos atuam durante o dia. A categoria médica realiza 24 horas, podendo ser escalados para turno diurno ou noturno conforme disponibilidade.

**Tabela 1 – Quantitativo de profissionais atuantes na unidade de emergência com vínculo EBSERH.**

<b>EMERGÊNCIA</b>				
<b>Profissão</b>	<b>Total</b>	<b>Turno</b>		<b>Jornada semanal</b>
		<b>Noturno</b>	<b>Diurno</b>	
<b>Enfermeiros</b>	19	10	9	36
<b>Técnicos de Enfermagem</b>	39	19	20	36
<b>Médicos</b>	12*	-	-	24

\*Sem turno fixo.

Fonte: gestão da Unidade de Pronto-socorro

#### 7.1.1.2. Unidade de Farmácia Clínica

A farmácia do hospital é uma unidade setorizada denominada Unidade de Farmácia Clínica. Seu espaço físico se localiza no subsolo comporta os serviços de Dispensação, Manipulação de quimioterápicos e de nutrição parenteral e de Fracionamento.

Na farmácia interna, os farmacêuticos avaliam as prescrições eletrônicas e os técnicos de farmácia e auxiliares de enfermagem confeccionam kits individuais dos pacientes com todos os medicamentos prescritos para um período de 24h. Utilizam computadores para o acesso às prescrições eletrônicas e seladoras para o fechamento dos kits. Os medicamentos utilizados nesse processo são disponibilizados em dose unitarizada pelo Fracionamento, setor em que também produz kits cirúrgicos e realiza gestão de estoque para dispensação.

O espaço físico do Fracionamento é compartimentado em três salas. Há também um pequeno corredor onde fica o almoxarife que faz a gestão dos medicamentos unitarizados e retornados pelas clínicas. Os insumos unitarizados são armazenados para abastecimento da dispensação em uma das salas, onde há uma mesa utilizada para manipulação. Em outra sala há dois computadores com sistemas que fazem interface com os equipamentos utilizados na produção de embalagens e rótulos que possibilitam identificação, rastreamento e controle de validade.

O quadro de trabalhadores do setor de dispensação e fracionamento da farmácia atualmente é composto por 11 farmacêuticos dos quais 4 são empregados públicos com carga horária de 8 horas/dia e 7 são vinculados à universidade com 6 horas/dia. Na área técnica atuam 20 pessoas das quais 13 são auxiliares de enfermagem e 7 são técnicos de farmácia. A unidade também conta com estagiários e residentes do curso de farmácia.

A tabela 2 mostra que o quadro de funcionários da unidade apresenta maior heterogeneidade de vínculo com relação à emergência, contanto com trabalhadores da universidade com tempo de experiência igual ou superior a 10 anos.

**Tabela 2 – Quadro de profissionais atuantes na dispensação e no fracionamento da farmácia.**

Profissão	Total	FARMÁCIA			
		Vínculo		Jornada semanal	
		EBSERH	FUB	EBSERH	FUB
<b>Farmacêuticos</b>	11	4	7	40	30
<b>Técnicos de farmácia</b>	7	7	0	40	-
<b>Auxiliares de enfermagem</b>	13	0	13	-	30

Fonte: gestão da Unidade de Farmácia Clínica.

Também no subsolo, próximos à farmácia, encontra-se o almoxarifado de medicamento, onde trabalham uma farmacêutica, dois auxiliares administrativos e quatro almoxarifes. A proximidade permite o rápido reabastecimento da farmácia de dispensação. Nesse processo, a comunicação entre os setores acontece via Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), por meio do qual também é realizado o controle de estoque dos três locais de forma independente.

Segundo os Padrões Mínimos da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (2017), a estrutura da farmácia deve conter espaços distintos para finalidades distintas, tais como armazenamento, fracionamento, dispensação, produção de kits, manipulação, administração, atendimento, entre outros serviços que possam ser prestados. No caso das unidades de hospitalização, como a emergência, ações como o atendimento direto ao paciente e administração de medicamentos acontecem dentro das unidades assistenciais sobre a direção das equipes de enfermagem e médica. Nesse sentido, a unidade de farmácia hospitalar estudada provisiona espaços voltados para a logística, a produção de kits, esta denominada de dispensação, conforme prescrito pela norma antecedente.

### **7.1.2. Caminhos do medicamento: a organização do trabalho**

#### **7.1.2.1. Trabalho prescrito: as atribuições**

Ao pedir para os entrevistados falarem do seu trabalho, eles citam suas atribuições, ou seja, eles tendem a falar de suas tarefas, aquilo que está prescrito para a sua ação (GUÉRIN et al, 2001).

Nosso trabalho aqui é análise de prescrições, dispensação de medicamentos controlados que fica a cargo do farmacêutico, a correspondência do farmacêutico e do médico e da enfermagem. **F3**

Nós separamos a prescrição e separamos os medicamentos, pegamos os comprimidos, ampolas e levamos para o computador. Abrimos a prescrição e dispensamos esses medicamentos. [...] a gente também atende o telefone, atendemos o balcão. **TF1**

**Quadro 7 – Tarefas dos trabalhadores da emergência.**

Unidade de Emergência	
Profissão/Cargo	Tarefas
Técnicos de enfermagem	Diluição/preparo de medicamentos
	Administração de medicamentos
	Conferencia do carrinho de parada
	Conferencia de material
Enfermeiros	Administração de medicamentos
	Supervisão e auxílio aos técnicos
	Comunicação com outros setores
	Controle de psicotrópicos
	Conferencia do carrinho de parada
	Aprazamento
	Prescrição de procedimentos
	Recebimento e verificação de material
Médicos	Prescrição
	Revisão de prontuários
	Acompanhamento terapêutico
	Alta hospitalar

Fonte: Observação e entrevistas.

**Quadro 8 – Tarefas dos trabalhadores da farmácia.**

Unidade de Farmácia	
Profissão/Cargo	Tarefas
Técnicos de farmácia/auxiliares	Montagem de kits
	Informação/apoio às clínicas
	Telefone/balcão
	Unitarização
	Controle de medicamentos/verificação
Farmacêuticos	Gestão de estoque
	Programação
	Aquisição
	Triagem de prescrição
	Conferencia de kits
	Dispensação de controlados
	Informação às equipes das clínicas
	Controle de quantidade e validade
Almoxarife	Organização
	Levantamento das necessidades do hospital
	Receber, armazenar e distribuir insumos
	Buscar medicamentos na central de abastecimento
	Descarte
	Distribuição de medicamentos
Terceirizados	Recolhimento de medicamentos devolvidos

Fonte: Observação e entrevistas.

Tal resultado remete aos conceitos de *Campo* e *Núcleo* propostos por Campos (2001). O núcleo trata das especificidades, conhecimentos e responsabilidades, de cada profissão e o campo abrange saberes responsabilidades em comum entre as profissões que atuam na saúde.

A noção de núcleo valoriza a democratização das instituições, ou seja, ressalta sua dimensão socialmente construída, sugerindo que a escolha de seus caminhos funcione como uma

possibilidade e não como uma ocorrência automática.  
(CAMPOS, 2000)

Na fala dos profissionais, além das próprias tarefas, verifica-se também o papel do outro e o entre cruzamento das suas ações.

Cabe ao enfermeiro receber a prescrição, né, aprazar e passá-la pra mim. **TE2D**

Diante disso, o Parecer Técnico N° 04/2018 do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN/DF) traz questões referentes ao campo e ao núcleo da profissão com relação às tarefas envolvendo medicamentos. O documento traz como campo a análise das interações medicamentosas, partilhada entre farmacêuticos, médicos e enfermeiros, e a preparação e a administração de medicamentos, reconhecidas como competências do farmacêutico. Quanto ao núcleo, o conselho de enfermagem reforça a competência da classe nas atividades de aprazamento, ação em que os enfermeiros gerenciam a terapia medicamentosa dos pacientes levando em conta a rotina de enfermagem, os procedimentos prescritos para o paciente e os serviços da farmácia (COREN, 2018).

A preparação e administração de medicamentos em emergências estão também prescritas para o farmacêutico pela Resolução nº 492 de 2008 do Conselho Federal de Farmácia, que dispõe das atribuições do profissional nesses serviços. Na realidade, no entanto, esse não é um cenário comum e a atuação da enfermagem ainda prevalece nessas atividades (CFF, 2008).

A resolução lista as competências do farmacêutico que não se aplicam apenas ao contexto das emergências, mas também em outras unidades assistenciais. Os serviços farmacêuticos abarcam atividades de natureza administrativas, clínicas e consultivas em que se identificam competências como orientação farmacêutica, coordenação de atividades logísticas e informações sobre medicamentos. Por reunir conhecimentos que o levem ao centro da assistência farmacêutica, é reconhecido como o profissional do medicamento. Além disso, os farmacêuticos tem concentrado maior parte do tempo de serviço em atividades logísticas e gerenciais, ainda que suas ações sejam focadas no paciente (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005; SANTOS et al., 2018).

Além dos profissionais de nível superior da saúde, estão também presentes na assistência farmacêutica trabalhadores de nível técnico e terceirizados cujas funções são indispensáveis para a realização das etapas do ciclo da AF. Pires (2008) lembra que a saúde é um campo heterogêneo que necessita também do envolvimento de trabalhadores que não são da área da saúde, o que torna ainda mais desafiador o exercício da gestão. Assim, sem a participação desses, não há como promover qualidade do cuidado, direta ou indiretamente.

É também característico da assistência farmacêutica e do trabalho em saúde, de maneira geral, a presença massiva de trabalhadores técnicos nos processos de trabalho, o que carrega questões sociais e mercantis.

#### 7.1.2.2. Processo de trabalho: do prescrito ao real

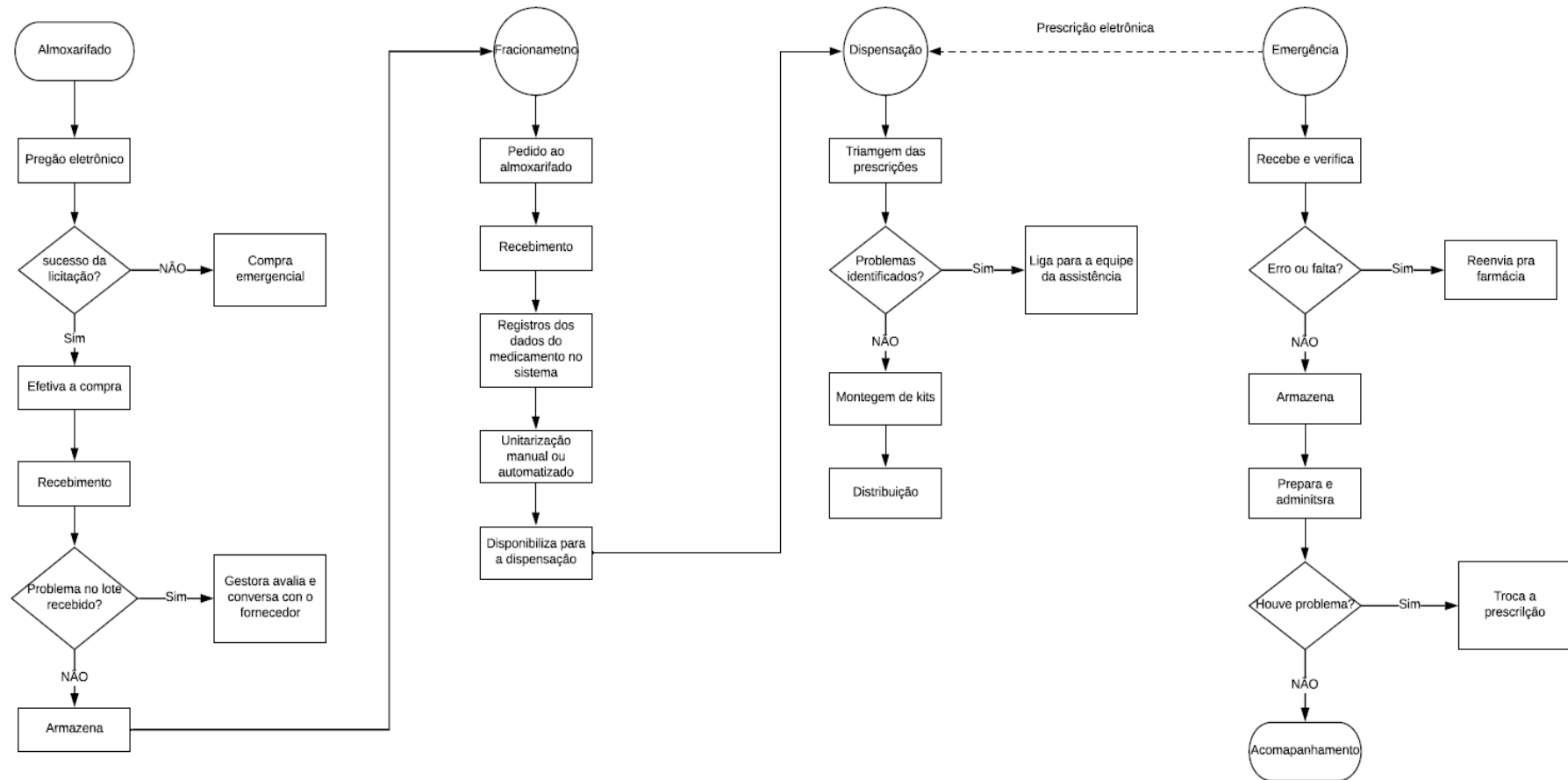
Quatro espaços distintos no processo em estudo são identificados: o Almojarifado, o Fracionamento, a Dispensação e a Emergência, sendo o segundo e o terceiro componentes da Unidade de Farmácia Clínica da instituição. São, portanto, quatro equipes, porém três gestões diferentes: Almojarifado, Farmácia Clínica e Emergência.

O percurso dos insumos se inicia na aquisição e recebimento pelo almojarifado, espaço em que se operam três etapas do ciclo da assistência farmacêutica: programação, aquisição e armazenamento. Uma equipe com farmacêutico, auxiliares administrativos e almojarifes se organiza para prestar serviços de logística e gerenciamento dos insumos desde a entrada destes até a sua requisição pela farmácia interna.

Os medicamentos utilizados no hospital são adquiridos por processo licitatório na modalidade de pregão eletrônico de acordo com a lei 8.666/93. A aquisição de medicamentos é feita com base na lista de medicamentos padronizados na instituição. A etapa de seleção realizada pela Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) não foi contemplada pelo presente estudo, mas foi relatada pelas farmacêuticas entrevistadas.

[...] o responsável por uma determinada clínica deseja a padronização de um medicamento que não existe, então ele vai mandar a solicitação deste medicamento preenchendo o formulário e, neste formulário tem várias etapas que precisam ser preenchidas: desde o motivo, preços, onde será usado, quem vai usar... e vai mandar para Comissão de Farmácia Terapêutica. Uma equipe vai determinar se esse medicamento vai entrar ou não no elenco já existente. Se ele entrar, aí a Comissão de Farmácia Terapêutica vai mandar para mim e falar: “Olha, este medicamento vão fazer parte da lista de medicamentos do [hospital]. Pode acrescentar no pregão da compra”. Nestes anos em que estou aqui aconteceu isso com vários medicamentos. A lista inclusive aumentou. **F2**

O fluxograma abaixo mostra o percurso dos medicamentos, desde a aquisição até a chegada ao paciente. O início e o fim estão sinalizados por formas ovaladas. A mudança de espaço físico está representada por círculos e os losangos indicam pontos de decisão.



**Figura 3 – Fluxograma da aquisição dos medicamentos até chegar ao paciente da emergência.**

Autoria própria.

Fonte: observações e entrevistas.



A CFT é um colegiado independente multiprofissional responsável pela seleção e padronização de medicamentos de uma instituição e que servirá como norteador às atividades de programação e compra (NOVAES et al., 2009). No caso desse hospital, a CFT está passando por reformulações na sua composição e no seu trabalho, não tendo reuniões frequentes. Questões referentes a essa etapa serão comentadas na seção sobre “Dificuldades”.

Para proceder com a compra, a farmacêutica utiliza os dados de consumo do ano ou do semestre anterior de cada fármaco e adiciona uma margem de segurança de 20% desse valor. No caso de medicamentos novos ou que não tenham registros de consumo por não terem sido adquiridos anteriormente, a profissional analisa o custo no mercado e estipula quantidades de acordo com o uso e preço.

Na chegada dos medicamentos, os almoxarifes e técnicos fazem a conferência dos materiais recebidos com base na nota de empenho emitida pelo hospital e na nota fiscal emitida pela empresa fornecedora. Ao identificar algum problema, seja na quantidade entregue ou com a integridade do produto, eles levam para a farmacêutica. Ela analisa as características do pedido, o problema ocorrido e a necessidade do hospital quanto aos produtos da entrega e, a partir disso, decide que ações tomar para a correção, incluindo negociações com o fornecedor.

Após o recebimento e a conferência, fazem o armazenamento verificando o estoque já existente, identificando lotes, datas de validade e quantidades desses lotes. Eles organizam o material nas prateleiras em ordem alfabética, separando por forma farmacêutica dentro de cada letra de maneira que os possibilita o endereçamento dos medicamentos.

As informações dos lotes são utilizadas para alimentar o sistema informatizado do hospital, o AGHU, usado no controle de estoque. A criação desse aplicativo teve como pressuposto a agilidade dos processos administrativos e assistenciais, segurança e eficiência e redução de erros (SILVA; FARIAS, 2017). Mas a ferramenta se mostrou limitada, apresentando inconsistência entre estoque físico e virtual e deficiências no sistema de rastreabilidade, que serão também comentados nas “Dificuldades”.

Um dos objetivos do sistema informatizado é proporcionar comunicação entre as atividades dos setores. Por meio dele o fracionamento e a dispensação da farmácia fazem requisição de insumos ao almoxarifado, que ao receberem os

pedidos faz a separação do material e efetiva a entrega. Nesse momento, percebe-se algumas variabilidades aos quais os trabalhadores renormalizam.

Eles mandam de lá [funcionários do fracionamento] uma relação com 40 itens. Vamos supor, dos 40 itens, às vezes, só tem 30. A gente faz ajustes. Pra não abrir caixa, por exemplo, a caixa vem com 25 e às vezes pedem 20, aí a gente manda a caixa com 25 e a gente altera [no sistema]. O sistema permite alterar, é por isso que eles só podem receber depois de a gente efetivar, porque se quiserem usar de má fé, o pessoal pega depois, ou pra mais ou pra menos. Então pra evitar isso aí, ele [almoxarife que atua junto ao fracionamento] já vem, já pega quando eu faço esse ajuste aqui no computador, aí eu vou e efetivo. Efetivado, pronto, não tem mais pra mudar **Alm1**

As medidas tomadas pelos almoxarifes são frutos das escolhas, dramáticas do uso de si e dos outros, como forma de aumentar a segurança da ação e evitar os erros. Ele comenta também as possibilidades de alteração no sistema, que aparecem como preocupações de outras funcionárias da farmácia e será abordado à frente. Quanto a isso, o almoxarife demonstra possuir autonomia nas decisões sobre a efetivação e um papel como agente promotor da acessibilidade aos medicamentos.

Saindo do almoxarifado para o fracionamento, os medicamentos serão preparados em doses unitarizadas para ser dispensados em kits para os pacientes de maneira individualizada.

O setor de fracionamento se divide em dois subsetores, sendo um voltado para a produção de kits cirúrgicos e outro para fracionamento e unitarização de medicamentos que são colocados nos kits individuais dos pacientes. Duas técnicas de farmácia e uma auxiliar de enfermagem fazem o levantamento dos comprimidos, cápsulas e outros sólidos, enquanto as bolsas e os frascos ficam sob a responsabilidade de um almoxarife que os auxilia. A partir dessa contabilidade, o almoxarife faz o pedido ao almoxarifado.

Depois do recebimento, as técnicas e a auxiliar registram as informações do medicamento em um papel que é arquivado como comprovante da operação e para

a rastreabilidade dos medicamentos unitarizados. Essas informações são digitadas em um sistema que possui interface com o equipamento de impressão e embalagem das doses fracionadas. O manuseio do equipamento é feito pelos trabalhadores do setor, que cortam as embalagens originais após os registros dos dados para colocar na máquina.

O almoxarife em questão é também responsável pelo controle de estoque de insumos para dispensação e de medicamentos devolvidos pelas clínicas. Além da contabilidade que realiza junta às funcionárias do fracionamento, ele recebe medicamentos não utilizados e devolvidos das clínicas para verificação da validade e das condições, a partir do qual decide o que será descartado ou devolvido ao estoque.

Aqui a gente separa tudo por lote, tira os estragados... sempre volta alguma ampolinha quebrada porque são muito frágeis. E sempre volta algum vencido que fica nas clínicas. Como todo dia tem devolução, vira e mexe aparece algum vencido e eu tenho que fazer esse trabalho de separar todos, porque vencido já não pode voltar pro bin<sup>1</sup>. **Alm2**

Os medicamentos unitarizados serão disponibilizados para os técnicos de farmácia e auxiliares de enfermagem na dispensação da farmácia. Os farmacêuticos imprimem e triam as prescrições, recebidas pelo AGHU, e as encaminham para os técnicos e auxiliares confeccionarem os kits individuais dos pacientes. Além dessa tarefa, os técnicos atendem os profissionais das clínicas que buscam informação via telefone ou presencialmente.

a gente tem que escrever o nome dos pacientes, pegar a medicação de acordo com a triagem realizada pelo farmacêutico e, logo em seguida, a gente faz uma dispensação no sistema. De acordo também que o farmacêutico já fez uma pré-liberação, a gente efetiva essa liberação, que é enviar de fato essa medicação. Faz essa dispensa. **TF2**

---

<sup>1</sup> Caixa plástica utilizada para armazenar medicamentos.

eu tenho que saber dose, eu tenho que saber a quantidade, se essa medicação vai ser usada em bomba de infusão, quanto que eu preciso te mandar. **AE1**

A dispensação dos medicamentos está condicionada à prescrição eletrônica, com validade de 24h, feita pelo médico nas clínicas. A prescrição é utilizada pelos trabalhadores da dispensação como respaldo para a liberação certa dos medicamentos no estoque. Medicamentos incluídos posteriormente ao tratamento inicial adotado pelo médico são prescritos separadamente e enviados para nova triagem. Um kit específico para a inclusão é montado e distribuído para a clínica requerente.

A dispensação de medicamentos controlados, antimicrobianos e antibióticos é tarefa exclusiva do farmacêutico. Há um processo diferenciado de prescrição e dispensação dessas classes de medicamentos.

[...] os medicamentos de uso controlado precisam todos vir no formulário que vem constando os dados do paciente e de onde ele vai usar, a duração do tratamento, via, a dose, o intervalo, se teve cultura prévia ou não, se já usou outros antimicrobianos para poder fazer esse controle junto com a comissão de controle de infecção hospitalar. Porque esses antibióticos são os que são assim, ou tem maior risco de ter resistência, ou pelo valor deles. Então tenho que ter um controle maior de cada um e a gente controla dia-a-dia, se a dose continua o que for prescrito e a duração do tratamento. [...] Os de uso restrito, fora o formulário que tem que preencher, precisa da autorização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), então chega aqui para a gente o formulário certinho e a gente entra em contato com a CCIH e pergunta se pode liberar. **F1**

Medicamentos controlados são armazenados em sala separada ao qual apenas os farmacêuticos têm acesso. Quando os técnicos precisam montar um kit contendo esses medicamentos, eles requisitam aos farmacêuticos a retirada.

Os kits prontos são distribuídos para as clínicas por trabalhadores de uma empresa de serviços terceirizados. Durante o dia, a farmácia dispõe de dois

terceirizados para esse serviço e à noite, com a demanda do hospital diminuída, um terceirizado é cedido.

Meu serviço aqui na farmácia é distribuir medicação pros pacientes depois que é passado pelo farmacêutico, triado pelos técnicos de farmácia, depois a gente encaminha pros setores. Tem kit que é de emergência, né? Que é o que a gente chama de “**Agora**”, que o paciente precisa tomar imediato, aí por isso que precisa sempre do nosso serviço. O que triou, passou pelos técnicos, tem que ser logo encaminhado. **T2**

Os kits que os terceirizados levam para a unidade de emergência devem ser conferidos pela equipe de enfermagem. Ao detectar a falta de algum medicamento, os terceirizados levam o kit de volta para a farmácia a fim de realizar a correção.

Em momentos de ritmo de trabalho acelerado, como as intercorrências quanto ao estado clínico de pacientes ou o alto número de pessoas assistidas, os técnicos de enfermagem e os enfermeiros não conseguem fazer a checagem completa dos kits. Em meio a essa situação, os terceirizados auxiliam na verificação de maneira a não atrasar as entregas de outros setores e garantir que os kits certos sejam entregues para todos os pacientes.

Pega papel no posto e confere os kits antes de deixar. Pergunta pro enfermeiro quais pacientes subiram pras clínicas. Ele coloca alguns kits na mesa de preparação e retorna os outros para o carrinho. Antes de sair, checa e conta os kits que está deixando. **OBS 2**

Lá na emergência são três setores: a semi, a medicação e a pediatria. Aí vai tudo numa caixa só. Eu sempre levo minha canetinha, pego a lista dos pacientes que tem lá na semi e vou conferindo qual é aquele paciente. Aí eu deixo o kitinho dele lá. Tem paciente que sobe pra clínica médica. Já coloco o leito dele, trago de novo pra farmácia pra poder subir pra clínica médica. Entendeu? Acabou de fazer a chamada da semi, o que sobrou eu vou na medicação. Faço a chamada na medicação.

Paciente que subiu pra clínica médica, já coloco o leito pra onde que ele foi, que eu volto aqui na farmácia que (as últimas caixas) e vou subir à clínica médica, depois que eu já olhei a medicação na emergência. Então, tem que ter essa dinâmica, quem subiu, quem já teve alta. **T2**

Na unidade, os kits são postos em caixas contendo o número do leito onde o paciente se encontra e são preparados e administrados pelos técnicos, seguindo os horários do aprazamento feito pelos enfermeiros.

Cabe ao enfermeiro receber a prescrição, aprazar e passá-la pra mim. O aprazamento é privativo dele fazer. **TE2D**

[...] a gente tem que estar abrindo os prazos das medicações  
[...] **E1D**

A preparação e administração integram as tarefas da assistência feita pela equipe de enfermagem, que fazem a divisão e organização no início de cada turno. Na equipe diurna escalada para a semi-intensiva, os técnicos se dividem na assistência de um ou mais pacientes específicos, a depender do número de usuários internados e de trabalhadores presentes.

Cada técnico tem o seu paciente... Eu, por exemplo, chego já vejo que vou ficar com leito 1 e 2. Então tudo que for fazer ali, eu que vou fazendo no 1 e 2. E às vezes você tem um colega que tem mais afinidade, e fica você e ele naquele leito você ajuda no leito dele ou ele fica te ajudando no seu... não tem muita divisão e dependendo de como está a escala, fica um técnico que faz a medicação ou junta dois técnicos, faz a medicação de todos os pacientes. Outro passa só verificando sinais e outro fica ali no sistema jogando sinais. Quando está tendo várias intercorrências, dependendo da equipe que tiver mais afinidade, a gente junta tudo para poder fazer mais rápido o serviço e não atrasar o horário das medicações. **TE1D**

No período da noite, os técnicos preferem se dividir para a execução das tarefas, como preparação e administração de medicamentos e mensuração de sinais

vitais. Para eles, isso é uma forma de garantir o cuidado integrado sem comprometimento dos horários de repouso de cada um.

Então assim, à noite é bem diferente da rotina do dia, porque durante o dia cada um fica com um paciente específico, e à noite não, à noite é todo mundo pra todo mundo. Aí a gente chega, a gente divide duplas, né, enquanto umas vão tirando as medicações, as outras já vão coletando sinais e começando o banho. [...] À noite a gente monta a bandeja, já com todos os medicamentos e os horários, tudo separadinho, horário e paciente. E aí na hora de administrar, um vai fazer os sinais vitais enquanto o outro vai fazer a medicação. Isso no horário de repouso, né? Quando estão os quatro, dois vão pra medicação, dependendo da quantidade que tem, mas quando tá só dois mesmo no horário do repouso. É sempre assim, um vai pros sinais, outro vai pra medicação. **TE1N**

As tarefas administrativas, entre elas a comunicação com outros setores, incluindo a farmácia, ocupa maior parte do tempo de trabalho dos enfermeiros. Alguns deles esboçam insatisfação por não estarem mais próximos das tarefas assistências que os técnicos assumem.

a gente trabalha com a parte mais burocrática do que a parte de assistência, infelizmente **E1D**

Se falta algum medicamento, se perde medicamento, se quebra ampola quem faz a solicitação é o enfermeiro, se por acaso a medicação faltou no kit a gente que liga pra farmácia e pergunta por que faltou. Se foi um erro lá da farmácia ou se é porque tá em falta no hospital, se foi um erro de prescrição, que às vezes acontece do médico prescrever, o farmacêutico não tá de acordo ou ele nem viu o medicamento. Aí a gente vai, conversa com o farmacêutico, explica qual é o motivo, se for esse o motivo. A gente passa pro médico, o médico entra no acordo com o farmacêutico e aí vê se vai mandar do jeito

que ele prescreveu ou se vai ser alterado a forma que foi prescrita. **E1N**

Existem medicamentos armazenados nas clínicas e gerenciados pela equipe de enfermagem, como o carrinho de parada, os medicamentos multidoses e os controlados utilizados pelos pacientes. Estes últimos são tirados dos kits e armazenados em gavetas chaveadas, tanto na medicação quanto na semi-intensiva, e são gerenciados exclusivamente por enfermeiros.

A questão de conferência no recebimento dos “psico” é responsabilidade do enfermeiro na questão de receber e verificar se aquela medicação está correta ou não. **E1D**

O controle dos carrinhos de parada do setor é realizado quinzenalmente por um enfermeiro e um técnico para cada carrinho, sendo as duplas escaladas pelos gestores.

É um conjunto do enfermeiro com o técnico. A cada 15 dias já na escala, já é definido pela chefia um enfermeiro e um técnico para fazer essa conferência do carrinho de parada. Porque o carrinho de parada consta de alguns medicamentos controlados que necessitam de um certo cuidado de não deixar faltar, porque às vezes tem uma parada e precisa de determinado medicamento. **E2N**

Medicamentos de uso comum, os chamados multidoses, como xaropes e pomadas, são armazenados e gerenciados pelos enfermeiros. Quando não utilizados, os insumos são separados pela equipe de enfermagem para serem recolhidos pelos terceirizados e devolvidos à farmácia.

Ao longo do processo de cuidado do paciente, registros são produzidos guardados em pastas, que ficam a disposição da equipe da assistência, com o número de identificação dos leitos. Entre esses registros ficam as prescrições que chegam impressas da farmácia junto com os kits dos pacientes. Nelas a equipe de enfermagem anota o horário da administração e o trabalhador que executou a tarefa.

A alta hospitalar foi uma ação observada e que abriu margem para novas questões à última médica entrevistada, pois não foi citada nas entrevistas



posteriores. Segundo a M3, as orientações quanto ao uso dos medicamentos prescritos, em geral, são fornecidas por médicos e residentes de medicina, o que corrobora com o momento presenciado durante as observações. Um residente médico realizou as orientações com a presença de outro residente. A alta ocorreu próximo ao posto de enfermagem, na presença de uma técnica e uma enfermeira. O paciente era idoso, estava em cadeira de rodas e estava acompanhado de uma pessoa mais jovem. Ambos prestavam atenção nas informações dadas pelo médico. Não foi observada a presença de outros profissionais no local ou a intervenção das enfermeiras ou técnicas.

## 7.2. FACILIDADES PARA O TRABALHO

Três fatores foram citados pelos entrevistados das duas unidades estudadas como facilidades do trabalho, sendo a equipe e as boas relações, a experiência e a prescrição eletrônica. O estabelecimento de rotinas e de procedimentos operacionais padrão e os conhecimentos técnicos aparecem com menor frequência, mas tem impacto na organização dos serviços e na autonomia dos trabalhadores.

**Quadro 9 – Facilidades para o trabalho**

Trabalho em equipe
Experiência no trabalho
Normas, rotinas e conhecimentos técnicos
Sistema informatizado - prescrição eletrônica

Fonte: observações e entrevistas.

### 7.2.1. Trabalho em equipe

Boas relações são citadas como fatores de facilidade. A primeira conduta adotada pelos trabalhadores quando se deparam com situações novas ou com a falta de conhecimento técnico necessário é recorrer aos colegas mais experientes ou com diferentes expertises.

Técnica aplica 3 ampolas de medicamento em paciente. Para isso, conta com ajuda de outra técnica. Outro técnico tira dúvida com médica. **OBS 6**

[...] é muito bom trabalhar aqui por isso, essa equipe é muito boa. **M1**

Eu tive o apoio do pessoal quando eu vim pra cá, tive facilidade [...] **Alm2**

Temos sempre os nossos colegas que a gente pode sempre perguntar. Pode ser um médico, algum outro funcionário mais experiente, outros técnicos que tem muito mais tempo de serviço e me ajudam bastante. **E2D**

[...] a equipe é muito boa. Quando a equipe técnica tem dúvida da administração, da via, da diluição, qualquer coisa eles vão pra um enfermeiro, se a gente não tiver segurança a gente vai até o médico pra ver “ó, o senhor prescreveu aqui essa...” teve uma vez que o médico escreveu a via errada. Aí a técnica foi fazer a medicação e me sinalizou “ó, ele prescreveu essa medicação aqui nessa via e a gente sabe que não faz”. Eu disse “é, eu vou conversar com ele pra ver o que aconteceu” aí eu fui e chamei a médica, falei assim “ó, essa medicação só faz intramuscular, você prescreveu venosa, tem alguma exceção? Você pode me explicar?”. Aí ela falou “não, desculpa, realmente errei”. Ela consertou e a gente fez. E às vezes se tiver dificuldade... às vezes acontece deles passarem uma medicação que não faz tanto aqui na [emergência], né, não tem tanta habilidade, não conhece a medicação e aí a gente vai e questiona “ah vem cá, como é que faz essa medicação aqui? Que a gente não entendeu direito a prescrição” aí às vezes eles também não sabem, aí eles ligam pra farmácia. **E1N**

A enfermeira também mostra a mobilização do coletivo no reconhecimento de um possível problema relacionado ao medicamento (PRM) provocado por um erro de prescrição. Por ser uma medicação muito utilizada pela equipe no tratamento dos pacientes, a técnica pode reconhecer o erro e mostrar para a enfermeira, que por sua vez levou ao médico.

Outros estudos demonstram que o trabalho coletivo e as boas relações interpessoais minimizam as cargas de trabalho em saúde (MARINA PEDUZZI, 2001; MORAES, 2013). A produção do cuidado exige a ação conjunta dos profissionais detentores de saberes e conhecedores de práticas diversas. Nesse contexto, cabe destacar que “todo trabalho é sempre uso”. O meio ao qual o trabalhador, ou melhor, o “corpo-si” age é um campo de debates de normas guiados por valores individuais e coletivos em dialética, num cenário em que se articulam o uso de si por si e pelos outros. Na atividade, o “corpo-si” exige de si assim como ele exige do outro na composição do trabalho coletivo. Aquele que carrega uma experiência maior tem seus conhecimentos utilizados pelos outros de menor tempo de vivência (SCHWARTZ E DURRIVE, 2007), como aparece nos resultados da sessão seguinte.

### **7.2.2. Experiência no trabalho**

A experiência é reconhecida como bagagem que confere facilidade ao trabalho tanto individual quanto coletivo. As trocas de conhecimentos entre trabalhadores com menor e maior tempo de serviço também são vistas como facilidades para as tomadas de decisão. Quando se deparam com dúvidas, a primeira conduta tomada pelos trabalhadores é perguntar para os colegas mais experientes.

Técnicos e enfermeira conversam sobre efeito de medicamentos anestésicos. Identifico que o técnico tem vasta experiência com anestésicos, ele comenta que trabalhou em setor de neurocirurgias. Troca experiências com a colega enfermeira que faz várias perguntas. **OBS 5**

quando eu cheguei aqui, eu trouxe informações das nossas atividades de atendimento ao paciente. Coisas que, por exemplo, eu falo "faz menor, vai utilizar menos, o desperdício vai ser menor", porque muitas vezes essa medicação vai pro leito do paciente, dali ele não vai sair pra outro leito porque você vai fazer uma infecção cruzada. Então eu trouxe coisas nossas, do meu dia-a-dia, pra eles trabalharem. Dá pra fazer uma troca de conhecimento bem interessante, mas isso não quer dizer que a gente deva estar tirando o lugar dele como profissional. **AE1**

Aí como eu já tenho um tempo aqui na casa, né? Como eu fiz a residência aqui, eu já tenho o número da farmácia e já ligo perguntando qual que... qual... se aquela medicação específica tem. **M1**

Assim, eu pessoalmente, que trabalho já há 20 anos com medicação, então... e sou professor também de práticas de laboratório. Então eu tenho uma facilidade muito grande. Em questão de minutos já tá tudo preparadinho, tudo direitinho **TE2N**

O trabalho é sempre singular. Apesar da capacidade de antecipar as ações a serem realizadas no trabalho, a norma antecedente não suficiente para prever toda e qualquer situação. Portanto, o homem faz história. Portador de uma bagagem social e histórica formadora de valores, conhecimentos científicos e experiências, ele cria e recria o tempo todo. O corpo-si, como é chamado esse ser enigmático produtor de história, adquire novos conhecimentos, denominados *saberes* investidos, na atividade de trabalho. Ou seja, no debate de normas e valores das suas dramáticas do uso de si que resulta em renormalizações (SCHWARTZ, 1987; TRINQUET, 2010).

A auxiliar de enfermagem mostrou como a sua experiência na assistência pode ser valiosa para tomadas de decisão na dispensação no sentido de evitar o desperdício, a infecção cruzada e promover o uso correto e seguro. A permuta de saberes e práticas entre logística e assistência pode ser uma estratégia para

propiciar a troca de informações e conhecimentos entre setores, proporcionando uma maior empatia entre as equipes e possibilitando ações mais efetivas.

Algumas ações são pautadas nas experiências. Essa bagagem é utilizada pelos trabalhadores para tomar decisões. O ato da médica de ligar para a farmácia antes de prescrever é uma escolha baseada na sua experiência quanto a falta de medicamentos. A prescrição, portanto, pode não estar em conformidade com os protocolos clínicos, que constituem parte da norma prescrita, por falta do fármaco previsto para a enfermidade em tratamento. Assim, ligar e prescrever são escolhas feitas mediante os debates de normas e valores baseados em saberes investidos e constituídos dessa trabalhadora, estando exposta ao desabastecimento provocado por diversidades que serão debatidas posteriormente.

### **7.2.3. Normas, rotinas e conhecimentos técnicos**

A criação de normas como procedimentos operacionais padrões (POP's) são também vistos como forma de facilitar o trabalho e promover o ordenamento das tarefas e fluxos.

[...] nada aqui a gente faz sozinho. A gente teve um problema com mesoprostol e a gente chama o pessoal da maternidade pra fazer um POP. Acho que isso ajuda muito porque ai você tem um respaldo. Porque você consegue falar e questionar e dizer “olha, nós não vamos fazer por causa disso”... acho que quando está documentada as coisas, facilita muito. **F1**

A construção coletiva de normas antecedentes pactuada e formalizada proporciona segurança para as tomadas de decisão aos trabalhadores, além de facilitar a interação e compreensão entre as unidades. Trata-se da criação de um projeto assistencial comum, o que não é visto na interação entre farmácia e emergência, mas sim outras unidades por questões específicas.

As normas antecedentes são cruciais à existência da atividade de trabalho. Elas fornecem um norte à realização das tarefas, sendo retrabalhadas diante das

singularidades de cada situação vivenciada (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008). Para a consolidação dos processos de trabalho, a construção de normas e rotinas aparece nas entrevistas dos trabalhadores como uma segurança para a atividade da assistência farmacêutica, sobretudo para as equipes da farmácia, cujo trabalho é rotineiro.

O conhecimento técnico, compreendido pela ergologia como saber constituído, aparece como fator promotor de autonomia do trabalhador.

É muito difícil eu perguntar algo sobre medicação, né, porque eu já fiz pós-graduação em farmacologia. Então assim, eu conheço algumas coisas, bem mais do que alguns colegas, né? A gente estuda, aí a gente consegue mais autonomia de conhecimento, de tirar dúvidas. **TE2N**

A dialética entre esses saberes e os saberes investidos dos trabalhadores, com aprofundamentos e percursos que lhes proporcionam níveis diferentes de propriedade dos saberes e práticas, impulsiona a geração de novos modos de fazer.

#### **7.2.4. Sistema informatizado – prescrição eletrônica**

A implantação do sistema aparece como um facilitador devido à utilização da prescrição eletrônica, que facilitou a triagem feita na farmácia o processo de dispensação e a agilidade do recebimento.

A prescrição eletrônica facilita. **F3**

Antigamente, bem antes do AGHU, era feito tudo manual. Era bem mais complicado. O farmacêutico tinha que ler isso aqui, traduzir. Tinha muito mais erros. E depois que foi implantado esse sistema, a gente só abre a prescrição e basicamente é a cópia do que está ali. **TF1**

O sistema. Porque quando eu trabalho aqui na farmácia as prescrições eram manuais e era muito mais difícil para a gente triar porque cada médico tem uma letra e a gente não

consegue ler. Entender as letras e a miligrama da medicação e às vezes colocava errado e agora no sistema facilita muito porque a gente consegue abrir a prescrição, ver e ler... Se o médico escreveu de alguma forma equivocada a gente liga lá e pergunta. Confirma com ele se ele escreveu de uma forma errada a gente fala que aquela forma não é adequada e a gente corrige, e só pelo telefone eles comunicam e a gente consegue visualizar. Antes não, era muito ruim porque a gente tinha que olhar a prescrição, via que não tinha as miligramas de uma ampola necessária. Agora pelo sistema a gente consegue ver se o médico mudou a prescrição do paciente ou se alterou e isso nos facilitam muito. **AE1**

Ainda que a implantação do sistema informatizado tenha viabilizado a prescrição eletrônica e minimizado dificuldades com relação à prescrição e dispensação de medicamentos, o aplicativo também apresenta deficiências que dificultam as ações dos trabalhadores, que será abordado na seção posterior.

### 7.3.DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NO TRABALHO

O sistema informatizado ineficiente e a falta de medicamentos foram dificuldades citadas com maior frequência pelos entrevistados nas duas unidades. As demais dificuldades se relacionam com o local ou as ações desenvolvidas por grupos específicos de profissionais, conforme mostra os quadros abaixo.

**Quadro 10 – Principais dificuldades abordadas pelos trabalhadores das unidades ordenadas pela frequência de citação.**

Unidade de Farmácia	Unidade de Emergência
Sistema informatizado inadequado	
Falta de medicamentos	
Insuficiência de pessoal e excesso de tarefas	Demora na distribuição de medicamentos
	Lacunas na comunicação e relações tensionais entre as unidades

Fonte: entrevistas e observações de campo.

Autoria própria.

Almoxarifado	Fracionamento	Dispensação	Emergência
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema informatizado inadequado*</li> <li>• Falta de medicamentos*</li> <li>• Burocracia e demora na etapa de aquisição</li> <li>• Insuficiência de pessoal</li> <li>• Espaço físico insuficiente</li> <li>• Oferta inadequada dos fornecedores</li> <li>• Recursos financeiros limitados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema informatizado inadequado*</li> <li>• Falta de material</li> <li>• Relações interpessoais</li> <li>• Espaço físico insuficiente</li> <li>• Ausência de farmacêutico supervisor</li> <li>• Poluição sonora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema informatizado inadequado*</li> <li>• Falta de medicamentos*</li> <li>• Insuficiência de pessoal e excesso de tarefas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema informatizado inadequado*</li> <li>• Falta de medicamentos*</li> <li>• Demora na distribuição</li> <li>• Relações e comunicação entre as unidades</li> <li>• Ausência de farmacêutico clínico</li> </ul>

**Figura 4 - Dificuldades elencadas pelos trabalhadores em cada setor da farmácia clínica e na unidade de emergência.**

\*Dificuldades em comum entre os setores mais citadas.

Fonte: entrevistas e observações de campo.

Autoria própria.



### 7.3.1. Sistema informatizado inadequado

Apesar de ser considerado um facilitador do trabalho por viabilizar a prescrição eletrônica, o Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU) apresenta limitações que impõem dificuldades na realização de algumas ações logísticas e que repercute na assistência.

Pra gestão de estoque ele não atende de maneira adequada. Porque se você quiser um ponto de pedido para daqui a 3 meses, quanto eu tenho que pedir de determinado medicamento, o sistema não vai dar esse cálculo. A não ser que você insira esses dados no sistema. [...]. O sistema AGHU não vai fornecer esse cálculo. Ele não gera relatórios que facilitem a sua vida: eu quero um relatório só de ampolas. Não tem jeito. Eu quero um relatório só de psicotrópicos. Não tem jeito. Embora os medicamentos estejam classificados, ele (AGHU) não consegue entender a diferença entre eles. Então o relatório é de modo geral. E na verdade esse relatório geral não é fornecido pela AGHU. É fornecido pela informática que utilizou o banco de dados da AGHU. **F2**

Destaca-se disso, a participação do setor de informática que agrega o trabalho da farmacêutica, demonstrando a importância da atuação de profissionais que não possuem competências na área da saúde para a viabilidade da assistência farmacêutica.

O controle de estoque é um dos desafios que o uso da ferramenta provoca devido às inconsistências nos estoques virtual e físico que atrapalham o controle efetivo e o retorno disso para a assistência. Além disso, o acesso não controlado de outros funcionários do hospital aos estoques virtuais é uma preocupação para os trabalhadores que atuam na logística, visto que alterações podem vir a ocorrer, provocando insegurança à manutenção da acessibilidade.

O sistema normalmente não é tão fiel assim. Muitas vezes ele tá acusando que a gente não tem a medicação, mas a gente olha lá na prateleira, a medicação tá lá. **AE1**

O sistema é bem falho, até porque qualquer pessoa pode conseguir fazer uma movimentação entre os almoxarifados e efetivar aquele pedido ali que está aberto o que você vai fazer. Isso querendo ou não altera o nosso estoque. Esses problemas acontecem frequentemente. **TF3**

O AGHU é muito falho. Tinha um leitor de código de barras que era muito bom para evitar erros de dispensação e controle de entrada e saída de medicamentos. Só que ele não comunicava muito bem como AGHU, então tivemos que tirar o código de barras. E o estoque daqui todo mundo tem acesso. Até pessoas de outros setores têm acesso ao estoque. Eu acho muito falho porque eles podem mexer. Porque aqui funciona 24 horas e muita gente pode entrar ou sair. **F1**

A falha do sistema de código de barras era um agravante dos erros e inconsistências do estoque e precisou ser retirado. Sem essa ferramenta, o volume de trabalho manual e o tempo gasto para realizar as tarefas de gerenciamento aumentaram. Para o almoxarife que atua junto às equipes de dispensação e fracionamento e que lida com o armazenamento e controle de entradas e saídas dos insumos na farmácia, essa dificuldade é bastante perceptível.

[...]o aplicativo não está funcionando na parte de leitura do código de barra, é tudo manual. Então, eu tenho que pegar todos os comprimidos, espalhar pra depois eu lançar tudo manual no sistema. **Alm2**

O almoxarife utilizou caixas de papelão e fez divisórias para separar os comprimidos e as ampolas enquanto faz a verificação. Conta que dessa forma se organiza e facilita a contagem e identificação. **OBS 4**

Estratégia: os trabalhadores acabam por realizar maior quantidade de tarefas manuais. O almoxarife, por exemplo, em decorrência da falha de comunicação entre o sistema de código de barras e o aplicativo. Além disso, tal medida o ajuda a aproveitar o espaço físico limitado de que dispõe.

O aplicativo também tem uma função no estabelecimento de comunicação no processo entre a farmácia e emergência. As inconsistências existentes no estoque atrapalham essa comunicação e gera tensões. As atualizações do AGHU que poderiam facilitar e melhorar o elo entre as unidades e a atividade da prescrição encontram barreiras nas inconsistências persistentes do estoque.

Às vezes eu tenho dificuldade com a burocracia. Porque o tal sistema não localiza o remédio e a farmácia só prescreve se tiver. **M3**

[...] quando os médicos vão prescrever, aparece uma lista para eles, que foi uma nova atualização do AGHU. Parece que o medicamento que ele vai prescrever aparece se está em falta ou não. É uma coisa nova. Só que nem sempre o nosso estoque está correto. Às vezes consta 2 no estoque e lá não mostra pra ele. Aparece a quantidade. Ai ele tá achando que tem e nem tem aqui. Como nosso estoque não vale 100%... isso [essa atualização] é bom, mas não é. Ou às vezes o estoque está zerado por algum motivo e não chegou e fica um pouco complicado. **F1**

Estratégia: alguns prescritores adquiriram o habito de contatar a farmácia antes de prescrever para evitar a descontinuidade do tratamento.

Pode-se notar também o caráter multidisciplinar das ações logísticas que reúnem trabalhadores não só da saúde, mas também de áreas como tecnologia de informação, economia e administração. A relação entre o almoxarifado e os setores de compras e de informática mostram uma dimensão do trabalho coletivo que busca disciplinas além das médicas e biológicas para integrar o campo da saúde, uma vez que as condições mínimas para a viabilidade dos serviços de saúde requerem o entrecruzamento de conhecimento distintos para a produção do cuidado (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012; SFORSIN et al., 2012).

Apesar de a informatização propiciar a obtenção rápida de informação, a otimização de processos e redução de custos, pode também se tornar um obstáculo à atividade devido ao desconhecimento dos usuários quanto à utilização ou quando o próprio instrumento não fornece ferramentas adequadas aos processos. A constante avaliação e feedback dos usuários é essencial para implementação de melhorias dessas ferramentas (GESTIÓN et al., 2012).

O presente estudo traz esses feedbacks à tona e a necessidade de uma nova avaliação dessa tecnologia ao atendimento das suas funções na assistência farmacêutica no hospital. Silva e Farias (2017) relata que a construção do AGHU foi resultante do trabalho conjunto de usuários e profissionais de TI para produzir módulos que pudessem dar o devido suporte às atividades aos quais estavam direcionados. Relatam também que a implantação da tecnologia contou com o feedback dos trabalhadores usuários para realizar as adaptações necessárias.

Essas pesquisadoras também fizeram um levantamento dos benefícios esperados pela implantação do aplicativo nos hospitais e listaram entre os resultados a agilidade dos registros e de acesso aos prontuários eletrônicos para rapidez do atendimento e promoção da segurança do paciente. A racionalização dos processos e a segurança de informações com acessos regulados também estão entre os benefícios (SILVA; FARIAS, 2017).

### **7.3.2. Falta de medicamentos**

Estudos sobre os serviços de farmácia hospitalar no Brasil demonstram que o controle de estoque é uma dificuldade enfrentada por diversos hospitais do território nacional. Instituições com sistema informatizado para atividade de logística apresentam a mesma dificuldade de parâmetro dos estoques físico e virtual. Ainda que as avaliações realizadas tenham mostrado o melhor desempenho das ações logísticas em relação às atividades clínicas realizadas pelas farmácias hospitalares, o distanciamento notório entre realidade e a norma faz com que seja necessário pensar em melhorias para garantir a segurança do paciente e evitar desabastecimentos (LIMA et al., 2018; PENAFORTE; FORSTE; SIMÕES, 2007; UNA et al., 2013).

A falta de medicamentos é um problema frequente para os trabalhadores do almoxarifado. O desabastecimento é facilitado por alguns entraves existentes na etapa de compra. Um deles é a burocracia e o tempo de aprovação da compra e do pregão eletrônico para escolha e qualificação de fornecedores. Esse processo vai desde a aprovação do pedido feito pelo almoxarifado ao setor de compras da instituição até o recebimento da mercadoria. Outra questão é o preço dos medicamentos e as condições de venda dos fornecedores. Alguns insumos tem um custo muito baixo para a efetivação da compra de quantidades que não cobrem os gastos com transporte. O pedido de compra emergencial, nesse momento, é mais uma estratégia que a farmacêutica responsável pela atividade utiliza para tentar contornar essas dificuldades e manter o abastecimento do hospital.

[...] a gente não consegue comprar e não consegue ir lá numa farmácia comprar um medicamento porque a gente não tem dinheiro. Tudo da gente tem que passar por um processo licitatório. E ele é demorado. Eu faço um pedido aqui de compra e de pregão eletrônico para 12 meses, e daqui vai para unidade de compra, que vai estipular o preço e depois vai transferir para o jurídico que vai demorar bastante para avaliar se aquele processo se dá nos trâmites legais. E cada etapa dessa são meses e não dias. Depois que sair do jurídico vai para licitação e da licitação se torna público este processo. Se a empresa estiver dentro dos requisitos legais, ela pode participar. Então tudo isso leva muito tempo e às vezes você fica sem o medicamento aqui porque demorou um processo licitatório. E às vezes não aparecem interessados em vender porque é muito barato. Você quer comprar 10.000 captopril e cada um custa dois centavos. Então 10.000 vai custar, o que, R\$ 200? As empresas não têm interesse porque é um custo muito baixo e não paga nem o frete. E às vezes você fica sem o medicamento porque é muito barato. **F2**

[...] tem umas firmas que colaboram. [...] às vezes não está tendo produto no momento e ainda está esperando da outra empresa que fornece pra eles. É assim que funciona. **Alm1**

Estratégias: As relações com outros hospitais públicos para tentar obter empréstimos que possam suprir as carências do hospital é uma estratégia utilizada pela equipe. Os almoxarifes e auxiliares se revezam para buscar os insumos negociados, armazenar e gerenciar esse estoque sob a supervisão da gestora.

a gente também trabalha com falta, né? Então quando tem a falta, a gente corre atrás de empréstimo mesmo. Sempre numa rede pública, porque a privada não gosta de emprestar e quando empresta, eles querem a devolução na mesma maneira. E nós não compramos da mesma maneira. Por ser um pregão eletrônico, a opção é sempre a mais barata. **F2**

A quantidade de medicamentos indisponível afeta o trabalho dos prescritores e provoca tensões nas relações entre as unidades. A farmácia não consegue fornecer feedbacks do elenco para assistência de maneira constante.

[...] muitas vezes vêm [nas prescrições] medicamentos que estão em falta. A gente não informa todos porque são muitos. A gente seleciona, por exemplo, antimicrobianos. A gente sempre informa porque é mais complicado, porque tem que começar logo tratamento com antimicrobianos. Então a gente já informa e já sugere algum outro para poder fazer uma troca. Ou só fala que não tem, mas todos os que faltam não tem como ficar ligando o dia inteiro. **F1**

[...] às vezes falta medicação e isso afeta o paciente. Eles ligam, o médico prescreve e às vezes tá em falta algumas medicações importantes, como antibióticos. **AE2**

O que me prejudica, prejudica a todos praticamente. Porque é um trabalho comum... A falta de recursos e medicamentos e insumos de modo geral, é que eu queria muito problema para a

gente. Agora, por exemplo, eu estava falando ao telefone com a médica da UTI e eu estava explicando para ela que não tinha um antibiótico que ela solicitou e que precisava ela fazer uma escolha entre os que tinham. Então às vezes é difícil, porque a gente se coloca muito no lugar do médico. Ele não pode trabalhar com o que quer. Ele precisa trabalhar com o que existe para ele trabalhar. E às vezes é difícil porque o paciente é da responsabilidade do médico. **F3**

Essa dificuldade apareceu também associada às falhas do aplicativo de gestão que constitui um dos pontos de comunicação entre as unidades, que também é afetado. Os médicos relatam dificuldades na continuidade dos tratamentos referente a essa falha de comunicação que não provê feedback necessário para a escolha da terapia no momento correto, o que vai ao encontro das dificuldades apresentadas na dispensação quanto ao fornecimento contínuo da informação.

Estratégia: A ligação realizada pelos prescritores para a farmácia antes de efetivarem a prescrição também é uma estratégia para estas dificuldades.

[...] é mais a questão de falta deles. Falta às vezes na farmácia ou às vezes, no próprio setor. **E1N**

O resto não falta tanto, mas antibiótico varia muito **M1**

[...] às vezes o estoque não dá e acaba e eu não posso nem dar continuidade... **M3**

Entre os medicamentos utilizados pelos pacientes na unidade de emergência estão os antibióticos, que também aparecem entre as faltas. Esse é um problema preocupante, uma vez que a utilização dos antibióticos incorreta e interrompida está associada à resistência bacteriana e ao aumento das infecções hospitalares, acarretando no aumento da permanência do paciente no leito e consequente ineficiência do cuidado.

Outro possível nó crítico do abastecimento pode ser a etapa de seleção e padronização. A Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT), responsável pela

definição do elenco de medicamentos da instituição, se encontra em reestruturação e não tem ainda encontros frequentes.

Uma seleção adequada de medicamentos, além promover a acessibilidade dos pacientes aos fármacos certos, tem como um objetivo a otimização de recursos financeiros e o impacto econômico positivo na instituição, uma vez que limita e norteia a compra dos medicamentos aos que realmente atendem as demandas dos usuários e evita compras excessivas e desnecessárias. Para a norma antecedente, a produção dessa lista deve ser fruto de um trabalho de caráter avaliativo, feito pelos membros das CFT's, pautado na "gestão do conhecimento", utilizando as bases de dados e a literatura científica como suporte. Dessa maneira, o trabalho das CFT's tem uma função norteadora para a realização das demais ações da assistência farmacêutica e na construção de planos terapêuticos (NOVAES et al., 2009; SFORSIN et al., 2012).

Infelizmente, no Brasil, essa não é a realidade e a instituição estudada não é diferente. A seleção de medicamentos é ainda bastante incipiente em diversos níveis de complexidade e gera grandes problemas à acessibilidade e uso racional, sobretudo em casos de prescrição de antimicrobianos e antibióticos. Por meio de uma pesquisa de abordagem qualitativa em quatro hospitais universitários do Rio de Janeiro, Lima-Dellamora, Caetano e Osorio-de-Castro (2015) identificaram deficiências ao suporte estrutural para as comissões de farmácia terapêutica, a falta de disponibilidade e experiência dos membros, critérios de inclusão inadequados, entre outras dificuldades. Mostram também as alterações subsequentes nas comissões à medida que a gestão dos hospitais muda, o que também ocorreu no hospital deste estudo (DA LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015; NOVAES et al., 2009).

### **7.3.3. Insuficiência de pessoal e excesso de tarefas**

Questões referentes aos recursos humanos aparecem como entrave ao trabalho na dispensação e no almoxarifado, sendo o efetivo de trabalhadores considerado insuficiente às as atividades realizadas nesses ambientes. Para os



funcionários do almoxarifado, isso impacta na divisão de tarefas que acaba não apresentando uma definição clara das atribuições entre os trabalhadores (seção Organização do trabalho). Ainda sim, é possível identificar ações que são desenvolvidas pela farmacêutica como profissional central ao processo decisivo.

[...] todo mundo acaba fazendo tudo, inclusive os assistentes administrativos que recebem material, buscam o material emprestado em outro hospital, fazem contagem... porque tem um número reduzido de gente. **F2**

Na dispensação, a falta de pessoas está associada à alta demanda dos serviços, principalmente durante o dia.

[...] você vê que a farmácia, ela é um lugar que tem pouco funcionário e muito serviço, que a farmácia não para **Alm2**

Eu também tenho outra atividade, que é uma atividade que eu faço de apoio às clínicas. Nos anos anteriores, a gente conseguia fazer com qualidade melhor em função do número de funcionários que tínhamos. Esse ano a gente fez, não com a mesma eficiência que nos anteriores, por diversos problemas que a farmácia enfrentou ao longo do ano, principalmente do ponto de vista de falta de recursos humanos. Então assim, o trabalho ficou bastante deficiente, na verdade. **TF2**

Os técnicos de farmácia e auxiliares de enfermagem entrevistados destacaram a dificuldade da escala de trabalho dos farmacêuticos. A falta desse profissional é uma ocorrência que tem certa frequência nos plantões noturnos e de fins de semana, trazendo desafios para os serviços dos técnicos e auxiliares expostos a essa situação. Durante o dia, no entanto, o problema não parece ser corriqueiro.

Na ausência do farmacêutico, a farmácia fica desamparada de responsável técnico com conhecimento para a triagem de prescrições. Fica comprometida também a dispensação dos controlados, antibióticos e antimicrobianos, que estão no perfil de medicamentos prescritos na emergência do hospital. A procura dos

prescritores pelas informações relacionadas a esse elenco e outros serviços farmacêuticos levou os técnicos e auxiliares a buscarem o aprimoramento de conhecimentos e assumirem muitos papéis desempenhados pelos farmacêuticos.

Se nós tivermos um farmacêutico, é ele quem vai pegar essas prescrições na impressora, ele vai ver o que tem dentro da farmácia que pode tá sendo enviado, se é medicação antibiótica, precisa de um antimicrobiano, se são medicações controladas e precisa ver a dosagem que tá sendo prescrita, né? Se não tiver, somos nós que fazemos, né?” **AE1**

“É difícil para nós [da farmácia] quando não tem farmacêutico e os técnicos tem que fazer o atendimento. [...] Em alguns dias, por exemplo, à noite, os farmacêuticos não aparecem ou não tem o número suficiente para cobrir tudo **F3**

A maior dificuldade que a gente sente quando não tem farmacêutico e fazer a triagem nessas prescrições. Tem muitos médicos que cobram muito da gente quando pede uma medicação e às vezes está em falta. A gente não pode dispensar. [...] E a falta de farmacêutico no final de semana também dificulta bastante porque tem certas situações que só ele que resolve. E a gente fica restrito. **AE2**

A dispensação de antimicrobianos, antibióticos e controlados é exclusiva do farmacêutico. Na ausência desse profissional, esse fornecimento é comprometido.

Estratégia: O whatsapp aparece como ferramenta estratégica aos técnicos e auxiliares em alguns momentos. Eles entram em contato com a gestora da unidade para tirar dúvidas ou pedir orientação em momentos de emergência ou intercorrência.

Os auxiliares e técnicos se encontram em posicionamento de cobrança, tanto da equipe quanto de si mesmos. Evidenciam-se novamente as dramáticas do uso de si desses trabalhadores, que não possuem a autonomia técnica para a tarefa de dispensação, visto que é uma ação privativa do farmacêutico. Em contrapartida, existe uma expectativa da assistência para com os serviços da farmácia aos quais

os funcionários em questão entendem que precisam suprir. Isso gera um desgaste ao corpo-si, que se mobiliza para atender às exigências.

Se a gente não tem e quando acontece isso no final de semana a gente tem que ficar chamando a Carol, que é a chefe daqui, e perguntar para ela se pode acessar aquela medicação. Ela entra em contato com a CCIH e aí eles passam para a gente.

### **AE2**

Em situação de emergência, para o paciente não ficar sem o tratamento no momento adequado, os técnicos fazem a liberação dos medicamentos, ainda que não sejam autorizados, fazem os registros necessários e passam para o farmacêutico efetivar a ação quando chegam à unidade.

Se a gente não tem o farmacêutico e é algo urgente, o paciente precisa, a gente libera. Libera, anota o nome, anota prontuário e tenta colher o máximo de informações. O primeiro farmacêutico que chega a gente passa o que aconteceu pra que seja resolvido também. **TF2**

Segundo a norma prescrita para o quadro de pessoal das farmácias hospitalares, a definição das atribuições e o quantitativo necessário de trabalhadores da farmácia hospitalar são pré-requisitos para o ordenamento e bom funcionamento dos serviços prestados pela unidade. “O número de farmacêuticos e de auxiliares dependerá das atividades desenvolvidas, da complexidade do cuidado, do número de leitos, do grau de informatização e mecanização da unidade [...]” (NOVAES et al., 2009; SBRAFH, 2017).

Na vigência de um regime de escassez vivenciada pela saúde pública, o cumprimento de tal normativa é um problema que permeia todos os campos do trabalho em saúde, constituindo um distanciamento praticamente comum entre o real e o prescrito no SUS.

No que se refere à ausência de farmacêutico, a lei 13.021/2014 prevê que a presença de um responsável técnico durante todo o período de funcionamento das farmácias de qualquer natureza é obrigatória para manter o funcionamento correto das unidades. Contudo, os diferentes vínculos trabalhistas coexistentes na

instituição impõem desafios para a gestão do trabalho e criam uma lacuna na norma antecedente comentada. Este é um cenário já encarado pelos hospitais universitários antes mesmo da criação da EBSEH.

Como a farmácia é um local onde há maior heterogeneidade de vínculos e experiências, esse desafio parece ainda maior para a gestão, visto as condições diferenciadas aos quais estão regidas as jornadas dos trabalhadores. A existência de diferentes vínculos já é um problema conhecido no cenário dos hospitais universitários, sendo um dos fatores que levaram a necessidade de repensar a estruturação e gestão dos HUs. A questão, entretanto, ainda é um desafio enfrentado nesses serviços (SODRÉ et al., 2013).

#### **7.3.4. Espaço Físico insuficiente**

O espaço físico é uma questão suscitada pelos trabalhadores que desenvolvem atividades de abastecimento e armazenamento, sobretudo os almoxarifados. A técnica do fracionamento também comenta brevemente como o espaço e os equipamentos influenciam o bem-estar no ambiente de trabalho.

Eu acho que seria melhor espaço com menos barulho por que isso influencia muito no humor gente. Cansaço mental e assim, no começo aqui para a gente se adaptar é bem difícil porque é um processo muito repetitivo e querendo ou não a gente sente algumas alterações de humor: o ouvido dói, o pescoço... **TF3**

O almoxarifado destaca a necessidade de um ambiente mais adequado para o armazenamento correto dos medicamentos.

isso daqui não é adequado pra almoxarifado, tinha que ser mais alto de 30 cm, ter espaço de um estrado pro outro, pra poder a pessoa limpa. Aqui como não cabe é tudo amontoado

**Alm1**

Algumas caixas de insumos são acondicionadas nos corredores do subsolo, próximo à entrada do almoxarifado. Perto das mesas de trabalho dos funcionários também podem ser vistas caixas empilhadas.

A questão de espaço inadequado também é suscitada pelo almoxarife na dispensação. Além de ter um espaço restrito, a falta de material compõe o cenário de dificuldades do trabalhador. Para otimizar o local e os materiais que manuseia, montou caixas de papelão com divisórias para fazer a separação dos medicamentos que verifica no retorno para o estoque ou descarta.

É só aí [almoxarifado no subsolo] que a gente tem. O espaço é pouco pra guardar medicação **Alm1**

[...] hoje eu improvisei porque essas mesas aqui porque, na verdade, eu tinha que ter uma bancada grande aqui pra mexer com ampola, porque, vamos supor, ali... eu já botei os comprimidos aqui nessa bacia, porque o espaço é pouco. Então você tem que... porque como o AGHU não tá funcionando na parte do código de leitura de barra, é tudo manual. Então, eu tenho que pegar todos os comprimidos, espalhar pra depois eu lançar tudo manual no sistema. Então, quer dizer, a dificuldade que a gente tem é o problema no código de barra, uma bancada adequada que a gente não tem. Entendeu? Essas coisas. Tive que improvisar isso aqui pra botar os comprimidos porque não tem feita de caixinhas de material. Então, é tudo improvisado. **Alm2**

### **7.3.5. Demora na distribuição de medicamentos**

O tempo de espera pela distribuição dos medicamentos é uma preocupação da equipe assistencial, principalmente em situações de emergência dos pacientes. Os enfermeiros e os técnicos fazem ligações frequentes para a farmácia ou se dirigem pessoalmente à unidade de apoio na tentativa de obter o medicamento com

mais agilidade. Contudo, quando o ritmo de trabalho na emergência se intensifica e os funcionários não estão ocupados nos cuidados, transportes de pacientes ou intercorrências diversas, sair da unidade em busca do medicamento se torna inviável.

[...] muitas vezes a gente tem que ficar ligando para farmácia e dizer “Olha, não saiu prescrição nova”. Mas é mais uma parte burocrática. **TE3N**

A demora na entrega do medicamento, às vezes, atrapalha um pouco o serviço da gente, porque como aqui é uma unidade de pacientes críticos e nisso a gente recebe pacientes referenciados, aí às vezes o médico quer aquela medicação agora, aí às vezes é uma medicação que não tem no carrinho, mas ele está querendo que a gente faça a todo custo naquele momento, e aí a gente liga “ó, tá precisando agora” aí a farmácia “ah, mas é porque a [terceirizada] não está aqui, a menina ainda não chegou pra poder levar o medicamento”. Aí às vezes acontece da gente sair do setor pra ir buscar o medicamento pra poder agilizar e iniciar. **E1N**

O que prejudica na verdade, é essa subida [da farmácia para a emergência]. A enfermagem, ela é bem ágil com isso, mas a subida às vezes demora, bastante inclusive. **M1**

Temos dois técnicos E um Enfermeiro. Às vezes ficam um técnico e um enfermeiro. Aí não dá para poder deixar um enfermeiro sozinho ou deixar um técnico sozinho para um enfermeiro descer lá, para poder discutir e pegar na farmácia o que precisa. **TE1D**

A garantia do acesso não se limita à liberação do medicamento certo ao paciente certo. É preciso que os medicamentos cheguem ao paciente no momento oportuno e em boas condições, o que constitui um desafio aos serviços de saúde. Pesquisas realizadas em hospitais públicos e privados de todo o território nacional

mostraram que o provimento do medicamento em tempo hábil não é um desafio exclusivo do hospital estudado, sendo classificadas como insuficientes ou insatisfatórias (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; CAMACHO, 2007; SILVA et al., 2013). Una et al (2013) observou a defasagem de estrutura física e tecnológica para a realização dessas atividades de forma efetiva, incluindo o acesso à informação.

No contexto dessas dificuldades dentro do HU em estudo, observar o trabalho dos terceirizados que atuam na distribuição mostra uma dimensão invisível. Alguns desses trabalhadores fazem uma atuação além das suas atribuições, observando o movimento dos profissionais das clínicas e as necessidades dos pacientes e levando essas demandas para a farmácia quando oportuno. Essa escolha, fruto de seus debates de normas e valores, mostram um engajamento do trabalhador que acabam por assumir um importante papel de elo entre as unidades e a farmácia.

Esse elo também seria possível por meio das atividades de apoio às clínicas relatadas anteriormente, que consistem na visita dos técnicos em farmácia, auxiliares de enfermagem da farmácia e farmacêuticos às clínicas com o intuito de fornecer informações e verificar os medicamentos utilizados nas clínicas, como os multidoses e os kits dos pacientes.

Uma das trabalhadoras, no entanto, considerou que as mudanças no efetivo da farmácia foram prejudiciais a essas ações (seção sobre Recursos Humanos). Os resultados obtidos quanto às questões relacionais e demora na dispensação e distribuição podem ser indícios disso, mostrando uma possível correlação entre a falta de trabalhadores, o excesso de demandas e as tensões entre equipes.

### **7.3.6. Lacunas na comunicação e relações tensionais entre as unidades**

A comunicação ineficiente entre as unidades impacta nas relações entre as unidades e sofre influências de fatores já abordados, como a falta de medicamentos, o sistema inadequado e demora da chegada dos medicamentos para a assistência. Isso aparece com mais força nas entrevistas dos trabalhadores da emergência.

Há uma necessidade de estabelecer meios de comunicação que permitam maior frequência do contato entre os serviços e efetividade das ações. Essa demanda é ainda mais evidente quando se trata de informações quanto à

disponibilidade dos medicamentos prescritos. A falta de medicamentos frequente nos hospital, já relatada anteriormente, torna esse vínculo ainda mais importante para respaldo das decisões de tratamento.

Era para ser algo fácil. Nossa, é uma dificuldade prescrever porque não tem no sistema. E os remédios faltam também. Esse feedback do que está faltando falta muito para a gente.

### **M3**

Tem uma coisa também que às vezes não tem a medicação, não avisam imediatamente que não tem, a medicação fica sendo bolada (que a gente fala, que não é feita) e aí, só muito tempo depois, vão avisar que não foi feita aquela medicação, e com frequência é antibiótico. Então acho que poderia, a enfermagem... não só a enfermagem, mas principalmente a farmácia já poderia, no momento que viu que aquela medicação não tem e que foi prescrita, já avisar, porque nem sempre tem esse link. **M1**

A equipe da farmácia não consegue reportar todas as faltas para as unidades devido à quantidade de medicamentos ausentes no elenco. Cabe destacar também que a farmácia atende um hospital de médio porte, tendo mais de 200 leitos ativos.

Na farmácia, essa dificuldade também traz uma carga evidenciada pela fala do técnico abaixo, que externa a existência de uma “linha de frente” na área de dispensação quando proveem o serviço de informação aos funcionários da assistência.

em relação aos nossos técnicos, a gente vê que o que acontece, o telefone e o balcão a gente fala que tem mais problema para resolver. Então é uma área em que pouca gente quer ficar porque é a “linha de frente” com o médico, ou enfermeiro, ou técnico. É área de “pepino” que a gente chama.

### **TF1**



Dois pontos podem ser levantados mediante essas problemáticas: ausência de um projeto assistencial comum às unidades, que facilite a compreensão e a tomada de decisão unânime; e a diferença das atividades de cada meio, farmácia e emergência, que provoca um distanciamento entre os trabalhadores aprofundado pela falta de conhecimento sobre o trabalho do outro.

No trabalho coletivo, há uma gestão permanente do uso de si por si e uso de si pelos outros. O “corpo-si”, ou seja, o trabalhador, mobiliza as suas ferramentas físicas e mentais em resposta às demandas dos outros e das suas próprias, assim como exige dos outros essa mesma dramática. E nessa gestão de dramáticas, encontram-se a cooperação e os confrontos. A primeira é impulsionada pelo compartilhamento das vivências. A compreensão sobre a atividade do outro é essencial para gerar a empatia e a colaboração entre indivíduos e os coletivos, entendendo a que normas se submete e de que maneira ele age para obter o produto ou o resultado esperado. A comunicação efetiva, nesse quesito, se torna chave para potencializar essas interações (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; SCHERER; JOAZEIRO, 2015).

As lacunas no estabelecimento desses vínculos também refletem na construção de um projeto assistencial em comum às equipes envolvidas no processo de assistência farmacêutica. Considerando as diferentes naturezas das atividades-meio e as atividades-fim e o ponto comum sendo o cuidado ao paciente, a troca de experiências e conhecimentos tende a promover a diminuição desse distanciamento e aumenta a coesão das ações de saúde. O farmacêutico é nesse cenário um profissional-chave para essa interação acontecer, visto que sua formação se embasa nos campos logístico e assistencial, com sólidos conhecimentos sobre os medicamentos, e que suas atribuições o colocam no centro dessa dicotomia. Além disso, no escopo dos serviços farmacêuticos estão a informação e suporte às equipes e a instrução dos trabalhadores atuantes na assistência farmacêutica (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; MARINA PEDUZZI, 2001).

Os possíveis erros de dispensação são também considerados problemas relacionados aos medicamentos (PRMs). Por esse motivo, a equipe da farmácia é cautelosa e segue, com menor flexibilidade, as normas para a atividade. A exigência

da prescrição correta não só é uma forma de garantir a dispensação adequada, mas de respaldar o trabalho realizado na farmácia quanto ao fornecimento.

### 7.3.7. Ausência de farmacêutico clínico na emergência

Os trabalhadores da enfermagem reconhecem as deficiências quanto aos conhecimentos relacionados aos medicamentos, sobretudo no que se refere às interações medicamentosas e efeitos adversos. Essa lacuna representa uma dificuldade para a assistência que prestam ao paciente da emergência.

a enfermagem desconhece um pouco sobre interação **TE2D**

[...] interação medicamentosa eu acho que é importante a gente saber. Muitas vezes a gente não percebe que tem medicamentos que interagem com outros aumentando a farmacocinética ou a farmacodinâmica, enfim... Eu acho que seria válido. E além da ação dos fármacos eu acho que é importante. **E2D**

A emergência carece da atuação de um farmacêutico clínico. A participação desse profissional na assistência da unidade é vista como possibilidade de melhoria para o cuidado.

Nós não temos um farmacêutico que olha prescrição, que vem ver, entendeu? Se tivesse seria bom pra “olha, aqui tem esses dois medicamentos que não poderiam estar nesse mesmo horário, tem que ter uma hora pelo menos entre esse e esse”, né? Seria bom então eu acho que isso seria talvez um... seria talvez não, com certeza seria bem-vindo. **TE2D**

Sente a ausência do farmacêutico e da farmacóloga clínica, que acredita fazer diferença. **M2** (entrevista não gravada por não autorização do profissional)

Reconciliação medicamentosa é uma coisa que aqui na emergência não tem. Lá em cima [clínica médica], eles têm essa ajuda também [do residente de farmácia]. [...] o pronto-socorro é o primeiro ponto de reconciliação, a segunda quando eles sobem e nisso eu acho que ajudaria **M3**

A maior parte das ações clínicas relacionadas aos medicamentos está centrada nos médicos que compõem a equipe assistencial da emergência. A atuação do farmacêutico para a realização de otimização da terapia medicamentosa ou discussões de casos específicos está limitada ao contato telefônico para retirada de dúvidas ou informação sobre as faltas. Esses profissionais se ocupam da triagem de medicamentos e liberação de controlados e antibióticos dentro da farmácia. Apesar do distanciamento desse contato, os farmacêuticos procuram estabelecer comunicação com os médicos para compreender prescrições cujas informações não são do seu domínio. Dessa maneira, buscam prevenir possíveis interações ou erros, contribuem também para o controle logístico e perdas (NOVAES et al., 2009; SBRAFH, 2017).

A ausência do farmacêutico é comentada por alguns trabalhadores da emergência, que sentem a necessidade de um profissional com conhecimentos mais aprofundados para a prevenção de problemas relacionados aos medicamentos. A enfermagem é responsável pelas tarefas de preparação e administração dos medicamentos que estão suscetíveis à ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas, sobretudo em pacientes internados submetidos à grande quantidade de fármacos. O suporte fornecido pelos serviços farmacêuticos clínicos e informações providas pelos trabalhadores da farmácia buscam agregar à assistência para a segurança do paciente (ANDREAZZA, ROBERTA SIMONE; SILVEIRA DE CASTRO, MAURO; SIPPEL KÖCHE, PATRÍCIA; HEINECK, 2011; CÉLIA DE OLIVEIRA; ELISA BAUER DE CAMARGO; HELENA DE BORTOLI CASSIANI, 2005).

Cohen e colaboradores (2009), por meio de uma revisão sistemática sobre o efeito da intervenção farmacêutica nos cuidados aos pacientes de emergências nos Estados Unidos, e Pilau, Hegele e Heineck (2014) realizaram uma revisão da literatura sobre a atuação do farmacêutico clínico em UTI. Os estudos mostraram que as intervenções feitas pelos farmacêuticos resultaram na diminuição de erros de

medicação e controle de reações adversas. Essas ações mostram-se também benéficas para os sistemas de saúde, posto que ajudam na diminuição no tempo de internação dos usuários e proporcionam o controle dos gastos de forma a evitar o desperdício dos recursos financeiros e insumos (COHEN et al., 2009; PILAU; HEGELE; HEINECK, 2014).

Entre as frentes clínicas previstas para a inserção do farmacêutico está a alta hospitalar, atividade realizada na emergência em estudo por médicos e residentes médicos. A orientação farmacêutica e a conciliação ou reconciliação medicamentosa são competências desse profissional que buscam minimizar riscos de eventos adversos ou interações medicamentosas e evitar novos agravos que levem a uma nova hospitalização. É um momento crucial para a promoção do uso racional que contribui também pra efetividade do sistema de referencia e contra-referência (FALCÃO et al., 2016; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

Marques e Romano-Lieber (2014), realizaram um estudo no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP) a cerca da alta hospitalar e fatores relacionados. Entre os achados da pesquisa, dois pontos sobre o trabalho multidisciplinar nesse contexto chama a atenção: a falta dos profissionais de áreas não médicas nas visitas diárias aos pacientes, com presença apenas na alta hospitalar, e a comunicação desarticulada entre profissionais no momento da admissão e preparo do relatório de alta. Discutem ainda que a reconciliação medicamentosa é essencial para a segurança do paciente e que o trabalho multiprofissional é chave para um resultado positivo, mas que apesar disso, é ainda insuficiente nos hospitais brasileiros.

Ainda que o médico concentre o poder de decisão sobre a terapia medicamentosa do paciente, o qual exerce por meio da prescrição, sua autonomia encontra limites na tomada de decisão exercida pelo farmacêutico na etapa de dispensação. Esses profissionais são os principais detentores de autonomia técnica dentro do processo de assistência farmacêutica, uma vez que são responsáveis por essas duas etapas determinantes do acesso e do uso racional. Trata-se da nítida separação dos Núcleos profissionais que exige um grau de coordenação de ações. As tensões geradas nesse momento reforçam a ausência de agir comunicativo e do projeto terapêutico comum (PEDUZZI, 2001; SBRAFH, 2017).

Outro debate pertinente sobre a questão das autonomias entra no mérito da autoridade técnica também abordada por Peduzzi (2001). Culturalmente há um processo de hierarquização das profissões em decorrência da estruturação histórica da classe médica, reconhecida socialmente como profissão máxima do cuidado. Entretanto, o farmacêutico ocupa um espaço crucial nas decisões gerenciais dos insumos, que parece fornecer um obstáculo à autoridade médica (PEDUZZI, 2001; PIRES, 2000).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu identificar características do processo de trabalho em assistência farmacêutica no contexto dos serviços contemplados, mostrando que muitas das problemáticas vivenciadas pelos trabalhadores convergem com a realidade de outros hospitais do país. Nota-se pela literatura e pelos resultados obtidos nesse estudo que problemas no ciclo de assistência farmacêutica, como a ineficiência e desestruturação de atividades de seleção, distribuição e dispensação, são dificuldades já identificadas pelo Projeto Diagnóstico que iniciou a coleta de dados em 2004. Mesmo com estudos e avanços nos serviços de farmácia hospitalar, vários entraves identificados pelo estudo nacional ainda persistem.

No que tange à organização do trabalho, observou-se a fragmentação entre as ações logísticas na farmácia e assistenciais na emergência, mostrando fragilidades na continuidade das ações e tensões relacionais em consequência desse distanciamento. Ainda sim, é evidente o engajamento dos trabalhadores, que reconhecem um objetivo em comum: o cuidado integral ao paciente. Nesse sentido, as estratégias assumidas pelos funcionários de cada unidade buscam sempre atender às necessidades do usuário e contornar as dificuldades com os quais se deparam.

Os pontos críticos identificados ao longo do processo, tais como a falta de medicamentos, um sistema informatizado inadequado, a dificuldade de distribuição e a falta de um projeto terapêutico comum, constituem agravantes dos atritos entre farmácia e unidade de emergência. É possível que esses mesmos pontos sejam também causadores de tensões entre a farmácia e outras unidades clínicas. Seria interessante que novos estudos analisasse as características da interação entre as unidades de apoio e unidades assistenciais a fim de identificar adversidades às quais a gestão é capaz de intervir para melhorar os serviços, para o paciente e para o trabalhador.

A construção de espaços de análise de situações de trabalho, orientados pelo referencial da ergologia, poderiam trazer respostas para esse desafio de integração, buscando estabelecer espaços de interação entre os trabalhadores de diversas áreas, participantes da assistência farmacêutica, na tentativa de suscitar a

empatia e cooperação entre trabalhadores. Vale lembrar que o protagonista do processo de trabalho é o trabalhador que conhece sua atividade e que está exposto às nuances do meio de trabalho. Dar voz a esse ser enigmático é fonte crucial de informação para pautar decisões de gestão.

No que se refere ao papel do farmacêutico na assistência farmacêutica, este estudo sugere que esse profissional ainda precisa se empoderar os seus espaços e se fazer presente no campo clínico, atuando como agente promotor da integração entre os serviços de farmácia hospitalar e as unidades assistenciais. Afinal, estão no seu núcleo a farmácia clínica e a qualificação dos profissionais que lidam com medicamentos por meio das ações de educação e informação.

Cada profissional, nas suas dramáticas e usos de si, tem a contribuir para a construção de conhecimentos e modos de fazer. Portanto, é necessário valorizar a construção coletiva e as percepções individuais como potencial promotor do cuidado, pois o uso dos medicamentos como instrumento essencial de assistência exige dos trabalhadores a constante renovação de saberes constituídos e saberes investidos em contínua troca.

Sugere-se a realização de pesquisas de metodologia mista como forma de contribuir com a produção de conhecimentos para a gestão do trabalho em assistência farmacêutica hospitalar. O levantamento de dados quantitativos, como taxa de permanência dos pacientes, número de prescrições realizadas, número de atendimentos feitos pela unidade, quantidade de medicamentos retornados, estoque mínimo, entre outros, poderiam agregar a análise qualitativa para a discussão das variáveis do trabalho e seus desdobramentos na produção efetiva do cuidado, ajudando a compreender o contexto de trabalho. Uma possível limitação é a ausência de uma metodologia de validação coletiva dos dados coletados, sendo o trabalho pautado na interpretação da pesquisadora. A proposição de um grupo focal poderia ser uma forma de validação e enriquecimento dos dados para análises mais próximas à realidade das equipes estudadas.

A assistência farmacêutica abrange ampla riqueza de ações que, nos seus mínimos detalhes, guarda especificidades que poderiam ser analisadas em profundidade por novos estudos no sentido de evidenciar reservas de alternativas, escolhas, relações, condições, entre outros fatores que concernem ao trabalho e não puderam ser abordados por meio desta pesquisa. Cada um dos elementos do

processo de trabalho poderia ser explorado mais a fundo para compreender o que se passa no micro nível do trabalho, contribuindo com a gestão da assistência farmacêutica em âmbito hospitalar.



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALINE DO NASCIMENTO 1 et al. Análise de correspondência múltipla na avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1161–1172, 2013.
- ALMEIDA, P. J. DOS S.; PIRES, D. E. P. DE. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 617–629, 2007.
- ANDREAZZA, ROBERTA SIMONE; SILVEIRA DE CASTRO, MAURO; SIPPEL KÖCHE, PATRÍCIA; HEINECK, I. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. **Gac. sanit. (Barc., Ed. impr.)**, v. 25, n. 6, p. 501–506, 2011.
- ANDRÉS-LÁZARO, A. M. DE; ANDREU, Ò. M. Contribution of clinical pharmacists to patient's care in the Emergency Department. **Farmacia Hospitalaria**, v. 42, n. 6, p. 217–218, 2018.
- ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; DE FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmaceuticas Basica e Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 87–92, 2005.
- ANTUNES, R.. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997, p. 13-38.
- AZEVEDO, A. L. DE C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 1977.
- BORGES, M. E. S.; ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. Entrevista: Pierre Trinquet e o ponto de vista da atividade em formação profissional e segurança no trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 1, p. 149, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada. **Resolução nº 300 de 30 de janeiro de 1997**. Disponível em: <http://www.farmaceuticovirtual.com.br/html/resol300.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de

Atenção Básica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para o desenvolvimento e qualificação. Relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018..

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>.

Acesso em: 20 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>.

Acesso em: 21 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. **Portaria no 4.283, de 30 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da União Ministério, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_integrado\\_vigilancia\\_colera2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_integrado_vigilancia_colera2ed.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de

Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 2.395, De 11 de outubro de 2011**. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/componentehospitalardeurgencia.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos. **Projetos, Programas e Relatórios, n. 25**, 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)>

BRASIL, Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559 de 1º de agosto de 2008**. Diário Oficial União, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Guia Básico para a Farmácia hospitalar Brasília Secretaria de Assistência à Saúde, 1994. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia\\_farmacia1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_farmacia1.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Brasil. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/16888/0/PNHOSP-PORTARIA-Nº-3.390-DE-30-DE-DEZEMBRO-DE-2013.pdf/9c286ab1-a58a-4bdb-9938-330d99241660>>. Acesso em: 29 dez. 2018.

CAMPOS, G. W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

OLIVEIRA, R.C; CAMARGO, A.E.B; CASSIANI, S.H.B Estratégias para prevenção de erros de medicação no Setor de Emergência. **Rev Bras Enferm**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a04v58n4.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Aprova o regulamento técnico das Boas

Práticas de Farmácia. **Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001**. Diário Oficial da União, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Resolução Nº 585 de 29 de agosto de 2013**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. A Assistência Farmacêutica no SUS. **Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/Manual\\_SUS\\_internet.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/Manual_SUS_internet.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2018

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente direcionados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. **Resolução nº 492 de 26 de novembro de 2008**.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resolução nº 578 de 26 de Julho de 2013**. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/578.pdf>>.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. Aprazamento de prescrições médicas ser privativo do enfermeiro ou ser de competência compartilhada na internação hospitalar. **Parecer Técnico nº 04 de 2018**. Disponível em: <<https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-042018/>>.

CORRER, C. J. et al. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmaceuticas/Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 43, n. 1, p. 55–62, 2007.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 2, n. 3, p. 41–49, 2011.

DA LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. The

medicine selection process in four large university hospitals in Brazil: Does the DTC have a role? **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 51, n. 1, p. 173–182, 2015.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 17, n. 68, p. 7–13, 1989.

DE PAULA, P. A. B. et al. Política de medicamentos: Da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis**, v. 19, n. 4, p. 1111–1125, 2009.

DESLANDES, S. F.; OLIVEIRA, M. C. DE S. M.; OLIVEIRA, A. F. DE. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. [s.l: s.n.]. p. 139–157.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 47–67, 2011.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Glossário de Ergologia. **Laboreal**, 4, (1), 23-28., v. IV, p. 23–28, 2008.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PADILHA, K. G.; SANTOS, A. E. DOS. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros Eventos adversos con medicaciones en Servicios de Urgencia: conductas profesionales y sentimientos vividos por los enfermeros Medica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 429, 2005.

LIMA, L. F. et al. Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 3, p. 359–365, 2016.

FELIX JR, M. S. et al. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 16, n. 2, p. 318–330, 2018.

FRIESE, S. ATLAS. ti 7 User Guide and Reference. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin. p. 1–469, 2013.

GARLET, E. et al. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: Concepções de profissionais. **Revista Latino-Americano Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 1–7, 2009a.

GARLET, E. R. O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade

- hospitalar de atendimento às urgências e emergências. 2008. 96f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2008.
- GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 266–272, 2009b.
- GELBCKE, F. L.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31–39, 2012.
- GESTIÓN, S. DE et al. Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. v. 4, n. 4, p. 170–175, 2012.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em saúde perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- MUNIZ, H. P.; SANTORUM, K. M. T.; FRANÇA, M. B.; Corpo-si: a construção do conceito na obra de Yves Schwartz. **Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 69–77, 2018.
- HENNINGTON, É. A.; CUNHA, D. M.; FISCHER, M. C. B. Trabalho, educação, saúde e outros possíveis: diálogos na perspectiva ergológica. **Trab. Educ. Saúde**, p. 5–11, 2011.
- HOLZ, E. B.; BIANCO, M. DE F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 12, n. spe, p. 494–512, 2014.
- JOAZEIRO, E. M. G.; SCHERER, M. D. DOS A. Trabalho coletivo e transmissão de saberes na saúde : desafios da assistência e da formação Training and collective work on health : challenges of care and transmission of knowledge Formation et travail collectif dans la sante : les defis des soins et de. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012.
- LIMA, R. F. et al. Pharmaceutical Services in Public Hospital Pharmacies of Federal District-Brazil. **Farmacia Hospitalaria**, v. 42, p. 108–115, 2018.
- LOCH-NECKEL, G.; CREPALDI, M. A. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, p. 263–272, 2009.
- MAGARINOS-TORRES, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E.

- Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. **Ciencia & saude coletiva**, v. 12, n. 4, p. 973–984, 2007.
- MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia\*. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001.
- MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: Estudo exploratório. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 72–84, dez. 2014.
- MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; CAMACHO, L. A. B. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 4, p. 835–844, 2007.
- MORAES, E. P. **Cargas de trabalho: um olhar sobre a estratégia saúde da família Brasília, 2013**. 103f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília. Brasília, 2013.
- NOVAES, M. et al. **Guia de boas práticas em farmácia hospitalar e serviços de saúde - SBRAFH**. São Paulo: Ateliê Vide o Verso, 2009.
- PENAFORTE, T. R.; FORSTE, A. C.; SIMÕES, M. J. S. Evaluation of the performance of pharmacists in terms of providing health assistance at a university hospital. **Clinics (Sao Paulo, Brazil)**, v. 62, n. 5, p. 567–572, 2007.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251–263, 2000.
- PIRES, D.; SCHWARTZ, Y.; SCHERER, M. D. A. Trabalho coletivo : um desafio para a gestão em saúde Collective work : a challenge for. **Patient Care**, v. 43, n. 4, p. 721–725, 2009.
- POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Atendimento em unidade de emergência: Organização e implicações éticas. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 509–514, 2008.
- BRASIL. Presidência Da República Casa Civil. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de

dezembro de 2011.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438–446, 2004.

ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R.; BRACCO, M. M. Determining workload and size of nursing team in the pediatric emergency department. **Einstein (São Paulo)**, v. 12, n. 2, p. 217–222, 2014.

SANTOS, T. R. et al. Hospital pharmacy workforce in Brazil. **Human Resources for Health**, v. 16, n. 1, 2018.

SARTORI, D. P.; SANTIAGO, V. R.; VASCONCELOS, A. S. Artigo de Revisão Gestão da assistência farmacêutica do Brasil: revisão integrativa da literatura integrative literature review. **Ras**, v. 16, n. 64, p. 89–96, 2014.

SBRAFH. **Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde**. Goiânia, 2007.

SBRAFH. **Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. 3ª ed. São Paulo, 2017.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203–3212, 2013.

SCHERER, M. D. D. A. **O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. 2006. 232f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.

SCHERER, M. D. A. et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2265–2276, 2018.

SCHERER, M. D. A.; JOAZEIRO, E. M. G. **Trabalho coletivo em hospitais de ensino: desafios e reservas de alternativas**. In: ARAÚJO, J. N. G.; FERREIRA, M. C.; ALMEIDA, C. P. Trabalho e Saúde: cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro. 1. ed. Opção: São Paulo, 2015.

SCHWARTZ, Y. Concepções da formação profissional e dupla antecipação. **Trabalho & Educação**, v. 22, n. 3, p. 17–33, 2013.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de Hoje**, v. 49, n. 3, p. 259–274, 2014.



- SCHWARTZ, Y. CONHECER E ESTUDAR O TRABALHO. **Trabalho & Educação**, v. 24, p. 83–89, 2015.
- SCHWARTZ, Y. O conceito de atividade no princípio da cooperação transdisciplinar. **Instituto d'Estudos Avançados Transdisciplinares**, p. 1–20, 2016.
- SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.); Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Tradução de Jussara Brito et al. Niterói: EdUFF, 2007.
- SFORSIN, A. C. P. et al. Gestão de compras em farmácia hospitalar. **Revista Farmácia Hospitalar nº 16**, p. 32, 2012.
- SILVA, H. R. DA; FARIAS, J. S. ADOÇÃO DE TECNOLOGIA EM HOSPITAIS: O CASO DA ADOÇÃO DO SISTEMA AGHU PELOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL. **RAHIS**, v. 13, n. 4, 22 maio 2017.
- SILVA, M. J. S. DA et al. Avaliação dos serviços de farmácia dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3605–3620, dez. 2013.
- SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, v. 114, n. 0101–6628, p. 365–380, 2013.
- SOUZA, S. S. DE et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, 30 set. 2010.
- TRINQUET, P. Trabalho E Educação: O Método Ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, p. 93–113, 2010.
- UNA, P. et al. Relato de caso Assistência Farmacêutica de uma rede de hospitais públicos : proposta de utilização das diretrizes ministeriais para avaliação do serviço. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 29–34, 2013.
- VALLE, M. M. F. DO; CRUZ, E. D. DE A.; SANTOS, T. DOS. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 0, p. 1–7, 2017.
- VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.
- VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010.



## **10. APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

### **1. Descrição da estrutura**

- 1.1. Organização e localização da farmácia hospitalar e da unidade de emergência em relação aos processos e fluxos de trabalho. Fazer um croqui e uma descrição genérica.
- 1.2. Composição das equipes envolvidas em processos com medicamentos.
- 1.3. Circulação de trabalhadores e usuários nas unidades.
- 1.4. Distância entre os setores.
- 1.5. Instrumentos e ferramentas utilizadas para realizar o trabalho nas duas unidades (materiais e instrumentos) e disponibilidade destes.
- 1.6. Local próprio das pessoas: em que lugar as pessoas da farmácia trabalham? Eles têm lugares fixos? E os profissionais da emergência?
- 1.7. Condições dos locais.

### **2. Descrição da comunicação/ tomada de decisão**

- 2.1. Como ocorre a troca de informação entre profissionais e relacionamento das equipes envolvidas?
- 2.2. Retorno sobre resultado das ações prestadas.
- 2.3. Analisar relação entre farmacêuticos e a equipe de saúde da emergência.
- 2.4. Relação intra e interprofissional.
- 2.5. Tomada de decisões (relação com chefia, governabilidade, cooperação etc)

### **3. Descrição dos procedimentos**

- 3.1. Sequencia realizada para determinada tarefa (comparar prescrito/realizado)
- 3.2. Quais são as tarefas que eles realizam? Quais eles desempenham todos os dias?
- 3.3. Deslocamentos: como os profissionais se movimentam nas unidades?
- 3.4. Identificar as potencialidades, as dificuldades e os desafios em relação aos serviços farmacêuticos para o processo de trabalho dos profissionais da emergência.

### **4. Descrição dos limites temporais**

- 4.1. Descrição sistemática dos eventos que condicionam o desencadeamento das tarefas: quais são os eventos que acontecem que os faz programar as tarefas? Quais são os eventos que interferem na tarefa? Como a temporalidade dos dois serviços se cruzam ou se conectam?

4.2. Tempo do profissional e da norma: qual o tempo de realização da tarefa, qual a urgência de cada membro de uma situação ser resolvida? Como se relacionam?

4.3. Momento de pausa (prescrita e efetiva)

#### **5. Categorias observáveis**

- Deslocamentos
- Direção do olhar
- Comunicações
- Posturas
- Observação em termos de ações ou de tomadas de informações
- Observáveis relativos ao sistema técnico e ao contexto
- Levar em conta a dimensão coletiva nos registros de observação

#### **6. Técnicas de registro**

- Registros manuais
- Gravação de áudio
- Observações instantâneas e contínuas

#### **7. Descrição da atividade observada**

- Ocorrência do evento
- Duração das categorias de observáveis
- Sequência de eventos
- Descrição cronológica

Referência:

GÜÉRIN, F. et al. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher, 2001.

## 11. APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data:

### Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. Identificação/codiname:
2. Profissão/cargo:
3. Idade:
4. Sexo:

### Parte II – DIA DE TRABALHO

5. Há quanto tempo você trabalha no hospital? E no setor? Qual sua jornada de trabalho?
6. Descreva seu dia de trabalho.

### Parte III – TRABALHO COM MEDICAMENTO

7. Que atividades relacionadas ao medicamento você desenvolve? Como você faz? Dê exemplos.
8. Imprevistos são frequentes nessas ações? Como você lida com eles?
9. Você desenvolve ações relacionadas aos medicamentos com outros profissionais? Quem te ajuda? Como é sua relação com eles?
10. Como a equipe organiza o trabalho com relação aos medicamentos?
11. Que fatores interferem nessas atividades? O que te atrapalha e o que te ajuda? Quais são as dificuldades e facilidade que você encontra?
12. Existem normas, rotinas, manuais que orientam o seu trabalho com medicamentos? Quem fez essas normas/rotinas/manuais? De que maneira são utilizadas por você e pela equipe?
13. Como é a sua autonomia para resolver e tomar decisões quanto às questões relacionadas aos medicamentos? Quem está envolvido nesse processo?
14. Você teria sugestões para atividades relacionadas aos medicamentos realizadas na emergência ou na farmácia para melhorar o seu trabalho ou a assistência?

## 12. APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **PROCESSOS DE TRABALHO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**, sob a responsabilidade da pesquisadora Rayane Maria Campos Lacourt. O projeto visa analisar os processos de trabalho da Assistência Farmacêutica (AF) na unidade de emergência do hospital universitário. Dessa maneira, busca-se refletir sobre os processos de trabalho dos profissionais envolvidos nas atividades envolvendo medicamentos e propor melhorias na prestação dos serviços.

A sua participação se dará por meio da observação do seu trabalho pela pesquisadora e por uma entrevista de aproximadamente 30 min, em local reservado de sua preferência, sobre o seu trabalho e como você o realiza, tendo em vista o seu papel na Assistência Farmacêutica. Caso, o Sr.(a) esteja de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. O(a) senhor(a) poderá se recusar a participar da observação e de responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo se retirar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Para evitar possíveis desconfortos, os roteiros de entrevistas utilizados nesta pesquisa foram feitas com base em instrumentos já validados e utilizados em pesquisas anteriores no hospital. Além disso, a pesquisadora possui experiência no campo.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome será mantido no mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na universidade, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta

pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Rayane Maria Campos Lacourt, pelo número 61 99125-1714, disponível inclusive para ligação a cobrar. Pode também contatar o(a) responsável pelo email [ray4mcl@gmail.com](mailto:ray4mcl@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### 13. APENDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante de pesquisa do projeto de pesquisa intitulado PROCESSOS DE TRABALHO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR, sob responsabilidade de Rayane Maria Campos Lacourt vinculado(a) ao/à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise dos dados gerados pela minha fala e para fins científicos, envolvendo apresentações em eventos como congressos, simpósios, seminários, entre outros que fomentem o ensino e a pesquisa.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem e/ou som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e ao som de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## 14. ANEXO A – CÓPIA DO PARECER DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROCESSOS DE TRABALHO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR

**Pesquisador:** Rayane Maria Campos Lacourt

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 92431818.6.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.908.578

#### Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores no PB Informações Básicas do Projeto:

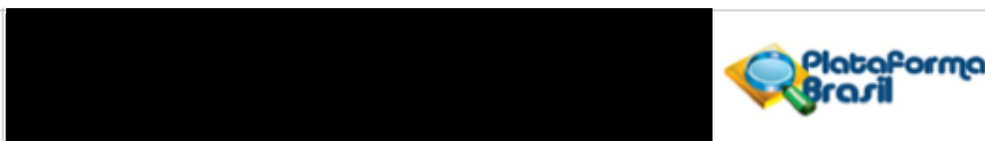
#### "Desenho:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do trabalho de profissionais de saúde."

#### "Resumo:

Os hospitais universitários vem passando por processos de reestruturação iniciados a com a vigencia do novo modelo de gestao implementado a partir da criacao da Empresa Brasileira de Servicos Hospitalares (EBSERH). Tal mudanca repercutiu na estrutura e organizacao da Assistencia Farmaceutica (AF) nos hospitais, ou seja, no conjunto das acoes que tem os medicamentos como insumos essenciais para promocao, protecao, prevencao e recuperacao da saude. Apesar do carater multiprofissional dessas acoes, o farmaceutico assume um papel chave, sendo sua atribuicao gerir essas atividades, uma vez que possui competencias nos campos administrativo, assistencial e consultivo. O grupo de atividades desse profissional, denominados servicos farmaceuticos, sao de extrema relevancia ao cuidado dos pacientes de emergencia, setores que recebem pacientes em condicoes muitas vezes criticas. Uma pesquisa multicentrica realizada em hospitais universitarios no Brasil, Franca e Argelia identificou dificuldades nas relacoes entre a farmacia hospitalar e a unidade de emergencia de um dos hospitais. Esse projeto propoe o estudo

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.908.578

dos processos de trabalho envolvidos na Assistência Farmacêutica da emergência de um hospital universitário para compreender como são realizados os serviços farmacêuticos e como se relacionam com o trabalho dos profissionais da emergência. A partir disso, é possível refletir sobre as formas de agir no sentido de proporcionar melhores serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa a ser realizada nos setores de emergência e na farmácia hospitalar de um hospital universitário com farmacêuticos e profissionais de saúde envolvidos em atividades da AF na emergência. A coleta dos dados consiste em observações do trabalho, entrevistas com os profissionais e levantamento de documentos norteadores dos processos de trabalho da AF no hospital. Será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo com o auxílio do software Atlas.ti para sistematização e categorização dos dados. A Ergologia consistirá no referencial teórico para as análises. A pesquisa iniciará após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da [REDACTED]."

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores no PB Informações Básicas do Projeto:

"Objetivo Primário:

Analisar os processos de trabalho da Assistência Farmacêutica (AF) na unidade de emergência de um hospital universitário

Objetivo Secundário:

1. Identificar as atividades da AF na emergência e os profissionais envolvidos. 2. Levantar as normas que orientam os processos de trabalho da assistência farmacêutica no hospital. 3. Desenhar o fluxo das atividades da assistência farmacêutica na unidade."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

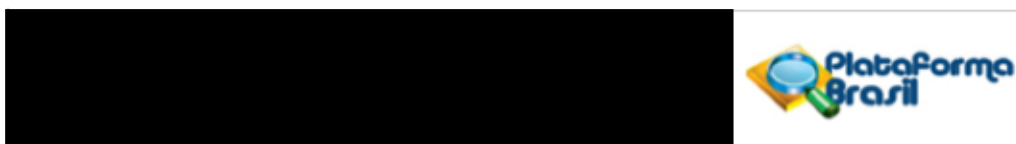
Segundo os pesquisadores no PB Informações Básicas do Projeto:

"Riscos:

Os trabalhadores que aceitarem participar do estudo passarão por uma entrevista e responderão perguntas que podem provocar desconforto. Para garantir a segurança dos participantes, os instrumentos de coleta foram elaborados com base naqueles aplicados na pesquisa multicêntrica. Ressalta-se também que a pesquisadora possui experiência de coleta de dados no local e estará disponível para sanar quaisquer dúvidas.

Os participantes serão esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e sobre





Continuação do Parecer: 2.908.578

eventuais desconfortos provocados pela coleta dos dados, sendo assegurado o anonimato de todos. Os profissionais incluídos podem desistir de participar em qualquer momento da pesquisa. Serão assinados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos informantes e pesquisadora em duas vias de igual teor.

**Benefícios:**

Os benefícios diretos da pesquisa consistem na produção de conhecimentos que possam auxiliar nas condutas de gestores, com foco nos processos de trabalho e nos serviços farmacêuticos em unidades de cuidado aos pacientes críticos. Propicia também uma reflexão da percepção dos profissionais nesse processo e os modos de fazer, de forma a contribuir com a melhora da qualidade do cuidado."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, que será executado por Rayane Maria Campos Lacourt sob a orientação e supervisão da Prof. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer.

A coleta de dados ocorrerá entre outubro de 2018 e março de 2019. E contará com 50 participantes, sendo estes todos funcionários no [REDACTED]. O recrutamento e a pesquisa acontecerá no [REDACTED] e o tempo previsto para a coleta de dados é de 30 minutos. Será aplicado um questionário, e a conversa será gravada para análise posterior.

O orçamento do projeto, de financiamento próprio, prevê gastos no total de R\$ 3.094,70 envolvendo gastos com impressão e transcrição

**"Critério de Inclusão:**

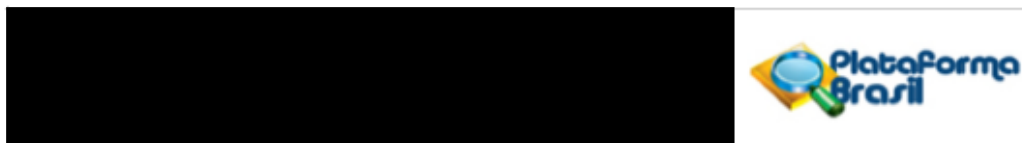
Serão recrutados para a pesquisa os participantes que: a) não apresentem histórico de doença neurológica ou psiquiátrica; b) sejam destros c) possuam o português brasileiro como língua materna; d) não tenham feito uso de medicamentos ou substâncias psicoativas, assim como de bebidas alcoólicas e/ou energéticas nas 24 horas que antecederem o experimento. Não haverá critérios de exclusão."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos analisados para a emissão do presente parecer:

1. Informações Básicas do Projeto – "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1122104.pdf",





Continuação do Parecer: 2.908.578

postado em 30/08/2018.

2. Termo de responsabilidade e compromisso informando ciencia e cumprimento dos termos da Resolucao CNS 466/2012 em versao editavel sem assinaturas - "Termo\_Responsabilidade\_resposta.doc", e assinado e digitalizado - "Termo\_Responsabilidade\_resposta.pdf", postados em 30/08/2018.

3. Projeto Detalhado da pesquisa ATUALIZADO - "Projeto\_CEP\_resposta.doc" e "Projeto\_CEP\_resposta.pdf" postado em 30/08/2018.

4. Modelo de TCLE ATUALIZADO - "TCLEresposta.docx" e "TCLEresposta.pdf" postado em 30/08/2018.

5. Currículo da pesquisadora orientadora - "Lattes\_orientadora\_resposta.pdf" postado em 30/08/2018.

6. Carta em resposta às pendências apresentadas pelo CEP no Parecer N. 2.826.033 - "Cartaresposta.pdf" e "Cartarespostaassinada.pdf" postada em 30/08/2018.

7. Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa - "Termo\_Autoriz\_Imagem\_Som.doc" e "Termo\_Autoriz\_Imagem\_Som.pdf" postado em 30/08/2018.

#### Recomendações:

Não se aplicam.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 2.826.033:

1. Foi postado apenas o documento Termo de Responsabilidade e Compromisso em formato editavel, sem assinaturas. Solicita-se a submissao do documento assinado pela pesquisadora responsavel, alem da correcao do titulo da pesquisa.

RESPOSTA: Corrijo o equivoco apontado e anexo o Termo de Responsabilidade e Compromisso devidamente assinado em versao PDF. Tal termo foi assinado na data de 4 de maio de 2018, data em que foi apresentado o projeto aos gestores do [REDACTED] para a requisitar a autorizacao da pesquisa no hospital.

Atualizo tambem versao editavel com nome correto do projeto.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. O projeto preve a gravacao de audio (som de voz) dos participantes de pesquisa, e portanto, o TERMO DE AUTORIZACAO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA, disponivel





Continuação do Parecer: 2.908.578

em <https://fs.unb.br/cep/modelos-de-documentos> deve ser adequado ao projeto e anexado na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: Anexo a plataforma, conforme solicitado, o TERMO DE AUTORIZACAO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA adaptado para a presente pesquisa.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Solicita-se que os currículos de todos os membros da equipe de pesquisa sejam anexados na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: O desenvolvimento do trabalho contara com a atuacao de apenas duas pesquisadoras, Rayane Maria Campos Lacourt (orientanda) e Magda Duarte dos Anjos Scherer (orientadora), cujos currículos estão anexados a plataforma. Observei, no entanto, que o currículo da professora, que consta no local "Currículo dos Assistentes", está desatualizado. Em resposta ao parecer, anexo a versão atualizada.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Na eventualidade do TCLE apresentar mais de uma página, o participante da pesquisa ou responsável e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo sua assinatura na última página do mesmo. Sugerimos que campos para rubrica sejam criados em cada folha do documento. Solicita-se que as páginas do documento sejam numeradas (ex: 1/1 e 1/2...), para garantir a integridade do documento.

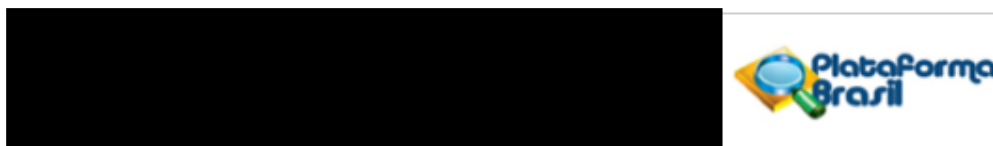
RESPOSTA: Atendo a solicitação de anexar o TCLE, em versão editável e PDF, com o devido espaço para rubrica do participante e do pesquisador responsável. Lembro que o TCLE anexado em ambas as versões já havia sido atualizado por versão paginada no dia 27 de junho, conforme requerido no dia 13 do mesmo mês.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Solicita-se que o Cronograma da pesquisa e o Orçamento sejam retirados do Projeto Detalhado. Mantelos em documentos separados.

RESPOSTA: Atualizo a Brochura de pesquisa em anexo sem os documentos de Orçamento e Cronograma, portanto com duas páginas a menos. Lembro que ambos já foram postos na plataforma na data de 06 de junho de 2018 separadamente, anexados nos espaços a eles destinados.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA



Continuação do Parecer: 2.908.578

6. Rever criterios de exclusao, eles nao sao a negacao dos criterios de inclusao. Para o participante de pesquisa ser excluido, ele devera ter atendido os criterios de inclusao, ou seja, ter sido incluido.

RESPOSTA: No texto anterior, constava a exclusao de profissionais lotados na propria emergencia, mas que tivessem menos de seis meses de trabalho no referido servico. Com a oportunidade de rever o item, optou-se pela retirada dos criterios de exclusao, uma vez que o hospital tem passado por processos de mudancas no quadro de profissionais e que tal fato e influenciador da construcao dos processos de trabalho, constituindo um possivel resultado que nao deve ser ignorado.

Texto original retirado do projeto (pagina 10, item 9.3): Serao excluidos profissionais que possuam menos de seis meses de servico no hospital ou que estejam afastados do trabalho por qualquer motivo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas.

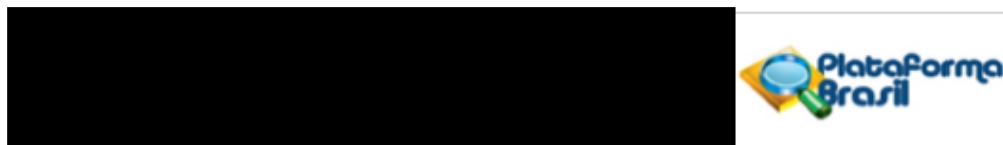
Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

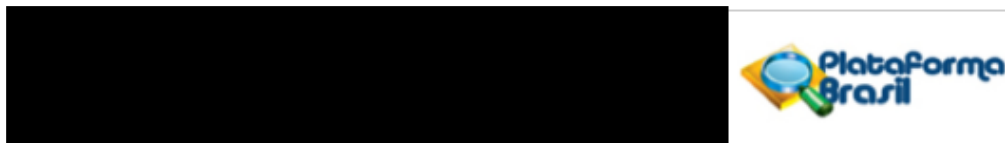
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1122104.pdf	30/08/2018 11:43:22		Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	30/08/2018 11:41:34	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Cartarespostaassinada.pdf	30/08/2018 11:41:11	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Lattes_orientadora_resposta.pdf	30/08/2018 09:20:04	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_CEP_resposta.doc	30/08/2018 09:15:21	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito



Continuação do Parecer: 2.908.578

Investigador	Projeto_CEP_resposta.doc	30/08/2018 09:15:21	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Termo_Autoriz_Imagem_Som.doc	30/08/2018 09:07:52	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Termo_Autoriz_Imagem_Som.pdf	30/08/2018 09:06:31	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_CEP_resposta.pdf	30/08/2018 09:03:14	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Responsabilidade_resposta.pdf	30/08/2018 09:00:17	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Responsabilidade_resposta.doc	30/08/2018 09:00:05	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEresposta.docx	30/08/2018 08:57:32	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEresposta.pdf	30/08/2018 08:57:15	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Responsabilidade.doc	27/06/2018 11:29:18	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/06/2018 11:24:30	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/06/2018 11:23:53	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.doc	07/06/2018 10:32:03	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Curriculo_lattes.pdf	07/06/2018 09:52:16	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Ciencia_Instituicao_Coparticipante.pdf	07/06/2018 09:49:30	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Instituicao_Coparticipante_FD.docx	07/06/2018 09:44:01	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Instituicao_coparticipante_E.docx	07/06/2018 09:42:05	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Ciencia_Instituicao_Coparticipante_ .pdf	07/06/2018 09:40:35	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Instituicao_Coparticipante_FD.pdf	07/06/2018 09:39:34	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Instituicao_coparticipante_E.pdf	07/06/2018 09:39:03	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito



Continuação do Parecer: 2.908.578

Outros	Carta_encaminhamento.doc	06/06/2018 19:15:32	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento.pdf	06/06/2018 14:43:00	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_CEP.pdf	06/06/2018 14:19:55	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/06/2018 14:11:00	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Cronograma	Cronograma_projeto.pdf	06/06/2018 00:39:07	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	06/06/2018 00:13:51	Rayane Maria Campos Lacourt	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 21 de Setembro de 2018

---

Assinado por:  
Marie Togashi  
(Coordenador(a))