



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

José Carlos Galvão Baptista Nelas

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE
CONTRIBUTOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Professor Doutor Victor Raposo e Mestra Maria Eugénia Morais

Coimbra, 2013

DEDICATÓRIA

Ao João, Bernardo e Paula pela paciência que tiveram e pelo apoio e tempo que me deram...

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais ao Prof. Dr. Victor Raposo e à Enfermeira Eugénia Morais pela preciosa orientação.

À Rita Santos pela atenta e crítica leitura.

Aos colegas do Hospital Pediátrico pela disponibilidade.

*O único lugar onde o sucesso vem antes do
trabalho é no dicionário.*

Albert Einstein

RESUMO

O sistema de classificação de doentes em enfermagem (SCD/E) é uma ferramenta de apoio à decisão no planeamento de recursos de enfermagem. É aplicada em Portugal há cerca de 28 anos e tem produzido dados utilizados pelos gestores na adequação e/ou dimensionamento de quadros de pessoal de enfermagem. Apesar de existir um QCDP, não são conhecidos estudos sobre a sua aplicação em hospitais pediátricos especializados em Portugal. O início da aplicação da metodologia SCD/E numa instituição hospitalar com estas características em 2012 possibilitou a elaboração deste estudo, que tem como objetivo testar a resposta dada às necessidades de classificação do grupo de doentes que frequenta este tipo de hospitais.

O tipo de investigação exploratória e descritiva desenvolvida foi realizada com recurso à análise quantitativa e qualitativa de registos de enfermagem dos relatórios de turno.

Dos principais resultados obtidos destacamos, numa perspetiva de melhoria continua e qualidade total, a necessidade de desenvolvimento e adequação do quadro de classificação em uso em pediatria às necessidades específicas do hospital, visando fortalecer as suas potencialidades no apoio à tomada de decisão para o planeamento e dotação de equipas de enfermagem e melhorar a resposta do mesmo. As conclusões deste estudo apontam ainda para a necessidade de utilização de mais do que um método de cálculo no dimensionamento de equipas de enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem, dimensionamento, dotações, segurança, classificação, pediatria.

ABSTRACT

Patient Classification System in Nursing (SCD/E) is a tool to support decision making in the field of nursing resource planning. It has been implemented in Portugal over the last 28 years and it has produced data used by managers to adjust and size nursing staff. Although a classification framework for pediatric patients exists, there are no known studies of SCD/E implementation in specialized pediatric hospitals in Portugal. The beginning of the implementation of

the SCD/E methodology in a specialized pediatric hospital in 2012 enabled the conduction of this study, whose aim is to test the response given to the classification needs of the pediatric patients' group.

The exploratory and descriptive research of this study was developed through the quantitative and qualitative analysis of the nursing records included in the shift reports.

The main findings of this study include the need to develop and adjust the framework of pediatric classification in a perspective of continuous improvement and total quality to the specific needs of the hospital and, thus, enhance its potentialities in supporting the decision making in planning and determining nursing staffing levels. Additionally, the study highlights the importance of combining more than one method of estimating nursing staff levels.

Keywords: Nursing, sizing, staffing levels, safety, classification, pediatrics.

SIGLAS

ACSS	Administração Central dos Serviços de Saúde
ANA	<i>American Nurse Association</i>
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
DDSFG	Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão
GRASP	<i>Grace Reynold Application and Study of Peto</i>
HCN	Horas de Cuidados Necessárias
HCP	Horas de Cuidados Prestados
HED	Horas de Enfermagem Disponíveis
HPC	Hospital Pediátrico de Coimbra
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
QCDP	Quadro de Classificação de Doentes em uso para Pediatria
RCN	<i>Royal College of Nursing</i>
RNAO	Registered Nurses` Association of Ontario
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD/E	Sistema de Classificação de doentes por horas de cuidados de enfermagem
SNS	Serviço Nacional de Saúde

ABREVIATURAS

Aprox. Aproximadamente

Cap. Capítulo

Enf^o. Enfermeiro

Et al. *Et alli*

f_i Frequência absoluta

R Relatório

s.d. sem data

Sat. O2 Saturação de Oxigénio

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fase do desenvolvimento de empresas e planeamento do desenvolvimento de recursos humanos.....	12
Tabela 2 - Matriz para a tomada de decisão relativa às dotações de enfermeiros	34
Tabela 3 - População e amostra.....	56
Tabela 4 - Tempo não classificado em “Higiene e Cuidados Pessoais”	62
Tabela 5 - Tempo não classificado em “Nutrição”	63
Tabela 6 - Tempo não classificado em “Movimentação”	64
Tabela 7 - Tempo não classificado em “Eliminação”	65
Tabela 8 - Tempo não classificado em “Medicação”	66
Tabela 9 - Tempo não classificado em “Tratamentos”	67
Tabela 10 - Tempo não classificado em “Sinais vitais / outras avaliações”	67
Tabela 11 - Tempo não classificado em “Atividades de apoio e educação para a saúde”	68
Tabela 12 – Tempo não classificado em “Avaliação e planeamento de cuidados”	68
Tabela 13 - Desvio em minutos, por área de cuidados, resultante das intervenções não classificadas.....	69
Tabela 14 - Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados: “Higiene e Cuidados Pessoais”, “Nutrição”, “Movimentação”	71
Tabela 15 - Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados: “Eliminação”, “Medicação”.	71
Tabela 16- Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados “Tratamentos”	72
Tabela 17 - Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados “Sinais vitais / outras avaliações”	73
Tabela 18- Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados “Atividades de apoio e educação para a saúde”	74
Tabela 19- Intervenções de enfermagem não classificadas na área de cuidados “Colheitas”	75
Tabela 20- Área de cuidados "Eliminação"	76
Tabela 21- Área de cuidados "Medicação"	77

Tabela 22 - Área de cuidados "Tratamentos"	78
Tabela 23 - Área de cuidados "Sinais vitais e outras avaliações"	79
Tabela 24 - Área de cuidados "Atividades de apoio e educação para a saúde"	80
Tabela 25 - Área de cuidados "Avaliação e planejamento de cuidados"	82
Tabela 26 - Área de cuidados "Colheitas"	83
Tabela 27 - Área atividade "Outras atividades não cuidados"	84

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Carga de trabalho dos Enfermeiros	17
Figura 2- Representação esquemática do modelo funcional na organização dos cuidados de enfermagem	25
Figura 3- Representação esquemática do modelo de equipa na organização dos cuidados de enfermagem	26
Figura 4- Representação do modelo individual na organização dos cuidados de enfermagem	28
Figura 5- Representação do modelo primário / responsável/ referência na organização dos cuidados de enfermagem	30
Figura 6 - Representação esquemática das fases do processo de análise de estabelecimento de categorias e temas	59

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA.....	7
CAPÍTULO 1 - Gestão e Planeamento de recursos humanos	9
1.1 - Gestão de recursos humanos / pessoas / capital humano	9
1.2 - Planeamento estratégico de recursos humanos	11
1.3 - Modelos de planeamento de recursos humanos	13
1.4 - Aspetos influenciadores do planeamento de recursos humanos	15
Capítulo 2 - conceitos da prática e organização dos cuidados de enfermagem.....	19
2.1 - Enfermagem e cuidados de enfermagem.....	19
2.1.1 - Cuidar / cuidados de enfermagem	22
2.2 - Modelos de organização dos cuidados de enfermagem	24
Capítulo 3 - DOTAÇÃO E dimensionamento DE equipas de ENFERMAGEM	31
3.1 - Dotações seguras em enfermagem.....	31
3.2 - Métodos de dimensionamento de equipas de enfermagem.....	33
3.2.1 - Método do juízo crítico / juízo profissional	36
3.2.2 - Método do número de enfermeiros por cama ocupada	37
3.2.3 - Método da qualidade-acuidade.....	37
3.2.4 - Sistemas baseados na regressão	38
3.2.5 - Abordagens de tarefas / atividades cronometradas	39
CAPÍTULO 4 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM.....	41
4.1- Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem	44
4.1.1.- Sistema de classificação de doentes em pediatria	47
PARTE 2 - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	51
CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA / PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	53
5.1 - Objectivos e questões de investigação	53
5.2 - Descrição metodológica.....	54
5.3 - Métodos de amostragem	55
5.3.1- Caracterização da amostra	56
5.4 - Métodos utilizados na colheita de dados	57
5.4.1 - Considerações éticas na colheita de dados	57
5.5 - Modelo de análise utilizado.....	58
5.5.1- Descrição da metodologia quantitativa	58
5.5.2 - Breve descrição da análise de conteúdo	58
CAPÍTULO 6- TRATAMENTO DOS DADOS	61

6.1 - Apresentação e análise dos dados	61
6.1.1 - Intervenções de enfermagem realizadas e não classificadas por ultrapassarem os níveis previstos	61
6.1.2 - Intervenções de enfermagem realizadas e não classificadas por não serem consideradas na classificação	70
6.1.3 - Apresentação e análise dos resultados recolhidos nos relatórios diários do SCD/E	75
BIBLIOGRAFIA.....	99

INTRODUÇÃO

Uma das preocupações atuais consiste em compreender como as organizações, através da gestão adequada das pessoas, podem conseguir aumentar a capacidade produtiva e criativa, mantendo, simultaneamente, limites sustentáveis aos custos associados ao trabalho (Cunha *et al.*, 2010). Este aspeto passará obrigatoriamente pelo dimensionamento adequado dos quadros de pessoal. A área da saúde não foge à regra em termos destas necessidades. O impacto financeiro que os recursos humanos provocam nos orçamentos da saúde leva a esta exigência.

A gestão de recursos humanos é, sem dúvida, uma tarefa difícil. Adeso *apud* Cunha *et al.* (2010) refere que “A Gestão seria fácil... se não fossem as pessoas” e Cascio *apud* Cunha *et al.* (2010: 60) define-a como “uma abordagem global de gestão que inclui os aspectos de recrutamento/selecção, retenção, desenvolvimento, ajustamento e gestão da mudança”.

Aos gestores impõe-se que entendam o papel dos recursos humanos e que se consigam adaptar às novas exigências das empresas e às necessidades dos trabalhadores as políticas tradicionais de gestão (Ferreira *et al.*, 2010). Para tal, a identificação dos recursos necessários de acordo com as competências que a empresa necessita deve ser uma tarefa imediata, tendo como base a seleção e recrutamento na construção da equipa (*Idem*).

O setor da saúde, no caso os hospitais, é grandemente influenciado pelo papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. O facto de serem os profissionais de saúde, na maioria das vezes, a decidir os serviços que são consumidos, onde e como serão consumidos, em que quantidade e, em consequência, que impacto terão sobre as populações, implica que a gestão destes recursos se centre na organização do trabalho, definindo quantidade, combinação de competências e distribuição de recursos entre outros.

A saúde das populações é uma preocupação da maioria dos Estados. O *International Council of Nursing* (ICN) (2006) salienta a necessidade dos países em encararem como uma prioridade a prestação dos cuidados de saúde.

A dotação segura de enfermeiros nas unidades de saúde é determinante para a segurança, morbidade e mortalidade dos doentes (ICN, 2006), bem como para o impacto económico e financiamento das instituições de saúde (Murphy; Morris, 2005) e para a satisfação dos enfermeiros, no que concerne ao abandono da profissão (Betz, 2001). São conhecidos alguns estudos sobre *burnout*¹ em enfermagem e a sua relação com a dotação de pessoal (Gomes *et al.*, 2008; Dias *et al.*, 2010). A temática é abordada por Sheward *et al.* (2005) que encara a dotação desadequada como um dos fatores causais determinantes com o estabelecimento de relação entre elevados rácios doente / enfermeiro e o aumento do risco de exaustão emocional e insatisfação com o emprego atual.

Para Hurst (2003) os enfermeiros, talvez mais do que outros grupos profissionais, são um dos segmentos profissionais mais afetados pelos desenvolvimentos clínicos, educacionais e de gestão no setor da saúde. No entanto, se analisarmos as exigências atuais para a satisfação de necessidades em saúde, constatamos que os doentes são admitidos nos hospitais porque necessitam de cuidados de enfermagem. Se assim não fosse, a quase totalidade dos tratamentos poderia ser feita em regime de ambulatório (Burhans, 2008).

O ICN (2006:41), em relação à dotação de pessoal de enfermagem, refere que “*As dotações inadequadas nos ambientes de cuidados de saúde estão a atingir proporções de crise em todas as regiões*”. Sobre dotações de Enfermagem Hurst² (2003) realizou uma revisão sistemática de literatura existente sobre os métodos de estimação do tamanho e constituição de equipas de enfermagem destacando a abordagem do juízo profissional, o método do número de enfermeiros por cama ocupada, o método da qualidade - acuidade, a abordagem das tarefas / atividades cronometradas e os sistemas baseados na regressão.

¹ Segundo Dias *et al.* (2010) O síndrome de *burnout* é constituído por três dimensões: exaustão emocional (falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional), despersonalização (relacionamento distante e impessoal para com os utentes, colegas e organização) e baixa realização profissional (tendência de se avaliar de uma forma negativa, insatisfação com o seu desenvolvimento profissional).

² Dr Keith Hurst é professor no *Nuffield Institute for Health*, na Universidade de Leeds e publicou em 2002 uma revisão da literatura, em forma de relatório, a pedido do Ministério da Saúde Inglês, acerca dos métodos de estimação de equipas de enfermagem. Este trabalho foi acolhido com grande interesse no meio profissional, sendo utilizado por variadas associações profissionais (ICN, RCN, OE) como referência na problemática.

Em Portugal, apesar de também se usar o método do número de enfermeiros por cama ocupada, começa a ser cada vez mais utilizado o Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E) para realização do dimensionamento das equipas de enfermagem e como ferramenta de gestão e apoio à decisão sobre alocação, no momento, de recursos em falta nas unidades prestadoras de cuidados (Veiga, Simões & Campos, 2000). Este sistema foi adotado pela Direção Geral de Saúde e resultou na aplicação de um projeto, apoiado técnica e financeiramente pelos EUA, com base no modelo *Grace Reynold Application and Study of Peto (GRASP)* desenvolvido no mesmo país. Enquadra-se na metodologia da abordagem das tarefas / atividades cronometradas e baseia-se, de forma sumária, na atribuição de tempos médios por intervenções de enfermagem pré-definidas de acordo com a interpretação feita pelos enfermeiros acerca do potencial de dependência dos doentes para a satisfação das suas atividades de vida.

Segundo Veiga, Simões & Campos (2000) a utilização sistemática desta ferramenta possibilitaria otimizar os recursos de enfermagem disponíveis, planear cuidados a prestar, gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço, identificar as necessidades em recursos de enfermagem e adequar a dotação dos quadros de pessoal.

Facilmente se encontram vantagens aos três níveis de gestão. No plano estratégico, facilitaria as atividades de negociação no dimensionamento das equipas; a nível intermédio, contribuiria para a resolução de problemas de dotação pontuais com a controversa partilha de enfermeiros entre equipas; e a nível operacional traduzir-se-ia em ganhos em segurança na distribuição mais equitativa em termos de necessidade de cuidados de enfermagem.

Além disso, existem atualmente ferramentas informáticas que permitem a aplicação da classificação de uma forma “quase integrada”. A sua integração não é total, porque o sistema mais utilizado Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) não consegue, ainda, calcular de forma automática através das intervenções de enfermagem prescritas e realizadas, o número de horas previstas e necessárias e inferir daí o grau de dependência do doente.

Face a estes pressupostos a questão que se coloca de imediato é: porque razão esta ferramenta não é utilizada em Hospitais Pediátricos?

Foi isso que tentámos perceber aplicando esta ferramenta em dois serviços piloto. A metodologia de aplicação será devidamente explorada no capítulo 6.

Das pesquisas bibliográficas que realizámos, não encontramos na literatura razões que justifiquem esta realidade. No entanto, as razões que são mais enumeradas no meio profissional são:

- a) As amostragens existentes para Pediatria resultam da aplicação do Sistema em unidades de Hospitais Gerais e não em Hospitais Pediátricos e por isso mesmo não se coadunam com a diferenciação de cuidados existentes nos Hospitais Pediátricos ou de “fim de linha”, como habitualmente são chamados;
- b) O instrumento utilizado (padrão) não contempla as atividades realizadas por mais do que um enfermeiro;
- c) A alteração do paradigma dos cuidados de enfermagem nos últimos vinte anos, onde a perspetiva de uma organização do trabalho por tarefa é abandonada, evoluindo para uma organização de trabalho por distribuição individual e mais atualmente para a enfermagem de referência. Estas mudanças refletem a abordagem holística da pessoa, permitindo o trabalho em parceria com crianças e famílias, o que coloca em causa a base desta classificação, que reside na cronometragem de tarefas.

Pese embora estes fatores, é certo que, atualmente, não existem dados objetivos que consubstanciem o planeamento dos recursos humanos em Hospitais Pediátricos.

Tendo em atenção o exposto, propomos para este estudo:

- Como objetivo geral apoiar a tomada de decisão na gestão de enfermeiros em Hospitais Pediátricos.
- Como objetivos específicos testar o Sistema de Classificação de doentes em Hospitais Pediátricos e comparar resultados de horas de

enfermagem disponíveis com horas de cuidados de enfermagem necessárias para a prática de cuidados em Hospitais Pediátricos.

Este trabalho divide-se em duas partes: a revisão da literatura, onde o autor pretende dar uma visão atualizada sobre a problemática em estudo, e a parte empírica.

Na primeira parte, iremos analisar criticamente o que dizem os vários autores acerca da problemática da gestão estratégica e da sua relação com o planeamento dos recursos humanos nas organizações, o que enquadra atualmente a prática de enfermagem, em que consistem as dotações seguras e em que medida é que elas são a base de cuidados seguros e de fidelização dos enfermeiros. Procuraremos ainda dar a conhecer e avaliar as metodologias mais utilizadas para o dimensionamento de equipas de enfermagem.

Na segunda parte, serão apresentados e discutidos a metodologia utilizada para a realização do presente estudo, os resultados encontrados e as conclusões a que chegámos relativamente às perguntas de partida que deram origem a este trabalho.

Este documento foi formatado de acordo com as indicações para formatação de dissertações de mestrado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

“Os trabalhadores são a oportunidade mais desperdiçada de uma empresa”

Gary Cokins citado por Cunha et al., (2010)

“[...] a boa gestão consiste em demonstrar às pessoas comuns como é que elas devem fazer o trabalho de pessoas excepcionais.”

John Rockfeller citado por Cunha et al (2010)

“If we cannot name it, we cannot control it, finance it, research it, teach it, or put it into public policy.”

(Royal College of Nursing, 2003:1)

Tendo como objetivo clarificar as principais temáticas que contribuem para a compreensão do presente estudo, selecionámos quatro temas principais: gestão de recursos humanos, cuidados de enfermagem, planeamento de recursos de enfermagem e métodos de classificação dos doentes.

A revisão bibliográfica que apresentamos, desenvolvida ao longo dos próximos quatro capítulos, pretende esclarecer o que se entende por cuidados de enfermagem e quais os paradigmas mais atuais que os orientam, explicar os tipos de classificação de doentes existentes e questionar se os métodos mais comumente utilizados para a dotação de enfermeiros espelham efetivamente as atividades de enfermagem realizadas no dia-a-dia em contexto de atendimento pediátrico.

CAPÍTULO 1 - GESTÃO E PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Quando falamos em gestão de recursos humanos referimo-nos à forma como as organizações se mobilizam na relação com o capital humano. Os mecanismos de planeamento, recrutamento, seleção, formação, desenvolvimento e gestão de carreiras, avaliação do desempenho, compensação e estabelecimento de relações laborais construtivas são as variáveis mais exploradas nesta vertente. No presente trabalho, não se pretende ser demasiado exaustivo e explorar todas estas vertentes. Tendo em conta a problemática que orienta este estudo, iremos abordar neste capítulo apenas as matérias que se relacionam com a evolução do planeamento dos recursos humanos, nomeadamente no que concerne às diferenças na forma de encarar o trabalho, nos modelos de gestão estratégica de recursos humanos e nos fatores que influenciam atividades de planeamento e dotação de pessoal de enfermagem.

1.1 - GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS / PESSOAS / CAPITAL HUMANO

A revolução industrial veio imprimir profundas transformações nas relações entre as empresas e o seu capital humano.³ Em especial, a priorização do aumento de produção implicou a quase total substituição das empresas familiares artesanais por grandes unidades de produção. A consequente acumulação de pessoas nas empresas colocou problemas e desafios aos gestores (Cunha *et al*, 2010). Estes desafios tendem a cumprir um dos paradigmas da gestão diretamente relacionados com a rentabilização dos recursos existentes. Em suma, trata-se de ter as pessoas certas, na quantidade certa, no local certo.

Numa primeira fase, o recurso ao trabalho infantil e as fracas condições laborais oferecidas aos trabalhadores não impunham medidas de planeamento adequado de recursos humanos, sendo a eficácia e a eficiência termos desconhecidos. A função de gestão das pessoas resumia-se apenas a uma

³ Cunha *et al*. (2010: 60) citando Lengnick-Hall, define capital humano como “o ‘know-how’, as destrezas e as capacidades dos indivíduos de uma organização. Reflete as competências que as pessoas trazem para o trabalho.”

dimensão de controlo, que envolvia a gestão de um sistema de trabalho desumano, onde os custos com pessoas não iam além das refeições e da dormida. O clima organizacional era assegurado pelo exercício do medo e prática do despedimento arbitrário.

Com o aparecimento das grandes corporações e com a profissionalização da gestão, molda-se o estilo de vida das sociedades industrializadas surgindo “a sociedade organizacional em que vivemos” (Cunha *et al.*, 2007: 54).

As transformações em diferentes áreas tais como a economia, a tecnologia, a sociedade ou a política, ocorridas no ambiente externo das organizações, vieram trazer instabilidade pela imprevisibilidade e/ou incerteza que provocam no ambiente interno destas mesmas organizações. Segundo Nunes (2005), para contrariar estes efeitos é necessário inovar, modificar e adaptar as estruturas da organização de trabalho e da gestão dos recursos humanos. É neste contexto que surgem as novas formas de gestão empresarial das empresas.

Uma das áreas da gestão que mais sentiu esta mudança foi a de recursos humanos. Chiavenato (1999) alerta-nos para o desperdício de tratar as pessoas como meros recursos e da forma através da qual as empresas perceberam que as pessoas são o seu centro nervoso, uma vez que o sucesso dos negócios depende da inteligência e racionalidade da tomada de decisões.

O mesmo autor propõe-nos o seguinte esquema que sintetiza as diferenças entre as duas visões: a abordagem das pessoas enquanto recursos e o modelo das pessoas enquanto parceiros.

De acordo com Chiavenato (1999), a evolução industrial processou-se em três eras principais: a **era industrial clássica**, marcada por uma estrutura burocrática e centralizadora, com elevada normatização dos comportamentos das pessoas que eram consideradas recursos da organização, e onde tinha primazia a teoria das relações humanas. O processo de tomada de decisões era muito centralizado e o conceito de mão-de-obra era predominante; a **era da industrialização neoclássica**, caracterizada pelo aparecimento da teoria estruturalista como modelo organizacional, segundo o qual passa a ser atribuída importância à visão sistémica das organizações dadas as transformações trazidas

pelos novos fenómenos de consumo que surgiram no período após a segunda guerra mundial, e pela substituição da teoria das relações humanas pela teoria comportamentalista, que determina que as pessoas comecem a ser encaradas como recursos humanos, vivos e inteligentes; e, por fim, a **era da informação**, época em que atualmente vivemos, onde o desenvolvimento dos sistemas de informação foi responsável pela globalização da economia. Neste contexto, aumentou a competitividade e a possibilidade das empresas tomarem melhor partido das oportunidades que surgem. O desafio passou a ser a produção de conhecimento, ao invés dos anteriormente considerados como fatores de produção - terra, mão-de-obra, capital. Surge o conceito gestão das pessoas em contraste com a gestão de recursos humanos, segundo o qual as pessoas deixam de ser seres passivos para serem vistos como agentes ativos, dotados de personalidade, conhecimentos, habilidades, destrezas, aspirações, objetivos próprios, numa perspetiva partilhadora e descentralizadora. O conceito de capital humano, talento, vai sendo preferido em relação ao de recursos humanos (Cunha *et al.*, 2010).

1.2 - PLANEAMENTO ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS

Não conseguimos separar planeamento estratégico dos recursos humanos da estratégia das organizações já que ambas as atividades são pontos estruturantes de uma organização e estão interligadas para alcance dos objetivos planeados. As organizações são as pessoas e as pessoas constroem as organizações.

As organizações enquanto sistemas abertos, em interação com o meio ambiente influenciam e são influenciadas por fatores externos.

De acordo com Cunha *et al.* (2010: 107) citando Brown e Eisenhard, a estratégia é o resultado da resposta a duas perguntas: “Para onde queremos ir?” e “Como podemos lá chegar?”. Relaciona a influência da estratégia organizacional, de acordo com três diferentes tipos (defensiva, prospetora e analisadora) com a estratégia de recursos humanos. Serra (2008) acrescenta o ponto de partida “Onde estamos?” e inclui na definição de estratégia a necessidade de monitorização de todo o processo.

De acordo com este autor (*Idem*), segundo a estratégia **defensiva**, os processos enquadram-se no desenvolvimento das pessoas, com pouco recrutamento acima do nível de entrada, na estratégia **prospetora** é dada ênfase à aquisição de recursos humanos, sendo o recrutamento sofisticado a todos os níveis; com a estratégia **analísadora** o realce é dado à afetação de recursos com utilização de métodos mistos de seleção e recrutamento.

O planeamento estratégico da organização passa pelo estabelecimento da missão e da visão, pela definição dos objetivos e formas de medir o seu grau de atingimento, e pela adaptação da estratégia definindo alvos e processos de adaptação. O processo de gestão estratégico está definido por Serra (2010: 42) como “conjunto de compromissos, decisões e ações requeridas para a empresa atingir competitividade estratégica e ganhar lucros “anormais”- acima da média do mercado”.

Na perspetiva de Cunha *et al.* (2010), a idade e a dimensão das organizações influenciam as políticas de gestão de recursos humanos. O mesmo autor cita Brewster *et al.* (s.d) no que respeita à relação entre as fases de desenvolvimento das empresas e o plano de desenvolvimento dos recursos humanos resumidas na tabela seguinte:

Tabela 1 - Fase do desenvolvimento de empresas e planeamento do desenvolvimento de recursos humanos

	Fase embrionária	Fase de crescimento	Fase de maturidade	Fase de envelhecimento
Planeamento de recursos humanos	- Inexistente; - Futuro imprevisível	- Fazer o <i>staffing</i> adequado	- Ênfase nas reformas e reorganizações	- Identificação dos RH excessivos
Desenvolvimento de recursos humanos	- Contrata	- Muita contratação, algum desenvolvimento	- Ênfase no desenvolvimento interno, pouca contratação	- Nem contrata nem desenvolve

Fonte: Cunha, Miguel P., Rego, Arménio; Cunha, Rita C., Cabral-Cardoso, C.; Marques, Carlos A.; & Gomes, Jorge F. S. (2010) *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Apesar dos autores não definirem um horizonte temporal para cada fase, arriscaríamos afirmar que o Serviço Nacional de Saúde se encontra atualmente

numa fase de maturidade, influenciado por diferentes fatores, onde se procura ainda a reforma interna e a reorganização dos recursos existentes, como indiciam as alterações a que temos assistido no que respeita à regulação da oferta de cuidados de saúde no setor público (Jornal de Notícias, 2011).

O planeamento estratégico de recursos humanos pode ser entendido como “o processo de fornecer pessoas capazes e motivadas para realizar a missão e estratégia da organização” (Schermerhorn, Hunt e Osborn, 1999: 102) ou “o processo de decisão quanto aos RH necessários para atingir os objetivos organizacionais dentro de um determinado período de tempo” (Chiavenato, 1999: 61). É notória a intenção dos diferentes autores de estabelecerem a relação entre missão, estratégia e objetivos da empresa com o planeamento dos recursos humanos. Apesar de Chiavenato (1999) propor uma perspetiva temporal, não é despropositado pensarmos que este critério poderá ser de difícil objetivação no sector da saúde, dadas as características da procura de cuidados: intemporal e muito variada.

Para Cunha e Rego (2010), desde o início do século XXI, a função gestão de pessoas tem sofrido uma grande evolução, substituindo um posicionamento reativo e administrativo/burocrático por um caracterizado por uma maior proatividade e resposta às condições envolventes. No entanto, o dimensionamento de recursos humanos numa determinada empresa assenta em determinados princípios que se vão mantendo atuais. São esses princípios ou modelos, designação que adotamos, que iremos analisar no seguinte subcapítulo.

1.3 - MODELOS DE PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

As organizações têm que adotar modelos de planeamento dos recursos humanos que facilitem o alcance dos resultados esperados. Estes modelos visam não só adequar a quantidade dos recursos necessários, mas também na tipologia de pessoas a contratar, visando que a pessoa certa ocupe o lugar certo. Chiavenato (1999) descreve-nos alguns modelos, mais comumente utilizados para o planeamento de recursos humanos, quer a nível geral quer a nível específico para diferentes serviços ou setores da organização que sumariamos de seguida.

O **Modelo baseado na procura estimada do produto ou serviço** assenta no princípio de que a procura estimada de um serviço ou produto, quer se trate de uma organização não industrial ou industrial, condiciona significativamente as necessidades de pessoas. Considera ainda que a relação entre estas variáveis (procura e necessidade de recurso humanos) é influenciada por fatores externos e internos tais como produtividade, tecnologia, disponibilidade financeira e de pessoas na organização.

O **Modelo baseado em segmentos de cargos** é mais utilizado em organizações de maior dimensão para o planeamento de pessoal a nível operacional. Este modelo prevê que os gestores selecionem os fatores estratégicos de produção cujas variações afetam as necessidades de pessoal (nomeadamente: procura, produtividade e plano de expansão), estabeleçam, com base nos níveis históricos, os níveis para cada fator e a partir dessas projeções e correlações determinar os níveis futuros de mão-de-obra para cada unidade.

O **Modelo de substituição de postos-chave** destina-se a antecipar as necessidades. Tem como objetivo assegurar a substituição de possíveis vagas futuras na instituição.

O **Modelo baseado no fluxo de pessoal**, baseado no registo e análise histórica dos movimentos das pessoas no interior e para o exterior da instituição, permite antecipar as contingências a que a instituição está sujeita e estimar a curto prazo as necessidades de pessoal.

O **Modelo de planeamento integrado** utiliza diferentes variáveis dos modelos atrás referenciados, razão pela qual é abrangente e amplo. Considera, o volume de produção planeado, as mudanças tecnológicas internas que afetam a produtividade, as condições de oferta e procura no mercado e comportamento dos clientes e o planeamento de carreiras dentro da organização.

Consideramos que o modelo que mais se aproxima do SCD/E, é o da procura estimada do produto ou serviço uma vez que as variáveis “número de enfermeiros disponíveis para prestar os cuidados de enfermagem ao doente internado” e “horas de cuidados de enfermagem necessárias por doente nas 24 horas por doente” equivalem respetivamente às variáveis “número de funcionários” e “procura do serviço”. Existem, todavia, particularidades no sistema

de classificação, que serão analisadas em pormenor mais à frente, que possibilitam alguma maleabilidade na resposta a fragilidades do modelo, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de tomar decisões num curto espaço de tempo face à alteração da procura.

1.4 - ASPETOS INFLUENCIADORES DO PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Os fatores que influenciam o planeamento dos recursos humanos são diversos. Como vimos anteriormente, as interações no ambiente interno e com o ambiente externo são um fator condicionante a ter em conta quando se procura um planeamento adequado do número de pessoas numa determinada organização. A geografia/arquitetura dos serviços de internamento, no nosso caso das enfermarias, a metodologia de trabalho, o tipo de atividades, o grau de integração e/ou diferenciação dos enfermeiros constituem alguns dos exemplos deste tipo de fatores por influenciarem a carga de trabalho dos colaboradores.

Na realidade, as pessoas não trabalham exatamente da forma como o gestor planeou. De facto, se é verdade que não aceitamos a teoria do X segundo a qual, historicamente, o trabalhador não gosta de trabalhar, é também verdade que não concordamos em absoluto com a teoria Y, que advoga que o esforço no trabalho é natural (McGregor citado por Ferreira *et al.*, 2010). Assim consideramos que a pessoa é um sistema e comporta-se como tal, sendo que as suas relações pessoais e familiares e outras influências endógenas e exógenas podem condicionar o seu desempenho .

O total de horas calculado para cada trabalhador por ano não é resultado de uma pura relação matemática entre os dias de trabalho previstos (possíveis) e o número de horas de cada dia de trabalho. A título de exemplo, em relação aos enfermeiros que exercem o regime de trabalho completo, se o cálculo se baseasse na multiplicação entre as semanas do ano (52) e o número de horas de trabalho por semana (35h) o resultado seria o correspondente a mais 5 semanas de trabalho do que está previsto. Na realidade para o cálculo de dotações de enfermagem para serviços de internamento, que não sejam da especialidade de

Psiquiatria e de Oncologia, é definido pelo Ministério da Saúde (2006) um total de 1435 horas de trabalho de enfermagem efetivo por ano (41 semanas)⁴.

O fenómeno do absentismo assume grande importância no planeamento de recursos humanos e, por essa razão, dedicamos-lhe atenção. Chiavenato (1999) define o absentismo como a frequência e/ou a duração do tempo de trabalho que se perde pela não comparência dos colaboradores. O mesmo autor considera que o fluxo de entrada e saída das instituições deve ser respeitado e que cada funcionário que sai da instituição deve ser substituído por um novo trabalhador, assegurando o posto de trabalho. Sabemos, todavia, que a substituição de um trabalhador integrado e alinhado com os objetivos do serviço e da instituição, conhecedor das normas, regras, protocolos e estratégia não se consegue de momento para o outro. Conforme referem Matos & Costa (2002) a rotatividade e a substituição de pessoas requer procedimentos de recrutamento, seleção, integração e formação de novos empregados.

Em relação a taxas de absentismo, Cunha *et al.* (2010) acrescentam o carácter de “inesperado” à definição de absentismo, que inclui as ausências devido a férias, “pontes”, folgas, licenças (parentalidade por exemplo) ou outros. No ano de 2000, a União Europeia, registou uma taxa média de 14,5% de ausências por doença, ficando Portugal na 13ª posição, com 8,4% (Gimeno *apud* Cunha *et al.*, 2010). O autor distingue, ainda, este fenómeno como de “curta versus longa duração” e “voluntário versus involuntário” (*Idem*: 783).

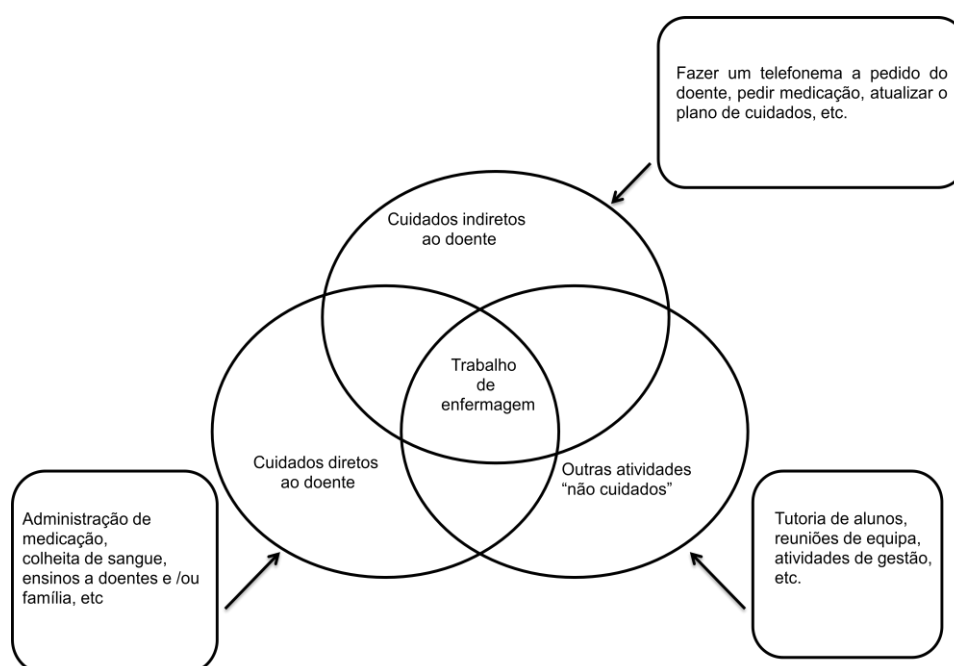
Os modelos de organização dos cuidados de enfermagem devem levar em conta as necessidades dos doentes e famílias, os quais, consoante a complexidade e grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem, exigirão recursos humanos em termos quantitativos e qualitativos adequados, condicionando, por isso, o planeamento de recursos de enfermagem (Laus & Anselmi, 2004).

⁴ Se considerarmos que o trabalhador desempenha 35 horas por semana e que o ano tem 52 semanas, então $52 \times 35 = 1820$. A Circular normativa nº 1/2006 de 12/01/2006, da Secretaria Geral do Ministério da Saúde atribui ao enfermeiro 1435 horas de trabalho por ano, logo $1820 - 1435 = 385$; então $385 / 35 = 11$ semanas. Se consideramos o número médio de férias são 30 dias, o que correspondem aproximadamente a 6 semanas de trabalho, verificamos que há 5 semanas contempladas para outras faltas e impedimentos imprevistos.

Quando se pretende dimensionar equipas de enfermagem há que considerar: os diagnósticos mais frequentes no serviço, a procura de cuidados de enfermagem, os recursos disponíveis, a satisfação dos doentes, as competências da equipa, altas, entradas e transferências de doentes na unidade, a tipologia do serviço⁵, o suporte tecnológico disponível⁶ e os recursos existentes⁷ (RCN, 2009).

Convém esclarecer melhor o que se entende por carga de trabalho de enfermagem. Sem conhecer esta realidade não é possível diagnosticar objetivamente as necessidades da instituição. Numa primeira fase, há que separar “trabalho de enfermagem” de “carga de trabalho de enfermagem”. Na ótica de Morris (2007) o trabalho de enfermagem inclui as atividades de cuidado diretas e indiretas levadas a cabo pelos enfermeiros na sua prática diária, enquanto a carga de trabalho corresponde a outras atividades que não sendo cuidados são executadas pelo enfermeiro no dia-a-dia. As diferenças entre os dois conceitos estão ilustradas na figura seguinte.

Figura 1 - Carga de trabalho dos Enfermeiros



Fonte: Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., & Hyde, A. (2007) *Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review*. *Journal of advanced nursing*, Figura 1

⁵ Arquitetura do serviço na distribuição dos gabinetes de tratamento, salas de trabalho e localização das enfermarias.

⁶ Prescrição eletrónica, registo informático de dados automatizado.

⁷ Enfermeiros especialistas disponíveis, técnicos, pessoal assistente.

Pela figura reproduzida em cima concluímos, em consonância com o sublinhado por diversos autores (Scott, 2003; O'Brien Pallas *et al.*, 2004; Morris *et al.*, 2007) que a medição e o conhecimento da carga de trabalho de enfermagem são decisivas para a dotação de equipas de enfermagem.

Percebemos ainda, através da análise realizada neste capítulo, que o dimensionamento de equipas de trabalho em empresas, hospitais, e outro tipo de serviços obedece a regras, assenta em modelos de gestão próprios e está diretamente relacionado com a estratégia de gestão escolhida por uma dada organização.

No próximo capítulo, e face à importância do fator modelo e organização da oferta de cuidados de enfermagem no dimensionamento das equipas, avaliar-se-ão os modelos de cuidados mais comuns neste sector e, em especial, a forma como podem influenciar a temática do estudo.

CAPÍTULO 2 - CONCEITOS DA PRÁTICA E ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A base dos paradigmas da enfermagem é a pessoa. Este facto orientou a profissão de enfermagem na aquisição do seu quadro de competências e saberes, promovendo a evolução da disciplina como ciência.

A evolução do conhecimento científico e das novas tecnologias, por si só, não são suficientes para acompanhar a evolução da enfermagem. A aquisição de um quadro próprio de valores, sustentado em estudos científicos, que apoie a atividade de cuidar, e a sua evolução resultante da emergência de novas teorias influenciam de forma direta as atividades diárias dos enfermeiros e, consequentemente, a sua carga de trabalho.

Apesar da atividade do enfermeiro corresponder, em grande medida, ao cuidado da pessoa, esta não se esgota apenas neste domínio. As atividades diárias passam também por estudar, ensinar, colaborar com outros técnicos, atendendo desta forma não só às necessidades dos doentes, mas também às da própria profissão e às expectativas de outros profissionais da saúde.

Neste capítulo, analisar-se-ão as definições mais consensuais no que respeita à enfermagem. Apesar de, como seria de esperar, elegermos como fonte privilegiada a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, órgão regulador da profissão no nosso país, contemplaremos outras referências bibliográficas neste domínio.

2.1 - ENFERMAGEM E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Embora Dreyfus e Dreyfus (1980) *apud* RCN (2003) considerem arriscada a existência de uma definição de enfermagem, sublinhando as suas potenciais implicações de sentido restritivo, decidimos correr o risco e analisar algumas das definições mais utilizadas, recorrendo, em particular, às que enquadram o desempenho da profissão em Portugal, às que perfilham uma visão diferente ou que ajudem a melhor esclarecer o leitor.

A enfermagem surgiu no primeiro século do cristianismo (Ogisso, 2005 *apud* Santos & Guimarães, 2011), com o papel das “irmãs das lâmpadas” (símbolo este ainda hoje utilizado com grande relação à profissão) em atividades

de visita domiciliária. Em Portugal, existem descrições que apontam para a existência de enfermeiros 23 anos antes da própria formação do país (1143)(OE, 2008). Nessa altura, os relatos vindos de outras partes do mundo davam conta que os cuidados de enfermagem eram sobretudo prestados por monges e freiras (OE, 2008). Neste sentido, Koenig (2005) *apud* Santos & Guimarães (2011) afirma que foi na sequência da organização de freiras católicas para servir em hospitais em 1617, mais propriamente as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, que surgiu o ofício de Enfermagem e atribui o nascimento da enfermagem científica a Florence Nightingale. Esta última define enfermagem como sendo “tomar conta da saúde pessoal dos indivíduos” e colocar os indivíduos no melhor estado possível para “a natureza agir sobre ele” (Meleis, 2007: 478).

A enfermagem é uma ciência que relaciona competência, exercício profissional e contexto. Trata-se de uma profissão centrada em interações onde cada pessoa por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado (Serrano *et al.*, 2011). A inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho levaram à emergência de novas lógicas empresariais. Invariavelmente os enfermeiros têm sido atores fundamentais do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

O Ministério da Saúde (1996:2960) define enfermagem, no Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)⁸ como:

A profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro de 1996.

Destacam-se nesta definição o papel de apoio do enfermeiro, a visão da saúde e da doença e a integração da pessoa no grupo.

Já o ICN (2010) considera que a enfermagem engloba cuidados autónomos e em colaboração com indivíduos de todas as idades, famílias, grupos ou comunidades doentes ou saudáveis. O exercício da enfermagem inclui, assim, a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, e o apoio na

⁸ Publicado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro e alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril

deficiência e na morte. Prevê a defesa do doente, a promoção de um ambiente saudável, a investigação e participação nas políticas de saúde e na gestão da saúde do doente e do sistema de saúde.

Por sua vez o RCN (2003) define a enfermagem como a profissão que utiliza o juízo clínico, no fornecimento de cuidados que capacitem a pessoa a melhorar, manter ou recuperar a saúde, a lidar com problemas de saúde e alcançar a melhor qualidade de vida possível, independentemente da doença ou incapacidade, até à morte.

A definição de enfermagem, segundo a American Nursing Association (2003) *apud* Meleis (2007), dirige para a prática da promoção e otimização da saúde e capacidades, prevenção da doença ou acidente, alívio do sofrimento através do diagnóstico e tratamento da resposta humana e a defesa (advocacia) dos cuidados aos indivíduos, famílias, comunidades e populações.

Os domínios da enfermagem centram-se, assim, nas pessoas que têm necessidades não satisfeitas relacionadas à sua saúde ou a um estado de doença e que não são capazes de cuidar de si ou de se adaptar aos seus ambientes devido a interrupções reais ou potenciais na saúde (Meleis, 2007).

Estas definições revelam ainda outros elementos comuns dos quais se destacam a assistência na doença, a promoção da saúde, o papel do enfermeiro como ajuda nos processos de concretização de projetos de saúde e no alcance da melhor qualidade de vida. Neste sentido o enfermeiro tem um papel abrangente e transversal a diferentes necessidades e contextos. É de frisar que a transversalidade das referidas definições esbate de alguma forma, as diferenças existentes nos diversos contextos da prática. Por outras palavras, pelo facto de um enfermeiro trabalhar num serviço de internamento hospitalar não significa que este se deva limitar a este trabalho e não desenvolva atividades dirigidas à aquisição de hábitos de vida saudáveis se a oportunidade surgir. Apesar de este não ser o contexto de eleição para estas atividades é obrigação ética e deontológica do enfermeiro exercê-las potenciando ao máximo os ganhos em saúde.

Da análise feita acima, podemos observar que a enfermagem visa a satisfação das necessidades em cuidados de enfermagem, na prática, na

administração/gestão, no ensino, nas intervenções de enfermagem que resultem da necessidade de capacitar o paciente para a aquisição de habilidades no autocuidado e na implementação, controlo e avaliação de prescrições de outros técnicos.

2.1.1 - CUIDAR / CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem são definidos no REPE pelo Ministério da Saúde (1998: 2960) como “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.” Por intervenções autónomas entendem-se aquelas em que o enfermeiro possui a responsabilidade pela prescrição e pela técnica de implementação seja na área da prestação de cuidados, na gestão, na formação ou assessoria com os contributos da investigação em enfermagem e por interdependentes as que são prescritas por outros técnicos e sobre as quais os enfermeiros têm responsabilidade técnica de implementação (*Idem*)

Neste quadro legislativo os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- 1) Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui:
 - a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
 - b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
 - c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;
 - d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
 - e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
 - f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;
- 4) Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação:
 - a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
 - b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
 - c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;
 - d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
 - e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro de 1996.

As palavras-chave desta visão legislativa são: interação; relação de ajuda; utilização de metodologia científica; substituir, completar e supervisionar (informando) competências funcionais, orientar e avaliar.

Em relação o autor refere que prefere a designação de cuidar de enfermagem:

[...] baseada no princípio que é uma prática que se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem estar ou diminuir o seu sofrimento. O objecto dos cuidados de enfermagem é o bem estar do cliente no seu quotidiano - quase sempre uma pessoa, com frequência um grupo e por vezes uma comunidade. [...] O processo de cuidar não é linear, não segue só a um raciocínio lógico de resolução de problemas mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas, que resultam da centração da atenção na vida quotidiana da pessoa/grupo, nas respostas às situações de saúde que estão a viver.

(Basto, 2009:12)

Para Hesbeen, (2000,) cuidados de enfermagem enquadram-se na perspetiva da atenção prestada por parte do enfermeiro a uma pessoa e/ou seus familiares, de acordo com as suas competências para a prestação de cuidados, contribuído para o seu bem-estar, independentemente do seu estado.

O bem-estar do indivíduo é referido por ambas as autoras como objeto de cuidar. Segundo Basto (2009), partindo de diferentes conceitos (Roper, Logan e Tierney, 1996; Carpenito, 1997; Hesbeen, 2001) entende bem-estar como:

- A experiência humana de saúde que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda.
- A perda do bem-estar não é o aparecimento de doença mas sim a incapacidade de recriar o potencial individual.

Esta visão implica um alargamento exponencial do leque de atividades atribuíveis ao enfermeiro, cabendo-lhe obter resultados. O enfermeiro concorre para obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem na aquisição / recuperação do bem-estar ou adaptação ao novo estado de saúde.

Na perspetiva de Hesbeen (2000), o cuidar deve ser entendido como um valor derivando de uma orientação de natureza filosófica, sendo que os profissionais de saúde deveriam enquadrar cada vez mais as suas ações e as suas reflexões nesta perspetiva.

A mesma autora, aponta três razões para justificar esta visão: o ser humano enquanto sujeito singular, único, é colocado frequentemente num plano secundário; um valor pode e deve ser acessível a toda a gente e o conceito de cuidar é aberto, sendo que a abertura ao conhecimento é essencial a prestação de cuidados de qualidade.

No nosso entender, o que é importante realçar é a grande variedade de domínios que os enfermeiros têm que considerar no seu dia-a-dia nos seus diferentes contextos e significados, centrando a sua visão na pessoa, apoiando-a nas constantes adaptações ao seu estado de saúde.

2.2 - MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Numa primeira abordagem desta questão ressaltamos que, na nossa opinião, o modelo de organização dos cuidados de enfermagem adotado por uma instituição de saúde depende de vários fatores tais como a organização dos serviços e as políticas da definidos pela sua visão, missão e valores, bem como o contexto em que está inserida e a tipologia de cuidados a prestar. Adicionalmente, dentro da mesma instituição poderão existir diferentes modelos de organização de cuidados de enfermagem. Apesar disso Frederico & Leitão (1999), consideram importante respeitar e ter como condicionante neste processo a imprescindível individualização e personalização dos cuidados.

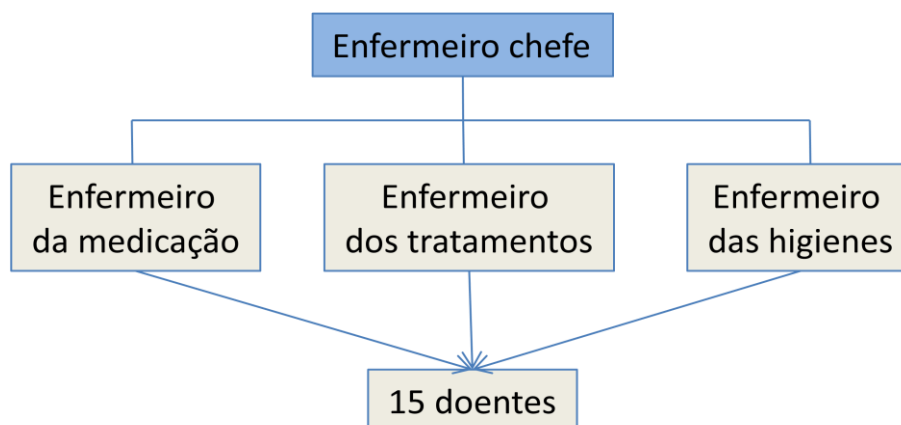
São vários os métodos de trabalho utilizados na organização dos cuidados de enfermagem. Alguns destes, no entanto, correspondem a adaptações de modelos mais antigos. Não nos vamos deter sobre estes últimos, já que são de difícil distinção e que a sua adaptação resultou da necessidade de resposta a necessidades pontuais. Deste facto resulta ainda a inexistência de bibliografia suficiente que sustente a sua validade. Por estes motivos abordar-se-ão os modelos que na literatura são considerados como principais.

Modelo funcional

Este método de organização de cuidados ressurgiu na segunda guerra mundial após ter sido desenvolvido no século XIX com objetivo de dar resposta a um aumento esporádico na procura de cuidados de enfermagem. Orientado para as tarefas pressupõe que os enfermeiros, de acordo com as suas capacidades,

consigam executar todas as tarefas a todos os doentes cumprindo com a distribuição prévia feita pelo enfermeiro chefe (fig. 2). Desta forma, o doente não é envolvido na sua recuperação (Frederico & Leitão 1999; Robinson, 2008).

Figura 2 - Representação esquemática do modelo funcional na organização dos cuidados de enfermagem



Fonte: Robinson, Carol (2009) "Nursing Care Delivery Systems" in Osborn, Kathleen S.; Wraa, Cheryl E.; Watson, Annita *Medical-Surgical Nursing - Preparation for Practice*. New Jersey:Pearson, 85-95.

A principal vantagem deste método, para Frederico & Leitão (1999) encontra-se no facto de possibilitar um melhor aproveitamento do pessoal e portanto diminuir o número de enfermeiros necessários, uma vez que aumenta a eficácia e a rapidez com que as tarefas são executadas.

O trabalho, todavia, é centrado nas necessidades do serviço e não nas necessidades e capacidades dos doentes levando a enfermagem funcional a ser descrita como método de atendimento tipo "*linha de montagem*", o que não se enquadra numa perspetiva de visão holística do doente. O enfermeiro não é diretamente responsável pela concretização de um processo de trabalho, mas tão-somente pela concretização de tarefas atomizadas, que lhe requerem, no essencial, competências de natureza executiva (Frederico & Leitão, 1999; Kron & Gray, 1989 apud Costa, 2004; Macaia, 2005). Na mesma linha, Costa (2004) considera que este modelo se define pelo princípio Taylorista de divisão do trabalho em parcelas. Está sujeito a uma grande hierarquização cabendo ao enfermeiro chefe, que detém a autoridade, a decisão e distribuição de tarefas de

acordo com as características de cada elemento da equipa, como uma estrutura fechada e centralizada no mesmo, quer na coordenação do trabalho quer na tomada de decisões (Boekholdt, 1979; Coser 1991 *apud* Costa, 2004).

Além disso, vários estudos (Seago, 2001) evidenciaram um maior número de erros com medicação e quedas dos doentes nos casos e que este método de trabalho foi adotado.

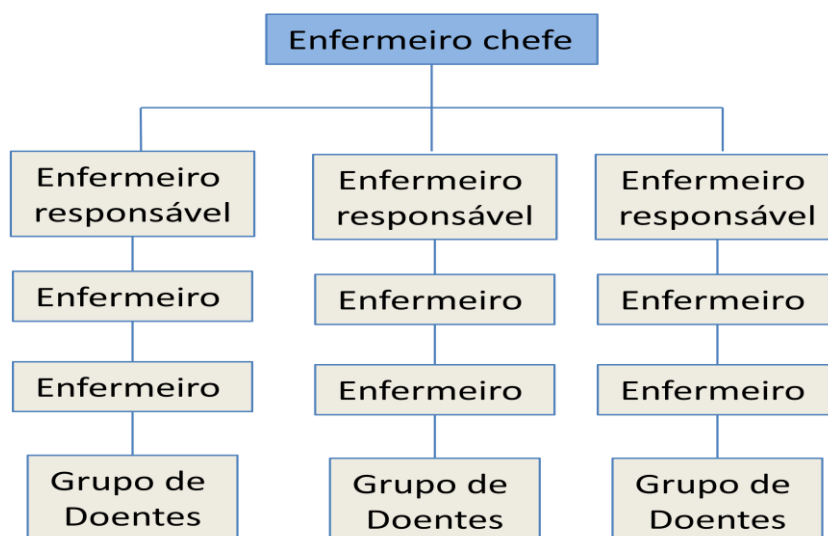
Modelo de equipa

Este modelo, criado na década de 50, visou responder às questões sobre a inoperância do método funcional em relação à visão holística e à consequente insatisfação dos doentes e dos enfermeiros (Robinson, 2008).

Todavia, este modelo mantém bastantes semelhanças com o modelo anterior (funcional) apresentando as mesmas vantagens e desvantagens (Saego, 2001).

Frederico & Leitão (1999), porém, destacam algumas diferenças entre ambos, sendo a principal o facto de não serem as tarefas que são divididas, mas sim o número de doentes. Cada equipa tem a responsabilidade de prestar todos os cuidados a um grupo de doentes. A figura seguinte sintetiza a orgânica do modelo.

Figura 3 - Representação esquemática do modelo de equipa na organização dos cuidados de enfermagem



Fonte: Robinson, Carol (2009) "Nursing Care Delivery Systems" in Osborn, Kathleen S.; Wraa, Cheryl E.; Watson, Annita (eds.) *Medical-Surgical Nursing - Preparation for Practice*. New Jersey: Pearson, 85-95.

Como se percebe os enfermeiros são organizados em equipas, geridas por um responsável, sendo-lhes atribuída a responsabilidade de prestar cuidados a um grupo de doentes na sua totalidade. As decisões são tomadas pelo enfermeiro responsável no que respeita às prioridades no planeamento de cuidados.

O enfermeiro responsável, líder da equipa, é designado pelo enfermeiro chefe de entre os enfermeiros de maior categoria e/ou com mais experiência no serviço, não correspondendo desta forma a nenhuma categoria oficialmente estabelecida. Tem a responsabilidade de planificar a distribuição de cuidados, afetando os doentes aos diferentes membros da equipa, tomar a decisão quando existem discordâncias técnicas ou coordenar o trabalho em situações específicas (Pinheiro & Lopes *apud* por Costa, 2004).

Existe descentralização do poder do enfermeiro chefe, delegando-se a autoridade a escalões intermédios e de base o que permite ao enfermeiro mais autonomia (Costa, 2004).

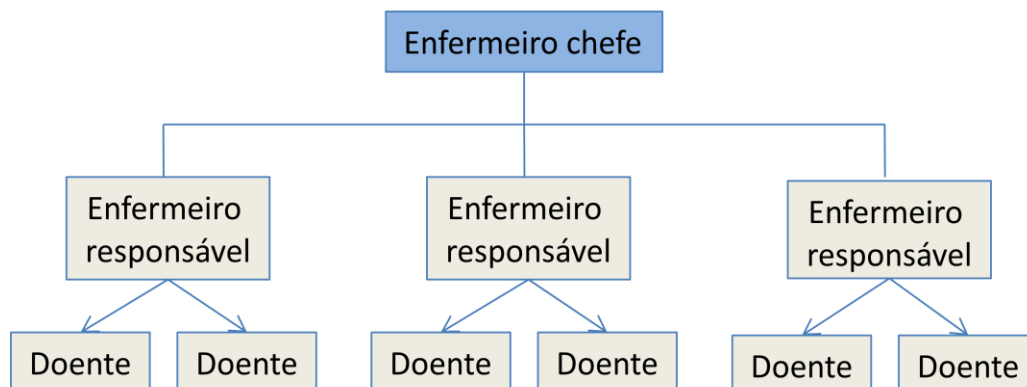
Assim este método enfatiza a liderança e a comunicação; favorece a dinâmica de grupo pela junção de parcelas de conhecimento de cada um com o objetivo de potenciar o conjunto em detrimento do singular ; aproveita melhor todas as capacidades dos enfermeiros, apoiando os elementos menos experientes na equipa. Exige maior número de elementos na equipa de enfermagem e, se o modelo não for bem coordenado, corre o risco de se transformar no modelo funcional (Frederico & Leitão, 1999, Costa, 2004; Robinson, 2009).

Modelo Individual

Este método também é conhecido como modelo de caso ou de cuidados totais ao doente e consiste na atribuição da responsabilidade a uma enfermeira de todos os cuidados de um ou mais doentes, de acordo com o seu grau de dependência durante o turno de trabalho (Frederico & Leitão, 1999; Robinson, 2009).

O modelo como se verifica na figura organiza-se da seguinte forma: um enfermeiro responsável pelos cuidados (habitualmente o enfermeiro chefe) que distribui os doentes por enfermeiros responsava.

Figura 4 - Representação do modelo individual na organização dos cuidados de enfermagem



Fonte: Robinson, Carol (2009) "Nursing Care Delivery Systems" in Osborn, Kathleen S.; Wraa, Cheryl E.; Watson, Annita (eds.) *Medical-Surgical Nursing - Preparation for Practice*. New Jersey: Pearson, 85-95.

Este método está centrado nas necessidades dos doentes, permitindo a individualização dos cuidados resultando desta forma em maior satisfação dos doentes e dos enfermeiros, e favorece a relação enfermeiro / doente, pelo conhecimento mútuo evitando fracionamento dos cuidados (Macaia, 2007).

De acordo com este modelo o enfermeiro assume a responsabilidade pela totalidade dos cuidados diretos e indiretos. A família e o doente são envolvidos no planeamento de cuidados e na definição de objetivos durante o turno respetivo. Não é obrigatório que o mesmo enfermeiro seja responsável dia após dia pelo mesmo doente, já que o número de doentes pode mudar, e não há um responsável único por toda a permanência do doente o que compromete a continuidade de cuidados (Costa, 2004; Robinson, 2009).

Este método promove a responsabilidade e facilita a tomada de decisão, tornando-se no entanto mais dispendioso pois requer uma maior dotação de pessoal de enfermagem (Macaia 2007). O facto de ser um modelo que requer, por parte do gestor responsável pela supervisão e avaliação dos cuidados (Pinheiro; Marriner & Tomey apud Costa, 2004), um maior conhecimento dos graus de dependência dos utentes para uma distribuição de pessoal mais equitativa e segura, necessita de ser apoiado num sistema de classificação de doentes. Pela leitura do preconizado pelo Departamento de Gestão e Planeamento de Recursos

Humanos (DGRH) (2011) podemos inferir que este modelo e o que apresentamos de seguida são os que melhor se aplicam à utilização do SCD/E.

Modelo primário / responsável / referência

Este modelo foi desenvolvido no final da década de 60, em virtude da falta de satisfação dos enfermeiros com a ausência de autonomia e com o declínio da qualidade dos cuidados de enfermagem. É caracterizado pela distribuição de cada doente a um enfermeiro que é responsável pelo planeamento, prestação de cuidados e avaliação dos mesmos, 24 sobre 24 horas durante todo o internamento e sempre que o doente recorra ao internamento (Robinson, 2009).

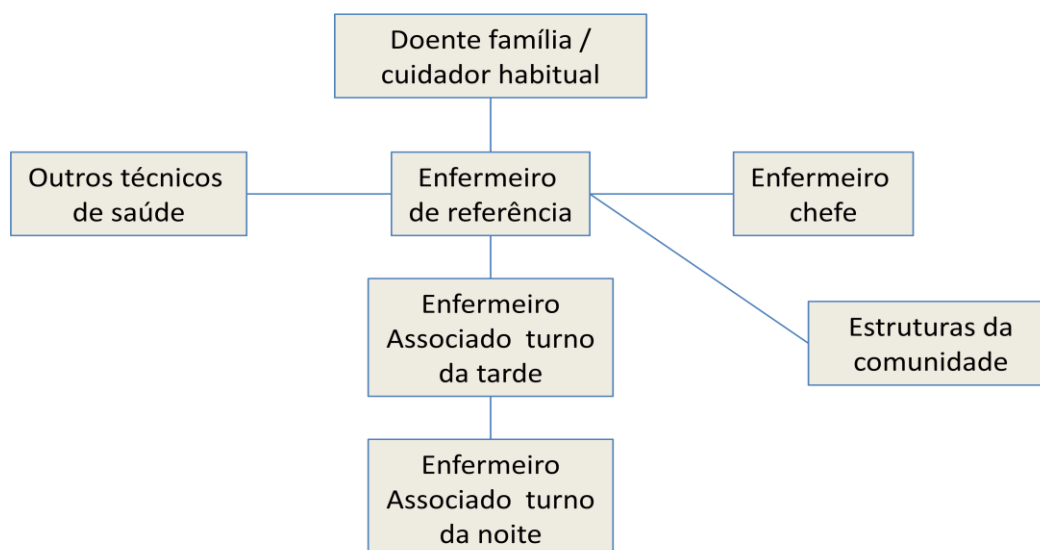
Sempre que o enfermeiro responsável não está de serviço (turno da tarde e da noite), delega as funções em enfermeiros associados que ficam responsáveis pela continuidade de cuidados.

Esta metodologia é considerada como sendo a que melhor responde à satisfação das necessidades do doente, pela relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e doente e a que mais satisfação promove nos enfermeiros pela autonomia e capacidade de decisão que possibilita. (Frederico & Leitão, 1999; Costa, 2004; Robinson, 2008).

Para ser desenvolvido na sua plenitude este modelo tem de se apoiar em conceções de cuidar (Teoria das transições) com a dos **cuidados centrados na família**. No plano estratégico do Hospital Pediátrico de Coimbra (2012:15) esta filosofia é tida como contemporânea e citando-se Wright & Leahey (2002), precursoras desse modelo, que atribuem à enfermagem “o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde”.

Ainda de acordo com o Plano Estratégico (2012:17) associado a este modelo encontra-se ainda o **modelo de parceria de cuidados**, segundo o qual os cuidados terão que ser negociados com a criança e/ou família, sendo esta atividade considerada o nível “mais elevado da participação da prática de cuidados” estando os cuidados centrados numa forte comunicação entre os diferentes intervenientes no processo. Na figura reproduz-se este efeito.

Figura 5 - Representação do modelo primário / responsável/ referência na organização dos cuidados de enfermagem



Fonte: Robinson, Carol (2009) "Nursing Care Delivery Systems" in Osborn, Kathleen S.; Wraaa, Cheryl E.; Watson, Annita (eds.) *Medical-Surgical Nursing - Preparation for Praticce*. New Jersey: Pearson, 85-95.

Como se depreende da figura este modelo atribuí um papel ao indivíduo e família envolvendo-os nos cuidados apesar de ser o enfermeiro de referência o responsável por todo o processo.

Podem ainda ser utilizados outros recursos institucionais como serviços sociais e serviços de apoio na alta, daí que é fundamental o estabelecimento de canais de comunicação eficientes entre todos os técnicos, bem como o desenvolvimento do planeamento de cuidados utilizando o processo de enfermagem e o planeamento da alta desde o dia da admissão. A enfermagem de referência obriga a uma comunicação apurada entre turnos de trabalho para uma delegação de funções adequada nas enfermeiras associadas, otimizando desta forma a continuidade de cuidados (Robinson, 2009).

Este método é o que, em pediatria, melhor espelha as novas concepções de cuidados e que de uma forma mais integral, responde aos atuais desafios da enfermagem pediátrica. Ao assentar na negociação, na parceria de cuidados e ao permitir um envolvimento da família e comunidade nos processos de transição saúde/doença dos utentes que assistimos, este método promove a segurança em todos os momentos da assistência.

CAPÍTULO 3 - DOTAÇÃO E DIMENSIONAMENTO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM

As decisões acerca do tamanho e/ou diferenciação das equipas são áreas críticas para a gestão dos serviços de saúde na generalidade e mais especificamente, para o planeamento da distribuição do trabalho dos enfermeiros. As circunstâncias políticas e económicas obrigam os gestores a uma reflexão constante da utilização das pessoas nas organizações.

A OE (2001:15), nos padrões de qualidade para o exercício da profissão, diz-nos que “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem.” A mesma fonte considera como importante para se atingir este padrão a adequação do “[...] número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem.” (*Idem*:15).

Neste capítulo iremos abordar, de uma forma mais aprofundada, esta problemática, detendo-nos, mais especificamente sobre unidades de internamento. Serão apresentados e discutidas algumas definições de dotações seguras e ainda dos fatores influenciados pela sua variação.

Procurar-se-á ainda fazer uma análise dos métodos mais utilizados para o dimensionamento das equipas de enfermagem discutindo as suas vantagens e desvantagens.

3.1 - DOTAÇÕES SEGURAS EM ENFERMAGEM

Como vimos anteriormente, esta temática assume cada vez maior importância na discussão que envolve atualmente as políticas e sustentabilidade do SNS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012). No entanto, esta não é uma realidade apenas Portuguesa. Em Inglaterra, (Finlayson, 2002; Rajecki, 2009), bem como nos Estados Unidos da América (Killeen, 2001; Tevington, 2011), estas problemáticas têm sido discutidas publicamente e alvo de decisões, mais ou menos concordantes, mas que revelam uma preocupação séria com o tema.

O ICN dedicou o ano de 2006 à temática das dotações seguras numa perspetiva alargada. Neste sentido, publicou um livro que a OE traduziu e

publicou no mesmo ano, aquando o Dia Internacional do Enfermeiro e que servirá, para este trabalho, como instrumento de pesquisa e orientação.

Para Hurst (2003), os enfermeiros, talvez mais do que outros grupos profissionais, são afetados pelos desenvolvimentos clínicos, educacionais e de gestão no setor da saúde. Ao analisar as exigências atuais para o atendimento na satisfação de necessidades em saúde Burhans (2008), constatou que os doentes são admitidos nos hospitais porque necessitam de cuidados de enfermagem. Se assim não fosse, a quase totalidade dos tratamentos poderia ser feita em regime de ambulatório.

Embora não haja, na literatura neste campo, uma definição única de dotações seguras, geralmente, entende-se a dotação como o número apropriado de enfermeiros, num determinado serviço tendo em vista suprir as necessidades dos doentes de acordo com os mais elevados padrões de segurança.

O ICN (2006:3) refere que as dotações seguras relacionam-se com a situação dos cuidados e considera que estas "... incluem a existência de números adequados de pessoal para ir de encontro á complexidade das necessidades dos clientes num determinado espectro de ambientes". A mesma fonte (*Idem*), citando a Federação Americana de Professores, considera a existência adequada de pessoal, em quantidade e nível de competência, para a satisfação das necessidades de cuidados de utentes com condições de trabalho isentas de risco.

Estes pressupostos devem atender à manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. De acordo com a Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte, apud ICN (2006) devem incorporar a complexidade das atividades e intensidade do trabalho, os níveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros, o desenvolvimento do pessoal dos cuidados de saúde, o apoio da gestão, o ambiente contextual e tecnológico e a proteção de quem comunique situações anómalas.

Um estudo publicado *Journal of the American Medical Association* em Outubro de 2002, citado por Rajecki (2009) relaciona rácios elevados entre doentes e enfermeiros com o aumento de mortalidade nos hospitais e com a diminuição da satisfação profissional. Baseado nos resultados de 168 hospitais

que atenderam mais de 230.000 doentes cirúrgicos, concluiu que cada doente a mais por enfermeiro está associado a um aumento da mortalidade em 7% e a um aumento de 15% na insatisfação destes profissionais.

Outros autores (o ICN em 2006 referencia alguns) descreveram também uma relação direta entre as dotações seguras e os resultados dos doentes (por exemplo: morbilidade e mortalidade). Todavia, outras fontes concluem que , apesar de lógica, esta relação não pode ser comprovada por dificuldades de metodologia de investigação no que respeita à qualidade e forma de colheita de dos dados (Numata *et al.*, 2006; Flynn, 2009).

Tendo em atenção os pressupostos considerados anteriormente procuraremos, de seguida, analisar as diferentes metodologias de dimensionamento de equipas de enfermagem

3.2 - MÉTODOS DE DIMENSIONAMENTO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM

As noções de cuidado de enfermagem e de nível de dependência dos utentes têm sido considerados pelos envolvidos na governação dos serviços de saúde como fatores chave na determinação e dimensionamento das equipas de enfermagem. Para alguns autores (Flynn & Mickeown, 2009) esta visão é discutível atribuindo, em lugar disso, grande influência a outras variáveis tais como os movimentos populacionais e a fatores de carência social.

De acordo com o Ministério da Saúde *apud* Candeias (2003) em Portugal os custos com o pessoal de enfermagem nos hospitais, apenas em termos salariais, atingem aproximadamente os 16% do total da despesa hospitalar, o que os torna um dos principais ativos e alvos de diferentes tentativas de otimização na perspetiva da redução de custos.

Contudo, na procura da otimização, estas organizações, deverão ter em conta princípios de prática de cuidados de qualidade, tais como: segurança, efetividade, cuidados centrados na pessoa, oportunidade, eficiência e equidade (Burhans, 2008; Wakefield, 2008).

Convém, no entanto, esclarecer que não está demonstrado que exista um modelo para determinação de dotações de enfermagem que considere todas as variáveis que têm influência na carga de trabalho de enfermagem. Apesar de

tudo, os modelos de dotação de enfermeiros assentam frequentemente na análise de cada realidade e dos dados que se tem acesso, baseados em juízos profissionais subjetivos (Flynn & McKeown, 2009).

Para Cortés (1992) *apud* Macaia (2005), o dimensionamento de equipas de enfermagem deve ter em conta::

- Tipologia de cuidados a prestar / metodologia de trabalho;
- Quadro de pessoal aprovado;
- Relação jurídica de emprego e quantidade de pessoal;
- Tipo de horário, estatuto remuneratório e ausências previstas;
- Estrutura da instituição.

O ICN (2006:49) refere os seguintes fatores a ter em conta na definição de dotações de enfermagem:

Tabela 2 - Matriz para a tomada de decisão relativa às dotações de enfermeiros

Itens	Elementos / definições
Doentes	Características dos doentes e número de doentes aos quais estão a ser prestados cuidados
Intensidade da unidade e dos cuidados	Intensidade individual dos doentes; intensidade através da unidade (tendo em consideração a heterogeneidade dos ambientes); variabilidade dos cuidados; admissões, altas e transferências; volume.
Contexto	Arquitetura (dispersão geográfica dos doentes, dimensão e disposição das quartos individuais dos doentes, arranjo de todas as unidades de cuidados aos doentes e assim por diante); tecnologia (<i>beepers</i> , telemóveis, telefones, computadores); mesma unidade ou agregado de doentes.
Especialização	Curva de aprendizagem para indivíduos e grupos de enfermeiros; consistência, continuidade e coesão do pessoal; formação cruzada; controlo da prática; envolvimento em atividades para a melhoria da qualidade; expectativa pro- fissional; preparação e experiência.

Fonte: Conselho Internacional dos Enfermeiros (2006) *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra. International Council of Nurses, 82 p., ISBN 9295040449

Para Rodrigues Filho (1992) *apud* Frederico & Leitão (1999), as metodologias de cálculo de pessoal de enfermagem dividem-se em :

- Metodologia descritiva – utiliza dados referentes a muitas variáveis nomeadamente número de horas de cuidados, a proporção de pessoal

e dados hospitalares (taxa de ocupação, número de admissões de doentes, número de altas, entre outros);

- Metodologia administrativa – dirigida para o estudo do trabalho das unidades de enfermagem, ou departamentos específicos, concentra-se na identificação de tarefas, fluxo, organização e simplificação do trabalho;
- Metodologia de pesquisa operacional – baseia-se em modelos matemáticos destinados a modelar problemas, utiliza dados reais e explora procedimentos de forma a poder alcançar as melhores soluções.

De acordo com o RCN (2010), o planeamento de enfermeiros nos sistemas e/ou organizações de saúde fazem-se de acordo com duas perspetivas:

Métodos de Planeamento “*Top-Down*” (de cima para baixo)

Estes métodos, muito usados nas décadas de 70 e 80, baseavam-se nos históricos de ratios e nas taxas de ocupação, e resultavam do juízo profissional realizado num nível estratégico e político. São exemplos desta metodologia:

- A abordagem incremental
- O método de *Benchmarking* (Referência)
- O método de rácios (Enfermeiro / cama ocupada, Enfermeiro / doente)

Métodos de Planeamento “*Bottom-up*” (de baixo para cima)

As equipas de enfermagem são calculadas atendendo a fatores que influenciam a carga de trabalho dos enfermeiros, por exemplo: grau de dependência, número de doentes em pós-operatório imediato. Os dados são colhidos no nível operacional e são base de decisão sobre o método a utilizar.

Nesta metodologia temos:

- abordagem consultiva / juízo profissional
- estudos de carga de trabalho
 - método da qualidade / acuidade
 - método da tarefa / atividade cronometrada
 - método de análise de regressão

Sobre dotações de Enfermagem Hurst (2003) realizou uma revisão sistemática de literatura existente sobre os métodos de estimação do tamanho e constituição de equipas de enfermagem destacando a abordagem do juízo profissional, o método do número de enfermeiros por cama ocupada, o método da qualidade - acuidade, a abordagem das tarefas / atividades cronometradas e os sistemas baseados na regressão como os mais frequentemente utilizados nas atividade de dimensionamento das equipas de enfermagem.

Em seguida, analisar-se-ão os métodos mais utilizados para o dimensionamento de equipas em unidades hospitalares.

Por nos parecer muito concisa e objetiva vamos utilizar a análise de Hurst (2003) no que respeita aos pontos fortes e pontos fracos de cada método.

3.2.1 - MÉTODO DO JUÍZO CRÍTICO / JUÍZO PROFISSIONAL

Este método reúne algum consenso e tem resistido ao tempo sendo base de outros que se desenvolveram em torno dele. Waters & Andalo (2003 *apud* RNC, 2010) atribuiu em 2003 a utilização desta metodologia para o cálculo de número de enfermeiros da equipa a 16% dos gestores, considerados como de “confiança” para os autores.

A aplicação deste método desenvolve-se ao longo de três etapas:

1. Definição das necessidades de enfermeiros por turno de trabalho; realizada por enfermeiros com experiência na área de cuidados.
2. Cálculo do número de horas de cuidados de enfermagem necessário por semana.
3. Cálculo o número de enfermeiros necessários de acordo com o seu contrato de horas semanais.

Uma variável a ter em conta é o absentismo. Hurst (2003) utiliza como referência uma tolerância de 22%. Este valor é utilizado no Reino Unido e resulta de um conjunto de estudos realizados em diferentes instituições britânicas. Todavia, podem ser utilizados outros valores de tolerância que resultem da proporção estimada para a realidade de cada instituição (*Idem*).

São-lhe reconhecidos como principais pontos fortes a utilização rápida, simples e não dispendiosa, a sua versatilidade, a atualização e monitorização fácil e como pontos fracos a sua permeabilidade e pouca objetividade, a baixa flexibilidade às variações da procura.

3.2.2 - MÉTODO DO NÚMERO DE ENFERMEIROS POR CAMA OCUPADA

Este é um método simples e bastante popular entre os gestores, podendo ser útil para comprovar métodos como o juízo profissional. Consiste no estabelecimento de ratios de enfermeiros tendo em atenção o número de camas e o histórico das taxas de ocupação, bem como o grau de especialização de enfermagem.

Em termos de macro economia, pode servir para a definição do número de enfermeiros para um hospital ou mesmo para uma região específica (Zhu *et al.*; 2012)

Como pontos fortes deste método são referidos a possibilidade de monitorizar outros como o do juízo profissional, a boa resposta às variações da procura, a simplicidade de utilização e o poder considerar o grau de diferenciação da equipa.

Os pontos fracos que lhe são atribuídos consistem no facto de não atender ao grau de dependência dos doentes, às particularidades das enfermarias e à dependência de cálculos pouco claros e objetivos.

3.2.3 - MÉTODO DA QUALIDADE-ACUIDADE

Este método avalia o tamanho e a composição das equipas de enfermagem de forma a suprir as necessidades da procura, tendo em atenção o grau de dependência dos doentes. Para este cálculo, é necessário estabelecer categorias de doentes e estipular tempos de cuidados para cada categoria. O método contabiliza não só o tempo de cuidados diretos, mas também as pausas para refeições e outros intervalos (pagos e não pagos), atribuindo uma percentagem de cerca de 22% a adicionar ao tempo de cuidados diretos (RCN, 2010).

Segundo Hurst (2003) esta metodologia de determinação das dotações ultrapassa muitos dos pontos fracos dos métodos abordados anteriormente. Em especial, os gestores de serviços médicos e cirúrgicos consideram este método inestimável, dado que responde às necessidades de adequação às mudanças na quantidade e tipo de doentes admitidos (*Idem*). As fórmulas para cálculo por este método são sensíveis à quantidade e tipo de cuidados e têm, ainda, definidos padrões de qualidade com patamares estabelecidos. Este facto torna este processo um pouco mais complexo e requer habitualmente a utilização de folhas de cálculo informático quando se pretende estimar e prever.

Os pontos fortes que lhe são reconhecidos fundamentam-se na versatilidade em adaptar-se às flutuações da procura quer em termos quantitativos, quer em termos da variação do grau de dependência dos utentes, na possibilidade de estabelecer indicadores de desempenho e na fácil utilização informática.

Como fragilidades do método temos a complexidade da parametrização, obriga a determinação de tempos por atividade, é dispendioso, tem dificuldade em medir a componente psicológica dos cuidados aos doentes e aumenta o trabalho dos enfermeiros pela atividade de classificação diária.

3.2.4 - SISTEMAS BASEADOS NA REGRESSÃO

Em termos gerais, os métodos de regressão preveem o número necessário de enfermeiros para um determinado nível de atividade. Baseiam-se na análise estatística da influência de um previsor ou variável independente (taxa de camas ocupadas, admissões previstas, por exemplo) para o dimensionamento quantitativo e qualitativo da equipa (número e *mix* da equipa) para um determinado período de tempo. Depois de ultrapassado o desafio de encontrar a relação estatística só é necessário conhecer o valor da variável independente para poder prever a quantidade de pessoal (variável dependente).

De uma forma geral, este método consiste em estabelecer a previsão, através de uma análise de regressão, da variação do número de enfermeiros com a variação da quantidade de cuidados Hurst (2003). Uma vez concluído este passo e analisando a variação das duas variáveis, consegue-se estabelecer o

número de enfermeiros e a composição da equipa de enfermagem. Como pontos fortes nesta metodologia de cálculo temos a capacidade de considerar a procura prevista antecipando as exigências adicionais, necessita de poucos recursos, fácil de utilizar e testar.

Como pontos fracos são-lhe considerados a necessidade de utilização de conhecimento em estatística para a sua conceção e implementação, a subjetividade de algumas variáveis independentes, geralmente baseado em rácios de outras enfermarias.

3.2.5 - ABORDAGENS DE TAREFAS / ATIVIDADES CRONOMETRADAS

Esta abordagem considera o número de variáveis que tem impacto no tempo de cuidados de enfermagem. Ou seja, tem em conta, através do plano de enfermagem, o tempo considerado para a execução de cada intervenção. Através deste cálculo, é possível determinar o número de horas de enfermagem necessárias e, assim, chegar ao número de enfermeiros necessários. As necessidades de cada doente são registadas em impresso próprio ou informaticamente, às quais se adiciona uma percentagem de tempo para cuidados indiretos e pausas (RCN, 2010).

Este método surge da perceção de que os anteriores não respondiam às necessidades reais dos cuidados de enfermagem, considerando que o tipo e frequência das intervenções de enfermagem requeridas pelos doentes constituem um melhor previsor do que a dependência dos doentes.

Este método requer que os enfermeiros estejam à vontade na elaboração de planos de cuidados e na sua atualização constante para a atribuição do tempo em minutos necessários para cada intervenção. Será adequado a enfermarias nas quais o número de doentes e as suas necessidades em cuidados de enfermagem possam ser previstas / antecipadas com confiança, nomeadamente aquelas que admitem doentes a partir de listas de espera (Hurst *apud* ICN em 2006: 60-61). Em termos práticos, as necessidades diárias de cuidados diretos de enfermagem de cada doente são registadas, manualmente e/ou eletronicamente, na lista de intervenções desenvolvida. Cada intervenção está associada a um

tempo localmente acordado, considerado suficiente para a sua execução. O valor associado refere-se ao tempo necessário para essa intervenção nas 24 horas.

Como pontes fortes do método em causa são apresentados a facilidade de comprovação e informatização, versatilidade.

São considerados como pontos fracos o carácter dispendioso, morosidade e o facto de reduzir os cuidados de enfermagem a uma lista de atos não ser bem aceite pelos enfermeiros.

Após esta análise dos diferentes métodos utilizados, iremos debruçar-nos sobre o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem.

CAPÍTULO 4 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM

Vivemos atualmente na era da informação e do conhecimento. Esta nova realidade pôs em destaque a utilização de novas tecnologias em contraponto aos recursos básicos da era industrial mais valorizados até então (Angeloni, 2003). A informação tornou-se indispensável em todos os ramos de atividade, não sendo o domínio da saúde uma exceção. Este facto motiva a necessidade de pensar e operacionalizar sistemas com potencialidades de compilar, armazenar, processar e facultar informação relevante, possibilitando o acesso aqueles que a pretendem utilizar. Na área da saúde a otimização do fluxo de informação assume-se como uma estratégia fundamental para a melhoria dos cuidados prestados (Sousa, 2006).

A necessidade de classificar os doentes é um tema antigo na enfermagem. Apesar de os sistemas de classificação de doentes serem utilizados desde 1960 (Harper & McCully, 2007), outras fontes (Gouveia *et al.*, 2010) atribuem o surgimento da classificação de doentes a Florence Nightingale, ainda no século XIX. Porém, a observação mais consensual aponta para a sua utilização a partir da década de 1930 (Laus & Anselmi, 2004; RNAO, 2005; Gouveia *et al.*, 2010), em resultado de estudos pioneiros desenvolvidos nos EUA e na Grã-Bretanha. De facto, os resultados de um estudo realizado nos anos 30, em 25 Hospitais Americanos levaram ao desenvolvimento dos sistemas de classificação de doentes (Rodrigues Filho *apud* Frederico & Leitão, 1999). Posteriormente, na década de 50, na Escola de Enfermagem de S. Pittsburg, foi conduzida uma investigação com o objetivo de determinar as exigências de cuidados de enfermagem do foro médico e cirúrgico. Uma década mais tarde a investigação sobre os sistemas de classificação de doentes assumiu um ritmo mais acelerado nos Estados Unidos, sendo liderada por um grupo de pesquisadores da Escola de Engenharia e da Divisão de Investigação Operacional do Hospital da Universidade de Johns Hopkins. A Grã-Bretanha associou-se a este esforço e nos dois países, através da utilização de técnicas da engenharia industrial e da ciência da administração, foram levados a cabo vários

estudos e trabalhos de campo com a finalidade de encontrar métodos de dimensionamento de equipas de enfermagem hospitalar (*Idem*).

É notório o investimento realizado pelas instituições de saúde no desenvolvimento de sistemas de informação, assumindo o que é considerado o grande desafio da atual gestão: recolher os dados, transformá-los em informação e daí em conhecimento. Este processo condiciona os processos de tomada de decisão nas instituições (Angeloni, 2003).

Em 2012, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) atribuiu como determinante neste processo de mudança do Sistema de Saúde o conhecimento dos sistemas de informação implementados e, em especial, perceber se estes são usados de uma forma transversal, permitindo gerir processos de cuidados de distintas organizações, ou se variam de organização para organização.

Esta transversalidade também faz sentido quando falamos em sistemas de classificação de doentes. Estes sistemas têm como objetivo a determinação, validação e medição do nível de cuidados individualizados através da identificação e classificação dos doentes em grupos ou categorias (Laus & Anselmi, 2004; Dini, Fugulin, Veríssimo & Guirardello, 2011) ou por horas de cuidados de enfermagem nas 24 horas (Veiga, Simões & Campos, 2000).

Genericamente, podemos encontrar quatro justificações para a validação de sistemas de classificação de doentes: a melhoria dos cuidados prestados aos doentes; dotações adequadas; gestão do orçamento / contenção de custos; e retenção de enfermagem (Harper & McCully, 2007),

Os enfermeiros representam um importante papel nos cuidados hospitalares, mantendo ou melhorando o estado de saúde dos doentes e minimizando a ansiedade e o sofrimento, contudo, como já vimos, os custos com os enfermeiros representam uma grande proporção nos custos totais com pessoal. As decisões dos gestores em relação à especialização e quantidade das equipas de enfermagem têm, por isso, consequências importantes para os orçamentos dos hospitais (Mueller, Lohmann, Strobl, Boldt & Grill, 2010), o que torna premente pensar e implementar sistemas que possam dar respostas a esta situação.

Alguns autores (Henry & Mead, 1997) referem que os sistemas de classificação não representam tudo o que os enfermeiros fazem. Esta observação é contextualizada quando se referem ao registo informático dos dados da classificação. No entanto, atribui-se como causa não a forma de registo, mas sim o que se regista, nomeadamente pela diferença de taxonomias e pela incapacidade dos sistemas existentes na altura em documentar atividades que não fossem cuidados diretos. Por esse motivo, utilizar unicamente os dados produzidos por sistemas de classificação pode ser insuficiente para a determinação da dotação de uma equipa.

Em relação à tipologia destes sistemas, podemos dividi-los em dois grupos (Seago, 2002 *apud* Van den Heede *et al.* 2008):

- Por somatório de tarefas: requer que o enfermeiro registe a maioria das tarefas, se não todas, ou atividades necessárias para cuidar de um determinado doente. Cada uma destas intervenções tem um determinado peso ou número de pontos associados, resultando do seu somatório a caracterização do doente;
- Por indicador crítico ou critério tipo: classifica os doentes baseado numa combinação de indicadores de cuidados, fundamentados na conceitualização de categorias distintas de acordo com critérios de cuidados. Cada indicador de cuidados é atribuído consoante o nível de cuidados para aquele doente. Do somatório de todos os indicadores resulta o nível de cuidados que caracteriza o indivíduo.

O RCN (2010) apresenta-nos um conjunto bastante alargado de métodos de determinação de dotações de enfermagem com base em diferentes tipos de classificação, onde são exploradas as potencialidades de cada um, bem como as suas vantagens e desvantagens. Um dos métodos apresentados é o GRASP que deu origem ao Sistema de Classificação de doentes por graus de dependência em horas de cuidados de enfermagem. Este método será analisado no subcapítulo seguinte.

4.1- SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES BASEADO EM GRAUS DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Classificado pelo RCN (2010) como um instrumento de enfermagem, que calcula a dotação de enfermeiros numa enfermaria ou serviço analisando a carga de trabalho ou força de trabalho, tem a vantagem de possibilitar a monitorização do tempo de cada intervenção e assim determinar o tempo total de cuidados necessários para cada paciente. Testado com sucesso em 1976 e mantendo-se em utilização até aos dias de hoje, este método considera o total de cuidados diretos e indiretos e atividades imprevistas, podendo fornecer dados para *benchmarking* para ajudar a tomada de decisão num nível estratégico (*Idem*).

Em 1983, em Portugal, foi realizada pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde, da Direção Geral dos Hospitais e Departamento de Gestão Financeira, uma análise da dotação e distribuição de enfermeiros num conjunto de hospitais que demonstrou a existência de assimetrias na distribuição de enfermeiros entre hospitais e entre serviços. Segundo Veiga, Simões & Campos, (2000), o facto de não existir um instrumento que monitorizasse as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem impossibilitava a análise das causas e a consequente resolução do problema. Este facto motivou, em 1984, o desenvolvimento de sistemas de informação para monitorização de cuidados de enfermagem, no âmbito do programa “Sistemas de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde – SIGSS”, com o objetivo de analisar de forma rigorosa e detalhada de dotações de enfermeiros.

O sistema em causa utilizou na sua construção a metodologia GRASP, originária dos Estados Unidos, país que, numa primeira fase, apoiou a sua implementação, e baseia-se em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (Veiga, Simões & Campos, 2000).

Segundo Frederico e Leitão (1999), o sistema GRASP resulta de três anos de investigação desenvolvida no *Medical College of Georgia*, tendo sido constantemente melhorado.

O método em estudo tem em atenção o atendimento personalizado dentro de determinados padrões de qualidade, caracterizando os doentes de acordo com

indicadores críticos, segundo as suas necessidades em cuidados de enfermagem. Os objetivos do GRASP para (Veiga, Simões & Campos, 2000) são:

- Planear cuidados a prestar;
- Gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço;
- Identificar as necessidades em recursos de enfermagem;
- Adequar a dotação dos quadros de pessoal

Este sistema foi construído em diferentes etapas, começando com a identificação das atividades de enfermagem em cuidados diretos e indiretos; a definição de níveis de dependência e as vantagens da intervenção; a realização de estudos de amostragem sobre o impacto das intervenções na totalidade dos cuidados de enfermagem (pelo menos 85% do total); a determinação do tempo padrão para a prestação de cuidados diretos e indiretos por níveis de dependência; e a construção de tabela de conversão da pontuação em tempo total de cuidados de enfermagem (*Idem*).

Após esta recolha de dados, foi elaborado um “protótipo” do quadro de classificação que, após testado e aprovado pelos hospitais utilizadores, passará a definitivo. Neste quadro estão incluídos as atividades de cuidados diretos mais representativos de acordo com a percentagem apresentada anteriormente. (*Ibidem*).

Numa fase posterior, foram aplicados os quadros de classificação “protótipo” em unidades piloto, definidas normas e circuitos de informação e sistemas de auditoria interna para as classificações e externa para as auditorias (Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão, 2005).

Deste caminho surgiram quadros definitivos que têm vindo a ser revistos e atualizados. Uma das causas destas atualizações tem a ver com a integração deste sistema de informação no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), justificado pelo facto de quase 50% dos utilizadores do SCD/E usarem o referido sistema como único meio de documentação das práticas. A título de exemplo, o quadro de classificação de doentes em uso para pediatria (Anexo 1),

revisto em 2011 pelo Departamento de Gestão e Planeamento dos Recursos Humanos (DGPRH), considera as seguintes áreas de cuidados:

- Higiene e cuidados especiais;
- Nutrição;
- Movimentação;
- Eliminação;
- Medicação;
- Tratamentos;
- Sinais vitais / Outras avaliações;
- Atividades de apoio e educação para a saúde;
- Avaliação e planeamento de cuidados.

O método, de carácter prospetivo, baseia-se no planeamento de cuidados (avaliação, diagnóstico, prescrição de intervenções, implementação de intervenções, avaliação), permite calcular as horas de cuidados necessárias por doente para as 24 horas que quando relacionadas com o número de doentes internados nesse dia, fornece um indicador de gestão horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI) (*Idem*).

O circuito de informação segue, de uma forma geral, os seguintes passos:

- Realização diária, até às 15 horas, da classificação pelo enfermeiro responsável pelo doente, com registo em papel ou eletronicamente;
- Soma da pontuação obtida, ou determinação automática informatizada das HCN;
- Elaboração, pelo enfermeiro chefe, do resumo diário, que inclui a justificação de doentes que não tenham sido classificados e os movimentos previstos para os doentes no serviço para o próximo ciclo de 24 horas (como por exemplo, altas, admissões, transferências previstas exames programados para o exterior) e o relatório diário dos doentes internados no serviço, onde estão incluídos as HCP e um espaço de texto livre para o registo de ocorrências e/ou atividades não contempladas.

- O sistema calcula o diferencial entre as horas de cuidados necessárias, horas de cuidados prestadas e horas de cuidados disponíveis.
- O relatório é enviado (papel) ou fica automaticamente disponível (informatizado) aos enfermeiros de gestão intermédia e Diretor, tendo em vista facilitar-lhe a determinação de alguns indicadores de gestão por unidade de internamento, tais como dias médios de internamento; HCN; HCP; e taxas de utilização de pessoal.

O DGPRH elabora trimestralmente e anualmente relatórios de retorno com base na informação disponibilizada pelos hospitais utilizadores, permitindo agrupar de dados e obtenção de resultados a nível nacional (Veiga, Simões & Campos, 2000).

Importa sublinhar que um sistema de classificação de doentes não resolve *per se* as necessidades de pessoal. Contudo, a possibilidade da distribuição mais eficiente de recursos, quase sempre escassos, pode ajudar a uma distribuição mais equitativa e equilibrada, de acordo com as necessidades. Pelo reconhecimento das horas de cuidados de enfermagem necessárias e das horas de cuidados de enfermagem disponíveis, o sistema fornece ao gestor indicadores que permitem uma maior revisão e consistência na distribuição das cargas de trabalho.

4.1.1.- SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM PEDIATRIA

Na bibliografia consultada verificámos a existência de poucos sistemas de informação para cuidados pediátricos (Spence *et al.*, 2006; Hamilton, Redshaw & Tarnow-Mordi, 2007; Harper & McCully, 2007; Heede *et al.*, 2009; Gouveia *et al.*, 2010; Dini *et al.*, 2011;) e os que encontrámos resultam do agrupamento de doentes por diferenciação de cuidados, sendo omissos nas propostas de dotação de pessoal de acordo com os graus de gravidade

O GOSHman PANDA é uma ferramenta para cálculo de dotações de enfermagem pensado para ser aplicado em enfermarias pediátricas (RCN, 2010). Surgiu em 2005 num estudo piloto e discriminava graus de dependências das crianças, calculando dotações de enfermeiros e composição da equipa em termos

de qualificação e competências, utilizando uma combinação de três métodos: juízo profissional, ratio enfermeiro por cama ocupada, e grau de gravidade / tipologia de cuidados. Na pesquisa que realizámos, contudo, não encontramos qualquer referência à utilização deste método.

Em Portugal, a adaptação do SCD/E à realidade pediátrica teve início na década de 90. O facto da prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente envolver especificidades distintas das estudadas no adulto motivou a realização de estudos durante dois anos para a conceção de um instrumento de classificação próprio. Esta reformulação considera alguns aspetos que importa realçar (DGPRH, 2011):

- O facto de as instituições terem sistemas de informação parametrizados de forma diferente, de acordo com a necessidade de cada uma, pode obrigar a ajustes entre as intervenções incluídas no Manual e o padrão de cuidados de cada instituição;
- O direito à privacidade e respeito pelas preferências;
- Representatividade dos cuidados diretos no impacto de trabalho de enfermagem;
- Definição objetiva de funções, para uma planificação correta das necessidades diárias de recursos de enfermagem;
- Análise global das atividades de enfermagem, realizadas apenas pelo enfermeiro ou com colaboração de assistentes operacionais,
- Concebe a delegação de funções;
- Foram identificados os cuidados diretos mais frequentes e com maior impacto.

O DGPRH (2011: 4) assume ainda a criança como “um ser em crescimento que sofre física e psicologicamente aquando da sua hospitalização” e que “brincar, acarinhar, mimar, estimular e contribuir para um desenvolvimento geral harmonioso integram os cuidados em todas as atividades de enfermagem.” Prevê-se que o familiar/acompanhante de referência possa prestar cuidados sob orientação e que o enfermeiro deve colaborar com estes na identificação de sistema de suporte social.

Considera algumas ações comuns como a consulta do processo, documentação das práticas e outras funções que visam assegurar a continuidade de cuidados e segurança dos mesmos (*Idem*).

A taxonomia e significados utilizados pelo SCD/E definem:

Níveis de dependência - “Variantes” da realização das intervenções de acordo com a complexidade e/ou intensidade dos cuidados necessários à criança/adolescente.

Procedimento - Descrição sequencial das intervenções a realizar pelo enfermeiro para cada nível de dependência, suscetíveis de serem medidas, e de acordo com o padrão de qualidade definido no SCD/E.

Cuidado direto - Procedimento que pode ser identificado como sendo destinado a um determinado indivíduo, como por exemplo, preparar e administrar medicação, registros.

Cuidado indireto - Procedimento que não pode ser identificado como sendo destinado a um determinado indivíduo, embora concorra para a sua assistência global, nomeadamente a realização de uma reunião de passagem de turno, a manutenção do carro de urgência, a arrumação da sala de trabalho, entre outros.

Familiar - Indivíduo ligado por laços de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente (CIPE Versão 1.0).

Criança - a criança e adolescente com idade compreendida entre os 28 dias e os 18 anos de idade, inclusive (Art.º 1º, parte I, Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990).

Na seleção das áreas de cuidados foi considerado: as decorrentes das necessidades humanas básicas, das prescrições instituídas e as que tem maior impacto na carga de trabalho por serem requeridas por um elevado número de crianças.

Para o cálculo de horas totais de enfermagem, o sistema utiliza a seguinte fórmula:

$$\text{HCN} = \text{HCD} + \text{HCI}$$

Sendo:

HCN - Horas de cuidados totais necessárias

HCD - Horas de cuidados diretos

HCI - Horas de cuidados indiretos

É considerado que as atividades de cuidados diretos constantes no quadro de classificação são as consideradas mais representativas e correspondem a 87% do total de atividades dos enfermeiros, equivalendo os outros 13% a atividades menos frequentes (*Idem*). Relativamente aos cuidados indiretos está estimado um tempo padrão de trinta e nove minutos (39') por doente e por dia, referentes às intervenções específicas na especialidade de Pediatria (*Ibidem*).

Resta realçar que um sistema de classificação é um método de distribuição de objetos por classes ou categorias através da análise de dados recolhidos. Nos sistemas de classificação em estudo, o objeto corresponde à pessoa e o principal objetivo destes métodos é compreender as semelhanças e diferenças entre os objetos, permitindo que os que pertençam à mesma classe sejam tratados de forma semelhante ou tenham as mesmas oportunidades de tratamento. Importa, no entanto, salvaguardar a individualização de cuidados, tornando possível às estruturas de gestão o conhecimento dos grupos possíveis, facilitando, assim, a gestão hospitalar (Urbano & Bentes, 1990).

PARTE 2 - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Foi demonstrado que os cuidados de enfermagem são essenciais à prestação de cuidados de saúde num vasto espectro de ambientes. Em resultado disso, tem-se prestado muita atenção aos níveis das dotações seguras e às variáveis necessárias para a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes.

ICN (2006: 5)

Os sistemas de classificação de doentes ajudam os gestores de enfermagem a controlar custos, a melhorar a assistência aos doentes usando apropriadamente os recursos financeiros.

Harper e McCully (2007:

284)

A investigação no interesse de quem a realiza deve aumentar e desenvolver conhecimentos sobre fenómenos e obter resultados que possam ser utilizados nas tomadas de decisões práticas ou na melhoria e implementação de programas com preocupações comuns nas implicações deste processo.

Escoval (2003)

A segunda parte deste estudo está reservada ao desenvolvimento da metodologia utilizada da apresentação, discussão e análise dos resultados obtidos pela investigação empírica desenvolvida.

O estudo de caso foi desenvolvido num hospital especializado, em serviços com características de pediatria médica e cirúrgica.

De forma a facilitar a compreensão do estudo, o formato escolhido para a apresentação dos dados é a tabela.

CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA / PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo são descritos os métodos que conduziram esta investigação, nomeadamente no que concerne à recolha e tratamento dos dados e que fundamentaram as respostas às questões colocadas no início da investigação. A abordagem escolhida pretende dar resposta à complexidade e especificidade do tema em análise.

Toda a investigação, em termos metodológicos, deve ser guiada por processos rigorosos, bem definidos, de fácil divulgação e com integridade referencial ao tipo de problema e fenómeno em estudo. Barañano (2004) define-a como a análise sistemática e crítica de pressupostos, princípios e procedimentos que fundamentam a atividade de investigação de um fenómeno. Pese embora, torna-se por vezes difícil para o investigador cumprir a responsabilidade de assegurar a conclusão da investigação, devido à deficiente adequação científica das questões metodológicas ao problema em estudo.

De facto, não existem em Portugal estudos sobre a aplicação do SCD/E em hospitais pediátricos especializados e não conseguimos encontrar na bibliografia internacional evidência da sua aplicação nesta área de cuidados. No nosso país, apesar do método estar a ser aplicado atualmente em mais de 400 serviços de 55 hospitais, não existem dados no relatório do Departamento de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos (2010) referentes a hospitais pediátricos especializados ou em serviços de pediatria localizados em hospitais centrais.

A natureza aplicada da investigação que nos propomos realizar resulta da tentativa de produzir conhecimento para aplicação prática do SCD/E em hospitais pediátricos, validando-o e confirmando a sua aplicabilidade.

5.1 - OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para melhor compreender a problemática definida pela questão motivadora da investigação e orientar o estudo em causa foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Apoiar a tomada de decisão na gestão de enfermeiros em Hospitais Pediátricos;
- Testar o Sistema de Classificação de Doentes em Hospitais Pediátricos;
- Comparar resultados de horas de enfermagem disponíveis com horas de cuidados de enfermagem necessárias para a prática de cuidados em Hospitais Pediátricos.

Para atingir os objetivos propostos e explorar novas áreas de conhecimento, estabelecemos as seguintes questões:

- a) O quadro de classificação em uso traduz as necessidades de classificação de doentes pediátricos?
- b) As horas de cuidados previstas para dotação de enfermeiros em unidades de cuidados pediátricos, calculadas utilizando o método ajustado, coincidem com as horas necessárias para a provisão desses cuidados em hospitais pediátricos?
- c) A verificar-se assimetria entre as necessidades dos serviços e as potencialidades dos sistema, quais as áreas de melhoria identificadas numa perspetiva de qualidade total?

5.2 - DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

O quadro metodológico utilizado neste estudo pode ser definido da seguinte forma:

Tipo de estudo: Estudo de caso descritivo / explicativo, já que são observados, registados, analisados e classificados determinados factos sem qualquer interferência do investigador, na tentativa de identificar os fatores determinantes para a ocorrência do fenómeno. O estudo de caso de carácter descritivo é considerado por Baranão (2004) como um método de investigação que se mostra adequado para responder a questões do domínio do “como” ou do “porquê”, podendo ser igualmente aplicado a questões do tipo “qual”, razão pela qual o escolhemos para o nosso estudo.

Método de investigação: de cariz hipotético-dedutivo, procura produzir conhecimento para dar resposta à questão central da não utilização do método de classificação. Apesar de não serem formuladas hipóteses, existem perguntas que tendem a explicar este fenómeno. Como caracterizou Vaz (1998), o investigador parte das teorias para prever a ocorrência dos fenómenos particulares. Por outro lado, a preocupação em descrever a realidade como ela é, baseada na interpretação de outros, imprime um carácter fenomenológico ao estudo.

Horizonte temporal: de carácter *cross-sectional*, este tipo de estudo é aquele em que os dados são recolhidos num dado período de tempo (Sekaran, 2000). O estudo decorreu de forma retrospectiva, reportando-se à utilização do sistema nos meses de maio, junho e julho nas crianças internadas em dois serviços pediátricos, um médico e outro cirúrgico, de um hospital pediátrico especializado.

Para uma melhor concretização das opções metodológicas temporais selecionadas, cabe esclarecer o seguinte acerca da implementação do SCD/E na instituição em estudo: esta metodologia iniciou-se, após proposta à direção de enfermagem em março de 2012, com a formação dos enfermeiros dos serviços, futuros utilizadores do sistema, para a correta utilização do sistema de classificação, com recurso à tecnologia informática, e aos enfermeiros gestores para a capacitação de utilização dos circuitos de informação e monitorização existentes. Foram ainda selecionados os enfermeiros auditores internos para a posterior monitorização do processo de classificação. No dia 1 de abril, iniciou-se o processo de classificação, tendo sido estipulado um período de um mês para habituação à nova ferramenta. O início da contabilização sujeito a auditoria foi formalizado no dia 1 de maio de 2012.

5.3 - MÉTODOS DE AMOSTRAGEM

Este estudo analisa duas amostras distintas. A primeira diz respeito aos registos de enfermagem, isto é, à forma como os enfermeiros documentaram os cuidados de enfermagem que prestaram no período em análise. A segunda

consiste nos relatórios de turno elaborados diariamente pelos enfermeiros gestores no final de cada ciclo de cuidados (24 horas).

Para a seleção dos registos de enfermagem, utilizámos o método de amostragem aleatória simples, por ser aquele que garante a maior probabilidade, a cada elemento da população de ser escolhido (Hill & Hill, 2008). Esteve dependente do número de crianças classificadas e sujeita apenas aos seguintes critérios: os registos a avaliar seriam os correspondentes às segundas 24 horas de internamento e só seriam admitidas ao estudo registos de crianças com internamento no serviço igual ou superior a 72 horas, para assegurar que todas as situações escolhidas fossem alvo de aplicação da classificação. Foram excluídas situações repetidas.

Em relação à seleção dos relatórios para aplicação da análise de conteúdo, optámos por analisar todos os existentes. O critério único de exclusão foi os relatórios que foram elaborados pelo investigador, pelo facto de ser enfermeiro chefe de um dos serviços em estudo.

5.3.1- CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As amostras estudadas podem ser caracterizadas de acordo com a informação contida na tabela seguinte.

Tabela 3 - População e amostra

POPULAÇÃO	INCLUÍDOS		EXCLUÍDOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
REGISTOS DE ENFERMAGEM	72	25%	217	75%	289	100%
RELATÓRIO DE TURNO	106	58%	76	42%	182	100%

Para a análise dos registos de uma população de 289 doentes, foram selecionados 72, o que corresponde a uma percentagem de aproximadamente 25%.

No que respeita à seleção dos relatórios de turno, a população total consistia em 182 relatórios, dos quais foram excluídos 76. Logo, foram analisados no total 106 relatórios, o que equivale uma amostra de aproximadamente 58%.

5.4 - MÉTODOS UTILIZADOS NA COLHEITA DE DADOS

A qualidade das informações e conclusões é diretamente influenciada pelo rigor seguido na recolha destes dados (Barañano, 2004). De acordo com este princípio e com as características de adequação ao estudo, seleccionámos os seguintes métodos de recolha de dados:

- a) Auditar os registos de enfermagem, seleccionados na amostra, procurando determinar, através do quadro de classificação em uso para a pediatria (Anexo 1), o nível de concordância entre o que é registado e o que é possível classificar, estudando quantitativamente a existência de desvios.
- b) Analisar os conteúdos da totalidade dos relatórios de turno realizados pelos enfermeiros chefes dos serviços que aplicam o SCD/E durante o período acima referenciado, categorizando as dificuldades encontradas. Não foram aceites relatórios em que tenha existido participação direta ou indireta do investigador.
- c) Analisar quantitativamente os desvios encontrado entre as horas de cuidados necessárias e as horas de cuidados previstas.

5.4.1 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA COLHEITA DE DADOS

Todos os dados recolhidos para este trabalho têm uma finalidade exclusivamente académica. Foram retirados das cópias dos registos de enfermagem e dos relatórios de turno todos os dados que possibilitassem identificar o doente em causa e os enfermeiros responsáveis pela sua elaboração.

Foi solicitada, ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar a que pertence o hospital em estudo, a autorização para a utilização dos dados para a realização do trabalho (Anexo 2). Todos os exemplares dos registos e relatórios serão destruídos após a apresentação e discussão do estudo.

Os resultados obtidos serão apresentados à instituição em estudo, conforme interesse manifestado pelos próprios.

5.5 - MODELO DE ANÁLISE UTILIZADO

Foram utilizados neste estudo dois modelos de análise. Para o estudo quantitativo, realizou-se a contagem e cálculo de tempo para comparação entre o tempo classificado e o tempo despendido, de acordo com os dados estabelecidos pela ACSS (2011). Já no que diz respeito ao estudo qualitativo, optou-se pela análise qualitativa de conteúdo dos relatórios de ciclo de cuidados.

5.5.1- DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA QUANTITATIVA

De acordo com os valores em minutos para cada ponto da classificação, considerados pelo DGPRH (2011), foi calculado o tempo que ficou por classificar para cada 24 horas de cuidados. Para obter este valor foram auditados os registos de enfermagem, de acordo com o quadro de classificação para pediatria, contabilizando-se as intervenções de enfermagem realizadas para cada nível de dependência⁹ que ultrapassassem os níveis estabelecidos pelo QCDP e que, por isso, não tinham sido classificadas. Utilizamos como referência a conversão de pontos para minutos, considerando os valores estabelecidos pela DGPRH, em que cada ponto da classificação equivale a seis (6) minutos. Foram fornecidos valores absolutos e relativos em relação ao total de tempo não contabilizado.

Foi ainda realizada a inventariação e contagem das intervenções registadas pelos enfermeiros como realizadas e que a classificação não considera no quadro de classificação para a Pediatria.

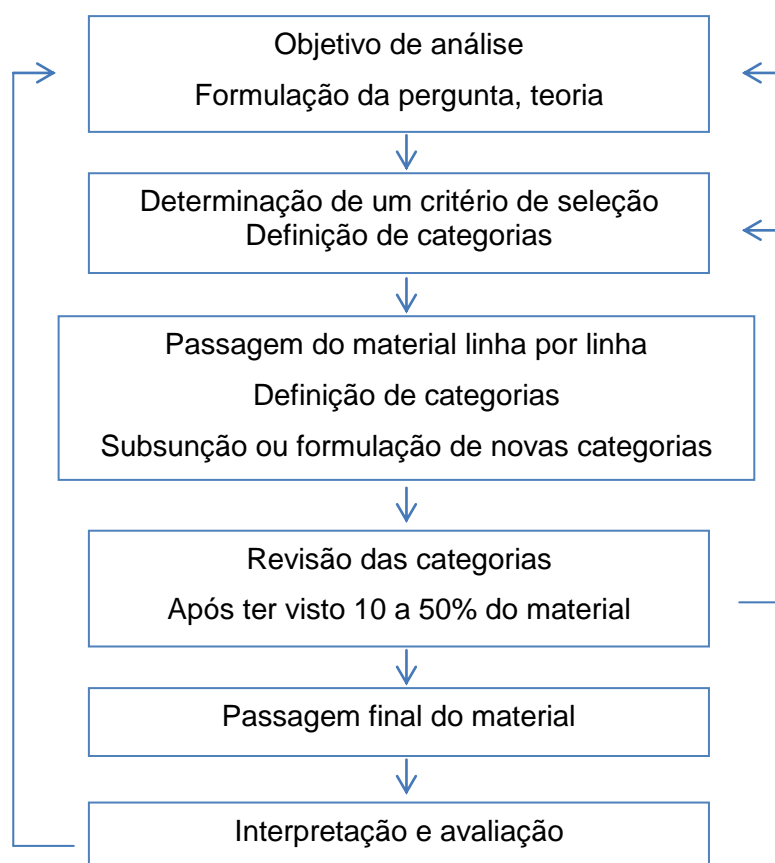
5.5.2 - BREVE DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo é definida como “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2011:33), a que equivalem “instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (*Idem*: 11).

⁹ Optámos, pela sua diversidade e por não serem iguais em todas as áreas de cuidados, por elaborar a definição dos níveis de dependência para cada área de cuidados junto de cada quadro quando apresentarmos os resultados obtidos.

Pretende-se obter uma análise interpretativa da problemática, uma vez que esta é a que melhor serve o estudo e o estado dos conhecimentos sobre esta área específica.

Figura 6 - Representação esquemática das fases do processo de análise de estabelecimento de categorias e temas



Fonte: Becker, H. (1990) Técnicas de análise qualitativa. www.cin.ufpe.br/~pcart/metodologia/pos/Mayring043.pdf , Figura 21

De uma forma mais descritiva e geral, os relatórios foram submetidos à análise de conteúdo, como descreve Bardin (2011).

Fase de pré-análise

Leitura flutuante de todos os relatórios, escolha dos relatórios respeitando as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e

preparação do material, numerando e sublinhando o texto que estivesse de acordo com as temáticas em estudo.

Fase de exploração do material

Decompor e enumerar por codificação a bibliografia, através do recorte e agregação, permitindo uma representação do conteúdo ou da sua expressão e a seleção das unidades de registos e temas.

Fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação

É realizado o tratamento dos dados, tendo em vista verificar a validade científica através de operações estatísticas simples.

Do estudo qualitativo realizado resultaram categorias e temas que representam a análise dos relatórios e a identificação das unidades de registos e sua interpretação, possibilitando a atribuição de sentido, por descrição e interpretação, à informação existente, após o seu levantamento, enumeração e organização (Bardin, 2011).

CAPÍTULO 6- TRATAMENTO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados recolhidos e o tratamento estatístico a que foram sujeitos. A sua apresentação em tabela pareceu-nos mais adequada pelas características da informação recolhida.

6.1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados recolhidos resultam da análise dos registos de cuidados de enfermagem e de relatórios de turno elaborados e das auditorias internas realizadas ao serviço nos meses de maio, junho e julho em dois serviços de atendimento pediátrico especializado.

A análise assenta em cinco aspetos fundamentais:

1. Efetividade do quadro de classificação para pediatria em relação à quantidade das intervenções realizadas;
2. Efetividade do quadro de classificação para pediatria em relação ao tipo de intervenções realizadas;
3. Cálculo, em tempo, dos cuidados diretos prestados e não classificados.
4. Impacto das horas de cuidados não classificados;
5. Dificuldades expressas pelos gestores operacionais, registadas em relatório de ciclo diário de classificação, na contabilização de todos os cuidados diretos prestados.

6.1.1 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS E NÃO CLASSIFICADAS POR ULTRAPASSAREM OS NÍVEIS PREVISTOS

Para a colheita destes dados e conversão nas respetivas tabelas, que apresentamos de seguida, tiveram-se em conta os seguintes princípios:

- a) Foram analisados 24 horas de registos de enfermagem referentes aos cuidados prestados a 72 crianças selecionadas aleatoriamente;
- b) O “grau de dependência” representa o nível de cuidados que a criança e família podem apresentar por cada área. Só serão apresentados os graus de dependência onde existiram desvios;
- c) O “tempo por categoria” representa o definido pela DGPRH como o necessário para a execução dos procedimentos para aquela área de

cuidados durante as 24 horas. Varia de acordo com o nível de dependência daquele utente ou família.

- d) O “tempo por intervenção” representa o tempo atribuível a cada intervenção prevista naquela área de cuidados e resulta da divisão do tempo por categoria pelo número máximo de intervenções previstas;
- e) O “número de intervenções previstas” é o definido no quadro de classificação para a pediatria, aceite pelo DGPRH, para aquela área de cuidados;
- f) Por “número de intervenções não classificadas” consideramos a contagem das que, para a respetiva área de cuidados e de acordo com o nível de dependência, ultrapassavam o número de intervenções prevista pela DGPRH para aquela área de cuidados;
- g) O “desvio em minutos” resulta da multiplicação entre o “número de intervenções não classificadas” e o “tempo por intervenção” e está arredondado à unidade;
- h) O tempo é apresentado em minutos.

Tabela 4- Tempo não classificado em “Higiene e Cuidados Pessoais”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Ajuda total	18	18	1	34	612
Independente / por familiar	6	6	1	3	18
Tempo Total					630

Para facilitar a compreensão dos cálculos efetuados e traduzidos na tabela anterior, recorreremos a um exemplo. No grau de dependência “Ajuda total” está previsto no quadro de classificação para pediatria a realização de 1 intervenção de enfermagem nas 24 horas no que diz respeito à higiene e cuidados pessoais. O tempo previsto para suprir as necessidades do utente nas mesmas 24 horas para esta área de cuidados é de 18 minutos. Logo, o tempo estimado para cada intervenção é de 18 minutos. Como foram executadas 34

intervenções para além do número previsto, consideramos que ficaram por classificar $34 \times 18 = 612$ minutos.

Da totalidade dos registos observados, foram encontradas intervenções não classificadas para a área de cuidados **“Higiene e Cuidados Pessoais”**, em crianças que eram independentes – e face às quais o papel do enfermeiro é o de supervisão/orientação nos cuidados de higiene - ou ajudadas por familiares, ou em crianças que necessitavam de ajuda total, isto é, situações em que a criança/família é incapaz de assegurar os cuidados de higiene e conforto ou necessita da presença contínua do enfermeiro (DGPRH, 2011).

Pela observação da tabela 4, constatamos que foi possível encontrar 37 intervenções não classificadas, equivalendo a 630 minutos (10,5 horas de cuidados). Este desvio tornou-se mais visível nas situações em que o nível de dependência era de ajuda total.

Tabela 5- Tempo não classificado em “Nutrição”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Ajuda parcial	30	10	3	34	340
Alimentação por sonda	102	15,7	6,5	6	94
Independente/por familiar	12	4	3	3	12
Tempo Total					446

Na área de cuidados “Nutrição”, cujos resultados se reproduzem na tabela 5, foram encontradas 3 intervenções não classificadas nas crianças que se alimentavam sozinhas embora necessitando de supervisão/orientação e/ou que eram alimentados por familiar ou outro; 34 intervenções não classificadas nas situações em que a criança/família necessitava de ajuda em alguns atos referentes à alimentação e hidratação; e 6 nas crianças que necessitavam de ser alimentadas por sonda gástrica ou duodenal, inserida através do nariz, de forma contínua ou intermitente (DGPRH, 2011).

Como se pode verificar, ainda na mesma tabela, encontramos 43 intervenções não classificadas nesta área de cuidados, com um impacto em tempo de 446 minutos (aproximadamente 7 horas de cuidados), sendo que as intervenções enquadradas no nível de dependência “Ajuda parcial” representavam a maior frequência absoluta.

Tabela 6- Tempo não classificado em “Movimentação”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Ajuda total \geq 5 x dia	66	10,2	6,5	21	214
Ajuda parcial > 5 x por dia	42	8	6	1	8
Independente com supervisão	6	2,9	2,1	1	3
Tempo Total					225

Observando a tabela 6, concluímos que os dados recolhidos na área de cuidados “Movimentação” evidenciam intervenções não classificadas no grau de dependência em que a criança/família era incapaz de assegurar a movimentação ou que requer a presença contínua do enfermeiro nessas atividades numa frequência igual ou superior a 5 vezes nas 24 horas, com um total de 21 intervenções de enfermagem por classificar. Não são significativas em termos de número e tempo as intervenções encontradas nos outros níveis.

Apesar de tudo, verificámos que existem, nos registos consultados, 23 intervenções que não foram classificadas, com um impacto temporal de 225 minutos (aproximadamente 4 horas de cuidados de enfermagem).

Tabela 7- Tempo não classificado em “Eliminação”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Ajuda parcial > 3 x por dia	30	5,8	5,2	26	151
Incontinente \geq 4 x dia	30	5,1	5,9	28	143
Independente / por familiar	6	2,3	2,6	45	104
Teste de urina	12	12	1	2	24
Tempo Total					422

Pela análise da tabela 7, observámos que na área de cuidados “Eliminação” os maiores desvios existiram nos níveis de dependência “Independente / Por familiar”, em que se considera que a “Criança/Família que só necessita de orientação/supervisão para utilizar o sanitário, arrastadeira ou urinol ou é acompanhado por familiar” (DGPRH, 2011), com 45 intervenções não classificadas por ultrapassarem os máximos previstos. Seguiram-se as intervenções relacionadas com a “Ajuda parcial \geq 3 x dia”, destinadas à “Criança/Família que necessita ser assistida para a utilização do sanitário, arrastadeira ou urinol” (*Idem*, 2011) pelo menos em 3 ocasiões nas 24 horas, com 26 intervenções não classificadas; e “Incontinente \geq 4 x dia”, considerado pela DGPRH (2011: 16) como “Criança que, por situação patológica ou estágio de desenvolvimento, não controla o esfíncter anal e/ou o esfíncter urinário e utiliza fralda”, com 28 intervenções não classificadas. Podemos observar que o impacto em tempo de cuidados de enfermagem foi de 422 minutos (aproximadamente 7 horas).

Tabela 8 - Tempo não classificado em “Medicação”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Medicação intravenosa por perfusão ≥ 3 x dia	48	13,7	3,5	143	1959
Via oral, auricular, nasal, ocular, cutânea, rectal ≥ 5 x dia	24	4,4	5,5	181	796
Medicação intravenosa contínua	66	22,8	2,9	16	365
Via parentérica, IV - IM - SC ≥ 3 x dia	30	8,9	3,4	37	329
Oxigenoterapia	24	10,4	2,3	29	302
Hemoterapia / Medicação intravenosa intermitente	18	18	1	2	36
Inaloterapia / atmosfera húmida	48	10,2	4,7	3	31
Tempo Total					3818

Salientamos, da análise da tabela 8, a existência de desvios com elevado impacto no tempo de cuidados. De facto, foram contabilizadas 411 intervenções não classificadas, com um impacto de 3818 minutos (cerca de 64 horas) de cuidados de enfermagem não classificados. Destacamos que os desvios mais significativos incluem-se na rubrica “Via oral, auricular, nasal, ocular, cutânea, rectal ≥ 5 x dia” e “Medicação intravenosa por perfusão ≥ 3 x dia”, com 181 e 143 intervenções não classificadas respetivamente.

Na rubrica “Via parentérica, IV - IM - SC ≥ 3 x dia” foram contabilizadas 37 intervenções de enfermagem não registadas, enquanto que na rubrica “Oxigenoterapia” foram encontradas 29 e na “Medicação intravenosa contínua” assinaladas 16.

Tabela 9 - Tempo não classificado em “Tratamentos”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Aspiração de secreções / drenagem postural	12	12	2	25	300
Penso complexo	24	24	1	11	264
Penso simples / Penso pré-operatório	12	12	1	5	60
Tempo Total					624

No que respeita à área de cuidados “Tratamentos”, assinalamos o grau de dependência “Aspiração de secreções / drenagem postural”, com 25 intervenções de enfermagem por classificar, com um impacto de 300 minutos no total, e “Penso complexo com 11 intervenções não classificadas, correspondentes a 264 minutos. No total, não foram classificados 624 minutos de cuidados (aproximadamente 10 horas).

Tabela 10 - Tempo não classificado em “Sinais vitais / outras avaliações”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Pulso, pressão sanguínea e / ou sat.de oxigénio ≥ 3 x dia	12	3,8	3,2	238	904
Temperatura, respiração ≥ 3 x dia	18	4,7	3,8	95	447
Peso corporal	6	6	1	1	6
Tempo Total					1386

A tabela 10, na página anterior, mostra-nos uma área com grande impacto no tempo de cuidados não contabilizados. Na área de cuidados “Sinais vitais/outras avaliações” destacam-se a não contabilização de 238 intervenções de enfermagem não registadas no grau de dependência “Pulso, pressão sanguínea e / ou sat. de oxigénio ≥ 3 x dia” e 95 no “Temperatura, respiração ≥ 3 x dia”. O impacto totalizou 1386 minutos (aproximadamente 23 horas) de cuidados de enfermagem não classificados

Tabela 11 – Tempo não classificado em “Atividades de apoio e educação para a saúde”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Ensino programado	18	18	1	29	522
Tempo Total					522

Pela análise da tabela 11, observamos que existiram 29 “ensinos programados” que não foram classificados, equivalendo a um impacto de 522 minutos (aproximadamente 9 horas de cuidados).

Tabela 12 – Tempo não classificado em “Avaliação e planeamento de cuidados”

Grau de dependência	Tempo por categoria	Tempo por intervenção	Número de intervenções previstas	Número de intervenções não classificadas	Desvio em minutos
Avaliação e atualização do plano de cuidados	12	12	1	2	24
Tempo Total					24

Não se verificaram desvios significativos nos registos de intervenções de enfermagem na área de cuidados “Avaliação e planeamento de cuidados”, como

atestam a contabilização de apenas 2 intervenções não classificadas, traduzidas em 24 minutos de cuidados de enfermagem.

De seguida, apresentamos uma tabela onde se sintetiza o impacto em tempo das intervenções não classificadas por área de cuidados.

Tabela 13 - Desvio em minutos, por área de cuidados, resultante das intervenções não classificadas

Área de cuidados	Tempo (min)	%
Medicação	3818	47,2
Sinais vitais / outras avaliações	1386	17,1
Higiene e Cuidados Pessoais	630	7,8
Tratamentos	624	7,7
Atividades de apoio e educação para a saúde	522	6,4
Nutrição	446	5,5
Eliminação	422	5,2
Movimentação	225	2,8
Avaliação e planeamento de cuidados	24	0,3
TOTAL	8097	100

Como se pode comprovar na tabela 13, verificou-se um total de 8097 minutos não classificados relativos a intervenções realizadas e documentadas nos registos analisados, o que corresponde aproximadamente a 135 horas no total.

A área de cuidados que mais influenciou este total foi a que respeita à “Medicação”, com 47,2% do tempo. As intervenções com ligação à área de cuidados “Sinais vitais/outras avaliações” têm um impacto de 17,1% na totalidade do tempo. As intervenções referentes às áreas de cuidados “Higiene e Cuidados Pessoais”, “Tratamentos” e “Atividades de apoio e educação para a saúde” apresentam valores muito semelhantes. É de realçar o pouco impacto que as áreas de “Movimentação” e “Avaliação e planeamento de cuidados” representam, com 2,8 e 0,3% respetivamente.

6.1.2 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS E NÃO CLASSIFICADAS POR NÃO SEREM CONSIDERADAS NA CLASSIFICAÇÃO

Estes resultados resultam da análise de registos de enfermagem num período de 24 horas relativas a 72 crianças internadas nos serviços de cirurgia e queimados.

O investigador identificou as intervenções que não são passíveis de serem classificadas no QCDP e agrupou-as de acordo com as áreas de cuidados que lhe pareceram de referência, segundo as diretrizes definidas pelo DGPRH (2011) e que apresentamos de seguida:

- Higiene e Cuidados Pessoais;
- Nutrição;
- Movimentação;
- Eliminação;
- Medicação;
- Tratamentos;
- Sinais vitais/outras avaliações;
- Atividades de apoio e educação para a saúde;
- Avaliação e planeamento de cuidados.

Por impossibilidade de enquadrar todas as intervenções encontradas nas áreas de cuidados estabelecidas, criámos uma nova a que chamámos “Colheitas”. Por uma questão de facilidade de consulta, optámos por apresentar os dados agrupados em tabelas, de acordo com a quantidade de intervenções não classificadas.

As tabelas estão construídas da seguinte maneira:

- a) A coluna identificada como “categoria” refere-se à área de cuidados a que respeitam os dados;
- b) Na coluna identificada como “intervenções” são transcritas as intervenções consideradas como não classificáveis;
- c) Na coluna identificada como “ f_i ” registam-se as frequências absolutas de ocorrência da intervenção correspondente.

Tabela 14 - Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados: “Higiene e Cuidados Pessoais”, “Nutrição”, “Movimentação”

CATEGORIA	INTERVENÇÕES	fi
Higiene e cuidados pessoais	“Avaliar risco de úlcera de pressão”	19
Nutrição	“Estimular alimentação por boca”	11
	“Dar comer por sonda de gastrostomia”	9
	“Otimizar sonda de gastrostomia”	2
Movimentação	“Imobilizar criança”	1
	“Conter adolescente”	1

A tabela 14 compila os dados recolhidos em três áreas de cuidados. A área que contempla um maior número de intervenções sem possibilidade de registo corresponde à “Nutrição”, com 3 intervenções não consideradas, das quais se destacam as intervenções de estimulação da criança a comer por boca, com 11 registos, e as intervenções relacionadas com crianças possuidores de dispositivos de gastrostomia, igualmente com 11 registos.

Já a intervenção correspondente à avaliação do risco de úlcera de pressão, alocada à área de “Higiene e cuidados pessoais, foi registada 19 vezes, possuindo, assim, a maior frequência de registo nesta tabela.

Por fim, a área de cuidados “Movimentação” apresenta apenas 2 intervenções com impossibilidade de registo, ambas relacionadas com a imobilização e ou contenção da criança/adolescente.

Tabela 15 - Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados: “Eliminação”, “Medicação”.

CATEGORIA	INTERVENÇÕES	fi
Eliminação	“Otimizar sonda vesical”	22
	“Retirar sonda vesical”	12
	“Colocar sonda vesical”	7
	“Administrar enema de limpeza”	6
Medicação	“Administrar medicação por sonda naso-gástrica”	59
	“Gerir administração de medicação”	20
	“Gerir insulino-terapia”	3
	“Administrar medicação por via vesical”	1

Da análise da tabela 15, referente às áreas de cuidados “Eliminação” e “Medicação” respetivamente, encontramos um número significativo de intervenções não classificáveis (4 em cada área). Destaca-se a via naso-gástrica para administração de terapêutica, com 59 referências, e a intervenção de gestão de administração de medicação, com 20 registos. Separámos propositadamente a gestão de administração de insulina, pela sua especificidade e pelos cuidados que requer.

Também se observou um número elevado de intervenções registadas relacionado com a área de cuidados “Eliminação”, nomeadamente as associadas aos cuidados à criança com sonda vesical (41 registos) e à administração de enemas de limpeza (6 registos).

Tabela 16- Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados “Tratamentos”

CATEGORIA	INTERVENÇÕES	fi
Tratamentos	Otimizar ventilação através de equipamento	58
	Otimizar cateter central	54
	Otimizar traqueostomia	18
	Realizar tratamento não farmacológico da dor	12
	Realizar cinesiterapia respiratória	8
	Otimizar ventilação através de posicionamento	5
	Comprimir partes do corpo	5
	Realizar tratamento a estoma	5
	Realizar tratamento à queimadura	4
	Realizar técnica de arrefecimento natural	3

Foi encontrado, nos registos de enfermagem, um elevado número de intervenções (10) que se podem enquadrar na área de cuidados “Tratamentos” e que não são consideradas pela classificação. Destes, realçamos as intervenções de otimização de ventilação através de equipamento e de otimização de cateter central, dada a elevada frequência que apresentaram, com 58 e 54 registos respetivamente.

É de considerar ainda as intervenções relacionadas com o tratamento não farmacológico da dor, a realização de cinesiterapia respiratória e os tratamentos

de queimaduras que, apesar de não apresentarem frequências muito elevadas, 12, 8 e 4 respectivamente, são grandes consumidoras de tempo de cuidados de enfermagem e apelam, de forma muito particular, à tomada decisão dos enfermeiros.

Tabela 17 - Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados “Sinais vitais / outras avaliações”

CATEGORIA	INTERVENÇÕES	fi
Sinais vitais / outras avaliações	Monitorizar dor	120
	Vigiar dor	100
	Monitorizar entrada e saída de líquidos	26
	Monitorizar FiO2	19
	Vigiar sono	18
	Monitorizar glicémia capilar	13
	Vigiar abdómen	6
	Monitorizar perímetro abdominal	4

Na área de cuidados “Sinais vitais/outras avaliações”, observaram-se 8 intervenções sem possibilidade de serem registadas, por não estarem incluídas no sistema. Destacamos a frequência encontrada nas intervenções relacionadas com vigilância e monitorização da dor, com 220 registos, à qual se seguiu a monitorização de entradas e saídas de líquidos e da FiO2, com 26 e 19 registos respectivamente.

Com menor evidência, apesar de ainda significativa, assinalam-se a vigilância do sono, com 18 registos; a monitorização da glicémia capilar, com 13 registos; e a vigilância do abdómen e a monitorização do seu perímetro, com 6 e 4 registos respectivamente.

Tabela 18- Intervenções de enfermagem não classificadas nas áreas de cuidados “Atividades de apoio e educação para a saúde”

CATEGORIA	INTERVENÇÕES	fi
Atividades de apoio e educação para a saúde	“Assistir a tomar conta do lactente”	18
	“Negociar papel parental”	14
	“Treinar os pais a tratar da queimadura”	10
	“Instruir os pais a tratar da queimadura”	10
	“Tomar conta da criança”	9
	“Incentivar papel parental”	7
	“Assistir na amamentação”	2
	“Assistir no luto”	1

Pela análise da tabela 18, constatamos a existência de 8 intervenções não classificáveis nesta área de cuidados. Destacamos as intervenções relacionadas com tomar conta das crianças internadas em relação ao lactente, com 18 registros, e 9 em relação à criança.

Das intervenções relacionadas com o exercício da parentalidade durante o internamento e com a sua capacitação para as novas atividades de cuidados aos seus filhos (4 intervenções), observámos 41 registros no total. Esta é uma área de grande intervenção de enfermagem, nomeadamente na preparação para a alta e na perspetiva de continuidade de cuidados em regime de ambulatório, daí a sua referência. As intervenções relacionadas com a amamentação e a assistência no luto não tiveram expressão significativa, apesar do seu registo.

Tabela 19- Intervenções de enfermagem não classificadas na área de cuidados “Colheitas”

CATEGORIA	INTERVENÇÕES	fi
Colheitas	“Colher sangue em veia periférica”	12
	“Colher sangue em cateter central”	8
	“Colher fezes para análise”	6
	“Colher líquido drenado para análise”	6

Na tabela 19, estão registadas 4 intervenções que não conseguimos relacionar com nenhuma área de cuidados definida pela ACSS (2011). Desta forma, foram agrupadas numa categoria que intitulámos como “Colheitas”. As colheitas de sangue, divididas em duas intervenções, foram as que assumiram maior número de registo, com 20 ocorrências. A sua separação deve-se à diferença de técnica na sua execução, o que influencia o tempo despendido para cada uma delas.

6.1.3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS RECOLHIDOS NOS RELATÓRIOS DIÁRIOS DO SCD/E

Os dados que apresentamos de seguida resultam da análise dos relatórios diários, de carácter descritivo, realizados pelos enfermeiros gestores dos respetivos serviços e seus substitutos, onde se relatam os aspetos considerados como influenciadores do número de horas de cuidados de enfermagem necessários, mas que não se conseguem evidenciar pela classificação parametrizada. Seguindo o pensamento de Polit & Hungler (1995) relativamente à pesquisa qualitativa, procurou-se perceber, a partir dos elementos de um grupo profissional, as dificuldades de implementação do sistema.

Para melhor compreendermos as diferentes dimensões em estudo adotámos como categorias as definidas pelo SCD/E.

A inclusão de duas novas categorias, “Colheitas” e “Outras atividades não cuidados”¹⁰, resultou da dificuldade sentida em enquadrar algumas referências

¹⁰ Tradução livre, da responsabilidade do autor para a expressão “non-care activity”

encontradas nos relatórios. A letra R, constante nas tabelas, corresponde à abreviatura de relatório.

Os temas que apresentamos de seguida resultam da análise efetuada aos relatórios diários do SCD/E acerca da dificuldade de classificação de intervenções de enfermagem e estão relacionadas com a “não adequação das intervenções realizadas com as parametrizadas no QCDP”, com a resposta do mesmo em relação à “frequência dos cuidados prestados”, ao “impacto em tempo de cuidados” à “inexistência das intervenções no QCDP” e à “imprevisibilidade dos cuidados”. Não foram identificadas referências dos enfermeiros gestores à existência de dificuldades nas áreas “Higiene e cuidados pessoais”, “Nutrição” e “Movimentação”, o que explica a sua ausência desta análise.

Tabela 20- Área de cuidados "Eliminação"

CATEGORIA	TEMA	UNIDADE DE REGISTO
"Eliminação"	Inexistência no QCDP	<p>"[...] retirada sonda vesical a uma criança [...]" (R18,24)</p> <p>"[...] otimizada sonda vesical a 1 criança [...]" (R5, 15,16,17)</p> <p>"[...] 1 criança algaliada." (R35)</p> <p>"[...] realizados enemas de limpeza a criança internada para preparação pré-operatória." (R79)</p>
	Impacto em tempo de cuidados	<p>"[...] enemas de limpeza que demoraram 1 hora [...]" (R78)</p>

Pela análise da tabela 20, verificámos a preocupação dos gestores no registo das atividades relacionadas com cuidados prestados a crianças com sonda vesical, revelando a importância atribuída pelos mesmos a estas intervenções, que o QCDP contempla. A anotação "[...] otimizada sonda vesical a 1 criança [...]" (R5, 15,16,17) comprova esta situação.

Para além da impossibilidade de classificação, é evidente a preocupação com e a necessidade de afirmar o impacto que esta intervenção tem em termos de tempo de cuidados: "[...] enemas de limpeza que demoraram 1 hora [...]" (R78).

Tabela 21- Área de cuidados "Medicação"

CATEGORIA	TEMA	UNIDADE DE REGISTO
Medicação	Inexistência no QCDP	"[...] criança com alimentação parentérica." (R5,11) "[...]alimentação parentérica." (R41, 57)
	Frequência prevista das intervenções	"[...] aerossoloterapia múltipla."(R6, 12)

Pela análise da tabela acima, registamos o facto de constarem relatos de "[...] criança com alimentação parentérica." (R5,11), apesar destas intervenções poderem ser enquadradas por graus de dependência genéricos existentes na classificação, nomeadamente a categoria "Medicação Intravenosa Contínua". Esta situação resulta do facto de as características deste procedimento serem específicas e não constarem do procedimento estabelecido pela DGPRH (2011), razão pela qual consideramos que se justifica a sua presença em relatório por parte dos gestores.

Embora exista um grau de dependência "Inaloterapia /atmosfera húmida", é feita referência em relatório a esta atividade, dada a frequência que lhe é atribuída na classificação, ("[...] aerossoloterapia múltipla[...]", R6, 12). Por este motivo, pode-se depreender que a classificação é considerada insuficiente por parte dos relatores.

Tabela 22 - Área de cuidados "Tratamentos"

CATEGORIA	TEMA	UNIDADE DE REGISTO
Tratamentos	Inexistência no QCDP	<p>" Ventilação não invasiva em várias crianças [...]" (R2,3,4,6)</p> <p>"[...] 3 crianças com VNI (manutenção e cuidados ao material)." (R46)</p> <p>"[...] cuidados a estomas duas crianças traqueostomizadas. (R6)</p> <p>"[...] cuidados à traqueostomia[...]"(R16)</p> <p>"[...] crianças com necessidade de <i>cough assist</i>[...]"(R12)</p> <p>"[...] manipulação de cateteres centrais..." (R9,49,81,106)</p> <p>"[...] realizado penso a uma criança queimada com anestesia." (R14)</p> <p>"[...] por classificar [...] tratamento da dor." (R2,22,52,58)</p> <p>"[...] duas crianças com ventilação invasiva". (R14, 48)</p> <p>"[...] colocação de agulha no cateter central de reservatório." (R31)</p>
	Impacto em tempo de cuidados	<p>"[...] penso com levantamento de plastias[...]que ocupou 2 enfermeiros durante 1 hora." (R43)</p> <p>"Realizado penso e balneoterapia a criança queimada internada ocupando 2 enfermeiras cerca de 1 hora."(R27)</p> <p>"[...] inserção de cateter central epicutaneocava, dois elementos 30 minutos [...]" (R42)</p> <p>" Acompanhamento com o colega[...]na realização de <i>cough assist</i>." (R7)</p>
	Frequência prevista das intervenções	<p>"[...] várias aspirações/dia na mesma criança [...]" (R50,53,54,59)</p>

Pelas várias referências transcritas acima, constatamos que na área de cuidados "Tratamentos" as dificuldades de registo enquadram-se em diferentes subcategorias. Os gestores encontraram várias intervenções que não foram consideradas CQDP, das quais destacamos os "...cuidados a cateteres centrais com e sem reservatório conforme anotações", "[...] manipulação de cateteres centrais[...]" (R9,49,81,106); "[...] colocação de agulha no cateter central de

reservatório...” (R31); o tratamento a criança queimada de acordo com “[...] realizado penso a uma criança queimada com anestesia” (R14); a utilização de equipamento de apoio aos cuidados visível em “[...] crianças com necessidade de *cough assist* [...]”(R12); ou “Ventilação não invasiva em várias crianças[...]” (R2,3,4,6); e a necessidade de executar procedimentos de manutenção ao equipamento conforme anotação “[...] 3 crianças com VNI (manutenção e cuidados ao material).” (R46).

Implícito nos relatos, está a resposta ineficiente do sistema em relação à frequência de execução de algumas intervenções de enfermagem, mesmo relativamente às que estão parametrizadas no QCDP, nomeadamente “[...] várias aspirações/dia na mesma criança[...]” (R50,53,54,59).

A impossibilidade de registo do impacto de tempo das atividades também está bem documentada nos relatórios, em que a preocupação não é apenas a contabilização do tempo demorado, mas também o número de enfermeiros utilizados na intervenção, como por exemplo: “Realizado penso e balneoterapia a criança queimada internada ocupando 2 enfermeiras cerca de 1 hora (R27) e “[...] inserção de cateter central epicutaneocava, dois elementos 30 minutos[...]” (R42). A utilização de dois enfermeiros na realização de algumas intervenções, sendo uma realidade bem pediátrica, não está espelhada no quadro de classificação para pediatria da ACSS (2011).

Tabela 23 - Área de cuidados "Sinais vitais e outras avaliações"

CATEGORIA	TEMA	UNIDADE DE REGISTO
Sinais vitais e outras avaliações	Inexistência no QCDP	“[...] determinação de glicémia várias vezes ao dia [...] ” (R16, 28, 52, 53) “[...] entradas e saídas de líquidos[...] ” (R2, 19, 21, 59) “[...] por classificar [...] avaliação da dor [...]” (R2,22,52,58

Nos relatórios diários é visível a impossibilidade de registar, dada a inexistência no QCDP, intervenções que pelo que seu tipo e frequência têm impacto nos cuidados de enfermagem na área de cuidados “Sinais vitais e outras avaliações”, como se pode observar pela leitura da tabela 24. Mais uma vez, a

preocupação com a dor é visível nos relatórios diários, agora sob a forma de avaliação. De realçar a ligação existente entre a determinação de glicémias e a doença crónica, nomeadamente a diabetes, e o impacto em termos de tempo de cuidados motivados pela mesma, mais concretamente, nos frequentes ajustes terapêuticos. A anotação em registos "...determinação de glicémia várias vezes ao dia..." (R16, 28, 52, 53) é elucidativa desta preocupação.

Tabela 24 - Área de cuidados "Atividades de apoio e educação para a saúde"

CATEGORIA	TEMA	UNIDADE DE REGISTO
Atividades de apoio e educação para a saúde	Não adequação das intervenções	<p>"[...] substituição de cuidados parentais em crianças com várias dependências, sem acompanhante em todos os turnos." (R21)</p> <p>"[...] substituição de cuidados parentais totais." (R59)</p> <p>"Substituição nas ausências temporárias para refeições ou noutras ausências em lactentes com necessidade de vigilância contínua." (R2,62)</p> <p>"[...] Dificuldade em adequar o conceito [...] famílias que solicitam atenção quase permanente da enfermeira." (R57)</p> <p>"Há familiares que necessitam apoio específico mas que não se pode classificar como apoio emocional, ex: alguém que questiona todos os procedimentos [...] solicita apoio com elevada frequência R(62)</p>
	Frequência prevista das intervenções	<p>" Ensinos múltiplos na mesma criança e família sobre os diferentes aspetos do regime medicamentoso [...] preparação do regresso a casa [...] " (R2,36)</p> <p>"[...] uma jovem diabética sem acompanhante [...] tem ao longo do dia várias monitorizações / vigilâncias e ensinos em todas as refeições [...] classificada com 2 h de cuidados para as 24 h" (R57)</p>

Os relatórios diários do SCD/E demonstram a dificuldade sentida pelos enfermeiros na adequação do quadro de classificação para pediatria em relação às intervenções executadas. Os relatórios evidenciam duas causas desta dificuldade:

- Não se conseguir a equivalência entre os graus de dependência de uma criança e as intervenções de enfermagem que vão além do suprir de necessidades fisiológicas. São ilustrativas desta realidade as referências à substituição dos cuidados parentais, seja total ou parcialmente conforme anotações “Substituição nas ausências temporárias para refeições ou noutras ausências em lactentes com necessidade de vigilância contínua.” (R2,62) ou “[...] substituição de cuidados parentais em crianças com várias dependências, sem acompanhante em todos os turnos.” (R21). Outros exemplos, tais como: “dificuldade em adequar o conceito [...] famílias que solicitam atenção quase permanente da enfermeira...” (R57) ou “Há familiares que necessitam apoio específico mas que não se pode classificar como apoio emocional, ex: alguém que questiona todos os procedimentos[...] solicita apoio com elevada frequência.” (R62), corroboram a necessidade de ter em atenção dimensões que ultrapassam as estabelecidas pelo QCDP.
- Ineficácia do sistema quanto à contabilização de algumas intervenções de acordo com a frequência da sua realização. Nos excertos, “ Ensinos múltiplos na mesma criança e família sobre os diferentes aspetos do regime medicamentoso [...] preparação do regresso a casa [...] ” (R2,36) e “...uma jovem diabética...têm ao longo do dia várias monitorizações/vigilâncias e ensinamentos em todas as refeições... classificada com 2 h de cuidados para as 24 h”(R57), adivinha-se a elevada frequência na realização de intervenções de ensino, instrução e treino de capacidades de gestão e no cumprimento de regime terapêutico, numa perspetiva de adaptação a novos estados de saúde e doença, e na perspetiva de desadequação do tempo previsto em relação ao necessário para a execução das intervenções.

Tabela 25 - Área de cuidados "Avaliação e planejamento de cuidados"

CATEGORIA	TEMA	UNIDADE DE REGISTO
Avaliação e planejamento de cuidados	Inexistência no QCDP	“ [...] punção lombar [...]” R(43) “ [...] 2 episódios de reanimação com realização de broncofibroscopia.” R(4)
	Impacto em tempo de cuidados	“ [...] no circuito enfermaria-bloco operatório com 3 crianças foram utilizados cerca de 90 minutos.” R(15)
	Imprevisibilidade dos cuidados	“ [...] recebemos neste turno 7 crianças [...]” (R19) “ [...] admissão não programada de uma criança.” (R17) “ [...] criança vinda do serviço de urgência.” (R24,53) “ [...] deslocação ao exterior [...] não programada para acompanhamento de criança a exame por enfermeira.” (R20) “ [...] doente foi a exame acompanhada por enfermeira.” (R76)
	Não adequação das intervenções	“Um recém-nascido em isolamento em quarto de pressão alternada [...]” (R19) “ [...] 1 criança em isolamento, sem acompanhante, monitorizada [...] não estando a dormir necessita de enfermeira em permanência.” (R62) “ [...] uma criança em isolamento.” (R89) “Uma criança [...] iniciou medidas severas de isolamento...” (R92)

Da análise da tabela 25, verificamos a dificuldade de classificação por inexistência de intervenções parametrizadas que traduzam a colaboração em exames e a necessidade de permanência de enfermeiros em situações de risco, conforme é visível na anotação seguinte “[...]2 episódios de reanimação com realização de broncofibroscopia.” (R4).

Realçamos ainda a dificuldade em considerar o tempo despendido no circuito de acompanhamento de crianças ao bloco operatório e no trajeto inverso.

A anotação “[...] no circuito enfermaria-bloco operatório com 3 crianças foram utilizados cerca de 90 minutos.” (R15) corrobora esta situação.

Ainda na área do planeamento de cuidados, é visível a preocupação dos enfermeiros na documentação em relatório da imprevisibilidade de alguns cuidados e com o impacto que podem ter na carga de trabalho, conforme está implícito nas anotações “[...] deslocação ao exterior [...] não programada para acompanhamento de criança a exame por enfermeira.” (R20), “[...] recebemos neste turno 7 crianças [...]” (R19) e “[...] admissão não programada de uma criança.” (R17).

Mais uma vez interpretamos, para esta área de cuidados, dificuldade em enquadrar, nas intervenções a classificar e nos tempos definidos para estas intervenções os cuidados a crianças isoladas. As anotações “Um recém-nascido em isolamento em quarto de pressão alternada [...]” (R19) “[...] 1 criança em isolamento, sem acompanhante, monitorizada... não estando a dormir necessita de enfermeira em permanência.” (R62). O facto de existir um nível de dependência “Criança isolada” não se revelou suficiente para a classificação dos cuidados prestados a esta criança. Mais uma vez se percebe um desfaseamento entre os cuidados previstos e prestados.

Tabela 26 - Área de cuidados "colheitas"

CATEGORIA	TEMA	UNIDADE DE REGISTO
Colheitas	Inexistência no QCDP e Impacto em tempo de cuidados	<p>“[...] realizadas colheitas séricas [...] ocupando duas enfermeiras cerca de uma hora.” (R20)</p> <p>“[...] 6 crianças com colheitas séricas múltiplas com ajuda de um segundo elemento [...]” (R62)</p> <p>“Realizadas colheitas a dois lactentes ocupando duas enfermeiras durante cerca de meia hora [...]” (R85)</p> <p>“[...]colheitas de sangue a uma criança[...]”</p> <p>“[...] realizadas colheitas [...] em cateter central ocupando duas enfermeiras cerca de 45 minutos [...]” (R76)</p>

Verificou-se, através da análise dos relatórios diários, a impossibilidade de classificação de intervenções relacionadas com a realização de colheitas de sangue para análise, conforme o expresso na tabela da página anterior. Nota-se a preocupação dos enfermeiros gestores na referenciação dessas intervenções dada a sua inexistência no QCDP e dado o impacto que têm no tempo de cuidados, na duração e no número de enfermeiros que ocupam. Dois exemplos dessa realidade são os seguintes comentários: “[...] 6 crianças com colheitas séricas múltiplas com ajuda de um segundo elemento [...]” (R62), “Realizadas colheitas [...] em cateter central ocupando duas enfermeiras cerca de 45 minutos [...]” (R76), com especificações técnicas diferentes. Mais uma vez é feita referência à participação de mais do que um enfermeiro na execução da intervenção.

Tabela 27 - Área atividade “Outras atividades não cuidados”

CATEGORIA	TEMA	UNIDADE DE REGISTO
Outras atividades “não cuidados”	Inexistência no QCDP e Impacto em tempo de cuidados	<p>“[...] acompanhamento de aluna do 4º ano[...]” (R7)</p> <p>“[...] acompanhamento de alunos [...]” (R12)</p> <p>“Supervisão e acompanhamento de alunos de enfermagem.” (R54)</p> <p>“[...] tutoria de alunos[...] ” (R55,85)</p> <p>“[...] gestão de materiais, gestão de recursos humanos [...]” (R53)</p>

Pela leitura da tabela anterior, verificamos que foi atribuída importância à tutoria de alunos como tendo impacto na carga de trabalho dos enfermeiros. O facto de não ser um cuidado de enfermagem impossibilita a sua classificação no QCDP. Independentemente disso, os enfermeiros gestores fizeram referências a estas situações em relatórios diários através das anotações “...acompanhamento de aluna do 4º ano...” (R7) e “...supervisão e acompanhamento de alunos de enfermagem...” (R54), o que fundamenta a sua preocupação. O mesmo raciocínio se aplica à gestão de recursos humanos e materiais referenciados em relatório.

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos a discussão dos resultados, tendo em atenção a análise de conteúdo realizada e a contabilização, quer em tempo quer em frequência de registo, das intervenções realizadas e não classificadas. O facto de não termos encontrado bibliografia nacional e/ou internacional que fornecesse evidência científica sobre esta metodologia de classificação em Pediatria, dificultou-nos esta atividade, impossibilitando-nos de estabelecer comparação com resultados de outros estudos ou experiências de outros hospitais.

A discussão que se segue será orientada pela tentativa de responder às questões que elaborámos no início do estudo, com o intuito de explicar a não adesão dos hospitais pediátricos a esta metodologia de classificação.

a) O quadro de classificação em uso para pediatria traduz as necessidades de classificação de doentes pediátricos?

Apesar de não termos conseguido encontrar na literatura evidências científicas sobre a aplicação deste método em hospitais pediátricos, a experiência da aplicação da metodologia GRASP é, genericamente, reconhecida como base dos métodos mais eficazes para determinar o tempo consumido em cuidados de enfermagem (diretos e indiretos), possibilitando ajustar a dotação de enfermeiros às flutuações de cuidados de uma enfermaria e permitindo a corroboração dos resultados de outros métodos (Hurst, 2003; Scott, 2003; RCN 2003a, 2010).

Não podemos afirmar que este método responde às necessidades dos cuidados pediátricos mais diferenciados. No entanto, podemos aferir de que forma é que o quadro de classificação em uso para a pediatria responde às necessidades de classificação do hospital em estudo.

De acordo com os dados obtidos e apresentados no capítulo anterior, constatámos desvios entre as possibilidades de classificação fornecidas pelo quadro de classificação e as intervenções realizadas e registadas na documentação dos cuidados. Relativamente ao **impacto direto de tempo**, contabilizámos cerca de 135 horas de cuidados de enfermagem que não foram tidas em conta utilizando o quadro de classificação em uso para pediatria do

SCD/E. Se considerarmos a amostra disponível, concluímos que o impacto médio de horas de cuidados não classificados por doente nas 24 horas seria de quase 2 horas de cuidados. Isto porque:

$$\text{Tempo não classificado por doente} = \frac{\text{Desvio total em horas}}{n} = \frac{135}{72} = 1,875$$

Este cálculo apenas se refere aos cuidados que ultrapassam a frequência estabelecida no quadro de classificação em uso para pediatria (Anexo 1), por nível de dependência nas 24 horas. Adicionalmente, deveriam ser contabilizados os cuidados diretos que apesar de terem sido executados não são considerados no mesmo, não podendo, por isso, ser calculados.

Algumas das intervenções identificadas na análise dos dados recolhidos, e que consideramos como potenciais causadoras de maior impacto, em tempo despendido, na carga de trabalho dos enfermeiros, seja pela elevada frequência de ocorrência ou pela morosidade da sua execução são:

- Monitorizar a dor;
- Vigiar a dor;
- Otimizar ventilação através de equipamento;
- Otimizar cateter central;
- Administrar medicação por sonda naso-gátrica;
- Avaliar risco de úlcera de pressão;
- Estimular alimentação por boca;
- Dar alimentação por sonda de gastrostomia;
- Incentivar papel parental;
- Negociar papel parental;
- Instruir os pais a tratar da queimadura;
- Treinar os pais a tratar da queimadura;
- Realizar tratamento não farmacológico da dor;
- Tomar conta da criança;
- Colher sangue em veia periférica para análise;
- Colher sangue em cateter central para análise.

Além destas intervenções, é importante, pelo rigor das práticas, destacar outras que, apesar de não ocorrerem com a mesma frequência, consomem um elevado número de horas de cuidados, por vezes transversalmente a diferentes dias ou mesmo turnos, nomeadamente as intervenções “Assistir o luto” ou “Assistir na amamentação” ou ainda “Gerir administração de medicação”.

Numa segunda fase, a análise de conteúdo desenvolvida validou a maioria das intervenções encontradas pelo investigador na análise efetuada aos relatórios diários. Esta realidade foi visível na **maioria das áreas de cuidados**, como podemos observar nas referências dos gestores em relação às possibilidades/dificuldades de classificação (tabelas 20 a 27). Ilustramos esta realidade com as seguintes afirmações transcritas dos relatórios diários: “... ensinos múltiplos na mesma criança e família sobre os diferentes aspetos do regime medicamentoso...” (R2); “...vários ensinos dia nas mesmas crianças... participação nos cuidados, preparação do regresso a casa...” (R36); “...uma jovem diabética sem acompanhante...tem ao longo do dia várias monitorizações/vigilâncias e ensinos em todas as refeições... classificada com 2 h de cuidados para as 24 h” (R57). Estas citações expressam a dificuldade que os gestores têm em atribuir ou quantificar em termos de tempo algumas atividades, nomeadamente a preparação para a alta ou a adequação da resposta do doente ao seu novo estado de saúde, como se pode observar no exemplo da jovem com diabetes.

Foram encontradas ainda dificuldades de classificação em outro tipo de intervenções, de cariz mais técnico, como por exemplo a utilização de equipamentos, o que nos parece implícito nas seguintes citações “...Ventilação não invasiva em várias crianças...” (R2,3,4,6); “... 3 crianças com VNI (manutenção e cuidados ao material)...” (R46); “...cuidados a estomas duas crianças traqueostomizadas, (R6); “... cuidados à traqueostomia...”(R16); “...crianças com necessidade de *cough assist*...”(R12).

O tema “**não adequação das intervenções realizadas com as parametrizadas no quadro de classificação para a pediatria**” pode ser enquadrado com a dificuldade em encontrar um nível de dependência que

satisfaça a necessidade do classificador, como sugere a afirmação “Há familiares que necessitam apoio específico mas que não se pode classificar como apoio emocional, ex: alguém que questiona todos os procedimentos... solicita apoio com elevada frequência R(62)”. Esta realidade encerra alguns cuidados de difícil, se não impossível monitorização, tais como a capacidade de ouvir ou a disponibilidade contínua para responder às solicitações, numa perspetiva de estabelecimento de confiança nos cuidados de enfermagem. Outro exemplo está associado com “...1 criança em isolamento, sem acompanhante, monitorizada... não estando a dormir necessita de enfermeira em permanência... (R62)”, em que identificamos as atividades de tomar conta e de constante presença, ainda que não seja a prestar cuidados técnicos que, não podendo ser classificados, também dificilmente serão enquadrados em alguma escala de tempo.

A preocupação com a **inexistência de intervenções no quadro de classificação em uso para a pediatria** foi outro tema que surgiu na análise. Este tema é desencadeado por afirmações como “...por classificar ... avaliação da dor...”; “...punção lombar... R(43)”; “...2 episódios de reanimação com realização de broncofibroscopia...R(4)”, em que os enfermeiros sinalizaram objetivamente a impossibilidade de registo de intervenções dada a sua especificidade ou o **impacto de tempo**¹¹ que provocam nos cuidados diários, como por exemplo “realizadas colheitas... em cateter central ocupando duas enfermeiras cerca de 45 minutos...” (R76) ou “...Realizado penso e balneoterapia a criança queimada internada ocupando 2 enfermeiras cerca de 1 hora...(R27) e “...realizadas manipulações de cateteres centrais para administração de terapêutica e para substituição de sistemas, ocupando dois enfermeiros 1/2h...” (R39).

Outro tema igualmente explorado e que foi adquirindo visibilidade na análise dos conteúdos refere-se às situações em que os enfermeiros gestores registaram preocupação em relação à **insuficiente frequência prevista** de algumas intervenções passíveis de classificação. Esta realidade foi sinalizada em anotações, como por exemplo “... ensinamentos múltiplos na mesma criança e família sobre

¹¹ O facto de termos definido um tema como “impacto de tempo” fundamentou-se apenas na facilitação da análise de conteúdo a efetuar, não significando que os outros temas não tenham esse efeito de consumo de tempo de cuidados.

os diferentes aspetos do regime medicamentoso...(R2)” ou “...várias aspirações/dia na mesma criança...” (R50,53,54,59).

A **imprevisibilidade do tipo de cuidados**, outro dos temas em destaque, resulta da obrigatoriedade dos serviços em admitir crianças em regime de urgência nas 24 horas durante todos os dias do ano, o que causa dificuldades acrescidas nas “respostas às flutuações” já citadas anteriormente nos trabalhos de Hurst (2003), limitando a utilização do sistema nas potencialidades de previsão ciclo a ciclo de recursos.

Por último, na categoria “Outras atividades/não cuidados” as referências realizadas pelos gestores em relação a esta área são demonstrativas da preocupação dos mesmos. O acompanhamento de alunos e as tarefas de gestão de recursos, desenvolvidos pelos enfermeiros na ausência do enfermeiro chefe, foram alvo de registo como fator consumidor de tempo e de não registo. Não se consegue, objetivamente, medir com rigor o impacto de tempo que estas atividades têm no período de trabalho dos enfermeiros.

Reforçamos ainda o facto de, neste estudo, apenas terem sido contabilizados os cuidados diretos, em virtude de não existirem registos dos cuidados indiretos realizados. Se considerarmos o que nos diz Hurst (2003) a este respeito, em especial o facto de que os cuidados indiretos assumirem cada vez mais um maior peso do que os cuidados diretos realizados pelos enfermeiros nas suas práticas diárias e se refletirmos sobre a nossa realidade, podemos afirmar que se existisse a possibilidade de os contabilizar, o desvio encontrado teria um valor significativamente maior. Pensando especificamente na nossa realidade, podemos tomar o seguinte exemplo como um tipo de cuidado indireto: “Atualização do plano de cuidados”. Verifica-se que quanto maior a diferenciação dos cuidados de saúde à criança, maior a frequência de atualização do plano, pela necessidade de adequar as intervenções às respostas da criança e família aos tratamentos / intervenções que lhe são prescritas.

Pelo exposto, podemos afirmar que o atual quadro de classificação em uso para pediatria é insuficiente para dar resposta às reais necessidades de

classificação dos cuidados de enfermagem de um Hospital Pediátrico com as características do hospital em estudo.

Os resultados obtidos conduzem-nos diretamente para a próxima questão:

b) As horas de cuidados previstas para dotação de enfermeiros em unidades de cuidados pediátricos, calculadas utilizando o método ajustado, coincidem com as horas necessárias para a provisão desses cuidados em hospitais pediátricos?

Para conseguirmos responder a esta questão, necessitamos perceber a forma como atualmente são elaborados os cálculos de pessoal de enfermagem para unidades de internamento pediátrico.

O Ministério da Saúde (2006) a propósito da definição de critério para atribuição de regime de horário acrescido, publicou a Circular Normativa nº1/2006 onde são definidos os métodos de cálculo de pessoa de enfermagem. Em relação às unidades de internamento é atribuída a seguinte fórmula:

$$EN = \frac{LP \times TO \times HCN/DI \times N.^{\circ} \text{ dias/ano}}{T}$$

em que:

EN = Número de enfermeiros necessários

LP = Lotação praticada

TO = Taxa de ocupação esperada – a fornecer pela hospital

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano

HCN/DI = Número de horas de cuidados necessárias por dia de internamento / doente

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano: 1268 h para Serviços de Psiquiatria e Oncologia 1435 h para restantes Serviços.

Na fórmula em questão, as HCN/DI são consideradas de acordo com os resultados publicados em relatório pela DGPRH para cada especialidade, sendo neste caso definidas para internamentos pediátricos como 4,78 horas de cuidados de enfermagem por doente e por dia. Este valor resulta da média dos resultados encontrados pela aplicação do QCDP (o mesmo quadro de classificação em

utilização nos serviços estudados) nas unidades de pediatria que apresentamos de seguida:

- **Serviços de Pediatria das unidades hospitalares de:** Santo Tirso; Vila Nova de Famalicão; Bragança; Mirandela; Chaves; Lamego; Barreiro; Abrantes; Torres Novas; Portimão.
- **Serviços de Pediatria dos Hospitais:** São Miguel SPA (Oliveira de Azeméis); Pêro da Covilhã (Covilhã); São Teotónio, EPE (Viseu); Distrital da Figueira da Foz; Sousa Martins (Guarda); São Francisco Xavier (Lisboa); Espírito Santo, EPE (Évora), José Joaquim Fernandes Beja (Beja); Dr. José Maria Grande (Portalegre); de Faro, EPE; Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE; Dr. Nélcio Mendonça (Funchal).

O hospital em estudo é um hospital central especializado com caraterísticas diferentes na oferta de cuidados de saúde em relação às unidades de pediatria nomeadas anteriormente. Este facto reflete-se na tipologia de cuidados prestados e, conseqüentemente, nas caraterísticas necessárias para a parametrização de um quadro de classificação.

Existe, todavia, uma proposta realizada por um grupo de trabalho, constituído por elementos do Ministério da Saúde e da Ordem dos enfermeiros, onde através da utilização dos valores médios anuais produzidos pelo SCD/E, são revistas os as HCN/DI para 5,01 horas. Apesar de atualizar o valor de 2006, este “enferma”, na nossa opinião, do mesmo mal: é obtido com recurso às médias de hospitais com caraterísticas diferentes e, por essa razão, com intervenções de enfermagem diferentes das prestadas no hospital em estudo.

De acordo com os desvios encontrados, podemos concluir que as horas de cuidados que atualmente são previstas e utilizadas na negociação de dotações seguras de enfermeiros em unidades de cuidados pediátricos não coincidem com as horas necessárias para a provisão desses cuidados em hospitais pediátricos especializados.

c) A verificar-se assimetria entre as necessidades dos serviços e as potencialidades dos sistema, quais as áreas de melhoria identificadas numa perspetiva de qualidade total?

As áreas de melhoria identificadas estão diretamente relacionadas com os temas encontrados por categorias na análise qualitativa de conteúdos realizados aos relatórios de turno, bem como da enumeração e contabilização de intervenções inexistentes ou com número desadequado de frequência de realização. A primeira melhoria que identificámos como necessária consiste no ajustamento do quadro de classificação existente à realidade das necessidades dos hospitais especializados pediátricos, considerando obrigatoriamente:

- **Novas áreas de cuidados** - Pela análise realizada, constata-se a necessidade de considerar duas áreas: uma de cuidados relacionados com colheitas de sangue e uma segunda de outras atividades, nomeadamente relacionadas com a gestão e tutoria de alunos. Não se tratando de uma área de cuidados, esta última é de difícil consideração, porque metodologicamente será difícil estabelecer um procedimento que oriente a contabilização de tempo para a sua execução, daí que não é possível antecipar uma forma de o fazer com o rigor que um método de classificação deve possuir.
- **Novas intervenções de enfermagem** - Neste campo surgiram várias intervenções, expressas pelos gestores de enfermagem ou identificadas pelo investigador na análise efetuada aos registos de enfermagem, que careciam de ser consideradas no quadro de classificação. Estas estão incluídas em procedimentos específicos que são executados com frequência nos serviços em causa. Em alguns casos, a importância dos procedimentos é de tal forma que são a razão da existência do próprio serviço. Por exemplo, a possibilidade de se executarem tratamentos a crianças queimadas com recurso balneoterapia sob anestesia, procedimento não existente no quadro de classificação para pediatria, é a uma das justificações para a existência do próprio serviço. Só com uma parametrização ajustada às necessidades reais poderemos aferir

de forma mais aproximada o número de horas de cuidados realmente necessários para a execução dos cuidados de enfermagem.

- **Nova forma de abordar a frequência das intervenções classificáveis**

- Existem intervenções que, apesar de serem classificáveis, a frequência que lhes é atribuída fica aquém da realizada em ambos os serviços. Este facto poderia ser resolvido de duas formas: aumentar o número de graus de dependência que satisfizessem a real frequência de execução das intervenções; ou dar o salto que realmente poderá fazer a diferença, facilitado pelo facto de o sistema de classificação já poder ser parametrizado e utilizado informaticamente, ultrapassando assim, as constantes operações matemáticas que tinham de ser realizadas na contabilização das horas de cuidados previstos. A utilização informática permite uma nova abordagem, mais correta e objetiva, que passaria por tornar o SCD/E e o SAPE integrados e interoperáveis; pela atribuição de um tempo por intervenção que seria contabilizado automaticamente sempre que a intervenção fosse prescrita e realizada, possibilitando não só uma maior objetividade na previsão das horas de cuidados necessários, mas também uma maior precisão na contabilização do tempo realmente gasto e análise no momento de desvios ocorridos.

Outras soluções de melhoria prendem-se com a imprevisibilidade dos serviços e a filosofia dos cuidados. Estes não têm a ver propriamente com o quadro de classificação existente e em aplicação, mas com características associadas aos serviços prestadores de cuidados:

- **A imprevisibilidade dos serviços** - A existência de um serviço de urgência aberto todos os dias do ano, durante 24 horas, característico dos hospitais com esta dimensão e abrangência, motiva dificuldades na previsão do número de doentes para o próximo ciclo de cuidados. É certo que, através do histórico da instituição, se não existirem alterações na oferta de cuidados, conseguimos, com alguma margem de certeza, encontrar um número médio de internamentos não programados com proveniência na urgência. Contudo, quando o enfermeiro gestor faz os

relatórios diários ou prevê as horas de cuidados necessários para o próximo ciclo de cuidados não consegue utilizar esses valores para a dotação de pessoal de enfermagem. O método de cálculo de pessoal por ratio enfermeiro/camas consegue ultrapassar estes imprevistos, apesar dos inúmeros pontos fracos que a literatura lhe atribui e que já foram abordados anteriormente (capítulo 3). Este raciocínio fundamenta-se no que alguns autores (Hurst, 2003; RCN, 2010; Mueller 2010) preconizam para calcular dotações seguras a utilização comum de diferentes métodos, sendo o mais referenciado a utilização da triangulação: atividades cronometradas (SCD/E)/ juízo profissional/ rácio enfermeiro por cama ocupada.

- **A filosofia dos cuidados** - Alguns enfermeiros manifestam “horror” a este método de classificação, por considerarem que não respeita o conceito holístico dos cuidados (Hurst, 2003; Scott, 2003; RCN, 2010) o que provoca dificuldades na implementação do sistema. Para Pereira (2009), os sistemas de informação não devem dividir a pessoa em sistemas; devem, pelo contrário, ser integradores e respeitar a individualidade dos cuidados. Nos relatórios analisados, conseguimos identificar registos de intervenções que os gestores consideravam não classificáveis, tais como a relação a estabelecer com os pais e com as crianças, na disponibilidade para acompanhar, esclarecer, tirar dúvidas. Esta disponibilidade e relação de confiança são fatores chaves na metodologia individual de trabalho e de enfermagem de referência, descritas no capítulo 2, como “construtoras” de pontes de confiança para uma relação terapêutica ótima quando pensamos nas atividades de ensino, instrução e treino numa perspetiva de preparação para a alta e adaptação aos novos estados de saúde. Não consideramos que exista qualquer incompatibilidade entre o sistema de classificação e estas metodologias de trabalho, todavia, julgamos que não existe resposta a este tipo de cuidados, no quadro de classificação em uso para pediatria, pela inexistência de intervenções e pela baixa pontuação atribuída às existentes.

CAPÍTULO 8 - CONCLUSÕES

Para finalizar este estudo, procurar-se-á refletir sobre o caminho percorrido, as dificuldades sentidas no percurso, os contributos empíricos deste estudo e as potenciais futuras linhas de investigação neste campo.

Atualmente, o SCD/E não é de utilização obrigatória nos hospitais do nosso país. A sua implementação está dependente da decisão dos gestores hospitalares e do DGPRH. Cabe a todos os utilizadores a responsabilidade da monitorização dos resultados obtidos e a elaboração de propostas de adaptação às novas realidades de cuidados de enfermagem que resultam da evolução do conhecimento em saúde.

O presente trabalho é pioneiro no estudo da aplicação de um sistema de classificação num hospital pediátrico em Portugal. Este facto obrigou a um esforço acrescido no esclarecimento de conceitos e no enquadramento teórico relacionado não só com o sistema de classificação propriamente dito, mas também com a abordagem da disciplina de enfermagem e na reflexão sobre as metodologias de trabalho mais utilizadas.

A novidade do tema levantou ainda algumas dificuldades em termos de fundamentação bibliográfica. A bibliografia é rica em trabalhos de aplicação deste método em adultos mas escassa, senão mesmo inexistente, no domínio da pediatria.

O facto de o estudo estar a ser desenvolvido numa instituição onde a metodologia começou a ser utilizada muito recentemente provocou também um atraso na recolha dos dados e na obtenção da autorização para a realização do estudo, tendo sido possível apenas o primeiro contacto com os mesmos no princípio de Agosto de 2012.

O modelo de análise escolhido representou também um acréscimo de trabalho ao estudo desenvolvido, em virtude de o investigador não dominar as ferramentas informáticas de tratamento dos conteúdos e pela consequente e consciente, opção de proceder ao tratamento dos dados sem recorrer às mesmas.

Às razões referenciadas acima, somou-se a diminuta disponibilidade de quem assumiu, de forma informada, o estatuto de trabalhador estudante, o que explica o atraso verificado na conclusão do presente estudo. Apesar de tudo, estamos certos de que este trabalho representa o início de uma trajetória que, oxalá, possibilite a realização de outros futuros estudos sobre esta temática.

Através da análise qualitativa de conteúdo dos relatórios de turno foi possível identificar aspetos de melhoria do quadro de classificação em uso para pediatria e, por outro lado, questionar fatores que podem influenciar a adoção destas ferramentas no âmbito do apoio à decisão sobre dimensionamento de equipas de enfermagem. Estamos conscientes de que a obtenção de resultados de monitorização verdadeiramente fiáveis depende da adequação entre sistemas de classificação e sistemas de documentação das práticas.

Realçamos as questões que se reservam à carga de trabalho dos enfermeiros e da definição sobre o que a compõe como uma das possíveis linhas de investigação, na tentativa de perceber comparativamente a tipologia de cuidados prestados em Portugal e em outros países de referência, nomeadamente no Reino Unido, Austrália e EUA, contextos onde estas questões têm sido alvo de preocupação. Diretamente relacionada com esta temática surge a necessidade de investir nas tecnologias de informação, em especial a questão da interoperabilidade entre sistemas: um “clique”, uma intervenção, um tempo”.

Outro possível caminho de investigação consiste no estudo do impacto, em termos de tempo utilizado, da prestação de cuidados de enfermagem para a capacitação dos pais ao novo papel no exercício da parentalidade.

Consideramos que este estudo contribuiu de forma conceptual e empírica para a produção de conhecimento neste campo. A utilização de metodologia exploratória permitiu a formulação de novas questões em virtude das respostas obtidas. Além disso, com base no estudo de caso feito, demonstrou-se que o quadro de classificação em uso para pediatria não dá uma resposta completa às necessidades da instituição estudada. Adicionalmente, identificaram-se claramente áreas de melhoria, das quais se destacam: a introdução de novas intervenções, a inclusão de novas áreas de cuidados e a alteração à metodologia de pontuação de intervenções.

Ficou ainda demonstrado, pela análise de conteúdo dos relatórios de turno, que importa refletir de uma forma mais objetiva sobre a adequação de algumas intervenções e do tempo que lhes é atribuído face às especificidades pediátricas, nomeadamente nas áreas de ensino, instrução e treino de competências aos pais e aos adolescentes.

Outra das áreas acrescentadas por este estudo é a confirmação, tendo por base a nossa realidade, da necessidade de se considerar a rigidez dos métodos de cálculo de número de enfermeiros quando se estuda o dimensionamento de equipas de enfermagem. Para bem da segurança e da resposta adequada às necessidades, é aconselhada a utilização de mais do que um método de estimação.

Sabemos que seria desejável ter ido mais além neste caminho de investigação, sobretudo tendo em conta as questões que foram surgindo ao longo deste estudo e que poderiam conduzir a outros trajetos de procura de evidência, porém, este foi o caminho possível, tendo em conta os constrangimentos já aqui enumerados. Destarte, fica o compromisso de desenvolver mais investigação nesta área.

BIBLIOGRAFIA

- Angeloni, Maria. T (2003) “Elementos intervenientes na tomada de decisão”. *Revista Ciência e Informação*, Brasília: v. 32, nº1, Jan./Abr., 17-22, www.scielo.br/pdf/ci/v32n1/15969.pdf [11 de Dezembro de 2012].
- ACSS (2011) “Hospital: Definição e Classificação”, <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital: defini%C3%A7%C3%A3o e classifica%C3%A7%C3%A3o> [6 de Janeiro de 2013].
- Barañano, Ana M. (2004) *Métodos e técnicas de Investigação em Gestão: Manual de Apoio à Realização de Trabalhos de Investigação*, 1ª ed., Lisboa: Edições Sílabo.
- Bardin, Laurence (2011) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Lda.
- Basto, Marta. L. (2009) “Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso”. *Pensar Enfermagem*. Vol. 13. N.º 2, 11-18, [www.pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://www.pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf) [12 de Dezembro de 2012].
- Becker, H. (1990) “Técnicas de análise qualitativa” www.cin.ufpe.br/~pcart/metodologia/pos/Mayring043.pdf [12 de dezembro de 2012].
- Betz, Cecil (2001) “Adding to the Nursing Shortage Chorus”. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*. Dezembro, 16(6), 387-389, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11740784> [21 de Outubro de 2012].
- Burhans, Linda M. (2008) “What is good Nursing care? The lived Meaning of quality nursing care for practicing nurses”. Faculty of the College of Nursing East Carolina University, <http://hdl.handle.net/10342/1085> [19 de Agosto de 2012].
- Candeias, Anabela P. C. (2003) *A relação entre as horas de cuidados de enfermagem necessárias e prestadas e os resultados observados em doentes internados em meio hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública.
- Chiavenato, Idalberto (1999) *Gestão de pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus Lda.

- Costa, J. S. (2004) “Métodos de prestação de cuidados”, www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf [12 de agosto de 2012].
- Cunha, Miguel P., Rego, Arménio; Cunha, Rita C., Cabral-Cardoso, C.; Marques, Carlos A.; e Gomes, Jorge F. S. (2010) *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- DDSFSG (2005) *Manual de Normas de Classificação de Doentes e de Auditoria da Classificação*. Lisboa: IGIF.
- DGPRH (2010) “Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de Cuidados de Enfermagem. Relatório de 2009”, <http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oePlaneamentoRH/SCDEManualNormasEnfermagem/tabid/650/language/ptPT/Default.aspx>. [19 de Janeiro de 2013]
- DGPRH (2011) *Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem. Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de cuidados de enfermagem em pediatria*. Lisboa: ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde.
- Dias, Sofia; Queirós, Cristina; Carlotto, Mary S. (2010) “Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal”, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942010000200002&script=sci_arttext [13 de Fevereiro de 2013].
- Dini, Ariane P.; Fugulin, Fernanda M. T.; Veríssimo, Maria D. L. Ó. R.; Guirardello, Edinêis D. B. (2011) “Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 575–80, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21710060> [12 de Maio de 2012].
- Escoval, Ana (2003) *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português*. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, http://www.contratualizacao.minsaude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf [17 Setembro de 2012].

- Ferreira, Manuel P.; Santos, João C.; Reis, Nuno; Marques, Tânia (2010) *Gestão Empresarial*. Lisboa-Porto: Lidel- Edições técnicas.
- Finlayson, Belinda; Dixon, Jennifer; Meadows, Sandra; Blair George (2002) "Mind the gap: the extent of the NHS nursing shortage". *BMJ*, Setembro, 325(7363), 538–54, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124061/> [15 de junho de 2012].
- Flynn, M., McKeown, M. (2009) "Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research". *Journal of nursing management*. 17(6), 759–66.
- Frederico, Maria M.; Leitão, Maria A. (1999) *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU-Formação e saúde Lda.
- Gomes, António R.; Cabanelas, Susana; Macedo, Valdemar; Pinto, Cristina; Pinheiro, Luzia (2008) "Stresse, "burnout", saúde física, satisfação e realização em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar". Universidade do Minho, <http://hdl.handle.net/1822/7824> [13 de Fevereiro de 2013].
- Gouveia, Márcia T. O.; Mendes, Mónica C. S.; Luz, Yaciara P. O.; Silva, Grazielle R. F. (2010) "Classificação de pacientes pediátricos em um hospital de ensino de Teresinha". *Revista Rene*. vol. 11, 160-168.
- Harper, Kell.; McCully, Crystal (2007) "Acuity systems dialogue and patient classification system Essentials". *Nursing administration quarterly*. 31(4), 284–99.
- Henry, Suzanne B.; Mead, Charles N. (1997) "Nursing classification systems: necessary but not sufficient for representing "what nurses do" for inclusion in computer-based patient record systems". *Journal of the American Medical Informatics Association*. Vol. 4 (3), 222-232.
- Hesbeen, W. (2000) *Cuidar no Hospital. Enquadrar cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Hill, Manuela M.; Hill, Andrew (2008) *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Hospital Pediátrico de Coimbra (2012) *Crianças e famílias. Como as cuidamos- Plano estratégico para o serviço de enfermagem*. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Hurst, Kheit (2003) *Selecting and Applying Methods for Estimating the size and Mix of Nursing Teams*. Leeds: Nuffield Institute for Health.
- ICN (2006) *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses.
- ICN (2010) "Definition of nursing", <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> [11 de Novembro de 2012]
- Jornal de Notícias (2011) "Enfermeiros de hospitais poderão ser transferidos para centros de saúde", 21 de setembro, http://www.jn.pt/PaginalInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=2009704 [26 de dezembro de 2012]
- Killeen M.R. (2002) "Eye on Washington, Focusing on Nursing Numbers". *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Vol.15 (2), 84-85.
- Laus, Ana M; Anselmi, Maria L. (2004) "Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 12(4), 643-649.
- Macaia, Damas (2005) *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: Contributos na Gestão dos Enfermeiros nos Hospitais da Rede Nacional de Saúde*. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão Pública. Universidade dos Açores.
- Matos, Elisa T.; Costa, Marília S. A. (2002) "Rotatividade de pessoal de enfermagem". *Revista Sinais Vitais*. Nº 43, 22-29.
- Meleis, Ibrahim Afaf (2007) *Theoretical Nursing, Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins,
- Ministério da Saúde (1996) Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Dec. Lei nº 161/96. Lisboa: Diário da República, nº 205/96 Série A de 4 de novembro de 1996, p. 2959-2962.
- Ministério da Saúde (2006) "Circular normativa. Regime de horário acrescido-critérios", <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F45401E3-62A5-4E0B->

998A-

A6D02659EAD3/4091/CN_0601_01Hor%C3%A1rio20Acrescido_Anexo1.pdf
[10/12/2012]

Morris, Roison; MacNeela, Padraig; Scott, Anne; Treacy, Pearl; Hyde, Abbey (2007) "Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review". *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 463–71.

Mueller, Martin; Lohmann, Stefanie; Strobl, Ralf; Boldt, Christine; Grill, Eva (2010). "Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study". *BMC health services research*. 10(1), 1-12.

Murphy, Janet; Morris, Kevin (2005) "Accounting for care: healthcare resource groups for paediatric critical care". *Paediatric Nursing*. 20(1), 37-39.

Numata, Yuka; Schulzer, Michael; Van der Wal, Rena; Globberman, Judith; Semeniuk, Pat; Balka, Ellen; Fitzgerald, J. M. (2006) "Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis". *Journal of advanced nursing*. 55(4), 435–448.

Nunes, Florbela (2005) "Responsabilidade social das empresas. Contributos para a construção de uma ferramenta de gestão". *Economia e sociologia*. 79, 93-105.

O'Brien-Pallas, Linda; Thomson, Donna; Hall, Linda M.; Pink, George.; Kerr, Mickey; Wang, Sping; Li, Xiaoqiand; Meyer, Raquel (2004) "Evidence-based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance. Report for the Canadian Health Services Research Foundation" Setembro, <http://www.hrhresourcecenter.org/node/1459> [19 de Outubro de 2012].

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) "Relatório de Primavera 2012 - Crise & Saúde Um país em sofrimento", <http://www.observaport.org/rp2012> [15 de novembro de 2012]

Ordem dos Enfermeiros (2008) "A enfermagem em Portugal", www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../Brochura_10anos2008.pdf [15/12/2012]

Pereira, Filipe M. S. (2009) *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

- Polit, D.F.; Hungler, B.P. (1995) *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3 Ed., Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rajecky, Ron (2009) "Mandatory nurse staffing ratios: Boon or bane?", <http://www.modernmedicine.com/news/mandatory-nurse-staffing-ratios-boon-or-bane?> [18 de Outubro de 2012].
- Registered Nurses' Association of Ontario (2005) "Nursing Workload Measurement Systems - A Discussion of the Issues", Ontario, <http://rnao.ca/policy/reports/Nursing-Workload-Measurment-Systems-Discussion-Paper> [20 de outubro de 2012].
- Robinson, Carol (2009) "Nursing Care Delivery Systems" in Osborn, Kathleen S.; Wraa, Cheryl E.; Watson, Annita *Medical-Surgical Nursing - Preparation for Praticce*. New Jersey: Pearson, 85-95.
- Royal College of Nursing (2003a) "Guidance for nurse staffing in critical care" London, http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78560/001976.pdf [3 de setembro de 2012]
- Royal College of Nursing (2003b) "Defining Nursing" London, www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf.../001998.pdf [15/12/2012]
- Royal College of Nursing (2010) "Guidance on safe nurse staffing levels in the UK" London, http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf [12/11/ 2012]
- Santos, Andreia N.; Guimarães, Daniela D. (2011) "Espiritualidade, Saúde e o Cuidado de Enfermagem", <http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/ESPIRITUALIDADE,%20SAUDE%20E%20O%20CUIDAD O%20DE%20ENFERMAGEM.pdf> [22 de novembro de 2012]
- Schermerhorn, R.; Hunt, J. G. & Osborn, R. N. (1999). *Fundamentos de comportamento organizacional*. Porto Alegre: Bookman.
- Scott, Cherryl (2003) "Setting safe nurse staffing levels - An exploration of the issues", http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf [12 de novembro de 2012]
- Seago, Jean A. (2001) "Nurse Staffing, Models of Care Delivery, and Interventions. Making Health Care Safer – A critical Analysis of Patient Safety

- Practices, Evidence Report/Technology Assessment”, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26978/> [21 de dezembro 2012]
- Serra; F.R.; Ferreira, M.P.; Torres; M.C.; Torres, A.P. (2008) *Gestão Estratégica. Conceitos e Prática*. Lisboa-Porto: Lidel- Edições técnicas.
- Serrano, Maria T. P.; Costa, Arminda S.M.C.; Costa, Nilza M.V.N. (2011) “Cuidar em Enfermagem. Como descrever a(s) competência(s)”. *Revista de Enfermagem*”Referência. Série III nº 3, 15-23.
- Sheward, Louisa; Hunt Jennifer; Hagen Suzanne; Macleod, Margaret e; Ball, Jane (2005) “The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction”. *Journal of Nursing Management*. Nº 13, 51-60.
- Sousa, Paulino. (2006) *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde – um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Spence, Kaye; Tarnow-Mordi, William; Duncan; Jayasuryia, Nelun; Elliott; King, Jenny; Kite, Fiona (2006) “Measuring nursing workload in neonatal intensive care”. *Journal of nursing management*. 14(3), 227–34.
- Tevington, Pamela (2011) “Mandatory Nurse-Patient Ratios”. *Medsurg nursing*. Vol. 20 (5), 227-234.
- Urbano, João; Bentes Margarida (1990) “Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.8 nº1, 49-60.
- Van den Heede, Koen; Diya, Luwis; Lesaffre, Emmanuel; Vleugels, Arthur; Sermeus, Walter (2008) "Benchmarking nurse staffing levels: the development of a nationwide feedback tool". *Journal of Advanced Nursing*. 63(6), 607–18.
- Veiga, Bárbara S; Simões, Helena; Campos Ana P (2000) “Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem”. *IGIF Boletim Informativo*, http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Sistema_de_Classifica%C3%A7%C3%A3o_de_Doentes_em_Enfermagem [6 de setembro de 2012]

- VAZ, Jorge J. L. (1998) “Questões epistemológicas fundamentais na investigação em gestão: O método hipotético dedutivo”. *Estudos de Gestão*. Vol. IV, nº 2. 129-132.
- Zhu Xiao-wen; You Li-ming; Zheng Jing; Liu Ke; Fang Jin-bo; Hou Shu-xiao; Lu Min-min; Lv Ai-li; Ma Wei-guang; Wang Hong-hong; Wu Zi-jing; Zhang Li-feng. (2012) “Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: a multisite study in Chinese hospitals”. *Journal of Nursing Scholarship*. 44(3), 266-73.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2005) “Nursing Workload Measurement Systems - A Discussion of the Issues”, Ontario, <http://rnao.ca/policy/reports/Nursing-Workload-Measurment-Systems-Discussion-Paper>. [20 de outubro de 2012].

ANEXOS

ANEXO I - QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM USO PARA PEDIATRIA

SCD/E QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - PEDIATRIA													
HOSPITAL: _____ UNIDADE: _____						DATA							
NOME: _____ CAMA: _____						RUBRICA							
Nº PROCESSO CLÍNICO: _____ Nº EPISÓDIO: _____													
ÁREAS DE CUIDADOS													
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível – o mais elevado que se aplicar)													
• Independente / por familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
• Ajuda parcial	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Ajuda total	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
NUTRIÇÃO (assinale um nível – o mais elevado que se aplicar)													
• Independente / dieta zero / por familiar	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Ajuda parcial	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
• Ajuda total	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
• Alimentação por biberão, copo, colher 4 – 6 x dia	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
• Alimentação por biberão, copo, colher ≥ 7 x dia	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
• Alimentação por sonda	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	
(assinale também, se se aplicar)													
• Alimentação por biberão, copo, colher 1 – 3 x dia	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível – o mais elevado que se aplicar)													
• Independente / por familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
• Independente com supervisão	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
• Ajuda parcial 1 – 4 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Ajuda parcial ≥ 5 x dia	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
• Ajuda total 1 – 4 x dia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
• Ajuda total ≥ 5 x dia	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
ELIMINAÇÃO (assinale um nível – o mais elevado que se aplicar)													
• Independente / por familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
• Ajuda parcial 1 – 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
• Ajuda parcial ≥ 3 x dia	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
• Ajuda total 1 – 4 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Ajuda total ≥ 5 x dia	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
• Incontinente ≥ 4 x dia	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
(assinale também, se se aplicar)													
• Incontinente 1 – 3 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Teste de urina	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
MEDICAÇÃO (assinale todos os níveis que se aplicarem)													
• Via oral, auricular, nasal, ocular, cutânea, rectal 1 – 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
• Via oral, auricular, nasal, ocular, cutânea, rectal 3 – 4 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Via oral, auricular, nasal, ocular, cutânea, rectal ≥ 5 x dia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
• Via parentérica – IV – IM – SC 1 – 2 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Via parentérica – IV – IM – SC ≥ 3 x dia	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
• Medicação intravenosa por perfusão 1 – 2 x dia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
• Medicação intravenosa por perfusão ≥ 3 x dia	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
• Hemoterapia / Medicação intravenosa intermitente	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
• Medicação intravenosa contínua	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
• Oxigenoterapia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
• Inaloterapia / atmosfera húmida	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)													
• Penso simples / Penso pré-operatório	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Penso complexo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
• Aparelho gessado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
• Dispositivo de tracção	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Aspiração de secreções / drenagem postural	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
SINAIS VITAIS / OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)													
• Temperatura, respiração 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
• Temperatura, respiração ≥ 3 x dia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
• Pulso, pressão sanguínea e/ou saturação de oxigénio 1 – 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
• Pulso, pressão sanguínea e/ou saturação de oxigénio ≥ 3 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
• Monitorização	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
• Avaliação neurocirculatória	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
• Peso corporal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
ACTIVIDADES DE APOIO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (assinale todos os níveis que se aplicarem)													
• Apoio emocional especial	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
• Ensino programado	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
• Criança isolada	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)													
• Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
• Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
						PONTOS							
						HCN							
TABELA DE CONVERSÃO													
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN
6 - 9	1,5	23 - 27	3,5	41 - 44	5,5	58 - 61	7,5	75 - 79	9,5	93 - 96	11,5	110 - 114	13,5
10 - 14	2	28 - 31	4	45 - 48	6	62 - 66	8	80 - 83	10	97 - 101	12	115 - 118	14
15 - 18	2,5	32 - 35	4,5	49 - 53	6,5	67 - 70	8,5	84 - 88	10,5	102 - 105	12,5	119 - 122	14,5
19 - 22	3	36 - 40	5	54 - 57	7	71 - 74	9	89 - 92	11	106 - 109	13	123 - 127	15

ACSS/SCD/E/94/M6/V4 – QCD



Administração Central do Sistema de Saúde, IP

www.acss.min-saude.pt | E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 841

Porto: Rua do Breiner, nº 121 | 4050-126 Porto | Tel.: 223 401 300 | Fax: 223 401 33

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exmo. Senhor
Enf. José Carlos Galvão Baptista Nelas
Largo do Terreiro
Algaça
3350-071 VILA NOVA DE POIARES

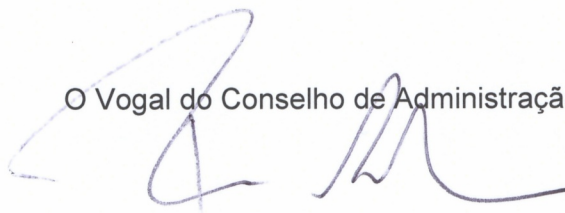
S/Refª	S/Comunicação	N/Ref. – Of. N.º	Data
	07.07.2012	VE-PR – 1021/12	20.08.2012

Assunto: Projecto de investigação “Gestão de Recursos Humanos na Saúde – Dimensionamento de equipas de enfermagem em unidades de internamento pediátricas”

Tendo presente a carta de V. Exa., datada de 07.07.2012, a solicitar autorização para a consulta de documentação relativa à actividade de enfermagem, no âmbito da dissertação do curso de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, subordinada ao tema “Gestão de Recursos Humanos na Saúde – Dimensionamento de equipas de enfermagem em unidades de internamento pediátricas”, sou a informar que o Conselho de Administração, na sua reunião de 07.08.2012, deliberou autorizar a sua realização, condicionada ao parecer manifestado pelo Enfermeiro Director que solicita a descrição da metodologia expressa no anexo ao pedido e, após a conclusão do estudo, a entrega de um exemplar da dissertação à Direcção de Enfermagem deste Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal do Conselho de Administração



(Dr. Pedro Roldão)

PR/LG