

## O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais da enfermagem: o caso da medicação

The quality program in the hospital sector and the nursing activities: the medication case

Rosana Maria de Aguiar Guedes <sup>1</sup>  
Francisco de Paula Antunes Lima <sup>2</sup>  
Ada Ávila Assunção <sup>3</sup>

**Abstract** *The aim of this study is to analyze the quality policy implemented by the hospital management in the central chemistry and the characteristics of the medication activities performed by the nursing assistants (NA). The approach of the French School of Ergonomics was adopted. It was assessed the Hospital working situation and the activity performed by the nursing assistant in real time which have allowed to understand the difficulties faced by the workers and the strategies adopted to overcome them. It was observed that the working activity is part of an organizational paradox where the expected quality to fulfil the medication mission has been difficult to achieve, endangering, ultimately the assistance to the patients.*

**Key words** *Nursing assistant, Hospital, Medication, Work organization, Quality*

**Resumo** *O objetivo deste estudo é analisar a política de qualidade implementada pela gestão hospitalar na farmácia central e as características da atividade de medicar realizada pelo auxiliar de enfermagem (AE). Adotou-se a abordagem proposta pela escola francesa de ergonomia. Avaliou-se o funcionamento do hospital e estudou-se a atividade do trabalho do AE em tempo real, possibilitando compreender as dificuldades enfrentadas no cotidiano e as estratégias implementadas. Viu-se que a atividade de trabalho está inserida num paradoxo organizacional em que a qualidade exigida para o cumprimento da missão de medicar dificulta o cumprimento da própria tarefa, comprometendo, em última análise, a assistência ao paciente.*

**Palavras-chave** *Auxiliar de enfermagem, Hospital, Medicação, Organização do trabalho, Qualidade*

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina.  
Alfredo Balena 190,  
sala 8.009, Bairro Santa  
Efigênia, 30130-100,  
Belo Horizonte MG.  
rosanaguedes@terra.com.br.

<sup>2</sup> Departamento de  
Engenharia de Produção  
da Escola de Engenharia  
da UFMG.

<sup>3</sup> Departamento de  
Medicina Preventiva  
e Social da Faculdade  
de Medicina da UFMG.

## Introdução

As reformas no setor saúde apresentam metas de redução de gastos para atender ao objetivo de garantir o acesso universal enfrentando todas as dificuldades, em treelas, a transição demográfica e epidemiológica. Nessa linha, a maioria dos países tem implementado ajustes nos modelos de financiamento, na relação público-privado, na busca de orientação de flexibilidade em matéria de atenção, de custos e de recursos humanos. As mudanças são orientadas pela lógica da reestruturação produtiva, ou seja, a transformação decorrente da evolução tecnológica que aliada às mudanças organizacionais interfere no trabalho e suas relações.

O setor saúde convoca as ferramentas da qualidade como instrumentos facilitadores da gestão de processos e custos (Felicíssimo, 2001; Ramsey, 2002; Oliveira, 2000; Berwick, 1994; Neves, 2002; Zanon, 2000). Muitas são as razões para a qualidade no setor saúde. Do ponto de vista da gestão, citam-se o custo elevado da tecnologia médica, demandando racionalização e otimização de recursos, a demanda social por produtos e serviços de qualidade, a responsabilidade civil e criminal com aumento do número de litígios, a necessidade de padronizações de condutas médicas, reduzindo as variabilidades da prática clínica individual e, finalmente, a demanda pelo aumento da lucratividade nos hospitais-em presas (Berwick, 1994; Ministério da Saúde, 1999; Santana, 1994).

A atual política de qualidade em saúde enfrenta obstáculos para o seu cumprimento, dada a complexidade do trabalho no setor. Se de um modo geral ditar procedimentos padronizados vai ao encontro da variabilidade da produção e dos seus produtos, no caso da saúde o paradoxo é visível. A doença evolui, os sintomas mudam, cada caso é realmente um caso. A gestão da qualidade pretende interiorizar nos trabalhadores métodos e conceitos uniformes, por meio de práticas prescritas, desconsiderando o trabalho real. Ainda, tenta substituir os métodos empíricos por padronizações, objetivando oferecer elementos de controle e previsibilidade ao trabalho e a mecanização das atividades intelectuais do trabalho, buscando rotinas que inibem a autonomia e iniciativa do trabalhador (Machado, 1993; Ministério da Saúde, 2003).

*Como aplicar os métodos do modelo da qualidade total num sistema em que cada caso tem a sua singularidade?* Para Gurgel Jr & Vieira

(2002), a especificidade econômica e organizacional do setor hospitalar são obstáculos para a implementação da qualidade total em seus quesitos contemporâneos. Os autores citam: as prioridades não-mercantis de um setor que lida com vidas humanas, a difícil implementação da concorrência em países ou regiões onde há carência de serviços, a variabilidade da assistência face à particularidade dos casos, desinformação da população usuária com efeitos sobre o seu exercício de escolha, o consumo imediato à produção sem margens para controle prévio da qualidade, interesses corporativos distintos de seus diferentes profissionais, a resistência dos médicos aos métodos de controle e avaliação dos programas.

A eficiência e o aumento da qualidade, como lembra Lima (1996), não podem ser tratados como uma equação que resulta de uma mera redução de custos, de um aumento do uso da tecnologia, ou de uma intensificação do trabalho. Mishima *et al.* (2003), ao refletem sobre a postura dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de restringirem as questões dos recursos humanos às necessidades de contratação e alocação de pessoal para as Unidades de Saúde, lembram os limites da abordagem relação custo-benefício em busca da eficiência no setor saúde. Segundo os autores citados, outros parâmetros, como a subjetividade, deveriam ser considerados na administração dos recursos humanos do SUS, visto que *no desenvolvimento de seu trabalho, não só as questões objetivas a ele inerentes, ou seja, o que fazer, por que fazer, como fazer, lidando com a dimensão técnica de seu trabalho* estariam presentes.

Para Mishima *et al.*, os trabalhadores “imprimem seus modos específicos de compreender e realizar os seus projetos” e são capazes de “reconhecer problemas, analisar suas distintas conformações, assumir os conflitos presentes no dia-a-dia do trabalho, e, de forma imperiosa, buscar formas de reinventar / recriar as alternativas de trabalho.

No caso dos hospitais, devido ao custo do trabalho, são estabelecidas metas de aumento da produtividade para equilibrar o orçamento (Bittar, 1996). Mas os autores sugerem que o pessoal de saúde não pode ser visto somente como custo, uma vez que é protagonista dos processos de reforma (Poz *et al.*, 2000).

No Brasil, novos desafios se colocam para os sistemas implementados à luz dos pressupostos do SUS e suscitam, como se verá, a necessidade de uma estratégia de gestão que leve

em consideração o trabalho real em contraposição ao trabalho prescrito pelos gestores.

Vidal *et al.* (2000), pesquisadores no campo da ergonomia hospitalar, citam as adaptações e ajustes e regulações constantes dos processos hospitalares pelos trabalhadores visando corrigir incidentes que geram retrabalho. Os autores afirmam que “soluções prontas” alheias à cultura da organização e implementadas sem considerar as atividades reais dos processos-chave alimentam o funcionamento em modo degradado. Ora, a inadequação das condições de trabalho pode afetar tanto a quantidade como a qualidade dos serviços (Poz *et al.*, 2000).

A pesquisa que deu origem a este artigo se interessou em estudar possíveis relações entre a gestão da farmácia hospitalar e a atividade de medicar e evidenciar as estratégias e regulações utilizadas pelo auxiliar de enfermagem (AE) para tentar garantir a qualidade na assistência ao paciente (Guedes & Assunção, 2002; Guedes, 2003).

No caso da prestação do serviço medicar busca-se atender ao paciente em situação eletiva ou de urgência com pontualidade em seu tratamento medicamentoso correto no que concerne à administração e dose do medicamento. Para a gestão, a qualidade significa: medicamento certo, para o paciente certo, na dose certa, na via certa, na hora certa. O erro é frequentemente atribuído ao profissional da enfermagem, no entanto os autores informam que na maioria das vezes é decorrente de fatores organizacionais (Pepper, 1995; Wakefield, 1998).

O objetivo deste artigo é apresentar o esforço dos auxiliares de enfermagem para garantir a qualidade da medicação apesar dos constrangimentos provocados pela política de qualidade implementada na gestão da Farmácia que não considera o cotidiano e a complexidade do trabalho nas enfermarias.

## Materiais e métodos

O local de estudo passou por mudanças recentes. O hospital tem 30 anos de existência, caracterizando-se inicialmente por ser filantrópico, especializado em oncologia, com custeio pelo SUS e doações. A partir de 1996 transforma-se em hospital geral, com abertura do corpo clínico, incluindo custeio por meio de convênios e particulares.

Atualmente, o hospital possui 176 leitos distribuídos em especialidades clínicas e cirúr-

gicas. O SUS é responsável por 25% do seu custeio, os outros 75% provêm de convênios e particulares. Dentre os AEs, 249 (86% do pessoal de enfermagem) são auxiliares, 51% estão na faixa etária de 26 a 35 anos, 75% têm menos que quatro anos de admissão na instituição, 41% estão lotados nas enfermarias.

O hospital estudado, à semelhança de outros hospitais e diversos setores da economia, implantou novos métodos de gestão. Nesse contexto, houve a introdução de quesitos de qualidade instituindo-se a revisão de processos, estabelecimentos de índices e metas e Procedimento Operacional Padrão. Quanto ao último, destaca-se o procedimento referente à medicação: entrega da prescrição, recebimento e devolução de itens.

Anteriormente à mudança organizacional, o fluxo de medicação era descentralizado e cada posto de enfermagem tinha o seu estoque independente. O atual regime centralizado de materiais médicos e de medicamentos pretendia otimizar o controle de distribuição e estoque dos itens de consumo visando minimizar os custos da assistência, reduzir perdas e desperdícios e facilitar o processo de cobrança dos gastos do dia em SUS ou convênios.

A situação escolhida para análise foi a tarefa de medicar. A medicação é considerada um indicador de qualidade da assistência hospitalar. Ou seja, o número e o tipo de erros porventura cometidos são perturbações do sistema consideradas prejuízo para as metas de qualidade da assistência ao paciente.

O trabalho na medicação foi abordado utilizando-se de métodos da análise ergonômica do trabalho (Guérin, 2001; Assunção & Lima, 2003). Trata-se de uma abordagem que visa a conhecer o funcionamento e as situações de trabalho tornando possível compreender os seus determinantes. Os resultados da análise ergonômica permitem repensar e remodelar as situações de trabalho. As técnicas de coleta de dados facilitam apreciar a contribuição de cada indivíduo, reconhecer o seu aporte pessoal. Ela constitui-se em uma oportunidade para melhorar com base nas exigências dos postos e as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores.

A análise do trabalho contribui para entender as regras da organização, graças à objetivação dos dados sobre os quais elas são fundadas. No entanto, é importante lembrar que os resultados das análises poderão perturbar as relações de trabalho à medida que esdarece o trabalho real em oposição ao prescrito, revelando

os conhecimentos dos trabalhadores e os seus esforços para fazer mesmo sem ter os meios adequados.

### Procedimentos

Procedeu-se à exploração do funcionamento do hospital, utilizando dados referentes à história da instituição, bem como informações sobre as características do setor e organização da gestão da enfermagem. Para as observações globais da atividade, foram escolhidos, aleatoriamente, cinco AE. Inicialmente, a observação da atividade foi realizada sem interrupções pelo pesquisador e, posteriormente, foram utilizadas técnicas de verbalização provocada e registradas as verbalizações simultâneas à execução da tarefa dirigidas ao observador ou aos pacientes ou aos outros colegas.

Os sujeitos observados estavam lotados em diferentes postos, incluindo o bloco cirúrgico e foram acompanhados, cada um, por um período total de nove horas, durante diferentes horários e dias da semana diversificados, em plantões diurnos. Os resultados da primeira etapa do estudo ergonômico orientaram a elaboração do plano de observações sistemáticas para a segunda etapa.

Os auxiliares foram observados levando-se em conta as diferenças dos postos quanto à concentração de auxiliares, ao perfil nosológico (oncologia no Posto A e diversas clínicas no Posto B) e quanto ao tipo de custeio (SUS no Posto A e convênio/particulares no Posto B).

Os horários de observação foram variados, considerando as diferenças do conteúdo e do volume de tarefas: plantões de final de semana, em turnos da manhã e tarde e, durante a semana, em turnos da manhã. Os horários de observação abrangem situações diversas, tais como: presença de estagiários (durante os dias úteis), presença de supervisão direta (durante os dias úteis) e indireta (final de semana), momento da chegada de medicamentos, horários de visitas, situações de ausência do funcionário com ou sem substituição. Foi possível elaborar a crônica da atividade de dois AE em regime de plantão de 12 horas, nos postos A e B, que, a seguir, foi decomposta segundo as seguintes categorias de análise: ausência de medicamentos no posto; situações de intercorrências; utilização da estratégia da *farmacinha* ou empréstimo ou modelo 31; atraso na administração da medicação. Para a compreensão das estratégias dos AE visando a equilibrar o

sistema foram destacados os seguintes componentes do trabalho: a prescrição médica, a entrega de pedidos para a farmácia, o recebimento das conferências dos medicamentos, preparação e administração e checagem no prontuário.

Simultaneamente às observações do comportamento, registrou-se o conteúdo da verbalização provocada e da verbalização simultânea à execução da tarefa e confrontação dos dados. Essa etapa teve a duração de 68 horas.

Foram realizadas observações e entrevistas semi-estruturadas no setor Farmácia, com a auditoria interna e supervisão de enfermagem (Posto B) a fim de entender a lógica da organização do trabalho. Os dados obtidos foram discutidos com a direção do hospital e confrontados com os AE.

### Resultados

A farmácia centralizada foi elaborada para permitir, teoricamente, controlar o estoque via entrada e saída de material médico e medicamentos, assim como a elaboração do custo do tratamento médico, no aspecto medicação, utilizando, para tais finalidades, o recurso de leitura ótica e código de barras. O custo final será encaminhado para o faturamento que, em última análise, fará a cobrança.

A tarefa de medicar reveste-se de responsabilidade, uma vez que o erro pode trazer consequências graves para o tratamento do paciente. Observou-se, durante a atividade de medicação, a exigência de conhecimentos específicos, memorização de nomes e, sobretudo, a tendência para não trocar medicamentos ou cometer equívocos nas doses.

Numa situação de rotina, a tarefa de medicação engloba a leitura e o entendimento da prescrição médica, a separação e a preparação de tais medicamentos, a administração e a anotação do procedimento nos prontuários (checagem). O médico, em circunstâncias eletivas, faz a prescrição que é encaminhada para a Farmácia a fim de ser dispensada, dentro dos horários preestabelecidos. Diante de uma intercorrência, o médico reavalia o paciente e poderá fazer uma nova prescrição, que, em tese, é liberada de imediato pela Farmácia. Após esse trâmite, os medicamentos são dispensados, o mais rápido possível, por exemplo, pode ser no momento da entrega da prescrição ou até várias horas após, de acordo com o fluxo e a disponibilidade do setor Farmácia.

A figura 1 ilustra a organização temporal do trabalho de um AE observado. Vê-se que a maior parte da jornada de trabalho é dedicada aos atos visando medicar o paciente. A importância deste procedimento no trabalho do AE pode ser confirmada tendo como variável o número de procedimentos realizados por ele durante 12 horas de observação. Vale, contudo, ressaltar que os horários expostos na figura 1 podem flutuar, mantendo-se, geralmente, na faixa horária especificada.

No Posto A, 34,9% (30 procedimentos) e, no Posto B, 33,7% (27 procedimentos) do total de atos diz respeito à medicação.

Quanto à duração (minutos) dos atos de medicar, confirma-se a sua predominância quando comparado aos outros atos do AE que compõem a sua jornada. No Posto A, 24,7% (178 minutos) do tempo é destinado aos referidos atos, e no Posto B, 21,4% (154 minutos). Vê-se que apenas os atos administrativos ultrapassam, em tempo, aqueles destinados a medicar o paciente (Tabela 1).

Em suma, a medicação é grande parte da jornada do AE, sendo responsável pela maioria dos procedimentos realizados em termos de número e de duração, excetuando a pausa para almoço e outros.

**Figura 1**

Organização temporal real do trabalho de um auxiliar de enfermagem.

	Medicação	Atos higiene/ alimentação	Atos organiz.	Atos admini- strativos	Atos técnicos	Pausa para refeição e outros
7h						
8h						
9h						
10h						
11h						
12h						
13h						
14h						
15h						
16h						
17h						
18h						
19h						

**Tabela 1**

Número e duração (min.) dos procedimentos realizados por um AE durante 12 horas de observação em cada posto.

Grupos de Procedimentos	Nº procedimentos		Duração procedimentos (min)		Nº procedimentos		Duração procedimentos (min)	
	Posto A		Posto A		Posto B		Posto B	
	no	%	no	%	no	%	no	%
Administrativos	19	22,1	156	21,7	34	42,5	81	11,2
Técnicos	25	29,1	104	14,4	7	8,7	78	10,8
Medicação	30	34,9	178	24,7	27	33,7	154	21,4
Hig/alimentação	7	8,1	33	4,6	8	10	62	8,6
Organização	5	5,8	90	12,5	4	5	37	5,1
Pausa para refeição e outros	–	–	159	22,1	–	–	308	42,8
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>720</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>720</b>	<b>100</b>

Observados de maneira detida, foi possível compreender as relações imbricadas entre a gestão da Farmácia Central e o cuidado ao paciente. Apesar de existir uma regra em relação ao horário das prescrições, é possível que o médico atrase sua realização, elaborando-a após 12 horas.

Em fluxo contínuo, um atraso gera outro prejudicando a entrega dos medicamentos previstos para 15h30, que, por sua vez, repercute no horário da administração dos medicamentos aos pacientes, previsto para 16 horas. Em situação de atraso, qualquer outra intercorrência provoca perturbação na tarefa como ilustra o caso a seguir.

Existe uma pressão temporal decorrente da entrega dos medicamentos em torno de 16 horas, pois, num curto intervalo de tempo, o AE terá que preparar toda a medicação desse horário e conferir todos os medicamentos para as próximas 24 horas.

A prescrição realizada às 17h42 provocou um atraso na administração da medicação que deveria ter sido dada às 16 horas do respectivo dia. O AE tentou tornar o atraso da prescrição, permanecendo junto do paciente e seu acompanhante, aguardando a realização da prescrição. Porém outra perturbação, além do atraso, surge: equívoco na entrega dos itens. AE verifica que a Farmácia mandou o medicamento Ranitidina em vez do Omeprazol, vai ao telefone e comunica-se com a Farmácia, que reconhece o erro. AE dirige-se à Farmácia (três andares abaixo) para realizar a troca (a secretária não estava disponível para esta atividade). Às 18h30, a medicação foi administrada, ou seja, com 4h30 de atraso. Além do planejamento temporal, outro componente do trabalho a ser administrado pelo AE é a sobreposição dos médicos que cuidam do mesmo paciente. Viu-se que não existe uma hierarquia para proceder à prescrição realizada por cada médico que cuida do paciente. Não houve uma somatória de prescrições que podem se superpor ou se contrapor.

Em todas as clínicas a prescrição, teoricamente, ocorre em sete e 12 horas, e o processo de liberação e administração dos medicamentos ocorre do mesmo modo, isto é, são liberados medicamentos para todas as prescrições que foram feitas pelos vários médicos, ainda que os medicamentos sejam os mesmos, cabendo ao AE supervisionar a superposição e buscar os medicamentos junto aos médicos, o que, na maioria das vezes, não é tranquilo e gera atrasos.

Os modelos da prescrição não são unificados, pois um mesmo medicamento pode ter mais de um nome comercial e várias apresentações. Podem, ainda, ser nomeados pelo princípio ativo, pela marca comercial ou possuir um nome genérico. A Farmácia, por sua vez, escolhe o medicamento pelo critério do preço no mercado. O AE, ao ler a prescrição e conferir com a dispensação da farmácia, pode se deparar com uma situação inesperada cujo resultado não contribui para a qualidade da assistência ao paciente: *Está vendo, o médico prescreveu o remédio de 1 grama e vem um remédio de 1,2 gramas. Ai eu dou assim mesmo. Todo mundo dá. É bom que o paciente se ajeite mais rapidinho.*

Não são raras as ocasiões que convocam a iniciativa do AE para evitar o erro, entre os quais cita-se o caso em que ao verificar a prescrição: *Insulina regular 10 U à noite e 15 U pela manhã (horário padrão é 18 e 6 h), o AE questiona: Se eu tenho que fazer 10 U de insulina agora e ela abaixa a glicose de repente e 1 U de insulina abaixa 10 mg% de glicemia, eu não posso dar isto para o paciente, pois a glicemia dela deu 170 mg%. Eu vou ligar para o médico se não ela pode morrer com esta medicação.*

A médica, ao chegar, elogia a atitude do AE modificando a prescrição. Observa-se, nesse caso, a capacidade do AE em captar a informação e modificar a conduta prevista. Ou seja, ele sabe que a regra é desconfiar da regra, pois a prescrição médica pode ser inexata. Por isso, ele tomou a decisão de chamar o médico e demonstrar a sua dúvida, que em tese contrariaria a hierarquia.

Além da variabilidade imprevista, o AE lida com fatores previstos de variabilidade, por exemplo, o médico prevenindo possíveis quadros na evolução prescreve, *se necessário* em caso de: febre, náuseas, vômitos ou, até mesmo, dor. A administração dos medicamentos “se necessário” fica por conta do AE. Esta decisão de medicar *se necessário* traz em si a variabilidade do ato, pois ela não significa efetuar a medicação prescrita, mas avaliar a sua necessidade.

Observa-se que os efeitos da política de eliminar o estoque de medicamentos no posto de enfermagem sobre a qualidade da assistência ao paciente se fazem notar fortemente em situações de variabilidade tais como urgências ou intercorrências, sendo necessário percorrer um fluxo formal de liberação de medicamentos que pode provocar comprometimento da qualidade do tratamento médico, com forme pode ser observado no caso citado a seguir.

Está previsto que somente os medicamentos prescritos para as próximas 24 horas estejam disponíveis nos postos de enfermagem. Na prática, o trabalho fica perturbado pois é comum a ausência de medicamentos no posto de enfermagem devido ao atraso na entrega dos itens programados pela Farmácia ou ainda situações de intercorrências e prescrições realizadas fora do horário-padrão que solicitam o medicamento faltante.

Observa-se que a ausência de estoque formal no posto de enfermagem dificulta a implementação da prescrição ainda que ela seja eletiva, conforme ilustra a situação observada abaixo: *O médico passou às 7h da manhã e prescreveu este soro que chegou agora às 15h30. Está certo que eu sabia que não era urgência, mas ele [o paciente] ficou até agora sem a medicação. O paciente está hidratado, está bem e o esquema é a 20 gotas/minuto, sem eletrólitos ou medicamentos, portanto, era só para manter veia. Se o médico chegasse agora e visse essa situação, ele poderia redamar para a supervisão. E por mais que a supervisora saiba dessa situação da Farmácia ou de nossas reivindicações, a gente leva punição.*

Em uma situação, AE fez contato com o plantão médico relatando que a paciente do apartamento 39 estava com dor e já tinha sido medicada com Dipirona e Codeína, mas sem melhora. A família demonstra a angústia diante da dor de seu próximo, entra e sai do apartamento em direção ao posto de enfermagem, às vezes sem dizer nada, mas impondo sua presença à AE. Por telefone, o médico prescreveu mais cinco gotas de Codeína. A AE resolveu medir a pressão antes do procedimento e verificou 90/60 mmHg e achou prudente não dar a medicação que poderia piorar a hipotensão, segundo seu relato. Tencionei novo contato com o médico e, até as 17h15, o médico plantonista não havia respondido ao chamado apesar de ter sido bipado três vezes e ter sido procurado a tivamente pela própria AE por telefone. A AE demonstra angústia e diz: *Eu tenho dó. A paciente está sentindo muita dor e é tão velhinha e o médico não responde o bip.* Às 17h20, o médico chega e prescreve outro tipo de medicamento que não constava da prescrição anterior. Ou seja, não estava disponível no posto. A AE verifica com seus colegas se alguém tem a medicação para *emprestar* até que ela seja reposta: “Eu vou pegar, mas pago, viu gente”. Ela prepara a medicação e administra às 17h23. A secretária foi buscar na Farmácia para repor o estoque do

posto vizinho, chegando com o medicamento às 18h05. Se não fosse a estratégia do AE, o paciente teria de agüentar a dor por mais 42 minutos. No caso acima descrito, o AE torna a situação de urgência sem a presença do médico, da mesma forma que com a presença do médico, na vigência de falta de medicamentos no posto.

Ressalta-se, nesse exemplo, que o AE, a fim de proteger o paciente, estabelece estratégias para garantir a qualidade do tratamento, independentemente da formalidade da instituição, como tomar emprestados temporariamente os medicamentos de outros pacientes. No entanto, a estratégia bem-sucedida não elimina a necessidade de rever a política de centralização da farmácia, dada a possibilidade de o posto vizinho não ter o medicamento ou de o seu paciente ter que usar a medicação naquele mesmo momento.

Assiste-se, na observação do ato de medicar, ao choque entre os objetivos da organização e a qualidade da assistência em virtude da estrutura organizacional, pois a política centralizada de estoques de medicamentos na farmácia não contempla situações de variabilidades, sendo necessário seguir um fluxo formal de dispensação que pode comprometer a qualidade do atendimento ao paciente.

Diante das perturbações causadas pela não disponibilidade do medicamento necessário na hora certa, os trabalhadores tomam empréstimo de um estoque informal denominado *farmacinha*.

No final de um plantão, por volta das 18 horas, chegam dois pacientes do bloco cirúrgico. Enquanto a secretária sobe até à Farmácia para pegar os medicamentos para o paciente do leito 23, chega o paciente do leito 22. Ao retornar, o AE solicita à secretária voltar para pegar o medicamento do paciente do leito 22. Ao proceder à medicação para o leito 23 recém-liberada da Farmácia Central, o AE percebe que houve erro: *estão faltando três ampolas de gentamicina... Subiu agora... Vocês separaram agora... Eu não estou achando... Depressa, o plantão está terminando... Por isso que eu não gosto de pegar medicação no final do plantão... Então manda de qualquer jeito. Se eu achar eu devolvo.*

Procura com colegas, não acha. Procura na *farmacinha* e encontra. Às 18h49, o AE, nitidamente cansado: *Eu ia até medicar a paciente do leito 22, mas não deu porque ela chegou às 18h40. Será que dá para você começar agora e depois entrar no horário-padrão.* O AE lê a prescrição

ju n to com o colega, faz evolução no pron tuário e vai em bora corren do para bater o pon to.

Observou-se uma situação de ausência do medicamento prescrito para o sintoma de dor no posto de enfermagem. O paciente chegou do bloco cirúrgico em pós-operatório com sua prescrição, feita pelo seu médico cirurgião. Entre outros constava remédios para dor: *Nubain, 1 ampola, diluído em SGH – 8 ml: administrar 3 ml EV, de 4/4 horas se dor forte e Dipirona, 1 ampola, EV, até de 6/6 horas, se dor forte ou febre*. Pelo fato de o paciente ter chegado do bloco cirúrgico após as 12 horas (horário-limite para entrega na farmácia das prescrições do dia), a prescrição médica elaborada dentro do ambiente cirúrgico foi encaminhada à farmácia somente às 16h12, havendo superposição de atrasos em virtude do horário de almoço da secretária, que não pôde entregar a prescrição na farmácia mais cedo. Conseqüentemente, a entrega do medicamento também ocorreu após o horário-padrão estabelecido de 15h30. OAE, diante da situação, adotou a estratégia de empréstimo da *farmacinha*, garantindo o conforto do paciente, que recebeu a medicação às 15h10, graças à estratégia operatória estabelecida, em vez de recebê-la às 17 horas, horário da chegada da medicação.

Esse estoque é gerado a partir de excedentes de medicamentos decorrentes de alterações na prescrição original ou de situações de óbito ou alta hospitalar. Estrategicamente o grupo separa alguns itens que eles supõem serem importantes para o *estoque informal*. Segundo eles: *quando temos que preparar seis soros para seis pacientes na mesma hora, a gente usa uma agulha e uma seringa para preparar todos, apesar de vir da farmácia uma seringa e uma agulha para cada paciente. Vai haver uma sobra que a gente vai estocar de acordo com a necessidade*.

Os AE não devolvem para a Farmácia todo o material não utilizado durante as 24 horas da vigência da prescrição (medicamentos e material médico hospitalar). Esse excedente pode ser fruto de um tipo de economia: *A gente usa uma ampola diluída conforme a prescrição médica e, o que sobra na ampola, a gente protege e usa para as doses seguintes*.

Portanto, a *farmacinha* virtual constitui-se numa estratégia de regulação dos constrangimentos de origem técnico-organizacional vivenciados nas situações imprevistas ou fora dos padrões e normas estabelecidos.

Vê-se, daramente, o estágio de antecipação utilizando-se de economia de recursos sabidamente preciosos em momentos em que as mar-

gens técnico-organizacionais serão estreitas, comprometendo a qualidade.

As *sobras* deveriam ser devolvidas e estornadas das contas dos pacientes, evitando sua cobrança. Mas, utilizando um critério de *usabilidade*, os AE selecionam os itens que seriam de maior auxílio na prática diária do cumprimento da tarefa de medicar. Esse critério é determinado pela frequência de situações de necessidade daquele item, em momentos em que ele não estava disponível.

O conteúdo da *farmacinha* é compartilhado pelas diversas equipes de AE que se sucedem naquele posto, em seus diversos turnos de trabalho, observando-se uma preocupação em estocar medicamentos para atendimentos de urgências, como, por exemplo, medicamentos para dor, vômito e outros problemas gástricos, urgências cardiológicas, soros e, eventualmente, antibióticos, além de seringas, agulhas e equipamentos para os soros, como pode ser ilustrado a seguir.

Evidencia-se que o conteúdo do estoque, além de ser compartilhado por colegas do mesmo posto, também é utilizado por AE de outros postos, como pode ser verificado a seguir:

*Eu vim pegar emprestado [three way] até a farmácia encaminhar, porque lá no posto “3 e 4”, a gente não tem.*

*Todos os postos vêm buscar medicamentos e material no Posto A. Aqui é pacote e a gente tem mais possibilidade de fazer reserva. As coisas não são tão contadinhas que nem no convênio.*

A utilização da *farmacinha* não dispensa o envio, à farmácia, das novas prescrições médicas realizadas face às situações de urgência, independentemente do AE ter disponível no estoque regulador o medicamento em questão, pois o AE tem de justificar a medicação administrada ao paciente, e para tanto deve haver um registro da dispensação da medicação da farmácia (Quadro 1).

Se por um lado, a *farmacinha*, conhecida de todos e aceita informalmente pela gestão, não fica escondida como atesta a figura 2, por outro lado, provoca distúrbios nas contas. A Farmácia lê o registro e cobra uma ampola por horário de medicação, mas, na realidade, metade foi armazenada para outra ocasião sem ter retornado à Farmácia Central. Ou seja, os efeitos econômicos da estratégia da *farmacinha* se fazem presentes no pagamento das contas hospitalares pelos convênios.

A elaboração da conta pela Farmácia é feita no momento do registro de saída, ou seja, a dispensação do medicamento. Entende-se que, ca-



**Quadro 1**

Material disponível no “estoque regulador” ou farmacinha

Material médico	Medicamentos	
01 jelco	05 ampolas de NaCl	03 ampolas de Complexo B
01 equipo	11 ampolas de KCL 10%	02 ampolas de Dexametasona
05 agulhas	01 comprimido de Lasix	02 ampolas de Diclofenaco de Sódio
14 seringas de 20 ml	01 comprimido de Clonidina	01 ampola de Furosemida
01 extensor	01 comprimido de Fenitoína	01 ampola de Dimedrina + Piridoxina
01 seringa de 10 ml	03 comprimidos de Bromazepam	04 ampolas de Dimorf
01 seringa de 5 ml	01 comprimido de Prednisona	01 ampola de Prometazina
01 seringa de 3 ml	02 comprimidos de Isossorbida	01 ampola de aceína
	02 comprimidos de Digoxina	02 ampolas de haloperidol
<b>Soros</b>	01 comprimido de Espironlactona	06 ampolas de glicose a 50%
2000 ml NaCl a 0,9%	03 ampolas de Heparina	01 ampola de Depomedrol
03 frascos de Ringier Lactato	22 ampolas de Metoclopramida	01 ampola de Ranitidina
07 frascos de SF 0,9%	02 ampolas de água destilada	01 ampola de Cloridrato de Petidina
		02 ampolas de escopolamina

**Figura 2**

Foto ilustrativa da “farmacinha”, no Posto A.



so haja formação de estoque regulador, haverá o registro da dispensação da medicação pela farmácia com a subsequente geração da conta médica, porém não haverá o registro do gasto do medicamento com aquele paciente.

O convênio, ao auditar a conta do paciente para efetuar o pagamento à instituição, basear-se-á na checagem realizada pela enfermagem para considerar válido o gasto feito com a medicação e pagar o seu respectivo custo, independentemente de ter sido esse remédio proveniente da *farmacinha* ou da Farmácia Central. A discrepância entre os registros gera glosa por parte do convênio, pois não há coerência entre

o prescrito-dispensado-gasto, devendo a instituição, em última análise, arcar com o custo do medicamento enquanto ele estiver formando o estoque regulador.

O medicamento da *farmacinha* utilizado noutro paciente, nesse momento, voltará a integrar o circuito prescrição-dispensão-medicação e será pago pelo convênio. Mas nesta condição, nova prescrição médica foi gerada para essa intercorrência, e nova liberação pela Farmácia também. Dessa forma o medicamento continuará à margem do circuito oficial da distribuição de medicamentos, sendo lotado no estoque regulador e custeado pela instituição.

A Farmácia Central, diante do seu controle de estoque, mantém a rotina de compra para reposição dos itens dispensados. A farmácia recebe a devolução de uma grande quantidade de itens do estoque regulador sem identificação do paciente de origem, dificultando o estorno nas respectivas contas.

## Discussão

Os resultados obtidos permitem afirmar que o modelo de gestão da Farmácia com promete o controle de custos e a assistência ao doente. A formação do estoque regulador gera glosas na conta do paciente, pois há descontrole dos itens dispensados pela Farmácia e aqueles efetivamente gastos no seu tratamento.

A instituição em ten de que as glosas nas contas, por parte dos convênios, ocorrem por erros nas anotações dos AE. Ora, os resultados colocam em evidência o contrário: o esforço dos AE em cercar o erro, em garantir a qualidade da prescrição, em estabelecer estratégias de antecipação para minimizar o sofrimento do paciente.

O estudo ergonômico de Silva & Vidal (2000) apresentam resultado semelhante ao mencionar a formação de pequenos estoques nos chamados dienas internos do hospital no contexto da gestão hospitalar que também visava otimizar recursos e reduzir custos no setor de farmácia. Os autores sinalizam a falta de sintonia entre a complexidade dos processos e as tarefas executadas por seus agentes e as rotinas de trabalho prescritas para o setor. O caráter essencial da farmácia no funcionamento do hospital é enfatizado pelos autores, que citam a relevância de suas rotinas internas, as quais devem, segundo eles, ser cuidadosamente consideradas em qualquer plano de organização do setor.

Suscita-se, assim, a problemática dos objetivos dos programas de qualidade para o funcionamento hospitalar, onde as circunstâncias em que o trabalhador se encontra para operar entram em choque com as tentativas de padronização, pois o ambiente é complexo, singular, incerto e subordinado a princípios éticos e legais que normatizam o setor (Gurgel Jr & Vieira, 2002).

A atividade da medicação estudada é complexa, pois as atividades elementares são instáveis ao longo do tempo; exigem tomada de decisões sem que todos os elementos para optar estejam disponibilizados no momento; e têm sua governabilidade compartilhada entre outros agentes (Vidal, Gomes & Bencheikroun, 2000).

Viu-se que introdução de métodos rígidos de controle dos medicamentos interferiu no cuidado ao paciente, gerando efeitos negativos sobre a qualidade da assistência prestada, os quais nem sempre foram minimizados pelas estratégias individuais e coletivas de antecipação e contorno das dificuldades como descrito acima.

Pode-se prever, como anunciam Mauro & Cupeño (2001) em um estudo ergonômico, uma associação entre a variabilidade das atividades com o estresse vivenciado pelos profissionais da enfermagem originado da atenção e concentração necessárias à execução de planos terapêuticos sem erros em um ambiente incerto como descrito acima. Dito de outro modo, a inexistência de uma logística eficaz, para usar os termos de Silva e Vidal (2000), na distribuição do material solicitado com tribuição para o aumento da carga cognitiva, também mencionada por Santos *et al.* (2001) ao analisarem o trabalho nas enfermarias de um hospital universitário.

No seu estudo sobre atendimento ao público, Ferreira (1999) o define como uma atividade social mediadora que coloca em cena a interação de diferentes sujeitos em um contexto específico, visando responder a distintas necessidades. Segundo o autor, resulta de um processo de múltiplas facetas que se desenrola em um contexto institucional, no qual os objetivos, os processos organizacionais e a estrutura existente são elementos essenciais conformadores da situação de atendimento. Em suma, os elementos tratados pelo autor podem ajudar a entender o trabalho dos profissionais de saúde como uma mediação entre as finalidades do sistema e as demandas do usuário, nem sempre coerentes entre si.

Viu-se que os auxiliares de enfermagem conseguem responder às perturbações; eles se antecipam aos eventos que poderiam gerar perda da qualidade, por exemplo, ausência de medicamento no posto. Assim, eles evitam os distúrbios que provocariam medicamento errado, para o paciente errado, na dose errada, na via errada, na hora errada. No entanto, as estratégias desenvolvidas e mobilizadas não são totalmente reconhecidas pela gestão.

As competências dos AE tornam possíveis os ajustamentos da tarefa, já mencionados em estudos realizados em um hospital por meio do desenvolvimento de processos adaptativos e reflexivos em interação com o ambiente técnico e social (Vidal *et al.*, 2000).

As estratégias implementadas não são reconhecidas oficialmente pela administração central de medicamentos, apesar de fundamentais

para garantir os objetivos de qualidade da instituição e, também, geradoras de custos. Os resultados obtidos permitem evidenciar a contradição entre a organização formal do trabalho e o seu objetivo de qualidade, lembrando o dinamismo da renovação constante do setor saúde oriundo da escalada científica que dificulta, entre outros, a padronização dos proce-

sos nos programas de qualidade (Gurgel Jr. & Medeiros, 2003).

Os programas de qualidade teriam a ganhar, se analisadas as atividades reais dos trabalhadores, e abririam uma via para solucionar o baixo impacto dos métodos de gestão da qualidade sobre os custos do setor saúde que priorizam os aspectos instrumentais.

## Colaboradores

RMA Guedes realizou o trabalho de campo; é autora da dissertação de mestrado que deu origem a este artigo tendo sido orientada por AA Assunção & FPA Lima. Todos os autores contribuíram para a elaboração do artigo, sendo que a redação final e a revisão foram realizadas por AA Assunção.

## Referências bibliográficas

- Assunção AA & Lima FPA 2003. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho, pp. 1767-1789. In R Mendes (org.). *Patologia do trabalho*. 2ª edição revisada e ampliada. Editora Atheneu, São Paulo.
- Berwick DM, Godfrey AB & Roessner J 1994. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. Makron books, São Paulo.
- Bittar OJN 1996. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista de Saúde Pública* 30(1):53-60.
- Felicíssimo A et al. 2001. *Manual de Orientação aos Hospitais Participantes*. Ed. Atheneu, São Paulo.
- Ferreira MC 1999. *Serviço de atendimento ao público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórico-metodológica em ergonomia*. IX Congresso da Associação Brasileira de Ergonomia [CD-ROM]. Salvador.
- Guedes RMA & Assunção AA 2002. *A incompatibilidade entre a natureza da tarefa do auxiliar de enfermagem e a organização do trabalho: o caso da distribuição de medicamentos numa Instituição hospitalar*. XII Congresso Brasileiro de Ergonomia [CD-ROM]. Recife.
- Guedes RMA 2003. *A incompatibilidade entre a natureza da atividade do auxiliar de enfermagem e a organização do trabalho: o caso da distribuição de medicamentos numa instituição hospitalar*. Dissertação de mestrado. Escola de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A 2001. *Compreender o trabalho para transformá-lo. A prática da ergonomia*. Edgard Blucher Ltda, São Paulo.
- Gurgel Jr. GD & Vieira MMF 2002. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Gênia e Saúde Coletiva* 7(2):325-334.
- Gurgel Jr. GD & Medeiros KR 2003. Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais, pp. 37-44. In Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Fiocruz, Rio de Janeiro
- Lima FAP et al. 1996. *Qualidade da produção, qualidade dos homens: aspectos sociais, culturais e subjetivos da qualidade e da produtividade*. Sociedade Editora e Gráfica de Ação Comunitária, Belo Horizonte.
- Machado IRS 1993. Controle da qualidade total: uma nova gestão do trabalho, uma nova pedagogia do capital. *Revista SINPRO* 1:19-29.
- Mauro MYC & Cupello AJ 2001. *O trabalho de enfermagem hospitalar: uma visão ergonômica*. XI Congresso Brasileiro de Ergonomia [CD-ROM]. Gramado.
- Mishima SM, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S 2003. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor / trabalhador, pp. 137-156. In Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Fiocruz, Rio de Janeiro
- Ministério da saúde. *Organização Nacional de Acreditação*. Disponível em <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em 10/04/03.
- Neves SJA et al. 2002. Características específicas da implementação de estratégias de melhoria da gestão na área de saúde. *Revista de Administração em Saúde* 4(16):33-38.
- Oliveira PAB 2000. *Estudo ergonômico da cooperação entre ensino e serviço em um hospital universitário: a atividade de parterner em formação exercido pelo médico residente de quarto ano*. X Congresso Brasileiro de Ergonomia [CD-ROM]. Rio de Janeiro
- Pepper GA 1995. Errors in drug administration by nurses. *American Journal Health-Syst Pharmacy* 52(15):390-395.
- Poz MD, Galin P, Novick M, Varella T 2000. *Relaciones laborales en el sector salud. Propuesta Interagencial OPS-Cepal-OIT*. Organización Panamericana de la Salud, Quito
- Ramsey C et al. 2002. Estratégias centradas no resultado reduzem custos. *Revista de Administração em Saúde* 5(17):27-32.
- Santana JP 1996. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. *Revista Divulgação e Saúde para Debates* 14:435-442.
- Santos PRA et al. 2001. *A análise ergonômica do trabalho nas enfermarias de clínica médica de um hospital universitário*. XI Congresso Brasileiro de Ergonomia [CD-ROM]. Gramado.
- Silva PSS & Vidal MCR 2000. *Ação ergonômica na logística hospitalar*. X Congresso Brasileiro de Ergonomia [CD-ROM]. Rio de Janeiro
- Vidal MCR, Gomes JO, Benchekroun TH 2000. A terceirização de um hospital de grande porte sob a ótica da ergonomia de sistemas complexos: contribuições teóricas e metodológicas para uma macroergonomia situada de organizações em rede. *Revista Ação Ergonômica* 1(1):10-42.
- Wakefield B J 1998. Nurses' perceptions of why medication administration errors occur. *Med Surg Nursing* 7(1):39-44.
- Zanon U 2000. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. *Revista de Administração em Saúde* 2(8):15-22.

Artigo apresentado em 3/05/2004

Aprovado em 22/07/2004

Versão final apresentada em 10/12/2004