

Mapa de empatia como instrumento na análise do papel do farmacêutico na admissão hospitalar de um hospital de referência no Rio de Janeiro

Empathy map as an instrument in the analysis of the role of the pharmacist in hospital admission in a reference hospital in Rio de Janeiro

(Isabela Salomão de Oliveira Matos - Universidade Federal Fluminense - isabela_salomao@id.uff.br)

(André Teixeira Pontes - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - atpontes@gmail.com)

(Zilda de Santana Gonsalves - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - zildagonsalves@id.uff.br)

Resumo

Um dos primeiros contatos do paciente internado nos hospitais se dá pelo processo de admissão, que consiste em um conjunto de etapas que autorizam a entrada do paciente ao ambiente hospitalar. Por ser um processo que envolve várias profissões e vários setores do hospital, há um maior risco de apresentar falhas. Neste contexto, a prática da empatia no ambiente corporativo pode contribuir no desenvolvimento de colaboradores mais comprometidos e satisfeitos em suas atividades, gerando uma maior entrega de valor ao paciente. Este trabalho teve como objetivo analisar o papel do farmacêutico na admissão hospitalar de um hospital de referência no Rio de Janeiro com o uso do mapa de empatia da filosofia *Design Thinking*. Foi feito um estudo transversal, com característica descritiva e abordagem quali-quantitativa. Foram convidados para entrevista os profissionais envolvidos no processo da admissão mediante termo de consentimento e posteriormente construído um mapa de empatia que sintetizou as principais necessidades e percepções da equipe. O uso do mapa de empatia auxiliou na melhor compreensão das dificuldades enfrentadas pelos farmacêuticos e da percepção da equipe de saúde sobre o serviço farmacêutico.

Palavras-chaves: Gestão em Saúde, Empatia, *Design thinking*, Serviço Farmacêutico.

Abstract

One of the patient's first contacts when admitted to hospitals is through the admission process, which consists of a series of steps that authorize the patient's entry into the hospital environment. Because it is a process that involves various professions and different hospital departments, there is a higher risk of experiencing failures. In this context, practicing empathy in the corporate environment can contribute to the development of more committed and satisfied employees in their activities, resulting in a greater value delivery to the patient. This study aimed to analyze the role of the pharmacist in the hospital admission process of a reference hospital in Rio de Janeiro using the empathy map from the Design Thinking philosophy. A cross-sectional study with a descriptive and qualitative-quantitative approach was conducted. Professionals involved in the admission process were invited for interviews with their informed consent, and subsequently, an empathy map was created summarizing the main needs and perceptions of the team. The use of the empathy map aided in better understanding the challenges faced by pharmacists and the healthcare team's perception of pharmaceutical services.

Keywords: Healthcare Management, Empathy, Design thinking, Pharmaceutical Service.

Recebido em 26/09/2024

Revisado em 09/05/2025

Aceito em 03/07/2025



1. Introdução

A admissão hospitalar representa um momento inicial crucial para o paciente internado (Abugroun et al., 2025). É um processo complexo que envolve múltiplas etapas e a participação de diversos profissionais e setores hospitalares. Essa natureza multiprofissional, embora essencial para a eficiência operacional, torna o processo particularmente vulnerável a falhas e atritos entre as equipes, o que pode comprometer o atendimento e a experiência do paciente (Lindenmeyer et al., 2013).

Nesse processo, o farmacêutico desempenha uma função importante, especialmente através da reconciliação medicamentosa (Gonsalves et al., 2025). Esta atividade consiste em levantar os medicamentos utilizados pelo paciente antes da internação, conciliando-os com o prontuário e a nova prescrição hospitalar. A reconciliação medicamentosa é uma ferramenta estratégica para melhorar a segurança do paciente, auxiliando na redução do risco de erros de medicação nas transições de cuidados (Lindenmeyer et al., 2013; Lanazi et al., 2022; Perassolo et al., 2025; Hussain et al., 2025).

Apesar da relevância da reconciliação medicamentosa para a segurança do paciente, existem desafios na integração e no fluxo de trabalho do farmacêutico dentro da equipe multidisciplinar na admissão. Observa-se, por exemplo, insatisfação de pacientes por terem que fornecer informações sobre medicamentos que já foram coletadas por outros profissionais, indicando falhas na comunicação e no alinhamento entre as atividades da equipe. Além disso, a própria equipe de saúde, por vezes, enxerga a atuação do farmacêutico como facultativa, sobrecarregando-se com funções que poderiam ser colaborativas. Essa falta de sinergia e compreensão mútua pode impactar a segurança profissional do farmacêutico e a eficácia do serviço prestado (Bonato, 2011).

Compreender a fundo as dificuldades enfrentadas pelos farmacêuticos e a percepção da equipe de saúde sobre o serviço farmacêutico na admissão é, portanto, fundamental para identificar as lacunas no processo e buscar estratégias de melhoria. Estratégias que aprimorem o fluxo de trabalho e a comunicação entre os profissionais são essenciais para a entrega de valor ao paciente (Businessolver, 2017; Sandars & Goh, 2020).

Neste contexto, a filosofia *Design Thinking* (DT), que se baseia na empatia para uma profunda compreensão das necessidades e desafios das pessoas, oferece ferramentas adequadas para esta análise. O mapa de empatia, em particular, permite sintetizar as informações coletadas, explorando o que os envolvidos sentem, pensam, veem, ouvem, dizem, fazem, suas dores e ganhos, proporcionando um entendimento mais profundo das experiências e necessidades (Peixoto & Moura, 2020; Gonçalves et al., 2023). O uso da empatia como ferramenta de gestão contribui para processos de mudança e o desenvolvimento de relacionamentos mais sólidos e com menos conflitos no ambiente de trabalho (Coelho, 2020; Sousa et al., 2021; Cançado, Moura, & Peixoto, 2020).

Diante da necessidade de analisar e compreender o papel do farmacêutico e os desafios da sua atuação no processo de admissão hospitalar sob a perspectiva dos profissionais envolvidos, este estudo teve como objetivo analisar o papel do farmacêutico na admissão hospitalar de um hospital de referência no Rio de Janeiro com o uso do mapa de empatia da filosofia *Design Thinking*.



2. Referencial teórico

2.1. A admissão hospitalar

O sistema de atendimento hospitalar possui grande importância na estrutura do sistema de saúde ofertado à população e faz parte de um setor vital e em constante mudança (Sebire et al., 2025). Quando há a necessidade de internação hospitalar, o paciente passa por um processo conhecido como admissão hospitalar, que contempla as atividades a chegada do paciente para internação até sua instalação no leito hospitalar. Trata-se de um processo estratégico no atendimento hospitalar, pois informações e encaminhamentos corretos resultam em menor tempo de espera para internação e na detecção de possíveis inconsistências antes mesmo do paciente adentrar a unidade hospitalar (Bonato, 2011), especialmente no caso de pacientes idosos, normalmente acometidos com mais comorbidades (Abugroun et al., 2025).

A admissão hospitalar é essencialmente multiprofissional, pois o paciente interage com diferentes profissionais para a coleta de informações como o histórico de saúde e o seu estado atual. Este procedimento permite identificar as demandas e necessidades individuais, reconhecendo sua singularidade e trajetória única e contribuindo com o seu acolhimento institucional (Gonsalves et al., 2025).

O farmacêutico é um dos profissionais que atuam na admissão hospitalar. Sua principal função é realizar a reconciliação medicamentosa, atuando em conjunto com a equipe multiprofissional (Gonsalves et al., 2025). A reconciliação medicamentosa é um serviço no qual o farmacêutico, em entrevista com o paciente, realiza um levantamento de todos os medicamentos utilizados antes da internação hospitalar, conciliando essas informações com o prontuário e a nova prescrição (Alanazi et al., 2022). O objetivo é reduzir ou evitar erros de medicação, bem como identificar possíveis divergências na dose e nos intervalos de administração, omissões e duplicidades na prescrição, entre outras (Spalla & Castilho, 2016).

Esse processo é uma das barreiras propostas para reduzir erros de medicação nas transições de cuidados de saúde (Chhabra et al., 2011; Knez et al., 2011; Hellstrom et al., 2012). Considerando ainda que problemas relacionados aos medicamentos podem ser uma das causas de entrada no sistema de saúde e que muitos pacientes podem vir para o sistema com uma quantidade de medicamentos em uso relativamente alta, o processo de reconciliação torna-se estratégico (Abugroun et al., 2025). Ressalta-se que problemas relacionados a medicamentos é uma das causas de internação hospitalar. Pfaffenbach et al. (2002) identificaram que 6,6% (9/135) das internações analisadas em um hospital universitário do interior de São Paulo estavam relacionadas ao uso de medicamentos. Varallo (2010), por sua vez, encontrou o número de 46,4% (115/248) também em São Paulo. Um estudo realizado em quatro hospitais de Salvador encontrou uma taxa de 0,56% (212/37658) (Noblat et al., 2011), enquanto um serviço de emergência do sul do Brasil verificou que, de 335 pacientes, 106 (31,6%) foram atendidos devido a problemas relacionados a medicamentos (Andreazza et al., 2011).

A importância da reconciliação medicamentosa reside no fato de que eventos adversos evitáveis relacionados aos medicamentos nos pontos de transição de cuidados representam de 46% a 56% de todos os erros de medicação (Chhabra et al., 2011). A omissão de medicamentos previamente utilizados pelos pacientes responde por 42% a 60% desses erros, tanto na admissão quanto na alta, seguida por diferenças na dose, frequência, horário, via e forma de



administração. O processo de reconciliação está associado à prevenção de 43% dos eventos adversos e erros de medicação na admissão (Boockvar et al., 2011).

Identificar potenciais erros relacionados ao processo de admissão e maneiras de evitá-los contribui para a segurança do paciente, além de proporcionar uma experiência melhor na jornada do paciente ao longo do tratamento hospitalar. O estudo de Hussain et al. (2025) reforça a relevância da reconciliação medicamentosa como estratégia eficaz na redução de erros de medicação durante as transições de cuidado, especialmente no momento da alta hospitalar. Conduzido com 346 profissionais de saúde em um hospital na Arábia Saudita, o estudo avaliou o impacto de uma intervenção educativa sobre os níveis de conhecimento, atitude e prática (CAP) desses profissionais em relação ao processo de reconciliação medicamentosa. Os resultados demonstraram uma melhora nos três domínios após a intervenção, com destaque para o aumento da percepção do papel da reconciliação medicamentosa na prevenção de eventos adversos e na promoção da segurança do paciente. Estes achados reforçam a relevância de ações que propiciem momentos de reflexão entre os profissionais da equipe multiprofissional, como proposto no presente artigo com o auxílio do *Design Thinking*.

2.2. *Design thinking*

O *design* é frequentemente associado a formas estéticas, como as encontradas na arquitetura, moda e arte. No entanto, há um número crescente de teóricos e praticantes que adota uma visão mais ampla do design, onde tudo que é criado pelo ser humano é considerado design. Heskett (2002), por exemplo, amplia a definição de design para "a capacidade humana de moldar e criar nossos ambientes de maneiras que satisfaçam nossas necessidades e deem significado às nossas vidas". Dessa forma, o *design* torna-se algo ao alcance de todos, podendo ocorrer em qualquer contexto, formal ou informal.

Ao reconsiderar o conceito ampliado de design, é intuitivo entender o *design thinking* (DT) como um processo cognitivo utilizado por designers. Carroll (2014) sugere que o DT seja visto como "uma orientação para o aprendizado que engloba a resolução ativa de problemas e a crença na capacidade de criar mudanças impactantes". Essencialmente, o DT refere-se à forma como os designers percebem e, conseqüentemente, pensam (Liu, 1996), ou à interação entre as atividades mentais e físicas do designer ao abordar questões específicas na sociedade.

O *design thinking* pode ser traduzido literalmente como o "desenho do modo de pensar" e envolve uma visualização de um problema a partir de um olhar estratégico e inovador, buscando desenvolver soluções que gerem valor. Não deve ser encarado como uma metodologia, mas sim como uma forma de pensar, uma abordagem que pode ser aplicada a qualquer área do conhecimento, utilizando métodos e ferramentas originados do campo do design. O conceito de *design thinking* tem suas origens no trabalho de Tim Brown, CEO da empresa de design norte-americana IDEO[®], que estabeleceu a diferença entre ser um designer e pensar como um (Rahemi et al., 2018).

Para Brown (2008), todos podem e devem pensar como designers, mesmo que não sejam da área, pois o DT pode ser utilizado como uma forma de criar soluções que vão além daquelas desenvolvidas por métodos analíticos convencionais, baseando-se na criatividade e no pensamento sistêmico. As principais atitudes encontradas nos "pensadores de design" incluem empatia, pensamento integrativo, otimismo, experimentalismo e colaboração.



O DT também desempenha um papel de agente de aprendizagem, criando cenários para ação e promovendo a renovação tanto dos produtos quanto da organização. Estudos demonstram as contribuições para desenvolvimento de competências de inovação em diferentes disciplinas, como no ensino de química para alunos do ensino médio na Malásia (Norliyana et al., 2024).

Além disso, o DT pode facilitar a circulação de informações dentro da organização, atuando como uma alavanca para outros saberes ou transformando os conhecimentos tácitos, culturais e explícitos da organização em capital social. Em relação à inovação centrada no usuário, destaca-se a habilidade de se aproximar dos usuários, identificar suas necessidades e desenvolver soluções eficazes. Assim, observa-se uma maior facilidade de acesso e compartilhamento de saberes, permitindo construir uma relação estreita com os usuários para trocar e combinar ideias, criar propostas únicas e usar o discurso do *design* para comunicar e dar sentido às soluções (Norliyana et al., 2024).

O DT é eficaz na geração de inovação, e para isso se apoia em quatro princípios básicos. O primeiro, centrado no ser humano, enfatiza que toda atividade de *design* é inerentemente social, sendo crucial abordar problemas a partir das necessidades humanas. O segundo princípio, da ambiguidade, sugere que os designers devem abraçar a incerteza, pois a inovação exige experimentação e a liberdade de enxergar as coisas sob novas perspectivas. O terceiro, do redesign, indica que todo *design* é uma reformulação, uma vez que as necessidades humanas evoluem continuamente em função das mudanças sociais e tecnológicas; assim, compreender como essas necessidades foram atendidas no passado pode levar a soluções mais adequadas no futuro. Por fim, o princípio da tangibilidade destaca a importância de tornar as ideias concretas para facilitar a comunicação. Os protótipos conceituais, essenciais no DT, funcionam como ferramentas de comunicação que ajudam a transmitir ideias de maneira eficaz (Plattner et al., 2011).

Observa-se o uso do DT em abordagens para promover a inovação na área da saúde, como a elaboração de soluções para melhorar a segurança do paciente (Del-Valle Quintana, Sichieri, & Secoli, 2025) e melhorias nas operações hospitalares e na gestão de saúde (Oliveira et al., 2021). Ele pode ser utilizado para complementar a ciência empírica com a reflexão profissional. Essa abordagem revoluciona a inovação e a concepção ao transformar de maneira fundamental o funcionamento dos sistemas de saúde, promovendo sustentabilidade e eficácia (Rahemi et al., 2018).

Considerando a crescente demanda no setor de saúde, agravada pelo envelhecimento populacional e o surgimento de novas doenças, os recursos existentes serão insuficientes para fornecer cuidados adequados, a menos que a inovação seja adotada (Andersson et al., 2023).

A despeito de estar sendo cada vez mais adotado como uma abordagem para transformar os sistemas de saúde, segundo Rahemi et al. (2018) frequentemente não são aplicados todos os elementos processuais, a saber: autoaprendizagem, empatia, definição, ideação, prototipagem e teste.

Rahemi et al. (2018) relembram que a fase de autoaprendizagem envolve a aquisição de conhecimento e compreensão dos princípios fundamentais de inovação, *design thinking* e do contexto específico em que o projeto se insere. Nesta fase, os indivíduos se familiarizam com as teorias, metodologias e práticas relevantes para o processo criativo. Esse conhecimento



prévio é essencial para preparar os participantes para as fases subsequentes, garantindo uma base teórica sólida que sustente o trabalho prático.

Por sua vez, a fase de empatia é dedicada à compreensão profunda das necessidades, desejos e motivações dos usuários finais. Utilizando técnicas de pesquisa qualitativa, como entrevistas, observações e jornadas do usuário, os participantes buscam captar insights sobre o comportamento e as experiências dos usuários. Essa fase é crucial para garantir que o desenvolvimento do projeto seja centrado no ser humano e responda efetivamente às necessidades reais dos usuários. Nesta fase, o mapa de empatia é uma estratégia útil, auxiliando em uma compreensão melhor do ambiente, dos comportamentos, das aspirações e preocupações do cliente. A abordagem do mapa de empatia é centrada no usuário, buscando a compreensão do pensamento e comportamento dos indivíduos, sendo estruturada nos eixos: pensar e sentir; ver; ouvir; falar e fazer; ganhos; e dores (Rahemi et al., 2018).

No eixo pensar e sentir, foca-se nas emoções, preocupações, esperanças e medos que o usuário experimenta, explorando o que realmente importa para ele e como ele se sente em diferentes situações. Em ver, investiga-se o ambiente visual ao redor do usuário, incluindo as influências contextuais que afetam suas percepções e decisões. O eixo ouvir se concentra nas influências auditivas, como conselhos, opiniões e informações que o usuário recebe de fontes diversas, sejam amigos, familiares ou mídias. Falar e fazer aborda o que o usuário diz e como se comporta, analisando suas ações diárias e interações, e verificando a congruência ou discrepância entre suas palavras e atos. No eixo ganhos, busca-se identificar os benefícios e aspirações do usuário, compreendendo o que ele deseja alcançar e o que o faz feliz. Por fim, dores explora os desafios, frustrações e problemas enfrentados, identificando as barreiras que impedem o usuário de atingir seus objetivos e melhorando sua experiência (Rahemi et al., 2018).

O próximo elemento processual do DT é chamado “definição”. Trata-se da fase onde os dados coletados durante a fase de empatia são analisados e sintetizados para identificar os problemas principais e as oportunidades de inovação. Esse processo envolve a criação de personas, a elaboração de mapas de empatia e a formulação de problemas bem definidos. O objetivo é estabelecer um foco claro para o projeto, enquadrando o problema de maneira que direcione as próximas etapas de ideação e desenvolvimento (Rahemi et al., 2018).

A fase de ideação é caracterizada pela geração de um grande número de ideias criativas para resolver o problema definido. Utilizando técnicas de brainstorming, mapas mentais e outros métodos de estímulo à criatividade, os participantes exploram diversas possibilidades e abordagens. Essa fase visa promover a divergência de pensamento, incentivando a exploração de soluções inovadoras e fora do comum (Rahemi et al., 2018).

Na fase de prototipagem, as ideias mais promissoras geradas na fase de ideação são transformadas em protótipos tangíveis. Esses protótipos podem variar em complexidade, desde esboços e modelos de baixa fidelidade até protótipos funcionais. A prototipagem permite que os conceitos sejam visualizados e manipulados de maneira prática, facilitando a identificação de pontos fortes e áreas que necessitam de melhorias (Rahemi et al., 2018).

Por fim, a fase de teste envolve a avaliação dos protótipos com usuários reais para obter feedback e validar as soluções propostas. Os participantes observam as interações dos usuários com os protótipos, coletando dados qualitativos e quantitativos sobre a usabilidade, eficácia e satisfação do usuário. Os resultados dos testes são utilizados para iterar e refinar os protótipos,



garantindo que a solução final atenda às necessidades dos usuários de maneira eficaz (Rahemi et al., 2018).

Em seu estudo, Oliveira et al. (2021) forneceram uma visão geral de como o DT é aplicado no setor de saúde por meio de uma revisão sistemática de 32 artigos de pesquisa originais publicados. Seus achados sugeriram que o DT oferece uma estrutura equilibrando fatores contextuais (por exemplo, usuários, recursos, stakeholders) e evidências clínicas. Além disso, o DT equipa os indivíduos com diversas ferramentas de resolução de problemas nas etapas de inspiração, ideação e implementação.

O tempo extensivo necessário para implementação e treinamento durante as fases do *design thinking* foi identificado como uma das barreiras para a sua utilização no setor de saúde. Bem como o entendimento comum de metas e conceitos, considerando o ambiente multiprofissional, comum em um contexto hospitalar. Além disso, os sistemas de saúde podem não alcançar os benefícios potenciais do *design thinking* devido a diversos problemas organizacionais, como a realização de atalhos na implementação, a omissão de alguns elementos do processo, a falta de colaboração com os usuários finais e a negligência nas revisões de protótipos. A aplicação adequada do *design thinking* resulta de interações e colaborações contínuas entre líderes, profissionais e ambientes clínicos. É comum que as etapas de autoaprendizagem e empatia sejam negligenciadas. A chave para a implementação eficaz do *design thinking* é seguir todas as etapas do processo de forma rigorosa (Rahemi et al., 2018).

As dificuldades na utilização do DT no setor de saúde não devem ser desprezadas. Em um estudo mais recente, Karloopia e Agrawal (2024), identificaram 13 barreiras através de revisão de literatura e opiniões de especialistas em saúde. Os autores consideraram as barreiras "Falta de autonomia organizacional" e "Falta de mentalidade inovadora", seguidas de "Proposição pouco clara", "Falta de apoio da liderança" e "Restrições financeiras" como as de maior importância.

Por outro lado, as vantagens da utilização do DT na área de saúde estão relatadas em diversos estudos. Avezum et al. (2024), desenvolveram um pacote de soluções relacionadas à gestão do risco cardiovascular, como a hipertensão, dentro do sistema de atenção primária da cidade de São Paulo. Os autores utilizaram uma estratégia de implementação baseada em *design thinking* e observaram que a implementação bem-sucedida resultou em melhorias no diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão. Byers, Gee e Anwar (2024) ao reconhecerem um déficit de liderança no setor de farmácia de um hospital, buscaram soluções criativas utilizando o *design thinking*. A metodologia ajudou a compreender a perspectiva dos farmacêuticos na linha de frente e a cocriar soluções adaptadas às suas necessidades.

O DT em hospitais pode revolucionar o setor de saúde ao reinventar modelos hospitalares tradicionais por meio da inovação e ao aprimorar abordagens de cuidado centradas no paciente. Implementar DT no setor de saúde pode impulsionar a inovação, otimizar processos e aumentar a eficácia ao priorizar as necessidades de pacientes e profissionais de saúde (Karloopia & Agrawal, 2024)

Embora o DT seja reconhecido por sua capacidade de fomentar inovação, ele não é uma solução única para os desafios da saúde. Adotar o DT permite que profissionais de saúde, administradores e pesquisadores obtenham uma compreensão mais profunda e autêntica das experiências de saúde, considerando as perspectivas de todos os envolvidos, desde pacientes até profissionais da linha de frente. Isso contribui para o desenvolvimento de serviços de saúde

mais eficazes e orientados para o usuário, melhorando os resultados de saúde de maneira geral (Del-Valle Quintana, Sichieri, & Secoli, 2025).

3. Método

Trata-se de um estudo exploratório desenvolvido em um hospital público especializado e de grande porte localizado na cidade do Rio de Janeiro. Este estudo foi desenvolvido em três etapas. Na primeira, os profissionais foram observados enquanto executavam as atividades relacionadas ao processo de admissão hospitalar. Esta observação foi realizada pelos pesquisadores, durante uma semana, com o objetivo de entender a rotina de trabalho executada pelos profissionais no contexto do hospital estudado.

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas individuais com perguntas amplas o suficiente para geração de insights e assim compreender as necessidades da equipe multiprofissional em sua rotina de trabalho (Tabela 1).

Tabela 1. Roteiros de entrevistas com a equipe multiprofissional

Entrevista de Profundidade (Farmacêuticos)	
Idade:	Sexo: () F () M
O que é admissão hospitalar para você?	
Como é sua rotina na admissão? Descreva o que você faz em um dia de trabalho	
Na sua visão, quem é o principal cliente na admissão? O que é imprescindível para o atendimento desse cliente?	
Como você enxerga o seu papel na admissão? Como se sente exercendo essas atividades?	
Comente o que você acha que poderia melhorar na rotina do serviço?	
Se você fosse outro profissional da equipe multidisciplinar que trabalha na admissão, o que gostaria de ser informado pelo farmacêutico?	
Entrevista de Profundidade (Demais profissionais)	
Idade:	Sexo: () F () M
Profissão: () Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem	
O que é admissão hospitalar para você?	
Como é sua rotina na admissão? Descreva o que você faz em um dia de plantão	
Na sua visão, quem é o principal cliente na admissão? O que é imprescindível para o atendimento desse cliente?	
Você sabe o que o farmacêutico faz na admissão? Você acredita que a presença dele faz diferença para o serviço do setor?	
Comente como o farmacêutico poderia ajudar na rotina da sua atuação profissional?	

Fonte: Elaboração própria (2024).

Utilizou-se uma amostragem por conveniência, contemplando profissionais que atuam no processo de admissão hospitalar no hospital analisado e possuíam disponibilidade para participar da pesquisa. Eles foram convidados de forma ativa, por meio de convite pessoal. O aceite contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Cessão do Uso de Imagem (TCUI). Foram entrevistados 26 profissionais: 3 médicos ortopedistas, 3 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiros e 17 farmacêuticos. As entrevistas ocorreram entre junho e julho de 2023.



Na terceira etapa, as informações das entrevistas foram transcritas e analisadas com o auxílio da metodologia de análise de conteúdo (Bardin, 2011). Os principais achados foram resumidos e organizados na forma de um mapa de empatia, sendo possível identificando padrões, categorizando as ideias levantadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar na perspectiva do farmacêutico. Dessa forma, foi possível descrever como o farmacêutico se sente e o que pensa a respeito da admissão hospitalar, o que enxerga no seu ambiente de trabalho bem como o que escuta dos demais profissionais, o que diz e como é sua atuação na prática, além de suas dores e ganhos.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente e Coparticipante, tendo recebido parecer favorável – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 66962823.7.0000.5243 e nº 66962823.7.3001.5273.

4. Análise e discussão dos resultados

Após uma semana de acompanhamento no setor de admissão, foi observada a seguinte rotina: as primeiras profissionais a chegarem à área da admissão são as técnicas de enfermagem. Por volta das 7 horas, abrem as portas dos consultórios, ligam os computadores, disponibilizam em todos os consultórios as fichas com a relação dos pacientes a serem internados no dia e organizam todos os prontuários. Os pacientes e seus acompanhantes começam a chegar, se identificam na recepção e se acomodam na sala de espera aguardando serem chamados.

Por ordem de prioridade, alguns pacientes são identificados com pulseiras hospitalares e têm seus sinais vitais aferidos pelas técnicas de enfermagem. Simultaneamente, dois farmacêuticos circulam pela sala de espera coletando individualmente informações sobre o uso de medicamentos dos pacientes. O médico ortopedista também começa a chamar pacientes para o atendimento em consultório. Por volta de 08h30min inicia-se uma palestra realizada pela equipe de enfermagem com algumas informações sobre itens que os pacientes e seus acompanhantes podem ou não levar para o leito hospitalar, sendo feita uma distribuição de sacos transparentes para o armazenamento dos itens, além de serem sanadas possíveis dúvidas do público. Enquanto esse momento ocorre todos os profissionais interrompem seus atendimentos, exceto o médico ortopedista. A palestra se encerra em torno de quinze minutos e os atendimentos por todos os profissionais são retornados.

Por volta de 11 horas, o médico ortopedista finaliza o atendimento de todos os pacientes presentes até o momento e se ausenta do setor, retornando apenas quando chamado. Os enfermeiros e farmacêuticos não finalizam todos os atendimentos até esse horário, porém as técnicas de enfermagem começam a organizar os pacientes para o almoço no refeitório do hospital, disponível para todos os pacientes e um acompanhante. Ao longo da tarde alguns poucos pacientes ainda são admitidos e os profissionais têm muita dificuldade de conseguir localizar o médico ortopedista para realizar os atendimentos restantes, o que gera certo desconforto na equipe. Geralmente às 16 horas todas as admissões do dia são concluídas.

O cenário aponta para diversos conflitos que são bastante comuns na área assistencial, como uma notável hierarquização no atendimento do profissional médico em detrimento de outras classes profissionais, falta de uma comunicação assertiva entre a equipe e desalinhamento do fluxo de trabalho (Rodrigues & Moreira, 2017). Tudo isso impacta diretamente o atendimento do paciente e sua jornada na instituição, pois este paciente pode ter



dúvidas não esclarecidas, repetir diversas vezes a mesma informação e não se sentir em um ambiente seguro, podendo aumentar seu nível de estresse e ansiedade.

A partir destas entrevistas foi elaborado um Mapa de Empatia (Tabela 2) onde as principais demandas dos farmacêuticos da admissão hospitalar foram levantadas.

Tabela 2. Mapa de empatia da equipe de farmacêuticos

Mapa de Empatia
<p>Sente e Pensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A admissão hospitalar é o começo de todo processo na assistência hospitalar e que ali muitos erros já podem ser evitados. - Tem muito a contribuir com seus conhecimentos técnicos, mas não se sente ouvido pela equipe
<p>Escuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O paciente é liberado para o leito hospitalar mesmo se não for atendido pelo farmacêutico. - A equipe gostaria da presença de um farmacêutico para o momento da palestra na sala de espera da admissão. - É considerado um retrabalho para toda a equipe verificar os medicamentos dos pacientes, já que o farmacêutico está disponível para assumir exclusivamente este papel.
<p>Vê:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um fluxo de trabalho confuso e atropelado. - Falta de espaço para conseguir conversar com outros profissionais do setor. - Profissionais inseridos no processo sem o mesmo grau de importância.
<p>Diz e Faz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acredita que um farmacêutico atuando em conjunto com as equipes de pré-internação hospitalar facilitaria o seu trabalho na admissão, porém não há atividades do serviço nesse campo ou farmacêuticos voluntários para essa função. - Realiza a reconciliação medicamentosa de todos os pacientes e constantemente interage com o médico ortopedista para que sejam utilizados os medicamentos padrões e disponíveis no estoque do hospital.
<p>Dores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se sente ignorado nas intervenções farmacêuticas. - Sente falta de protocolos de conduta profissional para todos os integrantes da equipe multiprofissional. - Não consegue ter certeza do quanto a sua atuação é efetiva para a segurança do paciente.
<p>Ganhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deseja ter uma melhor comunicação com os integrantes da equipe multiprofissional. - Acredita que um atendimento humanizado é a chave para um bom atendimento a todos os pacientes da admissão. - Deseja o retorno do médico clínico para o setor.

Fonte: Elaboração própria (2024).

O mapa de empatia auxilia a separar por tema as informações coletas nas entrevistas de profundidade. Assim é possível captar a visão do cliente sobre um determinado serviço, seus sentimentos e necessidades mais importantes, como ele enxerga o ambiente que está inserido, o que escuta de outros ao seu redor e suas atitudes em público. Dessa forma, é possível captar as emoções transmitidas pelo cliente e assim criar um espaço de conexão com seus desejos e necessidades centrais (Coelho, 2018).

O mapa construído nesse estudo conseguiu abranger muitos aspectos de como o farmacêutico vê sua própria atuação e o que a equipe ao redor espera desse profissional na admissão hospitalar. A profissão farmacêutica vem passando muitas mudanças ao longo do tempo e uma delas é a ampliação da atuação clínica do farmacêutico, cujo exercício ainda precisa ser mais bem estabelecido, principalmente em instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que usualmente possuem menos recursos humanos, com estruturas físicas limitadas e não possuem investimento financeiro para implementação do serviço de farmácia clínica nas unidades (Ribeiro et al. 2021). Com a farmácia clínica, o farmacêutico ampliou a sua atuação no cuidado ao paciente, aumentando a interação com os demais profissionais de saúde. Esta interação aparenta não estar bem estruturada no hospital analisado, uma vez que foi observada como dor os farmacêuticos se sentirem ignorados nas intervenções clínicas realizadas e não ter certeza de quanto a sua atuação contribui para a segurança do paciente, o que está comprovado em diversos estudos (Perassolo, Bajerski, & Staudt, 2025).

Por outro lado, observou-se que outros profissionais gostariam de uma participação mais ativa dos farmacêuticos em atividades da Admissão Hospitalar, entendendo que esta atuação agregaria valor ao processo. Corroborando com isso o achado presente no mapa de empatia relacionado ao retrabalho que a equipe multiprofissional relata ter, quando precisam verificar os medicamentos que o paciente faz uso no momento da Admissão Hospitalar, uma vez que essa é uma atribuição clara do farmacêutico durante a reconciliação medicamentosa (REF).

Pode-se observar, no mapa de empatia, que a sinergia da atuação da equipe e a organização dos processos de trabalho são pontos que merecem melhorias, segundo os entrevistados. Como observado por Hussain et al. (2025), intervenções educacionais na área de reconciliação medicamentosa permitem que os profissionais compreendam melhor os processos e gera benefícios importantes na segurança do paciente. Isso reforça a importância de atividades, que permitam aos profissionais refletirem sobre a atuação em equipe em diferentes processos no ambiente hospitalar, como proposto neste trabalho.

5. Considerações finais

A aplicação do mapa de empatia, alinhada à abordagem da filosofia do *design thinking*, junto aos profissionais de saúde da Admissão Hospitalar no hospital analisado, proporcionou uma compreensão mais profunda sobre as necessidades, desejos, frustrações e expectativas relacionadas à atuação do farmacêutico nesse setor, especialmente no contexto da reconciliação medicamentosa. Entre os principais achados, destacam-se a insegurança quanto ao impacto de sua atuação no cuidado ao paciente e o desejo por uma comunicação mais eficiente entre os membros da equipe multiprofissional.

A abordagem favoreceu um ambiente de escuta ativa, permitindo a identificação dos principais desafios enfrentados pelos profissionais e servindo como ponto de partida para que os gestores da instituição desenvolvam estratégias de melhoria voltadas ao bem-estar e à produtividade de suas equipes. Os resultados obtidos estão alinhados com a literatura, ao enfatizar a importância de promover momentos de reflexão coletiva sobre os processos que envolvem equipes multiprofissionais, como no caso da Admissão Hospitalar. Ressalta-se, ainda, a contribuição deste estudo para ampliar a compreensão sobre o papel do farmacêutico nesse processo, com ênfase na atividade de reconciliação medicamentosa.



Entretanto, este estudo apresenta limitações. Foi realizado em um único hospital e contou com um número reduzido de participantes, com predominância de farmacêuticos, o que restringe a generalização dos resultados para outros contextos. Além disso, a seleção por conveniência dos participantes pode comprometer a validade externa da pesquisa.

Dessa forma, recomenda-se que estudos futuros explorem a atuação do farmacêutico na Admissão Hospitalar em contextos multicêntricos e com amostras mais amplas e diversas. Também se sugere o desenvolvimento e a avaliação de intervenções que possam contribuir para o aprimoramento do processo de reconciliação medicamentosa e para o fortalecimento da integração entre os diferentes profissionais de saúde.

Referências

- Abugroun, A., et al. (2025). Development of an emergency department triage tool to predict admission or discharge for older adults. *International Journal of Emergency Medicine*, 18(1).
- Andersson, T., Linnéusson, G., Holméen, M., & Kjellsdotter, A. (2023). Nurturing innovative culture in a healthcare organisation: Lessons from a Swedish case study. *Journal of Health Organization and Management*, 37(9), 17-33.
- Andreazza, R. S., et al. (2011). Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 501-506.
- Avezum, Á., et al. (2024). An intersectoral approach to hypertension care: Solutions for improving blood pressure control in São Paulo, Brazil. *American Journal of Hypertension*, 37(5), 366–378. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpac005>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições, 70.
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: Melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, 2011(3), 319–331.
- Businessolver. (2017). Workplace empathy monitor executive summary. Disponível em: <https://info.businessolver.com/hubfs/workplace-empathy-monitor-executivesummary.pdf>. Acesso em: 17 set. 2023.
- Byers, K., Gee, A., & Anwar, M. (2024). Developing pharmacy leaders: A design thinking approach to navigate the leadership crisis in pharmacy. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*, 157(3), 104-106.
- Cançado, P., Moura, E. P., & Peixoto, J. M. (2021). O efeito do mapa da empatia em saúde no comportamento empático médico percebido pelo paciente. *Saúde e Pesquisa*, 14(2), 261–270.
- Carroll, M. (2014). Shoot for the moon! The mentors and the middle schoolers explore the intersection of design thinking and STEM. *Journal of Pre-College Engineering Education Research (J-PEER)*, 4(1), 14–30.
- Chhabra, P. T., et al. (2012). Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8, 60-75.



Coelho, A. S. (2018). A empatia como instrumento de gestão. *Intervozes: Trabalho, Saúde, Cultura*, 3(2), 20–40.

Del-valle Quintana, L., Sichieri, K., & Secoli, S. (2025). Design Thinking and its use to promote patient safety: a scoping review. *Journal of Healthcare Quality Research*, 40(4).

Gonçalves, L. S., et al. (2023). Uso do mapa de empatia na produção tecnológica para prevenção de quedas hospitalares. *Journal of Health Informatics*, 15(Especial).

Gonsalves, Z. S., et al. (2025). Ações da preceptoria no ensino-aprendizagem de residentes farmacêuticos na admissão hospitalar: um relato de experiência. *Interface (Botucatu)*, 29(e230615).

Hellström, L. M., Bondesson, A., Höglund, P., & Eriksson, T. (2012). Errors in medication history at hospital admission: Prevalence and predicting factors. *BMC Clinical Pharmacology*, 12(9), 1-9.

Heskett, J. (2002). *Toothpicks and logos: Design in everyday life*. OUP Oxford.

Hussain, A. S. M., et al. (2025). Medication reconciliation: impact of an educational intervention on the knowledge, attitude and practices of healthcare professionals – a prospective quasi-experimental study in a Saudi referral hospital. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 44(1).

Karloopia, J. J., & Agrawal, R. (2024). Identifying and modeling barriers to design thinking implementation in healthcare sector: An ISM-MICMAC approach. *Journal of Health Organization and Management*, 38(4), 1-23.

Knez, L., Suskovic, S., Rezonja, R., Laaksonen, R., & Mrhar, A. (2011). The need for medication reconciliation: A cross-sectional observational study in adult patients. *Respiratory Medicine*, 105(1), S60-S66.

Lanazi, A. S. et al. (2022). Medication reconciliation on discharge in a tertiary care Riyadh hospital: an observational study. *PLoS ONE*, 17(3), e0265042.

Lindenmeyer, L. P., Goulart, V. P., & Hegele, V. (2013). Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico: Resultados de um estudo piloto. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 4(4), 51–55.

Liu, Y. T. (1996). Is designing one search or two? A model of design thinking involving symbolism and connectionism. *Design Studies*, 17(4), 435–449.

Noblat, A. C. B., et al. (2011). Prevalência de admissão hospitalar por reação adversa a medicamentos em Salvador, BA. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(1), 42-45.

Norliyana, M. D., Aris, N. H., & Halim, N. D. A. (2024). Design and development research (DDR) approach in designing design thinking chemistry module to empower students' innovation competencies. *Journal of Advanced Research in Applied Sciences and Engineering Technology*, 44(1), 55–68. <https://doi.org/10.37934/araset.44.1.5568>



Oliveira, M., Zancul, E., & Fleury, A. L. (2021). Design thinking as an approach for innovation in healthcare: Systematic review and research avenues. *BMJ Innovations*, 7(2), 491-498. <https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2020-000428>

Peixoto, J. M., & Moura, E. P. (2020). Mapa da empatia em saúde: Elaboração de um instrumento para o desenvolvimento da empatia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(1), 1-8.

Perassolo, L., Bajerski, E. J., & Staudt, K. J. (2025). Intervenção farmacêutica: uma contribuição para segurança do paciente hospitalar. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 9(1), 43-57.

Pfaffenbach, G., Carvalho, O. M., & Bergsten-Mendes, G. (2002). Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 237-241.

Plattner, H., Leifer, L., & Meinel, C. (Eds.). (2011). *Design thinking: Understand - improve - apply: Understanding innovation*. Springer.

Rahemi, Z., D'Avolio, D., Dunphy, L. M., & Rivera, A. (2018). Shifting management in healthcare: An integrative review of design thinking. *Nursing Management*, 49(12), 30-37.

Ribeiro, A., Ricci, D. K., De Oliveira, M., Ferreira, A. P., & Schettino, G. (2021). Farmácia clínica: transformação do profissional farmacêutico. *Revista Científica do UBM*, 46, 112-123.

Rodrigues, I. T., & Moreira, J. (2017). A relação profissionais de saúde - usuários do SUS: Problematizando o termo "ajuda". *Revista Polis Psique*, 7(3), 43-60.

Sandars, J., & Goh, P.-S. (2020). Design thinking in medical education: The key features and practical application. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 238-242.

Sebire, N. J., et al. (2025). The future hospital in global health systems: the future hospital as an entity. *International Journal of Health Planning and Management*, 40(3), 730-740.

Sousa, L. U. R., et al. (2021). Mapa da empatia em saúde como instrumento de reflexão em cenário de ensino não assistencial. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(4), e195.

Spalla, L. R., & Castilho, S. R. (2016). Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 52(1), 143-150.

Varallo, F. R. (2010). *Internações hospitalares por reações adversas a medicamentos (RAM) em um hospital de ensino* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araraquara.