

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Alexsandra Micheline Real Saul Rorato

**DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
DE UMA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

Santa Maria, RS

2016

Alexsandra Micheline Real Saul Rorato

**DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA
CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS

2016

Alexsandra Micheline Real Saul Rorato

**DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA
CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 19 de dezembro de 2016.

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Fernanda Maria Togeiro Fugulin, Dr^a (USP)

Rosangela Marion da Silva, Dr^a (UFSM)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, RS
2016

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os pacientes do 3º andar do HUSM que contribuíram para que ele se concretizasse, pois entenderam que era uma busca para a qualificação do cuidado de enfermagem para consigo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, sem o qual nada é possível, pois sempre me concedeu força, coragem e perseverança para eu nunca fracassar.

Aos meus pais **Eroni** (in memoriam) e **Regina** que sempre acreditaram que eu era capaz, através do amor e carinho incondicional.

Aos meus filhos **Arthur** e **Júlia** que demonstraram uma maturidade e responsabilidade que me surpreenderam. Ele, como tutor da mana e me ajudando incansavelmente sempre; ela se superando a cada dia na escola e com suas atitudes.

Ao meu esposo **Tito Márcio** por entender e ajudar todo o tempo, por dividir a madrugada de estudos ao meu lado sem dormir, pela parceria para eu não desistir, dizendo “está quase, falta pouco...”

À **Cirlei** (Ei) por cuidar da minha casa e de todos. Nunca terei como agradecer.

Ao meu irmão **Saul**, que largava tudo em função dos meus filhos, quando eu não estava presente.

A minha cunhada **Marta** pelas conversas de incentivo e descontração

Aos meus sobrinhos queridos, **Isadora** com sua meiguice, e **Samuel** com suas palavras: “Tia Mana apura tu é burrinha passa estudando neste mestrado eu faço os temas e deu”.

As minhas amigas **Márcia**, **Miriam**, **Rosângela** e **Rhêa** sempre incansáveis pela ajuda e incentivo em TUDO!

A minha orientadora **Suzinara Beatriz Soares de Lima**, que sempre esteve presente na construção desta pesquisa. Como diz minha filha, em poucas palavras, “ela resolve tudo e mostra o caminho certo!!”

À Banca **Dr^a Fernanda Maria Togeiro Fugulin**, por aceitar em contribuir neste estudo e me recebendo com tanta simplicidade quando fez uma apresentação no COREN em Porto Alegre e já aceitando ser da minha banca.

Dr^a Rosângela Marion da Silva, a qual sempre me deu incentivo e a admiro muito pelo seu potencial e também por conhecer a realidade da Clínica Cirúrgica como enfermeira assistente e gerente.

Carmem Lúcia Colomé Beck por disponibilizar do seu tempo para cooperar nesta pesquisa e do seu conhecimento.

Às colegas **mestrandas e doutorandas** do grupo de pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf), os “Pupilos da Suzi”.

À todos os demais **docentes** Doutores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pelos ensinamentos, pelos conselhos em sala de aula ou até mesmo nos corredores do Departamento de Enfermagem e por permitirem que eu acreditasse que eu era capaz.

Ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o qual considero meu segundo lar.

Aos meus colegas do HUSM que confrontaram meus dados para garantir fidedignidade.

À Universidade Federal de Santa Maria, pelo mestrado, pela acolhida, pela estrutura e suporte que possibilitaram formar-me Mestre.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo, mesmo não atingindo o alvo quem busca e vence obstáculos no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RESUMO

DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

AUTORA: Alexsandra Micheline Real Saul Rorato
ORIENTADORA: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Estudo descritivo de natureza quantitativa, que objetivou avaliar o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem da Clínica Cirúrgica de um hospital de ensino da região Sul do Brasil, composta por 52 leitos. Participaram do estudo 465 pacientes, e seguiram-se os preceitos éticos da Resolução 466/2012, com CAAE nº 52487116.6.0000.5346. Os dados foram coletados de 12 de abril a 10 de julho de 2016, de acordo com as orientações metodológicas propostas por Gaidzinski (1998). Para a classificação dos pacientes foi seguido o instrumento de Fugulin et al (2006). Para as horas de assistência e distribuição percentual de cada categoria foram seguidos os padrões da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº293/2004 e nº 0527/2016. Os pacientes internados foram avaliados diariamente, sendo realizadas 4164 avaliações. Os pacientes apresentaram classificação nos cinco níveis de dependência de cuidados, sendo a maioria, 35% (1442), com perfil assistencial correspondente à categoria de cuidados intermediários; 30% (1263), com cuidados de alta dependência; 21% (873) foram classificados em cuidados mínimos; 8% (331), com cuidados assistência semi-intensivos e 6% (255), com cuidados intensivos. O índice de segurança técnica determinado pelo estudo para os enfermeiros foi de 40,50%, do nível médio 37,83%, sendo que entre as ausências previstas por folga semanal foi 17%. Das ausências não previstas 6,65% para enfermeiros e 4,53% para auxiliares e técnicos, sendo a maioria por licenças médicas. O quadro atual do serviço de enfermagem é de 16 enfermeiros e 45 de técnicos e auxiliares de enfermagem, no período de coleta de dados. De acordo com a Resolução do Conselho federal de Enfermagem/2004 o projetado é de 27 enfermeiros e 55 técnicos e auxiliares, enquanto que na Resolução de 2016 o projetado foi 29 enfermeiros e 57 técnicos e auxiliares de enfermagem. A proporção da equipe de enfermagem está aquém do preconizado pelas Resoluções, podendo comprometer a qualidade da assistência e a segurança do paciente, causando adoecimento na equipe de enfermagem e aumentando o absenteísmo. Este estudo possibilitou o dimensionamento da equipe de enfermagem, o qual faz parte da ação gerencial do enfermeiro, colabora para a concretização do cuidado, do ensino e da pesquisa na clínica cirúrgica, desta forma apontando as condições necessárias para a melhoria da qualidade do cuidado com segurança para o paciente e produtividade da equipe.

Palavras-chave: Enfermagem. Administração de Recursos Humanos. Qualidade da Assistência à Saúde. Downsizing Organizacional.

ABSTRACT

DIMENSIONING OF NURSING PROFESSIONALS OF A SURGICAL CLINIC OF A TEACHING

AUTHOR: Alexsandra Micheline Real Saul Rorato

ADVISOR: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Descriptive study of quantitative nature, which aimed to evaluate the quantitative and qualitative of the nursing staff of the Surgical Clinic of a teaching hospital in southern Brazil, composed of 52 beds. 465 patients participated in the study; the ethical precepts of Resolution 466/2012 were followed, under CAAE No. 52487116.6.0000.5346. Data were collected from April 12 to July 10, 2016, according to the methodological guidelines proposed by Gaidzinski (1998). To classify the patients, the instrument of Fugulin et al (2006) was used. For the hours of assistance and percentage distribution of each category, the standards of the COFEN Resolutions No. 293/2004 and 0527/2016 were followed. Inpatients were evaluated daily, with 4164 evaluations performed. Patients were classified in five levels of care dependency, being the majority, 35% (1442), with care profile corresponding to the intermediate care category; 30% (1263), with high dependency care; 21% (873) were classified with minimal care; 8% (331) with semi-intensive care and 6% (255) with intensive care. The technical safety index determined by the study for nurses was 40.50% and 37.83% for nursing technicians, being that among the absences foreseen by weekly rest days was 17%. Of the unforeseen absences, 6.65% were by nurses and 4.53% by assistants and technicians, being the majority due to medical licenses. The current frame of the nursing service is 16 nurses and 45 nursing technicians and assistants, during the period of data collection. According to the COFEN Resolution of 2004, the project is 27 nurses and 55 technicians and assistants, while in the Resolution of 2016 the project was 29 nurses and 57 technicians and nursing assistants. The proportion of the nursing staff is below what is recommended by the Resolutions, which may compromise the quality of care and patient safety, causing sickness in the nursing team and increasing absenteeism. This study made possible the dimensioning of the nursing team, which is part of the managerial action of the nurse, collaborates to achieve care, teaching and research in the surgical clinic, thus pointing out the necessary conditions for improving the quality of care with patient safety and team productivity.

Keywords: Nursing. Human resources management. Quality of healthcare. Organizational downsizing.

RESUMEN

DIMENSIONAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA CIRÚRGICA DEL HOSPITAL ESCUELA

ALUMNA: Alessandra Micheline Real Saul Rorato

ORIENTADORA: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Estúdio descriptivo de naturaleza cuantitativa, que objeto evaluar el cuantitativo y cualitativo del personal de enfermería de la Clínica Cirúrgica de un hospital escuela de la región Sur del Brasil, compuesta por 52 lechos . Participaron del estudio 465 pacientes. Los datos fueron colectados de 12 de abril a 10 de Julio de 2016, de acuerdo con las orientaciones metodológicas propuestas por Gaidzinski(1988). Para la clasificación de los pacientes fue seguido el instrumento de Fugilin et al (2006). Para las horas de asistencia y distribución porcentual de cada categoría fueron seguidas los padrones de la Resolución N 293/2004 y 0257/2016. Los pacientes internados fueron evaluados diariamente, siendo realizadas 4164 evaluaciones. Los pacientes presentaron clasificaciones em los cinco niveles de dependencia de cuidados, siendo la mayoría ,35% (1442) en el perfil asistencial correspondiente a la categoría de cuidados intermedios: 30% (1623), con cuidados de alta dependencia ;21% (873) fueron clasificados con cuidados mínimos; 8% (331), con cuidados asistencial semi-intensivos y el 6% (225) con cuidados intensivos. El índice de seguridad técnica determinada por el estudio para los enfermeros fue de 39,1707%, del nivel medio 37,0055%, siendo que las ausências prevista por descanso semanal fue 17%. De las ausências no previstas 5,53% para enfermeros y el 3,89% para auxiliares y técnicos, siendo la mayoría por permiso médico. El cuadro actual del servicio de enfermería es de 16 enfermeros y 45 de técnicos y auxiliares de enfermería, en el período de la carga de datos, de acuerdo con la Resolución del Consejo Federal de Enfermería 2004 el proyecto es de 32 enfermeros, 64 técnicos y auxiliares de enfermería. La proporción del equipo de enfermería está abajo de lo previsto por las Resoluciones pudiendo comprometer a la calidad de asistencia y la seguridad del paciente, causando enfermedades al equipo de enfermería y aumentando el absentismo. Este estudio estabilizó el dimensionamiento del equipo de enfermería, el cual hace parte la acción gerencial del enfermero, colabora para la concretización del cuidado, de la enseñanza y de la encuesta em la clínica cirúrgica, de esta manera indican las condiciones necesarias para que se pueda mejorar la calidad del cuidado con seguridad para el paciente y de la productividad equipo.

Descriptores: Administración de Recursos Humanos. Calidad de asistencia y salud. Downsizing organizacional. Enfermería.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Pacientes internados na UCC (Unidade de Clínica Cirúrgica.....	47
Gráfico 2 –	Apresenta as frequências dentre as faixas etárias entre o sexo masculino e feminino dos pacientes internados na UCC (Unidade de Clínica Cirúrgica.....	47
Gráfico 3 –	Procedência de pacientes internados na UCC (Unidade de Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.....	48
Gráfico 4 –	Tipo de altas dos pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.....	49
Gráfico 5 –	Distribuição de frequência das faixas etárias do tempo médio (em dia) de permanência dos pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.....	49
Gráfico 6 –	Distribuição de frequência das faixas etárias do tempo médio (em dias) de permanência dos pacientes internados sem a discrepância na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.....	50
Gráfico 7 –	Distribuição das especialidades clínicas empregadas aos pacientes internados no período de 12 abril à 10 de julho de 2016.....	51
Gráfico 8 –	Distribuição das subespecialidades clínicas gerais empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016..	52
Gráfico 9 –	Distribuição das subespecialidades clínicas em cabeça e pescoço empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.....	52
Gráfico 10 –	Distribuição das subespecialidades clínicas de urologia empregada aos pacientes internados no período de 12 abril à 10 de julho de 2016.	53
Gráfico 11 –	Distribuição das subespecialidades clínica vascular empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.....	53
Gráfico 12 –	Distribuição das subespecialidades clínicas traumatologia empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho.....	54
Gráfico 13 –	Distribuição das subespecialidades clínicas torácica empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016..	54
Gráfico 14 –	Distribuição das subespecialidades clínica plástica empregada aos pacientes internados.....	55
Gráfico 15 –	Distribuição das subespecialidades clínicas procto empregada aos pacientes internados.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Classificação do cuidado em relação a carga média de trabalho.....	58
Tabela 2 –	Número de profissionais atuais na unidade e o número de profissionais projetado.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Os pacientes e as especialidades na CC.....	51
Quadro 2 –	Grau de dependência da assistência pelos pacientes avaliados na CC do HUSM.....	57
Quadro 3 –	Resultados do quadro de pessoal de enfermagem COFEN 2004 /2016...	63
Quadro 4 –	Diferenças entre Resolução COFEN 293/2004 e Resolução COFEN 0527 /2016.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Adicional de plantão hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Clínica Cirúrgica
CHS	Carga Horária Semanal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRS	Coordenadoria Regional de saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DPE	Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem
DIVIGP	Divisão de Gestão de Pessoas
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GASENF	Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem
GM	Gabinete do Ministro
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de estudos de saúde suplementar
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Índice de Segurança Técnica
LPP	Lesão por pressão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNS	Programa Nacional de Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SAE	Sistematização da assistência em enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SRA	Sala de recuperação anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnico Administrativo em Educação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	HIPÓTESE DE PESQUISA.....	21
1.2	PERGUNTA DE PESQUISA.....	21
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	OS MÉTODOS DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	24
3.2	A PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O ESTUDO DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM	27
4	MÉTODO DE PESQUISA.....	35
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	35
4.2	O CENÁRIO E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	35
4.3	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	36
4.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	37
4.4.1	Etapa 1: Caracterização demográfica dos pacientes e com relação à internação.....	38
4.4.2	Etapa 2: Caracterização dos pacientes nas especialidades cirúrgicas.....	38
4.4.3	Etapa 3: Classificação do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem.....	39
4.4.4	Etapa 4: Definição da carga média diária de trabalho.....	39
4.4.5	Etapa 5: Percentual das ausências previstas e não previstas e a determinação do índice de segurança técnica (IST)	40
4.4.6	Etapa 6: Determinação do tempo/jornada efetiva de trabalho.....	42
4.4.7	Etapa 7: Aplicação da equação para cálculo do dimensionamento de pessoal.....	42
4.4.8	Etapa 8: Levantamento do número de funcionários existentes na unidade de internação estudada comparando com os resultados do dimensionamento.....	43
4.4.9	Etapa 9: Comparativo entre o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem existente e o dimensionado.....	44
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	44
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	47
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES DA UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA (UCC).....	46
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES NAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS.....	50
5.3	CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS PACIENTES EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	56
5.4	DEFINIÇÃO DA CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO.....	57
5.5	PERCENTUAL DAS AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS E A DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST).....	58
5.5.1	Cálculo de ausências previstas.....	58
5.5.2	Cálculo de ausências não previstas.....	60

5.5.3	Cálculo do IST.....	60
5.6	DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	61
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
6.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA.....	64
6.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES NAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS.....	67
6.3	CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS PACIENTES QUANTO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	69
6.4	DEFINIÇÃO DA CARGA MÉDIA DE TRABALHO DA UNIDADE.....	70
6.5	PERCENTUAIS DE AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS E DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA.....	71
6.6	CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM	73
6.7	IMPLICAÇÕES DO DIMENSIONAMENTO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	75
7	CONCLUSÃO.....	80
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
	APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	94
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES, COMPLEMENTADO COM ÁREAS DE CUIDADO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS.....	95
	APÊNDICE D – AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	97
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES, COMPLEMENTADO COM ÁREAS DE CUIDADO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS.....	98
	ANEXO B – PLANILHA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DIÁRIA.....	99
	ANEXO C – AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	100
	ANEXO D – PLANILHA ELETRÔNICA PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	101
	ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	102

1 INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem é idealizado como uma ação profissional qualificada, pela aplicação do conhecimento científico do enfermeiro gerenciando sua equipe, trazendo resultados positivos ao paciente, em termos de atendimento de suas necessidades de saúde e segurança. A assistência de enfermagem e a qualidade fundamentam-se em princípios técnico-científico-filosóficos que os norteiam, e se vinculam ao discurso da prática difundido como publicações ou produção intelectual utilizadas na formação e especialização profissional (LIMA, 2008).

Dentre suas ações assistenciais, o enfermeiro realiza gerenciamento diário de recursos humanos relacionados à escala de serviço, prioridade da assistência em relação a pacientes mais graves, supervisão e avaliação da equipe, atitudes que influenciam nos rumos e o sucesso organizacional.

Esses eventos sofrem influências das mudanças globais e modificam a forma de relação entre as pessoas e empresas, em decorrência da competitividade, das exigências de qualidade na prestação de serviços, das transformações sociais e epidemiológicas e da crescente conscientização da população quanto as suas necessidades e benefícios como consumidor de serviços de saúde (BEZERRA, 2003).

A demanda de trabalho de enfermagem deve estar aliada à qualidade e segurança da assistência e à otimização de recursos, sendo que o ideal nem sempre é exequível, principalmente quando se trata de instituições públicas, nas quais os Enfermeiros, em algumas delas não possuem autonomia quanto à seleção de pessoal.

A sociedade atual passa por modificações tecnológicas e enfrenta inúmeras dificuldades assistenciais e gerenciais decorrentes da adoção de medidas administrativas que afetam diretamente o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem, interferindo no planejamento e na consecução as propostas e programas assistenciais implantados, comprometendo, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada (FUGULIN, 2002). Estas causam transformações políticas, sociais, tecnológicas e econômicas, suscita das instituições um quantitativo de profissionais adequados para atender às exigências dos pacientes.

Neste sentido, faz-se necessária a adequação do quadro de enfermeiros, uma vez que os resultados de estudos evidenciam que as instituições não atendem às recomendações legais vigentes (GIARDELLO, 2013). O quantitativo de enfermeiros pode influenciar nas

taxas de mortalidade e riscos de complicações em pacientes. A inadequação desses recursos, para atendimento das necessidades de assistência de Enfermagem aos pacientes, compromete seriamente a qualidade do cuidado e implica em questões legais e de saúde do trabalhador (NICOLA, 2005). Os gestores de enfermagem instrumentalizados melhor gerenciam os recursos humanos e acompanha sua evolução na eficácia, qualidade da assistência implantando medidas que melhorem os processos de trabalho, redefinindo prioridades, racionalizando recursos e acompanhando a produtividade (POSSARI, 2011).

Os pacientes têm o direito de serem atendidos por profissionais com maior conhecimento técnico e científico, o que influencia, diretamente, na qualidade da assistência e na segurança do paciente, bem como na qualidade e nas condições de trabalho e de vida dos enfermeiros.

Desta forma, torna-se imperioso definir caminhos que levem à qualidade dos produtos e dos serviços prestados, tornando indispensável à adoção de políticas e gerenciamento de recursos humanos que oriente a prática das pessoas relacionadas à estrutura, à cultura e aos processos organizacionais que devem envolver etapas interdependentes como provisão, aplicação, manutenção, desenvolvimento e monitoração de recursos humanos (CHIAVENATO, 2009).

O hospital, como empresa, preocupa-se com produtividade, redução de custos, gerenciamento de recursos humanos e, principalmente, com o quadro de pessoal de enfermagem por ser o quantitativo mais significativo da instituição. Alguns hospitais apresentam dificuldades no gerenciamento de recursos humanos devido à inadequação de pessoal de enfermagem para um atendimento com qualidade (COELHO, 2013).

As instituições hospitalares com suas diretrizes próprias visam à contenção e redução de despesas, se fazem sentir, imediatamente, na política de recursos humanos do hospital ocorrendo déficit e falta de reposição de funcionários, limitações de demissões, imposição do aumento do número de leitos (FUGULIN, 2002). Este cenário causa sobrecarga de trabalho e insatisfação da equipe de enfermagem.

Nosso desconhecimento em relação aos critérios sistematizados para o planejamento e a avaliação do quantitativo de recursos humanos de enfermagem, faz com que realizemos esta atividade de forma empírica, baseados na experiência e no julgamento intuitivo, ou por meio da utilização de equações matemáticas disponíveis na literatura, sem que haja compreensão do significado e do comportamento das variáveis envolvidas no processo de dimensionar pessoal de enfermagem (FUGULIN, 2002).

A provisão de pessoal de enfermagem é um processo organizado que fundamenta o planejamento e avaliação do qualitativo e quantitativo de pessoal necessário para promover a assistência de acordo com a singularidade de cada serviço que recebe a denominação de dimensionamento (FUGULIN, 2010).

É nesse cenário que se destaca o dimensionamento de pessoal de enfermagem, enquanto instrumento gerencial para uma assistência de qualidade, de forma a produzir resultados que possibilitem a conscientização do significado de um quadro de pessoal adequado às necessidades da clientela e da instituição. Assim, um quadro de pessoal de enfermagem adequadamente dimensionado poderá contribuir para melhores resultados da assistência, reduzir os eventos adversos aos pacientes e o tempo de internação (CUNHA, 2011).

O tema de pesquisa foi escolhido por ter trabalhado 13 anos na Clínica Cirúrgica do referido cenário de pesquisa e acompanhado, vivenciado e compartilhado das dificuldades assistenciais e gerenciais, provenientes de medidas administrativas do governo que afetam diretamente o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem, interferindo no planejamento e na consecução das propostas e programas assistenciais implantados, comprometendo, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada.

Essas medidas, decorrentes de uma diversidade de prioridades políticas, que se fazem sentir, imediatamente, na política de recursos humanos do hospital. Assim, ocorrem a extinção ou dificuldade de reposição das vagas existentes, morosidade nos processos de contratação, a imposição de um aumento no número de leitos ou de implantação de novos serviços sem correspondente aumento no quantitativo de pessoal.

A necessidade de encontrar estratégias para superar essas dificuldades, dentro da minha trajetória, evidenciou que havia necessidade da utilização de um instrumento que auxiliasse na realização deste estudo, a fim de realizarmos este processo seguindo uma metodologia e parássemos de realizar nossa escala de serviço de forma empírica que valessem para os enfermeiros para as argumentações, na condução e justificativas de propostas, referentes ao dimensionamento e à avaliação do quantitativo de recursos humanos em enfermagem.

Primeiramente, enquanto enfermeira assistencial, assistia e sofria os reflexos da redução do quantitativo de pessoal, absorvia uma carga maior de trabalho para atender às exigências assistenciais aos pacientes. A diminuição da força de trabalho, nessa ocasião, era atribuída às ausências não previstas de pessoal, como licença para tratamento de saúde e licenças maternidade. Com o passar do tempo, o aumento da complexidade assistencial

dos pacientes internados necessitou nova demanda de atividades, exigindo maior capacitação e produtividade do pessoal de enfermagem, apontando para a necessidade de revisão dos critérios utilizados para dimensionar o pessoal de enfermagem. O hospital, por ser referência da região, conta com pacientes de alta complexidade com cirurgias extensas e delicadas exigindo da equipe um adequado preparo para atuação profissional. Além disso, pelas dificuldades em executar as ações previstas tais como: as orientações perioperatórias, SAE (sistematização da assistência em enfermagem), prevenção de LP (lesões por pressão), supervisão adequada dos procedimentos da equipe. As orientações adequadas e a realização da SAE auxiliam na reabilitação precoce e tornam o paciente mais independente.

Ao assumir a chefia da Unidade, percebi, mais ainda, os reflexos do aumento da carga de trabalho na saúde dos trabalhadores (atestados prolongados sem a devida reposição do pessoal) e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada. Na tentativa de equacionar essas dificuldades, foi visualizada a possibilidade de reorganização da Unidade no sentido de melhorar a assistência, otimizando os recursos humanos disponíveis através do dimensionamento da equipe de enfermagem.

Dimensionar de forma sistemática representou um grande desafio por ser um trabalho que tenta responder às expectativas emergentes do meu cotidiano enquanto enfermeira gerente, bem como, busca favorecer meu desenvolvimento enquanto enfermeira.

A Clínica cirúrgica do referido hospital presta serviço a pacientes de várias especialidades, cirurgias complexas, poli traumatizados, que demandam alta dependência de cuidados, sendo que muitos deles, após a alta da SRA (sala de recuperação anestésica) recuperam na unidade de internação, sem passar pela UTI (Unidade de Terapia Intensiva), devido à escassez de leitos.

Até o ano de 2013, era reduzido o número de funcionários comparados com o número de leitos, pois o hospital por ser público dependia de concurso para a admissão de novos membros para a equipe de enfermagem. Em julho do mesmo ano, ocorreu seleção por concurso da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) sendo que, em primeiro de setembro de 2014, iniciaram novos colaboradores. Porém, ainda temos muitos atestados, licenças diversas, e a elaboração da escala de serviço permanece uma preocupação mensal e diária.

Acredita-se que a realização desta pesquisa possibilitará o estabelecimento de indicadores de recursos humanos e de assistência que subsidiará as discussões relativas ao quadro de pessoal de enfermagem de toda a instituição junto à direção geral do hospital.

1.1 HIPÓTESE DE PESQUISA

O quantitativo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem não é suficiente para a realização da assistência de enfermagem.

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

A equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica do HUSM está de acordo com o quantitativo e o qualitativo de pessoal para a assistência de enfermagem de acordo com a resolução do COFEN?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem da unidade de internação de Clínica Cirúrgica de um hospital de ensino da região Sul do Brasil.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Caracterizar e classificar o grau de dependência dos pacientes internados em relação ao cuidado de enfermagem, de acordo com o sistema de classificação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A equipe de enfermagem representa o maior número de profissionais de uma instituição hospitalar (NISHIO; BAPTISTA, 2011) e, por estar sempre ao lado do cliente, detém uma quantidade significativa de informações as quais são utilizadas por outros profissionais da equipe de saúde para direcionar o processo assistencial, tornando-se, assim, imprescindível na busca pela qualidade e segurança do cliente.

Compreende-se o enfermeiro como um ser único, reflexivo, que vive em uma sociedade organizada e hierarquizada, possui sonhos, aspirações, compromissos, experiências. Enfim, usufrui tudo que o ser humano tem, pois, influencia e é influenciado pela organização de que faz parte e dela necessita para se realizar enquanto profissional e até mesmo como pessoa (LIMA, 2008).

Os aspectos decorrentes da qualidade dos serviços e da segurança do paciente configuram-se como problemas de saúde pública. Segundo Moraes et al. (2008), estas temáticas despertam o interesse dos profissionais que compõem a equipe de trabalho das instituições de saúde. Faz-se necessária a constante aquisição de conhecimentos na área do gerenciamento de enfermagem para a consequente garantia da qualidade do serviço prestado.

A avaliação da qualidade exerce influência na capacidade gerencial dos serviços de saúde e na assistência ministrada (LIMA, 2008).

Pertence e Melleiro (2010) afirmam que qualidade em saúde se relaciona à prestação de assistência de elevado nível, de forma que os profissionais responsáveis pelas ações de saúde deverão estar comprometidos com a busca pelo aperfeiçoamento da prática profissional com o objetivo de atender às expectativas dos usuários, levando-os à satisfação com os serviços a eles dispensados.

A saúde e seus serviços requerem transformações e adaptações que busquem melhorar a eficiência e a qualidade, principalmente nas instituições hospitalares, onde se verifica, ainda, a maior demanda de atendimento à saúde (FUGULIN, 2002).

Santos et al. (2010) definem qualidade como uma filosofia, um modelo de gestão empresarial ou um modelo de gestão administrativa que tem por objetivo alcançar, de forma permanente, a melhoria dos produtos ou serviços oferecidos, por meio da mudança dos processos produtivos, da cultura e do envolvimento e comprometimento dos trabalhadores.

No âmbito das organizações de saúde, a qualidade adquire significado diferente das demais organizações de bens ou serviços (KURCGANT, 2009). Essa qualidade se baseia com vistas na manutenção e recuperação da saúde das pessoas.

Nas instituições hospitalares, o Serviço de Enfermagem representa papel fundamental no processo assistencial. O hospital não é qualquer equipamento de saúde, é uma organização complexa, com múltiplos interesses, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. É também um equipamento de saúde em processo de redefinição, pois, no âmbito público e no privado, estão em debate seu papel e seu lugar na produção do cuidado, em busca de qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos (LIMA, 2008).

A gestão em saúde compreende um conjunto de instrumentos técnicos próprios que apoiam a execução das atividades gerenciais, tais como o planejamento, o dimensionamento, o recrutamento e a seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho, o monitoramento dos indicadores de qualidade, entre outros (FELLI; PEDUZZI, 2012). Assim, o gerenciamento de recursos humanos é uma questão essencial para a consecução dos objetivos assistenciais, requerendo que os enfermeiros desenvolvam competências para utilizar as ferramentas e estratégias gerenciais que alicerçam a qualidade do cuidado, objeto de seu trabalho, a fim de buscar a segurança e a satisfação dos pacientes, dos profissionais de enfermagem e das próprias instituições de saúde, reduzindo os riscos inerentes à assistência (FUGULIN, 2016).

Para tanto, é imprescindível a adequação dos profissionais de enfermagem para um atendimento de qualidade, este só é possível através do dimensionamento da equipe.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela (KURCGANT, 2009).

3.1 Os métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem

Fugulin (2002) descreveu um histórico contextualizado por Gaidzinski (1998) sobre a evolução do dimensionamento da equipe de enfermagem conforme esquema abaixo:

O método intuitivo ou das relações de proporção (antes de 1939):

Este método era baseado na relação de proporção entre a quantidade de tarefa a ser realizada /dia e o número de trabalhadores /dia necessários para a realização dessa tarefa. As variáveis eram: a quantidade de enfermeiras; a quantidade de leitos disponíveis e a proporção diária de enfermeiras por leito, baseadas em uma regra simples de três. Descrevendo o dimensionamento como a quantidade diária de enfermeiras necessárias está para o número total de leitos numa dada razão de proporção, Gaidzinski (1998), a transcreveu para uma linguagem matemática, com o intuito de facilitar sua compreensão e análise, de forma que o modelo foi assim representado:

$$q = n \cdot R$$

onde:

q= quantidade de enfermeiras necessárias;

n= quantidade diária de leitos disponíveis;

R= relação de proporção diária de enfermeiras por leito.

A variável R apresentava uma dimensão subjetiva, baseada na experiência e julgamento das enfermeiras por faltar, na época em que foi concebido, outras ferramentas para a medição do trabalho (GAIDZINSKI, 1998). Os trabalhadores não possuíam, praticamente, nenhum direito adquirido, como definição de turnos de trabalho, folgas semanais remuneradas ou direito a outros tipos de ausência.

Em 12 de agosto de 1998, a Portaria do Ministério da Saúde nº3.432, estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), 25 de agosto de 1999, que estabelece normas e critérios para inclusão da unidade de cuidados intermediários neonatal no SUS. Essas Portarias não consideram a dimensão subjetiva do método com relação à determinação da carga de trabalho, também não indicam um quantitativo de pessoal para a cobertura de ausências por folgas semanais remuneradas, férias e outros tipos de ausências, que constituem, atualmente, direitos do trabalhador.

Introdução da variável horas médias de cuidado (1939):

Este método possibilitou evolução na enfermagem com a introdução da variável horas médias de cuidado, as quais indicam as horas médias de assistência de enfermagem despendidas no cuidado a pacientes de diversas unidades de internação, nas 24 horas (GAIDZINSKI, 1998). A partir daí, a variável R (proporção de enfermeiras por leito) passou a ser substituída pelas variáveis horas diárias de cuidados aos pacientes (h) e horas do turno de trabalho da enfermeira (t), possibilitando a seguinte representação:

$$R = \frac{h}{t}$$

Analisando esse método, Gaidzinski (1998) constatou que a sua aplicação fornece o quantitativo do quadro de pessoal com base na necessidade de uma semana, prevendo, dessa maneira, o acréscimo para a cobertura das ausências devido às folgas semanais. Contudo, o método não explicitava os dias de folga.

Introdução das variáveis relativas às ausências (1947):

Este método ocorreu a partir de outro levantamento de valores médios de horas de assistência, que passou a considerar o número de horas efetivas de trabalho/ ano/ trabalhador de uma dada categoria profissional de acordo com os seguintes cálculo (GAIDZINSKI, 1998):

1. Identificar o número total de horas de enfermagem que se necessita em um ano.
 - a) Levantamento do número médio de pacientes x média de horas de cuidado por paciente por dia x dias da semana x semanas do ano.
2. Identificar o número de horas de cuidado geral necessárias no ano, prestadas pelo pessoal profissional de enfermagem e o número de horas dado pelo pessoal não profissional.
 - a) Número de horas de cuidado geral por ano x percentual dado pelo pessoal profissional de enfermagem.
 - b) Número de horas de cuidado geral por ano x percentual dado pelo pessoal não profissional de enfermagem.
3. Identificar o número de pessoal profissional de enfermagem e pessoal não profissional de enfermagem necessário com base em um ano.
 - a) Horas de cuidado profissional necessárias por ano: horas dadas por ano por uma enfermeira profissional (horas de trabalho semanais por enfermeira x semanas de trabalho no ano por enfermeira).
 - b) Horas de cuidado não profissionais necessárias por ano: horas dadas por ano por um auxiliar de enfermeira (horas de trabalho semanais por ajudante de enfermeira x semanas de trabalho durante o ano por auxiliar de enfermeira).

Introdução do sistema de classificação de pacientes (1960):

Os estudos que tratavam as horas de assistência de enfermagem de acordo com o tipo de unidade de internação, ou estabelecido à proporção de pessoal segundo o número de leitos, como uma média genérica das horas de assistência, passaram a considerar os

diferentes graus de complexidade assistencial que os pacientes apresentavam dentro de uma mesma unidade de internação, introduzindo o conceito de sistema de classificação de pacientes, enquanto instrumento para estimar as necessidades diárias dos pacientes em relação à assistência de enfermagem.

Esses estudos aperfeiçoaram o método para determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem que evidenciavam a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado, possibilitando, também, a adequação dos métodos até então utilizados na determinação dos custos da assistência prestada.

A evolução do método contemplou um maior número de variáveis visualizando melhor a realidade, mas tornando mais complexa sua operacionalização. Gaidzinski (1998) diz que essa operacionalização possibilita sistematizar o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem. Nesse sentido essa autora propôs, em sua Tese de Livre-Docência, um método de dimensionamento de pessoal de enfermagem que possibilita a identificação e análise das variáveis intervenientes nesse processo, tornando-o um instrumento auxiliar no planejamento e avaliação do serviço de enfermagem (FUGULIN, 2002).

3.2 A proposta metodológica para o estudo do dimensionamento de pessoal de enfermagem

Este método, para ser aplicado, requer o conhecimento das seguintes variáveis:

Conhecimento do perfil da clientela quanto à complexidade assistencial:

Gaidzinski (1998) recomenda a adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes, dentre os disponíveis na literatura, que melhor atenda às peculiaridades da clientela atendida a fim de conhecer os pacientes, num período não inferior a três meses uma vez ao dia, sempre no mesmo plantão, para que se obtenha uma amostra que reflita o perfil dos pacientes internados.

O conceito de Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) por complexidade assistencial surgiu da necessidade de racionalizar o trabalho e equacionar problemas administrativos e assistenciais (GAIDZINSKI, 1998). A adoção do SCP implica em inúmeras decisões administrativas, organizacionais, para a formação de uma equipe de direção e administração (FUGULIN, 2002).

No Brasil, os estudos de dimensionamento começaram na década de 70 e 80 e, a partir daí, várias experiências referentes ao desenvolvimento de utilização de SCP foram apresentadas (FUGULIN, 2002).

Apenas em 1996, pela inexistência de parâmetros oficiais, o conselho Federal de Enfermagem, pela Resolução COFEN 189/96, estabeleceu parâmetros para o dimensionamento da equipe de enfermagem. A partir dessa Resolução, estabelecer o quadro quantiquantitativo necessário para a assistência de enfermagem passou a ser competência do enfermeiro.

Desde 1998, em nosso país, para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem, tem sido utilizada a metodologia institucionalizada por Gaidzinski (1998) e Fugulin (2002).

Esse método permite a identificação e análise das variáveis específicas do local em estudo, imprescindíveis para a realização do cálculo de pessoal. Essas variáveis se referem à carga média de trabalho da unidade, à distribuição percentual dos profissionais de enfermagem, ao índice de segurança técnica e ao tempo efetivo de trabalho (GAIDZINSKI, 1998).

Em 2004, a Resolução COFEN 189/96 foi revogada pela Resolução 293/2004 atualizando os parâmetros no quadro de pessoal nos diferentes níveis de formação.

Os métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem contemplaram um maior número de variáveis, permitindo, por um lado, melhor visibilidade da realidade, mas gerando, por outro lado, maior complexidade para sua operacionalização no cotidiano do gerenciamento.

A caracterização do serviço de enfermagem quanto à filosofia, objetivos e propostas assistenciais deve ser o ponto de partida para a previsão de pessoal, pressupõe a reflexão de seus elementos acerca das crenças e valores individuais, profissionais e institucionais relacionados às atividades de enfermagem, influenciando, dessa maneira, o padrão a ser estabelecido para a assistência de enfermagem uma vez que determina sua fundamentação, ou seja, a qualidade dos resultados desejados (FUGULIN, 2002).

Segundo Gaidzinski (1998), método de dimensionamento de pessoal de enfermagem é a aplicação de um processo sistemático para determinar o número e a categoria profissional requerida para prover os cuidados de enfermagem, que garantam a qualidade, previamente estabelecida, a um grupo de pacientes.

Por esse motivo, Fugulin, (2002) salienta a necessidade das gerentes dos serviços instrumentalizarem-se para melhor gerenciar os recursos sob sua responsabilidade, dando

especial atenção à eficiência dos recursos humanos por se tratar de um dos itens mais significativos da eficácia, qualidade e custo hospitalares.

Assim, é necessária a verificação contínua do quantitativo e o qualitativo de recursos humanos de enfermagem à unidade hospitalar onde esses recursos estão alocados. É um processo sistemático de avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal da enfermagem necessário para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde que garantam a segurança dos pacientes e dos trabalhadores de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

A Resolução COFEN 293/2004 estabelece como competência do enfermeiro das unidades assistenciais, dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem (COFEN, 2004). Cabe a este profissional ter responsabilidade pelo dimensionamento adequado dos profissionais frente a qualidade dos cuidados prestados, refletindo na segurança dos pacientes, da equipe e do desempenho da instituição.

Para a aplicação do método de dimensionamento de pessoal de enfermagem, Gaidzinski (1998) diz que deve ser seguido o desenvolvimento de diversas etapas que possibilitam o conhecimento e a identificação das variáveis intervenientes no processo.

O SCP prevê, basicamente, o agrupamento de pacientes por complexidade assistencial, observando o perfil de cada grupo ou categoria previamente estabelecido, distribuição dos leitos para atendimento da demanda por grupos de pacientes, realocação dos recursos humanos e materiais, detalhamento da dinâmica operacional do sistema e reorientação de toda a equipe envolvida no processo assistencial.

A adoção do SCP demonstrou eficiência, evidenciando maior racionalização de recursos materiais e equipamentos; maior satisfação da equipe no desenvolvimento do trabalho; melhoria na competência da equipe para o atendimento a cada grupo de pacientes; maior envolvimento da equipe no alcance dos objetivos assistenciais; favorecimento das ações educativas ao paciente e maior satisfação dos pacientes e familiares (FUGULIN, 2002).

Fugulin et al (2005) desenvolveram um instrumento do tipo protótipo, descrevendo o perfil assistencial dos pacientes internados na Unidade de Clínica Médica do HU-USP e definindo cinco categorias de cuidado, de acordo com a complexidade assistencial desses pacientes:

Cuidados Intensivos: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;

Cuidados Semi-Intensivos: pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;

Cuidados Alta Dependência: pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

Cuidados Intermediários: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

Cuidados Mínimos: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

A identificação do grau de dependência do paciente em relação à equipe de enfermagem, por meio da utilização do SCP, é um procedimento já consolidado, enquanto critério indispensável para dimensionar pessoal de enfermagem.

Levantamento do tempo de assistência de enfermagem e determinação do percentual de cada categoria profissional:

É a identificação do tempo despendido para o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes, em decorrência de fatores relacionados à instituição, ao amparo legal, ao serviço de enfermagem e à clientela, estrutura organizacional, complexidade do serviço, tecnologia utilizada, recursos financeiros e a composição da equipe de saúde de acordo com o exercício profissional, o código de ética dos profissionais.

No que se refere ao serviço de enfermagem, devem ser considerados os padrões da assistência, modelo gerencial e assistencial, os métodos de trabalho implementados, os níveis de formação dos profissionais, carga horária semanal, a jornada de trabalho, a dinâmica das unidades nos diferentes turnos, o índice de segurança técnica, ou seja, o percentual de profissionais necessário para a cobertura das ausências previstas e não previstas.

A Resolução 293/2004 estabelece que o referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Unidade de Internação, considera o SCP, as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;

5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;

9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;

17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

O parágrafo nono do mesmo artigo diz que ao cliente crônico com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescido de 0,5 às horas de Enfermagem especificadas no Art.4º.

O artigo quinto da Resolução trata da distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP:

- Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;
- Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, técnicos e auxiliares de Enfermagem;
- Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

E ainda o parágrafo único diz que a distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.

O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.

Esta Resolução passou por reformulações que emergiram de cuidadosa análise e discussão das pesquisas sobre o tema, por um grupo de especialistas na área, com inclusão de questões que não eram supridas pela regulação vigente, ao exemplo da atenção de enfermagem em saúde mental, atenção básica e outras unidades que careciam de parâmetros específicos.

A nova Resolução do COFEN 0527/2016 de 3 de novembro estabelece no artigo três que o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, para as 24 horas de cada unidade de internação (UI), considera o SCP, as horas de assistência de enfermagem, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e a proporção profissional/paciente. Para efeito de cálculo, devem ser consideradas:

I. Como horas de enfermagem, por paciente, nas 24 horas:

4 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado mínimo;

6 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intermediário;

10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado de alta dependência;

10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado semi-intensivos;

18 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intensivo.

II. A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem deve observar:

a) O SCP e as seguintes proporções mínimas:

– Para cuidado mínimo e intermediário: 33% são enfermeiros (mínimo de seis) e os demais auxiliares e/ ou técnicos de enfermagem;

– Para cuidado de alta dependência: 36% são enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;

– Para cuidado semi-intensivos: 42% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem;

– Para cuidado intensivo: 52% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

III. Para efeito de cálculo, devem ser consideradas: o SCP e a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho:

– Cuidado mínimo: 1 profissional de enfermagem para 6 pacientes, 1 enfermeiro para 18,18 $\cong$ 18 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 8,95 $\cong$ 9 pacientes;

– Cuidado intermediário: 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes, 1 enfermeiro para 12,12 $\cong$ 12 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 5,97 $\cong$ 6 pacientes;

– Cuidado de alta dependência: 1 profissional de enfermagem para 2,4 $\cong$ 2,5 pacientes, 1 enfermeiro para 6,66 $\cong$ 7 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 3,75 $\cong$ 3,5 pacientes;

– Cuidado semi-intensivos: 1 profissional de enfermagem para 2,4 $\cong$ 2,5 pacientes, 1 enfermeiro para 5,7 $\cong$ 6 pacientes e 1 técnico de enfermagem para 4,13 $\cong$ 4 pacientes;

– Cuidado intensivo: 1 profissional de enfermagem para 1,33 $\cong$ 1,5 pacientes, 1 enfermeiro para 2,56 $\cong$ 2,5 pacientes e 1 técnico de enfermagem para 2,77 $\cong$ 3 pacientes.

1º A distribuição de profissionais por categoria referido no inciso II, deverá seguir o grupo de pacientes que apresentar a maior carga de trabalho.

2º Cabe ao enfermeiro o registro diário da classificação dos pacientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades de internação.

5º Os pacientes de categoria de cuidados intensivos deverão ser internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com infraestrutura e recursos tecnológicos e humanos adequados.

6º Os pacientes classificados como de cuidado semi-intensivos deverão ser internados em unidades que disponham de recursos humanos e tecnologias adequadas.

O artigo 12º ressalta que para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária semanal (CHS). Já o artigo 13º situa que o responsável técnico de enfermagem deve dispor de 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem da instituição para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação em programas de educação permanente.

O artigo 14º estabelece que o quadro de profissionais de enfermagem de unidades assistenciais, composto por 50% ou mais de pessoas com idade superior a 50 (cinquenta) anos ou 20% ou mais de profissionais com limitação/restrrição para o exercício das atividades, deve ser acrescido 10% ao quadro de profissionais do setor.

Conhecimento do percentual de ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem:

Este índice inserido no método é de extrema importância, pois a redução da equipe de enfermagem acarreta na quantidade e na qualidade da assistência prestada ao paciente, especialmente nas unidades que funcionam ininterruptamente (FUGULIN, 2002).

Na literatura, existem os termos *absenteísmo* ou *ausentismo*. Chiavenato (2009) define como as ausências nos momentos em que os empregados deveriam estar trabalhando normalmente e estão ausentes do trabalho por falta, atraso ou algum motivo interveniente. Já Chaves in Fugulin (2002) relata ser um movimento dinâmico interno institucional, político e econômico do país.

Gaidzinski (1998) entende como ausências previstas os dias relativos às folgas (descanso semanal remunerado e feriados) e às férias. Como ausências não previstas os dias referentes às faltas, às licenças e às suspensões. As ausências causam sobrecarga trabalho, insatisfação, prejudicando a qualidade do atendimento aos pacientes. A denominação Índice de Segurança Técnica (IST) tem sido utilizada para designar os percentuais para a cobertura de todos esses tipos de ausências.

Ou seja, o Índice de Segurança Técnica (IST) é o percentual que se refere ao número de pessoas, por categoria profissional, que deve ser acrescentado ao quantitativo de pessoal necessário para o atendimento aos pacientes para a cobertura das ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem (GAIDZINSKI, 1998; ROGENSKI *et al.*, 2011).

O IST é uma variável indispensável no processo de dimensionamento da equipe de enfermagem, pois sua não mensuração adequada pode acarretar redução no número de profissionais e implicação direta para a qualidade da assistência (FUGULIN, GAIDZINSKI, CASTILHO, 2010) e segurança do paciente, além do que pode contribuir

para o aumento do índice de absenteísmo decorrente da sobrecarga de trabalho e da insatisfação que incide sobre os trabalhadores que comparecerem ao serviço (ROGENSKI, 2006).

As ausências na enfermagem desorganizam o trabalho, prejudicando as atividades e sobrecarregam a equipe, diminuindo a qualidade do serviço gerando conflitos entre a equipe (ROGENSKI, FUGULIN, 2007, CUNHA, 2011).

Quanto a essa temática, a Resolução COFEN nº 293/04 indica que o IST não deve ser inferior a 15%, sendo que 8,33% desse valor deve se referir à cobertura das ausências por férias e 6,67%, às ausências não previstas (COFEN, 2004).

Já a Resolução COFEN 0527/2016 indica que o Índice de segurança técnica (IST): percentual a ser acrescentado ao quantitativo de profissionais para assegurar a cobertura de férias e ausências não previstas para elaborar o Constante de Marinho (KM): coeficiente deduzido em função do tempo disponível do trabalhador e cobertura das ausências.

Identificação da jornada efetiva de trabalho:

Esta variável determina o tempo diário de trabalho definido por cada instituição. Gaidzinski (1998) diz que os trabalhadores não são produtivos todo o tempo durante o turno de trabalho suas necessidades fisiológicas; períodos de descanso; trocas de informações não ligadas ao trabalho; deslocamentos desnecessários, comemorações, entre outros.

Aplicação da equação para dimensionar o pessoal de enfermagem:

Acredita-se que a aplicação desse método de dimensionamento contribui para a superação de dificuldades operacionais, subsidiando as enfermeiras na análise e na avaliação do quantitativo de pessoal de enfermagem das Unidades de Internação Gaidzinski (1998).

4 MÉTODO DE PESQUISA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. A pesquisa descritiva para Gil (2010) tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis. E uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Escolheu-se esta pesquisa porque sua classificação vai além da simples identificação da existência entre as variáveis fenomenológicas.

A pesquisa quantitativa adota estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento (POLIT, 2011).

Tudo que pode ser quantificável tem seu significado traduzido em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (CERVO, 2007).

4.2 O CENÁRIO E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi um Hospital Universitário do interior do Estado do Rio Grande do Sul. O referido hospital foi fundado em 1970 e é referência de média e alta complexidade para a região centro-oeste do estado, abrangendo 46 municípios. A Instituição atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde. Os atendimentos prestados à comunidade são realizados nos 403 leitos operacionais do hospital, destes 10 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo, 6 leitos de UCI (unidade coronariana intensiva), 8 leitos de UTI pediátrica, 10 leitos de UTI neonatal e 10 leitos de UTI neonatal intermediária, além das 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, 06 salas do Centro Cirúrgico, 02 salas do Centro Obstétrico. É um hospital escola, que serve como campo de estágio e residência para os diversos cursos da área da saúde e outras áreas que tem atuação hospitalar. São diagnosticadas e tratadas diversas formas de patologias, sempre procurando aliar a tecnologia a uma equipe de profissionais e estudantes treinados e atualizados.

Outro fator que ressalta a importância do referido hospital é o fato de ser um dos únicos hospitais da região centro de média e alta complexidade que atende exclusivamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde). São prestados diversos serviços especializados e de excelência, o que faz com que a demanda seja superior a sua capacidade física e pessoal.

Por isso, a instituição precisa se adequar constantemente a essas situações, para continuar prestando seus serviços com a mesma competência e qualidade já conhecidas pela comunidade nestes mais 30 anos de atuação. Escolheu-se este cenário por ser um hospital escola, pela alta complexidade dos serviços oferecidos e também pela alta dependência dos pacientes que necessitavam estar em unidades especializadas permanecem nas unidades abertas por falta de leitos exigindo complexo trabalho assistencial e gerencial do enfermeiro.

Os participantes envolvidos foram os pacientes da Clínica Cirúrgica que aceitaram fazer parte da pesquisa. A escolha por esta clínica deu-se por ser a maior unidade e a mais populosa do hospital, com 52 leitos das seguintes clínicas: digestiva, cabeça e pescoço, urologia, geral, proctologia, vascular, torácica, traumato/ortopedia e plástica reparadora.

Os critérios de inclusão foram: estar internados e submetidos a procedimentos cirúrgicos na CC no período de 12 abril a 10 de julho de 2016, (90 dias), de acordo com o referencial metodológico de Gaidzinski, 1998. Os pacientes confusos, desorientados, sedados e em ventilação mecânica tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por seu responsável ou representante legal durante a internação.

4.3 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A equipe é formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, composta por profissionais estatutários e empregados públicos da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), regidos respectivamente pelo Regime Jurídico Único (RJU) e Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), exercendo as mesmas funções, mas com carga horária semanal distinta no momento da coleta de dados.

Os estatutários cumprem atualmente uma carga horária de trinta horas semanais, e os empregados públicos EBSEH fazem trinta e seis horas semanais. Estas são distribuídas em seis horas diárias (07:00 às 13:00h e das 13:00 às 19:00h) e doze horas noturnas (das 19:00 às 07:00 do dia seguinte). A clínica cirúrgica tem uma equipe constituída de 16 enfermeiros, 36 técnicos de enfermagem e nove auxiliares de enfermagem distribuídos nos três turnos (manhã, tarde e noite), ficando em média três enfermeiros e oito técnicos e auxiliares no período da manhã; três enfermeiros e oito técnicos e auxiliares no período da tarde; e dois enfermeiros e seis técnicos e auxiliares no período noturno.

Na referida unidade, há algumas particularidades no que se refere aos turnos, sendo que no turno da manhã é realizado o round dos pacientes junto a equipe multiprofissional, eles recebem ou são acompanhados a higienização, são realizados os curativos; no período da tarde o recebimento dos pacientes da sala de recuperação e a noite se desenvolvem os preparos cirúrgicos entre eles preparos colônicos, passagem de cateteres, elaboração do relatório de enfermagem e o encaminhamento dos pacientes ao centro cirúrgico no final do turno da noite. As orientações perioperatórias são realizadas em todos os turnos, como também o preparo para a alta, a sistematização da assistência de enfermagem, o encaminhamento para exames, a elaboração da escala diária de serviço

Nesta unidade são internados 41 pacientes por mês, 168, em média, recebidos de outras unidades de internação tendo uma média de permanência de 10,6 dias. O número de cirurgias do referido hospital é de 588 mensais e ficando em 7053 anuais.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a definição do quantitativo de recursos humanos, foram consideradas as variáveis que podem afetar a prestação de cuidados seguros, tais como: o ambiente de trabalho quanto as características dos pacientes e o grau de complexidade da assistência requerida, o índice de segurança técnica e a carga média diária de trabalho das unidades.

Os dados foram coletados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016, durante o turno da manhã. O período do ano para a classificação dos pacientes deu-se a fim de não prejudicar a classificação fidedigna da complexidade dos pacientes, pelo fato de que nos meses de dezembro a fevereiro os preceptores médicos estão em férias e os residentes médicos iniciam suas atividades e ingressam no mês de fevereiro, até final de março é priorizado para a adaptação dos mesmos com o hospital e sua nova função. O turno da manhã foi selecionado, pois são realizadas as rotinas dos cuidados como banho, curativos, exames, facilitando a inspeção e a classificação dos pacientes.

A coleta foi realizada diariamente no período da manhã, de segunda a domingo, a fim de que se tivesse a confiabilidade dos dados coletados e a menor interferência em função das rotinas diferenciadas dos turnos. Foi realizada, primeiramente, uma reunião na unidade com toda a equipe para explicitar todas as fases da pesquisa, bem como seus objetivos e métodos. Foram treinados dois enfermeiros para auxiliar a coletar os dados, sendo que a pesquisadora foi diariamente ao campo coletar. Quando o paciente encontrava-se no centro cirúrgico ou em realização de exames, não havia registro de coleta

naquele dia. Os dados foram coletados inclusive nos leitos de isolamento, não ficando nenhum leito de fora.

Os dados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem foram coletados de acordo com as orientações metodológicas propostas por Gaidzinski (1998), SCP elaborada por Fugulin (2002) e complementada por Santos (2007), como se segue:

Etapa 1 – Caracterização demográfica dos pacientes e com relação à internação (gráfico 1 ao 6);

Etapa 2 – Caracterização dos pacientes em relação a especialidades médicas (gráfico 7 ao 15);

Etapa 3 – Classificação do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem (Anexo A) (tabela 1);

Etapa 4 – Definição da carga média diária de trabalho (quadro 1);

Etapa 5 – Percentual das ausências previstas e não previstas e a determinação do índice de segurança técnica (IST);

Etapa 6 – Determinação do tempo/jornada efetiva de trabalho;

Etapa 7 – Aplicação da equação para cálculo do dimensionamento de pessoal (Anexo C);

Etapa 8 – Levantamento do número de funcionários existente na unidade de internação estudada;

Etapa 9 – Comparativo entre o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem existente e o dimensionado (tabela 2).

4.4.1 Etapa 1: Caracterização demográfica dos pacientes e com relação à internação

Para a obtenção destes dados, foi construído um instrumento contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, procedência, data de internação, data da cirurgia, especialidade, data e tipo de alta, informações estas que foram obtidos do prontuário e construídos gráficos.

4.4.2 Etapa 2: Caracterização dos pacientes nas especialidades cirúrgicas

Foram elaborados gráficos explicativos para as especialidades. A coleta dos dados transcorreu do dia 12 de abril a 10 de julho, perfazendo 90 dias ininterruptos. Os dados coletados pela pesquisadora e por duas enfermeiras da unidade que contribuíram para a pesquisa.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com a equipe de enfermeiros para apresentar a proposta do estudo. Duas enfermeiras da unidade auxiliaram na coleta dos dados. Nos primeiros dias fizemos a coleta juntas para sermos coerentes e unânimes durante o processo de classificação de acordo com a dependência dos pacientes.

4.4.3 Etapa 3: Classificação do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem

Nesta etapa, foi utilizado o instrumento proposto por Fugulin et al, (SANTOS, 2007).

As fontes usadas foram os prontuários para preencher os dados sócio demográficos como idade, sexo, procedência, tipo de especialidade cirúrgica, comorbidades, a inspeção de acordo com o instrumento de classificação escolhido para a pesquisa, anamnese e exame físico dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica avaliando limitações, restrições, sequelas e mal formações (Apêndice C). Os pacientes internados foram classificados diariamente, sendo registrada em um formulário anexo se o paciente estiver em procedimento cirúrgico ou exame no momento da classificação. Os pacientes confusos, desorientados, sedados e em ventilação mecânica tiveram o TCLE assinado por seu responsável ou representante legal. Sete pacientes, pois não aceitaram fazer parte da pesquisa.

4.4.4 Etapa 4: Definição da carga média diária de trabalho

$$C_m = \sum j(n_j + S_{nj}).h_j$$

C_m : carga média de trabalho;

$\sum j$: somatório da carga média de trabalho, referente à categoria de trabalho do SCP (Sistema de Classificação de Pacientes);

n_j : quantidade média diária de pacientes assistidos segundo o grau de dependência ou tipo de atendimento;

S_{nj} : distribuição do desvio padrão, segundo grau de dependência ou tipo de atendimento;

h_j : tempo médio diário, segundo grau de dependência ou tipo de atendimento

j : qualquer grau de dependência ou tipo de atendimento.

O desvio padrão snj é realizado por:

$$DP = \frac{L - N}{3}$$

Onde

DP: desvio padrão do número médio de pacientes;

L: total de leitos disponíveis na unidade;

N: número médio de pacientes assistidos no período.

$$CV = \frac{DP}{N}$$

Onde

CV = coeficiente de variação;

DP = desvio-padrão do número médio de pacientes;

N = número médio de usuários/clientes assistidos no período.

$$Snj = CV.nj$$

Onde

Snj: distribuição do desvio padrão, de acordo com o grau de dependência ou atendimento;

CV: coeficiente de variação;

nj: quantidade média diária de pacientes atendidos de acordo com o grau de dependência ou atendimento.

4.4.5 Etapa 5: Percentual das ausências previstas e não previstas e a determinação do índice de segurança técnica (IST)

Para realizar esta etapa, foram solicitadas à DIVIGP (Divisão de Gestão de Pessoas) as escalas diária e mensal no período de julho de 2015 a julho de 2016, a equação para a realização do cálculo recomenda um ano para o cálculo fidedigno, das categorias enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Para o absenteísmo foi consultada a Perícia em saúde da UFSM e o SOST (Serviço de Saúde do Trabalhador). Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento estruturado com as causas das ausências previstas, não previstas, licença maternidade, gala, licença médica, faltas

justificadas e não justificadas. Os percentuais foram calculados de acordo com Gaidzinski et al (2008), conforme segue abaixo:

Ausências previstas da equipe de enfermagem:

- Por folga semanal

$$E = \left(\frac{e}{-d - e} \right) \cdot 100$$

Onde:

E%=Percentual de folgas,

e = número de dias de folga por semana, determinada pela instituição,

d= número de dias em que a unidade trabalha na semana.

- Por feriado

$$F = \left(\frac{f}{-d - f} \right) \cdot 100$$

Onde:

F%= Percentual de dias feriados;

F= Média anual dos dias de feriado

- Por férias

$$V_k = \frac{V_k}{D - V_k} \cdot 100$$

Onde:

Vk % = percentual de férias da categoria profissional;

vk = Média dos dias de férias anuais;

D= Dias do ano.

Ausências não previstas da equipe de enfermagem:

$$A_k = \left(\frac{a_k}{d - a_k} \right) \cdot 100$$

Onde:

Ak%= Percentual de ausências não previstas, segundo a categoria profissional k;

Ak= Média anual dos dias de ausências não previstas de uma categoria profissional k;

d= dias do ano.

Após foi, aplicada a equação de IST (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010):

$$IST_k\% = \left\{ \left[\left(1 + \frac{E\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{F\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{V_k\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{A_k\%}{100} \right) \right] - 1 \right\} \cdot 100$$

4.4.6 Etapa 6: Determinação do tempo/jornada efetiva de trabalho

Está representada pela relação do tempo efetivo do trabalho dos profissionais, ou seja, jornada diária de trabalho. Neste estudo será considerada a carga de trabalho de seis horas, atribuídas ao hospital de ensino foco deste trabalho.

4.4.7 Etapa 7: Aplicação da equação para cálculo do dimensionamento de pessoal

Após obter os resultados das variáveis descritas, foi realizado o cálculo da equipe de enfermagem, para definir o quadro de profissionais necessários para o atendimento aos pacientes da Clínica Cirúrgica da equação proposta por Fugulin, Gaidzinski e Castilho (2010), como se segue:

$$Q = \sum_k \frac{[\sum_j (\bar{n}_j + S_{\bar{n}_j}) \cdot \bar{h}_j] \cdot \frac{P_{kj}}{100}}{t_k \cdot p_k} \cdot \left[\left(1 + \frac{E\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{F\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{V_k\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{A_k\%}{100} \right) \right]$$

Onde:

Q = quantidade total de pessoal de enfermagem;

$\sum_k$ = somatório do quantitativo de pessoal de cada categoria profissional k

Σ_j = Somatório da carga média diária de trabalho referente a cada categoria de cuidado do

SCP; $\overline{n_j}$ = quantidade média diária de usuários assistidos segundo o grau de dependência;

$S_{\overline{n_j}}$ = distribuição do desvio-padrão, segundo o grau de dependência;

$\overline{h_j}$ = tempo médio diário de cuidado, segundo o grau de dependência;

I = Qualquer grau de dependência;

P_{Kj} = Percentual da carga de trabalho atribuída à categoria profissional K, de acordo com o grau de dependência de cuidado prevalente;

t_k = Jornada de trabalho da categoria profissional K;

p_k = Proporção do tempo produtivo da categoria profissional k;

E % = percentual de ausência por folga semanal;

F% = percentual de ausência por dias de feriados no ano;

V_k % = percentual de ausência por férias anuais da categoria profissional k;

A_k % = percentual de ausência não prevista da categoria profissional k.

Cálculo de Enfermeiros:

$$Q = \frac{\text{cargamédiadetrabalho.distribuição dos profissionais}}{\text{tempoefetivodetrabalhonaunidade}}. 1 + \text{ist}$$

4.4.8 Etapa 8: Levantamento do número de funcionários existentes na unidade de internação estudada comparando com os resultados do dimensionamento

Para o levantamento dos dados, foi utilizada a escala de serviço dos profissionais relativo ao quantitativo de pessoal da enfermagem da unidade estudada com os respectivos turnos de trabalho.

4.4.9 Etapa 9: Comparativo entre o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem existente e o dimensionado

Essa etapa foi realizada por meio da planilha referente a um software DIPE - Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2010).

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados de acordo com os subsídios sócio demográficos, tratamento prestado, grau de dependência da assistência de enfermagem, ausências previstas e não previstas organizadas em um banco de dados transferidos para uma planilha do Excel 2013 e analisados de forma descritiva.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem, além das equações, foi realizado com auxílio da planilha eletrônica em que constam as equações propostas no método. Refere-se a um software DIPE- Dimensionamento de Profissionais de enfermagem (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2010), para obter o quantitativo de pessoal necessário para prestar atendimento de enfermagem na unidade de estudo.

Os dados obtidos, por meio da aplicação do método, são apresentados em gráficos e tabelas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado em todas as instâncias necessárias, e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o CAAE nº 52487116.6.0000.5346 (Anexo E).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi entregue aos participantes no momento precedente a primeira avaliação do paciente, ficando uma via em poder do participante e outra em poder da autora dessa pesquisa, ambas assinadas. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, bem como a garantia ao anonimato e o desejo de participação ou não.

Destacou-se que os participantes dessa pesquisa poderiam expor-se a riscos como o desconforto pela anamnese e exame físico diário e que poderia lembrar-se de algumas situações desgastantes. Os benefícios foram diretos, pois as informações coletadas forneceram subsídios para a construção do quantitativo ideal para a unidade a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre a temática.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos com relação aos pacientes possibilitaram classificá-los quanto ao grau de dependência da assistência de enfermagem e os relativos à equipe de enfermagem permitiram definir o índice de segurança técnica.

Essas foram as variáveis determinantes para o cálculo do dimensionamento de pessoal de enfermagem na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). As etapas estão apresentadas de forma ordenada e traduzem as características que influenciam o processo de trabalho no contexto estudado.

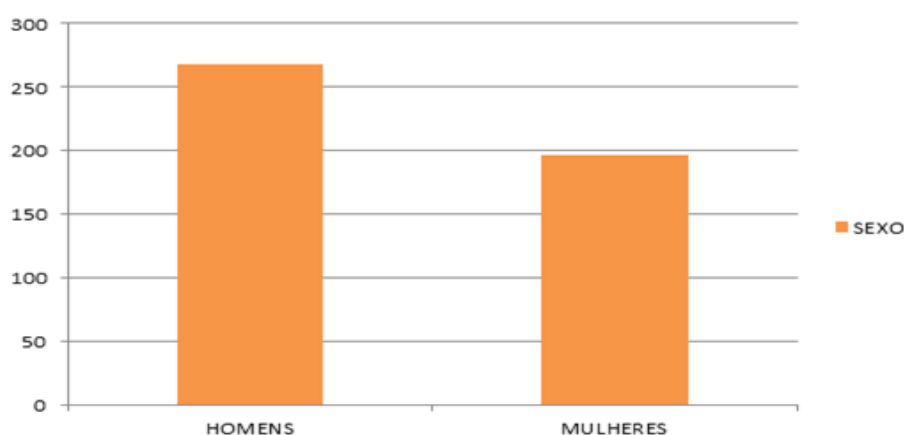
A apresentação dos resultados segue a seguinte ordem: (1) caracterização dos pacientes segundo aspectos demográficos e de internação; (2) caracterização dos pacientes nas especialidades cirúrgicas (3) caracterização do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem; (4) índice de segurança técnica precedido do percentual de ausências previstas e não previstas; (5) aplicação da equação para o dimensionamento de pessoal, comparando o quantitativo existente e o calculado.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES DA UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA (UCC)

Dos 472 pacientes internados na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016, sete pacientes não aceitaram participar do estudo. Significou à pesquisa 465 pacientes, as variáveis de estudo para análise descritiva foram sexo, idade, procedência, tipo de alta e tempo de permanência dos pacientes analisados.

Estiveram internados 268 pacientes do sexo masculino e 197 do sexo feminino no período, conforme Gráfico 1 abaixo.

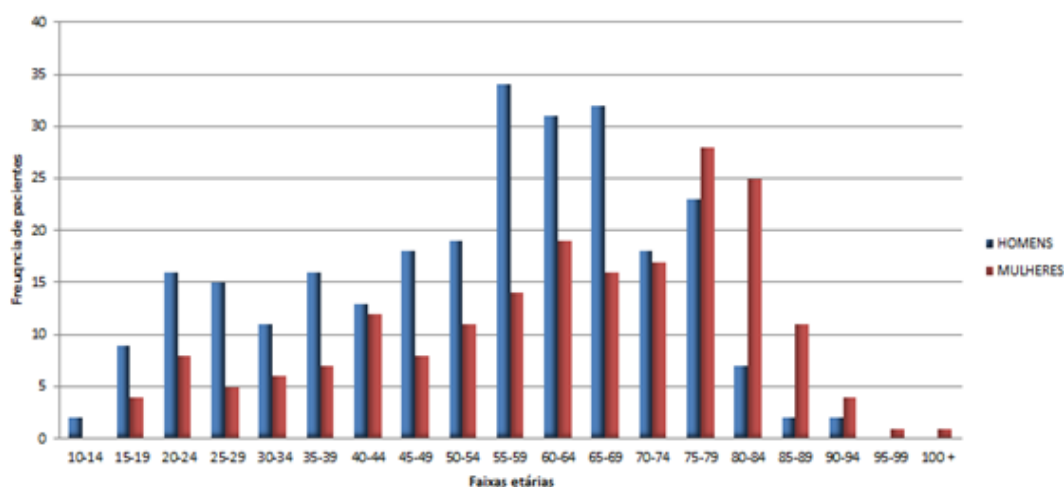
Gráfico 1 – Pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



Dentre os pacientes internados, a média global de idade ficou em torno de 57 anos, os homens apresentaram média de idade inferior (idade média de 53 anos), tanto à média global quanto a das mulheres (idade média de 62 anos).

Percebe-se que a maior frequência dos pacientes homens fica entre 55 e 69 anos, representando 36,19% do total de pacientes masculinos, internados no período. Entre as mulheres foi o intervalo de 75 a 84 anos que teve maior frequência, representando 26,90% dos casos de pacientes mulheres internadas.

Gráfico 2 – Apresenta as frequências dentre as faixas etárias entre o sexo masculino e feminino dos pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016

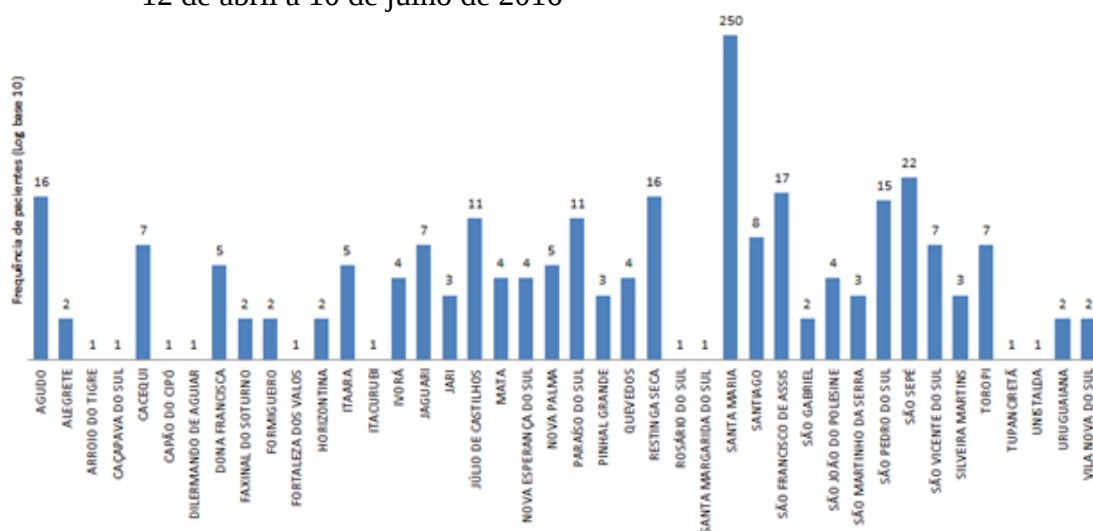


Os pacientes são provenientes de 32 municípios que fazem parte da 4ª CRS do estado do Rio Grande do Sul (RS), são eles: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando

de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jaguari, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul(4ªCRS) e também poderão ser atendidos os municípios encaminhados pela coordenadoria.

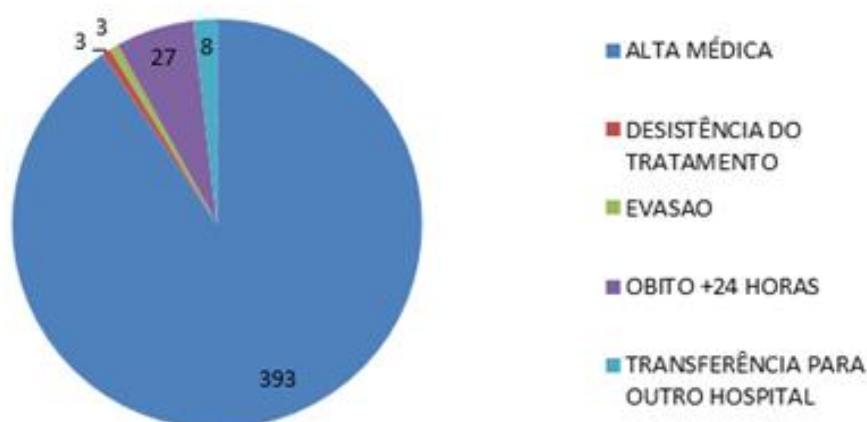
Santa Maria, com 250 pacientes internados, representou 53,76% da população, em seguida, Agudo, Restinga Seca, São Francisco de Assis e São Sepé foram os municípios com maiores números de internação, juntos totalizam 71 pacientes, representando 15,27% do total.

Gráfico 3 – Procedência de pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



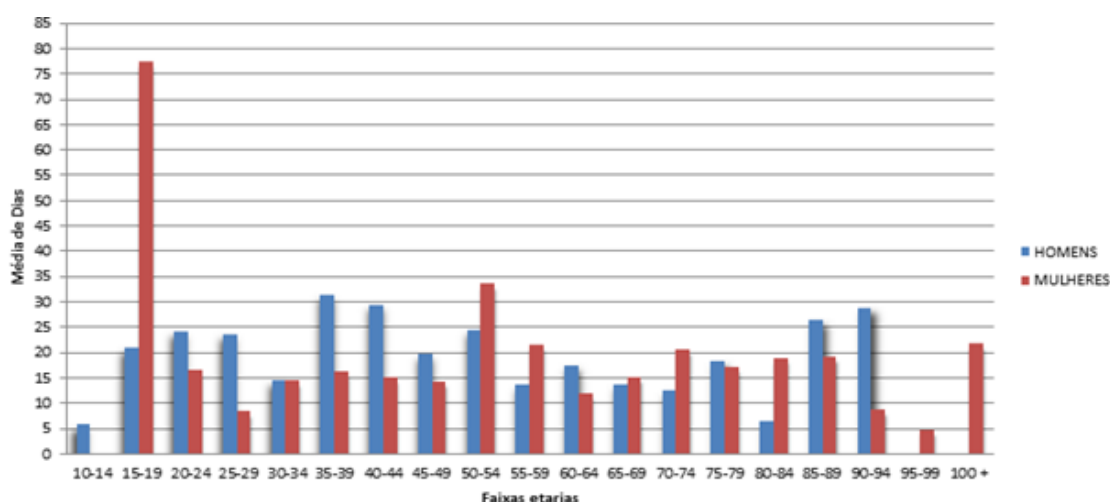
A alta hospitalar, com 393 observações, representou 90,55% altas no período, seguida por óbito que representou 6,22%. A minoria restante ficou distribuída com transferência de hospital (1,84%), e evasão (0,7%).

Gráfico 4 – Tipo de altas dos pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



A média global de permanência dos homens é de 19,7 dias, tendo as faixas de 35 a 44 anos e 85 a 94 anos com maiores médias em dias de permanência na clínica, 30,53 e 27,75 dias, respectivamente, as médias de dias de permanência dos pacientes internados homens nos períodos citados, superiores à média global.

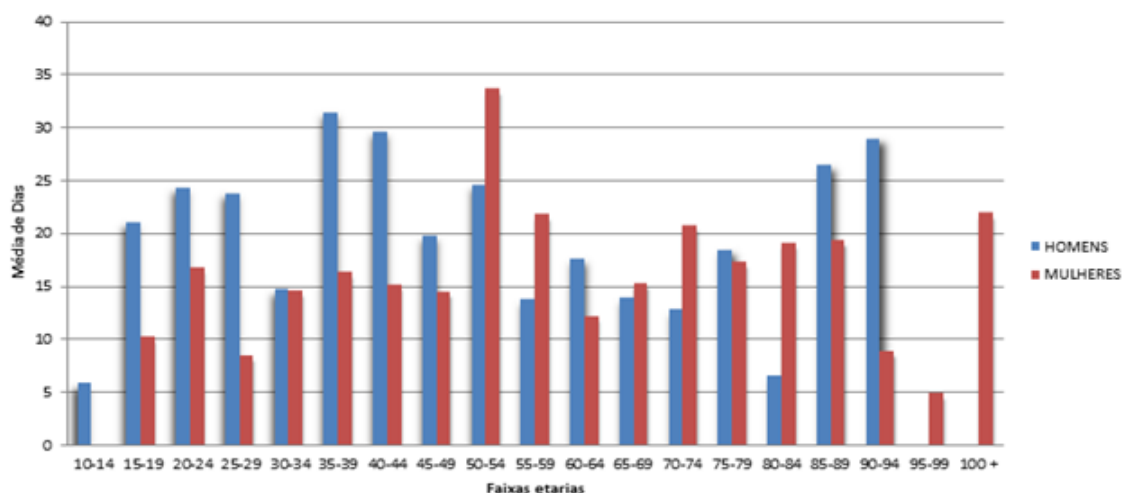
Gráfico 5 – Distribuição de frequência das faixas etárias do tempo médio (em dia) de permanência dos pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.



Observa-se no Gráfico 5 que a faixa etária de 15 a 19 anos entre as mulheres apresenta uma média (77,5 dias) bastante superior às outras, isto se deve a uma única observação discrepante no conjunto na faixa etária em questão. A observação discrepante não interfere para os resultados, a média global de dias de permanência de uma mulher, internada na clínica cirúrgica, com a observação discrepante fica em 20,01 dias, média

superior à média global de permanência dos homens (19,7 dias). Os resultados não mudam quando se retira a observação discrepante, a média de permanência das mulheres diminui para 16,3 dias.

Gráfico 6 – Distribuição de frequência das faixas etárias do tempo médio (em dias) de permanência dos pacientes internados sem a discrepância na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



No Gráfico 6, nota-se que a retirada da observação discrepante alterou a faixa etária feminina de 15 a 19 anos, diminuindo sua média de permanência para 10,33 dias, não sendo mais a faixa etária com maior média, já a faixa dos 50 a 54 anos fica com a maior média, com 33,8 dias.

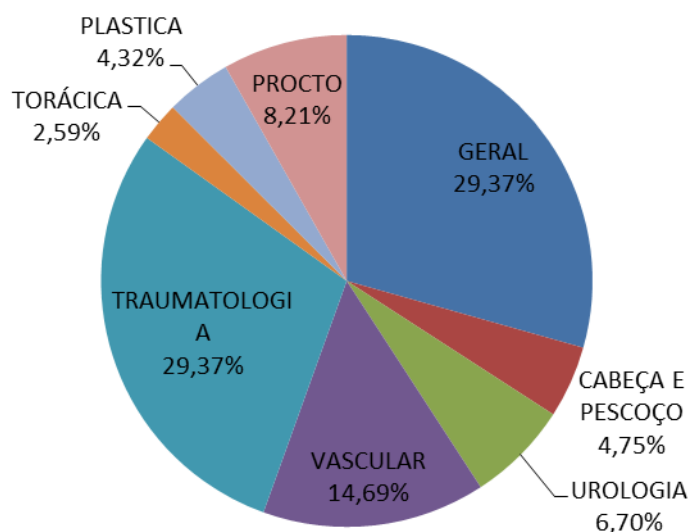
Portanto, em média, os homens e mulheres internados na clínica não diferem sua idade, sendo que os homens têm dois períodos de idade ao qual, em média, ficam mais tempo internados na clínica (35 a 44 anos e 85 a 94 anos). Já para as mulheres a faixa que mantem maior média é a de 50 a 54 anos.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES NAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

Dos 465 pacientes observados na clínica cirúrgica durante o período de 12 de abril à 10 de julho de 2016, 463 foram submetidos a cirurgias e ou reintervenções.

Nas especialidades de cirurgia geral e traumatológica tiveram maior frequência, com 136 pacientes cada, frequência equivalendo 29,37% dos pacientes internados (conforme Gráfico 7), seguida da Vascular com 14,69%, somando-se então aproximadamente 73,5% dos pacientes somente nestas especialidades.

Gráfico 7 – Distribuição das especialidades clínicas empregadas aos pacientes internados no período de 12 abril à 10 de julho de 2016

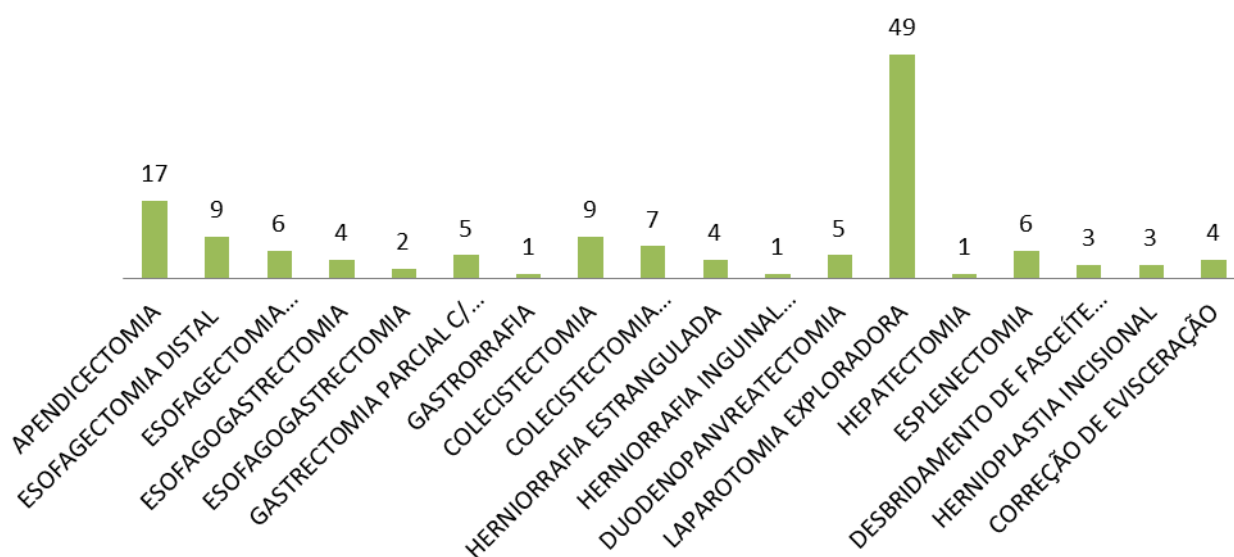


Quadro 1 – Os pacientes e as Especialidades na CC.

Especialidades	n	%
Geral	136	29,37
Traumatologia	136	29,37
Vascular	68	14,69
Proctologia	38	8,20
Urologia	31	6,71
Cabeça e Pescoço	22	4,75
Plástica	20	4,32
Torácica	12	2,59
Outras	02	0,43
TOTAL	465	100

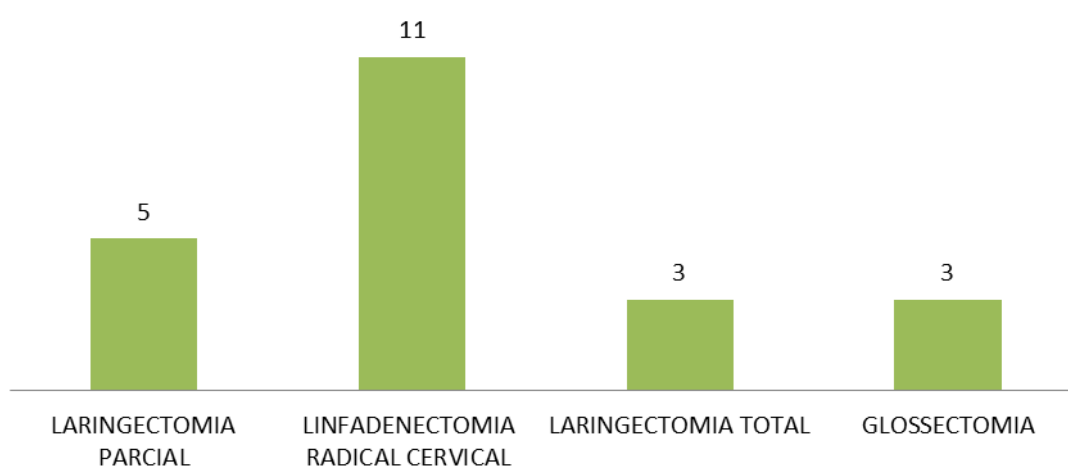
Foram também observadas as subespecialidades referentes no período. Para especialidade Clínica Geral (Gráfico 8) que totalizou 136 pacientes, observou-se as maiores proporções para Laparotomia Exploradora, com 36,03%, e Apendicectomia, com 12,5% dos pacientes internados, totalizando juntas em torno de 48,5% das observações da especialidade clínica Geral.

Gráfico 8 – Distribuição das subespecialidades clínica geral empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



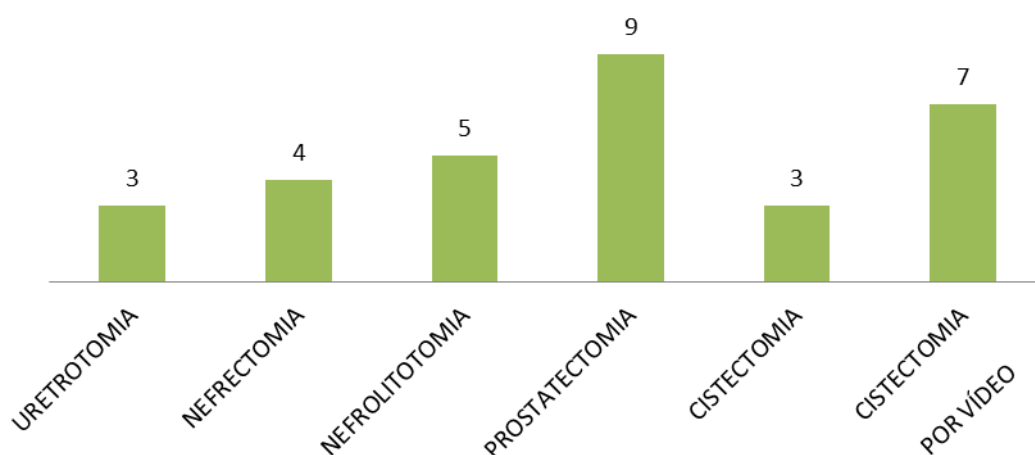
Para a especialidade Cabeça e Pescoço (Gráfico 9), com frequência de 22 pacientes no período, destaca-se Linfadenectomia Radical Cervical com 50%, seguida de Laringectomia Parcial (22,73%), Laringectomia Total e Glossectomia (13,64% cada).

Gráfico 9 – Distribuição das subespecialidades clínicas em cabeça e pescoço empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



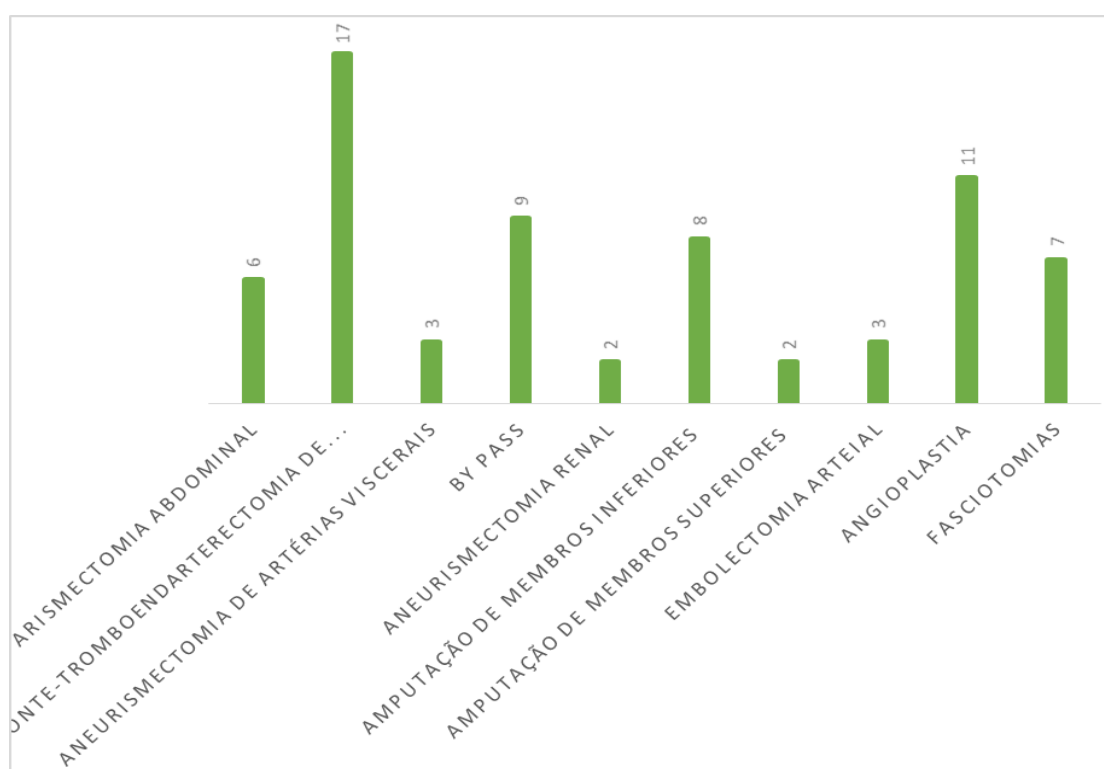
Já na especialidade de urologia, totalizando 31 pacientes, constatou-se maior frequência em Prostatectomia com 29,03%, seguida de Cistectomia com 22,58% e Nefrolitotomia com 16,13% dos pacientes internados (Gráfico 10), somando os três no período 67,74%.

Gráfico 10 – Distribuição das subespecialidades clínicas de urologia empregada aos pacientes internados no período de 12 abril à 10 de julho de 2016



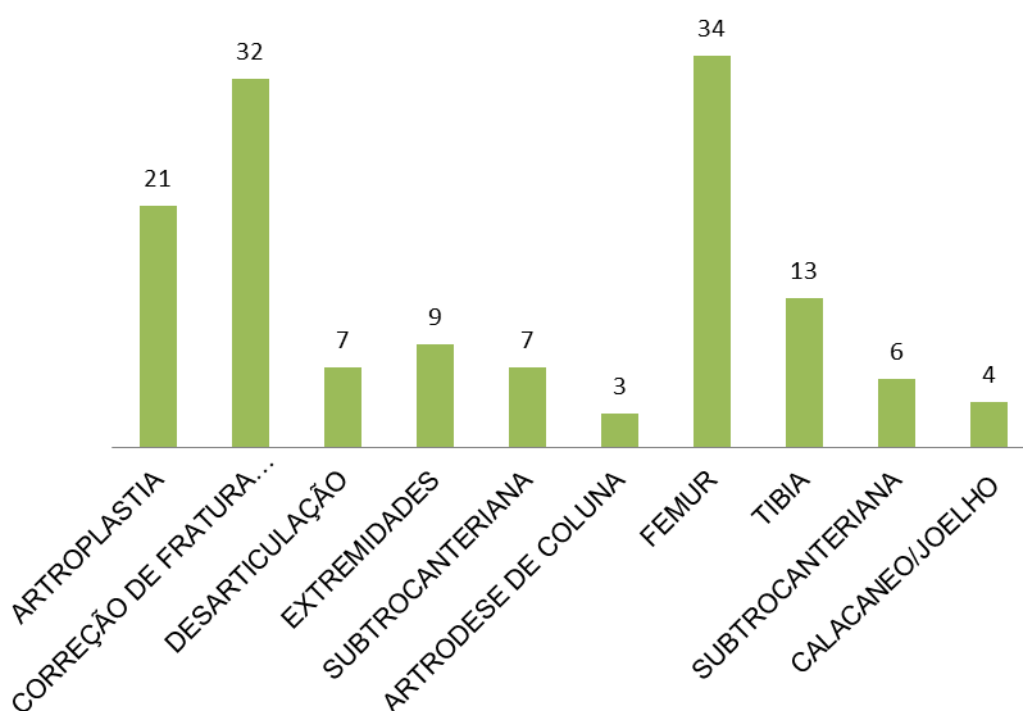
Na clínica vascular (Gráfico 11), observou-se a totalidade de 68 pacientes, constatou-se maior frequência na subespecialidade Ponte-Tromboendarterectomia de Carótida com 25%, seguida de Nefrolitotomia Percutânea (16,18%) e By Pass (13,23%), totalizando estes três 54,41% dos pacientes utilizando da especialidade clínica Vascular no período (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Distribuição das subespecialidades da clínica vascular empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



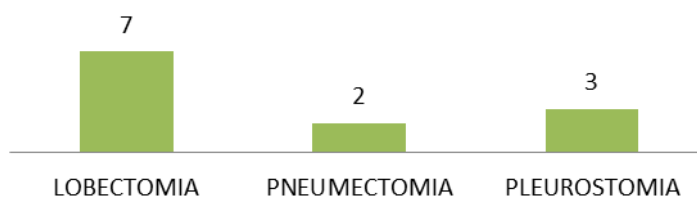
A traumatologia foi uma das especialidades que apresentou maior frequência, 136 pacientes, que foram distribuídos em cirurgias de Fêmur com 25%, Correção de Fratura Transtrocanterica com 23,53% e Artoplastia com 15,44% (Gráfico 12), somando estes um total de 63,97% dos pacientes utilizando das atividades Traumatológicas no período.

Gráfico 12 – Distribuição das subespecialidades da clínica de traumatologia empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho



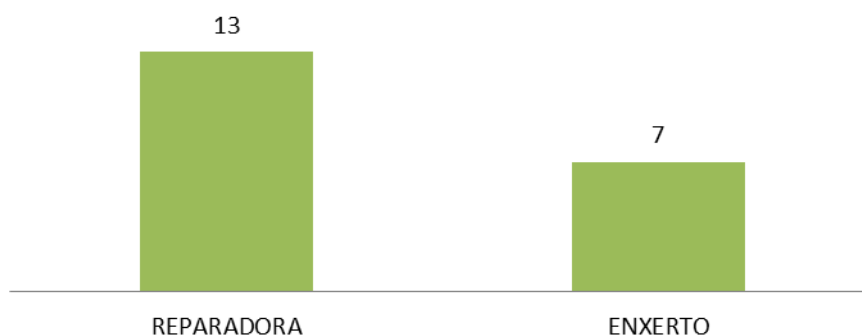
Na especialidade Torácica, foram observadas as subespecialidades Lobectomia (58,33%), Pleurostomia (25%) e Pneumectomia (16,67%), (Gráfico 13) para os 12 pacientes que utilizaram da especialidade no período (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Distribuição das subespecialidades da clínica torácica empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



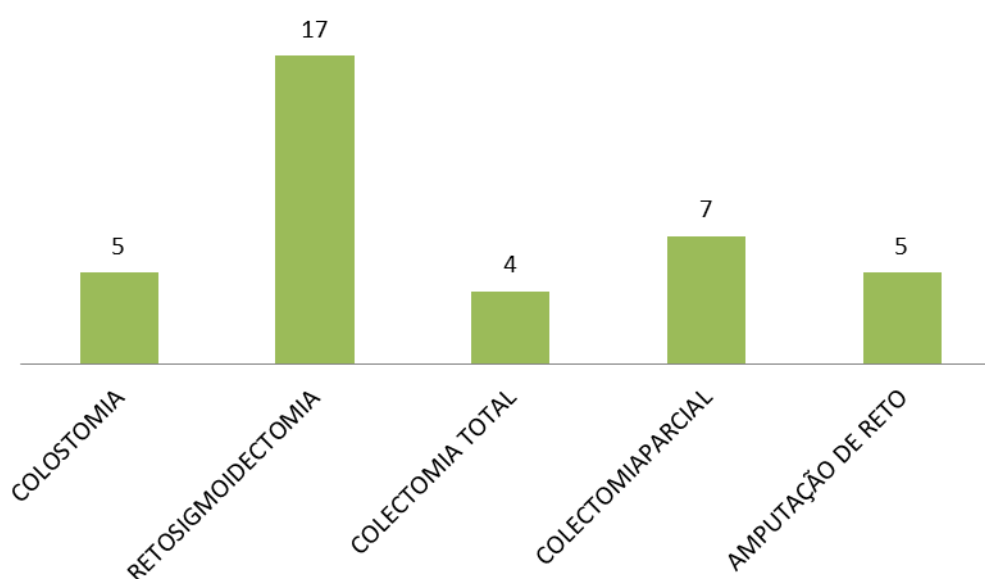
A cirurgia plástica ficou dividida em 65% para Reparadora e 35% para Enxerto (Gráfico 14) para os 20 pacientes no período.

Gráfico 14 – Distribuição das subespecialidades da cirurgia plástica empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



A proctologia apresentou uma frequência de 38 pacientes no período destes 63,16% das observações distribuídas em duas subespecialidades (Gráfico 15), retossigmoidectomia (44,74%) e colectomia parcial (18,42%), seguida de Colostomia e Amputação de Reto (13,16% cada) e colectomia total (10,53%).

Gráfico 15 – Distribuição das subespecialidades clínica de proctologia empregada aos pacientes internados no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016



5.3 CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS PACIENTES EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Foram realizadas 4164 avaliações dos 465 pacientes no decorrer de 90 dias do período de 12 de abril de 2016 a 10 de julho de 2016. Em algumas situações não foi possível realizar as avaliações pela razão do paciente encontrar-se em cirurgia ou exames.

A média diária de pacientes atendidos foi 46. A taxa de ocupação dos leitos (TxOH) no período de estudo foi de 89% obtido por meio da fórmula (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002) abaixo.

$$TxOH = \frac{NPD}{NLD} \cdot 100$$

Onde:

NPD: número de pacientes no período

NLD: número de leitos no período

Quanto ao tipo de assistência recebida, três (6,5%) receberam assistência intensiva; três (6,5%) receberam assistência semi-intensiva; 14 (30%) receberam assistência de alta dependência; 16 (35%) receberam assistência intermediária e 10 (22%), receberam assistência mínima.

As evidências indicam que houve predominância da assistência intermediária e alta dependência.

Para o alcance da classificação do grau de dependência dos pacientes quanto à assistência de enfermagem foi utilizado o Instrumento de classificação de pacientes de Fugulin et al, (SANTOS, 2007), complementado com áreas de cuidado para avaliação de pacientes portadores de feridas.

A categoria de cuidado alta dependência não consta na Resolução COFEN 293/2004, porém já está presente na Resolução COFEN nº 0527/2016, que estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde.

Nesse estudo foi incluída, por ser uma realidade presente em todas as unidades de internação do hospital e também por já disponibilizarmos da nova Resolução.

A classificação dos pacientes quanto ao grau de complexidade do cuidado de enfermagem e média de atendimento diário, na unidade de CC do HUSM (quadro1) demonstrada a seguir:

Quadro 2 – Grau de dependência da assistência requerida pelos pacientes avaliados na CC do HUSM de 12 de abril a 10 de julho de 2016

Tipo de assistência	Horas diárias do cuidado (hj) COFEN/2004	Horas diárias do cuidado (hj) COFEN/2016	Número médio de pacientes assistidos no período(n j)	Distribuição do desvio padrão(Sn j)
Intensiva	17,9 h	18 h	2,83	0,117
Sem -intensiva	9,4 h	10 h	3,68	0,158
Alta dependência	NA	10 h	14,03	0,560
Intermediária	5,6h	6 h	16,02	0,661
Mínima	3,8 h	4 h	9,70	0,400

Em relação ao grau de dependência da assistência identificada, 21% (873) foram classificados com assistência mínima; 35% (1442), com assistência intermediária; 30% (1263), com assistência de alta dependência; 8% (331), com assistência semi-intensiva e 6% (255), com assistência intensiva.

5.4 DEFINIÇÃO DA CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO

Após a classificação dos pacientes quanto ao grau de complexidade da assistência de enfermagem requerida e a definição da quantidade média diária de usuários assistidos segundo o grau de dependência ou o tipo de atendimento, foi calculada a carga média diária de trabalho para cada tipo de cuidado, por meio da planilha eletrônica que utiliza a seguinte equação:

$$\bar{C} = \sum_j (\bar{n}_j + S_{\bar{n}_j}) \cdot \bar{h}_j$$

O desvio-padrão para todas as categorias de cuidado, em todas as unidades de internação de adultos pesquisadas, foi calculado por meio da planilha eletrônica que utiliza

as equações descritas no método para essa finalidade. Os resultados obtidos estão demonstrados nos cálculos para a definição da carga média diária de trabalho da equipe de enfermagem como segue:

Tabela 1 – Classificação do cuidado em relação a carga média de trabalho

Classificação do cuidado	COFEN/2004		COFEN //2016	
Cuidados mínimos	38,4 h	10.7 %	40,4 h	10, 7%
Cuidados intermediários	93,4 h	26.0 %	100,1 h	26,4%
Cuidados de alta dependência	137,3 h	38,3%	146,1 h	38,6%
Cuidados semi -intensivos	35,9 h	10,2%	38,2 h	10,2%
Cuidados intensivos	52,8 h	14,8%	53,1 h	14,1%
TOTAL	357,9 h	100%	377,9 h	100%

A carga média de trabalho dos profissionais da unidade de CC do HUSM, de acordo com o grau de dependência do cuidado de enfermagem requerido pelos pacientes, foi calculada por meio da soma do resultado do cálculo dessa variável, apresentada acima.

5.5 PERCENTUAL DAS AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS E A DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST)

A análise da vida funcional e das escalas mensais do pessoal de enfermagem da CC do HUSM mostra o diagnóstico das ausências previstas e não previstas. Os resultados estão apresentados na sequência, por tipo, após a aplicação das respectivas equações.

5.5.1 Cálculo de ausências previstas

a) Cálculo da ausência prevista por folga semanal para enfermeiros e auxiliares/técnicos.

A carga horária de trabalho do pessoal de enfermagem na instituição estudada é de 30 e 36 horas semanais, distribuídas em plantões de seis horas diárias. Optou-se por uma folga semanal.

$$E = \left(\frac{e}{d - e} \right) \cdot 100$$

$$E = \left(\frac{1}{7-1} \right) \cdot 100 = 17\%$$

Para cobertura dos dias de folga, é necessário acrescentar 17% no total de pessoal.

b) Cálculo da ausência prevista por feriado para enfermeiros e auxiliares/técnicos

De acordo com a legislação, os trabalhadores da equipe de enfermagem que executam suas atividades em sistema de escala de rodízio têm direito a folgas correspondentes ao número de dias de feriados não coincidentes com o domingo (BRASIL, 1943). No estudo foram considerados todos os feriados, totalizando 12 dias.

$$F = \left(\frac{f}{d - f} \right) \cdot 100$$

$$F = \left(\frac{12}{365-12} \right) \cdot 100 = 3,4\%$$

Para a cobertura das ausências por feriado, é necessário acréscimo de pessoal de 3,4%

c) Cálculo da ausência prevista por férias para enfermeiros e auxiliares/técnicos

$$V_k = \frac{V_k}{D - V_k} \cdot 100$$

$$V_k = \frac{30}{365-30} \cdot 100 = 9\%$$

De acordo com a legislação que estabelece normas para a relação de trabalho dos profissionais no Brasil, é concedido ao trabalhador 30 dias de descanso ao ano referente a

férias (BRASIL, 1943, Cap. IV, Art. 130). Por se tratar de servidor público federal, essa prerrogativa é afirmada em dispositivo legal específico que define a mesma quantidade de dias de férias ao ano para cada servidor (BRASIL, 1990, Capítulo III, Art. 77). Nesse sentido, conforme a Lei (*Ibidem*), para fazer a cobertura das ausências por férias, é necessário acrescentar 9% ao quantitativo de pessoal dimensionado.

5.5.2 Cálculo de ausências não previstas

a) Para enfermeiros

Analisando as escalas mensais e diárias do pessoal de enfermagem, comparando com os resultados da DIVGP (Divisão de Gestão de Pessoas), foram levantados os dados das licenças não previstas por licença a tratamento de saúde, licença maternidade e falta não justificada.

A reposição temporária pelas licenças é realizada por Adicional por Plantão Hospitalar (APH)¹ quando possível, pois este tipo de plantão é só permitido ao servidor com RJU (regime jurídico único) e nem sempre há funcionários disponíveis para tal.

$$A_k = \left(\frac{a_k}{d - a_k} \right) \cdot 100$$

Quantitativo de pessoal em licença: 16 enfermeiros

Total de dias de faltas: 364 dias

Média de dias de falta no ano por pessoal de enfermagem = 22,75

A%

AK: 6,65 %

É necessário acrescentar, no total de enfermeiros dimensionado, aproximadamente 6,65% para cobertura das faltas injustificadas.

b) Para auxiliar/técnico em enfermagem

¹ Conforme Lei 11.907 de 02 de fevereiro de 2009 e Decreto 7.186 de 27 de maio de 2010.

Quantidade de ausências de auxiliar/técnico de enfermagem no ano = 45 profissionais

Total de dias de falta = 712 dias

Média de dias de falta no ano por auxiliar/técnico de enfermagem = 15,8

Ak: 4,53%

É necessário acrescentar, no total de auxiliares e técnicos de enfermagem dimensionado, aproximadamente 3,9% para cobertura das faltas injustificadas.

5.5.3 Cálculo do IST

Para a categoria enfermeiros:

$$IST = \{[(1 + 17/100) \cdot (1 + 3,4/100) \cdot (1 + 9/100) \cdot (1 + 6,65/100)] - 1\} \cdot 100$$

$$IST = \{[(1,17) \cdot (1,034) \cdot (1,09) \cdot (1,0665)] - 1\} \cdot 100$$

$$IST = 40,50\%$$

Para as categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem:

$$IST = \{[(1 + 17/100) \cdot (1 + 3,4/100) \cdot (1 + 9/100) \cdot (1 + 4,53/100)] - 1\} \cdot 100$$

$$IST = \{[(1,17) \cdot (1,034) \cdot (1,09) \cdot (1,0749)] - 1\} \cdot 100 ;$$

$$IST: 37,83\%$$

5.6 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Cálculo do dimensionamento de pessoal de enfermagem:

Uma vez definidas as variáveis intervenientes no processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, passou-se ao cálculo do quantitativo e qualitativo de pessoal requerido para atendimento aos pacientes internados na CC. Para o cálculo de pessoal, foram utilizados os parâmetros referentes às horas mínimas de assistência de enfermagem nas 24 horas, indicados na Resolução nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004) e na Resolução COFEN nº 0527/2016. O percentual de cada categoria profissional, para cada tipo de cuidado, foi definido por meio da média dos parâmetros indicados nas Resoluções. Utilizou-se o valor de médio 33% para a distribuição percentual

de enfermeiros e 67% para técnicos e auxiliares de enfermagem na realização do cálculo do DIPE (COFEN, 2004; COFEN 2016). Foi considerada a carga horária vigente na instituição, ou seja, de seis horas diárias, com uma folga semanal. O tempo efetivo de trabalho utilizado foi de 85%, conforme orienta Fugulin, Gaidzinski, Castilho (2010). Para realizar o dimensionamento de pessoal, os dados levantados foram inseridos em uma planilha eletrônica elaborada e disponibilizada por Gaidzinski, Fugulin, Castilho (2010) (ANEXO D). Por meio dessa planilha, foram obtidos os resultados referentes à carga de trabalho por categoria profissional, o IST e o quadro de pessoal necessário para a assistência de enfermagem, na unidade de internação pesquisada. O dimensionamento de pessoal foi calculado, também, por meio da equação proposta por Fugulin, Gaidzinski, Castilho (2010) como demonstrado abaixo.

$$Q = \sum_k \left[\frac{[\sum_j (\bar{n}_j + S_{\bar{n}_j}) \cdot \bar{h}_j] \cdot \frac{P_{kj}}{100}}{t_k \cdot p_k} \cdot \left[\left(1 + \frac{E\%}{100}\right) \cdot \left(1 + \frac{F\%}{100}\right) \cdot \left(1 + \frac{V_k\%}{100}\right) \cdot \left(1 + \frac{A_k\%}{100}\right) \right] \right]$$

$$Q = \frac{\text{cargamédiadetrabalho.distribuição dos profissionais}}{\text{tempoefetivodetrabalhonaunidade}} \cdot 1 + \text{ist}$$

Cálculo de enfermeiros:

Utilizou-se um percentual de 33% para enfermeiros.

COFEN 2004:27 Enfermeiros

COFEN 2016: 29 Enfermeiros

Cálculo de técnicos e auxiliares de enfermagem:

Utilizou-se um percentual de 67%

$$Q = \frac{\text{cargamédiadetrabalho.distribuição dos profissionais}}{\text{tempoefetivodetrabalhonaunidade}} \cdot 1 + \text{ist}$$

TÉCNICOS E AUXILIARES COFEN 2004:Q: 55 PROFISSIONAIS

TÉCNICOS E AUXILIARES COFEN 2016: Q: 58 PROFISSIONAIS

Os resultados do cálculo de pessoal (COFEN 2004, 2016) estão descritos no quadro abaixo.

Quadro 3 – Resultados do quadro de pessoais de enfermagem COFEN 2004/2016

Quadro de Pessoal	COFEN 2004	COFEN 2016
Enfermeiros	27	29
Técnicos e auxiliares	55	58

Em relação ao comparativo de profissionais existentes na unidade e os dimensionados está representado na Tabela 3 abaixo.

Tabela 2 – Número de profissionais atuais na unidade e o número de profissionais projetado de 12 de abril de 2016 a 10 de julho de 2016

Profissionais	Atual		COFEN 2004		COFEN 2016	
N / %	n	%	n	%	n	%
Enfermeiros	16	26,2	27	33,3	29	33,3
Auxiliares/Técnicos de Enfermagem	45	73,8	55	66,7	58	66,7
TOTAL	61	100	82	100	87	100

A Clínica cirúrgica apresenta um déficit de acordo com a Resolução do COFEN 2004 de 21 profissionais, 11 são enfermeiros e 10 técnicos e auxiliares e conforme a Resolução COFEN 2016, 26 profissionais entre eles 13 são enfermeiros e 13 técnicos e auxiliares de enfermagem. Este numérico representa 26,22% de enfermeiros e 73,77% de auxiliares e técnicos, sendo que o estimado é de 33,33% de enfermeiros e 66,66% de auxiliares e técnicos de enfermagem.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA

A população avaliada na unidade de Clínica Cirúrgica correspondeu a 465 pacientes no período de coleta de dados. Estiveram internados 268 (63,6%), pacientes do sexo masculino e 197(42,4%), do sexo feminino no período.

O sexo masculino representou a maior população, dados que caracterizam o HUSM, pois as internações são na maioria do sexo masculino, de acordo com o serviço de estatística do hospital. A Clínica Cirúrgica possui 52 leitos, não existe um número definido para o sexo masculino ou feminino, as acomodações ocorrem de acordo com a demanda de pacientes.

Um estudo realizado num hospital do interior de São Paulo em unidades de internação com atendimento terciário e quaternário a amostra foi composta por 156 pacientes, na maioria do sexo masculino (BRITO, 2012).

Outro estudo realizado no Hospital Regional da área metropolitana de Belo Horizonte, também houve predominância de pacientes do sexo masculino na amostra geral e na amostra diária (ARAÚJO, 2016).

A maioria dos pacientes serem do sexo masculino justifica-se pela incidência de câncer ser maior em homens do que em mulheres (INCA, 2016) e também pelos homens procurarem menos os serviços de saúde para fazer prevenção e tratamentos, atribuindo como motivos para esse comportamento o medo de descobrir uma doença grave, a vergonha de expor o corpo perante os profissionais de saúde ou a própria cultura masculina que pode dificultar a busca por ações de prevenção à saúde e de autocuidado, uma vez que tais práticas poderiam significar fraqueza, medo e insegurança, aproximando os homens das representações do mundo feminino, isto os impossibilita de detectar patologias precocemente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Também a forma como o sistema de saúde no Brasil vem se organizando revela que a maior parte do atendimento de atenção básica privilegia grupos populacionais considerados mais vulneráveis, por meio de ações programáticas voltadas para a saúde da mulher, da criança e do idoso, pouco favorecendo a atenção à saúde do homem (SILVA, 2012).

Para minimizar tais fragilidades do sistema de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH. As mulheres procuram mais precocemente os atendimentos de saúde, também cuidam mais da saúde bucal (PNS, 2013).

Outro fator que explica este numérico é a partir dos inúmeros acidentes de trânsito que acometem mais os homens, prevalecendo as internações do sexo masculino de acordo com o serviço de estatística do hospital (HUSM, 2016). O portal do trânsito Brasileiro informa que 75% dos acidentes são causados por homens (IBGE, 2016).

A faixa etária com média global de idade ficou em torno de 57 anos, os homens apresentaram média de idade inferior (idade média de 53 anos), tanto à média global quanto a das mulheres (idade média de 62 anos).

Percebe-se que a maior frequência dos pacientes homens fica entre 55 e 69 anos, representando 36.19% do total de pacientes masculinos, internados no período. Entre as mulheres foi o intervalo de 75 a 84 anos que teve maior frequência, representando, 26.9% dos casos de pacientes mulheres internadas.

Muitas percepções e suposições comuns sobre as pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados, pois a perda das habilidades habitualmente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. A distinção das habilidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é ocasional, mas sucedida de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento (OMS, 2015, p. 13).

As transformações demográficas ocorridas nos últimos anos mostram uma tendência do envelhecimento da população brasileira, que de acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2013), de 60 anos passa para mais de 80 anos. O número de idosos com 80 anos ou mais pode passar de 19 milhões em 2060, um crescimento de mais de 27 vezes em relação a 1980, quando o Brasil tinha menos de 1 milhão de pessoas nessa faixa etária (684.789 pessoas). Na projeção para 2016, o país contabiliza 3.458.279 idosos com mais de 80, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

A classificação da idade de uma pessoa pela OMS, diz o seguinte: no intervalo de 25 a 44 anos, os jovens; na gama de 44 a 60 anos, média de idade 60 a 75 anos, pessoas idosas; 75 a 90 anos velhice. No Brasil, de acordo com a OMS, a expectativa de vida é de 68 anos para os homens e 75 anos para as mulheres.

No tocante à distribuição demográfica, houve predominância de pacientes procedentes de Santa Maria, com 250 pacientes internados, representou 53.76% da população. Esse resultado pode ser atribuído à implantação, em 2008, da Portaria nº 699/2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão do SUS a qual, também, define que os pacientes devem ser atendidos nos seus municípios de residência (BRASIL, 2006).

Muitos pacientes costumam fornecer o endereço de um amigo ou familiar com medo de ser atendido na Instituição, devido ao sistema de referência implantado pelo SUS (CUNHA, 2015).

As demais localidades, Agudo, Restinga Seca, São Francisco de Assis e São Sepé, que apresentaram um significativo número de internações, fazem parte da abrangência dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado.

Quanto ao desfecho das internações, a respeito da alta hospitalar, 90,55% dos pacientes receberam alta médica para casa, seguida por óbito, que representou 6,22%, transferência de hospital, 1,84% no período, os restantes distribuídos em evasão e desistência do tratamento.

Os indicadores positivos de alta para casa condizem com o esperado para um Hospital Universitário de ensino que conta com assessoria dos preceptores TAE (técnico administrativo em educação) e dos docentes, que trabalham diariamente na construção do conhecimento e na formação do perfil profissional dos trabalhadores da saúde contribuindo para as boas práticas, em conformidade com os padrões de qualidade e segurança.

A Segurança do Paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento (ANVISA, 2013).

Frente às metas internacionais de segurança, com maior frequência as instituições adotam iniciativas com o objetivo de estabelecer uma cultura de segurança. Os profissionais que desempenham suas funções na área cirúrgica estão extremamente envolvidos nestas iniciativas, tendo grande responsabilidade no desenvolvimento de suas funções. O paciente cirúrgico e sua família demandam cuidados especializados durante todo período de hospitalização, principalmente em patologias que requerem um tratamento prolongado (REIS, 2016).

A visão do referido hospital é ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas, com a missão de desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental. O percentual de óbitos identificado pode estar relacionado ao perfil da instituição que presta assistência em nível terciário e recebe pacientes com patologias graves que necessitam de tratamentos complexos (HUSM, 2016).

Em relação aos dias de internação a média global de permanência dos homens foi de 19.7 dias, com as faixas de 35 a 44 anos e 30.53 e 27.75 dias com idade entre 85 a 94 anos na unidade.

E a média de permanência das mulheres de 15 a 19 anos foi de 10.33 dias e dos 50 aos 54 anos a média de 30.8 dias.

Portanto, em média, os homens e mulheres internados na clínica não diferem significativamente a sua idade, sendo que os homens têm dois períodos de idade ao qual, em média, ficam mais tempo internados na clínica (35 a 44 anos e 85 a 94 anos). Já para as mulheres a faixa que mantém maior média é a de 50 a 54 anos.

De acordo com a Portaria do Gabinete do Ministro 1101/2002 a média de permanência nas unidades cirúrgicas no Brasil é de 3,9 e 5,6 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A realidade da Clínica Cirúrgica não confere com a determinação do MS, pois o período de internação é superior ao preconizado. Os pacientes permanecem mais tempo internados pela gravidade do diagnóstico e também pelo tempo de espera pelo procedimento cirúrgico.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES NAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

A clínica cirúrgica do hospital apresenta as seguintes especialidades: cabeça e pescoço, torácica, geral, digestiva, proctológica, vascular, traumatologia e plástica reparadora.

Foram observados um total de 463 dos 465 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e ou intervenções cirúrgicas, dois destes não eram pacientes cirúrgicos.

Dentre elas as especialidades, a cirurgia Geral e a Traumatologia tiveram maior frequência, com 136 pacientes cada, frequência equivalendo 29,37% seguida da Vascular com 14,69% dos pacientes internados.

Para os pacientes traumatológicos, no período pré e pós-operatório, que sofrem o impacto da redução ou mesmo perda das funções vitais na maioria deles necessitam de cuidados de alta dependência (MORAES, 2012). No mesmo estudo, as causas principais de internação foram predominantemente ocasionadas pelos acidentes automobilísticos, seguidos de cirurgias eletivas e quedas.

Em um estudo do Hospital das Clínicas de São Paulo, as afecções traumatológicas foram traumatismo da coluna vertebral, acidentes de trânsito, quedas gerais. Em relação a cirurgia geral o mesmo estudo apresenta como as principais causas de internação foram ferimentos por arma de fogo (36,70%),

Acidentes com fraturas ocorrem diariamente, como acidentes automobilísticos e quedas em idosos, levando a procedimentos cirúrgicos de alto grau de complexidade. Da mesma forma que os poli traumatizados com fixadores externos e tração esquelética demandam mais horas de assistência de enfermagem, devido ao seu grau de complexidade (MORAES,2012).

Dentre os procedimentos cirúrgicos realizados no HUSM destacam-se da cirurgia de cabeça e pescoço laringectomia total com esvaziamento cervical entre outras que afetam a imagem corporal. Os da cirurgia geral esofagectomia, duodenopancreatectomia, gastrectomia, da vascular bay pass, aneurisma de aorta abdominal, da cirurgia torácica lobectomia e pneumectomia, da proctologia amputação de reto, retossigmoidectomia, da urologia nefrectomia, cistectomia, as traumatológicas com osteossínteses complexas e as cirurgias plásticas reparadoras ocorrem devido grandes lesões cruentas e profundas na pele.

Os procedimentos citados acima requerem muitos cuidados perioperatórios e demandam tempo significativo da enfermagem.

O tratamento do câncer de esôfago tem apresentado avanços nas últimas décadas e depende muito do estadiamento clínico inicial, mas o mais usado e considerado tratamento padrão é a esofagectomia que consiste no tratamento cirúrgico que inclui a ressecção total ou parcial do esôfago (BRASIL, 2014).

Acredita-se que o bem-estar do paciente cirúrgico deve formar o principal objetivo da equipe de enfermagem que o assiste, sendo por sua vez responsável pelo preparo do mesmo, estabelecendo e desenvolvendo vários cuidados, de acordo com a especificidade da cirurgia e realidade social. Ascari et al (2013) dizem que a visita pré-operatória de enfermagem se caracteriza como um meio de contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente e sua família. É um meio acompanhar o

paciente desde a sua internação até a alta pós-cirúrgica, devendo a enfermagem ficar atenta a todas as alterações que poderão surgir.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS PACIENTES QUANTO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

No período de 90 dias, foram realizadas 4164 avaliações, nos 52 leitos da unidade de Clínica Cirúrgica do hospital.

Os pacientes avaliados no período da coleta de dados apresentaram classificação nos cinco níveis de dependência de cuidados, sendo a maioria, 35% (1442), classificada no perfil assistencial correspondente à categoria de cuidados intermediários; 30% (1263), com cuidados de alta dependência; 21% (873) foram classificados com necessidade de cuidados mínimos; 8% (331), com cuidados assistência semi-intensivos e 6% (255), com cuidados intensivos.

Em 2013, um estudo com os pacientes de um Hospital Universitário de Goiás nas quatro unidades de internação de adultos do hospital apresentou classificação nos cinco níveis de dependência de cuidados, sendo a maioria, 66,8% classificada no perfil assistencial correspondente à categoria de cuidados mínimos; 22,0%, em cuidados intermediários; 8,5%, como cuidados de alta dependência. Em menor quantidade, todas as unidades atenderam pacientes com grau de dependência classificados como cuidados semi-intensivos 1,5% e 1,2% como cuidados intensivos (COELHO, 2013).

Estudo anterior realizado na Clínica Cirúrgica do Hospital universitário de Goiás mesma instituição apontou maior percentual de pacientes classificados em cuidados mínimos 53,7%, seguidos de 39,3% em cuidados intermediários, 5,9% em cuidados de alta dependência, 0,9% cuidados semi-intensivos e 0,2% em cuidados intensivos (CUNHA, 2011).

Outra pesquisa realizada em quatro unidades de clínicas médico-cirúrgica de uma instituição filantrópica e de ensino no interior de São Paulo, 65,8% dos pacientes foram classificados em cuidados mínimos, 7,4% em cuidados semi-intensivos e 0,8% em cuidados intensivos. Nessa pesquisa, não foi utilizada a categoria de cuidados de alta dependência (CUCOLO; PERROCA, 2010).

Os pacientes que necessitam de cuidados semi-intensivos e intensivos exigem maior atenção da equipe de enfermagem, aumentando a carga de trabalho da unidade e interferindo, diretamente, no dimensionamento do quadro de pessoal (COELHO, 2013).

Para atender a demanda interna e externa, o hospital analisado possui apenas 10 leitos de internação na unidade de terapia intensiva adulta destinada à assistência semi-intensiva e intensiva. A existência de pacientes classificados nessas categorias de cuidados na unidade de internação justifica-se pelo reduzido número de leitos na instituição com essa finalidade.

Por isso, o hospital encontra-se em construção ampliando sua área física para 30 leitos de UTI. A Clínica Cirúrgica atende a especialidades de cabeça e pescoço, geral, gastroenterologia, proctologia, torácica, vascular, urologia, traumato-ortopedia e plástica reparadora.

Dentre estas especialidades, há procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, os quais os pacientes deveriam ter sua recuperação imediata e mediata na UTI.

Um estudo em uma unidade de internação de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo houve um predomínio de pacientes que requeriam cuidados de alta dependência, seguidos de cuidados intermediários e semi-intensivos (MORAES, 2012).

Outro estudo sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade de clínica médica de um Hospital Regional da área metropolitana de Belo Horizonte, apresentou na sua maioria de cuidados de alta dependência cuidados semi-intensivos (ARAÚJO, 2016).

O hospital em estudo, apresenta muitas particularidades, entre elas, atende 100% SUS. Este dado significa que os pacientes atendidos são diferenciados, apresentam certas particularidades como baixo poder aquisitivo, alguns dos pacientes nunca realizaram nenhum exame de rotina, por isso quando internam seu quadro clínico é mais preocupante (HUSM, 2016). Também é um hospital escola onde estagiários e residentes de várias áreas atuam diariamente em todo o hospital, este aspecto demanda tempo e dedicação e maior responsabilidade dos profissionais que trabalham no hospital.

6.4 DEFINIÇÃO DA CARGA MÉDIA DE TRABALHO DA UNIDADE

Os índices de mensuração da carga de trabalho de enfermagem possibilitam uma avaliação adequada da complexidade do paciente, do tempo de enfermagem requerido para a prestação dos cuidados, do número de enfermeiros necessários por plantão, bem como dos recursos materiais necessários (ALMEIDA, 2012).

A carga média diária necessária para atender os pacientes foi maior na categoria de cuidados de alta dependência 137,3 horas seguida de cuidados intermediários 93,43 horas,

depois a assistência intensiva 52,81horas. A assistência mínima apareceu em quarto lugar com 38,4 horas seguida da assistência semi -intensiva com 35,9 horas

Em relação ao alto índice de cuidados intensivos pode ser justificado pelo déficit de leitos específicos na instituição, para assistência aos pacientes que se encontram nessas categorias de cuidado.

Essa situação dificulta o desempenho profissional, aumenta a carga de trabalho, causa danos à saúde dos trabalhadores e aumenta o índice de absenteísmo prejudicando a qualidade e a segurança no atendimento, levando à insatisfação dos clientes e da equipe de enfermagem (COELHO, 2013).

Estudos relacionados descrevem que o aumento da carga de trabalho de enfermagem leva ao aumento da ocorrência de eventos adversos, aumento do adoecimento dos profissionais e insatisfação do cliente quanto à assistência de enfermagem (MAGALHÃES, 2012).

Dentre os principais eventos adversos os mais prevalentes são: a retirada de sondas, drenos, cateteres, quedas, processos alérgicos, úlcera por pressão, erros de medicação e queimaduras (CARNEIRO *et al.*, 2013).

As atividades de enfermagem sofrem a interferência do grau de dependência do paciente, da complexidade da doença, das características da instituição, dos processos de trabalho, da planta física e do perfil dos profissionais da equipe (ALTAFIN, 2014)

A carga de trabalho de enfermagem também envolve outros fatores em que determinadas atividades não relacionadas com o paciente e seus familiares fazem parte do dever a ser cumprido pelo enfermeiro durante seu turno de trabalho. Essas atividades englobam a educação em enfermagem (acompanhamento de estudantes, treinamento de funcionários) e trabalhos organizacionais e administrativos (FUGULIN, 2010).

Desse modo, a carga de trabalho de enfermagem resulta do total de necessidades a serem atendidas em relação ao pessoal de enfermagem disponível para satisfazê-las, que acaba por se traduzir em tempo de assistência (NOGUEIRA, 2012).

6.5 PERCENTUAIS DE AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS E DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA

O percentual de ausências não previstas pelos enfermeiros foi de 6,65%, entre licenças médicas e licença maternidade, destes 0,8 % devido a licença maternidade e 5,85 % referente a licença saúde, um percentual mais elevado do que dos auxiliares e técnicos

de enfermagem que foi de 4,53%, também entre licenças médicas e maternidade, destes 0,07% por licença maternidade e 3,82% por licença saúde. Destas 90,16 % das ausências não previstas foram do sexo feminino e 9,83% do sexo masculino com idades entre 25 a 35 anos de 38,7% e de 36 a 55 anos, 61,3 % dos profissionais.

Um estudo no hospital Universitário de Goiás também apresentou um percentual semelhante de ausências não previstas dos enfermeiros mais elevado do que o dos técnicos e auxiliares de enfermagem (COELHO, 2013).

Resultados similares foram obtidos em outra pesquisa (CUOCO; PERROCA, 2010) em que foi maior em enfermeiros em quatro unidades de internação de um hospital filantrópico do interior de São Paulo.

Apesar do crescente aumento do número de profissionais do sexo masculino na enfermagem nos últimos anos, de 2% para 12 % de acordo com o COREN São Paulo, ainda na unidade o número de profissionais do sexo feminino é maior.

Quanto ao surgimento do homem na profissão de enfermagem, quando se analisar a história através dos séculos, é possível encontrar dados que contradizem o mito de que a categoria é "tipicamente feminina", pois tem sido um campo (da saúde) dominado pelos homens a maior parte da história da humanidade. É evidente uma estreita relação do aparecimento do homem na enfermagem com as guerras, na Roma e Grécia antigas, e a vida religiosa, com os monges. Assim, o homem aparece na enfermagem em decorrência da grande influência das ordens religiosas e militares, pela necessidade da força física e sua dependência para os trabalhos, além da influência da vertente cultural, identificada pela separação de doentes por sexo, determinando o aparecimento desse profissional para tratar dos doentes do mesmo sexo (PEREIRA, 2008).

A grande influência do componente social fundamentada na evolução histórica da profissão de enfermagem que é função exclusivamente feminina é permeada fortemente pela concepção de que o homem possa ser visto com preconceito no exercício da sua profissão.

Quando o homem atua em profissões tidas como femininas, pode ser alvo de preconceitos, pois a expectativa de desempenho social não estaria se apresentando e, além disso, na profissão, passa a ser visto como um homem que não conseguiu estabelecer completamente sua masculinidade (VITORINO, 2012).

De acordo com a Constituição Federal do Brasil, o Artigo 37, inciso XVI, alínea c é permitido ao trabalhador possuir mais de um vínculo empregatício desde que haja compatibilidade nos horários de trabalho (BRASIL, 1988). No hospital do estudo em

desenvolvimento existe um número considerável de profissionais que possuem mais de um vínculo empregatício e quando ocorre afastamento, por qualquer tipo de licença, não faz parte do protocolo institucional, verificar se o profissional se afastou também do outro vínculo que possui.

A maioria dos profissionais com licenças a saúde são mulheres que além da jornada de trabalho profissional possuem atividades domésticas que elevam a carga de trabalho, favorecendo o adoecimento e consequentemente as ausências não previstas.

As ausências previstas não causaram na determinação do IST, principalmente por folga semanal com 17% que foi calculado com base na carga horária institucional de 36 horas semanais. O HUSM apresenta dois regimes de trabalho, o RJU que cumpre 30 horas semanais e CLT com 36 horas semanais, como a equipe de enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo que o regime celetista é em maior número, por isso, o percentual de folgas foi calculado pelo maior número de funcionários da unidade.

O que causou impacto no cálculo da equação do IST foi o índice de ausências não previstas.

6.6 CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

A equação do dimensionamento dos profissionais de enfermagem na unidade de Clínica Cirúrgica demonstrou um déficit de 11 enfermeiros e de 10 técnicos e auxiliares de enfermagem De acordo com a resolução COFEN 2004 e de 13 enfermeiros e 13 técnicos e auxiliares de enfermagem de acordo com a resolução COFEN 2016.

Os resultados foram encontrados de acordo com o percentual de 33% para enfermeiros e o restante para técnicos e auxiliares de enfermagem utilizados na elaboração do DIPE. Seguiu-se a orientação de Fugulin (2010) para que esse percentual fosse definido para cada categoria profissional, indicados na Resolução COFEN 293/2004 e COFEN 2016, para o grupo de pacientes mais prevalentes nas unidades de internação é aplicável em nossa realidade.

Quadro 4 – Resolução COFEN 293/2004 e Resolução COFEN 0527/2016

(continua)

Horas de enfermagem, por paciente, nas 24 horas	
COFEN 293/204	COFEN 0527/2016
3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado.	4 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado mínimo.

5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária.	6 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intermediário.
NA	10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado de alta dependência.
9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva.	10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado semi-intensivo.
17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.	18 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intensivo.
O SCP	
A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem:	
COFEN 293/204	COFEN 0527/2016
Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem.	Para cuidado mínimo e intermediário: 33% são enfermeiros (mínimo de seis) e os demais auxiliares e/ ou técnicos de enfermagem.
NA	Para cuidado de alta dependência: 36% são enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.
Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.	Para cuidado semi-intensivo: 42% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.
Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.	Para cuidado intensivo: 52% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.
SCP	
Proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho	
COFEN 293/204	COFEN 0527/2016
NA	Cuidado mínimo: 1 profissional de enfermagem para 6 pacientes, 1 enfermeiro para 18,18 $\cong$ 18 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 8,95 $\cong$ 9 pacientes.
NA	Cuidado intermediário: 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes, 1 enfermeiro para 12,12 $\cong$ 12 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 5,97 $\cong$ 6 pacientes.
NA	Cuidado de alta dependência: 1 profissional de enfermagem para 2,4 $\cong$ 2,5 pacientes, 1 enfermeiro para 6,66 $\cong$ 7 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 3,75 $\cong$ 3,5 pacientes.
NA	Cuidado semi-intensivo: 1 profissional de enfermagem para 2,4 $\cong$ 2,5 pacientes, 1 enfermeiro para 5,7 $\cong$ 6 pacientes e 1 técnico de enfermagem para 4,13 $\cong$ 4 pacientes.

NA	Cuidado intensivo: 1 profissional de enfermagem para 1,33 $\cong$ 1,5 pacientes, 1 enfermeiro para 2,56 $\cong$ 2,5 pacientes e 1 técnico de enfermagem para 2,77 $\cong$ 3 pacientes.
----	--

Fonte: COFEN 2004/2016.

Como medidas para minimizar os problemas identificados, ressalta-se a importância de atuar junto aos gestores locais e órgãos competentes no sentido de estabelecer políticas de recursos humanos que possibilitem a readequação do quadro funcional, otimizar a parceria com as universidades que utilizam o campo para a prática acadêmica, elaborar planos de trabalho juntamente com os docentes e discentes em consonância com as atividades programadas e com o tipo de assistência de enfermagem implantada e desenvolver estratégias que aprofundem as investigações acerca da taxa de absenteísmo para a solução das principais causas.

6.7 IMPLICAÇÕES DO DIMENSIONAMENTO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

As mudanças nos processos de trabalho são constantes e emergentes com o avanço tecnológico e a globalização das ações em saúde. As inovações suscitam intervenções rápidas e ágeis em todo o processo, tanto de recursos humanos como materiais e bens de consumo e estas mudanças geram muitas vezes conflitos e inadequações entre os gestores assistenciais e os gestores das instituições, pois não conseguem alcançar imediatamente os objetivos, por questões de âmbito político, social e financeiro.

Essas mudanças causaram as inadequações da logística e da área física dos estabelecimentos de saúde e permanecem uma realidade que ocasionam transtornos e dificuldades nos fluxos de pessoal, pacientes e materiais, comprometendo a qualidade da assistência à saúde e a segurança do paciente, bem como a satisfação dos profissionais da equipe de trabalho. A escassez de recursos materiais e de equipamentos para a execução das ações de enfermagem, leva-nos a desconsiderar os protocolos, ao realizarmos o atendimento implicando em riscos para o paciente, a instituição e para o profissional (COELHO, 2015).

Elas afetam a dinâmica das organizações dos serviços de saúde, estabelecem mudanças nos processos de trabalho, exigindo a implementação de práticas inovadoras de gestão, capazes de sustentar melhorias contínuas na atenção e na qualidade assistencial, em

consonância com os padrões de excelência almejados pelos pacientes e pelas instituições de saúde (FUGULIN et al, 2016).

Nesta perspectiva, em detrimento as políticas de recursos humanos e a deterioração das condições de trabalho em saúde, caracterizadas por restrições orçamentárias, precarização dos vínculos empregatícios, problemas no processo de formação, qualificação, provisão e retenção dos profissionais, têm impactado, de forma substancial, a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes (ROGENSKI, 2012).

Desta forma, a organização da força de trabalho representa um desafio para os gestores dos sistemas de saúde, configurando-se em tema polêmico e centro de debates em nível global, uma vez que a insuficiência numérica e qualitativa de profissionais, em todo o mundo, tem sido apontada como um dos principais empecilhos para o alcance das metas de saúde e desenvolvimento, propostas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013).

Sendo ator principal deste cenário, a equipe de enfermagem tem sido alvo frequente das medidas de austeridade econômica adotadas nas instituições de saúde e, particularmente, nas hospitalares, por representar o maior componente das despesas operacionais destas organizações (AIKEN et al., 2014).

Neste contexto, considera-se que os enfermeiros necessitam buscar conhecimentos, habilidades e competências que sustentem a negociação do quadro de profissionais, demonstrando que, embora sua adequação acarrete elevação dos custos operacionais, pode contribuir para a diminuição dos gastos advindos de resultados negativos na assistência prestada, em decorrência da insuficiência numérica e/ou qualitativa da equipe de enfermagem (FUGULIN et al., 2011).

Nesta perspectiva, acredita-se que, além do dimensionamento, sua conexão com a qualidade da assistência deve ser continuamente debatida, pesquisada e explicitada, tendo em vista a relevância para a prática profissional de enfermagem para um cuidado integral, qualificado e seguro, favorecido pelo dimensionamento de profissionais de enfermagem adequado às necessidades dos pacientes.

Desta forma o atendimento qualificado busca superar as necessidades e expectativas dos pacientes (BIANCHINI, 2015). Na realidade dos serviços de saúde do Brasil, a inadequação numérica e qualitativa de profissionais de enfermagem tem sido indicada, continuamente, como o principal obstáculo para a revisão e implantação de medidas que favoreçam a qualidade do atendimento como, por exemplo, a aplicação do Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) (FUGULIN, 2016).

Esse cenário evidencia a importância do processo de dimensionamento de profissionais de enfermagem como subsídio para a tomada de decisão acerca do planejamento, provisão e distribuição de profissionais, de forma a promover condições adequadas para o desenvolvimento do cuidado humanizado, seguro e eficaz (FUGULIN,2016).

No entanto, as dificuldades instrumentais e a falta de domínio sobre o significado e comportamento das variáveis que integram os métodos de dimensionamento fragilizam as justificativas e as argumentações dos enfermeiros na negociação do quadro de pessoal de enfermagem com os administradores das instituições de saúde, permitindo, muitas vezes, que esses profissionais interfiram na sua determinação (FUGULIN,2016).

Atualmente, o desafio que se apresenta para os enfermeiros incide em atingir o significado da adequação do quadro de pessoal e das variáveis intervenientes na operacionalização dos métodos de dimensionamento identificando, além dos aspectos técnicos, as implicações legais, sociais, assistenciais, éticas e políticas que interferem na determinação do quantitativo e qualitativo de profissionais de enfermagem (FUGULIN,2016). Entre as variáveis, a carga de trabalho, constitui o principal elemento dos métodos de dimensionamento e a chave para a determinação do quadro de profissionais de enfermagem (GAIDZINSKI, 1998).

Este processo é realizado por meio da classificação dos pacientes por dependência do cuidado de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicossocioespirituais do paciente (GAIDZINSKI, 1998). Com base na realidade evidenciada nas unidades de internação de instituições públicas e privadas de 158 municípios do estado de São Paulo, verificou que o valor médio das horas de assistência prestadas aos pacientes das diferentes categorias de cuidado referendam os tempos médios de assistência de enfermagem recomendados pelo COFEN (COREN-SP, 2016).

No entanto, em relação à proporção de enfermeiros, o percentual de unidades que apresentaram quantitativo inferior à proporção indicada pelo COFEN atingiu mais de 97% das unidades públicas e privadas fiscalizadas pelo COREN-SP (COREN-SP, 2016). Estudos internacionais apontam que o número inadequado de profissionais de enfermagem, além de interferir na qualidade e nos custos da assistência à saúde, contribui para o aumento das taxas de mortalidade, de infecções hospitalares, do tempo de hospitalização e dos índices de eventos adversos (BUTLER et al., 2011; BRAY et al., 2014).

Esta deficiência repercute repercutir na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores, elevando os riscos de sobrecarga de trabalho, exaustão emocional, insatisfação no trabalho, estresse e burnout, com consequente impacto nos índices de absenteísmo, de rotatividade e dos custos com pessoal (AIKEN et al., 2014; LAKE et al., 2016).

Da mesma forma que os hospitais com adequada organização da atenção, tais como recursos humanos e ambiente da prática, podem afetar o atendimento ao paciente e a estabilidade da força de trabalho dos profissionais de enfermagem concluiu que melhores condições de trabalho e de proporção de pacientes por profissional foram associadas com o aumento da qualidade da assistência e satisfação do paciente (AIKEN et al., 2012).

Cabe ressaltar que, o número de profissionais e a proporção de cada categoria profissional de enfermagem envolvida no cuidado interfira, diretamente, na qualidade e segurança dos pacientes, profissionais e instituições de saúde, a adequação quantitativa e qualitativa de profissionais de enfermagem, por si só, não garante a excelência da assistência (FUGULIN, 2016).

É imperativo que os enfermeiros observem outros elementos que, associados ao dimensionamento, favorecem a consecução dos padrões de qualidade almejados, como a revisão e avaliação dos processos de trabalho utilizados, retirando aqueles que não agregam valor ou que podem ser realizados por profissionais de outras áreas, por não exigirem a capacitação específica do profissional de enfermagem (FUGULIN, 2016). Também a execução de atividades não específicas de enfermagem demanda tempo que os profissionais poderiam estar realizando cuidado aos pacientes. Os programas de treinamento e desenvolvimento também influenciam a qualidade das ações desenvolvidas, capacitando os profissionais para o exercício da prática mais qualificada.

A Política de Educação Permanente em Saúde articula as necessidades de aprendizagem às realidades do trabalho, possibilitando, além da atualização técnica, a reflexão e a análise crítica dos processos desenvolvidos, facilitando a identificação e proposição de resolução de problemas do cotidiano do trabalho, considerando as experiências de cada um, promovendo, assim, transformações na prática profissional e na própria organização do trabalho (BRASIL, 2009). Do mesmo modo desenvolvimento de protocolos assistenciais e a supervisão tem pouca aplicação dos enfermeiros e gerentes de enfermagem, incorrendo em desajustes na organização e na forma de realização das atividades (FUGULIN, 2016).

Porém, cabe ressaltar que, o número de profissionais e a proporção de cada categoria envolvida no cuidado interfira, diretamente, na qualidade e segurança dos pacientes, profissionais e instituições de saúde, a adequação quantitativa e qualitativa de profissionais de enfermagem, por si só, não garante a excelência da assistência (FUGULIN,2016).

Assim é coerente que os enfermeiros observem outros elementos associados ao dimensionamento que favoreçam a melhoria da qualidade da assistência, como a revisão dos processos de trabalho, programas de treinamentos para capacitação dos profissionais desenvolvendo educação permanente, protocolos institucionais, possibilitando, melhor o cumprimento das necessidades de cada setor de trabalho (FUGULIN,2016).

Também o sistema de saúde ainda carece de investimentos e atenção dos órgãos oficiais, bem como dos gestores e administradores das instituições de saúde, no sentido de promover e garantir condições apropriadas para o desenvolvimento dos processos assistenciais, de forma qualificada e eficaz (FUGULIN, 2016).

São necessários resultados e subsídios que evidenciam a compreensão do significado dos riscos potenciais relacionados à redução do quadro de profissionais de enfermagem e as evidências científicas que comprovem os riscos potenciais relacionados à redução do quadro de profissionais de enfermagem, que comprovem o seu impacto na qualidade da assistência e na segurança dos pacientes, dos profissionais e das instituições de saúde. É indispensável o conhecimento dos enfermeiros acerca do dimensionamento de enfermagem qualificado e seguro.

7 CONCLUSÕES

Com a realização deste estudo foi possível dimensionar a equipe de enfermagem necessária para prestar assistência aos pacientes internados na unidade de clínica cirúrgica do HUSM com qualidade e com segurança.

Conclui-se que:

- A maioria dos pacientes internados era do sexo masculino 268 pacientes e 197 do sexo feminino no período da coleta dos dados;
- A taxa média de permanência dos pacientes superou os parâmetros nacionais (3,8 a 5,6) dos homens foi de 19,7 dias e das mulheres de 16,3 dias;
- Com relação às categorias dos cuidados de enfermagem, a maioria dos pacientes atendidos necessita de assistência intermediária 35% (1442), seguida de assistência de alta dependência 30% (1263), com assistência mínima 21% (873), assistência semi-intensiva 8% (331) e assistência intensiva 6% (255), ficando a assistência intermediária como a predominante no estudo;
- Dos pacientes internados, 465 foram submetidos a cirurgias e ou reintervenções com maior frequência na cirurgia Geral e Traumatológica com 136 pacientes cada, seguida da Vascular com 14,69%, somando-se então aproximadamente 73,5% dos pacientes somente nestas especialidades, Os pacientes da cirurgia geral e traumatológica requerem mais cuidados em sua maioria de acordo com o instrumento de classificação utilizado na pesquisa;
- O principal motivo pelas ausências não previstas pela equipe de enfermagem foram as doenças. Os enfermeiros tiveram o maior índice de absenteísmo 6,65% e dos técnicos e auxiliares 4,53%. Situação esta que deve ser investigada em futuros estudos para descobrir-se os motivos deste alto índice.
- O índice de segurança técnica foi de 40,5% para os enfermeiros e 37,83% para os auxiliares e técnicos, as ausências previstas por folgas foi de 17%, ausências previstas por férias 9%;
- O número de enfermeiros existentes (16) é muito inferior ao calculado COFEN 2004 (32) e COFEN 2016 (34) sendo necessária a contratação de mais profissionais ou redimensionamento no hospital.

- O quadro de auxiliares e técnicos é inferior (45) em relação ao quadro calculado COFEN 2004 (64) e COFEN 2016(68) também sendo necessária a contratação de mais profissionais ou redimensionamento.

Vale constatar ainda que foi encaminhado um relatório dos resultados da pesquisa à Divisão de enfermagem do hospital.

Os resultados obtidos com a avaliação da metodologia aplicada no hospital ensino pesquisado permitirão uma melhor provisão do quantitativo da equipe de enfermagem e a sua aplicação em toda a instituição para fins de redimensionamento e também a proposta de uma escala de classificação que se adapte à realidade da clínica cirúrgica.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o dimensionamento dos profissionais de enfermagem, foi possível conhecer as principais variáveis da unidade em estudo, a carga de trabalho e o índice de ausências da equipe de enfermagem.

Os achados referentes ao absenteísmo, tendo como principal causa as ausências não previstas as licenças a saúde, podendo ocasionar a sobrecarga de trabalho, necessitando a intervenção do SOST (Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho), buscando os motivos com o intuito de solucionar os eventos. Um dos motivos da sobrecarga de trabalho é o absenteísmo, que causa prejuízo financeiro a instituição.

Acredita-se que em muitos hospitais da região sul o dimensionamento da equipe de enfermagem ainda transcorre de forma empírica, sendo necessária a capacitação dos enfermeiros para este processo gerencial.

Este estudo colabora para a concretização do cuidado, do ensino e da pesquisa na unidade de clínica cirúrgica apontando as condições necessárias para a melhoria da qualidade do cuidado com segurança e produtividade.

Em se tratando de um hospital escola, o papel do enfermeiro quanto educador pode estar prejudicado, pois a demanda de trabalho, problemas estruturais podem atrapalhar as condições adequadas de ensino aprendizagem.

A clínica cirúrgica adequadamente dimensionada tem condições de prestar um serviço de excelência aos pacientes proporcionando segurança a eles e garantido a satisfação da equipe, contribuindo para a enfermagem em sua evolução como ciência e tecnologia, além do cuidado ao paciente. Nesse sentido, sabe-se que não pode-se falar em ciência sem pesquisas, pois a ciência faz a teoria e o método e os mesmos constroem os protocolos e os instrumentos para melhorar a prática da enfermagem.

O instrumento proporcionou a realização do dimensionamento da equipe, porém o hospital apresenta algumas particularidades que foram citadas na discussão deste estudo que necessitam um instrumento próprio para melhor fidedignidade. Também seria necessária a participação de mais enfermeiros na coleta dos dados, pois teria sido mais colaborativa e menos exaustiva para o pesquisador e colaboradores do estudo.

REFERÊNCIAS

- AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **The BMJ**, London. v. 20, n. 344 e 1717. mar. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683>. Acesso em: 7 de jan 2017.
- AIKEN, L. H. et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **The Lancet**, Londres, v. 383, n. 9931, p. 1824-1830, maio 2014.
- ALMEIDA A.; NEVES A.; SOUZA C. et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>. Acesso em: 16 nov. 2016.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. [Internet] Brasília: ANVISA; 2013 [acesso em 18 nov 2016]. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 30 out. 2015.
- ALTAFIN, J.A. et al. *Nursing Activities Score* e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter Intensiva**, São Paulo, v. 26, 2014.
- ANTUNES, A. V.; COSTA, M. N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 11, n. 6, p.832-839, nov./dez. 2003.
- ARAÚJO, M.T. et al. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade de clínica médica**. *Enferm. Cent. O. Min.* mai/ago; 6(2):2223-2234. 2016.
- ASCARI. R. A; CHAPIESKI; C. M; SILVA; FRIGO. J Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de transito. **Revista. Enfermagem**, Santa Maria, UFSM, Jan/Abril, 2013.
- ASCARI. R. A; CHAPIESKI; C. M; SILVA; FRIGO. J Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de transito. **Revista Enfermagem**, Santa Maria, UFSM, Jan/Abril, 2013.
- ASSOCIACION AMERICANA DE HOSPITALES. Liga Nacionalde Educacion en Enfermeria. Manual del servicio de enfermeria hospitalário. In: **Bases y medidas administrativas para suministrar servicio de enfermeria**. Washington, cap. 4, p. 32-46, 1956.
- BEZERRA, A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2003.
- BIANCHINI, S. M. Avaliação do evento queda do paciente no âmbito hospitalar: um estudo de caso. 2015. 194 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015, 194 fl.

BRASIL. **Lei nº 7.498**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, de 25 de junho de 1986. Brasília, 1986.

_____. **Lei nº 8.112**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, de 12 dezembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Instituto Nacional de Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. ISBN 978-85-7318-236-1 (versão impressa) p.42

BRAY, B. D. et al. Associations between stroke mortality and weekend working by stroke specialist physicians and registered nurses: prospective multicenter cohort study. **PLoS Med.**, São Francisco, v. 19, n. 8, ago. 2014. Disponível em: journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed. Acesso em: 9 jan. 2017.

BRITO A.; Guirardello E. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, jan-fev, 2012.

BUTLER, M. et al. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford, v. 6, n. 7, p. 327-345, jul. 2011.

CAMPOS, L. F.; MELLO, M. R. A. C. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 2, p. 237-246, abr./jun. 2009.

CARNEIRO, L. A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro** [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, São Paulo: IESS [org], 2013. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf>> Acesso em: 30 out. 2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. S. R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007.

CHENSO, M. Z. B. et al. Cálculo de Pessoal de Enfermagem em Hospital Universitário do Paraná: uma proposta de adequação. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 25, p. 81-92, jan./dez. 2004.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

_____. **Gestão de Pessoas**. 3. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

_____. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações: edição compacta**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CLARO, M. A. P. M.; NICKEL, D. C. **Gestão do Capital Humano**. p. 17-32, 2002.

CLT. Consolidação das Leis do Trabalho. **Decreto lei 5452/43. 1º de maio de 1943**. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/>. Acesso em: 30 out. 2015.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. In: **Cofen – Conselho Federal de Enfermagem**. Disponível em: www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf. Acesso em: 12 out. 2015.

COELHO, M. A. **Dimensionamento de profissionais de enfermagem das unidades de internação de adultos de um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil**. [thesis]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2013. Enfermagem. Resolução 293/04. In: Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: https://ppgenf.fen.ufg.br/up/127/o/Maria_Alice_Coelho.pdf?1391019483

_____. **Resolução no 189/96**. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo; 2001. p. 144-51.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 0527/2016**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html/print/> Acesso em: 23 nov. 2016.

CORREDOR, C. et al. Otimização hemodinâmica em trauma grave: uma revisão sistemática e metanálise. **Rev Bras Ter Intensiva**, Londres, v. 26, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0397.pdf.

CRESCE a presença masculina na enfermagem. Coren. São Paulo: **Enfermagem Revista**. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/48_homem_na_enfermagem.pdf> Acesso em: 30 out. 2015.

CUCOLO. D.F; PERROCA. M. A reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto. **Rerv.lat am enfermagem**. São Paulo, v. 18, n. 2, Mar/abr 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_06.pdf. Acesso em: 20 nov. 2016.

CUNHA, C. C. B. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital universitário da região centro-oeste**. 2011. 96 p. Dissertação (Mestrado em. cuidado em enfermagem)– Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011. 96 p.

DIOGO L.; BAHLIS, L.; WAJNER, A. Redução de mortalidade em pacientes internados por doenças respiratórias após a implementação de unidade de cuidados intensivos em hospital secundário do interior do Brasil. **Rev Bras Ter Intensiva, Porto Alegre**, v. 27, 9 mar. 2015.

ESTADÃO. **Mulheres vão mais ao médico que homens, mostra IBGE**. 2015. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2015/06/02/mulheres-vao-mais-ao-medico-que-homens-mostra-ibge.htm>> Acesso em: 30 out. 2015.

FAKIH, F. T.; CARMAGNANI, M. I. S.; CUNHA, I. C. K. O. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**. v. 59, n. 2, p. 183-187, mar./abr. 2006.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. El trabajo gerencial em enfermería. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamiento en Enfermaría**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1-12.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. **Rev Esc Enferm. USP**. v. 37, n. 4, p. 109-117, 2003.

_____. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HUUSP. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 13, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (Ed.) **Gerenciamiento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 121-35.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidade de internação. In: HARADA, M. J. C. S. **Gestão em enfermagem: Ferramenta para a prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011. p. 214-222.

FUGULIN, F. M. T. et al. Custo da adequação quantitativa de profissionais de enfermagem em unidade neonatal. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 45, n. esp., p. 1582-1588, dez. 2011.

FUGULIN, F. M. T. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares**: análise da Resolução COFEN nº 293/04. 2010. 154 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010, 154 p.

_____. **Sistema de classificação de pacientes**: análise das horas de assistência de enfermagem. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem**: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino. São Paulo: F. M. T. Fugulin, 2002. 189 p.

FUGULIN, F.M.T. Et al. Tempo de assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº 293/04. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2012; 20(2): 325-332. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200015>. Acesso em: 23 nov. 2016.

GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. 1998. 118 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998, 118 p.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. O uso de ferramentas tecnológicas no processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: PRADO, C.; PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. (Ed.). **Tecnologia da informática e da comunicação em enfermagem**. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 35-44.

GAIDZINSKI, R. et al. Gestão de pessoal de enfermagem e o sistema de assistência de enfermagem. In: GAIDZINSKII, R. et al (Eds.). **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 47-61.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRARDELLO, D. T. F.; NICOLA, A. L.; FERNANDES, L. M. Assistência de enfermagem: horas requeridas para o cuidado do paciente crítico. **Rev Rene**. v. 14, n. 6, p. 1084-1091, 2013.

HERRMANN, A.; SILVA, M. L. da; CHAKORA, E. S. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. **Visão de futuro no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas**. Missão. Disponível em: www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/.../missao-visao-e-valores
Acesso em: 23 nov. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER- **INCA**- Estimativa 2016.O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (**INCA**), órgão específico singular do Ministério da Saúde, conforme o Decreto Presidencial. Disponível em :www.inca.gov.br/estimativa/2016/. Acesso em: 11 nov 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos com 80 anos ou mais deve crescer 27 vezes**. Disponível em: <agenciabrasil.ebc.com.br/.../brasil-tera-19-milhoes-de-idosos-com-mais-de-80-anos-e> Acesso em: 21 nov. 2016.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. São Paulo: IESS [org], 2013. Geografia e Estatística (IBGE), entre 1960 e 2010. **Participação (%) de pessoas de 60 anos e mais na população total segundo região... idosa brasileira crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano ... 2025, quando a razão de dependência total passa**. Acesso em: 21 nov. 2016.

KURCGANT, P. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1168-1173. 2009.

LIMA, S. B. **Comunicação Organizacional Rompendo Barreiras**. p. 32-37, 2003.

LIMA, S. B. S. **A gestão da qualidade na assistência de enfermagem: significação das ações no olhar da acreditação hospitalar no pronto socorro**. 2008. 283 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008, 283 p.

LAKE, E. T. et al. Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work environments. **J Nurs Care Qual.**, Frederick, v. 31, n. 1, p. 24-32, jan./mar. 2016.

MAGALHÃES, L. C. B.; YASSAKA, M. C. B.; SOLER, Z. A. S. G. Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes do Curso de Graduação em Enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 3, p. 117-124, 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN276.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

MATSUSHITA, M. S.; ADAMI, N. P.; CARMAGNANI, M. I. S. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 1, p. 9-19, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº1101/2002- Parâmetros assistenciais do sus**. Brasília (Brasil). Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.Saúde.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT_2002/Gm/GM-1101.htm> Acesso em: 30 nov. 2016.

MORAES M, LINCH, G.; SOUZA E. Classificação de pacientes internados em uma unidade traumatológica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):52-59.

MORAIS, F. R.; ALVES, A. M.; TRAVERSO-YÉPEZ, M. Da humanização ao cotidiano de desigualdades sociais na assistência ao parto e ao nascimento. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 2, São João del-Rei, Fev. 2008.

MORENO, N. T. B.; CARVALHO, R.; PORFÍRIO, R. B. M. Dimensionamento de pessoal em Centro Cirúrgico Ortopédico: real x ideal. **Rev. SOBECC**, São Paulo. v. 19, n. 1, p. 51-57. jan./mar. 2014,

MOTTA, P. R. **Transformação Organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

NICOLA, A. L.; ANSELMINI, M. L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**. v. 58, n. 2, p. 186-190, mar./abr. 2005.

NICOLA, A. L. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Norte do Paraná**. 2004. 153 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. 153 p.

NISHIO, E. A.; BAPTISTA, M. A. C. S. Recursos humanos de enfermagem. In: NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. (Ed.). **Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 99-125.

NOGUEIRA, L.S. Et al. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, jan/mar de 2012.

PEREIRA, I. M.; FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. Metodologia de avaliação do software dimensionamento informatizado dos profissionais de enfermagem. **J. Health Inform.**, v. 4 (Número Especial - SIIENF 2012), p. 205-208, dez. 2012.

PEREIRA, V.; MONTEIRO, C. **Teste u de mann – whitney (teste u)**. Disponível em: <http://www.leg.ufpr.br/lib/exe/fetch.php/disciplinas:ce001:vivian_-_teste_u_de_mann-whitney.pdf> Acesso em: 21 nov. 2016.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm. USP.**, v. 44, n. 4, p. 1024-1031. 2010.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS) – 2013 - **Ministério da Saúde**

In: Portal Saúde, de 4 ago. 2014. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Disponível em: www.pns.iciet.fiocruz.br. Acesso em 10 nov 2016.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: a avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.

POSSARI, J. F. F. **Dimensionamento de profissionais d enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia**: análise dos indicadores intervenientes. 2011. 185 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011, 185 p.

PFEFFERKORN, B.; ROVETTA, C. A. **Administrative cost analysis for nursing service and nursing education**. Chicago: American Hospital Association, 1940.

PERÉZ, A.D. ; VALDÉS, M.V.A; ALVARÉZ, R.P. Revisión sobre el manejo del trauma cráneo encefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes. Hospital provincial clínico-quirúrgico **Revista Médica Electrónica**, Matanzas, v. 33, n. 2, mar-abril de 2011. Disponível em: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684.

REIS. A. T, SANTOS. R da S, CAIRES T.L. G et al . O significado da segurança do paciente cirúrgico pediátrico para a equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**. 2016 v. 21 n. esp: 01-08.

ROGENSKI, K.E. **Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino**. 2006. 152 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2006, 152p.

ROGENSKI K.E, FUGULIN F.M.T. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm USP**. 2007; 41(4): 683-9.

ROGENSKI, K. E. et al. Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino. **Rev Esc Enferm**. USP, v. 45, n. 1, p. 223-239, 2011.

ROGENSKI, K. E. **Carga de trabalho de enfermagem em unidade de pediatria**. 2011. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SANTOS, F. et al. Percepção e utilização da qualidade em processos nas micro e pequenas empresas varejistas formalizadas do município de Tangará da Serra – MT. **Rev INGEPRO - Inovação, Gestão e Produção**, v. 3, n. 7, p. 12-22, 2010.

SANTOS, F.; ROGENSKI, N. M. B.; BAPTISTA, C. M. C.; FUGULIN, F. M. T. Sistema de Classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 5, set./out. 2007.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE - Governo do Estado. Disponível em:<...www.saude.rs.gov.br > Coordenadorias Regionais ... hospitalares · Transplantes · Medicamentos · Ensino e Pesquisa · Dados e estatísticas · Página inicial > **Coordenadorias Regionais > 4ª CRS (Santa Maria) ...>** Acesso em: 25 nov. 2016.

TRONCHIN, D. M. R. **Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura**. 2011. 252 f. Tese (Doutorado em Enfermagem..) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, 252 f.

VILLAS BÔAS, M. L.; SHIMIZU, H. E. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta Paul Enferm.** v. 28, n. 1, p. 32-40, 2015.

VITORINO, D. F. P. et al. Percepção de moradores de uma cidade de Minas Gerais sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 16 . Minas Gerais. 2012.

VITURI, D. W. et al. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 20, n. 3, p. 547-556., jul./set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A universal truth: no health without a workforce**. Genebra, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>. Acesso em: 3 jan. 2017.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO PESQUISA: “Dimensionamento dos Profissionais de enfermagem de uma Clínica Cirúrgica de um Hospital de Ensino do Estado do Rio Grande do Sul”.

PESQUISADORA: Profa. Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima

contato: (55) 99784509 E-mail: E-mail:suzisbilima@yahoo.com.br

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM

LOCAL DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Hospital Universitário de Santa Maria, HUSM

PARTICIPANTES ENVOLVIDOS: Pacientes internados na unidade onde se realizará a pesquisa. Se os participantes não tiverem condições de assinar o termo, por estarem com o nível de consciência comprometido por sedação, alteração psíquica ou lesão das mãos, o mesmo poderá ser assinado pelo familiar ou seu representante legal.

Caro participante da pesquisa ou seu representante:

- Você está convidado a participar desta pesquisa por meio da realização de uma atividade desenvolvida de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Sobre a pesquisa: A pesquisa tem como objetivo: *avaliar o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem da unidade de internação de Clínica Cirúrgica de um hospital de ensino da região Sul do Brasil*.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Serão realizadas observações, consulta ao prontuário e exame físico. Durante o exame físico será realizado a inspeção para determinar a complexidade do cuidado a ser realizado. Todos os aspectos observados na inspeção serão registrados numa ficha. Para essa atividade será mantido em segredo seu nome, não será divulgada nenhuma informação que possa identificá-lo, preservando o seu anonimato.

Benefícios: A pesquisa pretende contribuir para a atenção integral e humanizada ao paciente devido a uma adequada provisão de funcionários para a prestação de uma assistência a saúde pela equipe de enfermagem de excelência. O estudo representará benefício direto ao paciente hospitalizado, pois um correto dimensionamento influencia em uma adequada assistência a saúde. A pesquisa não apresentará qualquer tipo de ônus financeiro ao participante.

Riscos: A pesquisa não oferece risco físico, moral, social ou cultural para você. Contudo no momento da realização da inspeção você poderá sentir-se emocionado ou constrangido. Neste caso, a pesquisadora irá fornecer atenção especial escutando-o e aguardando a sua disposição em continuar participando na pesquisa. Se você optar por não participar mais do estudo.

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento somente dos pesquisadores. O questionário ficará guardado em um armário na sala de Educação em

Saúde da Clínica Cirúrgica (3º andar do HUSM), sob os cuidados da pesquisadora responsável. O nome do participante não será divulgado e nem identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com a Professora Suzinara Beatriz Soares de Lima (pesquisadora responsável), bem como com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nos endereços constantes deste Termo¹.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria e será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra via para o participante da pesquisa, estando em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Desde já, agradeço pela colaboração,

Santa Maria/RS ____, _____ de 2016.

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. ¹Para contato com o Comitê de Ética da UFSM: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “ O Dimensionamento dos Profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica de um Hospital de Ensino do Interior do Estado do Rio Grande do Sul”.

Pesquisador responsável: Prof Enf^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria(UFSM).PPGENf

Telefone para contato: (55) 99784509

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria/Clínica Cirúrgica

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes do estudo cujos dados serão coletados por meio do SCP de Fugulin, 2006. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Os dados coletados serão digitados e analisados, bem como o TCLE, e guardados pela coordenadora da pesquisa, na sala 1305B, do Centro de Ciências da Saúde, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), localizada na Avenida Roraima, Cidade Universitária de Santa Maria-RS. Após um período de cinco anos, os mesmos serão incinerados.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, _____, _____ de 2016.

Suzinara Beatriz Soares de Lima

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES,
COMPLEMENTADO COM ÁREAS DE CUIDADO PARA AVALIAÇÃO DE
PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS**

Data ____/____/2016 Paciente nº ____ Data de internação ____ Clínica ____ Sexo: M() F() Data de Nascimento ____/____/____ Grau de instrução ____ Procedência ____ Diagnóstico ____ Doenças pré existentes ____ Tipo de cirurgia ____ Porte da cirurgia () P () M () G Data da alta ____/____/____ Tipo de alta: () alta () óbito () transferência () administrativa Estado Mental: 1- () Orientação no tempo e no espaço 2- () Períodos de desorientação no tempo e no espaço 3- () Períodos de inconsciência 4- () Inconsciente Oxigenação: 1- () Não depende de oxigênio 2- () Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio 3- () Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio 4- () Ventilação mecânica	Sinais Vitais: 1- () Controle de rotina (8 horas) 2- () Controle em intervalos de 6 horas 3- () Controle em intervalos de 4 horas 4- () Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas Motilidade: 1- () Movimenta todos os segmentos corporais 2- () Limitação de movimentos 3- () Dificuldade para movimentar segmentos corporais , mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem 4- () Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal, mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem Deambulação: 1- () Ambulante 2- () Necessita auxílio para deambular 3- () Locomoção através de cadeira de rodas 4- () Restrito ao leito Alimentação: 1- () Auto suficiente 2- () Por boca com auxílio 3- () Através de sonda nasogástrica 4- () Através de cateter central
--	---

Fonte: Fugulin et al. (2006), adaptado para a Clínica Cirúrgica HUSM.

Cuidado Corporal: 1- () Auto suficiente 2- () Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral 3- () Banho de chuveiro , higiene oral realizada pela enfermagem 4- () Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem Eliminações: 1- () Auto suficiente 2- () Uso de vaso sanitário com auxílio 3- () Uso de comadre ou evacuação no leito 4- () Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese Terapêutica: 1- () IM ou VO 2- () EV intermitente 3- () EV contínua ou através de sonda nasogástrica 4- () Uso de drogas vaso ativas para manutenção de P. A. Integridade Cutâneo Mucosa /Comprometimento tecidual: 1-() Pele íntegra 2-() Presença de alteração da cor da pele(equimose, hiperemia) e/ ou presença de solução de continuidade da pele , envolvendo epiderme, derme ou ambas. 3-() Presença de solução de continuidade da pele envolvendo tecido sub cutâneo e músculo. Incisão cirúrgica, ostomias, drenos	4-() Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Evisceração. Curativo: 1-() Sem curativo ou limpeza da ferida, incisão cirúrgica, realizada pelo paciente durante o banho. 2-() Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem. 3-() Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem. 4-() Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais pela equipe de enfermagem. Tempo realizado na realização dos curativos: 1-() Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho. 2-() Entre 5 e 15 minutos. 3-() Entre 15 e 30 minutos. 4-() Mais de 30 minutos. Total de pontos: _____ Classificação: _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoria do Cuidado</th><th>Pontuação</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cuidado intensivo</td><td>Acima de 34</td></tr> <tr> <td>Cuidado semi-intensivo</td><td>29-34</td></tr> <tr> <td>Cuidado de alta dependência</td><td>23-28</td></tr> <tr> <td>Cuidado intermediário</td><td>18-22</td></tr> <tr> <td>Cuidado mínimo</td><td>12-17</td></tr> </tbody> </table>	Categoria do Cuidado	Pontuação	Cuidado intensivo	Acima de 34	Cuidado semi-intensivo	29-34	Cuidado de alta dependência	23-28	Cuidado intermediário	18-22	Cuidado mínimo	12-17
Categoria do Cuidado	Pontuação												
Cuidado intensivo	Acima de 34												
Cuidado semi-intensivo	29-34												
Cuidado de alta dependência	23-28												
Cuidado intermediário	18-22												
Cuidado mínimo	12-17												

APÊNDICE D – AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Mês	Data	Categoria profissional	Tipo de Ausência	Número de dias	Número de pessoal	Total
		Enfermeiro				
		Técnico/Aux. de enfermagem				
Total						

Legenda	NOME
LM	Licença Maternidade
LG	Licença Gestante
LTSF	Licença Tratamento de saúde de familiar
LAT	Licença acidente de trabalho
LTS	Licença Tratamento de saúde
LA	Licença acidente
LO	Licença outros motivos

Fonte: Fugulin (2002), adaptado para a Clínica Cirúrgica, HUSM no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2015.

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES,
COMPLEMENTADO COM ÁREAS DE CUIDADO PARA AVALIAÇÃO DE
PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS**

Área de cuidado	Graduação da complexidade assistencial			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal. Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	E.V contínuo ou através de sonda nasogástrica.	E.V intermitente.	IM, ou V.O.
Integridade cutâneo-mucosa/ comprometimento tecidual*	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Eviscerações.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica. Ostomias. Drenos.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
Curativo*	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo utilizado na realização de curativos*	Superior a 30 minutos.	Entre 15 e 30 minutos.	Entre 5 e 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Categoria de cuidado	Pontuação
Cuidado intensivo	Acima de 34
Cuidado semi-intensivo	29-34
Cuidado alta dependência	23-28
Cuidado intermediário	18-22
Cuidado mínimo	12-17

Fonte: Fugulin et al. (SANTOS,2007).

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES SEGUNDO A COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL MÊS: _____ Unidade: _____

[illegible]

ANEXO C – AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

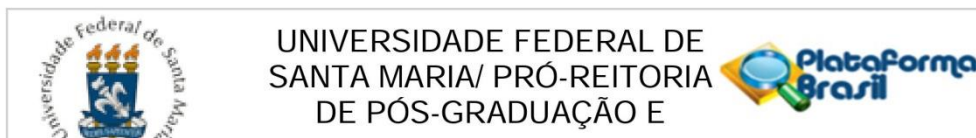
MÊS: _____ Unidade: _____									
CATEGORIA PROFISSIONAL	Quant. de pessoal	AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS							
		Faltas	Licença médica	Licença maternidade	Licença acidente	Outras licenças	Licença INSS	Suspensões	Total
Enfermeira									
Técnico/auxiliar									
Total									

Fonte: Fugulin (2002).

ANEXO D – PLANILHA ELETRÔNICA PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução do COFEN nº 293/04									
UNIDADE:		QTDE. DE LEITOS:		ANO:					
TIPO DE CUIDADO	MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES	QUANTIDADE DE PACIENTES EM 84% DO TEMPO	TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL (C _{jk})		
					Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.	
<i>j</i>	$(\bar{n}_j)$	$(\bar{n}_j + s_j)$	$(\bar{h}_j)$	$(\bar{n}_j + s_j) \cdot \bar{h}_j$	$(P_{j\text{enf}})$	$(P_{j\text{aux}/\text{tec}})$	$\frac{P_{j\text{enf}}}{100} [(\bar{n}_j + s_j) \cdot \bar{h}_j]$	$\frac{P_{j\text{aux}/\text{tec}}}{100} [(\bar{n}_j + s_j) \cdot \bar{h}_j]$	
INTENSIVO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100	100	#DIV/0!	#DIV/0!	
SEMI-INTENSIVO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100	100	#DIV/0!	#DIV/0!	
ALTA DEPENDÊNCIA	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100	100	#DIV/0!	#DIV/0!	
INTERMEDIÁRIO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100	100	#DIV/0!	#DIV/0!	
MÍNIMO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100	100	#DIV/0!	#DIV/0!	
SOMA	0,0	#DIV/0!	-	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
NOTA:									
CATEGORIA PROFISSIONAL	DIAS DE FOLGA NA SEMANA	ÍNDICE DE FOLGAS	DIAS FERIADOS NO ANO	ÍNDICE DE FERIADOS	DIAS DE FÉRIAS NO ANO	ÍNDICE DE FÉRIAS	DÍAS DE AUSÊNCIA NO ANO	ÍNDICE DE ABSENTEISMO	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST _k)
<i>k</i>	<i>e</i>	$E = \left(\frac{e}{D - e} \right)$	<i>f</i>	$F = \left(\frac{f}{D - f} \right)$	<i>v_k</i>	$V_k = \left(\frac{v_k}{D - v_k} \right)$	<i>a_k</i>	$A_k = \left(\frac{a_k}{D - a_k} \right)$	$[(1 + E)(1 + F)(1 + V_k)(1 + A_k)] - 1$
ENFERMEIRA		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
AUXILIAR/TECNICO		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00
CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE TRABALHO	JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO	PRODUTIVIDADE	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE	PESSOAL PARA COBERTURA	QUADRO DE PESSOAL (q _k)		
	$\sum_k C_k$	<i>t_k</i>	<i>ρ_k</i>	<i>IST_k</i>	$\sum_k \frac{C_k}{t_k \cdot \rho_k}$	$\sum_k \frac{C_k}{t_k \cdot \rho_k} \cdot IST_k$	CALCULADO	AJUSTADO PARA VALOR INTEIRO	
<i>k</i>							$\sum_k \frac{C_k}{t_k \cdot \rho_k} \cdot (1 + IST_k)$		SE q _k -q _k <0,5 então q _k =q _k ; SE q _k -q _k >0,5 então q _k =+q _k !
ENFERMEIRA	#DIV/0!	6	85	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
AUXILIAR/TECNICO	#DIV/0!	6	85	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
SOMA	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 52487116.6.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.483.101

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

Apresenta como temática a avaliação do dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade hospitalar. Trata-se de um estudo quantitativo, longitudinal, a ser desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria, unidade de internação clínica cirúrgica, com todos os pacientes internados no período de coleta de dados que compreenderá três meses (março a maio/2016). A coleta de dados seguirá as seguintes etapas: Etapa 1 – Caracterização demográfica dos pacientes e com relação à internação; Etapa 2 – Classificação do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem; Etapa 3 – Definição do percentual do quantitativo médio diário de profissionais de enfermagem para a carga de trabalho; Etapa 4 – Cálculo do IST (índice de segurança técnica); Etapa 5 – Determinação do tempo efetivo de trabalho; Etapa 6 – Aplicação da equação para cálculo do dimensionamento de pessoal; Etapa 7 – Levantamento do número de funcionários existente na unidade de internação estudada; e, Etapa 8 – Comparativo entre o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem existente e o dimensionado. A análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem será realizado com auxílio da planilha eletrônica em que constam as equações

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

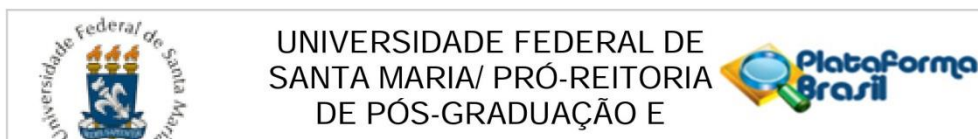
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.483.101

propostas no método, com utilização do software DIPE- Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem - desenvolvido por pesquisadores da área (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2010).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: avaliar o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem da unidade de internação de Clínica Cirúrgica de um hospital de ensino da região Sul do Brasil.

Objetivos secundários:

- Caracterizar e classificar o grau de dependência dos pacientes internados em relação ao cuidado de enfermagem, de acordo com o sistema de classificação;
- Dimensionar o quadro de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem necessário para prestar assistência de enfermagem na unidade;
- Comparar o número de profissionais de enfermagem existentes na unidade com o resultado encontrado após a realização do dimensionamento do pessoal de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: referem a possibilidade de constrangimento durante a coleta de dados, em que a pesquisadora irá ofertar atenção especial até que o mesmo continue sua participação. Não destaca a conduta caso o participante opte por desistir.

Benefícios: indiretos e diretos a instituição e pacientes com a possibilidade de um adequado dimensionamento de pessoal de enfermagem com melhoras ao cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

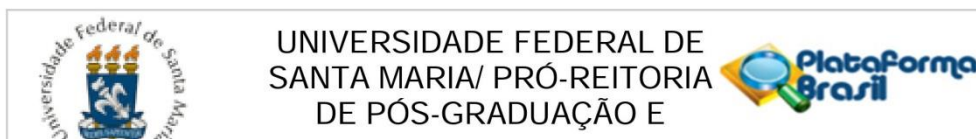
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
Bairro: Camobi	CEP: 97.105-970
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.483.101

gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_650036.pdf	06/04/2016 09:37:17		Aceito
Outros	TCO.pdf	06/04/2016 09:36:48	Alexsandra Micheline Real Saul-Rorato	Aceito
Outros	TCE.pdf	22/03/2016 09:33:57	Alexsandra Micheline Real Saul-Rorato	Aceito
Cronograma	CRO.docx	18/03/2016 12:03:24	Alexsandra Micheline Real Saul-Rorato	Aceito
Outros	TCo.docx	18/03/2016 12:00:32	Alexsandra Micheline Real Saul-Rorato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/03/2016 11:59:50	Alexsandra Micheline Real Saul-Rorato	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	15/01/2016 08:32:28	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/01/2016 08:31:58	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Folha de Rosto	PESQUISADOR.pdf	05/01/2016 13:36:51	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	REGISTRO.pdf	05/01/2016 12:47:13	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Outros	SIE1.pdf	05/01/2016 12:46:07	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito
Outros	SIE.pdf	05/01/2016	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

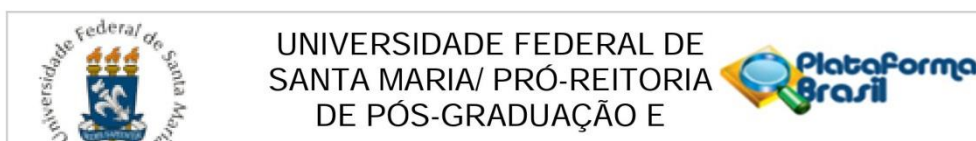
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.483.101

Outros	SIE.pdf	12:43:56	Soares de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	05/01/2016 12:39:37	Suzinara Beatriz Soares de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 07 de Abril de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com