

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ANÁLISE DO TRABALHO NUM SERVIÇO DE FARMÁCIA
HOSPITALAR... CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE *REMEDIADAS?***

Sara de Castro e Vasconcelos

Outubro 2015

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Liliana Cunha***
(FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Com a finalização da minha dissertação de mestrado não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram em todo este trajeto.

Começo por agradecer à Professora Doutora Liliana Cunha, pelo bom exemplar de forte capacidade de trabalho, empenho, dedicação, rigor e sentido crítico, que se tornaram evidentes na orientação deste estudo; e pela capacidade de me transmitir encorajamento e motivação. Foi um privilégio ser sua orientanda.

Ao Dr. Pedro Norton e Dr. Joel Teixeira, do Serviço de Saúde Ocupacional do CHSJ, elementos fundamentais para o desenvolvimento deste projeto. Foram os responsáveis pelo primeiro contato com o pedido surgido neste local de trabalho, assim como os primeiros mobilizadores na sua resposta; mas também pelo parecer técnico que facultaram nas várias fases que compreenderam este estudo.

Ao Dr. António Carvalho e Dr. João, do serviço de farmácia hospitalar, os quais foram, a meu ver, os principais facilitadores na construção de uma ponte firme entre os colaboradores do estudo, e os seus participantes. Foi notório o interesse, disponibilidade e simpatia que sempre demonstraram, desde a introdução do estudo àqueles que se pretendia que fossem os seus participantes - passo essencial no envolvimento dos mesmos - até ao acompanhamento nas várias unidades para a recolha de dados, e tempo que dedicaram no esclarecimento das minhas numerosas dúvidas.

Agradeço claro a todos os participantes do estudo pela positiva colaboração que de uma forma geral demonstraram. Sem eles seria de facto tudo isto inexecutável.

Aos meus colegas e amigos que me acompanharam, sinto que foi agradável e proveitosa a transferência mútua de energia e de ideias nesta nossa jornada em direção ao mesmo objetivo.

A ti, Tia Manuela, por me auxiliares sempre que necessito, e por tanto acreditares em mim.

Por fim, retribuo a ti mãe, pelo teu apoio incondicional, e exemplar de força humana que me esforço por seguir.

Resumo

O impacto que as condições de trabalho podem ter na saúde tem sido alvo de crescentes tentativas de compreensão, em parte pelas pressões sobre o cumprimento da legislação, assim como por uma sensibilização gradual em relação aos efeitos dos riscos profissionais na saúde. Contudo, as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde e segurança no trabalho aparentam ser ainda reducionistas, quando intervenções com lógicas normativo-prescritivas parecem ser as privilegiadas (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007). O estudo que aqui apresentamos - desenvolvido num serviço de farmácia hospitalar - teve origem no pedido realizado pelos responsáveis do serviço, de análise das condições de trabalho, onde alguns problemas de saúde foram previamente identificados. O foco da análise sustentou-se nos fatores de risco a que os trabalhadores referem estar expostos no seu local de trabalho e o grau de incómodo que tal lhes provoca, onde participaram a quase totalidade dos profissionais. Do ponto de vista metodológico, foi privilegiada a articulação de dados provenientes de diferentes fontes, nomeadamente do Inquérito Saúde e Trabalho - INSAT2013 (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2013; Barros-Duarte & Cunha, 2014), com as análises da atividade em contexto real, e registo de verbalizações dos trabalhadores.

Os resultados revelam que são várias as dimensões do trabalho que traduzem elevados níveis de incómodo para a generalidade dos trabalhadores. Contudo, são as características do trabalho: como a inexistência de perspetivas de evolução na carreira, remuneração que não permite ter um nível de vida satisfatório, e a falta de meios necessários para realizar um trabalho de qualidade, as que parecem mais problemáticas. São aspetos que encontram sentido no cenário atual da Administração Pública, onde o congelamento nos salários, nas promoções e progressões, e até a redução em despesas despontaram nos últimos anos. Também se assinalam questões ambientais e de constrangimentos físicos; e outros inerentes à organização do trabalho, de que são exemplo os problemas associados a um elevado ritmo de trabalho, e a tensão nas relações de trabalho, e no contato com o público. Acrescenta-se que existem situações transversais, e outras específicas a alguns grupos profissionais e unidades exploradas, e que parecem associadas a exigências inerentes à especificidade das tarefas e das condições de trabalho em que são realizadas, que este estudo procura igualmente retratar, tendo em vista um projeto de intervenção subsequente.

Palavras-chave: condições de trabalho; saúde e segurança no trabalho; serviço de farmácia hospitalar; fatores de risco.

Abstract

The impact that working conditions can have on public health has been the subject of increasing understanding attempts, partly by the need to enforce legislation, partly by a gradual awareness of the effects of occupational hazards on health. However, the practices developed in the field of health and safety at work still appear to be reductionist, when interventions holding normative-prescriptive logic seem to be the privileged ones (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007). The study presented here - made in a hospital pharmacy service - was requested by those in charge of the service, as an analysis of working conditions, where some health problems were previously identified. This analysis was focused in the risk factors to which workers report being exposed to, in their workplace, and the degree of discomfort that it causes them. It was attended by almost all professionals. From a methodological point of view, priority was given to joint data from different sources, including the *Inquérito Saúde e Trabalho - INSAT2013* (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2013; Barros-Duarte & Cunha, 2014), with the study of an activity in real context, and the workers' opinions in writing.

The results reveal that there are several dimensions of work that show high levels of discomfort for most workers. Nevertheless, the work characteristics that seem to be the most problematic ones include the lack of prospects for career development, a salary that does not lead to a satisfactory standard of living and the lack of resources required to perform quality work. These issues are due to the current scenario of Public Administration, where wages, promotions and progressions were cut down, and even the expenses have been reduced. Environmental and physical constraints issues; and others related to the organization of work, were also pointed out as, for example, the problems caused by a high work rate, and the tension in labor relationships and in contacting the public. It must be added that, aiming to a subsequent intervention project, this study also seeks to portray transversal situations and others specific to some professional groups and exploited units, and that these situations seem to be related to certain demands in the specificity of tasks and working conditions in which they are performed.

Keywords: working conditions; health and safety at work; hospital pharmacy service; risk factors.

Résumé

L'impact que les conditions de travail peuvent avoir sur la santé a été souvent la cible de nombreuses tentatives de compréhension. D'une part, à cause des pressions pour le respect de la législation, mais il y a eu ainsi une sensibilisation graduelle par rapport aux effets des risques professionnels dans la santé. Cependant, les pratiques développées dans le cadre de la santé et de la sécurité au travail ont l'air d'être encore réductrices, surtout quand des interventions avec des logiques normatives-prescriptives semblent être les privilégiées (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007). L'étude ici présentée, développée dans un service de pharmacie hospitalière, a eu son origine sur la demande formulée par les responsables du service de l'analyse des conditions de travail, où quelques problèmes de santé ont été préalablement identifiés. Le centre de l'analyse s'est appuyé sur les facteurs de risque auxquels les travailleurs réfèrent être exposés dans son lieu de travail et le degré de perturbation que ça leur provoque, où ont participé la presque totalité des professionnels. Du point de vue méthodologique, a été privilégié l'articulation des données provenant de différentes sources, notamment l'*Inquérito Saúde e Trabalho - INSAT2013* (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2013; Barros-Duarte & Cunha, 2014), avec les analyses de l'activité en contexte réel, et l'enregistrement des verbalisations des travailleurs.

Les résultats révèlent que ce sont plusieurs les dimensions du travail qui traduisent l'élevé niveau de gêne pour la plupart des travailleurs. Cependant, le plus problématique ce sont les caractéristiques du travail: l'inexistence de perspectives d'évolution dans la carrière; la faible rémunération; l'absence de moyens nécessaires pour réaliser un travail de qualité. Ces aspects trouvent un sens dans le scénario actuel de l'Administration Publique, où le gel des salaires, des promotions et des progressions, et jusqu'à la réduction des dépenses, sont évidentes les dernières années. Des questions d'environnement, des contraintes physiques; et d'autres inhérents à l'organisation du travail sont également observées surtout le rythme élevé de travail et la tension dans les relations de travail, et dans le contact avec le public. Enfin, il y a des situations transversales, et d'autres spécifiques de certains groupes professionnels et unités explorées, et qui paraissent associées à des exigences inhérentes à la spécificité des tâches et des conditions de travail dans lesquelles sont réalisés, dont cet étude cherche aussi à faire le portrait, en vue d'un projet d'intervention subséquente.

Mots-clé: conditions de travail; santé et sécurité au travail; service de pharmacie hospitalier; facteurs de risque.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I. Enquadramento teórico.....	4
1.1 Breve enquadramento do setor farmacêutico e da atividade farmacêutica.....	4
1.2 Desafios e debates que atravessam o setor e a atividade em farmácia hospitalar.....	6
1.2.1 Regulamentação do setor: um desafio de saúde pública.....	7
1.2.2 Casos mediáticos, casos paradigmáticos?.....	8
1.2.3 A segurança e saúde daqueles que zelam pela saúde dos outros.....	9
1.3 O contributo da abordagem da Psicologia do Trabalho.....	10
1.3.1 A ênfase na atividade concreta de trabalho para uma contextualização dos riscos profissionais.....	10
1.3.2 A análise das relações entre trabalho e saúde.....	11
Capítulo II. Metodologia.....	13
2.1 Objetivos específicos e princípios metodológicos estruturantes.....	13
2.2 Participantes do estudo.....	13
2.3. Instrumentos	15
2.4.Procedimentos de recolha de dados.....	17
2.5. Procedimentos de tratamento dos dados.....	18
Capítulo III. Resultados e Discussão	19
3.1 Caracterização do serviço de farmácia hospitalar em análise.....	19
3.2 A estrutura organizacional do serviço de farmácia.....	19
3.3 Os atores que exercem a atividade no serviço de farmácia.....	21
3.4 A construção de um “circuito do medicamento”: cruzando os atores e a sua atividade, na realidade concreta do serviço.....	21
3.5 Fatores de risco percebidos no trabalho e geradores de elevados níveis de incómodo.....	31
3.5.1 Ambiente e constrangimentos físicos.....	31
3.5.2 Constrangimentos organizacionais e relacionais	35

3.5.3 Características do trabalho.....	39
3.6 Sentimento de prazer e de realização pessoal no trabalho.....	42
3.7 Problemas de saúde percebidos e a sua relação com o trabalho.....	42
3.8 Acidentes de trabalho e doenças profissionais.....	43
Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas.....	49
Anexos.....	53

Índice de Quadros

Quadro 1. Distribuição dos participantes por categoria profissional, e por unidade de exercício de funções, distribuídos em função do sexo e idade/ faixa etária.....	15
---	----

Índice de Figuras

Figura 1. Circuito do medicamento no serviço de farmácia do CHSJ.....	21
---	----

Índice de Anexos

Anexo A. Amostra: caracterização sociodemográfica e da situação de trabalho.....	54
Anexo B. Grelha de suporte à análise da atividade real de trabalho.....	57
Anexo C. Cronograma do trabalho empírico.....	59
Anexo D. Consentimento informado no preenchimento do INSAT2013.....	61
Anexo E. Distribuição física das unidades do serviço de farmácia hospitalar.....	63
Anexo F. Exposição a situações de risco percebidas como geradoras de elevado incómodo pelos participantes	66
Anexo G. Prazer e realização pessoal no trabalho.....	70
Anexo H. Problemas de saúde percebidos e relação com o trabalho.....	72
Anexo I. Acidentes de trabalho e doenças profissionais.....	74

Lista de Abreviaturas

AO - Assistente Operacional

API - *Active Pharmaceutical Ingredients*

CAE - Classificação Portuguesa de Atividades Económicas

CHSJ - Centro Hospitalar São João

CPHS - Companhia Portuguesa de Computadores, *Healthcare Solutions*, S.A.

DC - Distribuição Clássica

DU - Dose Unitária

EAHP - Associação Europeia dos Farmacêuticos Hospitalares

EC - Ensaios Clínicos

EMA - *European Medicines Agency*

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FDS - *Fast Dispensing System*

Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P

INSAT2013 - Inquérito Saúde e Trabalho 2013

LMERT - Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

NHP - Perfil de Saúde de *Nottingham*

NOC - Normas de Orientação Clínica

PTI - Pedido de Transferência Interna

SC - Serviços Clínicos

SF - Serviços Farmacêuticos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SSO - Serviço de Saúde Ocupacional

TDT - Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

UCMC - Unidade Centralizada de Manipulação de Citotóxicos

UE - União Europeia

UFA - Unidade de Farmácia em Ambulatório

UPE - Unidade de Produção de Estéreis

UPMNE - Unidade de Preparação de Medicamentos Não Estéreis

Introdução

A avaliação dos fatores de risco tem ganho grande relevância nos últimos anos, em parte pelas pressões sobre o cumprimento da legislação, assim como por uma sensibilização gradual para a intervenção sobre eles, sobretudo quando os seus efeitos se tornam prementes na saúde (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007). No estudo desta problemática, as patologias profissionais reveladas como proeminentes parecem ser problemas de natureza física, tais como dores de costas e dores musculares em várias partes do corpo (ombros e pescoço; braços e pernas), as quais quando se tornam crónicas, dolorosas e incapacitantes, passam a ser denominadas de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) (Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2003).

Apesar de estas doenças profissionais serem alvo de uma atenção crescente nos últimos anos (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007), outros problemas de saúde começam a receber atenção, os quais são característicos da intensificação do trabalho, do confronto com imperativos de produção exigentes, no quadro de fortes constrangimentos temporais (Eurofound, 2012). É assim necessário considerar outros fatores que determinam a evolução e a construção da saúde no trabalho, associados às condições de trabalho, bem como a fatores organizacionais e relacionais (Gollac & Bodier, 2011). Assim se justifica a importância de uma conceção de saúde ampliada, que auxilie na identificação de problemas associados ao exercício da atividade laboral, de cariz infrapatológico (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007; Barros-Duarte & Cunha, 2010), para além das doenças profissionais já conhecidas e reconhecidas. Tal é possível se a análise não se confinar aos problemas de saúde, mas considerar o trabalho e as inextricáveis relações que mantém com a declaração de algumas “queixas” (Molinié, 2010), tendo em conta, nomeadamente as características de trabalho e as condições de emprego, a organização do trabalho, o balanço entre trabalho e vida fora do trabalho, entre outros aspetos (Eurofound, 2012; Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2011).

No que se refere ao setor farmacêutico, em particular, que corresponde ao contexto de análise desta dissertação, uma abordagem com esta orientação assume pertinência, sabendo que são poucos os estudos que contemplam um ponto de vista integrado sobre os diferentes fatores de risco, e onde se atenta sobre a situação de trabalho como um todo (Attaianese & Duca, 2012). Este estudo foi incitado por um pedido realizado pelos responsáveis do serviço de farmácia hospitalar do Centro Hospitalar São João (CHSJ), de análise das condições de trabalho, particularmente numa das suas unidades, onde

determinados problemas de saúde foram previamente identificados e foram persistindo, com agravamento das queixas por parte dos trabalhadores. Trata-se, nomeadamente, de problemas do foro músculo-esquelético, diagnosticados em trabalhadores que intervêm na produção de tratamentos para doentes oncológicos - e exercem a sua atividade na Unidade Centralizada de Manipulação de Citotóxicos (UCMC).

Se este pedido inicial nos orientava para desenvolver o estudo nesta unidade específica, a análise do pedido, sustentada em análises no terreno, tornou visível a necessidade de considerar todo o serviço, na perspetiva de serem encontrados outros problemas (eventualmente, menos perceptíveis), que pudessem ser dotados de visibilidade e ser alvo de atenção, tendo em vista uma intervenção mais antecipada. Neste sentido, os objetivos gerais do presente estudo prendem-se com a análise das relações entre trabalho e saúde no serviço de farmácia hospitalar, assim como com a caracterização das condições de trabalho associadas a grupos profissionais¹ distintos: farmacêuticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT's), assistentes operacionais (AO's), e assistentes técnicos; e a unidades do serviço específicas, tendo por base a perspetiva dos próprios trabalhadores, em articulação com o que revelam as observações da sua atividade real de trabalho.

Sucintamente, no que respeita à estrutura desta dissertação, será apresentado num primeiro momento um enquadramento teórico da temática em causa, passando por uma breve apresentação do setor e da atividade farmacêutica, e mais especificamente ao nível hospitalar; por dar a conhecer os desafios e debates que têm marcado o setor; por expor o peso que assumem os mecanismos de regulamentação do setor em prol da saúde pública, assim como as elevadas responsabilidades com que lidam estes profissionais; e dar a conhecer os riscos tradicionalmente identificados na atividade neste contexto. Em seguida, realça-se o contributo específico da abordagem da Psicologia do Trabalho para este estudo, centrado na ênfase na atividade concreta de trabalho para a compreensão dos riscos profissionais, assim como na análise das relações entre trabalho e saúde, convocando necessariamente o “ponto de vista do trabalho”. Estes pressupostos são coerentemente integrados na formulação dos objetivos do trabalho empírico. No segundo capítulo será apresentada toda a dinâmica metodológica empregue neste estudo, tendo em conta a amostra, os instrumentos utilizados, e os procedimentos seguidos na recolha de dados e no seu tratamento. A análise dos dados permitiu dar resposta aos objetivos definidos, graças à

¹ O uso do termo “grupos profissionais” no contexto desta dissertação corresponde a uma referência à atividade concreta que exercem os diferentes tipos de trabalhadores deste serviço de farmácia, e não à categoria profissional per si.

articulação da abordagem metodológica qualitativa e quantitativa prosseguida. Por fim, após a apresentação e discussão dos resultados, sistematiza-se as principais conclusões, abrindo espaço a uma reflexão crítica também relativa ao trabalho inerente a esta dissertação.

Capítulo I. Enquadramento teórico

1. 1 Breve enquadramento do setor farmacêutico e da atividade farmacêutica

Em Portugal, o número de profissionais de farmácia tem crescido exponencialmente. Entre 2000 e 2013 ingressaram mais de seis mil para esta atividade, a qual é exercida maioritariamente em contexto de farmácia de oficina² (61%) e dados sobre a sua distribuição geográfica apontam que é na região de Lisboa que existe uma maior representação destes profissionais (51%), seguida do Porto (25%), e de Coimbra (22%). Uma parte significativa destes trabalhadores têm menos de 35 anos (41%) e a maioria é do sexo feminino (79%) (Ordem dos Farmacêuticos, 2015).

A atividade farmacêutica é caracterizada por ser representada por várias áreas, nomeadamente a farmácia comunitária, a farmácia hospitalar, a distribuição grossista e a farmácia industrial, e cada uma destas é dotada de particularidades, seja do ponto de vista científico, técnico, tecnológico, social e económico. Apesar de estas serem as áreas principais do setor, existem outras complementares, como é o caso do ensino, da investigação científica e outras, cuja fronteira com outros setores é menos marcada, e que se prendem nomeadamente com o interesse sanitário público, como é o caso das análises de aplicação clínica, análises alimentares, ou análises de águas (Pita & com Agregação, 2010).

Tendo em conta o foco do presente estudo, será essencial aprofundar a atividade farmacêutica hospitalar e o seu enquadramento no setor. A nível nacional, esta representa uma pequena parcela (9%) de todo o setor (Ordem dos Farmacêuticos, 2015), encontrando-se inscritos na Ordem dos farmacêuticos 627 especialistas em farmácia hospitalar. A maioria são funcionários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e outros desenvolvem a sua atividade em unidades hospitalares privadas (Gouveia, 2013).

É o “ato farmacêutico” - que será aprofundado em seguida - cada vez mais caracterizado como plurifacetado, a par do crescimento de preocupações no exercício da profissão onde, apesar de ser o medicamento a preocupação basilar, os cuidados prestados à saúde pública têm ganho interesse para a profissão farmacêutica, e com especial tradição nos países do sul da Europa (Pita & com Agregação, 2010). Especificamente, no exercício da atividade em farmácia hospitalar, é exigido aos farmacêuticos além da sua formação base,

² Farmácias de oficina são farmácias abertas ao público que prestam serviços de intervenção farmacêutica, em função das necessidades dos doentes e da população que servem.

uma especialização adicional, a qual não é atualmente assegurada nas e pelas instituições públicas ou privadas. O título de especialista em farmácia hospitalar é concedido aos farmacêuticos qualificados pelo Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar³ (Ordem dos Farmacêuticos, s.d). A existência de um Colégio de Especialidade nesta área específica corrobora a noção de que são múltiplas e complexas as exigências de formação, e de exercício desta atividade, em contexto hospitalar. Por isso mesmo, alguns autores, nomeadamente Gouveia (2013), salientam o quão multifacetadas são hoje as funções do farmacêutico hospitalar, indo além das referenciadas no Decreto-Lei nº 44204, de 22 de Fevereiro, de 1962, no qual foi assumida a autonomia técnica dos Serviços Farmacêuticos (SF), e criada então a carreira farmacêutica hospitalar (Pita & com Agregação, 2010).

Atualmente a lei portuguesa aclama, através do Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de novembro, uma prática da atividade farmacêutica direcionada primordialmente para o doente (Artigo 72.º), e cujo dever primário e fundamental do farmacêutico incide sobre a sua saúde e bem-estar (Artigos 81.º e 107.º). No artigo 77.º deste mesmo Decreto é possível observar que determinadas tarefas são identificadas como de “exclusiva competência e responsabilidade dos farmacêuticos”, como é o caso da “interpretação e avaliação das prescrições médicas” (alínea g); da “informação e consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário e sobre dispositivos médicos, sujeitos e não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes, de modo a promover a sua correta utilização” (alínea h); e do “acompanhamento, vigilância e controlo da distribuição, dispensa e utilização de medicamentos” (alínea i). Ainda, o artigo 87.º, dita que o farmacêutico hospitalar deve “colaborar com todos os profissionais de saúde, promovendo junto deles e do doente a utilização segura, eficaz e racional dos medicamentos” (alínea a); “assegurar-se que, na dispensa do medicamento, o doente recebe informação correta sobre a sua utilização” (alínea b); “dispensar ao doente o medicamento em cumprimento da prescrição médica ou exercer a escolha que os seus conhecimentos permitem e que melhor satisfaça as relações benefício/risco e benefício/custo” (alínea c). Surge assim um novo paradigma do ato farmacêutico hospitalar onde, já não é suficiente o conhecimento do medicamento em todo o seu circuito (desde a sua conceção, até à sua dispensa na farmácia), e avaliação das necessidades fármaco-terapêuticas do doente. Cada vez mais, a prestação de serviços fármaco-terapêuticos é incrementada e leva o farmacêutico a penetrar no “ato clínico”, e portanto a assumir novas competências. Isto é, deve agora, adicionalmente, fazer

³ Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar: órgão profissional da Ordem dos Farmacêuticos.

deliberações em vários sentidos, com base em “dados objetivos (relacionados com os problemas de saúde e com os medicamentos), e dados subjetivos (relacionados com a experiência do profissional e com a experiência do doente)” (Figueiredo, Caramona, Fernandez-Llimos, & Castel-Branco, 2014, p. 16). Não esquecendo também, importa acrescentar, que tais deliberações são sempre constrangidas a vários níveis: pelo orçamento do Estado em matéria de saúde; pelo tipo de tratamentos assumidos a cargo de cada unidade hospitalar; pelas prioridades de tratamento e de relações “benefício-custo” decretadas pela própria Administração hospitalar.

E, para além deste nível de análise, podemos falar ao nível da atividade concreta dos farmacêuticos, de todo um coletivo de profissionais, no seio do qual o “ato farmacêutico” é apoiado e efetivamente concretizado. De referir, nomeadamente, os denominados “técnicos de farmácia”, e outros atores com funções administrativas - os “assistentes técnicos” - e de aprovisionamento, que integram a categoria de “assistentes operacionais”. Os “técnicos de farmácia” integram a carreira técnica de diagnóstico e terapêutica, que segundo o Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro, os define como responsáveis pelo “desempenho de atividades no circuito do medicamento tais como análises e ensaios farmacológicos; interpretação da prescrição terapêutica e de fórmulas farmacêuticas, sua preparação, identificação e distribuição, controlo da conservação, distribuição e *stocks* de medicamentos e outros produtos, informação e aconselhamento sobre o uso do medicamento”.

1.2 Desafios e debates que atravessam o setor e a atividade em farmácia hospitalar

Como já foi referido, vários são os desafios que atravessam o ato farmacêutico, e particularmente na sequência do alargamento das tarefas e responsabilidades que foram imputadas aos profissionais que nele intervêm. No que respeita ao farmacêutico hospitalar em concreto, é exemplo o acesso aos medicamentos, que encontra muitas vezes entraves resultantes de vários fatores: seja pela “intrincada” rede administrativa que esta tarefa exige, seja pela necessidade de lidar com a gestão de existências de medicamentos reduzidas, e de comunicar diretamente com o doente (Gouveia, 2013). Outros desafios acumulam-se: de acordo com a Ordem dos Farmacêuticos, sendo que os próprios SF hospitalares têm-se também deparado com uma descapitalização perseverante, justificada pela míngua política de modernização, reestruturação e investimento, exigindo que no exercício da sua atividade, os trabalhadores do setor assumam compromissos, nem sempre evidentes ou antecipados

(Ministério da Saúde, 2005). Contudo nos últimos anos, em termos de medidas institucionais colocadas em prática, pode talvez destacar-se a implementação do Plano de Farmácia Hospitalar⁴, em resultado da reformulação do então “Plano de Reorganização da Farmácia Hospitalar” (Resolução de Conselho de Ministros nº 105/2000, de 11 de Agosto). Trata-se de um Plano de Ação, que elenca várias medidas de reestruturação da farmácia hospitalar, através nomeadamente da criação de um documento de trabalho, sujeito a revisão periódica, o “Manual de Farmácia Hospitalar”⁵ (Ministério da Saúde, 2005).

A par dos desafios que vão surgindo no setor, as iniciativas de resposta passam sobretudo por alterações ao nível da regulamentação, mesmo se tais medidas nem sempre os resolvam de modo definitivo.

1.2.1 Regulamentação do setor: um desafio de saúde pública

O objetivo primordial e geral da política de regulamentação europeia é ressaltar a saúde pública, tal como estabelecido pela primeira Diretiva nº 65/65/CEE do Conselho, de 26 de janeiro (Conselho da Comunidade Económica Europeia, 1965).

No plano farmacêutico, a evolução da regulamentação farmacêutica europeia muitas vezes é narrada a partir de eventos “catalíticos”, episódios controversos que influenciaram o seu curso e transformação. Antes que os produtos farmacêuticos fossem aprovados no mercado, o foco era apenas no seu registo; todavia, a qualidade, a segurança e eficácia dos mesmos tornaram-se aspetos também relevantes. Após a aprovação formal do medicamento, é cada vez mais imperativo pensar noutros aspetos importantes, a montante e a jusante desta aprovação, desde a criação de condições para a sua produção, à sua distribuição, à informação dos pacientes, assim como ao sucessivo controlo dos medicamentos no mercado (Bauschke, 2011).

A regulamentação dos produtos farmacêuticos tem sido sujeita a constantes revisões, graças ao imperativo de harmonização das normas definidas, a um nível supranacional e internacional, sendo que em toda a União Europeia (UE), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA)⁶ conta com mais de 15 anos de experiência na revisão da autorização de fármacos (Oehlrich & Daemmerich, 2013). A UE teve um papel decisivo no ato

⁴ Plano de Farmácia Hospitalar: Instituído no ano 2002 pelo XVI Governo Constitucional, através do Conselho de Ministros nº 128/2002, de 25 de setembro.

⁵ Manual de Farmácia Hospitalar: documento onde são descritas normas e procedimentos a serem seguidos na construção, instalação e labor em serviços farmacêuticos hospitalares, com base na conceção de um hospital de 500 camas.

⁶ EMA (*European Medicines Agency*): Agência descentralizada da UE que começou a operar em 1995. É responsável pela avaliação de medicamentos desenvolvidos pelas empresas farmacêuticas para uso na UE.

farmacêutico a vários níveis, nomeadamente, na adoção do princípio de subsidiariedade. Para a aplicação deste princípio, documentos relativos ao direito farmacêutico foram constantemente reafirmados, contudo a elaboração da regulamentação deste direito é marcada pelo uso de modelos diferentes, representados por diversas tradições, portanto por diferentes escolhas nas práticas farmacêuticas.

No tratado de Roma ficou estipulado a 27 de março de 1957, através do artigo 573º, que “no que concerne às profissões médicas, paramédicas e farmacêuticas, a libertação progressiva de restrições será subordinada à coordenação das suas condições de exercício nos diferentes Estados-membros”. Mais tarde, a adoção da Diretiva 65/65/CEE, veio traduzir a vontade de operacionalização do princípio de um “mercado comum de medicamentos” (Debargue, 2011).

Ainda outro objetivo da UE em relação ao mercado farmacêutico prende-se com a imposição de algumas regras de licenciamento. Os critérios aplicados a cada país nesta matéria revelam uma grande heterogeneidade: 13 países impuseram critérios de repartição geográfica (Ordem Nacional dos Farmacêuticos de França, 2008). É real a caminhada legislativa a fim de se realizar uma “marcha” única dos medicamentos, de liberalizar a concorrência, e de conseguir um quadro mais alargado de orientações definidas para o Conselho Europeu (Debargue, 2011). No contexto português, é nos anos 80 do século XX, face à entrada de Portugal na UE e à tentativa de adaptação às Diretivas Comunitárias que se compõem novos diplomas oficiais de segurança, qualidade e eficácia, tanto das instituições, como do próprio medicamento: o pilar da “ato farmacêutico” (Pita & com Agregação, 2010).

1.2.2 Casos mediáticos, casos paradigmáticos?

Os vários esforços que têm sido feitos para a eficácia desta regulamentação parecem pertinentes visto que, segundo a Comissão Europeia, o setor farmacêutico é um setor estratégico, contribuindo para a preservação da saúde e bem-estar, através da garantia de medicamentos disponíveis face às necessidades da população, garantia esta ponderada face aos custos associados a determinados fármacos (Debargue, 2011).

Em específico, na farmácia hospitalar, diversas forças têm sido mobilizadas para a criação de objetivos comuns definidos para cada sistema de saúde europeu quanto à prestação de serviços, nomeadamente através da constituição das Declarações Europeias da Farmácia Hospitalar, onde se espera que a Associação Europeia de Farmacêuticos Hospitalares (EAHP) e as suas vinculadas associações nacionais possam trabalhar com os

Sistemas Nacionais de Saúde, nomeadamente ao nível da seleção, aquisição e distribuição de medicamentos; e da produção e preparação, nos serviços de farmácia clínica (Associação Europeia de Farmacêuticos Hospitalares, 2015).

Um exemplo recente e paradigmático de como este processo não é isento de debate, entre outros que aqui poderiam ser abordados, é o caso da aprovação de um novo medicamento para o tratamento da Hepatite C: apesar de confirmada a efetividade terapêutica do medicamento, foi longo o processo de negociação com a indústria farmacêutica de um preço do medicamento que não pusesse em risco a sustentabilidade do SNS. Foi, de facto, necessária a aprovação do medicamento, ao nível europeu, pela EMA, e a negociação do seu preço com a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P (Infarmed), para que este pudesse ser disponibilizado aos doentes.

A indústria farmacêutica tem como princípio e desígnio encontrar e desenvolver medicamentos seguros e eficazes, investindo na investigação para a criação de novos medicamentos, que permitam potenciar a qualidade de vida dos pacientes, compensando simultaneamente os atores e instituições envolvidos (i.e., salvaguardando interesses económicos). Contudo, este setor é sujeito também a grandes pressões por parte dos legisladores, ONG's (Organizações Não Governamentais), media, e público em geral, devido ao forte impacto sobre a saúde, e ao compromisso de garantia de um suporte estável de medicamentos. A atividade no setor é atravessada por conflitos entre objetivos de eficácia económica e *standards* éticos, que exigem visibilidade, ainda que esta advenha muito frequentemente de casos paradigmáticos, de situações com doentes concretos, como foi este do medicamento para o tratamento da Hepatite C, ficando ainda na penumbra os conflitos que provêm da atividade de trabalho concreta no setor (Valverde, 2012).

1.2.3 A segurança e saúde daqueles que zelam pela saúde dos outros

O setor farmacêutico é muitas vezes caracterizado como um contexto de trabalho onde o controlo de qualidade é particularmente exigente, e no qual se requer que alguns produtos sejam manuseados em condições especiais (i.e., sob um elevado controlo de higiene, em relação a contaminantes químicos e biológicos). Talvez por estes fatores, as condições de trabalho em farmácia são vistas como seguras, pela forte vigilância a que estão sujeitas, no processo de produção e manipulação dos medicamentos, e leves, pois trata-se de uma atividade que não aparenta forte carga de trabalho, ou que indicie facilmente lesões provocadas pelo trabalho. Contudo, tal como salienta Scott (2003), estamos a falar de um contexto de trabalho marcado por um ritmo acelerado, de mudança e de pressão; e onde a

focalização em prol do desenvolvimento de estratégias para a inovação e produtividade é real.

Contudo, importa dizer que a avaliação dos fatores de risco, de forma integrada, não é ainda prática comum neste setor, sendo inclusive descurada esta análise, recaindo a “garantia de uma forte vigilância” sobre os processos de produção dos medicamentos, e não sobre os processos de trabalho e os riscos que estes comportam, em determinadas condições, para os seus trabalhadores. Neste sentido, assumimos no quadro desta dissertação a importância de uma avaliação dos fatores de risco de forma contextualizada nas situações concretas de trabalho, e considerando a interação entre diferentes tipos de riscos, nomeadamente, riscos físicos, riscos ergonómicos e relativos aos materiais utilizados - API⁷, e riscos associados à organização do trabalho (Attaianese & Duca, 2012), sob um ponto de vista integrado. Reforça-se neste sentido, a pertinência do presente estudo, onde se atenta a uma avaliação de riscos multidimensional e multifatorial, considerando o ponto de vista dos trabalhadores, na expectativa de que sejam estas lacunas preenchidas.

1.3 O contributo da abordagem da Psicologia do Trabalho

1.3.1 A ênfase na atividade concreta de trabalho para uma contextualização dos riscos profissionais

De acordo com a tradição científica da Psicologia do Trabalho e da ergonomia da atividade em que nos inscrevemos, a referência ao trabalho não é unívoca (Brito, Machado & Pena, 2011), e as categorias concetuais - prescrito e real; tarefa e atividade - requerem ser re trabalhadas e discutidas (Santos, 2006). Na verdade, o trabalho vai muito além do que está prescrito e é comunicado, ou do que é perceptível pelos outros, evidenciando-se duas faces: o *trabalho prescrito* e o *trabalho real*. Enquanto o trabalho prescrito, remete para o que é ex petável em determinado processo de trabalho, e onde regras e objetivos em relação às condições de trabalho são impostos pela organização do trabalho; o trabalho real evidencia-se pela necessidade de o trabalhador preencher as lacunas das prescrições, tendo em conta o confronto sempre com especificidades não antecipadas, em situação real de trabalho (Lacomblez, Santos & Vasconcelos, 1999). É preciso ter em conta que, apesar de para

⁷API (*Active Pharmaceutical Ingredients*): Ingredientes Ativos farmacêuticos, na indústria farmacêutica, constituem parte da fórmula que produz o efeito desejado pelo usuário (e.g., citotóxicos), podendo constituir-se como fatores de risco para os que com eles trabalham, potenciando a exposição a produtos químicos.

trabalhar ser necessário um prescrito (i.e., a aplicação de um protocolo ou procedimento), que em termos gerais é imposto pela sociedade, e a um nível mais específico, por entidades empresariais/organizacionais, a situação real de trabalho é sempre distinta daquilo que foi antecipado. E trabalhar requer precisamente a gestão deste desvio, desta desfasagem (Schwartz & Durrive, 2007), isto porque, não existe protocolo, norma antecedente, prescrição que possa completar o vácuo das normas, e a antecipação exaustiva é portanto inconcebível (Cunha, 2012). Na verdade, todo o ato de trabalho é num primeiro momento um *uso de si por si*, representado pelo uso do próprio corpo, inteligência, experiência, mas é também *uso de si pelos outros*, no contexto de uma determinada relação de emprego (Schwartz & Durrive, 2007).

Neste sentido, a análise da atividade deve ter em conta esta dialética, ou seja, como os protagonistas do trabalho fazem uso de si mesmos, e gerem a sua atividade, face aos condicionalismos em que ela tem lugar, procurando responder ao que lhes é solicitado. A análise do trabalho não pode, por conseguinte, restringir-se a uma análise do prescrito ou do formalizado. Se se pretende dar conta da real situação de trabalho é preciso acompanhar aqueles que o executam durante a sua atividade, permitir que os mesmos a verbalizem (pois só eles o podem fazer), para descobrir a sua essência. É através deste processo que se pode aceder ao “ponto de vista do trabalho” (Schwartz & Durrive, 2007), fiel à perspectiva que têm os seus atores da sua própria atividade.

No quadro da nossa tradição científica, a análise da atividade constitui, portanto, um ponto de partida incontornável. Segundo Hubault (s/d, cit in Schwartz & Durrive, 2007), é quando tentamos perceber o sentido do trabalho para os que o exercem, que incidimos sobre o *processo de valorização dos indivíduos*, e se criam condições para o reconhecimento do seu contributo singular através da atividade realizada. Não obstante, uma outra questão se impõe: como se pode fazer uso do trabalho dos outros, quando não são asseguradas as condições que permitem a preservação de si?

1.3.2 A análise das relações entre trabalho e saúde

Dissemos anteriormente que esta dissertação se consubstancia num pedido de análise das condições de trabalho, no serviço de farmácia hospitalar, instigado pelo registo de problemas de saúde identificados e que foram persistindo, com agravamento das queixas por parte dos trabalhadores. Falamos, concretamente, de problemas músculo-esqueléticos, associados a dores de costas e dores musculares em várias partes do corpo (ombros e pescoço; braços e pernas), as quais se vão tornando crónicas, dolorosas e incapacitantes.

Apesar de estas doenças profissionais tradicionais serem as mais frequentemente assinaladas (Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2003), outros problemas de saúde merecem igualmente atenção, mesmo se não se traduzem numa doença profissional reconhecida. Falamos, designadamente, de problemas que afetam a saúde e bem-estar dos trabalhadores, e que são muitas vezes associados a um aumento constante da intensificação do trabalho (Eurofound, 2012).

Neste sentido, no estudo das relações trabalho e saúde é importante que seja implicada a identificação também de problemas infrapatológicos, associados ao exercício da atividade laboral (Barros-Duarte & Cunha, 2010), e que podem contribuir igualmente para a deterioração do estado de saúde. Avanços têm sido produzidos numa mais completa análise dos fatores envolvidos neste âmbito, inclusive no mais recentemente publicado Relatório Europeu sobre as Condições de Trabalho (Eurofound, 2012), onde variáveis como características de trabalho e as condições de emprego, saúde e segurança, organização do trabalho, e balanço entre trabalho e vida fora do trabalho têm sido consideradas.

Não obstante, no âmbito da saúde e segurança no trabalho, as atividades de proteção da saúde e de promoção da saúde nem sempre aparecem de forma conjunta. Aliás, operam frequentemente de modo independente, com atividades diferenciadas, o que pode comprometer a eficácia global das intervenções. Por um lado, a proteção da saúde tem sido considerada abrangendo atividades de proteção dos trabalhadores face a acidentes e doenças profissionais. Por outro lado, a promoção da saúde tem sido associada à iniciativa “autónoma”, de operacionalização de estratégias individuais de preservação da saúde no trabalho, muitas vezes, apesar do trabalho e das condições em que é realizado (Cunha, 2012).

Em coerência com estes pressupostos, e de forma articulada com o pedido que deu origem a este estudo, formulamos como objetivo geral do estudo empírico, que será abordado no capítulo seguinte, o desenvolvimento de uma análise das condições de trabalho e de saúde no serviço de farmácia hospitalar considerado, que sinalize prioridades de intervenção, a discutir e a implementar com os responsáveis da instituição, e consentânea com os pontos de vista dos diferentes trabalhadores participantes, das diferentes unidades que integram o serviço.

Capítulo II. Metodologia

2.1 Objetivos específicos e princípios metodológicos estruturantes

Identificado o objetivo geral do estudo empírico, formulámos como objetivos específicos os seguintes:

- conhecer a realidade do serviço de farmácia em análise; as especificidades do trabalho desenvolvido em cada uma das suas unidades; e as relações entre essas unidades e diferentes atores do contexto hospitalar;
- caracterizar e compreender as condições de trabalho neste serviço, e os fatores de risco associados à atividade de trabalho dos diferentes grupos profissionais que intervêm no serviço.
- identificar os problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores participantes, como reportados ao trabalho.

Procurando aceder e reconstruir o “ponto de vista do trabalho”, os princípios estruturantes da metodologia utilizada consistiram na articulação de dados provenientes de diferentes fontes, nomeadamente da análise da atividade em contexto real, através de observações e registo de verbalizações dos trabalhadores, com o recurso ao Inquérito Saúde e Trabalho - INSAT2013 (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2013). A abordagem mais detalhada sobre as opções metodológicas assumidas será retratada à frente, designadamente nos pontos sobre os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise dos dados.

2.2 Participantes do estudo

Este estudo foi realizado com a quase totalidade dos trabalhadores do serviço de farmácia do CHSJ, localizado na cidade do Porto, o qual se enquadra segundo a CAE-Rev.³⁸, na seção denominada *Administração Pública e Defesa; Segurança Social Obrigatória*,

⁸ CAE-Rev.3: Classificação Portuguesa de Atividades Económicas, Revisão 3, elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) com a colaboração de várias entidades que envolvem a Administração Pública, os Parceiros Sociais e pontualmente as Empresas. Estabelece o novo quadro das atividades económicas portuguesas, harmonizado com a Nomenclatura Estatística das Atividades Económicas na Comunidade Europeia (NACE-Rev.2).

incluída no subsetor da *Administração Pública - Atividades de Saúde*, compreendendo “as atividades desenvolvidas no âmbito das competências dos respetivos membros do Governo e de apoio à gestão dos programas dos cuidados de saúde” (Instituto Nacional de Estatística, 2007, p. 248).

Tal como foi já referido, ainda que o pedido inicial tenha incidido sobre uma unidade específica do serviço (UCMC), decidiu-se contemplar todo o serviço de farmácia, com o intuito de identificar outros possíveis problemas que pudessem ser considerados na intervenção perspectivada. Assim, o critério de inclusão dos participantes neste estudo foi o exercício de funções no serviço de farmácia hospitalar do CHSJ no momento do estudo, sendo a amostra constituída por 87 dos 90 trabalhadores. No que respeita às características sociodemográficas dos participantes (cf. Anexo A1), a amostra é predominantemente do sexo feminino (75,3% dos participantes), a estrutura etária situa-se entre os 25 e os 60 anos (cf. Anexo A3), e é em média de 38,5 anos (D.P=8,4), sendo que 42,9% dos participantes tem até 35 anos de idade (cf. Anexo A1). A maioria afirma ser casado ou viver em união de facto (55,2%) (cf. Anexo A1), e ter filhos (56,3%). Quando se analisa o nível de escolaridade, este em grande medida enquadra-se no ensino superior (77,7%). Relativamente à situação laboral, a maioria dos participantes tem contrato sem termo (94,3%) (cf. Anexo A2). A antiguidade na atividade atual é em média de 9,8 anos (D.P= 8,4) (cf. Anexo A3), e na instituição de 11,4 anos (D.P=8,2), variando entre o valor mínimo inferior a 1 ano e o valor máximo de 30 anos. O tempo de trabalho efetivo situa-se entre as 25h e as 60h semanais (Média= 40,4), (D.P=3,8). Ainda, mais de metade dos participantes (56,3%) (cf. Anexo A2), afirma realizar turno noturno, sendo que a frequência mínima, segundo verbalizações dos próprios trabalhadores, é de uma vez por mês.

A atividade exercida pelos participantes enquadra-se em quatro categorias distintas (cf. Quadro 1), designadamente: TDT’S (40,2%); farmacêuticos (35,6%); AO’s (19,5%); e assistentes técnicos (4,6%). Os vários profissionais que integram este serviço encontram-se distribuídos por diferentes unidades (cf. Quadro 1), sendo frequente a mobilidade entre algumas (e.g., TDT’s têm mobilidade entre unidades de manipulação clínica). São elas a Unidade Produção de Medicamentos Não Estéreis/Unidade Produções Estéreis (UPMNE/UPE); unidade de distribuição em Dose Unitária (DU) e por sistema de pyxis; área de receção de medicação/ armazém farmacêutico; a unidade de reembalagem e rotulagem; seguida da Unidade de Farmácia em Ambulatório (UFA); sala de validação farmacêutica; a unidade de Distribuição Clássica (DC); serviço administrativo; unidade de gestão e aprovisionamento de *stocks*; e unidade dos Ensaios Clínicos (EC).

Quadro 1. Distribuição dos participantes por categoria profissional, e por unidade de exercício de funções, distribuídos em função do sexo e idade/ faixa etária.

Variável	Opções de resposta	n	%	Sexo				Idade/ Faixa etária					
				Masculino		Feminino		0-35 anos		36-45 anos		+46 anos	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Categoria profissional	TDT	35	40,2%	5	14,7%	29	85,3%	17	50,0%	8	23,5%	9	26,5%
	Farmacêutico	31	35,6%	4	13,3%	26	86,7%	11	36,7%	13	43,3%	6	20,0%
	AO	17	19,5%	11	64,7%	6	35,3%	8	47,1%	4	23,5%	5	29,4%
	Assistente técnico	4	4,6%	1	25,0%	3	75,5%	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%
Unidade de exercício de funções	UPMNE/UPE	17	16,8%	0	0,0%	17	100,0%	9	52,9%	6	35,3%	2	11,8%
	DU/Pyxis	17	16,8%	1	5,9%	16	94,1%	7	38,9%	4	22,2%	7	38,9%
	Receção/Amazém	12	13,0%	10	76,9%	3	23,1%	7	53,8%	4	30,8%	2	15,4%
	UCMC	12	13,0%	1	7,1%	13	92,9%	7	50,0%	6	42,9%	1	7,1%
	Reembalagem/Rotulagem	9	8,9%	5	50,0%	5	50,0%	5	50,0%	1	10,0%	4	40,0%
	UFA	9	8,9%	1	11,1%	8	88,9%	5	62,5%	2	25,0%	1	12,5%
	Validação Farmacêutica	9	8,9%	0	0,0%	9	100,0%	3	33,3%	4	44,4%	2	22,2%
	DC	8	7,8%	1	12,5%	7	87,5%	2	25,0%	3	37,5%	3	37,5%
	Serviço Adm.	4	4,6%	1	25,0%	3	75,0%	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%
	Gestão/Aprov.	2	2,0%	1	50,0%	1	50,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
	Ensaio Clínicos	2	2,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: Vários profissionais mencionam exercer funções em várias unidades, pelo que o número total de participantes distribuídos por todas as unidades, é superior ao efetivo do total da amostra.

Assinala-se que a frequência e percentagem de respostas correspondem às respostas conseguidas para a variável em questão, podendo portanto ser menor ao número total da amostra do estudo (n=87).

2.3 Instrumentos

Este estudo foi suportado pelo uso de uma grelha (cf. Anexo B) construída para o desenvolvimento das primeiras análises da atividade, de cariz essencialmente exploratório, assim como pelo uso do INSAT2013 (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2013; Barros-Duarte & Cunha, 2014). No que toca ao primeiro instrumento mostrou-se pertinente na compreensão de alguns aspetos específicos a cada unidade. Designadamente, os grupos profissionais presentes, as principais tarefas realizadas, os instrumentos de trabalho e materiais usados, os principais constrangimentos observados e relatados pelos trabalhadores, bem como registo de termos ou expressões que correspondem a exemplos de “linguagem operativa”, comumente utilizados e cujo domínio era fundamental.

Relativamente ao inquérito INSAT2013, este constitui uma proposta metodológica para a análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde, sendo concebido a partir

de inquéritos europeus e nacionais, com o intuito de “compreender de que forma os trabalhadores avaliam as características e as condições do seu trabalho, o seu estado de saúde, e que tipo de relações estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho” (Barros-Duarte, Cunha, Lacomblez, 2007, p. 59).

Na sua organização, o INSAT2013 segue uma lógica coerente e integradora, iniciando-se por uma exploração das condições de trabalho e dos respetivos fatores de risco, até aos efeitos percebidos do seu impacto na saúde e no bem-estar (Barros-Duarte & Cunha, 2014). Mais especificamente, contempla questões relativas a sete eixos de análise: (I) *O trabalho*, que inclui questões relativas à situação de laboral (e.g., vínculo laboral, horário de trabalho praticado); (II) *Condições e características do trabalho*, com questões sobre a exposição dos trabalhadores a condições relativas ao ambiente e constrangimentos físicos, e a constrangimentos organizacionais e relacionais, e ainda questões referentes a características do trabalho; (III) *Condições de vida fora do trabalho*, onde se aborda o tema da conciliação da vida profissional com a vida fora de trabalho, os custos associados às estratégias envolvidas nesta conciliação, e o tempo consagrado a tarefas domésticas e de suporte familiar; (IV) *Formação e trabalho*, que explora o tipo de formação/formações realizadas e a sua relação com o trabalho; (V) *Saúde e trabalho*, que contempla questões sobre acidentes de trabalho que o trabalhador tenha sofrido e doenças profissionais que eventualmente lhe tenham sido reconhecidas, bem como questões sobre o acesso a informação relativa aos riscos profissionais e à sua prevenção por parte da empresa; (VI) *A minha saúde e o meu trabalho*, que integra questões que visam o reconhecimento de alguns problemas de saúde, tanto físicos como psicológicos, e a sua relação com o trabalho; informações relativas a patologias específicas; e ao consumo de medicamentos; e ainda uma autoavaliação face ao seu estado de saúde global, e a sua relação com o trabalho. Por fim, no último eixo (VII) *A minha saúde e o meu bem-estar*, é pedido ao trabalhador que responda a uma escala de saúde do *Perfil de Saúde de Nottingham* (NHP), aludindo a aspetos relacionados com energia, dores, reações emocionais, sono, isolamento social e mobilidade física (Barros-Duarte & Cunha, 2014).

No que se refere às condições de utilização e análise dos dados obtidos através deste inquérito, tal como proposto pelas autoras, é um instrumento de autoadministração (salvo algumas exceções) permitindo ao participante a manifestação da sua própria perspetiva e experiência. Para a análise dos dados, um dos pressupostos assumidos no seu uso é o de não desenvolver análises fundamentadas exclusivamente numa abordagem estatística. Na verdade, apesar do INSAT permitir uma pesquisa com elevadas potencialidades estatísticas,

assume-se que as interpretações dos resultados sejam assistidas por análises qualitativas, adicionando assim uma componente reflexiva e crítica à análise dos resultados quantitativos (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007). Falamos de análises de terreno, análises da atividade em contexto real de trabalho, suscetíveis de completar, enriquecer e confirmar os resultados obtidos (Volkoff, 1998).

Para a utilização deste instrumento, foi requerida autorização às autoras, a qual foi consentida com os fins já especificados, mediante o preenchimento requerido de um formulário: o “Pedido de utilização do INSAT”. Trata-se de um documento onde é solicitada informação detalhada sobre o estudo em que o INSAT será utilizado, os seus objetivos, o investigador responsável, assim como os membros que constituem a equipa de investigação. São ainda solicitadas informações relativamente às condições previstas e negociadas de utilização do inquérito, nomeadamente, sobre o contexto de aplicação, os critérios de amostragem, sobre o eventual uso de outros métodos e instrumentos de análise, e sobre o modo de restituição dos resultados aos participantes (Cunha, Barros & Lacomblez, 2015).

2.4 Procedimentos de recolha de dados

Para dar início a este projeto de investigação, e à respetiva recolha de dados, o primeiro passo assumido consistiu na sistematização das etapas de investigação previstas, e do compromisso com os princípios éticos de investigação em Psicologia, num documento que foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde do CHSJ/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, tendo sido formalmente emitido um parecer favorável.

Relativamente ao contato com os participantes, pensou-se ser pertinente uma apresentação prévia do enquadramento e objetivos do estudo a todos os profissionais do serviço, cuja participação e envolvimento se pretendia. Esta formalização foi assistida por outros interlocutores importantes neste estudo e cujo acompanhamento foi transversal às diferentes fases que o caracterizam, designadamente: chefias do serviço e representantes do SSO do CHSJ, onde se deu a conhecer os objetivos do estudo, assim como os vários passos previstos para o mesmo e respetiva calendarização.

Posteriormente, com o intuito de compreender o serviço, a sua estrutura e funcionamento, assim como as dificuldades presentes e percecionadas como mais penosas, realizaram-se análises da atividade de trabalho a todo o serviço por vários meses (cf. Anexo C), com uma média aproximada de 24h mensais, o que fez um total aproximado de 72h.

Foram, então, realizadas observações durante o horário normal de trabalho, em diferentes dias da semana, e colocadas questões, no sentido de um conhecimento fidedigno da realidade de trabalho neste espaço de trabalho, com recurso à grelha de análise “exploratória”, concebida com este objetivo.

A recolha de dados com recurso ao INSAT foi permitida, após prévia solicitação a cada um dos participantes, que procedesse à leitura e assinatura de um consentimento informado (cf. Anexo D). Este consiste numa declaração onde se lega ao participante esclarecimentos relacionados com o estudo, tais como o âmbito da realização do mesmo e os seus objetivos gerais, identificação dos seus responsáveis, duração aproximada do seu preenchimento, assim como a garantia de restituição dos resultados obtidos. Este documento informa ainda da garantia de anonimato e confidencialidade, assim como da possibilidade do participante recusar ou não dar continuidade à sua participação, assegurando a inexistência de prejuízo para o próprio. Este inquérito foi aplicado individualmente e na presença do investigador, à exceção de algumas situações pontuais em que tal não foi possível, sendo o local de preenchimento percecionado como adequado para o efeito pelo próprio investigador, mas variável, de acordo com a maior proximidade do espaço de trabalho de cada participante.

2.5 Procedimentos de tratamento dos dados

Os dados recolhidos no âmbito das análises da atividade contribuíram para um melhor conhecimento e retrato da realidade do serviço de farmácia, mas também para a análise crítica dos resultados obtidos através do INSAT2013. Os dados qualitativos recolhidos serviram, neste caso, o desígnio de interpelar, completar e/ou corroborar os dados estatísticos obtidos, em coerência com um dos princípios estruturantes do INSAT, de uma análise contextualizada e compreensiva dos seus resultados (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007; Volkoff, 2010). Assim, este estudo, foi suportado pelo cruzamento de dados resultantes das observações da atividade real de trabalho, e das verbalizações recolhidas nesse momento, assim como no momento de restituição dos resultados aos trabalhadores representantes de cada uma das unidades do serviço, com a análise estatística dos dados do inquérito, com recurso ao SPSS⁹.

⁹ SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*): Software de tratamento e análise estatística. Neste estudo foi utilizada a versão 21.

Capítulo III. Resultados e Discussão

3.1 Caracterização do serviço de farmácia hospitalar em análise

A fim de compreender os constrangimentos e fatores de risco associados à atividade no serviço de farmácia em questão, entendemos pertinente dar a conhecer a sua realidade, considerando: a sua estrutura organizacional; a caracterização dos trabalhadores que aí exercem atividade; e a relação entre os dois primeiros, através da construção do que designámos como um “circuito do medicamento”, que cruza a atividade de diversos atores, de diferentes unidades. Tal foi conseguido através da análise da atividade em contexto real, nas várias unidades que integram o serviço, e de reuniões periódicas com representantes do serviço, realizadas com o propósito de esclarecer algumas informações, e de aceder a documentos que permitissem confirmar e enriquecer dados obtidos.

3.2 A estrutura organizacional do serviço de farmácia

Neste centro hospitalar, o serviço de farmácia envolve três grandes áreas: os SF, o aprovisionamento, e a gestão do medicamento. Os SF dedicam-se a tarefas farmacêuticas propriamente ditas (i.e., manipulação, distribuição de medicação, validação de medicação); o aprovisionamento, contempla a aquisição de equipamentos, mercadorias e serviços requeridos para cada operação de produção, nomeadamente medicamentos e produtos farmacêuticos; e a gestão do medicamento consiste num conjunto de procedimentos que visam garantir o bom uso e dispensa de medicação, em perfeitas condições aos doentes que se encontram no hospital. O grande objetivo do serviço de farmácia hospitalar é assegurar a terapêutica medicamentosa aos doentes, bem como a qualidade, eficácia e segurança da mesma, sendo prova disso a premissa frequentemente citada pelos profissionais do serviço: “a cada doente, o medicamento certo, na quantidade certa e na hora certa”.

3.3 Os atores que exercem atividade no serviço de farmácia

A equipa do serviço de farmácia é essencial para a eficaz gestão e funcionamento do serviço, sendo composta por quatro grupos profissionais identificados, nomeadamente: os farmacêuticos, os quais, como já referido, no quadro da sua especialização hospitalar, realizam as suas funções em “ambiente complexo e multidisciplinar do hospital”, isto é, em estreita articulação com TDT’s, assistentes técnicos e AO’s. Os farmacêuticos e os TDT’S, são os protagonistas da atividade farmacêutica, tendo contudo atividades de trabalho distintas. Enquanto os primeiros têm como cerne da sua atividade a validação de prescrições de produtos farmacêuticos e, em alguns casos, o atendimento ao paciente, os TDT’s focam-se em tarefas particularmente relacionadas com a preparação e manipulação de produtos farmacêuticos. Tal é justificado pela formação académica distinta: os farmacêuticos são detentores de grau académico conferido por uma instituição universitária; os TDT’s concretizam os seus estudos no ensino politécnico. Relativamente aos assistentes técnicos, comumente designados como administrativos, são responsáveis por tarefas de gestão de *stocks*, nomeadamente pedidos de compra, registo de entrada, e registo de saída de medicamentos. Os AO’s, por sua vez, participam em todo o processo logístico de circulação do medicamento, realizando tarefas como receção e distribuição de medicação, mas também de fracionamento de alguns medicamentos e respetiva etiquetagem, tarefas estas que serão descritas em pormenor no ponto seguinte.

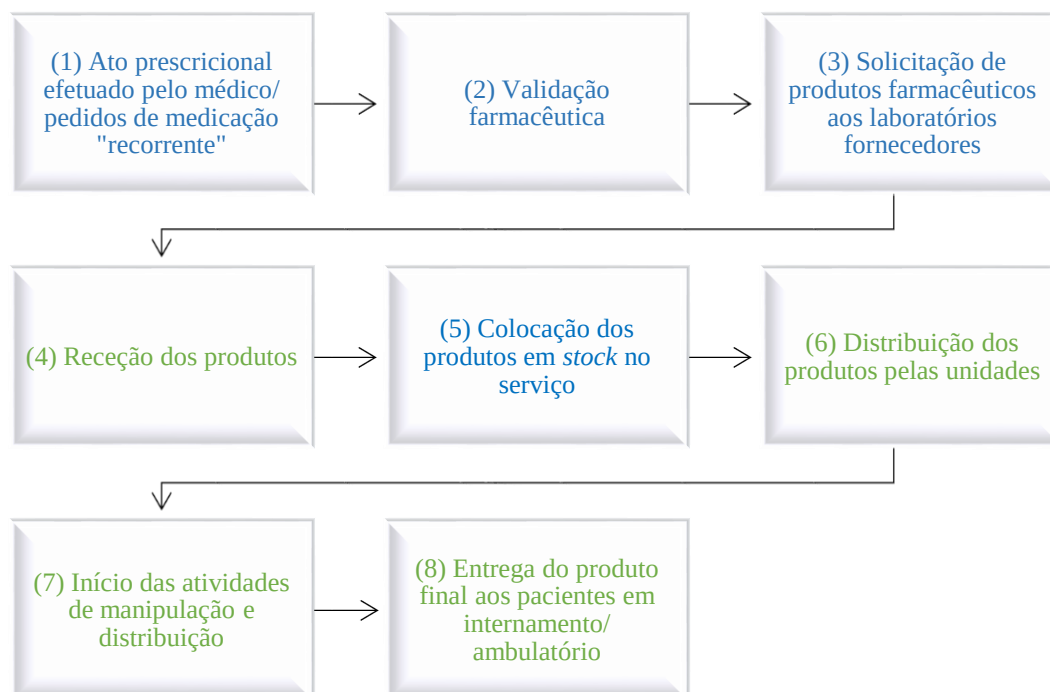
3.4. A construção de um “circuito do medicamento”: cruzando os atores e a sua atividade, na realidade concreta do serviço

A proposta de construção de um “circuito do medicamento” (cf. Figura 1), numa dimensão tanto física, como virtual¹⁰, considerando as várias unidades que integram o serviço de farmácia, e que se encontram dispersas por vários pisos do edifício hospitalar (cf. Anexo E), foi essencial na tradução da realidade concreta do serviço, face ao objetivo de compreender a dinâmica real de trabalho, e inclusive as interações com situações que ultrapassam a área de atividade do serviço. Os resultados das análises da atividade

¹⁰ O circuito do medicamento começa virtualmente, pelo ato prescritivo médico/pedido de medicação “recorrente”, e assume a sua forma “materializada”, a partir da sua entrada/receção concreta no piso da logística e no armazém farmacêutico.

prosseguidas são retratados na construção deste “circuito do medicamento”, como a seguir se enuncia.

Figura 1. Circuito do medicamento no serviço de farmácia do CHSJ.



Nota: Representados a **azul** são identificados os processos de foro virtual (imateriais), e a **verde** os de foro físico.

(1) Ato prescritional efetuado pelo médico/pedidos de medicação “recorrente”

O início do circuito dá-se fora do serviço de farmácia, com o *ato de prescrição do medicamento*, assumido pelo médico, no âmbito da avaliação do estado de saúde do doente e das suas necessidades terapêuticas de medicação. Nos casos de medicação dita “recorrente”, pelo seu uso regular em contexto hospitalar, os enfermeiros realizam estes pedidos, mediante a necessidade de reposição nos Serviços Clínicos (SC) de determinados produtos - os denominados “pedidos-armário”¹¹. Em ambos os casos, por via eletrónica, estes profissionais remetem os pedidos de medicação para os SF, para serem validados.

¹¹ “Pedidos-armário”: são produtos com elevadas necessidades de *stock* nos diversos serviços clínicos (e.g. soros, paracetamol, etc.), que podem ser de carácter recorrente, mas também urgente.

(2) Validação farmacêutica

Tais prescrições/pedidos são formalmente validados eletronicamente, na “sala de validação farmacêutica”, excetuando alguns casos em que este ato é realizado manualmente, ou seja “em papel” (e.g., casos urgentes; ou casos específicos que requerem uma análise/aconselhamento antes da prescrição/pedido). Marca-se efetivamente aqui o início do ato farmacêutico, onde a atividade dos farmacêuticos é guiada por uma série de procedimentos, onde é necessária a assunção de “normalidade” de alguns aspetos requeridos, nomeadamente: que as prescrições obedeçam aos protocolos NOC (Normas de Orientação Clínica)¹², os quais servem de orientação nas avaliações de prescrições clínicas consistentes com um conjunto padrão de escolhas de medicamentos; que a medicação prescrita não esteja *off label* (i.e., indicação da utilização do medicamento no seu rótulo, aprovada pelo Infarmed¹³). Este processo controlado assegura a responsabilidade terapêutica no não uso dos medicamentos fora do previsto, e assim a atividade de validação destes profissionais é suficiente para que o medicamento seja solicitado aos laboratórios, exceto em casos específicos em que a prescrição contém justificação médica. Nesse caso, a prescrição pode ter que passar pela Direção do Serviço de Farmácia, ou até pela Comissão de Ética. Existem ainda outras prescrições ou pedidos que, por controlo de segurança, ou por controlo de *stocks*, exigem uma dupla validação (e.g., estupefacientes e hemoderivados). Apesar dos profissionais presentes na “sala de validação farmacêutica” desempenharem funções e tarefas idênticas, cada um tem as suas tarefas direcionadas para a validação de diferentes especialidades médicas, dependendo da própria formação (e.g., pediatria, psiquiatria, hematologia, pneumologia), assegurando desta forma um conhecimento aprofundado da medicação e das suas evoluções num determinado domínio/especialidade médica. Foi possível ainda observar aqui a prestação de serviços fármaco-terapêuticos por parte destes farmacêuticos, visto que estes profissionais têm um papel ativo no desenvolvimento de parcerias com diferentes instituições, contactando com equipas multidisciplinares, assim como diretamente com o próprio doente, tendo em vista a discussão de determinadas patologias e planos de tratamento, tendo em consideração, como mencionado por Figueiredo et al (2014), “dados objetivos” (relacionados com os problemas de saúde e com as

¹² NOC (Normas de Orientação Clínica): Conjunto de recomendações técnico-científicas, desenvolvidas de maneira sistematizada, e que se destinam a apoiar o profissional na tomada de decisão acerca dos cuidados de saúde a prestar aos doentes, considerando a singularidade do seu historial clínico.

¹³ INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P): Autoridade competente do Ministério da Saúde, com atribuições nos domínios da avaliação, autorização, disciplina, inspeção e controlo de produção, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos de uso humano, em Portugal.

características dos medicamentos), mas também de “dados subjetivos” (relacionados com a experiência do profissional e com o quadro clínico específico de cada doente). Ora, se esta é uma maneira de se asseverar o controlo da validação e a toma das melhores decisões no tratamento, tal traduz também mais exigências para estes profissionais.

Relativamente aos tratamentos oncológicos produzidos na UCMC, após a emissão para esta mesma unidade da prescrição médica para este tipo de terapêutica, a sua validação é aqui efetuada, sendo em seguida emitida a ordem para a produção do (s) pedido (s). Este processo será mais à frente detalhado, aquando da apresentação da UCMC.

(3) Solicitação dos produtos farmacêuticos aos laboratórios fornecedores

Realizadas as validações, são solicitados os respetivos produtos aos laboratórios (se os mesmos não se encontrarem disponíveis no serviço). Esta atividade compete à secção de gestão e aprovisionamento de *stocks*, onde dois farmacêuticos estão responsáveis pela negociação (e.g., preços, quantidades) com os fornecedores/empresas farmacêuticas.

(4) Receção dos produtos

Nesta sequência a medicação solicitada é rececionada no local dedicado ao aprovisionamento da generalidade dos recursos logísticos deste centro hospitalar, inclusive dos produtos farmacêuticos. Aqui AO's verificam a conformidade das entregas destes produtos específicos com o pedido efetuado aos laboratórios fornecedores para, em seguida, os transportarem (com o recurso de um porta-paletes) até ao armazém farmacêutico, considerado o “polo dinamizador” de toda a medicação rececionada, e que se encontra estrategicamente próximo do local de receção. A medicação é então aqui dividida, organizada em paletes com as devidas guias de distribuição (estas últimas criadas informaticamente por um TDT) para, posteriormente, ser remetida para a (s) respetiva (s) unidade (s) dos SF.

(5) Colocação dos produtos em stock no serviço

Um TDT presente no armazém farmacêutico expede eletronicamente a confirmação dos produtos rececionados para a secção administrativa, onde os assistentes técnicos procedem à gestão do *stock* dos produtos no serviço: realizando os registos de entradas e de saídas de medicamentos. São tarefas realizadas com o recurso ao computador, sendo utilizado especificamente o *software* CPC HS (Companhia Portuguesa de Computadores, *Healthcare Solutions*, S.A.).

(6) Distribuição dos produtos pelas unidades

Segue-se, a partir do armazém farmacêutico, a fase de distribuição física destes produtos pelas várias unidades, pelos AO's (mais uma vez, com recurso ao porta-paletes). É de referir que distintos produtos são categorizáveis em “grande volume” (produtos com volume > 50ml), respeitantes a soros e desinfetantes, e em “pequeno volume” (produtos com volume < 50ml), os quais podem ser ampolas, comprimidos, entre outros. Enquanto os primeiros são diretamente distribuídos para as diversas áreas dos SF, os segundos permanecem no armazém até que sejam solicitados por determinadas unidades do mesmo. De referir que são também aqui transportados medicamentos com características singulares, como é o caso dos citotóxicos¹⁴, que carecem de alguns cuidados, e de modo ideal, dever-se-ia utilizar até Equipamento de Proteção Individual (EPI).

(7) Início das atividades de manipulação e de distribuição

Uma vez recebidos os produtos nas respetivas unidades, dá-se início à atividade concretas de duas grandes alas dos SF: a *manipulação clínica* e a *distribuição* de medicação.

7a) A manipulação clínica de medicamentos

A manipulação clínica de medicamentos é uma atividade que, apesar de ter sofrido um decréscimo nos SF hospitalares, continua a ser realizada, a fim de assegurar as necessidades de alguns doentes. Tem assumido uma orientação cada vez mais de caráter individual e de personalização nas dosagens, conseguindo assim preencher as lacunas dos medicamentos industrializados (e.g., quando não apresentam dosagens adequadas às necessidades específicas dos doentes).

Nos locais destinados à manipulação, pode distinguir-se duas áreas específicas: as *áreas estéreis*, e as *não estéreis*. Nas áreas estéreis, visa-se garantir a estabilidade e esterilidade das misturas elaboradas, assim como a sua posterior dispensa e conservação. Estes locais, não podendo estar sujeitos a agentes de contaminação, encontram-se sob controlo de agentes patogénicos. É o caso da UCMC, da UPE e das áreas de *fracionamento/divisão* de medicação, que serão mencionadas mais à frente. Estes espaços estéreis encontram-se ainda divididos em *zonas brancas* e *zonas cinzentas*. As zonas brancas são

¹⁴ Citotóxicos: em contexto de farmácia hospitalar os medicamentos citotóxicos são essencialmente utilizados para tratamentos de doenças oncológicas, pois são tóxicos às células cancerosas. A preparação e administração de citotóxicos por via parentérica (i.e., via que não a digestiva; injetável) exige particular cuidado, e sempre que possível a preparação deve ser centralizada nos SF.

assim designadas porque correspondem a locais onde se elaboram formas farmacêuticas recorrendo a métodos de esterilização que garantam a eliminação a quase 100% de genes ou agentes patogénicos (bactérias, vírus, fungos). As zonas cinzentas dizem respeito aos “locais de suporte” das zonas brancas (e.g., sala de lavagem de material, sala de troca de roupa, sala de pesagem de matérias-primas, sala de apoio¹⁵).

As áreas não estéreis são aquelas onde a manipulação não carece de cuidados extremados ao nível da esterilização, mantendo-se ainda assim o controlo do risco de contaminação das substâncias (e.g., limitação de pessoas externas ao serviço) (Maskrey, Frontini, Underhill, & Preece, 2014). As zonas de manipulação são várias e estão fisicamente espalhadas pelo hospital, a fim de se dar resposta aos seus principais utilizadores. Aqui inserem-se a UPMNE, e atividades de farmacotecnia, e de reembalagem e rotulagem, que serão em seguida abordadas.

Produção de ciclos de tratamentos para doentes oncológicos na UCMC

Uma parte dos produtos destinados a tratamentos oncológicos neste hospital é produzido na UCMC, e os restantes são solicitados a fornecedores (e.g., citotóxicos, produtos de grande volume). Aqui são seguidos protocolos de atuação baseados em doenças específicas (tendo em conta o tipo de doença, o seu estado de evolução e a duração do tratamento), existindo no entanto um certo grau de personalização, visto que são realizadas receitas para pacientes singulares, em função das suas características (e.g., peso). Nesta unidade existe uma área não estéril, e outra estéril. A não estéril, onde se encontram farmacêuticos, é representada pela zona de validação das prescrições, e de armazenamento dos produtos a serem utilizados na produção dos ciclos de tratamentos; a estéril, é composta pela sala de preparação, com exigências de esterilização, e de segurança devido à toxicidade das substâncias, na qual os TDT's que aí exercem atividade, a fim de serem protegidos da exposição aos aerossóis advindos da manipulação de citotóxicos, devem inclusive realizar esta atividade com uma barreira física (i.e., os produtos são manipulados no interior de uma câmara). Depois de produzida na zona branca, a medicação é recebida por um farmacêutico na área não estéril, e em seguida entregue a um enfermeiro (i.e., através de uma abertura

¹⁵ Sala de apoio é o local onde entram os materiais necessários à manipulação de produtos estéreis, e se dá saída ao produto final.

física para o efeito), que procede à administração de medicamentos¹⁶, na sala de tratamentos de oncologia.

Preparação de nutrições parentéricas e/ou misturas intravenosas na UPE/UPMNE/Farmacotecnia

Esta área diz respeito, em grande parte, à preparação de nutrições parentéricas e/ou misturas intravenosas, composta por uma área estéril, a UPE, e outra não estéril, a UPMNE.

Nesta secção existe também uma ala dedicada à *farmacotecnia*, considerada a pura essência da farmácia, sendo o local de preparação efetiva de soluções orais - sólidas ou líquidas (e.g., xaropes) - ou não orais (e.g., pomadas). Existe ainda uma ala de fracionamento de substâncias, justificada pela exigência de um ambiente estéril face a produtos sensíveis; e uma outra onde se realizam atividades administrativas e de arquivo de documentação. Na realização destas atividades estão envolvidos todos os atores do serviço: farmacêuticos, TDT's, AO's e assistentes técnicos.

Reembalagem e Rotulagem de medicamentos /Fracionamento de medicação

Esta secção “trabalha” sobretudo para a DU, encontrando-se estrategicamente próxima. Surge da necessidade de preparação de medicação individual (i.e., doses de apenas um comprimido), processo que carece de alguns cuidados (e.g., identificar lote, validade, etc.) e que implica três atividades distintas: a *preparação*, a *individualização* e a *identificação* dos medicamentos, permitindo rentabilidade (e.g., nos SC o enfermeiro ganha tempo nas tarefas de apoio ao doente, uma vez que a medicação já está distribuída e organizada por doente). A preparação de doses individuais pode ser realizada de duas maneiras: manualmente (quando o uso da máquina coloca em risco a fraturação da medicação) mas, sempre que possível é apoiada com equipamento semiautomático, como o FDS (*Fast Dispensing System*). Nesta atividade, por vezes é fundamental o processo de fracionamento da medicação, justificado pela necessidade de dar resposta a dosagens não existentes no mercado, de ajustar o medicamento ao doente, e de evitar gastos desnecessários, sendo alguns medicamentos mais sensíveis fracionados na máquina semiautomática, e os restantes manualmente (tarefa esta que requer movimentos repetidos,

¹⁶ Administração de medicamentos, pelo enfermeiro, implica uma série de procedimentos, nomeadamente a “verificação da identidade do paciente, por forma a garantir que o paciente não é alérgico ao medicamento, que a utilização do medicamento respeita a dosagem normal, os efeitos secundários, as precauções e contra indicações e que respeita o plano de cuidados do paciente...” (Maskrey et al, 2014, p. 295).

sob constrangimento de tempo). Para aumento de rastreabilidade, segurança terapêutica e otimização da gestão de necessidades, tudo o que é realizado nesta secção é registado informaticamente e sujeito a certificação.

7b) A distribuição de medicação

A atividade de distribuição de medicação é a principal dos SF do CHSJ e não carece de um controlo tão exigente como as atividades que concernem à manipulação. Pode ser realizada através da distribuição em DU, por *sistema de pyxis*, por *sistema de reposição de stocks nivelado*, DC, *mista e personalizada*, sendo o destino os SC, caso os doentes se encontrarem em internamento, ou a UFA, caso os doentes se encontrem em regime ambulatorio.

Distribuição em dose unitária

É o sistema de distribuição com maior representatividade nestes SF e é caracterizado por implicar a distribuição diária de medicamentos, em dose individual unitária, para um período de 24 horas (com exceção dos sábados e feriados, em que é preparada para 48h). Aqui o processo de preparação da medicação pode ser totalmente manual, sendo que os TDT's preparam as malas por medicamento (quando o perfil de prescrição é semelhante para vários doentes), ou por doente (se o perfil é distinto), e pode ser realizada com o apoio de equipamento próprio, em modo semiautomático, quando por via informática é gerado o mapa da terapêutica. As ordens são expedidas para três diferentes equipamentos: para o FDS® (*Fast Dispensing System*), Kardex¹⁷® e Kardex® a frio¹⁸, sendo os equipamentos semiautomáticos mais utilizados do tipo Kardex®, designado para grandes volumes. Ressalta-se que o uso destes sistemas constitui um suporte importante, na medida em que permite reduzir o tempo de organização da distribuição dos medicamentos, racionalizar os diversos *stocks* nas unidades de distribuição, e conhecer melhor o perfil fármaco-terapêutico¹⁹ dos doentes, assistindo-se aqui mais uma vez à aproximação dos profissionais de farmácia, neste caso os TDT's, de atos considerados “clínicos”, uma tendência que tem vindo a ganhar relevo nos SF.

¹⁷ Kardex®: um equipamento de armazenamento centralizado e de distribuição semiautomático.

¹⁸ Kardex® a frio: equipamento destinado a produtos com necessidades de refrigeração.

¹⁹ Perfil fármaco-terapêutico: permite relacionar os problemas do doente com a administração de medicamentos, possibilitando ao profissional de saúde advertir de possíveis reações.

Distribuição por sistema de reposição de *stocks* nivelado

A distribuição da medicação por sistema de reposição de *stocks* nivelado consiste na reposição dos produtos num *stock* fixo, com uma periodicidade pré-definida para cada produto. O *stock* é designado nivelado, já que cada medicamento detém uma quantidade considerada ótima para cada área dos SC, em função das necessidades e exigências do serviço. É assim que se garante um limite de segurança entre o que é “exagero” e o que se considera abaixo do mínimo aceitável. A reposição nivelada de *stocks* é realizada manualmente, ou por recurso ao *sistema de pyxis*, como se explica a seguir.

Distribuição por sistema de *pyxis*

O sistema de *pyxis* é facilmente caracterizado como um multibanco comunitário que fornece medicação, baseado na utilização do programa *Pyxis MedStation® 3500*, um sistema semiautomático que permite a gestão, armazenamento e dispensa de medicamentos e produtos farmacêuticos. O controlo é realizado à distância pelos SF, e acedido pelos SC na enfermaria, registando deste modo todas as saídas efetuadas.

Distribuição clássica, mista e personalizada no setor de especialidades

No setor de especialidades operam TDT’S e farmacêuticos, que detêm conhecimento do funcionamento integrado dos SF, visto que efetuam a expedição para as diferentes áreas, e é também aqui por onde passam todos os pedidos de medicação, seja clássica, mista ou personalizada. A DC realiza-se através dos sistemas clássicos de distribuição, isto é, reporta-se à preparação de medicação a granel para um determinado período de tempo, podendo esta permanecer em *standby* no armazém de especialidades, até ser requerida. O objetivo é manter um *stock* de medicamentos e produtos farmacêuticos, que conforme as necessidades de cada unidade de internamento, vai sendo repostado. Neste setor de especialidades, em DC existem os denominados “circuitos especiais”, tratando-se de medicação controlada com exigência de procedimentos específicos, e que por exigências de cumprimento de determinadas regulamentações implicam um circuito próprio (e.g., existe um cofre de estupefacientes que deve ser verificado diariamente por um farmacêutico responsável, e por um outro responsável pela confirmação do registo efetuado). Integra os designados circuitos especiais toda a medicação que se destina à eliminação de vírus, fungos e bactérias (e.g., estupefacientes, derivados de plasma, antinfeciosos, antibióticos, antifúngicos, e citotóxicos), e que mediante uma prescrição médica são preparados especificamente para um paciente. Existe ainda nesta secção a medicação personalizada e a

mista, as quais podem ser expedidas logo após a sua preparação. A primeira, é assim denominada quando é preparada para um doente específico, e quando não é utilizado o sistema clássico de distribuição. São exemplo, citotóxicos, imunomoduladores²⁰ e hemoderivados. A segunda, é assim intitulada pois, por um lado não é personalizada (i.e., não se destina a um paciente particular) e, por outro lado, não é clássica (i.e., não é preparada a granel), podendo corresponder a estupefacientes e psicotrópicos.

Neste setor existe ainda um balcão de atendimento dos SF, tratando-se de um local de contato da farmácia (via presencial ou telefónica) com outros profissionais (e.g., médicos, fornecedores, etc.), e onde são realizados pedidos e devoluções de medicação clássica, entregas de produtos urgentes, ou de produtos sujeitos a uma menor rotatividade.

Distribuição de medicação em ambulatório na UFA

Para assegurar de forma personalizada e gratuita a dispensa de medicamentos a doentes em regime de ambulatório, existe uma unidade dedicada a esse fim: a UFA, sendo considerada a última linha de atendimento aos pacientes. É aqui garantida a assistência farmacêutica sem interrupções, através da reposição periódica dos *stocks* definidos consoante as necessidades (e.g., citotóxicos, especialidades farmacêuticas, hemoderivados), com exceção de outros que obrigam a um controlo mais rigoroso dos níveis pré-definidos: são os chamados medicamentos de gestão de UFA²¹. Os recetores são os próprios doentes que não necessitam de internamento, mas também profissionais de outras unidades, se necessário (e.g., a UCMC, mediante PTI's²²).

Este espaço, localizado próximo das consultas externas do hospital, está dividido em áreas distintas: a sala de espera (onde os utentes aguardam a sua vez de atendimento); a zona de atendimento (composta por gabinetes de atendimento individualizados, a fim de assegurar confidencialidade e privacidade); a zona de armazenamento de medicação (suportado por uma série de equipamentos CONSIG²³, os frigoríficos de armazenamento - para medicamentos que exigem temperaturas entre os 2°C e os 8°C, e arca congeladora - para armazenamento de termoacumuladores); o gabinete administrativo (onde se realiza a

²⁰ Os imunomoduladores com a função de modificar a resposta imunológica, são utilizados em terapêuticas relativas, por exemplo, a doenças autoimunes, transplantes de medula óssea, etc.

²¹ Medicamentos de gestão da UFA são medicamentos solicitados por esta unidade ao laboratório, rececionados no piso 02, e transportados até à UFA.

²² PTI's (Pedidos de Transferência Interna): em caso de urgência de um medicamento, é realizada, informaticamente, uma solicitação de entrega para determinado setor.

²³ CONSIG: sistema semiautomático de dispensa (onde se incluem os produtos de maior rotatividade que possam estar a uma temperatura ambiente).

organização e arquivo de documentação da atividade desenvolvida). Aqui intervêm farmacêuticos, TDT's, e um assistente técnico. Enquanto os farmacêuticos exercem essencialmente funções de atendimento direto ao doente, os TDT's dedicam a sua atividade à receção de encomendas e reposição de *stock* nos locais físicos. Já o assistente técnico exerce a sua função no gabinete administrativo.

(8) Entrega do produto final aos pacientes em internamento/ambulatório

A última etapa é representada pela entrega do produto final ao destinatário: o doente. Após a distribuição de medicação pelas unidades do SF - realizada por AO's, - mediante requisição de medicação pelas unidades, os produtos em seguida são entregues/administrados - seja nos SC - no caso das unidades de internamento, para aqueles que o necessitam - seja na UFA, por farmacêuticos, para aqueles que não o carecem, e se encontram em ambulatório.

Existe ainda, num plano menos representativo deste circuito, uma unidade que, apesar de não ter como finalidade a entrega ao doente em regime de internamento ou ambulatório, pertence também ao serviço de farmácia, e portanto alguns dos seus profissionais (farmacêuticos) foram incluídos na amostra do nosso estudo. São os EC, onde existe um plano ou protocolo de investigação criado por investigadores, e em função desses, os participantes recebem intervenções específicas (Maskrey et al, 2014). Aqui chegam todos os medicamentos experimentais destinados à realização de “ensaios clínicos”, medicamentos experimentais que exigem um circuito especial, envolvendo informações confidenciais e procedimentos específicos (e.g., a abertura das encomendas e respetiva conferência é realizada exclusivamente por farmacêuticos que operam neste espaço).

A reconstrução deste “circuito do medicamento” é marcada, como vimos, por uma complexidade que procuramos evidenciar, seja pelas singularidades e exigências de determinados medicamentos, seja pelo interface entre diferentes profissionais, seja pela repartição das diferentes unidades no hospital - a uma distância que dificulta a atividade de trabalho - ou mesmo pelos riscos que comportam determinadas situações para os próprios trabalhadores. Isto significa que o processo descrito, como uma sequência de etapas, está longe de se concretizar de forma linear ou isenta de constrangimentos. É precisamente isto que procuraremos melhor fundamentar, em seguida, integrando estes resultados com os resultados do INSAT2013.

3.5 Fatores de risco percebidos no trabalho e geradores de elevados níveis de incómodo

Procuraremos agora destacar alguns resultados²⁴ de caráter geral, isto é, contemplando os participantes da globalidade do serviço de farmácia (cf. Anexo F1), assim como os resultados diferenciados por categorias profissionais: farmacêuticos, TDT's, AO's e assistentes técnicos (cf. Anexo F2). justificando-se esta diferenciação nas especificidades encontradas, durante as análises da atividade, em termos de características do trabalho, das suas exigências e das condições em que é realizado, dos diferentes grupos profissionais. Serão referenciados os resultados relativos a duas das unidades existentes no serviço (cf. Anexo F3). Por um lado, na UCMC, pelo facto de ter sido desde o início identificada no pedido formulado pelo serviço de farmácia, tendo em conta a identificação de problemas músculo-esqueléticos que se mantinham, ou seja, que tinham tendência a persistir; e, por outro lado, na UFA, cujo motivo se prendeu com o facto de ser uma área de fronteira entre o hospital e a comunidade, e onde se registaram problemas transversais a outras unidades, mas também outros muito particulares, associados a relações no contato com os doentes pouco positivas.

Embora o INSAT permita inúmeras análises, tendo em conta as diferentes dimensões e itens que o compõem, por questões que se prendem com os limites da dissertação, e com os objetivos definidos, faremos referência apenas aos resultados que consideramos mais relevantes e, dentro destes, assumimos como critério de seleção nos resultados do incómodo percebido como associado a determinadas condições de trabalho, os itens com registo de 30% ou mais do total de respostas, relativas aos níveis de incómodo máximo (muito incómodo; bastante incómodo), de acordo com a escala contemplada neste inquérito (cf. Anexo F).

3.5.1 Ambiente e constrangimentos físicos

Uma das dimensões apresentada no questionário é a *ambiental*, onde se destaca o elevado incómodo face à exposição a *iluminação inadequada* (59,5%) (cf. Anexo F1). Aquando das observações da atividade de trabalho nas várias unidades, o fator iluminação algumas vezes foi aludido como um problema, sendo a justificação mais apontada para tal,

²⁴ Tendo em conta os limites de dimensão da dissertação, optou-se por remeter para anexo os quadros de resultados do INSAT2013, encontrando-se a negrito as percentagens respetivas às situações que constituem fatores de risco e salientados pelos elevados níveis de incómodo reportados.

a exposição constante a iluminação artificial. Nas unidades específicas da UCMC (57,1%) (cf. Anexo F3) e UFA (66,7%) o problema é também sentido, pelo mesmo motivo.

Outras questões relacionadas com a exposição a *ruído nocivo ou incómodo*, apesar de não causar grandes níveis de desconforto na globalidade do serviço de farmácia, é premente para alguns grupos profissionais, especialmente os assistentes técnicos (75,0%) (cf. Anexo F2), os quais desempenham o seu trabalho num local com pouco espaço e praticamente sem barreiras físicas, onde constantemente passam outros profissionais que os interrompem (e.g., para esclarecer dúvidas), e circulam os carrinhos de transporte de medicação. O mesmo problema é referido pelos farmacêuticos (45,8%), pelos mesmos motivos (e.g., na UFA). No caso da UCMC, o ruído nocivo (41,7%) (cf. Anexo F3) constitui uma dificuldade apontada na área não estéril, e onde mais uma vez a falta de barreiras físicas entre colegas é uma realidade, ao mesmo tempo que é sentido como um “mal necessário”, tendo em conta a necessidade constante de comunicação que existe com a ala de enfermaria de tratamento de doenças oncológicas. A exposição ao ruído, enquanto fator de constrangimento, é também visível na UFA (42,9%) onde, para além da proximidade com locais de passagem de pessoas e carrinhos de medicação, o espaço consignado às atividades nesta área é precário (blocos de pré-fabricados), e extremamente limitado. Ainda que exista algum tipo de barreira física entre a sala de espera dos utentes, da zona de atendimento (composta por gabinetes de atendimento individualizados), da área de armazenamento de medicação; e do gabinete administrativo, o espaço é muito limitado e as características do pavilhão impedem a atenuação do ruído. Esta circunstância parece ainda agravada pelo elevado número profissionais que aqui se encontra, mas também de utentes na sala de espera para a receção de medicação. Ora, o tipo de medicação que é aqui dispensada e a falta de isolamento sonoro, dificultam a salvaguarda do princípio de confidencialidade sobre o estado de saúde dos utentes e sobre o tipo de doenças de que são portadores, levantando questões éticas e de direito não negligenciáveis, que à partida deveriam estar salvaguardadas na atividade farmacêutica (Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de novembro), ainda que nem sempre sejam consideradas as condições de trabalho quando se fala do que é preconizado na função destes profissionais. São exemplos concretos de como urge intervir sobre as condições de trabalho neste setor.

Ao nível dos *constrangimentos físicos*, existe uma grande quantidade de itens destacáveis pelo seu elevado grau de incómodo para a generalidade do serviço, nomeadamente o facto de se *trabalhar num contexto pouco organizado do ponto de vista ergonómico* (73,7%) (cf. Anexo F1). É uma condição que, para além de perceptível pela

análise da atividade, o é também através do acesso a relatos de vários trabalhadores, das diferentes unidades, e são várias as situações que estão na origem deste constrangimento. Um dos aspetos é a enorme distância encontrada entre o local de receção de medicação (piso 02) e as várias unidades onde o mesmo é distribuído, (pisos 01, 1, 2, e edifício do hospital de dia), encontrando-se em pisos distintos (cf. Anexo E). Tal circunstância, além de ser vista como penosa para os próprios AO's (responsáveis pelo transporte e distribuição deste tipo de produtos pelas várias unidades do serviço), devido às distâncias que são obrigados a percorrer diariamente, é percebida como provocadora de perdas de tempo por parte daqueles que se encontram à espera da medicação, criando atrasos perspectivados como incontornáveis. Por último, e no pior dos casos, resulta em esperas para o próprio paciente, colocando-se em causa uma premissa que é aparentemente bastante discutida e interiorizada pelos profissionais: “a cada doente, o medicamento certo, na quantidade certa e na hora certa”.

Outro fator fortemente apontado por alguns trabalhadores é a inexistência de instalações sanitárias exclusivas aos trabalhadores, um direito que segundo os mesmos deveria estar garantido. O constrangimento face a um contexto de trabalho pouco organizado a um nível ergonómico é também associado à generalizada falta de espaços de trabalho, acompanhada por vezes pela ausência e/ou existência de separações físicas desadequadas entre o desempenho de diferentes atividades. Ainda, a partir de comentários realizados pelos próprios trabalhadores, tornou-se evidente a associação desta questão ao cansaço manifesto e à percepção de diminuição da qualidade de trabalho - um dos farmacêuticos que exerce funções na sala de validação farmacêutica referiu “o meu trabalho é realizado em *open space*, o que dificulta a concentração e execução de tarefas, aumentando o cansaço ao final do dia e a probabilidade de erro”. Além de farmacêuticos (71,4%) (cf. Anexo F2), outros profissionais pelos vários aspetos já mencionados, relatam elevado incómodo em relação a esta questão, especialmente os TDT's (79,2%), e AO's (75,0%), compreensível pelo facto de os mesmos estarem sujeitos a uma constante necessidade de deslocamentos em espaços frequentemente confinados. Na UFA expressam-se enormes constrangimentos a este nível (85,7%) (cf. Anexo F3) devidos às características do espaço de trabalho já elencadas. Também os trabalhadores cuja atividade é exercida na unidade dedicada à produção e fornecimento de citotóxicos, na UCMC (70,0%), especificamente na área não estéril: o espaço é apontado como insuficiente para todos os profissionais que aí se encontram, e os locais de passagem “acanhados”. Foi ainda observada a falta de separação entre espaços com exigências de controlo de esterilização distintas, isto é, entre a área de validação de

prescrições de medicação e a área reservada ao armazenamento de produtos a serem manuseados na zona de manipulação de citotóxicos. Apesar de ambos os locais pertencerem à área não estéril, o tipo de tarefas realizadas no segundo local requer maior controle sanitário, e a delimitação é inexistente. Para fazer face a esta carência, isto é, a fim de conservar a limpeza de espaços que assim o exigem, são os próprios trabalhadores que “improvisam”, criando delimitações físicas entre as duas zonas e criando determinados procedimentos na sua passagem (e.g., proteção para os pés e cabeça). Assiste-se aqui ao *uso de si*, onde os trabalhadores *renormalizam* (Schwartz & Durrieu, 2007), isto é, retribuem aspetos pré-definidos do trabalho, tendo em vista a preservação da qualidade do seu trabalho, sabendo que as condições existentes nem sempre o propiciam.

Algumas mudanças têm sido postas em prática, como fora referido por responsáveis do serviço, sendo que foram levadas a cabo recentemente algumas renovações no sentido de facilitar o “circuito do medicamento” no hospital, assim como melhorar os cuidados farmacêuticos prestados aos doentes. Todavia, os problemas persistem e, em alguns casos, são até percebidos como agravados no decurso do tempo (e.g., assistentes técnicos declaram que o seu local de trabalho foi outrora mais reservado, ou seja, menos “exposto”, e as condições térmicas menos penosas).

A *adoção de posturas penosas* é um constrangimento físico que provoca também incómodo geral (60,0%) (cf. Anexo F1), e entre determinados grupos profissionais (cf. Anexo F2). Os farmacêuticos (61,1%) queixam-se deste fator devido à necessidade de ter de permanecer sentados por longos períodos de tempo. Para AO's (50,0%), esta dificuldade é clara em muitas das suas circunstâncias de trabalho, como é o caso de carregar e arrumar material pesado e transportar medicação com recurso ao porta-paletes. Também o é para os TDT's (65,4%), que em tarefas de distribuição, como é exemplo a reposição física de *stocks* de medicação, pegam em cargas sentidas como muito pesadas (cerca de 200 unidades de 24g cada, o que perfaz um peso que se aproxima aos 5kg, cada caixa), sendo estas atividades por estes profissionais bastante frequentes na UFA (50,0%) (cf. Anexo F3). As tarefas acabadas de mencionar relativas aos TDT's e aos AO's podem ser também justificativas de outro item saliente na dimensão dos constrangimentos físicos: *fazer esforços físicos intensos*, fator de elevado incómodo para a generalidade dos participantes (63,4%) (cf. Anexo F1), e como seria de esperar, de forma mais pronunciada para estes trabalhadores (72,7%; 50,0%, respetivamente) (cf. Anexo F2). A adoção de posturas penosas, assim como a necessidade de fazer esforços físicos intensos são percecionados também como fatores de grande incómodo na UCMC (66,7%; 66,7% respetivamente) (cf. Anexo F3), aspeto este que já tinha

sido identificado como problemático a um nível músculo-esquelético, e que esteve na base do pedido de análise formulado. São estes técnicos que se encontram na zona branca da área estéril, onde realizam misturas de substâncias para a produção dos fármacos destinados ao tratamento de doenças oncológicas, fazendo um uso contínuo de seringas, por várias horas, e a longo prazo.

A exposição a *gestos repetitivos* está igualmente associada a grande desconforto (48,6%) (cf. Anexo F1). Mas é-o de forma mais proeminente para os TDT's (60,0%) (cf. Anexo F2) seja pelas diferentes tarefas acabadas de mencionar que competem a estes profissionais, mas também noutras como o processo de fracionamento manual e o uso de sistemas semiautomáticos de *Kardex*. Os farmacêuticos (42,3%) estão também sujeitos a este constrangimento, ainda que por razões distintas: alguns destes profissionais podem passar longos períodos de tempo ao computador, a realizar a validação de prescrições, de forma constante e, por vezes, com fortes constrangimentos temporais. Na UCMC (57,1%) (cf. Anexo F3), este constrangimento parece estar relacionado acima de tudo com as tarefas de manipulação já descritas (e.g., uso de seringas). Também na UFA esta situação é reportada com elevado incómodo (37,5%), e justificada nomeadamente pelas exigências associadas à reposição de elevadas quantidades de *stock* de medicação, muitas vezes de embalagens de pequenas dimensões, o que obriga à repetição constante de gestos.

Existem ainda constrangimentos físicos que, apesar de não serem reportados como geradores de elevado incómodo para o serviço no seu todo, são-no para determinados grupos profissionais. É o caso de ter de *permanecer muito tempo em pé na mesma posição*, ou *permanecer em pé com deslocamento*, circunstâncias de trabalho frequentes para os TDT's (50,0%; 44,4%, respetivamente) (cf. Anexo F2), em tarefas de reposição e armazenamento de medicação; e para os AO's (83,3%; 46,2%, respetivamente), nomeadamente no transporte e distribuição de medicação pelas várias unidades dos SF. Outra situação é ter que *permanecer muito tempo sentado*, especialmente penosa para assistentes técnicos (50,0%), e farmacêuticos (47,8%), associada nomeadamente à condição de ter que *trabalhar por longos períodos de tempo ao computador*, condição esta especialmente incomodativa para farmacêuticos (46,4%).

3.5.2 Constrangimentos organizacionais e relacionais

Destaca-se para todo o serviço a exposição a situações de ter que *trabalhar a um ritmo intenso* (45,9%), *de hipersolicitação* (51,8%), de ter que *gerir instruções contraditórias* (64,3%), e de *ser frequentemente interrompido* (73,5%) (cf. Anexo F1).

Estes resultados vão de encontro ao que tinha sido mencionado por Scott (2003), caracterizando o ambiente de trabalho deste setor como marcado por um ritmo acelerado, de mudança e de pressão. Os resultados que se seguem reforçam esta asserção.

Um *ritmo intenso de trabalho* foi visível durante as observações da atividade em contexto real, sendo evidente a frequência de picos de trabalho, e onde dificilmente se assistia a “paragens” da atividade. Este marcado compasso de trabalho, era acompanhado de alguma imprevisibilidade a par das necessidades inesperadas dos pacientes. Além disso, à sexta-feira, por exemplo, o ritmo de trabalho era ainda aumentado pelo encargo de “adiantar serviço” a fim de “cobrir” as necessidades do fim-de-semana, período em que o trabalho é interrompido em algumas unidades, e reduzido noutras. A *hipersolicitação* é outra situação emergente, por vários motivos. Nomeadamente, pelo elevado número de pedidos que podem surgir num curto espaço de tempo, e a necessidade de um elevado controlo na qualidade das tarefas executadas, o imperativo de um trabalho bem feito, só possível com o uso de mais tempo, até mesmo do seu próprio tempo, para assegurar essa qualidade e a tranquilidade advinda da confirmação/validação reiterada das tarefas realizadas. Em ambos os casos, não é raro que estas exigências resultem em acumulação de trabalho para o trabalhador. Além das razões já apontadas, parece legítimo associar outros aspetos a estes fatores de risco no trabalho. São eles, o imperativo de resposta a pedidos inantecipados dos SC de fornecimento de medicação e o elevado nível de absentismo presente na generalidade do serviço. Relativamente ao primeiro aspeto, tornou-se evidente o foco destes profissionais em garantir que se evitem atrasos, tendo em vista o alcance do objetivo primordial do serviço: o tratamento e recuperação do estado de saúde/bem-estar do doente. Em relação aos índices de absentismo relatados, os trabalhadores presentes vêem-se na necessidade de “compensar” a ausência de colegas, o que significa trabalhar a um ritmo mais intenso.

Relativamente à declaração de ser *frequentemente interrompido*, tal é justificado pela necessidade constante de comunicação entre colegas, outros profissionais, e até fornecedores, indispensável à realização das próprias tarefas (e.g., esclarecimento de dúvidas, contornar pedidos urgentes, etc.). Estas interrupções, segundo os trabalhadores, podem ser presenciais ou via telefónica. Neste sentido nota-se um especial incómodo no grupo dos TDT's (75,9%) (cf. Anexo F2) (e.g., responsáveis pelo atendimento no balcão de do setor de especialidades), farmacêuticos (82,1%) e assistentes técnicos (75,0%). Estes dois últimos grupos têm uma atividade profissional, como já referido, com exigências de elevados níveis de concentração, tendo em conta a realização de atividades com recurso ao computador, no caso dos farmacêuticos, na realização de confirmações/validações de

medicação, e no dos assistentes técnicos, em atividades como o registo de entradas de medicação.

Na UCMC, (cf. Anexo F3) vários aspetos relativos ao *ritmo de trabalho* são causadores de elevado incómodo. Os profissionais que aqui exercem atividade lidam com situações de pedidos de preparação de medicação inesperadas, gerando muitas vezes picos de trabalho intensos. Na UFA também se enfrenta estes problemas, visto é que necessário dar resposta ao elevado número de doentes que se encontra ininterruptamente na sala de espera, para receber a medicação.

Ainda no âmbito do *ritmo de trabalho*, a *dependência de colegas para a realização do próprio trabalho*, constitui um fator de constrangimento, particularmente no caso de determinados grupos profissionais: farmacêuticos (39,1%) e TDT's (37,5%) (cf. Anexo F2). É usual que os profissionais em questão vejam o seu trabalho dependente do dos colegas para a realização das suas tarefas. Nomeadamente, foi referido por parte de alguns técnicos que existe com frequência a necessidade de aguardar por colegas de trabalho para se poderem ausentar da unidade, sabendo que é obrigatória a presença de um profissional em continuidade (e.g., técnicos da UPE). Foi também frequente estes profissionais queixarem-se de situações em que devem esperar pela medicação - distribuída pelos AO's - para dar continuidade às suas tarefas. De um modo geral, em todo o serviço, durante o processo de circulação do medicamento, cada atividade depende de atividades a montante e dos que por elas são responsáveis, gerando impacto nas posteriores, que por sua vez são desempenhadas por outros trabalhadores. Os indivíduos que as exercem na UCMC revelam a exposição a situações deste tipo (46,2%) (cf. Anexo F3), situação esta reforçada pela declaração de um farmacêutico desta unidade, de “constrangimentos associados à organização do trabalho em equipa”, quando se lhe questiona por dificuldades sentidas.

Relativamente à necessidade de ter que *cumprir normas de produção ou prazos rígidos* (e.g., controlo da qualidade, tempos curtos,...) é outro item que parece preocupante para um grupo especial, o dos farmacêuticos (47,6%) (cf. Anexo F2). Estamos a falar concretamente daqueles cuja atividade incide essencialmente na validação de produtos farmacêuticos e, por conseguinte, portanto onde o cumprimento de diretrizes é essencial. É exemplo assegurar que as prescrições efetuadas obedeçam aos protocolos NOC. Outras questões prendem-se com o facto de nem sempre ser fácil de gerir o prescrito, nomeadamente em relação a vários aspetos que guiam o ato farmacêutico hospitalar (Decreto- Lei nº 28872001 de 10 de novembro) - como é exemplo o cumprimento da prescrição médica na dispensa do medicamento ao doente, já que pode nem sempre ser da concordância destes

profissionais. O mesmo se aplica ao poder de eleição, que os conhecimentos da profissão permitem no sentido de satisfazer as ligações benefício/risco e benefício/custo, mas que sempre são fáceis de serem arbitradas, sendo que os custos acabam frequentemente por assumir mais peso do que os benefícios. Estes resultados são reforçadas pela declaração de um farmacêutico, admitindo que “existe muita responsabilidade, muita pressão psicológica, muito medo de errar e das consequências dos erros”.

Como já tinha sido mencionado, este setor está sujeito a grandes pressões, nomeadamente devido ao forte impacto que tem na saúde (Valverde, 2012), exigindo-se no exercício da atividade a assunção de decisões importantes e de grande responsabilidade, muitas vezes com prazos limitados (e.g., face a pedidos urgentes). Faz assim sentido que, similarmente, itens relacionados com a necessidade de agilizar o *tempo de trabalho* apresentem maior incómodo nesta atividade profissional em comparação com as restantes, nomeadamente, no que respeita a ter que *ultrapassar horário normal de trabalho* (52,6%) e “*saltar*” ou *encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho* (45,5%). No caso da UFA, onde os próprios trabalhadores referem a necessidade de dar resposta a todos os pacientes que se encontram em espera na receção da medicação, antes de terminarem o seu dia de trabalho, legitima o elevado incómodo percebido relativamente à primeira situação mencionada (71,4%) (cf. Anexo F3). Isto é, nesta unidade, segundo estes trabalhadores, a necessidade de ultrapassar constantemente o horário normal de trabalho, sem ser por tal recompensando, leva a um desequilíbrio entre o investimento na realização de um trabalho bem feito e o seu reconhecimento, justificando o elevado desconforto face a outro item relacionado com as *características do trabalho*: “*o meu trabalho é um trabalho no qual, de uma forma geral, me sinto explorado*” (75,0%).

No âmbito das *relações de trabalho*, destaca-se em todo o serviço de farmácia o elevado desconforto referente à percepção de *pouco reconhecimento do trabalho pelas chefias* (68,9%) (cf. Anexo F1). O âmbito das relações de trabalho aparenta ser uma dimensão menos visível e mais difícil de ser exposta pelos participantes, contudo, no conjunto de alguns comentários foi possível concluir que as opiniões se dividem relativamente a este assunto. Alguns verbalizam a existência de relações fortes, onde o espírito de camaradagem é visto como um ponto premente e positivo do trabalho. Outros, por outro lado, referem a má qualidade das relações de trabalho. Alguns trabalhadores, por exemplo, apontam a falta de consideração por entidades superiores face a situações laborais que os próprios já haviam reportado como incómodas (e.g., falta de equipamentos ou espaços físicos inadequados), e que nada é feito para as transformar. Comentários dos próprios profissionais vão neste

sentido: um AO aponta que a “ falta de reconhecimento leva à desmotivação profissional, e um maior reconhecimento facilitaria uma melhor prestação de serviços e tarefas”. Outras críticas advindas de vários grupos profissionais como “no meu serviço não valorizam o meu trabalho” e a “sensação de falta de compreensão por parte dos superiores hierárquicos” reforçam estes resultados. É ainda feita alusão à ausência de avaliações de desempenho há vários anos, e à sua pertinência no sentido de compensar/reconhecer o trabalho que realizam, face às condições de que dispõem.

Nos locais de trabalho em análise destacam-se outros itens que desfavorecem o panorama das *relações de trabalho*: a exposição a situações de *agressão verbal* na UFA (100%) (cf. Anexo F3) e na UCMC (85,7%). Já o *assédio moral* (e.g., intimidação, hostilidade, humilhação,...) é apontado, pelo seu elevado grau de incómodo, na UCMC (87,5%), constituído situações, que no momento de apresentação e restituição coletiva dos resultados se tornou, ainda assim, difícil de debater devido à sensibilidade da questão, mas que parece digna de ser posteriormente explorada.

Relativamente ao *contato com o público*, trata-se de um tema que apesar de não parecer ser preocupante para o serviço no seu todo, pode ser assim visto para determinados profissionais e unidades específicas. Os farmacêuticos (92,3%) (cf. Anexo F2) mencionam com grande desconforto que no próprio trabalho estão expostos ao *risco de agressão verbal do público*, resultados coerentes com a sua atividade, visto que são aqueles que lidam mais diretamente, e com mais frequência com o público (e.g., pacientes, fornecedores). Esta dimensão do trabalho é especialmente pertinente na UFA (cf. Anexo F3), onde o contato com os doentes é direto e constante, num atendimento próximo e acompanhado. Estes trabalhadores sentem-se na “interface” entre os SF e a comunidade/o paciente, e exercem atividade na última linha de atendimento do serviço, não sendo incomum que o paciente, após esperas muito significativas, acabe por se insurgir contra os trabalhadores desta unidade. Assim, a exposição ao *risco de agressão verbal do público* é referenciado com um constrangimento por estes profissionais (100%), assim como o *risco de agressão física pelo público* (85,7%) e o *confronto com situações de tensão nas relações com o público* (62,5%).

3.5.3 Características do trabalho

As *características do trabalho* identificadas como geradoras de maiores níveis de insatisfação entre os trabalhadores do serviço são várias, nomeadamente em relação ao facto de o trabalho ser um trabalho *onde não existe a perspetiva de evolução na carreira* (85,1%) (cf. Anexo F1), cuja *remuneração não permite ter um nível de vida satisfatório* (83,6%),

onde faltam os meios necessários para realizar um trabalho de qualidade (75,8%). Trata-se de aspetos que se destacam pelo incómodo para as várias categorias profissionais (cf. Anexo F2), e que encontram o seu sentido no cenário atual da Administração Pública, onde o congelamento de salários, de promoções e progressões na carreira despontaram nos últimos anos, assim como a contenção de custos em investimentos nos locais de trabalho (e.g., instrumentos, meios, espaços de trabalho). Esta realidade está bem presente neste serviço, onde a mobilidade é inexistente ou meramente horizontal, isto é, entre diferentes unidades - onde distintas tarefas podem ser levadas a cabo pelos mesmos profissionais - mas dificilmente vertical (i.e., para um nível hierárquico superior). São identificadas a “falta de expectativas”, assim descrita por um dos trabalhadores; a perceção de um desfasamento entre a mobilização de si mesmo no trabalho e a remuneração, que fica de sobremaneira aquém do investimento na atividade; e a falta de investimento em instrumentos de trabalho adequados e fundamentais para a realização da atividade, tidas como questões de insatisfação, não no trabalho realizado, mas sim em termos de condições de trabalho oferecidas. Especificamente, em relação à falta de meios para realizar um trabalho de qualidade, é entre as características do trabalho acabadas de referir, a situação mais frequentemente relatada nas verbalizações dos trabalhadores. Parece comum o entendimento de que é provavelmente o grupo dos AO's o mais penalizado por esta falta, e que de facto reporta elevados níveis de incómodo (81,8%). Um dos tipos de instrumentos de trabalho mais utilizados por estes profissionais é o porta-paletes, sendo vários os que necessitam de manutenção ou de substituição, já que se encontram em mau estado, e só não colocam em causa a qualidade do serviço prestado, porque acabam eles próprios por compensar estes problemas, assumindo alguns esforços físicos, que não seria suposto. Assiste-se aqui a um exemplo de adaptação do trabalhador ao seu trabalho, e portanto à contradição de um dos princípios de intervenção no quadro da nossa tradição científica: o de adaptação do trabalho ao homem (Leplat, 2015), otimizando as condições e os recursos que favorecem o seu desempenho. Inclusivamente, alguns trabalhadores expressaram a já ocorrência de acidentes profissionais (fraturas) no trabalho com estes equipamentos, e a necessidade de maiores esforços físicos no seu manuseamento, tendo em conta o estado em que se encontram. O uso destes equipamentos em mau estado é ainda agravado pelas condições gerais em que se encontra o piso, caracterizado como degradado e irregular, o qual potencia um maior nível de risco no transporte da medicação - sendo até referidos episódios de queda de medicação - muitas vezes tóxica (e.g. citotóxicos), resultando por sua vez em insegurança para os próprios trabalhadores, mas também em atrasos para os processos seguintes do circuito do

medicamento. Ainda, a iluminação inadequada e o excesso de pó são aspetos atribuíveis aos “meios” que colocam em causa a qualidade do trabalho, e vistos como incomodativos para os que exercem funções no armazém farmacêutico da logística, cuja força de trabalho é constituída sobretudo por AO’s. Para outros profissionais, como farmacêuticos (75,0%) e assistentes técnicos (33,3%), cuja atividade profissional depende do uso frequente do computador são notórias algumas queixas, tanto pela falta de computadores suficientes, como pela má qualidade dos existentes, caracterizados como “lentos” e que “*crasham*” momentaneamente, resultando segundo os participantes, em atrasos para o próprio trabalho, e processos subsequentes. Para os TDT’s, estes problemas são reportados por 76,0% dos profissionais, em tarefas relacionadas com a distribuição da medicação, o trabalho com o sistema operativo (CPS), caracterizado como pouco célere; assim como com a grande distância a percorrer continuamente entre os vários produtos com que trabalham, obrigando-os a realizar um grande número de deslocações. Em específico, na manipulação clínica, para os TDT’s os problemas não parecem ser menores, sendo identificado como mais preocupante, aquele que, como já anteriormente mencionado, constituiu o ponto de partida de toda a análise das condições de trabalho: na UCMC (66,7%) (cf. Anexo F3), o uso de seringas na área estéril, instrumento de trabalho que suscita grandes dificuldades do ponto de vista músculo-esquelético para os seus utilizadores, e onde um instrumento que as substitua parece altamente pertinente. Outros meios percecionados como em falta para a realização de um trabalho de qualidade nesta unidade prendem-se com as duas câmaras existentes na zona branca da área estéril, destinadas à produção de tratamentos, com as quais existe dificuldade em operar em simultâneo, atrasando o trabalho. Ainda neste âmbito, a falta de pessoas/recursos humanos é mencionada. No caso da UFA (100%), os mesmos problemas relacionados com o uso dos computadores são também uma realidade, assim como a falta de frigoríficos de armazenamento.

Ainda outros aspetos no que respeita às *características do trabalho* são percecionadas como problemáticas de uma forma geral, nomeadamente a percepção de *dificuldade em realizar o seu trabalho* aos 60/65 (70,4%) (cf. Anexo F1), e a assunção de que “*o meu trabalho é um trabalho que gostava que os meus filhos não realizassem*” (56,8%), são segundo verbalizações dos trabalhadores, resultado não da atividade em si, mas sim das condições de trabalho a que estão sujeitos.

Parecem estes assuntos relacionados com as características do trabalho complexos, onde “as questões da sociedade podem ser lidas no posto de trabalho” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 58). Isto porque questões de índole macro (eg., crise económica, contenção de

custos na Administração Pública, etc.) se estabelecem sobre os trabalhadores, sobre as condições de exercício da sua atividade, e os obriga a adaptar-se. Contudo, não deve ser esquecida a importância de uma análise que dê visibilidade a esta realidade concreta e traduza o “ponto de vista do trabalho”, de uma análise que avalie as situações de trabalho, os fatores de risco a que estão expostos os trabalhadores, capaz de sustentar a gestão das mudanças que se impõe implementar. Persistir sobre a importância de uma articulação entre o que se passa a um nível macro e micro de análise é assim imperativo (Schwartz & Durrive, 2007).

3.6 Sentimento de prazer e de realização pessoal no trabalho

Apesar dos constrangimentos assinalados, *o prazer e realização pessoal no trabalho* são também salientados (cf. Anexo G). 98,8% dos participantes sentem que o que fazem constitui um *contributo útil para a sociedade*; 94,3% referem *o sentimento de fazer um trabalho bem feito*, assim como *satisfação com o trabalho realizado de uma forma geral* (79,1%). Ainda, 69,8% revela ter *oportunidade de fazer coisas que realmente dão prazer*. Os participantes relataram mesmo, nos momentos de restituição, que é real o facto de a sua atividade os confrontar com uma série de fatores de risco, mas terem ainda assim prazer no trabalho e sentirem-se realizados pela qualidade do trabalho assegurada, apesar das circunstâncias em que o fazem. O reconhecimento, esse, provém de alguns doentes, reiterando que por parte das chefias ele já não é sequer esperado. Quando isto acontece, sentem estes profissionais que o seu dever é cumprido, recordando que o seu dever primário e fundamental, tal como estabelecido no Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de novembro (artigos 81.º e 107.º), é o de potenciar a saúde e bem-estar dos doentes, e que são eles a quem se dirige a sua atividade e, comumente, os que a tornam reconhecida.

3.7 Problemas de saúde percebidos e sua relação com o trabalho

Apesar do foco do estudo se encontrar nos fatores de risco no trabalho, aceder aos *problemas de saúde* que os trabalhadores referem sentir, e que são percecionados como causados ou agravados pelo trabalho, permite dar conta das consequências de determinadas condições na sua saúde. É, aliás, aparentemente quando o seu estado de saúde se degrada,

que se passa a conferir maior visibilidade às suas condições de trabalho, tal como o reforça o pedido que suscitou este estudo. Neste sentido, procurou-se identificar aqueles problemas de saúde que para os trabalhadores constituem maiores motivos de queixa²⁵, e onde é identificada uma forte relação com o trabalho (problemas de saúde causados ou agravados pelo trabalho) (cf. Anexo H).

As *dores de costas* constituem o problema mais relatado na farmácia (75,0%), seguida das *dores musculares e articulações* (63,5%), *problemas de visão* (56,5%), *varizes (derrames, “aranhas” vasculares)* (51,8%), *dores de cabeça* (50,6%), *ansiedade ou irritabilidade* (50,6%), *fadiga generalizada* (42,4%), *desânimo generalizado* (36,5%), *sonolência ou insónias* (34,1%). Daqueles que referem sentir desânimo generalizado, todos (100%) referem ser causado ou agravado pelo trabalho. Na mesma linha, outras percentagens elevadas são expressas para os restantes problemas, nomeadamente, a ansiedade ou irritabilidade (95,3%), dores de costas (90,3%), dores musculares e articulações (87,0%), fadiga generalizada (86,1%), varizes (86,0%), dores de cabeça (83,3%), sonolência ou insónias (65,5%), problemas de visão (51,1%), explicando-se assim o possante vínculo que estes trabalhadores estabelecem com o seu trabalho. É neste panorama que parecem as condições de trabalho que foram sendo retratadas (eg., realização de deslocações frequentes, manuseamento frequente de cargas, trabalhar por longos períodos de tempo sentados e/ou ao computador, etc) justificadoras de alguns destes problemas.

3.8 Acidentes de trabalho e doenças profissionais

Relativamente a *acidentes de trabalho*, a maioria dos participantes (64,4%) refere ter já sido vítima, e daqueles que mencionam o local de trabalho onde o acidente ocorreu, 90,9% indica o trabalho atual (cf. Anexo I).

Através da identificação de doenças profissionais mencionadas pelos profissionais, conclui-se (à semelhança dos problemas de saúde), que são as relacionadas com o foro muscular e de articulações as que registam mais referências. As denominadas LMERT correspondem ao problema de saúde ocupacional mais comum na Europa (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2007), afetando portanto milhões de trabalhadores

²⁵ À semelhança da análise aos fatores de risco (anexo F), também para os problemas de saúde percebidos apenas foram considerados aqueles que registaram percentagens superiores a 30,0% (sinalizadas a negrito no quadro H1, em anexo).

europeus, sendo que o problema está aparentemente longe de se ver erradicado. São exemplo, neste estudo, dos problemas reportados: as epicondilites, hérnias discais, contraturas musculares, desgastes de cartilagem, lesões musculares, tendinites, calcificações ósseas, etc. Contudo, quando se lhes pergunta se já lhes foi diagnosticada uma *doença profissional*, apenas 10,3% responderam afirmativamente, sendo que os restantes referiram a inexistência de reconhecimento da doença como “doença profissional”, ou que o processo de reconhecimento se encontra em avaliação.

Mas, existem ainda outros problemas, cuja menor gravidade, os destitui de consideração: falamos, concretamente, de problemas relacionados com a ansiedade e irritabilidade, fadiga generalizada, desânimo generalizado, sonolência ou insónias, igualmente identificados pelos trabalhadores deste estudo (cf. Anexo H). Existe o parecer de que os trabalhadores mesmo expostos continuamente a riscos profissionais, a saúde dos mesmos quando não apresenta grandes patologias, é razoável, o que torna muitas vezes os efeitos das condições de trabalho na saúde pouco manifestos (Barros-Duarte, 2005). Estes problemas, além disso, não sendo muitas vezes declarados não são dotados de reconhecimento. Não devem, ainda assim, ser subvalorizados, tal como foi reforçado pelos trabalhadores presentes nos momentos de restituição destes resultados, na presença também de responsáveis do serviço de farmácia e do SSO.

Conclusões

Com a presente investigação propunha-se a análise das relações entre trabalho e saúde no serviço de farmácia do CHSJ, tanto à generalidade dos profissionais, como associada a grupos profissionais distintos e a unidades do serviço específicas. Para tal, foram consideradas as condições de trabalho, tendo como foco a perspetiva dos próprios trabalhadores, através da articulação de uma abordagem qualitativa, através de observações da atividade real de trabalho e de verbalizações dos próprios trabalhadores, que sustentaram a nossa proposta de construção de um “circuito do medicamento”, e de uma abordagem quantitativa, baseada no uso do inquérito INSAT2013 e na análise estatística dos seus resultados, contextualizada no conhecimento emergente das análises no terreno.

Dito isto, consideramos importante começar por refletir sobre o “ato farmacêutico”, que tem atravessado o debate no contexto que analisámos e o qual tem, segundo Pita & com Agregação (2010), a par do panorama atual ao nível social, económico, técnico, científico, sido ampliado. Tal, tem conduzido o farmacêutico a assumir novos desafios, e a diluir-se as fronteiras entre uma conceção do serviço de farmácia como um “serviço técnico”, e a sua conceção como se de um “serviço clínico” também se tratasse. Aliás, nomeadamente a través da prestação de serviços fármaco-terapêuticos, que “é emergente nos nossos dias e exige novas competências ao farmacêutico que se assume como clínico” (Figueiredo et al., 2014, p.16). Se, anteriormente, era suficiente conhecer o medicamento desde a sua conceção até à dispensa na farmácia, agora este profissional deve estar também direcionado para um serviço mais aproximado ao doente, a fim de melhorar os seus resultados clínicos, e também as relações risco/benefício e custo/benefício, através da utilização de medicamentos (Figueiredo et al., 2014). Estes são desafios reais para os farmacêuticos, mas também para todos aqueles que contribuem para o “ato farmacêutico” no alcance do objetivo primordial na prestação de cuidados farmacêuticos: a garantia do bem-estar e saúde do doente, e são eles, em contexto de farmácia hospitalar, os técnicos de diagnóstico e terapêutica, os assistentes técnicos, e os assistentes operacionais. Não obstante, o conhecimento da realidade deste serviço tornou evidentes os custos associados ao desempenho da atividade, face a algumas das condições retratadas e que ficam aquém do desejável, e face a objetivos cada vez mais exigentes. O grau de incómodo que essas condições/situações de risco instigam é, apesar de tudo, gerido de forma a não comprometer a qualidade do trabalho. Encontram esses fatores de risco a sua origem a diferentes níveis, tanto a um nível mais macro, relativo às evoluções decorrentes da reforma da Administração Pública, como

também a um nível mais micro de análise, associados a especificidades do contexto de trabalho considerado. São exemplo destes últimos, constrangimentos físicos (e.g., contexto pouco organizado do ponto de vista ergonómico) e ambientais (e.g., iluminação inadequada), organizacionais (e.g., exposição a um ritmo de trabalho intenso) e relacionais (e.g., pouco reconhecimento pelas chefias), e que no seu conjunto tornam visível a necessidade de debate e melhoria das condições de trabalho neste serviço. Acrescenta-se que existem situações transversais, e outras específicas a determinados grupos profissionais, e a locais/unidades, as quais parecem estar relacionadas, seja com a natureza do tipo de tarefas realizadas, seja com as condições de trabalho em que são realizadas (e.g., o grupo profissional dos farmacêuticos na unidade de farmácia em ambulatório revela incómodo especialmente elevado no contato com o público, pois são os únicos que lidam diretamente com o paciente).

Coerente com o pedido inicial deste serviço, a partir de uma análise aos problemas de saúde percecionados como tendo origem ou sendo agravados pelo trabalho, assim como a doenças profissionais mencionadas pelos próprios trabalhadores, verificou-se que, é nos problemas de foro músculo-esquelético que se encontra a maior incidência. Tais resultados são coerentes com o pedido que incitou o estudo mas, apesar disto, outros problemas infrapatológicos foram assinalados, relativos nomeadamente a ansiedade e irritabilidade, fadiga generalizada, desânimo generalizado, sonolência ou insónias, que importa não negligenciar no projeto de intervenção que foi perspectivado como subsequente a este trabalho.

Apesar dos fatores de risco a que se encontram expostos, dos problemas de saúde, e doenças profissionais sinalizadas, no exercício da sua atividade neste contexto laboral, os participantes encontram em alguns aspetos do trabalho um cenário favorável. A maioria dos trabalhadores sente prazer e realização pessoal no trabalho, sendo traduzido este sentimento pela perceção: da oportunidade de realizar coisas que dão prazer; de fazer um trabalho bem feito; da satisfação com o trabalho realizado, de uma forma geral; do contributo do próprio trabalho, que resulta vantajoso para a comunidade. E tais resultados são consubstanciados na consideração de que o seu trabalho é consequente, isto é, tem impacto para os doentes, e para o seu reconhecimento como cidadãos de direito - à saúde, e à prestação de cuidados que permitam a sua preservação, ao esclarecimento informado, à opção sobre um tratamento, ponderando também as relações tão frequentemente invocadas de “risco/benefício e de custo/benefício” - mas também para a sociedade em geral, nomeadamente, para a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde.

Podem também aqui ser determinantes os avanços na regulamentação farmacêutica europeia, na criação de um mercado único de medicamentos, que, se devidamente implementados nos seus Estados-membros, são relevantes para o objetivo global da saúde pública (Bauschke, 2011).

Ao longo do presente estudo foram surgindo algumas limitações, nomeadamente ao nível da recolha de dados, que tendo sido sustentada em três pilares estruturantes - análise da atividade real de trabalho (observações e registo de verbalizações); utilização do inquérito INSAT2013; e restituição e validação dos resultados, envolvendo a quase totalidade dos trabalhadores do serviço de farmácia e cuja participação teve lugar durante o tempo de trabalho, reforçou a expectativa e o compromisso de este trabalho de investigação ser consequente. Efetivamente, o processo de recolha de dados foi longo, e sendo o ritmo de trabalho um dos problemas assinalados pela generalidade dos participantes, foi-o também para o desenvolvimento deste estudo já que o tempo disponível era praticamente inexistente, e consegui-lo tinha como custo a acumulação de tarefas para os mesmos. Contudo, podemos, talvez, dizer que o envolvimento dos trabalhadores no estudo foi diretamente proporcional à necessidade que sentem de ver as suas condições de trabalho melhoradas. Desde a apresentação do estudo, às diferentes etapas do plano metodológico, e aos momentos de restituição (formais e não formais), este envolvimento foi muito participado.

Deu-se a conhecer com este estudo, as condições de trabalho e problemas inerentes à atividade tanto no serviço em geral, como relativamente a determinados grupos profissionais e unidades específicas, de forma ancorada na perspetiva daqueles que são os protagonistas desta atividade de trabalho, e portanto daqueles que estão sujeitos e sofrem com as suas consequências. Conclui-se assim que esta análise foi de encontro ao pedido inicial dirigido pelo Serviço de Saúde Ocupacional, e aos objetivos que se propuseram para o presente estudo.

No intuito de serem levadas a cabo intervenções sustentadas no âmbito da saúde e segurança no trabalho, espera-se que de facto a Associação Europeia de Farmacêuticos Hospitalares (EAHP) e as suas vinculadas associações nacionais possam trabalhar com os Sistemas de Saúde Nacionais no sentido de se criarem objetivos comuns definidos para o nosso Sistema de Saúde, onde se esperam melhorias ao nível das condições de trabalho destes trabalhadores. Mas, a necessidade de uma intervenção a este nível não se compadece com a temporalidade de intervenção deste tipo de instituições. É necessário equacionar uma intervenção a curto-prazo, cujo planeamento tem sido discutido em estreita relação com o Serviço de Saúde Ocupacional, sobre as situações de trabalho identificadas como penosas,

reforçando uma questão anteriormente colocada: como podemos “reutilizar” uma força de trabalho que não conservamos?

De facto, se as condições de trabalho neste serviço têm vindo a ser *remediadas* pelo investimento destes trabalhadores na sua atividade, pelo uso de si mesmos, do seu tempo para além do tempo de trabalho, a discussão que procuramos imprimir sobre o projeto de intervenção a por em prática é sobre como promover a adaptação do trabalho ao homem, e não o contrário, ou seja, como intervir para potenciar “situações de trabalho geradoras de uma melhor articulação das condições humanas, organizacionais, técnicas e sociais adequadas à criação de um ambiente de trabalho mais seguro e sustentável” (Leplat, 2015, p.107).

Para terminar, diremos que se idealmente o objetivo seria o de compilar o diagnóstico e a intervenção no quadro desta dissertação, na realidade, o tempo do diagnóstico suplantou claramente o tempo inicialmente previsto, ficando portanto esta dissertação “em aberto”, com o compromisso assumido de uma intervenção sustentada nos seus resultados, e na expectativa também, num prazo ainda mais alargado, de transformação e melhoria das condições de vida no trabalho dos trabalhadores que nela participaram.

Referências Bibliográficas

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). Introdução às lesões músculo-esqueléticas. Factsheet 71. Retirado de: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/71/view>
- Associação Europeia dos Farmacêuticos Hospitalares (2015). Declarações Europeias da Farmácia Hospitalar. Retirado de: www.eahp.eu/sites/default/files/portuguese.pdf
- Attaianese, E. & Duca, G. (2012). The integrated assessment of occupational risks in a pharmaceutical manufacturing plant. 41, 1733-1738, *IOS Press*. doi: 10.3233/WOR-2012-0377-1733
- Barros-Duarte, C. (2005). A Saúde no Trabalho: compreender a perspectiva do homem no trabalho. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2, 212-228
- Barros-Duarte, C., Cunha, L. & Lacomblez, M. (2007). INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3, (2), 54-62.
- Barros-Duarte, C., & Cunha, L. (2010). INSAT2010 - Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*, 6, (2), 19-26
- Barros-Duarte, C., Cunha, L., & Lacomblez, M. (2011). Risks of invisible items/dimensions of the assessment of working condition. RICOT2011 Congress proceedings. 1st Working conditions International Congress, September 15th and 16th, ISBN 978-972-97763-2-8.
- Barros-Duarte, C., Cunha, L. & Lacomblez, M. (2013). *INSAT2013- Inquérito Saúde e Trabalho*. Documento não publicado
- Barros-Duarte, C., & Cunha, L. (2014). Avaliação dos fatores psicossociais de risco: contributos do Inquérito INSAT. In H. Veloso Neto, J. Areosa & P. Areses (Eds.), *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho* (pp.333-346). Vila do Conde: Civeri publishing.
- Bauschke, R. (2011). A public health perspective on the effectiveness of European pharmaceutical regulation. *Pharmaceuticals, Policy & Law*, 13(1/2), 91-114. doi: 10.3233/PPL-2011-0316.
- Brito, J., Machado, J. M. H., & Pena, P. G. L. (2011). A ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (pp. 479-494). Editora Fiocruz.

- Cunha, L. (2012). Mobilidades, territórios e serviço público: debates sobre o interesse colectivo à margem do paradigma de uma sociedade móvel. Tese apresentada para efeitos de obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Porto: FPCE-UP.
- Cunha, L., Barros, C., & Lacomblez, M. The evaluation of psychosocial risk factors: between the frameworks of diagnosis and prevention. *Full text published on Working on safety (WOS) Proceedings Book*, Porto, 23-25 setembro 2015.
- Conselho da Comunidade Económica Europeia (1965). Diretiva do Conselho de 26 de janeiro de 1965 relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas, respeitantes às especialidades farmacêuticas. Nº 369 - 9 de fevereiro de 1965. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*. Retirado de: <http://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:31965L0065&from=PT>
- Daubas- Letourneux, V. & Thébaud-Mony, A. (2003). Work organization and health at work in the European Union. Eurofound. Luxembourg: Office for Official Publications for The European Communities.
- Debarge, O. (2011). La distribution au détail du médicament au sein de l'Union Européenne: Un croisement entre santé et commerce. *Revue Internationale De Droit économique*, 193-193.
- Eurofound (2012). Fifth European Working Conditions Survey. Luxembourg: Office for Official Publications for The European Communities. doi: 10.2806/34660
- Figueiredo, I. V., Caramona, M. M., Fernandez-Llimos, F., & Castel-Branco, M. M. (2014). Resultados de serviços farmacêuticos centrados no doente implementados em Portugal. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 3(1), 15-22.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risqué au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, d'emploi et de la santé, Avril.
- Gouveia, A. M. (2013). Farmácia Hospitalar: o farmacêutico hospitalar. *Ordem dos farmacêuticos*. Retirado de: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1910
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2007). Classificação Portuguesa das Atividades Económicas, Revisão 3. Lisboa, Portugal.
Retirado de: https://www.ine.pt/ine_novidades/semin/cae/CAE_REV_3.pdf

- Lacomblez, M.; Santos, M.; & Vasconcelos, R. (1999). A contribuição da Psicologia do Trabalho num projecto de melhoria das condições de desempenho da actividade profissional. *IV Simpósio sobre comportamento organizacional da Associação Portuguesa de Psicologia*. Coimbra, Portugal.
- Leplat, J. (2015). Um modelo de investigação coletiva e internacional acerca da segurança. *Laboreal*, 11 (1), 106–108.
- Maskrey, N., Frontini, R., Underhill, J., & Preece, D. (2014). Declarações Europeias de Farmácia Hospitalar: glossário. *Eur J Hosp Pharm* 2014;21:294-300. doi:10.1136/ejhpharm-2014-000527.
- Ministério da Saúde e Assistência (1962). Decreto-Lei nº 44204/1962. Diário da República N.º 40, Série I-X, 22 de Fevereiro de 1962.
- Ministério da Saúde (1999). Decreto- Lei nº 564/1999. Diário da República, 1ª série- A- Nº 295 - 21 de Dezembro de 1999.
- Ministério da Saúde (2000). Resolução do Conselho de Ministros nº 105/2000. Diário da República, 1ª série – B – Nº 185 – 11 de agosto de 2000.
- Ministério da Saúde (2001). Decreto-Lei nº 288/2001. Diário da República, 10 de novembro de 2001.
- Ministério da Saúde (2005). Manual da Farmácia Hospitalar. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Retirado de:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/MANUAL_FARMACIA_HOSPITALAR
- Molinié, A-F. (2010). Queixa. *Laboreal*, 6, (1), 69–71.
- Oehrich, M., & Daemrich, A. (2013). Legal and Political Competitiveness for Pharmaceuticals. *Pharmaceuticals Policy & Law*, 15(3/4), 93-97. doi: 10.3233/PPL-130370
- Ordem dos Farmacêuticos (2015). A profissão em números. Retirado de:
http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2330
- Ordem dos Farmacêuticos (s.d). Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Retirado de:
http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=1868

- Ordem Nacional dos Farmacêuticos de França (2008). Une situation d'incertitude juridique en matière de services de santé. Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé. Retirado de:
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co81.pdf
- Pita, J. R., & com Agregação, A. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. *Debater a Europa*, 2 (3), 38-55.
- Santos, M. (2006). Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. *Laboreal*, 2, (1), 34-41.
- Schwartz, Y., & Durrive, L. (2007). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. *Niterói: EdUFF*.
- Scott, A. J. (2003). Occupational health in the pharmaceutical industry: an overview. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 53(6), 354-356.
- Valverde, J. L. (2012). Ethical challenges in the pharmaceutical industry. *Pharmaceuticals, Policy & Law*, 14 (2/4), 123-127. doi : 10.3233/PPL-120349
- Volkoff, S. (2010). Statistiques “ouvertes” et ergonomie “myope”: combiner les niveaux d'analyse en santé au travail. *Sciences Sociales et Santé*, 28, 2, 11-30
- Volkoff, S. (1998). Representativité, Significativité, Causalité: l'ergonomie au contact des méthodes épidémiologiques. In *M-F. Dessaigne & I. Gaillard (Eds.), Des évolutions en ergonomie...*(pp. 225.236). Toulouse: Editions Óscares

ANEXOS

Anexo A. Amostra: caracterização sociodemográfica e da situação de trabalho

Quadro A1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Opções de resposta	n	%
Sexo	Feminino	64	75,3%
	Masculino	21	24,7%
Idade (em classes)	Até aos 35 anos	36	42,9%
	Entre 36 e 45 anos	27	32,1%
	Mais de 46 anos	21	25,0%
Nível de escolaridade	Até ao secundário	19	22,4%
	Ensino Superior	66	77,7%
Estado civil	Casado/ União de facto	48	55,2%
	Solteiro/Divorciado	39	44,8%
Filhos	Sim	49	56,3%
	Não	38	43,7%

Quadro A2. Caracterização da situação de trabalho da amostra

Variável	Opções de resposta	n	%
Acumulação de funções	Sim	11	12,9%
	Não	74	87,1%
Antiguidade na atividade (em classes)	Até aos 4 anos	32	36,0%
	Entre os 5 e os 14 anos	23	38,3%
	Entre 15 e os 24 anos	13	15,3%
	Mais de 25 anos	9	10,5%
Antiguidade no CHSJ (em classes)	Até aos 4 anos	19	22,1%
	Entre os 5 e os 14 anos	42	48,8%
	Entre os 15 e os 24 anos	14	16,3%
	Mais de 25 anos	11	12,8%
Situação laboral	Contrato sem termo	82	94,3%
	Contrato a prazo/ termo	5	5,7%
Realização de turno noturno	Sim	49	56,3%
	Não	38	43,7%

Quadro A3. Caracterização sociodemográfica e da situação de trabalho da amostra (medidas contínuas)

Variável	n	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Min.	Máx.
Idade	84	38,5	37	32	8,4	25	60
Antiguidade na atividade	86	9,8	7	0	8,4	<1	30
Antiguidade no CHSJ	86	11,4	9	9	8,2	<1	30
Tempo de trabalho efetivo por semana (h)	84	40,4	40	40	3,8	25	60

Anexo B. Grelha de suporte à análise da atividade real de trabalho

Quadro B. Grelha de suporte à análise da atividade real de trabalho

Unidade	Grupos profissionais presentes	Tarefas realizadas	Instrumentos de trabalho	Principais constrangimentos	Linguagem operativa
Logística; Armazém farmacêutico					
Distribuição em DU; Sistema de Pyxis					
Distribuição em dose clássica					
UPE/UPMNE					
UCMC					
Unidade	Grupos profissionais presentes	Tarefas realizadas	Instrumentos de trabalho	Principais constrangimentos	Linguagem operativa
Ensaio Clínicos					
Serviço administrativo					
Gestão/ Aprov. de stocks					
UFA					
Reembalagem e Rotulagem					
Sala de Validação Farmacêutica					

Anexo C. Cronograma do trabalho empírico

Quadro C. Cronograma do trabalho empírico

Mês	Conhecimento do terreno; Análise da atividade em contexto real	Recolha de dados com o INSAT	Início da análise dos dados	Análise, interpretação e confrontação dos dados qualitativos e quantitativos	Análise, interpretação e articulação dos dados	Apresentação/Restituição dos resultados aos trabalhadores e responsáveis do SF e SSO
Dezembro						
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						

Anexo D. Consentimento informado no preenchimento do INSAT2013

Consentimento Informado

Saúde Ocupacional em Contexto Hospitalar: uma análise no Serviço de Farmácia

Este estudo enquadra-se no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, que será apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pela aluna Sara de Castro e Vasconcelos.

Tendo em vista um melhor conhecimento da atividade real de trabalho no Serviço de Farmácia Hospitalar do Centro Hospitalar São João (CHSJ) - EPE, solicita-se a sua participação no preenchimento do Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT). Este inquérito servirá o propósito de análise das relações entre o trabalho e a saúde.

A participação tem uma duração aproximada de 30 minutos.

Após o tratamento dos dados e da sua análise, os resultados obtidos serão alvo de restituição junto dos participantes envolvidos nesta pesquisa.

Caso recuse participar, tal decisão não lhe trará quaisquer benefícios ou prejuízos.

Este trabalho de investigação será desenvolvido sob a orientação da Professora Doutora Liliana Cunha, docente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Toda a informação recolhida será mantida sob anonimato e confidencialidade.

Obrigada pela sua colaboração.

Para mais esclarecimentos, por favor, contactar: Sara de Castro e Vasconcelos (mipsi10081@fpce.up.pt).

“Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo. Fui informado/a de todos os aspetos que considero importantes e tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas sobre a investigação. Participo de forma voluntária e fui informado/a de que a minha participação, ou recusa em participar, não traria quaisquer benefícios ou prejuízos para mim.”

Participante

Assinatura _____ Data ____/____/____

Anexo E. Distribuição física das unidades do serviço de farmácia hospitalar

Quadro E. Distribuição física das unidades do serviço de farmácia hospitalar

Piso	Unidade
02	Local de Receção de medicação (Logística); Armazém farmacêutico
01	- Unidade de Ensaios Clínicos (EC) - Secção administrativa - Setor de Gestão e Aprovisionamento de Stocks - Centro de Validação Farmacêutica - Setor de Especialidades (medicação clássica, personalizada, mista) - Setor de Distribuição em Dose Unitária (DU) - Reembalagem e Rotulagem
1	Unidade de Preparação de Medicamentos Não Estéreis (UPMNE) e Unidade de Preparação de Estéreis (UPE)
2 (Pavilhão de Consultas Externas)	Unidade de Farmácia em Ambulatório (UFA)
Edifício do Hospital de Dia	Unidade Centralizada de Manipulação de Citotóxicos (UCMC)

**Anexo F. Exposição a situações de risco percebidas como geradoras de elevado
incómodo pelos participantes**

Quadro F1. Frequência e percentagem de exposição a diferentes dimensões de análise das condições de trabalho, e respetivo incómodo (análise a todo o serviço).

Dimensão	Situação de Trabalho	n presente	% presente	n incómodo máx.	% incómodo máx.
Ambiental	Iluminação inadequada	47	54,7%	25	59,5%
Constrangimentos Físicos	Gestos repetitivos	71	81,6%	34	48,6%
	Posturas penosas	61	70,9%	36	60,0%
	Esforços físicos intensos	42	48,8%	26	63,4%
	Contexto ergonómico	58	66,7%	42	73,7%
Ritmo de trabalho	Ritmo intenso	74	85,1%	34	45,9%
	Instruções contraditórias	58	67,4%	36	64,3%
	Interrompido	69	79,3%	50	73,5%
	Hipersolicitação	57	65,5%	29	51,8%
Relações de Trabalho	Reconhecimento chefias	48	55,8%	31	68,9%
Características do Trabalho	Evolução carreira	71	81,6%	57	85,1%
	Remuneração	63	72,4%	51	83,6%
	Meios de trabalho	66	76,7%	47	75,8%
	Trabalhar 60/65a	28	32,2%	19	70,4%
	Filhos- trabalho	50	58,1%	25	56,8%

Quadro F2. Frequência e percentagem de exposição a diferentes dimensões de análise das condições de trabalho, e respetivo incómodo (análise aos grupos profissionais do serviço).

Dimensão	Situação de trabalho	Atividade Profissional															
		Farmacêutico				TDT				AO				Assistente técnico			
		n presente	% presente	n incómodo máx.	% incómodo máx.	n presente	% presente	n incómodo máx.	% incómodo máx.	n presente	% presente	n incómodo máx.	% incómodo máx.	n presente	% presente	n incómodo máx.	% incómodo máx.
Ambiental	Ruído nocivo/incómodo	24	77,4%	11	45,8%	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100%	3	75,0%
	Iluminação inadequada	18	60,0%	9	56,3%	21	60,0%	11	61,1%	-	-	-	-	-	-	-	-
Constrangimentos Físicos	Gestos repetitivos	27	87,1%	11	42,3%	30	85,0%	18	60,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
	Posturas penosas	18	60,0%	11	61,1%	27	77,0%	17	65,4%	14	82,4%	7	50,0%	-	-	-	-
	Esforços físicos intensos	-	-	-	-	23	67,0%	16	72,7%	12	70,6%	6	50,0%	-	-	-	-
	Permanecer em pé (mesma posição)	-	-	-	-	23	65,7%	11	50,0%	7	41,2%	5	83,3%	-	-	-	-
	Permanecer em pé (deslocamento)	-	-	-	-	28	80,0%	12	44,4%	13	76,5%	6	46,2%	-	-	-	-
	Sentado	24	77,4%	11	47,8%	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100%	2	50,0%
	Contexto ergonómico	21	67,7%	15	71,4%	25	71,4%	19	79,2%	8	47,1%	6	75,0%	4	100%	2	50,0%
Ritmo de Trabalho	Ritmo intenso	27	87,1%	15	55,6%	32	91,4%	16	50,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
	Depender colegas	24	77,4%	9	39,1%	32	91,4%	12	37,5%	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cumprimento normas /prazos	21	67,7%	10	47,6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Interrompido	28	90,3%	23	82,1%	30	85,7%	22	75,9%	-	-	-	-	4	100,0%	3	75,0%
	Instruções contraditórias	22	71,0%	17	77,3%	27	77,1%	15	60,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
	Tempo ao computador	29	93,5%	13	46,4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Hipersolicitação	26	83,9%	13	50%	26	74,3%	15	60,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Tempo de trabalho	Ultrapassar horário	21	67,7%	10	52,6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Refeição/pausa	23	74,2%	10	45,5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Relações de Trabalho	Reconhecimento chefias	19	63,3%	13	72,2%	19	54,3%	12	66,7%	9	52,9%	5	62,5%	-	-	-	-
Contato com o Público	Agressão verbal	13	41,9%	12	92,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Características do Trabalho	Evolução carreira	25	80,6%	22	88,8%	32	91,4%	27	93,1%	12	70,6%	8	66,7%	-	-	-	-
	Remuneração	22	71,0%	17	77,3%	26	74,3%	24	96,0%	13	76,5%	9	69,2%	2	50,0%	1	33,3%
	Meios trabalho	26	86,7%	18	75,0%	26	74,3%	19	76,0%	11	64,7%	9	81,8%	3	75,0%	1	33,3%
	Trabalhar 60/65a	15	50,0%	11	78,6%	19	54,3%	12	85,7%	11	64,7%	7	63,6%	-	-	-	-
	Filhos-trabalho	16	51,6%	9	69,2%	22	64,7%	9	47,4%	11	64,7%	7	63,6%	-	-	-	-

Quadro F3. Frequência e percentagem d exposição a diferenes dikmensões de análise das condições de trabalho, e respetivo incómodo (análise por unidades do serviço).

Dimensão	Situação de Trabalho	Unidade							
		UCMC				UFA			
		n presente	% presente	n incómodo máx.	% incómodo máx.	n presente	% presente	n incómodo máx.	% incómodo máx.
Ambiental	Ruído nocivo/incómodo	12	85,7%	5	41,7 %	7	77,8%	3	42,9 %
	Iluminação inadequada	8	61,5%	4	57,1 %	7	77,8%	4	66,7 %
Constrangimentos Físicos	Gestos repetitivos	14	100%	8	57,1 %	8	88,90%	3	37,5 %
	Posturas penosas	12	85,7%	8	66,7 %	6	66,7%	3	50,0 %
	Esforços físicos intensos	9	69,2%	6	66,7 %	-	-	-	-
	Permanecer em pé mesma posição	9	64,3%	5	55,6 %	-	-	-	-
	Permanecer em pé deslocamento	12	85,7%	7	58,3 %	-	-	-	-
	Contexto ergonómico	10	71,4%	7	70,0 %	7	77,8%	6	85,7 %
Ritmo Trabalho	Ritmo intenso	14	100%	9	64,3 %	9	100%	3	33,3 %
	Depender colegas	13	92,9%	6	46,2 %	-	-	-	-
	Frequentemente Interrompido	11	78,6%	10	90,9 %	11	78,6%	8	88,9 %
	Instruções contraditórias	12	85,7%	10	90,9 %	7	77,8%	5	71,4 %
	Tempo ao computador	-	-	-	-	7	77,8%	3	55,6 %
	Hipersolicitação	19	71,4%	7	70,0 %	9	100%	5	55,6 %
Tempo de trabalho	Ultrapassar horário normal	-	-	-	-	7	77,8%	5	71,4 %
Relações de trabalho	Reconhecimento chefias	8	57,1%	5	62,5 %	-	-	-	-
	Agressão verbal	7	50,0%	6	85,7 %	5	55,6%	5	100 %
	Assédio moral	8	57,1%	7	87,5 %	-	-	-	-
Contato com o Público	Tensão público	-	-	-	-	8	88,9%	5	62,5 %
	Agressão verbal	-	-	-	-	8	88,9%	7	100 %
	Agressão física	-	-	-	-	7	77,8%	6	85,7 %
Característica do Trabalho	Evolução carreira	13	92,9%	10	90,9 %	8	88,9%	8	100 %
	Remuneração	11	78,6%	10	100,0 %	5	55,6%	5	100 %
	Meios de trabalho	9	64,3%	6	66,7 %	8	88,9%	8	100 %
	Sentir explorado	-	-	-	-	4	44,4%	3	75,0 %
	Trabalhar 60/65a	11	78,6%	6	85,7 %	-	-	-	-
	Filhos -Trabalho	-	-	-	-	6	66,7%	3	60,0 %

Anexo G. Prazer e realização pessoal no trabalho

Quadro G1 Percepção de prazer e de realização pessoal no trabalho (frequência e percentagem de concordância com os itens identificados).

Variável	Opções de resposta	N	%
Oportunidade de fazer coisas que realmente dão prazer	Concordância	60	69,8%
	Discordância	26	30,2%
Sentimento de fazer trabalho bem feito	Concordância	82	94,3%
	Discordância	5	5,7%
Satisfação com o trabalho realizado, de uma forma geral	Concordância	68	79,1%
	Discordância	18	20,9%
O trabalho realizado tem um contributo útil para a sociedade	Concordância	86	98,8%
	Discordância	1	1,1%

Anexo H. Problemas de saúde percebidos e relação com o trabalho

Quadro H. Frequência e percentagem de problemas de saúde declarados e relação com o trabalho: (a) causado/agravado pelo trabalho; e (b) sem relação com o trabalho

Problemas de saúde	Opções de Resposta	N	%	Opções de Resposta	N	%
Dores de cabeça	Sim	43	50,6%	C/A (a)	35	83,3%
	Não	42	49,4%	S/R (b)	7	16,7%
Dores de costas	Sim	63	75,0%	C/A	56	90,3%
	Não	21	25,0%	S/R	6	9,7%
Problemas de visão	Sim	48	56,5%	C/A	24	51,1%
	Não	37	43,5%	S/R	23	48,9%
Perturbações de Voz	Sim	2	2,4%	C/A	2	66,7%
	Não	83	97,6%	S/R	1	33,3%
Problemas de audição	Sim	17	20,0%	C/A	14	82,4%
	Não	68	80,0%	S/R	3	17,6%
Problemas de pele	Sim	13	15,5%	C/A	10	83,3%
	Não	71	84,5%	S/R	2	16,7%
Dificuldades respiratórias	Sim	13	15,5%	C/A	9	75%
	Não	72	84,5%	S/R	3	25%
Dores musculares e articulações	Sim	54	63,5%	C/A	48	87,0%
	Não	31	36,5%	S/R	7	12,7%
Dores de estômago	Sim	18	21,2%	C/A	14	82,4%
	Não	67	78,8%	S/R	3	17,6%
Varizes	Sim	44	51,8%	C/A	37	86,0%
	Não	41	48,2%	S/R	6	14,0%
Ansiedade ou irritabilidade	Sim	43	50,6%	C/A	41	95,3%
	Não	42	49,4%	S/R	2	4,7%
Fadiga generalizada	Sim	36	42,4%	C/A	31	86,1%
	Não	49	56,6%	S/R	5	13,9%
Desânimo generalizado	Sim	31	36,5%	C/A	30	100,0%
	Não	54	63,5%	S/R	0	0,0%
Sonolências ou insónias	Sim	29	34,1%	C/A	19	65,5%
	Não	56	65,9%	S/R	10	34,5%

Anexo I. Acidentes de trabalho e doenças profissionais

Quadro I. Frequência e percentagem de acidentes e de doenças profissionais reportados.

Variável	Opções de resposta	n	%
Ocorrência de acidente de trabalho	Sim	31	64,4%
	Não	56	35,6%
Se sim, o local acidente de trabalho foi...	Trabalho atual	10	90,9%
	Trabalho passado	1	9,1%
Diagnóstico de doença profissional	Sim	9	10,3%
	Não/em avaliação	78	89,7%