

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

2⁺



Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

2



Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem 2

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Ana Maria Aguiar Frias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem 2 / Organizadora Ana Maria Aguiar Frias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-393-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.931211308>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Políticas Sociais e de Atenção, Promoção e Gestão em Enfermagem” apresenta 65 artigos originais e resulta do esforço conjunto de diferentes profissionais de saúde portugueses e brasileiros. Espera-se, que o leitor explore os conteúdos da presente obra, que a mesma possibilite aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos sobre as diversas abordagens teóricas e práticas e que contribua para a melhoria da prática da enfermagem e conseqüentemente para o cuidado qualificado à pessoa, seja na prevenção, promoção ou recuperação da saúde.

A obra foi dividida em 3 (três) volumes com diferentes cenários que envolvem o “Cuidar”, desde o profissional, até ao cliente/paciente: o volume 1 aborda assuntos relacionados com a formação em enfermagem, procurando a valorização dos “saber-saber”, “saber-ser”, “saber-estar” e “saber-fazer”, utilizando-os para guiar o processo educativo. Aborda, ainda, a saúde da mulher ao longo do ciclo de vida, desde a gravidez, parto, puerpério e Recém-Nascido, assim como situações de violência; o volume 2 concentra estudos relacionados com a gestão de e em cuidados de saúde, salientando novos instrumentos de gestão e humanização, qualidade de vida e satisfação com os cuidados; o volume 3 trata da prática de enfermagem e enfatiza as questões relacionadas com a saúde mental; a situação pandémica provocada pelo SARS CoV2 e ações de educação contínuas, treino e capacitação das equipas, não esquecendo a segurança da pessoa a cuidar.

Reconhece-se a inestimável colaboração de cada um dos participantes desde autores e coautores, equipa editorial e de tantos outros que participaram no processo de publicação.

Temas científicos diversos e interessantes são, deste modo, analisados e discutidos por pesquisadores, professores e académicos e divulgados pela plataforma Atena Editora de forma segura, atual e de interesse relevante para a sociedade em geral e para a enfermagem em particular.


Ana Maria Aguiar Frias

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA


Raynara Laurinda Nascimento Nunes
Paloma Gomes de Araújo Magalhães
Jannayne Lúcia Câmara Dias
Ely Carlos Pereira de Jesus
Aline Gomes Silva de Souza
Bruna Renata Duarte Oliveira
Joyce Lemos de Souza Botelho
Ingred Gimenes Cassimiro de Freitas
Solange Macedo Santos
Thamara Lacerda Campos
Leandro Felipe Antunes da Silva
Thais Gonçalves Laughton

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113081>

CAPÍTULO 2..... 10

ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA


Miralice Medeiros Ferreira
Rosane da Silva Santana
Luana Miranda de Almeida
Ruth Elen de Alcântara Chaves
Angélica Linhares Silva Lima
Jorgiana Moura dos Santos
Francisca Ellen Bantim Sousa Cunha
Adriana de Sousa Brandim
Ana Cristina Ferreira Pereira
Dulcimar Ribeiro de Matos
Ana Kelline da Silva Rodrigues
Leidiane Costa Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113082>

CAPÍTULO 3..... 20

GESTÃO DE INFORMAÇÃO E DIMENSIONAMENTO EM ENFERMAGEM: INDICADORES DE UNIDADES DE CUIDADOS DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL CENTRAL PORTUGUÊS

José Manuel Lúcio Chora
Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora
Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins
Maria Cecília Moreira Varandas
Amélia Maria Brito Gracias
Cristina Maria Barradas Moreira Duarte Paulino


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113083>

CAPÍTULO 4.....37

GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Ivo Ferreira de Santana

Joélio Pereira da Silva


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113084>

CAPÍTULO 5.....49

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COMO INSTRUMENTOS DE HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Luiza Costa Tanure

Glaubert Gomes de Souza


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113085>

CAPÍTULO 6.....61

INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA O ENFERMEIRO: PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO PERÍODO DE 2018 A 2020 DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Bruna Aparecida Costa Moreira

Sarah Cristina Chiesa Massoco

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113086>

CAPÍTULO 7.....67

PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE


Beatriz Santana Caçador

Ana Cristina Fontes de Souza

Carolina da Silva Caram

Lílian Cristina Rezende

Maria José Menezes Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113087>

CAPÍTULO 8.....79

A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

Eloá Carneiro Carvalho

Helena Maria Scherlowski Leal David

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Samira Silva Santos Soares

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Karla Biancha Silva de Andrade

Sandra Regina Maciqueira Pereira


Ellen Márcia Peres

Helena Ferraz Gomes

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Antonio Marcos Tosoli Gomes


Patrícia Lima Pereira Peres

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113088>

CAPÍTULO 9..... 93

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E ADESÃO AO LEAN HEALTHCARE


Verusk Arruda Mimura
Cinthia dos Santos Alves Rocha
Natália de Castro Nascimento
Luccas Lolatto Said

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9312113089>

CAPÍTULO 10..... 112

QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA


Jassia Kaline Silva Oliveira
Francisco Italo Ferreira da Silva
Maria Nauside Pessoa da Silva
Layane Teresa Ferreira de Sousa
Natalia Sales Sampaio
Bianca Sousa Vieira Alves
Germano Soares Martins
Ketilene da Silva Oliveira
Luciene Oliveira Silva
Cinthia Thaise de Oliveira Costa
Jullymária Glenda Soares Alencar
Railany de Sousa da Conceição

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130810>

CAPÍTULO 11..... 123

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA CARDÍACA: A INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM


Ana Maria Aguiar Frias
Nuno Miguel de Paiva Frias
Cristina Alexandra Vieira Caramelo Frias
André Miguel Paiva Frias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130811>

CAPÍTULO 12..... 136

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL NO CENTRO CIRÚRGICO: CONTRIBUIÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE


Ariane Leite Pereira
Nayara Kelly Felix Ferreira
Jaqueline Maria da Silva
Edna Andrade dos Santos
Samyris Palloma da Silva Domingos
Marina Cordeiro da Silva
Etiene de Lima Godoy
Juliana Ismênia Barbosa de Freitas
Naiana dos Anjos Santos
Paloma Micaely da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130812>

CAPÍTULO 13..... 141

BOAS PRÁTICAS PARA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA


Flavia Giron Camerini
Luana Ferreira de Almeida
Renata de Oliveira Maciel
Luciana Guimarães Assad
Camilla Garcia de França Gonçalves
Beatriz Albuquerque Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130813>

CAPÍTULO 14..... 150

ESCALA DE RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UM MODELO BRASILEIRO


Isis Marques Severo
Ricardo de Souza Kuchenbecker
Talita Portela Cassola
Leandro Barbosa de Pinho
Amália de Fátima Lucena
Débora Feijó Villas Boas Vieira
Lylia Midori Suzuki
Michele Schmid
Deise Vacario de Quadros
Vanessa Frighetto Bonatto
Miriam de Abreu Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130814>

CAPÍTULO 15..... 167

AS CONTRIBUIÇÕES DO VES-13 NA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL

Maria Renita Burg
Miria Elisabete Bairros de Camargo
Fernanda Stassen dos Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130815>

CAPÍTULO 16..... 181

HOTELARIA HOSPITALAR: RELEVÂNCIA DESSE SERVIÇO PARA O USUÁRIO DO SUS

Wilma Lemos Privado
Sérgio Alcântara Alves Poty
Agrimara Naria Santos Cavalcante
Lorena Stephany Lopes Fernandes
Flavio Eduardo Pereira Lima
Kassya Fernanda Freire
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho
Roama Paulo Ulisses Vaz da Costa
Polyana Coutinho Bento Pereira


Daniel Campelo Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130816>

CAPÍTULO 17..... 191

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA


Denise Sabrina Nunes da Silva
Rosane da Silva Santana
Wesley Brandolee Bezerra Fernandes
Danielly Matos Veras
Iasmin Resende
Francisco Alex do Nascimento da Silva
Paula Cruz Fernandes de Sousa
Laurice da Silva Nascimento
Francisco Itálo Ferreira da Silva
Adalberto Fortes Rodrigues Júnior
Ravena de Sousa Alencar Ferreira
Gabriela Oliveira Parentes da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130817>

CAPÍTULO 18..... 200

PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU/192: SOB A ÓTICA DOCUMENTAL


Amanda Domingos Ferreira
Juliano de Souza Caliari
Marilene Elvira de Faria Oliveira
Wallan de Oliveira Lopes Silva
Wilson Goulart Estêvão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130818>

CAPÍTULO 19..... 209

LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Maria da Silva Brandão
Francisca Vania Araújo da Silva
Grazyella da Paz Santos Giannini
Sandra Helena Ferreira do Nascimento Oliveira
Cristiane Maria da Conceição
Kassia Rejane dos Santos
Karla Andréa Ribeiro da Silva
Maria do Socorro Fontenele Brandão
Maria Almira Bulcão Loureiro
Silvana do Espírito Santo de Castro Mendes
Adriana de Sousa Brandim
Ana Cristina Ferreira Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130819>

CAPÍTULO 20.....	219
CAPITAL SOCIAL, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS: UMA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA COM TRABALHADORAS RURAIS	
Hildegard Hedwig Pohl	
Patrik Nepomuceno	
Carine Muniz dos Santos	
Marcelo Henrique Glänzel	
Polliana Radtke dos Santos	
Cassiano Severgnini	
Miriam Beatrís Reckziegel	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130820	
CAPÍTULO 21.....	227
RISCO DE INFECÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE: ESTUDO DE CASO	
Dora Canelas Folgado	
Filipa Dias	
Joana Ramalinho	
Luís Manuel Mota Sousa	
Isabel Bico	
Maria do Céu Marques	
Ana Maria Aguiar Frias	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130821	
CAPÍTULO 22.....	243
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Andressa Maria Laurindo Souza	
Herla Maria Furtado Jorge	
Ravena de Sousa Alencar Ferreira	
Nataline de Oliveira Rocha	
Viviany de Sousa Araújo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.93121130822	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	252
ÍNDICE REMISSIVO.....	253

GESTÃO DE INFORMAÇÃO E DIMENSIONAMENTO EM ENFERMAGEM: INDICADORES DE UNIDADES DE CUIDADOS DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL CENTRAL PORTUGUÊS

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão 06/07/2021

José Manuel Lúcio Chora

Hospital do Litoral Alentejano-ULSLA
Santiago do Cacém – Portugal
ORCID: 0000-0002-3779-8744

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Universidade de Évora – Departamento de
Enfermagem
Évora -Portugal
ORCID: 0000-0003-3449-3061

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Porto -Portugal
ORCID: 0000-0003-1527-9940

Maria Cecília Moreira Varandas

Hospital Espírito Santo de Evora
Évora – Portugal
ORCID: 0000-0002-6288-584X

Amélia Maria Brito Gracias

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve,
EPE – Unidade de Portimão
Portimão – Portugal
ORCID: 0000-0001-5208-1365

Cristina Maria Barradas Moreira Duarte Paulino

Ministério da Saúde – Administração Central do
Sistema de Saúde
Lisboa – Portugal
ORCID: 0000-0001-7264-0881

RESUMO: Objetivo: Analisar os indicadores do sistema de classificação de doentes, no período 2014-2017, como meio seguro de dimensionamento de enfermagem. **Método:** Estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa, a amostra foi 303.214 classificações de doentes. **Resultados:** Valores de Horas de Cuidados Necessários por Dia de Internamento passaram de 5.06 para 5.14, corresponde a mais 0.07 relacionados com: complexidade assistencial, níveis dependência, idade e patologias associadas. Valores de Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento passaram de 4.74 para 5.01, corresponde a mais 0.27. Nas Medicinas, as áreas de cuidados mais pontuadas: movimentação, medicação e comer/beber; nas Cirurgias: medicação, movimentação e eliminação; e no departamento da Mulher e Criança: sinais vitais/outras avaliações, atividades apoio e educação para saúde. **Considerações finais:** Os profissionais de saúde precisam repensar as práticas e, os líderes, adotar novos modelos de gestão de cuidados.

PALAVRAS - CHAVE: Gestão da informação em saúde; Dimensionamento; Enfermagem; Indicadores.

*INFORMATION MANAGEMENT
AND DIMENSIONING IN NURSING:
INDICATORS OF INSIDE CARE UNITS IN
A PORTUGUESE CENTRAL HOSPITAL
INTERNAL SERVICE INDICATORS IN A
PORTUGUESE CENTRAL HOSPITAL*

ABSTRACT: Objective: To analyze the indicators of the patient classification system, in the period 2014-2017, as a safe means of

dimensioning nursing. **Method:** Descriptive, exploratory study with a quantitative approach, the sample was 303,214 patient classifications. **Results:** Hours of Care Needed per Day of Hospitalization increased from 5.06 to 5.14, corresponding to 0.07 more related to: care complexity, dependency levels, age and associated pathologies. Values of Hours of Care Provided per Day of Hospitalization increased from 4.74 to 5.01, corresponding to an additional 0.27. In Medicine, the most scored areas of care: movement, medication and eating/drinking; in Surgeries: medication, movement and elimination; and in the Department of Women and Children: vital signs/other assessments, support activities and health education. **Final considerations:** Health professionals need to rethink practices and leaders need to adopt new models of care management.

KEYWORDS: Health information management; Sizing; Nursing; Indicators

1 | INTRODUÇÃO

Na área da saúde vivemos um contexto de mudança global que incide nos padrões de procura e oferta dos cuidados, na diversificação dos modelos assistenciais e em alterações legislativas, demográficas, sociais e econômico-financeiras, que interagem e se condicionam mutuamente. As organizações vivem períodos de incerteza que se devem constituir como oportunidades, pelo que devem criar condições laborais para o desenvolvimento das pessoas e, em conjunto, disponibilizarem produtos e serviços adequados às expectativas de todos os intervenientes no processo de cuidar. Verifica-se o aumento da competitividade, numa perspectiva organizacional, por outro o aumento das exigências dos doentes relacionado com a consciencialização da saúde e inerente ao processo de literacia. Os gestores confrontam-se com orçamentos cada vez mais restritivos, o que implica racionalidade e flexibilidade da gestão, na afetação dos recursos procurando equilibrar horas de cuidados de enfermagem prestadas às horas de cuidados de enfermagem necessários (CHORA,2006). Os elevados custos com o pessoal (PERROCA,1998; SILVA,2016), determinam que os enfermeiros gestores precisam melhorar a eficiência e garantir a qualidade assistencial, tendo subjacente o quadro orçamental hospitalar (ANTUNES,2003), garantindo a rentabilização dos recursos humanos disponíveis utilizando instrumentos científicos.

Os enfermeiros não podem ser vistos apenas como um custo, mas como profissionais que na cadeia assistencial acrescentam valor, pelo que os enfermeiros gestores terão de ser envolvidos nos processos de custo e de orçamento dos cuidados de enfermagem para, proporcionarem condições para o cuidar baseado nas melhores práticas, garantindo a segurança dos doentes e dos profissionais, proporcionando cuidados integrais, individualizados e humanizados (ANTUNES,2003; QUADROS et al,2016).

A complexidade crescente do processo de produção de cuidados exige a reestruturação dos modelos de gestão e do funcionamento das organizações (SILVA, 2016), (MAGALHÃES, 2009) e (VANDERSON, 2018), porque as necessidades dos doentes são ilimitadas e os recursos humanos disponíveis são limitados. Assim, os líderes devem

(re)criar novas soluções de gestão, para estabelecer prioridades e definir objetivos, face à contenção de custos com pessoal, usando ferramentas tecnológicas objetivas que fundamentem o processo de tomada de decisão.

Os gestores estratégicos, táticos e operacionais, precisam basear-se em critérios objetivos, de modo a garantir a equidade, necessitando de instrumentos para medir a carga de trabalho e coadjuvar no processo decisório, na alocação dos recursos, na monitorização da mão de obra e da produtividade e garantir a qualidade dos cuidados (PERROCA, 1998; SILVA, 2016; MAGALHÃES, 2009; LIMA, 2009). A estratégia de desenvolvimento e implantação de qualquer sistema de classificação de doentes necessita ser enquadrada numa perspectiva organizacional (nível macro), conciliando com o impacto nas equipas de enfermagem (nível meso) e análise dos comportamentos e atitudes (nível micro), para garantir padrões de efetividade, assegurando a competitividade e a sustentabilidade organizacional.

Na agenda contemporânea de diversos países observa-se uma preocupação com os cuidados seguros e qualidade, existindo relação com a alocação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos, pelo que a classificação de doentes se tornou um instrumento fundamental para estruturar a assistência planeada, organizada e segura de enfermagem.

O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) foi desenvolvido em Portugal, como projeto nacional produziu os primeiros indicadores em 1987, o que implicou o desenvolvimento de uma cultura de liderança nas organizações de saúde, para que o produto/serviço fosse operacionalizado com sucesso e ocorresse a mudança. Hoje, está incorporado no aplicativo de registos de cuidados nacional sendo utilizado na rede pública dos hospitais. O objetivo deste trabalho visa analisar os indicadores de produção do sistema de classificação de doentes, no período 2014-2017, como meio seguro de dimensionamento do pessoal de enfermagem.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

Nas organizações de saúde, o doente é o elemento chave da cadeia de valor, pois representa o foco de atenção. A vantagem competitiva de uma organização consiste em colocar as pessoas no centro, no coração da organização, mas face aos processos de mudança e às limitações financeiras será necessário reinventar novos estilos de gestão das pessoas e das organizações. Os estudos apontam para a necessidade de estabelecer o perfil de complexidade assistencial para que a adequação de recursos humanos seja estimada (PERROCA, 1998; QUADROS, 2016; MAGALHÃES, 2009).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem constitui uma área organizacional crítica para enfermeiros, administradores hospitalares e entidades reguladoras, pois interfere diretamente na efetividade do processo assistencial, podendo gerar conflitos inter e intraprofissionais (LIMA, 2009). Pode ser entendido como colocar as pessoas em número

apropriado, com as competências adequadas, de modo a garantir as respostas efetivas às necessidades de cuidados dos doentes e garantindo um ambiente de trabalho livre de perigos para doentes e profissionais.

A classificação de doentes teve início no Japão, mas foi na Inglaterra, com Florence Nightingale, que foi implementado o cuidado progressivo de pacientes, com o objetivo de concentrar os doentes de maior gravidade, o mais próximo dos clínicos (CHORA,2006) sendo um processo indutivo e subjetivo,

“atualmente, devido à complexidade dos cuidados e do processo de trabalho em saúde tem se buscado desenvolver modelos de adequação de pessoal de enfermagem de acordo com as características dos doentes e o grau de dependência em cuidados de enfermagem” (MAGALHÃES, 2009, p.609).

Estudos mais recentes demonstraram que o desajustamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos condiciona o padrão de cuidados prestados e determina maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos como: falhas nos cuidados e na segurança do doente, aumento das taxas de infeção e da taxa de mortalidade, aumento do número de quedas e de lesões por pressão, erros de administração de medicamentos (MAGALHÃES,2009; VASCONCELOS, 2017; ARAUJO,2016), mas também efeitos psicossociais no trabalhador como: insatisfação no posto de trabalho, desgaste físico e psicológico das equipas, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (VANDERSON, 2018; VASCONCELOS, 2017).

Freitas (2015) efetuou um estudo em 43 unidades de cuidados de oito hospitais portugueses, onde identificou 15 indicadores de resultados sensíveis à dotação segura em enfermagem, em que a disponibilidade de enfermagem em quantidade adequada, tem efeito direto e positivo nos resultados da organização, nos resultados de enfermagem e no cliente. Demonstrou que nas organizações hospitalares com o regime jurídico de Entidades Públicas Empresariais, as unidades de cuidados com taxa de ocupação mais baixas e menor carga de trabalho, apresentavam maiores índices de satisfação dos clientes, menor risco/ocorrência de sofrerem eventos adversos e existiam menores índices de rotatividade.

Guerra (2017) efetuou um estudo em 17 hospitais portugueses, em unidade de cuidados de medicina, cirurgia e ortopedia e concluiu que existe um déficit diário superior a duas horas por dia, por doente e demonstrou uma associação estatisticamente significativa entre o déficit de horas de cuidados e a ocorrência de eventos adversos. O risco de ocorrência de eventos adversos é duas vezes superior quando os doentes são expostos a dotações inadequadas, nomeadamente úlceras por pressão, complicações respiratórias, infeções do trato urinário com impacto direto na mortalidade hospitalar e na duração do tempo de internamento.

Os sistemas de classificação permitem determinar a relação entre as necessidades dos doentes e os recursos humanos de enfermagem, de modo a adequar as práticas assistenciais seguras e garantir a qualidade para doente e para o profissional. Ao longo

dos tempos foram desenvolvidos vários sistemas de classificação de doentes e construídos instrumentos de medição da carga de trabalho (PERROCA, 1998), mas os teóricos opinam que terão de ser adotadas novas metodologias de trabalho impactantes para a governação clínica e para a qualidade assistencial de enfermagem (MAYA,2011).

Os instrumentos de medição da carga de trabalho englobam as dependências físicas, fisiológicas e terapêuticas dos doentes, baseados em escalas e categorizadas por indicadores críticos e níveis/ graus de dependência, permitindo estimar as necessidades diárias dos doentes em cuidados de enfermagem. Perroca e Galdzinski utilizaram uma escala com 13 indicadores críticos categorizando os cuidados em: mínimos (13 a 26 pontos), intermediários (27 a 39 pontos), semi-intensivos (40 a 52 pontos) e intensivos (53 a 65 pontos), e definiram as horas de enfermagem por cada nível de cuidados assistencial (PERROCA,1998). Fugulin elaborou uma escala com 12 áreas de cuidados contemplando cinco níveis de complexidade assistencial, em que cada área é pontuada de forma crescente de complexidade correspondendo a: cuidados mínimos (9-14 pontos), intermediários (15 a 20 pontos), de alta dependência (21 a 26 pontos), semi-intensivos (27-31 pontos) e cuidados intensivos (acima de 31 pontos) (FUGULIN,2005).

Alguns teóricos identificaram que os instrumentos para medição da carga de trabalho contemplavam apenas as necessidades físicas e não contabilizavam as atividades de apoio e educação para a saúde dos doentes e suas famílias ou cuidadores (MAGALHÃES,2009). Outros preconizam que o processo assistencial deve ter subjacente, não apenas a patologia, mas a “associação entre a doença, o estar doente, o processo de cuidar e a recuperação da saúde” (SALES, 2007, p.501), pelo que é fundamental ter subjacente o diagnóstico das necessidades humanas básicas e as atividades de planeamento de cuidados de enfermagem.

O SCD/E desenvolvido em Portugal e implementado em 1985, utilizou na sua concepção a metodologia Grace Reynold Application of Peto (GRASP), testada em inúmeros hospitais do Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido, a qual se baseava na definição de níveis de dependência em cuidados de enfermagem com maior impacto no trabalho de enfermagem (ACSS,2010; VEIGA, 1987). A implementação foi coordenada pela Enfermeira Soares Veiga sendo um sistema objetivo, individualizado, flexível e global, para ser utilizado nas unidades de cuidados de internamento e que produziu os primeiros resultados nacionais em 1986. As áreas de cuidados contempladas nos quadros de classificação decorrem de estudos, que determinaram as áreas e intervenções de enfermagem prevalentes, para um período de 24 horas. Foram elaborados manuais de conceitos básicos que definem as regras de classificação, que clarificaram conceitos e procedimentos subjacentes a cada nível de dependência.

Na concepção do SCD/E, foram percorridas as seguintes etapas: definição das principais atividades de cuidados diretos de enfermagem e definição dos níveis de dependência; determinação da percentagem de cuidados diretos definidos; determinação

dos tempos padrão por níveis de dependência; determinação da frequência de prestação de cuidados diretos; construção e experimentação do protótipo do quadro de classificação de doentes; identificação das atividades de cuidados indiretos e determinação do tempo padrão e finalmente o desenvolvimento da tabela de conversão dos pontos em horas (VEIGA, 1987). Foram definidas as normas, a observar na classificação de doentes, desenvolvidos suportes de informação escritos e definidos os circuitos de informação. Posteriormente, foi desenvolvido um sistema de auditorias internas às classificações dos doentes e um sistema de auditorias externas.

Na sua construção englobou os cuidados físicos, terapêutica, tratamentos, monitorizações, atividades de apoio e educação para a saúde, a anamnese de enfermagem e o planeamento de cuidados, ou seja, os cuidados diretos e cuidados indiretos. O SCD/E permite determinar o grau de dependência do doente em cuidados de enfermagem, englobando os cuidados diretos e indiretos e as necessidades de atividades de apoio e educação para a saúde, as necessidades biopsicossociais e o planeamento de cuidados, conforme preconizado por vários teóricos. A carga de trabalho de enfermagem é determinada pelo grau de dependência dos doentes, complexidade dos processos assistenciais, perfil de competências dos profissionais e pelas características organico-funcionais das organizações hospitalares (BARRA,2011) pela missão, visão, valores e objetivos do subsistema de enfermagem ou seja a filosofia dos cuidados e pelos processos de trabalhos (SILVA,2016).

O SCD/E tem subjacente pressupostos de criticidade como a obrigatoriedade da operacionalização da metodologia científica de organização dos cuidados e a metodologia de prestação dos cuidados de enfermagem (CHORA, 2006; ACSS, 2010). A metodologia científica de organização dos cuidados garante o planeamento, organização, execução e avaliação do plano assistencial, contribuindo para a autodeterminação das funções, para o desenvolvimento do trabalho de equipe e para a continuidade dos cuidados, porque “o processo de cuidar, como eixo central do trabalho de enfermagem, se constitui num processo complexo contínuo e que não pode ser adiado ou interrompido” (MAGALHÃES, 2009, p.609). Esta metodologia permite determinar o nível de dependência em cuidados de enfermagem, realizar o diagnóstico de enfermagem, planejar as intervenções autônomas de enfermagem, definir prioridades e avaliar o processo assistencial, tendo subjacente o rigor científico, o que facilitou a sistematização do processo assistencial. Como metodologia da prestação dos cuidados de enfermagem foi implementado o método individual ou por enfermeiro responsável (CHORA, 2006; ACSS, 2010), de modo a garantir cuidados individualizados, integrais e seguros.

Na fase de desenvolvimento do SCD/E, foram envolvidos os enfermeiros dos contextos das práticas e da academia, que utilizaram a investigação operacional para garantir o rigor dos dados recolhidos, pois podem ocorrer dificuldades e enviesamentos na medição da carga de trabalho das atividades diretas e indiretas executadas pelos enfermeiros (SOMENSI,2018). A adoção deste modelo operativo permitiu identificar,

acompanhar e monitorizar as atividades diretas e indiretas em tempo real e acompanhar o processo de produção de dados e informação escrita, porque o SCD/E constitui um sistema de informação para a gestão dos serviços de saúde, que consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, com base nas necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade (ACSS,2010).

O SCD/E produz dados, informação e conhecimento para a gestão de recursos humanos e para o planeamento de cuidados de enfermagem, coadjuvando nos processos de tomada de decisão da gestão dos serviços e das organizações, está alicerçado em modelos concetuais ou quadros de referência. Foram definidos padrões qualitativos de desempenho, o que determinou uma nova gestão das práticas de saúde, porque está intrinsecamente relacionada com novos modos de organização do processo de cuidados de enfermagem.

Hoje, um dos principais desafios da enfermagem é segundo Barra (2011,p.1147) “a adoção de um sistema de classificação padronizado na sua prática de cuidado aliada à utilização dos recursos tecnológicos disponibilizados pela informática/sistemas de informação”. Em 1996, face ao elevado número de unidades de cuidados onde o SCD/E estava operacionalizado, o Ministério da Saúde desenvolveu uma plataforma informática que permitiu agilizar o processo de classificação e de produção dos indicadores (ACSS,2011). Os programas computacionais permitem disponibilizar informações qualitativa eficazes para um adequado dimensionamento do quadro dos profissionais, agilizando o processo de tomada de decisão com economia de custos, tempo e energia, o que contribuiu para a gestão em enfermagem e permitiu qualificar as práticas assistenciais, no sentido melhoria de ambientes de prática para doentes e profissionais (VANDERSON, 2018).

Num estudo que englobou 31 hospitais utilizadores do SCD/E, os enfermeiros diretores consideraram que o sistema permite determinar as horas de cuidados necessárias em cuidados de enfermagem dos doentes, contribui para gestão estratégica dos recursos de enfermagem e facilita os processos de tomada de decisão dos líderes organizacionais (CHORA, 2006).

Em 2017, iniciou-se, experimentalmente, a automatização da classificação de doentes, com base nas tecnologias de informação e comunicação, de modo a proporcionar celeridade nos processos de decisões operacionais, táticos e estratégicos garantindo uma resposta eficiente e eficaz às funções e objetivos organizacionais. Como processo de intraempreendedorismo, efetuou-se a análise Swot (CHORA, 2018), da automatização da classificação de doentes, o que permitiu identificar ameaças e oportunidades, forças e fraquezas e sobretudo introduzir medidas corretivas.

Mas como é operacionalizado o SCD/E nas unidades de cuidados de internamento? Os doentes são classificados diariamente, no final do turno da manhã, pelo enfermeiro responsável pelo doente em quadros informatizados. A classificação é efetuada com base

nas últimas 24 horas de assistência, o que proporciona uma reflexão acerca dos cuidados, permite organizar o processo de cuidados, definir prioridades, sistematizar o processo assistencial e efetuar os diagnósticos de enfermagem, após um processo de treino teórico e prático conduzido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Em termo de síntese o SCD/E tem como objetivo determinar as Horas de Cuidados Necessárias (HCN/DI) que o doente requer para as próximas 24 horas de internamento e contabilizar as Horas de Cuidados de Prestados Previstas (HCP/DI), o que permite efetuar a previsão e ajustamento dos recursos humanos. Para concluir o ciclo de produção de dados são contabilizadas as Horas de Cuidados Prestados nas últimas 24 horas.

O sistema de classificação tem subjacente um padrão de qualidade; sendo um conceito imbuído de atributos ou pilares fundamentais como: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, legitimidade, equidade e aceitabilidade. Os indicadores exigem a explicitação dos referenciais de apoio, dos elementos constitutivos, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada (KURGANCT,2008), deste modo, constituem um

“instrumento imprescindível para a avaliação de serviços de saúde por ser uma unidade de medida de uma atividade com a qual está relacionado ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorizar e avaliar a qualidade da assistência e as atividades do serviço” (LIMA, 2009, p.235).

O SCD/E monitoriza a produtividade através dos seguintes indicadores: Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento (HCN/DI); Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento (HCP/DI); Percentagem de Utilização do Pessoal de Enfermagem (% UTIL) e Equivalente a Tempo Completo (ETC). Estes indicadores são utilizados a nível operacional na gestão da efetividade dos cuidados, nomeadamente através da distribuição equitativa do pessoal de enfermagem. A definição do número de doentes atribuído a cada profissional, torna-se mais rigorosa e articulada com o perfil de complexidade assistencial, o grau de dependência dos doentes e com os cuidados de enfermagem a prestar (ACSS,2010).

Os indicadores do SCD/E foram considerados na elaboração da norma de dotações seguras, da Ordem dos Enfermeiros. Em cada organização, os indicadores são validados por processos de Auditoria Interna (intrahospitalar) e de Auditoria Externa (interhospitalar), com a finalidade de verificar se as atividades e respectivos resultados estão adequados às normas de referência, garantindo a qualidade assistencial e conformidade com as disposições planeadas, bem como a confiabilidade dos resultados.

A ACSS (2010,p.72) desenvolveu os quadros de auditoria e definiu as regras, que clarificaram conceitos e procedimentos subjacentes aos processos de auditoria interna e externa.

“Auditoria interna consiste num processo sistémico, independente e documentado realizado por auditores internos, com vista a validar os resultados das classificações de doentes, a produção diária de indicadores

e os resultados das medidas corretivas implementadas no serviço/unidade, decorrente de não conformidades anteriores”.

“Auditoria externa consiste num processo sistémico, independente e documentado realizado por auditores externos, com vista a validar os resultados da auditoria interna e avaliar os resultados das medidas corretivas implementadas na organização, decorrente de não conformidades anteriores” (ACSS, 2010, p.72).

Na concepção do Manual do SCD/E foram definidos: Processos de Gestão, Processos Operacionais e Processos de Suporte. Os processos de gestão estabelecem as estratégias e orientações para funcionamento da organização. Os processos operacionais permitem a interface direta com o cliente e meio envolvente, podem também ser designados de realização. E finalmente os processos de suporte que sustentam e permitem operacionalizar os processos operacionais e os de gestão (ACSS,2010).

No estudo foram utilizados os quadros de classificação de: Cardiologia, Cirurgia/Medicina, Obstetrícia; Obstetrícia - Gémeos, Ortopedia e Pediatria. Estes quadros englobam nove áreas de cuidados, sendo eles: Higiene e Cuidados Pessoais; Nutrição; Movimentação; Eliminação; Medicação; Tratamentos; Sinais Vitais/Outras Avaliações; Atividades de Apoio e Educação para a Saúde e Avaliação e Planeamento de Cuidados.

Para cada área de cuidados estão definidos níveis de dependência que são assinalados pelo enfermeiro de acordo com a necessidade de cuidados; a soma dos pontos obtidos é convertida em horas de cuidados necessárias por dia e por doente, através de uma tabela de conversão. Esta engloba tempo dos cuidados diretos tabelados, tempo dos cuidados indiretos e tempo dos cuidados diretos não tabelados nos quadros de classificação de doentes. Nos quadros, a complexidade assistencial pode ser pontuada de 1 a 137 pontos, em que cada ponto corresponde a seis minutos, as horas de cuidados totais são calculadas para cada pessoa, por dia e oscilam entre uma hora e 15 horas de cuidados necessários.

O SCD/E não utiliza valores médios de horas de cuidados por grupo de complexidade assistencial, por ser um sistema individualizado, flexível e global, o que permite conhecer para o mesmo doente no mesmo episódio de internamento, dia a dia, o número de horas de cuidados necessários (GELBCKE,2018).

Em 2017, o SCD/E estava operacionalizado em 372 unidades de cuidados de 49 unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, abrangendo hospitais públicos dos Grupos I, II, III e IV. No acervo nacional do Ministério da Saúde, constam 42.821.493 de classificações desde o início de produção de dados em 1986. O número de classificações/ano tem sido constante, com cerca de 2,5 milhões de registos anuais.

3 | MÉTODO

Efetuiu-se um estudo reflexivo pós facto enquadrado no paradigma quantitativo de natureza descritiva e exploratória, constituindo um estudo de caso. O universo do estudo foi de 10.131.562 classificações de doentes, sendo a amostra constituída por 303.214 classificações de doentes, efetuadas no período de 2014-2017, num hospital central do Grupo II. Correspondendo a 1.461 dias de classificação, efetuadas nas unidades de cuidados de internamento de cardiologia, cirurgias, medicinas, obstetrícia, ortopedia e pediatria.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a aplicação informática do SCD/E da organização estudada, considerando que a base de dados possui potencialidades que permite “reunir dados cuja exploração merece ser continuada com vista a ser um instrumento de apoio à decisão nos hospitais na gestão em enfermagem” (VEIGA, 1996, p. 198).

O desenvolvimento do estudo respeitou as normais nacionais e internacionais de ética em pesquisa, tendo sido autorizado pelo gestor estratégico da organização, de referir, que os indicadores apresentados constam dos relatórios públicos da Administração Central do Sistema de Saúde.

4 | RESULTADOS

Os indicadores produzidos na organização hospitalar nas unidades de cuidados de internamento, no período em análise 2014 - 2017, nas nove unidades de internamento, sendo quatro da área de medicina, três de cirurgia, um de obstetrícia e um de pediatria, foram:

- Nas Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento (HCN/DI) verificando-se um aumento 0.07 horas de cuidados necessárias, o valor médio passou de 5.06 para 5.14, este valor está relacionado com a dependência dos doentes e com a gravidade das situações clínicas.
- Nas Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento (HCP/DI) verificando-se uma variação positiva de 0.27 passou de 4.74 para 5.01, este aumento está relacionado com o número de enfermeiros disponíveis na prestação de cuidados.
- A Taxa de Utilização do Pessoal de Enfermagem teve uma variação negativa passou de 106.75% para 102.59 % decorrente das HCN/DI e HCP/DI.

5 | DISCUSSÃO

No Quadro 1, apresenta-se o valor das HCN/DI por especialidade, obtido através da média, dividindo-se o total das HCN pelo valor total de classificações efetuadas, em cada

especialidade, no período em estudo.

Nos departamentos de medicina e de cirurgia e anestesiologia, o valor das HCN/DI aumentou respetivamente de 0.12 e 0.22 por dia e por doente; relacionado com a complexidade dos processos assistenciais, a idade dos doentes e gravidade do perfil assistencial, nomeadamente doentes mais dependentes em cuidados, com múltiplas doenças crónicas, limitações funcionais e comorbilidades. Relativamente ao valor das HCP/DI nos departamentos de medicina e de cirurgia e anestesiologia, o diferencial foi de mais 0.5 e menos 0.1 por dia e por doente, no geral foram disponibilizados mais recursos humanos, mas, sem grande impacto no indicador, decorrente do aumento da taxa de absentismo.

A sobre utilização identificada no departamento de medicina de 140.90 % e no departamento de cirurgia e anestesiologia de 134.65 %, significa que apesar da evolução do valor das HCP/DI, como aumentou o valor das HCN/DI, as equipas podem ter estado subdimensionadas. A sobrecarga e subcarga de trabalho de enfermagem geram processos de desgaste(LIMA,2009; Kurganct,2008), aumenta a probabilidade de riscos a eventos adversos (MAGALHÃES,2009; FASSINI,2012; ARAUJO,2016), colocando em risco a segurança de doente e profissionais (ANTUNES, 2003; QUADROS,2016; FREITAS,2015; GUERRA,2017).

De referir que a nível nacional existe uma variação negativa entre HCN/DI e HCP/DI, em todas as regiões de saúde de Portugal (GELBCKE, 2018).

No departamento da mulher e da criança, que engloba o serviço de obstetrícia e pediatria, constata-se que a taxa de utilização média foi de 80.99 %, ou seja, uma variação positiva entre a procura e a oferta de cuidados de enfermagem, estando em linha com o indicador nacional em todas as regiões de saúde de Portugal (GELBCKE, 2018), significando subutilização do pessoal de enfermagem relacionada com a taxa de ocupação, a lotação das unidades e o número de postos de enfermagem por turno, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados. Como metodologia de rentabilização dos recursos foi efetuada a flexibilização de recursos nas escalas de horário e mobilização de recursos entre unidades, tal como se observa no Quadro 1.

Indicadores 2014-2017 Departamento	HCN/DI (Valor Médio)	HCP/DI (Valor Médio)	Δ (HCP-HCN)	Taxa de Utilização (HCN/HCP) *100
Medicina	6.51	4.62	(-)1.89	140,90
Cirurgia e Anestesiologia	5.44	4.04	(-)1.40	134,65
Obstetrícia	3.43	4.33	(+)0.90	79,21
Pediatria	4.95	5.98	(+)1.03	82,77

Quadro 1 - Evolução dos indicadores de resultados 2014-2017

Fonte: Plataforma informática da organização estudada (2019)

No Quadro 2, verifica-se que o valor do indicador HCN/DI da organização estudada é superior comparativamente ao valor do indicador nacional das unidades de cardiologia, cirurgia geral, medicina, ortopedia e pediatria, sendo igualmente superior quando comparado com o valor dos restantes hospitais do grupo II. O indicador no serviço de obstetrícia é inferior comparativamente com o valor nacional, mas é superior face ao valor do grupo, por ainda, constituir uma área pouco diferenciada e também devido à localização geográfica do hospital estudado.

Nos últimos anos ocorreu uma grande diferenciação assistencial, passando de hospital distrital a hospital central. O restante dos hospitais da região tendo subjacente as redes de referência, transferem para o hospital estudado as situações de maior complexidade assistencial, o que determina maiores necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem aumentando o indicador HCN/DI.

Indicadores Unidades de cuidados	HCN/DI Valores Nacionais	HCN/DI Valores dos Hospitais do Grupo II	HCN/DI Valores do Hospital estudado
Cardiologia	4.45	4.13	5.11
Cirurgia Geral	5.16	4.47	5.57
Medicina	6.20	5.38	6.99
Obstetrícia	3.57	3.19	3.45
Ortopedia	5.42	4.67	5.54
Pediatria	4.11	3.53	5.41

Quadro 2 - Indicador HCN/DI em 2017

Fonte: Relatório anual do SCD/E (2017)

Ao analisar a pontuação total das áreas de cuidados e sua hierarquização, temos de considerar que o n.º de classificações efetuadas não é igual nos departamentos em estudo.

O departamento de Cirurgia e Anestesiologia engloba duas unidades de internamento de cirurgia e uma de ortopedia, com lotação total para 121 doentes. As áreas de cuidados mais pontuadas foram a medicação, movimentação e eliminação. Noutros estudos foram igualmente identificadas as áreas de mobilidade e eliminação e ainda a higiene corporal e tratamentos (ROCHA,2013).

O departamento de medicina engloba o serviço de cardiologia, convalescença, especialidades médicas e duas medicinas, com lotação total para 122 doentes. As áreas de cuidados mais pontuadas foram a movimentação, medicação e nutrição, corroborando outro estudo realizado em Portugal (VEIGA, 1996). Estudos internacionais, evidenciam também que a maior carga de trabalho se enquadra nas áreas de cuidados da medicação, locomoção e ainda monitorização, cuidado corporal e eliminações (SILVA,2016), outros estudos evidenciam as áreas do cuidado corporal, educação para a saúde, eliminações e

motilidade (ROCHA,2013; URBANETTO,2012).

Neste estudo, os resultados obtidos evidenciam maior dependência do doente nos departamentos de medicina e de cirurgia e anestesiologia. Estes resultados relacionam-se com comorbidades, faixa etária elevada, alta complexidade do nível assistencial associado a maiores complicações, decorrente das doenças crônicas ou comorbidades prévias, o que implica mais tratamentos e procedimentos.

No departamento da mulher e da criança, no serviço de Obstetrícia, as áreas de cuidados mais pontuadas foram a nutrição, sinais vitais/outras avaliações e as atividades de apoio e educação para a saúde. No serviço de Pediatria, as áreas de cuidados mais pontuadas foram as atividades de apoio e educação para a saúde, medicação e sinais vitais/outras avaliações. Os estudos demonstram que nestas unidades, as áreas de cuidados mais classificadas são sinais vitais/outras avaliações e atividades de apoio/educação para a saúde, nesta área enquadra-se o apoio psicológico e o ensino programado. O apoio psicológico é pontuado nas situações em que o doente/família apresenta sinais de inadaptação ao internamento, à doença e à incapacidade, necessitando de apoio para enfrentar a situação. O ensino programado nas situações, em que o doente ou familiar necessitam de ensino específico, quer no âmbito dos cuidados de saúde, quer de estimulação ao autocuidado, de modo a adquirir a independência e integrar-se no seu meio familiar, social e profissional, conforme se observa no Quadro 3.

Departamento \ Área de Cuidados	Cirurgia e Anestesiologia	Medicina	Mulher e da Criança	
			Obstetrícia	Pediatria
Higiene e Cuidados Pessoais	182.520	148.502	48.308	18.461
Nutrição	198.023	196.549	78.260	42.554
Movimentação	309.859	337.424	5.776	20.258
Eliminação	232.174	176.898	32.507	22.601
Medicação	389.231	293.545	56.701	119.135
Tratamentos	111.084	45.947	11.849	7.586
Sinais Vitais/Outras Avaliações	202.944	184.699	77.120	70.127
Atividades Apoio/Educação para a Saúde	64.234	117.343	76.560	121.957
Avaliação e Planeamento de Cuidados	98.682	66.480	42.495	35.844

Quadro 3 - Pontuação por área de cuidado de enfermagem e por departamento no período de 2014-2017

Fonte: Dados obtidos na plataforma informática da organização estudada (2019)

A complexidade dos processos de cuidados está associada ao crescente uso de tecnologias e respetiva abordagem terapêutica (ARAUJO,2016; Gelbcke,2018), decorrem das necessidades de cuidados e determinam a sua dependência.

Face aos elevados custos associados aos processos assistenciais e, de modo a

garantir a qualidade, será fundamental englobar o custo dos cuidados de enfermagem nos contratos programas, para conseqüentemente ser efetuada a readequação do quadro de pessoal de enfermagem.

Os atuais modelos de financiamento hospitalar visam aumentar a eficiência, com menores custos e maior qualidade. No geral, o financiamento dos hospitais está associado aos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) consistindo num sistema de classificação dos doentes internados em hospitais agudos, em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista de consumo de recursos. Na sua versão atual, cada doente é classificado num GDH, a partir do sistema orgânico afetado, a realização ou não de intervenção cirúrgica e o tipo de intervenção, o diagnóstico principal, os diagnósticos secundários, a idade e o destino após alta.

O atual sistema de financiamento é redutor, no futuro, o custo dos cuidados de enfermagem deverá ser englobado nos contratos programas, de modo a ser considerado na negociação dos recursos de enfermagem necessários.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do SCD/E contribuem para a gestão estratégica, tática e operacional e trata-se de um instrumento que permite quantificar a carga de trabalho de enfermagem, nas unidades de internamento, nos departamentos, nas organizações hospitalares e no Ministério da Saúde.

Assenta em pressupostos críticos como a metodologia científica de organização cuidados e a metodologia individual de organização dos cuidados, que têm de estar operacionalizados nas organizações utilizadoras do SCD/E.

Na área da gestão contribui para a racionalização da gestão dos recursos humanos, com impacto na qualidade dos cuidados, mas que determina a (re)estruturação dos modelos de gestão organizacional e dos cuidados de enfermagem.

No período em análise no departamento de Medicina e de Cirurgia e Anestesiologia existiu uma sobreutilização do pessoal de enfermagem, porque a Taxa de utilização foi superior a 100 % e no departamento de Mulher e Criança existiu uma subutilização do pessoal de enfermagem, porque a Taxa de utilização foi inferior a 100 %. Em termos globais na organização hospitalar, a taxa de utilização do pessoal de enfermagem num período de 2014-2017 foi de 109,38 %, podendo significar uma necessidade na adequação/ajustamento das equipas de enfermagem, de modo a garantir um cuidado individualizado, integral e seguro. Os estudos demonstram que após a adequação de pessoal de enfermagem ocorre uma evolução positiva dos indicadores de gestão e assistenciais, melhoria da segurança do doente e da qualidade assistencial.

Os profissionais de saúde precisam (re)pensar as suas práticas e modos de cuidar, os gestores precisam adotar novos modelos de gestão que respondam às dificuldades de

alocação de recursos humanos, tecnológicos, financeiros, assegurando um cuidar baseado nas melhores práticas e com garantia de segurança dos doentes e profissionais.

Como limitações do estudo aponta-se a ausência das características sociodemográficas dos doentes e a patologia e/ou motivo da hospitalização e que devem ser englobadas em próximos estudos, bem como uma análise comparativa com hospitais de igual complexidade.

REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS). **Manual do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem**. ACSS. 4ª ed. Lisboa, 2010.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS). **Sistema Informático de Sistema de Classificação de Doentes (SICD/E)**. ACSS. 2ª ed. Lisboa, 2011.

ANTUNES A.V.; COSTA M.N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. vol 11,n. 6,p.832-9, 2003

ARAUJO MT; HENRIQUES AVB; VELLOSO ISC; QUEIROZ CF; SANTOS AMR. Staff dimensioning of a hospital surgical unit. **Revista Eletr. Gestão Saúde** V.7, n.2.,p.650. 2016 Disponível em <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3519> Acesso em 10 ago. 2019.

BARRA D.C.C.; SASSO G.T.M.D. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**.;v.64, n.6., p.1141-9, 2011

Chora J.M.L. **Fundamentos para a gestão estratégica na saúde: A enfermagem - O caso dos sistema de classificação de doentes**. Tese de Mestrado, Curso de Mestrado em Intervenção Socio-organizacional da Saúde. Universidade de Évora, Évora, 2006.

CHORA J.M.L.; PAULINO C.M.B.M.D. **Automatização do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem**. <http://www.apegel.org/paginas/pagina1>. Acesso em 10 ago.2019. 2018 ISBN 978-989-20-8907-2.

FAKIH F.T.; CARMAGNANI M.I.S.; CUNHA I.C.K.O. Nursing personnel downsizing in a teaching hospital. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 59, n. 2, p.183-7, 2006.

FASSINI P.; HAHN G.V. Risk Management in Hospital Unit: Conceptions for Nursing Staff. **Revista Enfermagem UFSM**.v.2,n.2, p.290-9, 2012.

FREITAS M.J.B.S. **Dotação segura para a prática de enfermagem: Um contributo para a gestão de unidades de saúde**. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2015.

FUGULIN F.M.T.; GAIDZINSKI R.R.; KURCGANT P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 72-8, 2005.

GELBCKE F.L.; SOUZA A.P.; CUNHA B; SANTOS J.L.G. Dependency levels in hospitalized patients in surgical units of a university hospital. **Enfermería Global**, v. 52, p.570-99, 2018.

GUERRA N.E.H. **Dotações de Enfermagem: impacto na segurança dos cuidados de saúde**. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2017.

KURGANCT P.; MELLEIRO M.M.; TRONCHIN D.M.R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 61, n. 5, p.539-44, 2008.

LIMA A.F.C.; KURGANCT P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 234-9, 2009.

MAGALHÃES A.M.M.; RIBOLDI C.O.; DALL'AGNOL C.M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira Enfermagem**.v. 62, n. 4, p. 608-12, 2009.

MAGALHÃES A.M.M.; RIBOLDI C.O.; GUZINSKI C.; SILVA R.C.; MOURA G.M.S.S. Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 68, n. 5, p. 824-9, 2015.

MAYA C.M.; SIMÕES A.L.A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 64, n. 5, p. 898-904, 2011.

PERROCA M.G.; GAIDZINSKI R.R.. Patient classification system: construction and validation of an instrument. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 32, n. 2, p 153-68, 1998. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf>. Acesso em 10 ago. 2019

QUADROS D.V.; MAGALHÃES A.M.M.; MANTOVANI V.M.; ROSA D.S.; ECHER I.C. Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 69, n. 4, p.684-90, 2016.

ROCHA L.S.; SOUZA E.M.S.; ROSENDO C.A. Basic human needs and nursing care dependency of institutionalized elders. **Revista Eletronica de Enfermagem** V.15, n. 3, p. 722-30, 2013.

SALES F.M.; SANTOS I. Profile of Elderly People Hospitalized and Dependence Levels of Nursing care: Identification of necessities. **Texto Contexto Enfermagem**.v. 16, n. 3, p.495-502, 2007.

SILVA K.S.; ECHER I.C.; MAGALHÃES A.M.M. Patients dependency degree in relation to the nursing team: a management tool. **Escola Anna Nery**.v. 20, n. 3, 2016.

SOMENSI R.M.; CAREGNATO R.C.A.; CERVI G.H.; FLORES C.D. Carga horária de trabalho: comparação dos métodos observacional e on-line. **Revista Brasileira Enfermagem**. v.71, n. 4, p.1960-7, 2018.

URBANETTO J.S.; MARCO R.; CARVALHO S.M.; CREUTZBERG M.; OLIVEIRA K.F.; MAGNAGO T.B.S. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 65, n. 6, p.950-4, 2012.

VANDRESEN L.; PIRES D.E.P.; LORENZETTI J.; ANDRADE S.R. Classification of patients and nursing staff's sizing: contributions of a management technology. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 2018;39:e2017-0107, 2018.

VASCONCELOS R.O.; RIGO D.F.H.; MARQUES L.G.S.; NICOLA A.L.; TONINI N.S.; OLIVEIRA J.L.C. Dimensioning of hospital nursing personnel: study with brazilian official parameters of 2004 and 2017. **Escola Anna Nery**. v 21, n.4, p. 1-8, 2017.

VEIGA B.S.; ABRANTES I.M. O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem no GDH 14 - Doenças Cerebrovasculares. **Revista Servir**.v. 44, n. 4, p. 193-8, 1996.

VEIGA M.B.S.; BARROS M.I.M; PEREIRA MTQ.; SILVA NR. Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem. **Revista de Enfermagem**. n.10, p.13-8, 1987.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso Vascular 16, 228, 230, 240, 241, 242

Acidentes por quedas 151

Administração Hospitalar 97, 186, 188

Agentes comunitários de saúde 11, 67, 68, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 170

Assistência de enfermagem 15, 39, 44, 45, 100, 105, 108, 109, 117, 138, 144, 174, 193, 240, 241, 243, 245, 250

Assistência Hospitalar 48, 144

Atendimento pré-hospitalar 113, 114, 118, 119, 121, 122, 198, 199

Atividades Educativas 141, 142, 143, 225

C

Capital Social 15, 219, 220, 221, 223, 224, 225, 226

Centro Cirúrgico 12, 136, 137, 138, 139, 140, 247

Cirurgia cardíaca 12, 123, 126

Comunicação 12, 2, 3, 6, 9, 12, 26, 39, 40, 47, 53, 64, 77, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 113, 126, 127, 131, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 186, 189, 197

Cuidados de enfermagem 12, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 33, 36, 40, 123, 125, 126, 134, 135, 227, 228, 232, 234, 235, 239, 243

D

Direito à saúde 80, 81, 83, 116

Documentos 148, 200, 202, 203

Doença Renal Crônica 15, 227, 228, 240

E

Educação na saúde 11, 49, 52, 58, 225

Educação permanente 11, 17, 18, 59, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 76, 77, 101, 102, 143, 149, 199, 207

Enfermagem 2, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 59, 60, 61, 65, 66, 67, 68, 71, 73, 74, 77, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 147, 148, 149, 150, 154, 157, 158, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 174, 179, 180, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 200, 202, 207, 208, 209, 210, 211, 212,

213, 214, 215, 217, 218, 226, 227, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 248, 249, 250, 251, 252

Enfermagem em emergência 192, 194

Enfermeiro 10, 11, 12, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 18, 25, 26, 28, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 61, 62, 63, 65, 75, 84, 88, 89, 90, 91, 95, 99, 103, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 123, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 153, 158, 161, 175, 183, 188, 191, 193, 194, 197, 198, 212, 213, 214, 217, 226, 237, 238, 239, 240

Erros de medicação 142, 148, 149

F

Fatores de risco 151, 152, 153, 154, 157, 161, 162, 165, 212, 213, 215, 216, 222, 225, 226

G

Gestão da informação em saúde 20

Gestão de enfermagem 93, 96, 103

Gestão do trabalho 11, 49, 52, 54, 55, 77, 225

Gestão em saúde 10, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 49, 90

Gestão Hospitalar 93, 95, 110

Gestor de saúde 70

H

Hemodiálise 15, 160, 227, 228, 229, 231, 233, 240, 241, 242

Hospitalização 34, 151, 154, 168, 178, 193, 231, 237

Hotelaria Hospitalar 13, 181, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190

Humanização 9, 11, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 98, 107, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190

I

Idoso 13, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 176, 177, 178, 179

Indicadores 10, 12, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 65, 93, 103, 104, 106, 164, 169, 175, 179, 187, 188, 233, 236

J

Judicialização da saúde 80, 81, 82, 83, 86, 89, 90, 91, 92

L

Liderança 2, 4, 5, 22, 55, 56, 63, 88, 93, 100, 109, 117

O

Organização 2, 3, 4, 7, 12, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 55, 57, 64, 65, 66, 69, 71, 77, 82, 103, 104, 105, 106, 107, 116, 120, 125, 137,

140, 143, 179, 182, 210, 215, 216, 217, 221, 226, 241

P

Paciente 9, 12, 15, 3, 4, 40, 43, 44, 46, 49, 52, 58, 62, 65, 87, 88, 89, 95, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 120, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 205, 215, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250

Perfil de saúde 222

Política pública 80

Práticas integrativas e complementares 11, 49, 50, 57, 59, 60

Promoção da Saúde 149

Q

Qualidade de vida 9, 12, 58, 100, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 168, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 214, 216, 220, 223, 225, 226, 229, 230, 239, 240, 241

Qualidade dos cuidados 22, 33, 123, 124, 133

R

Risco de Infecção 15, 227

S

Satisfação do doente 12, 123, 125, 126, 133, 134

Saúde 9, 10, 11, 15, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 158, 161, 162, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 231, 232, 237, 239, 240, 241, 243, 245, 251, 252

Saúde do homem 149

Saúde Hospitalar 61

Saúde Pública 11, 8, 9, 12, 18, 48, 66, 77, 79, 80, 82, 83, 90, 122, 151, 152, 165, 177, 178, 179, 181, 188, 193, 195, 196, 199, 220

Segurança do paciente 12, 88, 106, 108, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 151, 163, 164

Segurança do trabalho 210

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem⁺

2⁺



🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2021

Políticas sociais e de atenção,
promoção e gestão em

enfermagem

2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

