

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

ROSELI SCHMOELLER

**CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O
DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM
EMERGÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

ROSELI SCHMOELLER

**CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O
DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM
EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde.

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

S356c Schmoeller, Roseli

Construindo indicativos para o dimensionamento de
pessoal de enfermagem em emergência [dissertação] / Roseli
Schmoeller ; orientadora, Francine Lima Gelbcke. -
Florianópolis, SC, 2011.

177 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Emergências médicas. 3. Downsizing
Organizacional. 4. Administração de recursos humanos. 5.
Recursos humanos na saúde. I. Gelbcke, Francine Lima. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

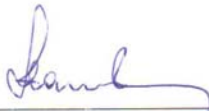
ROSELI SCHMOELLER

**CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O
DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM
EMERGÊNCIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 22 de fevereiro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Francine Lima Gelbcke
Presidente



Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider
Membro



Dra. Selma Regina de Andrade
Membro

DEDICATÓRIA

*Para a Enfermagem do HU-UFSC, da qual participo há 17 anos,
dedico este trabalho.*

AGRADECIMENTOS

São muitas as contribuições para finalizar um trabalho como este, portanto, muitas também são as pessoas a agradecer. Todas as contribuições foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui. Muito obrigada!

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Curso de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação, que possibilitaram minha formação em Enfermagem, a Especialização em Gestão Hospitalar e, agora, o Mestrado. Sem a possibilidade oferecida pelo ensino público, eu não chegaria até aqui.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, professores e funcionários, que têm lutado pela qualidade deste programa, pelo apoio nesta caminhada.

Ao Hospital Universitário e à Direção de Enfermagem, que têm, ao longo de muitos anos, buscado a capacitação dos trabalhadores. Com certeza, não estaria aqui se não fossem as facilidades e o estímulo dos dirigentes da instituição.

À Dra. Francine Lima Gelbcke, minha orientadora, com quem aprendi muito do que sei hoje. Obrigada pela sua presença amiga, por me estimular a seguir em frente, me centrar nos momentos de devaneios, acreditando em minhas potencialidades, e por me conduzir nesta caminhada. Obrigada!

Aos integrantes da Banca: Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra. Selma Regina Andrade, Dra. Eliane Matos e Dda. Marite Inez Argenta. Agradeço pelas contribuições, sugestões e disponibilidade na leitura deste estudo.

Aos colegas desta turma de mestrado, pelos momentos de estudo e aprendizado compartilhados.

Ao Grupo PRAXIS, pelo acolhimento e contribuições, e um agradecimento em especial a Eliane Matos, pelo socorro no início desta trajetória.

Às minhas amigas Fabiane Sebold, Fabiana Minati, Juliana Balbinot, Raquel V. de Oliveira, que me incentivaram e apoiaram ao longo da caminhada.

Aos colegas do Serviço de Emergência Adulto, pelo acolhimento na equipe de trabalho e disponibilidade no período da coleta das informações. Aos meus amigos de plantão, pela receptividade, carinho e incentivo.

Aos amigos da CMI: amo vocês!

A meus pais Adolfo e Ludovica, obrigada por me ensinarem a importância do estudo e do trabalho. A toda minha família, pelo incentivo e por acreditarem em mim; em especial a minha irmã Alice pela disponibilidade e apoio para que eu pudesse chegar até aqui. Amo vocês!

A DEUS, por todos e por tudo!

SCHMOELLER, Roseli. **Construindo indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência**. 2011. 177 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada na Emergência Adulto de um hospital público e de ensino, localizado na região sul do Brasil. Teve como objetivo refletir criticamente acerca do processo de trabalho de enfermagem nos serviços de emergência, propondo indicativos que contribuam para repensar o dimensionamento de pessoal. Para aprofundamento do referencial foi desenvolvida uma revisão integrativa acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais e unidades de Emergência Adulto. A coleta de dados empíricos aconteceu junto aos trabalhadores de enfermagem, utilizando as estratégias de observação, entrevista e análise documental. A análise e a interpretação dos dados foram realizadas sob a ótica do processo de trabalho de enfermagem na perspectiva do referencial teórico do GRUPO PRÁXIS, emergindo as categorias centrais: processo de trabalho de enfermagem no serviço de emergência e indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. Os resultados evidenciam que há uma lacuna na produção do conhecimento científico, gerando dificuldade em prover o dimensionamento de pessoal em emergência pela dinâmica e instabilidade do serviço, e que o dimensionamento tem influência direta na organização do trabalho, na qualidade do cuidado e na carga de trabalho da equipe de enfermagem. Há dificuldade na organização do processo de trabalho, há necessidade de caracterização do grau de dependência do cuidado do usuário, além de aspectos que ultrapassam o contexto hospitalar, como a integração com o nível primário da atenção à saúde e da referência e contrarreferência no sistema público. O estudo fornece indicativos quantitativos para subsidiar o dimensionamento de pessoal em emergência e que necessitam de avaliações específicas. O conjunto

interfere no processo de trabalho da emergência e da instituição, na necessidade do quantitativo de pessoal e na qualidade do trabalho. O limite deste trabalho está em não ter identificado o tempo que o trabalhador está efetivamente envolvido nas atividades assistenciais para justificar a necessidade de trabalhadores, bem como na construção de indicadores quantitativos que auxiliem no dimensionamento de pessoal. Tem-se, portanto, o desafio da elaboração de outros indicativos a serem aplicados e validados nos locais de trabalho, para que sejam consolidados e efetivamente utilizados na adequação do quadro de profissionais, gerando satisfação do usuário e do trabalhador.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência. Downsizing Organizacional. Administração de Recursos Humanos em Hospitais. Recursos Humanos de Enfermagem.

SCHMOELLER, Roseli. **Construyendo indicativos para el dimensionamiento de personal de enfermería en urgencia.** 2011. 177 p. Disertación (Mestrado en Enfermería) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RESUMEN

Pesquisa cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada en la urgencia adulto de un hospital público y de enseñanza, localizado en la región sur de Brasil. El objetivo de la pesquisa fue reflejar críticamente acerca del proceso de trabajo de enfermería en los servicios de urgencia proponiendo indicativos que contribuyan para repensar el dimensionamiento de personal. Para profundizar el referencial, se desarrolló una revisión integrativa acerca del dimensionamiento de personal de enfermería en hospitales y unidades de urgencia adulto. La colecta de datos empíricos ocurrió junto a los trabajadores de enfermería, utilizando la estrategia de observación, entrevista y análisis documental. El análisis e interpretación de los datos fueron realizadas bajo la óptica del proceso de trabajo de enfermería en la perspectiva del referencial teórico del GRUPO PRÁXIS, donde emergieron las siguientes categorías centrales: proceso de trabajo de enfermería en el servicio de urgencia e indicativos para el dimensionamiento de personal de enfermería en urgencia. Los resultados evidencian que hay un hueco en la producción de conocimiento científico, generando dificultades en proveer el dimensionamiento de personal en urgencia por la dinámica e inestabilidad del servicio; y que el dimensionamiento tiene influencia directa en la organización del trabajo, en la cualidad del cuidado y en la carga de trabajo del equipo de enfermería. Hay dificultades en la organización del proceso de trabajo y necesidad de caracterización del grado de dependencia del cuidado del usuario, bien como aspectos que ultrapasan el contexto hospitalario, cómo la integración con el nivel primario de cuidados con salud e la referencia y contra-referencia en el sistema público. El estudio proporciona indicativos cuanti-cualitativos para subsidiar el dimensionamiento de personal en urgencia y que necesitan de evaluaciones específicas. El conjunto interfiere en el proceso de trabajo de la urgencia y de la institución, en la necesidad del cuantitativo de personal, y en la cualidad del trabajo. El límite de este trabajo está en no haber identificado el tiempo que el trabajador está efectivamente involucrado en las actividades asistenciales para justificar

la necesidad de trabajadores, bien como en la construcción de indicadores cuantitativos que auxilien en el dimensionamiento de personal. Por lo tanto, hay el desafío de elaborar otros indicativos a ser aplicados y validados en lugares de trabajo, para que sean consolidados y efectivamente utilizados en la adecuación del cuadro de profesionales generando la satisfacción del usuario y del trabajador.

Palabras-clave: Enfermería en Urgencia. Reducción de Personal. Administración de Personal en Hospitales. Personal de Enfermería.

SCHMOELLER, Roseli. **Building indicators for the measurement of emergency nursing personnel.** 2011. 177 p. Dissertation (Nursing Master Degree) Nursing Post Graduation Programme, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis, 2011.

ABSTRACT

The study is a qualitative, descriptive and exploratory research, which took place in the adult emergency room of a public and teaching hospital in the Southern region of Brazil. The aim was to critically reflect the working process of nursing in the emergency services and to propose indicators that could contribute towards re-thinking the dimensioning of personnel. In order to further the referential, an integrative review on nursing personnel dimensioning in hospitals and adult emergency units was developed. Empirical data collection took place with the nursing personnel, using observation, interview and documental analysis strategies. Analysis and interpretation of data were undertaken under the view of nursing working process according to the theoretical referential of Práxis Group, resulting in the following central categories: nursing working process in emergency services and indicators for the measurement of nursing personnel in emergency. Results show that there is a gap in the production of scientific knowledge, which generates a difficulty in providing the measurement of personnel in emergency given the dynamic and instability nature of the job; and that the measurement directly influences working organization, quality of care and working load of the nursing team. The organization of the working process is difficult; dependency degree of the user care needs to be characterised, besides other aspects that are beyond the hospital context, like the integration with the primary health care level and the reference and counter-reference of the public system. The study offers quanti-qualitative indicators to subsidise the dimensioning of emergency personnel in need of specific evaluation. The whole interferes in the emergency and the institution working process, in the need of quantitative personnel and in the working quality. Limitations of this study are the non identification of time that the worker is effectively involved in caring activities to justify the need of staff, as well and the building of quantitative indicators that aid in personnel dimensioning. Therefore, the challenge of elaborating other indicators to be applied and validated in the working place exists, which will consolidate and be effectively used in the adequacy of the

employers' framework, thus generating satisfaction for both users and workers.

Key words: Emergency Nursing. Personnel Downsizing. Human Resources Administration in Hospitals. Nursing Human Resources.

LISTA DE SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
ANA – American Nursing Association
ACCR – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.
BDENF – Base de Dados Bibliográficos na Área de Enfermagem do Brasil
BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CEPEN – Centro de Pesquisa e Educação em Enfermagem
CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREN – Conselho Estadual de Enfermagem
DE – Direção de Enfermagem
DMSG – Divisão de Manutenção e Serviços Gerais
DQQPE – Dimensionamento Quantitativo de Pessoal de Enfermagem
EEAN – Escola de Enfermagem Ana Neri
GRUPO PRÁXIS – Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem
HU – Hospital Universitário
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IST – Índice de Segurança Técnico
LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MAE – Método de Assistência de Enfermagem
NIC – Nursing Intervention Classification
OCDE – Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico
PERGAMUM – Sistema Integrado de Bibliotecas
PNH – Política Nacional de Humanização
QualiSUS – Qualificação do Sistema Único de Saúde
REP – Repouso da Emergência
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SCP – Sistema de Classificação de Pacientes
SEA – Serviço de Emergência Adulto
SEI – Serviço de Emergência Interna
SUS – Sistema Único de Saúde
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UPAs – Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição dos estudos segundo o ano da publicação no período de 1980 a 2009, SC, 2010.	39
Figura 2: Marco Teórico do GRUPO PRÁXIS.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição dos estudos acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços de urgência e emergência segundo a origem da publicação, o título, o objetivo, o método e os principais resultados, no período de 1980 a 2009, SC, 2010..... **44**

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	17
LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE QUADROS	21
1 VIVÊNCIAS NO TRABALHO DE ENFERMAGEM: PONTO DE PARTIDA	25
1.1 OBJETIVO.....	31
2 CAMINHOS LITERÁRIOS	33
2.1 MANUSCRITO 1: DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	33
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	51
3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	51
3.1.1 Processo de Trabalho: a perspectiva do GRUPO PRÁXIS....	53
3.2 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM	55
3.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	58
3.4 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	63
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	71
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	71
4.2 LOCAL DO ESTUDO	71
4.3 COLETA DE DADOS E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	73
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	75
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	79
5.1 O PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO	79
5.1.1 A Organização do Trabalho	79
5.1.2 O Trabalho de Enfermagem na Emergência	90
5.2 MANUSCRITO 2: INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA.....	107
6 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO.....	129
REFERÊNCIAS	133

APÊNDICES	147
ANEXOS.....	161

1 VIVÊNCIAS NO TRABALHO DE ENFERMAGEM: PONTO DE PARTIDA

Sou um conjunto de matéria que constantemente sofre mudanças,
porque não há nada permanente, exceto a mudança.

Heráclitus

A cada dia de nossas vidas sentimos mais a necessidade da interação no espaço em que vivemos e atuamos. Vive-se em sociedade, e, ao agregar conhecimento, um ser humano¹ pode compreender o outro, o ambiente, integrar-se, relacionar-se e construir a história.

Sou servidora de um hospital de ensino desde 1994, inicialmente como Técnica de Enfermagem. Em 2004 passei a atuar como Enfermeira na prática clínica e igualmente na docência no curso de Graduação em Enfermagem, com contrato de caráter excepcional. Nesse ínterim, tive também a oportunidade de substituir a Chefia de Serviço de Enfermagem da Unidade de Internação de Clínica Médica, unidade em que trabalhei como Enfermeira Assistencial até maio de 2009. Desde essa data, pelo processo democrático de remanejamento interno para preenchimento de vagas na enfermagem, desenvolvo minhas atividades de trabalho no serviço de emergência adulto².

Na experiência de gestão e de educação, pude ampliar minha percepção sobre o modo como a equipe de enfermagem desenvolve suas atividades e organiza o processo de trabalho. Uma das questões que mais chamou minha atenção estava relacionada ao dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Ao desenvolver atividades específicas de gestão, pude vivenciar a elaboração e a dificuldade de manter uma escala mensal de serviço da equipe de enfermagem, dificuldade encontrada também por Enfermeiros³ responsáveis por manter escalas mensais de serviço nos

¹ Ser Humano utilizado como sinônimo de pessoa, usuário e de sujeito.

² Serviço de Emergência: denominação utilizada pela instituição onde foi desenvolvido o estudo, equivalente à denominação na Legislação do SUS como os serviços de urgências e emergências. Para o Ministério da Saúde, Urgência é uma situação clínica em que o usuário necessita de assistência à saúde em curto prazo, porém, sem implicar em risco de morte imediata. A Emergência é situação clínica onde o usuário necessita de atendimento à saúde de forma imediata, podendo ter risco de perder a vida (BRASIL, 2009).

³ Neste estudo utilizarei o termo Enfermeiro ao me referir ao profissional de enfermagem de nível superior, mesmo sendo esta uma profissão hegemonicamente feminina, por entender que

diversos setores de trabalho. Também chamou atenção o fato de, na instituição, setores de internação com o mesmo número de leitos disponibilizarem o mesmo quantitativo de pessoal de enfermagem, sem o levantamento das necessidades do cuidado de enfermagem prestado ao usuário em cada serviço.

Na atuação enquanto professora substituta do curso de graduação em enfermagem, tive acesso, nas unidades de internação hospitalar, a relatos de trabalhadores acerca do cuidado de enfermagem, quanto à presença de maior complexidade nas ações do cuidado, da realização de cuidados de enfermagem de forma integral e da humanização da assistência, atividades que exigem do funcionário uma visão diferenciada e holística.

Enfim, relatos e experiências sobre como o processo de trabalho de enfermagem está sendo concretizado, por vezes deixando transparecer um trabalho realizado com algumas dificuldades relacionadas ao quantitativo de pessoal, causando-me inquietudes e indagações.

O dimensionamento de pessoal tem como objetivo identificar quantas pessoas são necessárias para realizar o cuidado de enfermagem, e o Enfermeiro, ao realizar a escala mensal de serviço, faz essa previsão com base, muitas vezes, no conhecimento prático e na disponibilidade de trabalhadores, o que demonstra uma lacuna no conhecimento do modo de organizar e realizar as atividades da equipe de enfermagem. Embasada na necessidade de um dimensionamento fundamentado cientificamente, a Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário (HU) realiza um projeto de pesquisa que tem como objetivo geral propor uma metodologia para Dimensionamento Quantitativo de Pessoal de Enfermagem (DQQPE) em unidades de internação de Hospitais Universitários Federais, além de estar vinculada ao Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (GRUPO PRÁXIS PEN-UFSC), do qual participo com o intuito de aprimorar os conhecimentos sobre processos de trabalho. No entanto, essa pesquisa, da qual sou integrante, não prevê o dimensionamento de pessoal para áreas específicas como a emergência, o que me motivou a desenvolver o presente estudo.

Gerenciar pessoas envolve conhecimento científico específico e domínio sobre o processo de trabalho e sobre a equipe. Prever o

essa palavra não se refere ao gênero masculino, mas sim ao termo genérico definido para ambos os sexos.

quantitativo de pessoal de enfermagem necessário para realizar atividades do cuidado também tem relação com o contexto do desenvolvimento histórico da sociedade (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILOS, 2005).

O trabalho de enfermagem e a preocupação relacionada ao quantitativo de pessoal vêm sendo discutidos nos locais de trabalho, na academia e em vários países, podendo a discussão ser observada em produções científicas.

Na Alemanha, Pankinin (2009), em seu estudo, faz inferência sobre as consequências para a qualidade da assistência hospitalar com a redução do pessoal de enfermagem nas instituições; na Turquia, Baykal, Seren e Sokmen (2009) descrevem que os Enfermeiros oncológicos estão sobrecarregados de trabalho, não são compensados pelo trabalho extraordinário, têm pouca proteção para as trabalhadoras grávidas e estão sem tempo para o lazer, enfrentando assim déficit em segurança ocupacional e em saúde. Na Inglaterra, Buchan (2009) faz uma reflexão sobre metas na enfermagem em tempos de redução de despesas no sistema de saúde, quando os Enfermeiros poderão ter o seu quantitativo diminuído. No Chile, Milos, Larrain, Siomonetti (2009) trabalham com a categorização dos serviços de enfermagem como uma proposta para assegurar a qualidade da assistência em tempos de poucos Enfermeiros. Já na Suécia, Hasson e Arnetz (2010) comparam a qualidade do cuidado realizado pela enfermagem na percepção dos usuários e na percepção dos seus familiares.

Em relação aos Estados Unidos da América, Eaton-Spiva *et al* (2010) avaliam e reorganizam o ambiente da prática, preocupados com o envelhecimento dos trabalhadores de enfermagem e da população. Neste mesmo país, Newhouse (2010) discute as implicações práticas para os Enfermeiros na gestão dos serviços de saúde e limites de implementação das diretrizes clínicas na prática de enfermagem.

Existe uma preocupação na sociedade em relação ao trabalho de enfermagem no sentido de manter a qualidade e o quantitativo de pessoal para realizar o cuidado de forma a gerar satisfação por parte do usuário e do trabalhador. Para compreender a literatura e o processo de trabalho é preciso considerar as leis que regulamentam o exercício profissional, visto que o trabalho de enfermagem apresenta uma divisão técnica em que um mesmo trabalho é executado em parcelas, por

trabalhadores com diferentes níveis de formação (PIRES, 2008).

Essa divisão de atividades e formação acadêmica diferenciada dificulta o consenso entre países na compreensão da profissão enfermagem, haja vista a liberdade de cada governo organizar o regime político. Exemplo da dificuldade sobre o consenso entre países acerca do trabalho de enfermagem pode ser visto na criação do Mercado Comum do Sul, em 1991, e na construção do Sistema de Acreditação dos Cursos Universitários, em 1998, que encontram limites e entraves para efetivar a livre movimentação dos estudantes universitários e profissionais da saúde entre países que fazem parte do acordo (MERCOSUR, 2008).

O trabalho no atual contexto da sociedade é realizado na perspectiva do capitalismo, na divisão parcelar e social, e em muitas instituições há um subdimensionamento em decorrência da economia, ou seja, um menor número de trabalhadores, implicando um maior lucro para a instituição. Os gerentes, em muitas situações e instituições, optam pela redução do quantitativo de recursos humanos. Essa redução de pessoal de enfermagem influencia no processo de trabalho desenvolvido, no desgaste do trabalhador, na motivação e no clima organizacional, bem como no cuidado realizado (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILOS, 2005; PIRES, 2008).

A gestão de pessoal de enfermagem em instituições públicas de ensino e saúde, para Gelbcke (2008), é um grande desafio. Encontra-se dificuldade em compatibilizar um quadro de pessoal, já que aparentemente pode parecer completo, mas normalmente apresenta problemas decorrentes de absenteísmo por doença, aposentadorias ou demissões. A reposição de pessoal na equipe de trabalho não é comum acontecer no exato momento em que se faz necessário, uma vez que a contratação é atrelada ao processo político-administrativo federal, e o atual quantitativo de pessoal nem sempre possibilita responder às necessidades dos usuários, principalmente frente à especificidade que apresenta um hospital de ensino.

Para Gaidzinski *et al.* (2005), o dimensionamento de pessoal de enfermagem é um processo que alavanca o planejamento e a avaliação do pessoal necessário para prover os cuidados de enfermagem. Um dos limites à sua operacionalização está relacionado à identificação do tempo utilizado para o atendimento das necessidades assistenciais do usuário, em decorrência de um conjunto de fatores que intervêm na sua determinação, estando relacionados à instituição, ao amparo legal, ao serviço de enfermagem e ao usuário. Como esses fatores podem ser diferentes em cada instituição, o ideal seria que cada unidade levantasse

o tempo de assistência de enfermagem de acordo com o padrão pretendido.

A literatura brasileira apresenta alguns métodos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem a unidades de internação em instituições de saúde, como o estudo de Kurcgant, Cunha e Gaidzinski (1989), que apresenta subsídios para a estimativa do quantitativo de pessoal de enfermagem; os estudos de Gaidzinski (1998) e de Gaidzinski, Fugulin e Castilos (2005), que trazem um método matemático para prever o dimensionamento de pessoal; as pesquisas de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), nas quais observa-se um Sistema de Classificação de Pacientes com a identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação, e os estudos de Matsushita, Adami e Carmagnani (2005), que trabalham o dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação. Nicola e Anselmi (2005) trazem um dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital. O estudo de Vigna e Perroca (2007) nos sugere a utilização de Sistema de Classificação de Pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. Em Perroca (2008) observamos um instrumento para classificação de pacientes segundo a opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado.

Para a especificidade do trabalho de enfermagem realizado nos serviços de emergência, no período de 1980 a 2009, são identificadas cinco produções acerca do dimensionamento de pessoal em banco de dados, que serão detalhadas no item *Dimensionamento de pessoal de enfermagem* deste estudo.

Como podemos constatar, para gerenciar o trabalho de enfermagem em hospitais e nos serviços de emergência geral adulto, que apresentam especificidades no processo de trabalho, os Enfermeiros deparam-se com poucos estudos, instrumentos ou indicativos construídos e socializados que possam auxiliá-los na provisão do quantiquantitativo do pessoal de enfermagem e que sejam efetivamente utilizados como subsídio seguro e prático na organização do trabalho.

O dimensionamento de pessoal também está relacionado à segurança do paciente, sendo necessário o estabelecimento de indicativos para auxiliar o processo de gestão de pessoas e a gestão dos serviços de enfermagem. Com base em Blackburn (1997), a construção de indicativos consiste em revelar a existência de ações que, realizadas de modo certo, poderão dar subsídios à construção de parâmetros e indicadores para o adequado quantiquantitativo do Dimensionamento de Pessoal de enfermagem em hospitais e nos serviços de emergência.

A utilização de indicadores como ferramenta, no processo de

gerenciar o trabalho de enfermagem, estabelece padrões normativos a partir dos quais se pode avaliar a realidade de um fato, construindo um diagnóstico e definindo estratégias e prioridades. Pode-se também avaliar o desempenho das políticas e programas, medindo o grau em que os objetivos foram realizados e o nível de utilização de recursos ou as mudanças ocorridas na sociedade (RIPSA, 2002; MALIK; SCHIESAN, 2009).

A utilização de parâmetros, uma grandeza mensurável, estabelece um conjunto de objetivos para a formação de determinado programa de ação e que condicionam sua execução (BVS, 2010).

Para estabelecimento desses parâmetros à cobertura assistencial em saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002, para orientação da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e disponibilização de subsídios para a análise da oferta de serviços assistenciais, visto que os serviços de urgência e emergência contêm 15% do total de consultas médicas programadas (BRASIL, 2002).

Para o gerenciamento do SUS na perspectiva de superar as dificuldades apresentadas pelo sistema, os gestores assumiram, em 2006, o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, tendo como base os princípios constitucionais do SUS e a ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implicou o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, num Brasil que apresenta diferenças e iniquidades regionais, com estações climáticas definidas e a ocorrência de doenças sazonais. Avançar a partir de uma unidade de princípios que respeite as singularidades, construindo indicadores que justifiquem planejamentos de saúde e enfermagem, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes grupos coletivos em diferentes períodos de tempo (RIPSA, 2002; MALIK; SCHIESARI, 2009).

Na organização do trabalho em saúde e enfermagem ainda é incipiente a utilização de parâmetros para estabelecer objetivos e de indicadores como ferramentas para controle da gestão, para verificar a eficiência e comparar situações entre locais de trabalho, localidades ou períodos de uma região.

É fundamental que os Enfermeiros utilizem a produção científica

disponível com adequação à necessidade, produzindo conhecimento científico sobre o processo de provisão de pessoal de enfermagem para hospitais e serviços de emergência com base em dados/informações que poderão subsidiar o processo de gerenciamento das ações do cuidado de enfermagem indo ao encontro da satisfação dos profissionais e dos usuários. Entendemos, ainda, que não basta aplicarmos instrumentos ou fórmulas sem que a equipe discuta a organização do trabalho e o próprio processo de trabalho de enfermagem.

Desse modo, justifica-se a necessidade do presente estudo, no intuito de contribuir com realidades específicas do processo de trabalho de enfermagem, com vistas a um dimensionamento de pessoal para que a equipe de trabalho em hospitais e nos serviços de emergência possa oferecer e realizar um adequado cuidado de enfermagem. A partir dessas considerações, pretende-se com esta pesquisa responder a seguinte **questão norteadora**: Que indicativos são considerados fundamentais para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem no serviço de emergência adulto com vistas a uma adequada organização do trabalho?

1.1 OBJETIVO

- Refletir criticamente acerca do processo de trabalho de enfermagem nos serviços de emergência propondo indicativos que contribuam para o dimensionamento de pessoal nesse serviço.

Para dar sustentação ao estudo, apresentamos no segundo capítulo a Revisão Integrativa da Literatura acerca do dimensionamento de pessoal em hospitais e nos serviços de emergência adulto.

No terceiro capítulo, apresentamos o Referencial teórico do trabalho, que auxiliou na análise de dados.

O quarto capítulo traz o Referencial metodológico percorrido desde a elaboração do estudo até a análise.

No quinto capítulo, apresentamos os resultados encontrados na investigação, ou seja, a análise do processo de trabalho de enfermagem e indicativos que possam ser considerados referências para o dimensionamento de pessoal de enfermagem para os serviços de emergência adulto.

No sexto capítulo, temos as considerações finais apontando

limites deste estudo e indicando a necessidade de construir o conhecimento acerca do trabalho de enfermagem.

2 CAMINHOS LITERÁRIOS

Ao realizar a revisão literária demarca-se o que já foi publicado sobre o assunto de interesse, sendo a revisão integrativa uma via de acesso ao conhecimento produzido e um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação e a síntese das evidências disponíveis acerca de uma determinada temática. Seu produto final é identificar o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas (GANONG, 1987; POLIT *et al.*, 2004).

O presente capítulo está organizado seguindo a Instrução Normativa 06/PEN/2009 de 02 de dezembro de 2009, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado em Enfermagem e prevê a possibilidade de apresentação dos resultados da dissertação na forma artigos científicos (PEN, 2009). Essa aproximação com a literatura em forma de manuscrito encontra-se com normas para publicação em periódico de enfermagem (Revista Acta Paulista de Enfermagem).

2.1 MANUSCRITO 1: DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹

Roseli Schmoeller²
Francine Lima Gelbcke³

RESUMO: Trata-se de revisão integrativa sobre o tema dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais e unidades de urgência e emergência adulto, realizada em publicações, no período de 1980 a 2009. Para busca de dados utilizou-se a terminologia dos descritores em Ciências da Saúde. O estudo foi realizado em março de 2010, sendo que o resultado poderá contribuir com realidades específicas do processo de trabalho de enfermagem, haja vista que foram encontrados 53 estudos acerca de dimensionamento em hospitais e, dentre eles, cinco especificamente em unidades de urgência e emergência adulto. As publicações mostram que a pesquisa em enfermagem sobre a temática ainda não está consolidada, apresentando lacunas principalmente no que concerne aos estudos em unidades de urgência e emergência.

Descritores: Downsizing Organizacional; Administração de Recursos Humanos em Hospitais; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital; Enfermagem em Emergência.

DOWNSIZING OF NURSING PERSONNEL IN HOSPITAL: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT: It approaches the integrative review regarding the downsizing of the nursing personnel in hospitals, and emergency care units and adult emergency care, accomplished in publications in the time period set between 1980 and 2009. For the search of data, the terminology of the describers in Health Science was used. The study

¹Recorte da Dissertação de Mestrado: Construindo Indicativos para o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Emergência. PEN/UFSC, 2011.

²Enfermeira, HU/UFSC. Mestranda do PEN/UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Rod. Amaro Antônio Vieira, 2008. Bl.3/Apt.201. Itacorubi. 88034101. Florianópolis, SC, Brasil. Fone: (48) 99678734. Fax: (48) 37218297. Email: roseli@hu.ufsc.br

³Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Diretora de Enfermagem do HU/UFSC. Professora Associada do Dpto. de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Florianópolis, SC, Brasil.

took place in March of 2010, seeing that the result may contribute to specific facts of the nursing work process; forasmuch 53 researches regarding the downsizing in hospitals were found, and among them, 5 particularly concerning emergency units and adult emergency. The publications show that the research in nursing about the thematic is still not consolidated, presenting gaps mainly in what interests the studies in emergency and urgency care units.

Key words: Personnel Downsizing; Personnel Administration, Hospital; Nursing Staff, Hospital; Emergency Nursing.

REDUCCIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL: REPASO INTEGRADOR DE LA LITERATURA

RESÚMEN: Se trata del repaso integrador acerca del tema reducción de personal de enfermería en hospitales y unidades de urgencias y de emergencias para adultos, realizada en publicaciones durante el período de 1980 a 2009. Para la búsqueda de datos, se ha utilizado la terminología de los descriptores en Ciencias de la Salud. El estudio fue realizado en marzo de 2010 y el resultado podrá contribuir con las realidades específicas del proceso de trabajo de enfermería; dado que fueron encontrados 53 estudios acerca de la reducción en hospitales y entre ellos, 5 específicamente acerca de unidades de urgencias y de emergencias para adultos. Las publicaciones muestran que la investigación en enfermería sobre la temática aún no está consolidada, presentando brechas principalmente en lo que compete a los estudios acerca de las unidades de urgencia y emergencia

Descriptor: Reducción de Personal; Administración de Personal en Hospitales; Personal de Enfermería en Hospital; Enfermería de Urgência.

INTRODUÇÃO

O dimensionamento de pessoal de enfermagem na área hospitalar constitui um instrumento de gestão que possibilita aos Enfermeiros o planejamento das ações de enfermagem, que são fundamentais para a organização do processo de trabalho⁽¹⁾. O gerenciamento de recursos humanos é uma atividade complexa por requerer a compatibilização de diversos aspectos específicos relacionados aos requisitos técnicos e operacionais de cada serviço^(2,3). O planejamento quantitativo do pessoal de enfermagem tem sido muitas vezes realizado de forma empírica, baseado na experiência e no julgamento dos Enfermeiros, o que pode resultar em inúmeras dificuldades para planejar, gerenciar e

justificar um adequado quantitativo de pessoal para realizar uma adequada assistência de enfermagem^(1,4,5).

A literatura brasileira tem utilizado como base o conceito de dimensionamento de pessoal de enfermagem como sendo a primeira etapa do processo de provimento de pessoal, objetivando a previsão da quantidade de funcionários por categoria funcional necessária para suprir as necessidades da assistência de enfermagem. Esse conceito pode ser ampliado quando se considera a filosofia e a estrutura organizacional da instituição, bem como a caracterização dos usuários e a peculiaridade de cada unidade de trabalho^(4,6).

Esta revisão integrativa tem o objetivo de identificar as tendências da produção científica da enfermagem brasileira sobre o dimensionamento de pessoal relacionado a hospitais e unidades de urgência e emergência adulto, em publicações disponíveis em bases de dados, no período de 1980 a 2009. Para tanto, formulou-se a seguinte pergunta: qual o conhecimento produzido sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais, mais especificamente em unidades de urgência e emergência adulto?

A revisão integrativa da literatura é uma via de acesso ao conhecimento produzido, permitindo a busca e a avaliação crítica com a síntese de múltiplos estudos publicados. Possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo e evidências científicas, indicando a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas^(7,8).

METODOLOGIA

O percurso deste estudo seguiu o modelo analítico⁽⁷⁾ para o desenvolvimento de revisão integrativa da literatura, que possibilita o processo de análise e síntese dos resultados de estudos independentes e no qual as informações são categorizadas de forma sistemática, evidenciando-se as tendências do perfil das publicações acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem adotado no Brasil.

As etapas dessa revisão estão fundamentadas em uma estrutura formal de trabalho que incluiu critérios definidos sobre a coleta de dados e a apresentação dos resultados a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado⁽⁷⁾. Foram utilizadas as seguintes etapas: seleção da questão temática e pergunta de pesquisa; definição de critérios para a seleção de estudos e seleção da amostra; representação da amostra em formato de tabela, considerando as características comuns; apresentação dos principais resultados.

A seleção do tema e a pergunta de pesquisa foram apoiadas na necessidade da identificação na literatura da produção de conhecimento acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais e mais especificamente em unidades de urgência e emergência geral adulto, durante a elaboração do projeto de dissertação do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O projeto de pesquisa está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o protocolo número 612/10.

Os critérios para inclusão dos estudos nesta pesquisa foram: serem produzidos pela enfermagem no cenário brasileiro; conterem em seu título ou no resumo o termo *dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais ou em unidades de urgência e emergência adulto*, serem realizados em hospitais gerais adultos, apresentarem resumo disponível *online* e estarem em base de dados de bibliotecas e/ou em periódicos indexados no período de 1980 a 2009.

A busca pela literatura ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2010, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde são encontrados dados de Ciências da Saúde em Geral, como: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), além de áreas especializadas, como a Base de Dados Bibliográficos na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF). A busca de literatura ocorreu também em teses e dissertações, sendo acessada a base de dados do Sistema Integrado de Bibliotecas (PERGAMUM) e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A escolha das bases de dados e dos sistemas de informação se deu em função da amplitude no que tange a abrangência de acesso à produção científica da enfermagem.

Os estudos foram selecionados a partir da terminologia consultada nos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde, estabelecendo-se os seguintes descritores: *downsizing organizacional, administração de recursos humanos em hospitais, recursos humanos de enfermagem no hospital, enfermagem em emergência e equipe de enfermagem*. Nesse método de busca por descritores foi percebido que alguns estudos não os utilizavam, sendo acrescentadas à busca palavras como: *enfermagem, dimensionamento, emergência, atendimento de emergência, centros de emergência*.

Foi identificado nas bases de dados e sistema de informação de bibliotecas o quantitativo de 232 publicações. Para a seleção dos estudos foram observados os critérios de inclusão já descritos e excluída toda

publicação duplicada, sendo selecionados ao final 53 estudos.

Em posse dos estudos que contemplaram os critérios de inclusão, iniciou-se a leitura exaustiva para a extração dos dados, sendo construída uma tabela contendo as seguintes informações: publicação, título, objetivo, método e os principais resultados. Os dados foram agrupados conforme a identificação de semelhanças e diferenças, compondo um achado que foi interpretado e analisado com literaturas pertinentes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A utilização do protocolo de pesquisa nos cinquenta e três estudos selecionados possibilitou a organização dos dados acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais e colaborou para a especificidade dos serviços de emergência.

Aspectos do dimensionamento de pessoal de enfermagem na área hospitalar: um enfoque geral

Das cinquenta e três produções científicas, o protocolo permitiu identificar que trinta (55,5%) são artigos publicados em periódicos e vinte e três (44,5%) são produções de programas de Pós-Graduação. Na figura abaixo, apresentamos um panorama sobre as publicações no período de 1980 a 2010.

Figura 1 - Distribuição dos estudos segundo o ano da publicação no período de 1980 a 2009, SC, 2010.



A primeira produção identificada acerca do tema, no período analisado, é do ano de 1983, vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). No ano de 1985 também se encontram publicações nos seguintes periódicos: Revista Baiana de Enfermagem e Revista Gaúcha de Enfermagem.

Através dos dados da figura 1, observamos que o período de 1983 a 2002 teve produção de quinze estudos (28,3%), e o período de 2003 a 2009 apresenta trinta e oito das produções (71,7%), denotando um aumento significativo destas a partir de 2003. O ano de 2007 foi o que mais se destacou em produções, com dez publicações (18,5%).

Esse reflexo nas produções científicas de enfermagem nos últimos seis anos pode estar relacionado à publicação da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, de 2004⁽⁹⁾, que fixou e estabeleceu parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde, além de atribuir ao Enfermeiro a competência de estabelecer o quantitativo de pessoal necessário para realizar uma adequada assistência de enfermagem. Tal regulamentação se fez necessária, haja vista a inexistência de alguns fatores fundamentais, como de matéria

regulamentando as unidades de medidas e a relação de horas de enfermagem por leito ocupado e de legislação que tratasse sobre dimensionamento. Além disso, havia as necessidades requeridas pela enfermagem, como a revisão dos parâmetros em uso, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e às atuais demandas assistenciais da população, e a de flexibilizar a aplicação de parâmetros que possibilitem ajustes para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para cobertura assistencial nas instituições de saúde^(9,10).

Os dados deste protocolo apontam que os periódicos que mais publicaram acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem foram: Revista Brasileira Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Revista Latino-Americana de Enfermagem e Revista Cogitare Enfermagem, cada qual com quatro publicações (7,5%); com três publicações (5,6%) a Revista Gaúcha de Enfermagem; com duas publicações (3,7%) a Revista Acta Paulista Enfermagem e a Revista Nursing (São Paulo); as demais revistas com uma publicação (1,9%). Os dados evidenciam que quatorze periódicos indexados oportunizaram aos pesquisadores a possibilidade de socialização de produções para a comunidade científica.

Outro aspecto observado está relacionado à produção de dissertações e teses, sendo quatorze produções (26,7%) do Programa da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e duas produções (3,7%) do Programa da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Outros programas apresentaram apenas uma produção, correspondendo a 1,9%.

A Pós-Graduação em Enfermagem teve início no Brasil em 1972, com a criação do curso de mestrado na Escola de Enfermagem Ana Neri no Rio de Janeiro. Em 1982 ocorreu a criação do Programa de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o primeiro a ser criado na América Latina na área de Enfermagem. É possível verificar junto à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) trinta e uma instituições com programas de Pós-Graduação, dos quais, conforme observado neste protocolo, dez programas de Pós-Graduação em Enfermagem e em consonância com dois programas de Pós-Graduação em Engenharia conduziram pesquisas na temática de dimensionamento de pessoal⁽¹¹⁾.

Seguindo a análise, observa-se que 30,1% das produções são originárias do Programa da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Esse dado pode ser justificado pela presença

na instituição, desde 1994, do Grupo de Estudos de Enfermagem com enfoque no Gerenciamento de Recursos Humanos, nos conceitos, instrumentos e indicadores do processo de dimensionamento de pessoal⁽¹²⁾.

Observa-se, nesse sentido, que a construção e socialização do conhecimento estão atreladas à consolidação do ensino nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, o que resulta em maior número de pesquisadores e centros produtores de conhecimento, possibilitando também a divulgação dos programas. Embora as publicações tenham aumentado significativamente nos últimos anos, a produção do conhecimento acerca do tema dimensionamento de pessoal na enfermagem no cenário brasileiro tem sido pouco explorada, principalmente quando se busca sua articulação ao processo de trabalho da enfermagem. Esse aspecto vem ratificar a utilização de procedimentos empíricos pelos Enfermeiros na organização e planejamento quantiquantitativo da força de trabalho, resultando em incertezas e dificuldades para apresentar um quadro de pessoal adequado em quantidade e qualidade para realizar o cuidado de enfermagem^(4,5,13).

No que se refere à autoria das produções, foram identificados cento e dois pesquisadores, dos quais quarenta (39,2%) são Enfermeiros docentes vinculados a Programas de Pós-Graduação, trinta e um (30,4%) são Enfermeiros discentes inseridos em Programas de Pós-Graduação, vinte e três (22,5%) são Enfermeiros inseridos na prática assistencial em instituições de saúde, cinco (4,1%) são discentes de cursos de Graduação em Enfermagem. Quanto a autores com outras profissões, encontrou-se um (1%) discente em fisioterapia, inserido em Programa de Pós-Graduação, um (1%) médico e um (1%) administrador, todos com vínculo profissional em alguma instituição de saúde. O compartilhar de saberes e a integração dos profissionais pode revelar facetas das atividades, agregando conhecimento para a organização do trabalho em saúde.

Em 100% das produções científicas delimitadas para este estudo encontra-se referência ao dimensionamento de pessoal de enfermagem como parte importante da gestão e organização do trabalho, além da dificuldade constante no processo de dimensionar o pessoal no aspecto quantiquantitativo para se realizar a assistência de enfermagem. A dificuldade mencionada pode estar atrelada ao fato de se ter um pequeno conhecimento sobre a força de trabalho e as tendências da enfermagem, uma vez que o último estudo sobre o Exercício da Enfermagem em Instituições de Saúde no Brasil aconteceu na década de 80, numa

parceria dos órgãos representativos de classe da enfermagem⁽¹⁴⁾.

Em relação aos objetivos dos estudos, estes foram agrupados por semelhança, sendo identificado que 41,6% dos estudos estão relacionados com a análise, a comparação e a previsão do dimensionamento de pessoal de enfermagem; 32% das produções estão relacionadas com fatores intervenientes no processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem (variáveis qualitativas e quantitativas, parâmetros, distribuição de tempo, horas de enfermagem, tempo de trabalho, custo de pessoal, atividades de enfermagem); 17% dos estudos relacionam-se à identificação do perfil assistencial dos usuários (SPC, grau de dependência, criação e validação de instrumentos); 7,5% dos estudos constituíram-se de revisão de literatura (uso de modelo de dimensionamento, do SPC, de sistemas informatizados, de instrumento para avaliar carga de trabalho); e 1,9% dos estudos estiveram relacionados à investigação das condições do trabalho de enfermagem. Os estudos, de uma maneira geral, enfocaram vários aspectos do dimensionamento de pessoal, apresentando várias facetas do trabalho de enfermagem, porém de forma mais isolada.

A fundamentação teórica dos estudos aponta a utilização de modelos com fórmulas matemáticas, roteiros de observação e comparações entre métodos para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais e nos serviços de urgência e emergência. Essa fundamentação esteve pautada em 18,9% das produções nas Resoluções do COFEN, 17% das produções no modelo proposto por Gaidzinski, 11,3% no modelo de Perroca e 9,4% fundamentadas na proposta de Fugulin.

A enfermagem desenvolve atividades em diversos campos de atuação, sendo que foram identificadas produções acerca do dimensionamento de pessoal em hospitais, em diversas unidades/serviços de saúde, as quais consideravam a especificidade do trabalho de enfermagem nesses locais. Esses estudos foram desenvolvidos em serviços, como: Unidade de Terapia Intensiva, Transplante de Medula Óssea, Hemodinâmica, Transplante de Fígado, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização, Clínica Médica, Unidade de Psiquiatria, Hospital de Câncer e em Serviços de Urgência e Emergência adulto.

Há que se ressaltar que, no Brasil, a construção de um novo modelo de atenção à saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros e teve origem em movimentos políticos e sanitários iniciados na década de 1970. O SUS, que é uma política pública e integra o

conjunto das políticas sociais, vem enfrentando desafios, um dos quais a formação e adequação de recursos humanos para a saúde e enfermagem para garantir os cuidados à saúde do usuário⁽¹⁵⁾.

A política do SUS destaca a importância de se estabelecer os aspectos quantitativos do trabalho em saúde, apontando a necessidade de identificação desses aspectos para subsidiar os parâmetros no dimensionamento de pessoal de enfermagem, haja vista a característica da atividade, em que se cuida da vida humana, envolvendo a imprevisibilidade e a relação entre seres humanos que são distintos nos aspectos subjetivo, social e cultural⁽⁵⁾. Nesse sentido, a qualidade do trabalho de enfermagem pode estar comprometida quando dezenove produções (35,8%) apontam para déficit de trabalhadores de enfermagem, e apenas uma produção (1,9%) apresenta excedente no quadro de trabalhadores em uma unidade específica de cuidado.

Os estudos apontam a necessidade dos Enfermeiros entenderem o processo de dimensionamento e estabelecerem critérios objetivos para tal, principalmente no que concerne aos itens necessários ao dimensionamento, como o estabelecimento do grau de complexidade da assistência.

Dimensionamento de pessoal de enfermagem: um olhar para o serviço de urgência e emergência

No contexto dos serviços de saúde, encontram-se os serviços de urgência e emergência, os quais têm sido foco de atenção do Ministério da Saúde, que inclusive implantou a Política Nacional de Atenção às Urgências, observando que esta “deve fluir em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação”^(15:5).

Para a especificidade do trabalho de enfermagem realizado nos serviços de urgência e emergência foram identificadas cinco produções (9,4%) acerca do dimensionamento de pessoal, conforme panorama exposto no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços de urgência e emergência segundo a origem da publicação, o título, o objetivo, o método e os principais resultados, no período de 1980 a 2009, SC, 2010.

1. PUBLICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ano: 2003 Autor: Fernanda Anajas Caldas Farias. Origem: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo. Tese.	Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto-socorro especializado em afecções cardiovasculares.	Propor parâmetros para dimensionamento de pessoal de enfermagem para um Pronto Socorro especializado em afecções cardiovasculares.	Estudo de caso	O dimensionamento de pessoal de enfermagem resultante foi de 81 trabalhadores, sendo 22 em fermeiro e 59 auxiliares de enfermagem. A defasagem do quadro de enfermagem proposto em relação ao existente é de 31,81 por cento de fermeiro e de 57 por cento de auxiliar de enfermagem. Que o levantamento de variáveis, sirva como base para outros estudos
2. PUBLICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ano: 2006 Autores: Juliana Helena Montezeli, Anabely de Abreu Lopes. Origem: Revista Cogitare Enfermagem.	Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência.	Identificar o grau de dependência do cuidado de enfermagem dos clientes atendidos de junho a dezembro de 2002 no Pronto Socorro de um hospital-escola de Curitiba-PR, delineando o nível de complexidade da clientela.	Quantitativo	Há predominância de clientes grau I e II sendo atendidos na sala de emergência, comprovando a descaracterização do serviço e o desvio das funções emergenciais da equipe de enfermagem. Uma descaracterização do serviço de emergência e, conseqüentemente, um desvio das funções emergenciais da equipe de enfermagem para assistir os clientes internados ou em observação. Diante do quantitativo obtido com a pesquisa, faz-se necessária a readequação do número de colaboradores da enfermagem baseada na complexidade da clientela, bem como uma dinâmica mais eficaz para o funcionamento desta unidade emergencial.
3. PUBLICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ano: 2007 Autores: Elizabete Pilon Scapim, Ellen Ribeiro Tiveron, Marilda Marques Luciano Marvulo. Origem: Revista Nursing.	Dimensionamento de pessoal em uma unidade de observação de um Pronto Socorro	Analisar o quadro de enfermagem em uma unidade de observação de um pronto socorro adulto. Promover uma adequação.	Qualitativo	O déficit de funcionários é de 2,84 % em relação ao prescrito. Há distribuição dos trabalhadores fora da conformidade com indicadores que demonstram os períodos com maior demanda. Grande número de pacientes em observação, que não são computados no censo, mas que requerem atuação da enfermagem. Oscilação do número de pacientes, sendo complicada a adequação numérica dos trabalhadores. Indica estratégias de parcerias para ajuste na adequação de pessoal.
4. PUBLICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ano: 2009 Autor: Renato Ohara Origem: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo. Dissertação.	Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto-socorro	Com o objetivo de caracterizar o perfil assistencial dos pacientes adultos durante a internação no pronto-socorro como um dos subsídios para o dimensionamento do pessoal de enfermagem	Estudo de caso	Verificado 91 pacientes na categoria de cuidados intensivos, 75 na categoria de cuidados semi-intensivos, 245 com alta dependência para assistência de enfermagem, 272 com complexidade assistencial intermediária e 545 com a mínima. Constatação de muitos pacientes da psiquiatria internados no pronto-socorro a espera de vagas para internação na unidade especializada requerendo da equipe de enfermagem uma assistência diferenciada para a manutenção da integridade física desses pacientes. Que a maioria dos usuários do pronto-socorro não necessitava de internação mas foram atraídos para esse serviço em busca de consultas de rotina acabando por sobrecarregar a equipe multiprofissional que atua nessa unidade e que apresentou uma taxa de ocupação média acima da previsão dos leitos e oficiais disponível mantendo a planta física inadequada para a assistência de enfermagem devido às internações em macas pelos corredores, reflexo da falta de um serviço de regulação.
5. PUBLICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ano: 2009 Autor: Eliana de Araujo Garcia Origem: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo. Dissertação.	Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência	Identificar e analisar a distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em uma unidade de emergência, bem como calcular o tempo médio despendido por estas profissionais na execução das intervenções/atividades de enfermagem	Estudo de caso. Quantitativo	O teve-se 1512 amostras das atividades, verificando-se que as intervenções e atividades de enfermagem que mais utilizaram o tempo de trabalho das enfermeiras foram: Passagem de Plantão (8,73%), Cuidado na Admissão (7,40%), Documentação (6,74%), Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde (5,42%), Delegação (4,36%), Transporte (3,44%), Supervisão de Funcionários (2,91%) e Plano de Alta e Administração de Medicamentos (2,12%). Observou-se que 35% do tempo das enfermeiras foram dedicados às intervenções de cuidado indireto, 35% às intervenções de cuidado direto de enfermagem, 18% às atividades de tempo pessoal e 12% às atividades associadas. A produtividade média destas profissionais correspondeu à 92%, considerado excelente, com os critérios de avaliação da produtividade propostos na literatura. A análise comparativa dos tempos identificados com os tempos estimados pela NIC permitiu verificar que 54,4% apresentaram correspondência com os intervalos de tempo estimados pela NIC.

Pode-se constatar que as produções foram realizadas: no ano de 2003, em São Paulo, em um pronto-socorro especializado em afecções cardiológicas, propondo parâmetros para o dimensionamento de pessoal⁽¹⁶⁾; no ano de 2006, no estado do Paraná, realizada em um serviço de urgência e emergência, traçando o perfil da clientela⁽¹⁷⁾; no ano de 2007, realizada em São Paulo em um serviço de urgência e emergência, analisando o quadro de pessoal de enfermagem⁽¹⁸⁾; e no ano de 2009, com duas produções, ambas realizadas em São Paulo, uma em um serviço de urgência e emergência, uma caracterizando o perfil dos usuários⁽¹⁹⁾ e outra identificando a distribuição do tempo de trabalho das Enfermeiras⁽²⁰⁾.

Nos resultados dos estudos sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem para o serviço de urgência e emergência evidenciou-se a defasagem do quantitativo de pessoal; a descaracterização do serviço de urgência e emergência com o desvio das funções emergenciais da equipe de enfermagem para assistir aos usuários; que não há distribuição dos trabalhadores em conformidade com indicadores que demonstram os períodos com maior demanda; a existência de grande número de usuários em observação e que não são computados no censo, mas que requerem atuação da enfermagem; que a oscilação do número de usuários é um fator complicador para a adequação numérica dos trabalhadores.

Portanto, no que se refere aos serviços de urgência e emergência, constata-se dificuldades no processo de dimensionar o pessoal de enfermagem, além das encontradas no contexto do dimensionamento de pessoal em hospitais, pois geralmente não se consegue, em função do quantitativo atendido e da rotatividade dos usuários, realizar a caracterização do grau de dependência do cuidado, havendo uma flutuação no número de atendimentos diários, principalmente nos serviços com porta aberta, e a própria organização do sistema de saúde, em que a porta das urgências e emergências ainda se mantém como um dos acessos principais dos usuários, além dos aspectos específicos relacionados ao dimensionamento, como a definição dos sítios funcionais e a divisão do trabalho da equipe de enfermagem.

Oferecer serviços com qualidade passa a ser um desafio⁽²¹⁾, e dimensionar recursos humanos de enfermagem para um hospital e serviços de urgência e emergência adulto não se caracteriza simplesmente por preencher modelos, fórmulas ou instrumentos e chegar a um número mágico de quantitativo de pessoal. Compreendemos que desafios são apresentados para enfermagem no campo do conhecimento e no campo do fazer, portanto está colocada a

necessidade de aprofundar a produção do conhecimento sobre o dimensionamento de pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao dimensionar pessoas, mais do que estabelecer quantitativos, há que se considerar vários aspectos, inclusive qualitativos, os quais nem sempre estão presentes na literatura. Os resultados evidenciaram que o tema acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais e nos serviços de urgência e emergência é central para o gerenciamento da prática assistencial pelo Enfermeiro e para o processo de trabalho da equipe de enfermagem, precisando, porém, ser aprofundados, já que a maior parte dos estudos está centrada no sistema de classificação do paciente, em que se determina o grau de dependência deste. No entanto, aspectos como a formação do quadro de pessoal, a faixa etária, as legislações trabalhistas, a educação permanente e o tipo de instituição ainda precisam ser aprofundados nos estudos sobre dimensionamento de pessoal.

Há que se considerar, ainda, que a produção, o compartilhamento e a disseminação do conhecimento de enfermagem, bem como a aplicação destes na prática profissional, não estão consolidados, indicando não apenas lacunas na produção científica, mas principalmente a dificuldade que os profissionais têm encontrado no seu cotidiano de trabalho para a aplicação das fórmulas para o dimensionamento adequado da força de trabalho, fazendo com que estes determinem o quantitativo de pessoal muitas vezes de forma empírica. Além disso, destaca-se que a utilização de modelos e instrumentos com fórmulas numéricas muitas vezes não reflete a necessidade real de pessoal de enfermagem, sendo de fundamental importância estudos que possibilitem a aplicação de indicadores que considerem a realidade de cada instituição e a própria organização do trabalho.

Observou-se também que os estudos referem-se principalmente a unidades de internação, havendo poucos estudos acerca de serviços específicos, como Centro de Material e Esterilização, Unidades de Urgência e Emergência e mesmo o trabalho da enfermagem em nível ambulatorial, indicando a necessidade de aprofundamento na produção do conhecimento acerca de dimensionamento de pessoal em áreas específicas.

Nesse sentido, há que se gerar conhecimento, visando melhorias no trabalho de enfermagem, bem como instrumentalizar os Enfermeiros, garantindo um número de pessoal que possibilite uma assistência de

enfermagem segura, com condições de trabalho dignas, minimizando, inclusive, o desgaste dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- 1 Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall'Agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. Rev Bras Enferm [Internet] 2009 [citado 2010 Mar 22]; 62(4):[cerca de 4 p]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400020&lng=pt
- 2 Organización Mundial de la Salud. Colaboremos por la salud: informe sobre la salud en el mundo. Panorama General [Internet] Ginebra; 2006. [citado 2009 Ago 04]. Disponível em:
http://www.who.int/whr/2006/whr06_overview_es.pdf
- 3 Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ª ed. São Paulo: AnnaBlume/ CNTSS; 2008.
- 4 Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.125-137.
- 5 Gonçalves L. Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de internação [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - Enfermagem; 2007.
- 6 Kurcgant P, Cunha KC, Gaidzinski, RR. Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. Enfoque (São Paulo). 1989; 17(3):79-81.
- 7 Ganong LH. Integrative review of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.
- 8 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-764.
- 9 Portal Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem [Internet]. [citado 2010 Mar 10]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>
- 10 Pires DEP, Bellaguarda MLR, Zago AT, Matos, E. Organizadores. Consolidação da legislação e ética profissional. Cadernos enfermagem/Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, v.1. Florianópolis (SC): Quorum Comunicação; 2010.
- 11 Portal Associação Brasileira de Enfermagem. Cursos de pós-

- graduação em enfermagem no Brasil [Internet]. [citado 2010 Mar 15]. Disponível em:
<http://www.abennacional.org.br/index.php?path=141>
- 12 Portal Conselho Nacional Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Diretório dos grupos de pesquisa no Brasil [Internet]. [citado 2010 Jan 19]. Disponível em:
<<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional>>
 - 13 Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1994.
 - 14 Conselho Federal de Enfermagem; Associação Brasileira de Enfermagem. O exercício da enfermagem em instituições de saúde no Brasil 1982/1983: força de trabalho em enfermagem, v.1. Cofen: Rio de Janeiro; 1985.
 - 15 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção urgências. Legislação de Saúde. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. p. 5.
 - 16 Farias FAC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto-socorro especializado em afecções cardiovasculares [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 2003.
 - 17 Montezeli JH, Lopes AA. Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(3):239-244.
 - 18 Scapim EP, Tiveron ER, Marvulo MML. Dimensionamento de pessoal em uma unidade de observação de um Pronto-socorro. *Nursing (São Paulo)*. 2007; 10(112):412-8.
 - 19 Ohara R. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto-socorro [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 2009.
 - 20 Garcia EA. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 2009.
 - 21 Gaidzinski RR, Kurcgant P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiros. *Nursing (São Paulo)*. 1998; 1(2):28-34.
 - 22 Lima SBS, Erdmann AL. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paul Enferm [Internet]* 2006 [citado 2010 Mar 22];19(3):

[cerca de 8 p]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300003&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-21002006000300003.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Em busca de uma melhor compreensão e sustentação teórica, este estudo está fundamentado na teorização sobre o processo de trabalho em saúde e enfermagem com abordagem marxista, na qual o processo de trabalho é visto a partir dos locais de produção e como delimitador para as condições de trabalho.

3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A palavra *trabalho* tem sua origem no latim e está ligada a um duplo conceito em função do radical *labor* ou *labore*, que indicam “lazer”, e de *tripalium*, que designa “instrumento de tortura, ou que causa fadiga e provoca dor”. Essa dupla visão de trabalho se mantém em nossa sociedade quando vista por alguns como possibilidade de evolução e libertação, mediando pessoas no processo de conhecimento e emancipação, ou como uma ação que coloca limite, que inferioriza e modula as pessoas, propiciando um modo de agir e pensar relativo ao trabalho como uma atividade paralela ao serviço escravo (ABBAGNANO, 1998; GELBCKE, 2002).

Para que o trabalhador sinta prazer no trabalho é necessário que as exigências da atividade correspondam às suas necessidades e que este possa expressar a sua subjetividade, participando da organização do trabalho e modificando-o de acordo com a própria vontade (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Na compreensão do significado de trabalho, Marx (1983) ressalta que o trabalho é um processo de interação entre o homem e a natureza no qual o ser humano utiliza uma de suas forças e apropria-se dos recursos da natureza com objetivo definido para realizar um produto, transformando a natureza em forma útil à vida humana ao mesmo tempo em que transforma a natureza também se transforma.

Nesse sentido, Pires (1999) estabelece o trabalho como uma ação coordenada do homem, um ato físico ou intelectual para realizar uma tarefa; é o ato de trabalhar a matéria com as mãos ou com instrumentos para alcançar um objetivo proposto. O trabalho em seu percurso histórico foi institucionalizado e, a partir da institucionalização, passou a existir na sociedade a produção de bens e de serviços.

A **organização do trabalho** é compreendida como processo que

envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com os integrantes da equipe e com a hierarquia, o que acontece em uma determinada estrutura institucional. Essa organização sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macroeconômica, e organizacionais, como o modo de gestão fomentado pela instituição (GELBCKE, 2002).

O **trabalho em saúde** é um trabalho fundamental para os seres humanos e para a sociedade na manutenção da vida, fazendo parte do setor de serviços. É produção não material que se completa na hora da sua realização e não dá origem a um produto que seja comercializado. O produto final do trabalho é indissociável do processo de produção, sendo a própria realização da atividade em saúde (PIRES, 1999).

Assim, a prestação do serviço na assistência de saúde pode assumir formas diversas, como a realização de uma consulta, uma cirurgia, [...] ações preventivas, individuais ou coletivas [...]. Envolve, basicamente, avaliação de um indivíduo ou grupo de pessoas com a indicação ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 1999, p. 29).

O **processo de trabalho em saúde** é coletivo, realizado por equipes, com integrantes que possuem conhecimento específico, sendo necessárias ações integradas numa perspectiva interdisciplinar e multidisciplinar com agregação de saberes e conhecimento, em que cada integrante mobiliza o seu conhecimento para atender pessoas que por algum motivo submetem-se aos cuidados de profissionais de saúde em uma instituição hospitalar (CAPELLA, 1996; PIRES, 2008).

O processo de trabalho em saúde tem como objetivo a ação terapêutica e como objeto do cuidado o indivíduo ou grupos de pessoas doentes, sadias ou expostas a risco e que necessitam do cuidado preventivo, curativo ou do cuidado para a preservação e manutenção da saúde. A equipe de saúde utiliza como instrumental de trabalho os aparelhos, os instrumentos e as condutas que representam o conhecimento em saúde, ou seja, o que é colocado entre o profissional e o objeto do cuidado. O processo de trabalho em saúde apresenta como produto final a realização da assistência (PIRES, 1999).

Compreender o processo de trabalho em saúde, seu objetivo, o objeto, os instrumentos e seu produto é essencial para compreender e prever ações do cuidado e do trabalho desenvolvido por diversos profissionais de saúde. Com o conhecimento e o compartilhar de saberes será possível construir ferramentas para auxiliar nas decisões e no planejamento do trabalho em saúde e de enfermagem.

3.1.1 Processo de Trabalho: a perspectiva do GRUPO PRÁXIS

O GRUPO PRÁXIS (Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem do Departamento de Enfermagem e Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC), fundado em 1993, tem o trabalho como categoria central de análise. Foi criado a partir de necessidades de estudos sobre métodos assistenciais e preocupações sobre o trabalho da enfermagem, sendo que seu referencial teórico-conceitual está fundamentado na Teoria do Processo de Trabalho explicitada por Karl Marx, adequando-a para cenários do trabalho de saúde e enfermagem. O grupo busca o resgate da subjetividade deixada de lado pela interpretação economicista do marxismo. O resgate da subjetividade dá ao grupo uma característica inovadora, dedicando-se também à análise dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado em saúde e na enfermagem (GELBCKE et al., 2008; PRÁXIS, 2009).

A seguir, apresenta-se o Marco Teórico do GRUPO PRÁXIS, que fornecerá suporte teórico a esta pesquisa acerca do dimensionamento de pessoal da equipe de enfermagem em emergência adulto:



Figura 2: Marco Teórico do GRUPO PRÁXIS

A articulação dos pressupostos do GRUPO PRÁXIS acontece por meio do objetivo geral, que é promover reflexões críticas e problematizadoras das relações que caracterizam o binômio saúde-trabalho no âmbito da autonomia moral e do exercício efetivo da cidadania, numa perspectiva ético-política (GELBCKE *et al.*, 2008; PRÁXIS, 2009).

O GRUPO PRÁXIS tem como pressupostos os seguintes itens, que assumo neste estudo:

1º Pressuposto - **O Trabalho** é uma atividade que se dirige para a satisfação de necessidades humanas, nem sempre de um modo imediato, mas também através da mediação, seja de instrumento de trabalho que o homem insere entre ele e o objeto de sua necessidade, seja de processos mais complexos organizados socialmente, contendo, portanto, uma dupla face: de ir além da mera produção material de mercadoria e serviços e a de formação do próprio sujeito que realiza.

Compreendo o trabalho como uma atividade que transforma, mantém e subsidia as necessidades da vida no que se refere à condição material e social do sujeito.

2° Pressuposto - **Cidadania** é a condição de existência do indivíduo que compartilha interesses do coletivo e trabalha no sentido de sua consolidação, para romper com a relação de anomia. Quando expressar sua identidade particular, não se coloca nem acima nem abaixo da identidade dos outros, supondo que o livre desenvolvimento de cada um é a condição para a convivência e desenvolvimento de todos. Cidadão é aquele que tem seu lugar no mundo e que reconhece o lugar de cada um dos indivíduos.

Ser cidadão é assumir responsabilidades e participar ativamente, exercendo os direitos e cumprindo os deveres, tendo consciência dos anseios coletivos, sabendo viver e evoluir em sociedade.

3° Pressuposto - Ao se relacionar interna e externamente com seu mundo natural e com seus mundos construídos, o sujeito tenta potencializar essa relação construída. O homem vive em permanente luta em vida e morte, por isso a **Saúde** é a expressão da vida, assim como a doença é a exteriorização da possibilidade da morte, e sua manifestação particular lhe fornece identidade enquanto indivíduo particular e genérico, na sua relação com a natureza.

A saúde é uma condição em que o ser humano é capaz de lutar por seus objetivos e suprir suas necessidades, sendo uma relação entre as condições do sujeito e do ambiente.

4° Pressuposto - **O estudo acerca do trabalho** concreto acompanha os processos de construção da vida material, com seus emaranhados articuladores técnicos, políticos, culturais, sociais, éticos e estéticos, como atividade do sujeito cidadão, construtor de sua existência, para se tornar cada vez mais digna, saudável, autônoma, num tempo e espaço histórico (GELBCKE *et al.*, 2008; PRÁXIS, 2009).

Com o conhecimento sobre a sociedade e o trabalho, o ser humano tem condições de compreender os movimentos e as contradições presentes na sociedade, podendo influenciar, interferir e transformar a organização do meio no qual está inserido.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

A origem da Enfermagem como atividade profissional e institucionalizada data do ano de 1820, com o modelo proposto pela

inglesa Florence Nightingale. A forma de organizar o trabalho é influenciada pelas características do trabalho emergente na sociedade e marca profundamente a enfermagem em todo o mundo, instituindo a divisão entre trabalho manual e intelectual e a hierarquização do trabalho. A enfermagem estrutura-se como profissão no Brasil seguindo o modelo de Nightingale, segundo o qual os Enfermeiros são responsáveis pela coordenação e supervisão dos serviços e pelos profissionais de enfermagem da sua equipe de trabalho. A institucionalização de atenção à saúde ocorreu a partir dos anos 40, com a mudança do quadro social urbano e a consolidação da sociedade com base industrial, havendo a necessidade de pessoal com conhecimento específico para o exercício da enfermagem (COFEN; ABEN, 1985; MATOS, 2002; COREN/RJ, 2005).

A **Enfermagem** é uma prática social e cooperativa que tem por finalidade atender, em conjunto com outros profissionais da saúde, às necessidades do ser humano. É possuidora de conhecimentos e habilidades específicas que são construídos, organizados e socializados em virtude da divisão social e técnica do trabalho. A enfermagem compreende o homem como ser integral no seu caráter biológico, social e espiritual, respeitando características individuais e culturais (CAPELLA, 1996; PIRES, 1999).

Conforme a Legislação do Exercício Profissional, a enfermagem e suas atividades auxiliares somente são exercidas pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitando sempre os respectivos graus de conhecimento e formação. Essa **equipe de enfermagem** desenvolve as diversas atividades, com diferenciados graus de complexidade do cuidado, exigindo habilidades para o manejo dos instrumentos e métodos necessários para o trabalho (PIRES, 2008; COREN/SC 2010).

Na equipe de trabalho, o **Enfermeiro** adquire conhecimento acadêmico de enfermagem, sendo sua responsabilidade a organização e a supervisão do cuidado e o controle do processo de trabalho. A equipe é responsável pelo cuidado de enfermagem, e o trabalho do Enfermeiro envolve pelo menos dois campos de atividades: um relacionado aos cuidados e procedimentos da assistência e outro ligado à administração da assistência e do local de trabalho (PIRES, 1999).

O **trabalhador de enfermagem**, para Capella (1996), é um ser humano que tem como atividade básica o exercício da enfermagem e que desenvolve seu trabalho em instituição de saúde. Nesta pesquisa, identifiquei o trabalhador de enfermagem como ser humano cuidador, que constrói seu conhecimento, o seu universo e é detentor do seu

pensamento, fazendo a opção de estar na enfermagem para prestar o cuidado a outras pessoas que necessitam da atenção do serviço de emergência.

O sujeito que recebe o cuidado é um ser humano que por alguma alteração na saúde precisa do conhecimento específico de enfermagem e da tecnologia dos serviços de saúde (CAPELLA, 1996).

Neste estudo, **o sujeito do cuidado** é o usuário que necessita dos cuidados de saúde e de enfermagem realizados no serviço de emergência.

A **instituição hospitalar** é o local onde ocorre o trabalho de saúde, da equipe de enfermagem e onde acontece o processo de trabalho dos diferentes profissionais de saúde, dentre eles o trabalhador de enfermagem (CAPELLA, 1996). O serviço de emergência adulto constitui-se como uma unidade da instituição hospitalar, o local para o desenvolvimento do estudo.

Para Capella (1996), **o processo de trabalho de enfermagem** está interligado ao processo de trabalho em saúde. Periodicamente, a forma de compreender, organizar e de desenvolver o trabalho de enfermagem requer ações avaliativas com novas projeções de compreender e desenvolver o trabalho em busca de estratégias para realizar o cuidado seguro e alcançar o reconhecimento e a universalidade da profissão.

A **organização do trabalho da enfermagem** é um processo coletivo de trabalho, através do qual os trabalhadores de enfermagem estabelecem relações com outros trabalhadores e com os usuários. Abrange também o gerenciamento das facilidades e fragilidades colocadas pela estrutura institucional, as relações hierárquicas, a utilização do conhecimento científico e a incorporação de tecnologias, além das condições e da divisão de trabalho de enfermagem, gerenciando as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde (MATOS; PIRES, 2002).

O trabalho realizado pela equipe de enfermagem nos serviços de emergência hospitalar exige conhecimento sobre saúde e fisiopatologias, além do domínio sobre as necessidades envolvidas no cotidiano assistencial. Esse domínio engloba exigências como: o pensar rápido, a agilidade, a competência e a capacidade de resolubilidade dos problemas emergentes. Trata-se de um ambiente de trabalho onde o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige, muitas vezes, que o profissional faça tudo com rapidez para afastá-lo do risco de morte iminente (ALMEIDA; PIRES, 2007).

O conceito de emergência, por mais amplo e diversificado que

seja, implica sempre uma situação crítica em que o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático por enfrentar obstáculos que se antepõem a seus objetivos de vida. Uma situação de emergência também pode ser descrita como aquelas em que alterações no organismo humano resultam em transtorno na saúde ou em súbita ameaça à vida, exigindo medidas terapêuticas imediatas e, muitas vezes, gerando inquietudes entre os trabalhadores (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Neste estudo, a equipe de enfermagem em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde possuem como prática o cuidar do ser humano que busca o serviço ou é trazido para atendimento no serviço de emergência.

3.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Na sociedade brasileira, em 1953, com o crescimento das ações de saúde pública, foi criado o Ministério da Saúde e, progressivamente, aconteceu a atenção à saúde previdenciária, o que determinou a conformação do modelo médico-assistencial privatista. Com o Golpe Militar, o caráter assistencialista da previdência assumiu caráter ainda mais forte, e a centralização administrativa se consolidou em 1966, com a constituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O governo passou a investir nas políticas sociais, como forma de conter insatisfações, para os profissionais formalmente inseridos no mercado de trabalho e com carteira profissional assinada. Foi, então, lançada uma diretriz de governo na área da atenção à saúde contendo proposta de ampliação da abrangência das políticas sociais e aumento da cobertura assistencial, com o financiamento da construção e dos equipamentos de hospitais privados para oferecer atendimento à saúde para a população. Esse período caracterizou-se ainda por amplo desenvolvimento tecnológico e científico, que foram amplamente assimilados pela rede assistencial estruturada e que acabaram constituindo grande mercado consumidor (BRASIL, 2002; 2009).

A partir de 1974, com o término do período designado de milagre econômico, aconteceram o abandono das ações de saúde pública, os gastos incontroláveis da previdência e o déficit na qualidade da atenção, que fizeram surgir movimentos sociais no sentido de transformar o modelo de saúde existente. Esses movimentos foram se consolidando e somando forças nos processos de reabertura democrática e da reforma sanitária. A partir de 1978, com a Conferência Mundial de Saúde de

Alma-Ata, emergiu a sugestão internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde (BRASIL, 2002).

Nessa conjuntura da sociedade, as escolhas foram prioritárias para o fortalecimento das políticas públicas e para a construção das bases de um estado voltado ao bem-estar social. A construção de um projeto de reforma sanitária foi uma das lutas de oposição à ditadura e ao modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social, tendo como meta a construção de um estado democrático social (FLEURY, 2009).

Em 1988, como resultado das lutas políticas empreendidas pela sociedade e em especial por setores progressistas, incluindo um grupo de profissionais de saúde que defendiam a Reforma Sanitária e a construção de um sistema de saúde no país, foi aprovada pela Constituição Federal do Brasil a criação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde n°. 8080/90 e n°. 8142/90 (BRASIL, 2002).

A criação do SUS e a legislação que o regulamenta surgiram para atender uma aspiração e as necessidades sociais, na perspectiva de alterar a situação de desigualdade no acesso e na assistência à saúde da população. Tornaram obrigatório o atendimento público nos serviços de saúde a qualquer cidadão e proibiram cobrança pelos serviços prestados pelos órgãos públicos e contratados pelo SUS, considerando a saúde como um direito social (BRASIL, 2002; 2004; 2006).

No SUS o serviço de emergência passa a ser considerado fundamental, e uma das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Humanização (PNH) possui foco na urgência, emergência e na assistência pré-hospitalar. Em 1998, foi publicada a Portaria GM/MS 2923, que determinou investimentos nas áreas de assistência pré-hospitalar, hospitalar, centrais de regulação de urgências e capacitação de pessoal.

No IV Congresso Internacional da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, realizado em Goiânia no ano de 2000, ocorreu a aproximação dos gestores que estavam na vanguarda da discussão com o Ministério da Saúde, o que resultou num processo de avaliação do impacto dos investimentos. Com isso, concluiu-se que os recursos foram, na maioria das vezes, destinados à aquisição de equipamentos, e poucos recursos foram direcionados para a qualificação dos profissionais do sistema. No período de 2000 até meados de 2002 aconteceu a revisão das Portarias e Diretrizes para unidades pré-hospitalares e hospitalares de emergência, compondo a Portaria GM/MS 2048 com o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e

Emergência, de novembro de 2002 (BRASIL, 2004; 2006).

Na sequência de propostas, foi criado, em 2003, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com finalidade de proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento do SUS. A equipe de trabalho, com atuação de 24 horas, vem com o objetivo de reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e também as sequelas ocasionadas pela ausência de cuidado precoce. Esse serviço teve início em Santa Catarina, no ano de 2006, através de parceria entre o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal, seguindo a lógica de uma rede regionalizada e regulada, na perspectiva de melhorar a execução dos serviços de emergência em saúde (BRASIL, 2006).

Para Minayo e Deslandes (2008), a implantação do SAMU foi um avanço para o setor de saúde e para a sociedade, oficializando e padronizando ações fundamentais para salvar vidas. Esse serviço necessita, ainda, da implantação de algumas portarias relacionadas à pessoal e equipamentos, além de utilizar as informações geradas para melhorar o planejamento das ações em saúde.

Com o advento do SAMU, foi possível observar o agravamento das situações de saúde dos casos trazidos para os serviços de emergência e, como consequência, o aumento da complexidade do cuidado de enfermagem prestado ao usuário. O usuário chega necessitando quase sempre de um cuidado ágil, rápido, seguro e com intervenções imediatas e precisas, trabalho disponibilizado pela equipe de saúde e enfermagem com a atividade específica voltada para manter a vida.

Desse modo, a complexidade dos cuidados de enfermagem tem aumentado nas instituições hospitalares, porém a força de trabalho da área não tem sido tema de estudos, no sentido de prover o adequado dimensionamento de pessoal para realizar o cuidado seguro no serviço de emergência.

No âmbito da sociedade, é visível o descontentamento da população em relação à atenção prestada pelos serviços de saúde, em especial pelos serviços de urgência e emergência. Essa situação tem levado os órgãos governamentais responsáveis pela atenção à saúde a buscarem alternativas que minimizem o problema, no sentido de garantir o acesso da população aos serviços, quando deles necessitarem.

Diante desse quadro, foi aprovada, em 16 de julho de 2009, a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em Santa Catarina, com a Deliberação 062/CIB/09 pela Comissão Intergestores Bipartite, considerando a Política Nacional de Humanização (PNH) e as diretrizes relacionadas aos serviços de emergência, o Pacto pela Saúde,

pela Vida e em Defesa do SUS. As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de emergência hospitalares. Em conjunto, esses serviços compõem uma Rede Organizada de Atenção às Urgências e Emergências, sendo uma das alternativas propostas pela PNH. Com atendimento ininterrupto, as equipes de trabalho têm como meta garantir agilidade e eficiência na assistência e no acesso à saúde para os usuários (BRASIL, 2006; 2009).

O SUS é uma política pública e integra o conjunto de políticas sociais que enfrentam desafios na sua implementação, conforme Oliveira, Mattos e Souza (2009). Mesmo com a ênfase dada na territorialização e no processo de reorientação do modelo assistencial e com a definição de ser a atenção básica o acesso para o sistema, os usuários têm demonstrando a preferência pelos serviços de emergência quando buscam assistência à saúde. No entanto, os usuários fazem referência à organização dos serviços básicos de saúde como uma barreira para o acesso ao cuidado de maior complexidade e a limites com recursos humanos e materiais, sendo que as ações de saúde disponíveis nos serviços de emergência dos hospitais proporcionam maior resolubilidade.

Para Souza (2009), o setor de emergência vem sendo utilizado de maneira inapropriada, gerando acréscimo de atividades para as equipes de trabalho e para as instituições. A busca do usuário pelo serviço de emergência acontece, muitas vezes, pela confiança nos profissionais e na instituição, preocupação com a saúde, presença de tecnologia e busca pelo acesso aos recursos disponibilizados pelo sistema único de saúde.

A procura dos usuários pelos serviços disponíveis no SUS é de 90% da população, que apresenta queixas acerca de problemas no sistema, como as filas nas emergências dos hospitais, o tempo de espera para a realização de exames e cirurgias e a baixa resolubilidade das unidades de saúde. Esses dados alavancaram a criação do QualiSUS, programa governamental que apresenta um conjunto de mudanças visando proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência do usuário no hospital. Com essa filosofia o QualiSUS visa contribuir para salvar um maior número de vidas com a redução dos danos à saúde, além de assegurar a satisfação por parte da população com o atendimento recebido nos hospitais da rede pública (BRASIL, 2004; 2009).

Com a implementação do QualiSUS, o Ministério da Saúde deseja fomentar novas áreas e ações nos hospitais, entre as quais o

acolhimento com classificação de risco dos usuários que procuram os serviços de emergência (onde o atendimento é priorizado pela gravidade do caso), a criação de sistemas de sinalização que garantam fluidez no atendimento e autonomia ao usuário, a reorganização do funcionamento dos hospitais e a informatização da área assistencial (BRASIL, 2004; 2009).

Como se percebe, o serviço de saúde em emergência vem sendo discutido e está contemplado no sistema de saúde vigente seguindo seus princípios organizacionais e doutrinários. As ações previstas no QualiSUS ainda são metas para superar a fragmentação das ações e dos serviços e para qualificar o cuidado em saúde. Com isso, foi apresentado, em 2009, o Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUSRede), uma proposta de intervenção para apoiar a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil (Brasil, 2009).

Como podemos verificar no exposto acima, os serviços de emergência integram um importante componente no atendimento às necessidades de assistência à saúde, e esse serviço vem sendo objeto de iniciativas dos gestores com o intuito de melhorar as condições de atendimento aos usuários com agravos de saúde que necessitam de auxílio imediato, bem como aos trabalhadores que integram o sistema.

A organização dos serviços de emergência para o atendimento em conformidade às diretrizes do SUS é inadiável; a integração entre as equipes de trabalho das redes básicas e intermediárias, do atendimento pré-hospitalar, dos serviços hospitalares, dos gestores e a participação da sociedade são fundamentais para melhorar a eficiência e a qualidade do atendimento ao usuário bem como a forma de organizar as ações de trabalho.

A sociedade aspira por mudanças e principalmente pelas que, no setor de saúde, interferem na qualidade de vida. Nesse sentido, as instituições hospitalares e os serviços de emergência precisam estar preparados para atender os usuários que os procuram ou são encaminhados para receber cuidados de saúde, principalmente no que se refere à equipe de trabalho de enfermagem que tem necessidade de ser capacitada no ponto de vista técnico, com quantidade e qualidade para a demanda a ser atendida, o que nos remete ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, objeto deste estudo.

3.4 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

O dimensionamento de pessoal em hospitais e nos serviços de emergência é uma ferramenta, utilizada pelos Enfermeiros, que possibilita o gerenciamento e planejamento das ações fundamentais em saúde e enfermagem para a organização do processo de trabalho (MAGALHÃES, RIBOLDI, DALL'AGNOL, 2009).

Um conceito de dimensionamento de pessoal de enfermagem muito utilizado no ensino acadêmico e na prática assistencial é o de Kurcgant *et al.* (1991), que afirma que o dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como sendo a primeira etapa do processo de provimento de pessoal e tem objetivo de prever a quantidade de pessoas necessárias por categoria funcional para atender necessidades de assistência de enfermagem.

Para Gaidzinski (1998), dimensionamento de pessoal é um processo sistemático que define o número de pessoal e a categoria funcional necessários para realizar os cuidados de enfermagem com qualidade, definida anteriormente, a um grupo de usuários em conformidade com a filosofia institucional e com a especificidade de cada serviço.

Ao realizar os cuidados de enfermagem para os soldados feridos na Guerra da Crimeia, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, a Enfermeira Florence Nightingale organizou o trabalho utilizando um método intuitivo de dimensionamento de pessoal, e com essa atitude diminuiu a mortalidade dos feridos (GAIDZINSKI, 1998; MATOS, 2002).

O processo de gerenciamento de pessoal teve início oficialmente no Brasil em 1930, com a regulamentação das horas diárias de trabalho. Com a aprovação da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) em 1945, essa regulamentação passou a abranger todos os trabalhadores brasileiros, incluindo a enfermagem. Voltado para o trabalho de enfermagem, o primeiro estudo acerca do dimensionamento de pessoal foi desenvolvido em 1950, quando o Serviço Especial de Saúde Pública construiu parâmetros para o dimensionamento para unidades de internação, utilizando como base um Manual da Associação Americana de Hospitais. O estudo deixava claro que as horas estipuladas eram para servir de base para a determinação de horas de enfermagem em um serviço, sendo necessário ajuste com a observação das condições dos usuários (GAIDZINSKI, 1998).

O estudo realizado pelo Serviço Especial de Saúde Pública para

determinar o quantitativo de Enfermeiros utilizava a multiplicação da média diária de doentes, horas médias de serviço por doente e dias da semana dividida pela escala de horas semanais dos Enfermeiros. Essa fórmula pode ter influenciado produções acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem, como estudos de Valle (1957), Carneiro (1958), Atála (1978) e Gonçalves (1987), autores que acrescentaram ao método proposto o índice de 20% para suprir ausências previstas por folga, férias e licenças (GAIDZINSKI, 1998).

Na sequência da organização do trabalho em enfermagem, a ABEN publica, na década de 80, estudo referente a recursos e necessidades de enfermagem no Brasil, no período de 1956 e 1957. Esse estudo determinou parâmetros para definir o pessoal de enfermagem por leito hospitalar, preconizando, para um hospital geral com 100 leitos, a relação de uma pessoa de enfermagem por leito e de um Enfermeiro a cada 16 leitos. Esse parâmetro só incluía a cobertura para folgas. Os autores observam que esse critério necessita a avaliação de cada situação para ser utilizado em outros hospitais, acrescentando ao número de leitos a média de ocupação, a assistência médica, a frequência de casos atendidos, a planta física e a observação das atividades da equipe de enfermagem (ABEN, 1980 apud GAIDZINSKI, 1998).

No processo de aprimoramento do dimensionamento de pessoal de enfermagem há recomendações da utilização do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), classificando o usuário pelos cuidados de enfermagem, gerando grupos com cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos para realizar o cálculo de pessoal, com argumentação de que o sistema permite planejar ações mais adequadas para suprir as necessidades dos usuários, organizando o trabalho com maior eficiência e interferindo até mesmo no tempo de hospitalização, reduzindo a permanência do usuário sob os cuidados da instituição (GONÇALVES, 2007).

Com a utilização do sistema de classificação de paciente e com o agrupamento dos pacientes por cuidados progressivos, Alcalá *et al.* (apud FARIAS, 2003), em 1982, realizam o dimensionamento de pessoal para a equipe de enfermagem que prestava cuidados a usuários adulto e infantil em um hospital.

Essas são algumas produções que deram início à cientificidade do processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, sendo que os estudos tiveram sequência com os métodos construídos e aprimorados, seja por acréscimo de dados, por agrupamento de métodos, sempre buscando e construindo conhecimento, como visto na revisão de literatura deste estudo.

Para a organização do processo de trabalho de enfermagem, faz-se necessária uma legislação para nortear ações, considerando a assistência de enfermagem ao usuário um direito e também assegurando direitos e deveres dos profissionais e da instituição. Nesse sentido, em 1996, para respaldar o trabalho de enfermagem o COFEN emitiu a Resolução 189/1996 estabelecendo parâmetros mínimos para dimensionar o quadro de trabalhadores nas instituições de saúde.

Com a incorporação de tecnologia no mundo do trabalho e mudanças na sociedade, a legislação de 1996 apresentava-se deficitária para respaldar a profissão, sendo, então, publicada pelo COFEN a Resolução nº. 293/2004, estabelecendo novos parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde, representando normas técnicas mínimas e estabelecendo referências para orientação dos gerentes das instituições de saúde para o planejamento e priorização das ações de saúde.

A Resolução COFEN nº. 293/2004 enfatiza que os parâmetros podem sofrer adequações regionais ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras, sendo base para o dimensionamento de pessoal de enfermagem características relativas:

- da instituição: a missão; o porte, a estrutura organizacional e física; a tecnologia e a complexidade dos serviços; a política de pessoal e de recursos materiais; a política financeira; as atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde;
- do serviço de Enfermagem:
 - Fundamentação legal do exercício profissional, Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87;
 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
 - Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs, como por exemplo:
 - RESOLUÇÃO COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
 - DECISÃO COREN/SC-003/2006, que define a carga horária e as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.
- dos aspectos técnico-administrativos: na dinâmica de funcionamento das unidades em seus diversos turnos, no modelo gerencial e assistencial, no método de trabalho, na jornada de trabalho, na carga horária semanal, nos padrões de

desempenho dos profissionais, no índice de segurança técnica, na taxa de absenteísmo e ausência de benefícios da unidade assistencial, na proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio e em indicadores de avaliação da qualidade da assistência;

- da clientela: utilizando o SCP, a realidade sócio-cultural e econômica.

Para calcular o dimensionamento de pessoal, a Resolução COFEN nº. 293/2004 indica considerar o número de horas de enfermagem, por leito e por usuário, nas 24 horas:

3,8 horas de enfermagem na assistência mínima ou autocuidado;

5,6 horas de enfermagem na assistência intermediária;

9,4 horas de enfermagem na assistência semi-intensiva;

17,9 horas de enfermagem na assistência intensiva.

Recomenda, ainda, acrescentar ao quadro final um índice de segurança técnico (IST) de pelo menos 15% do total.

O índice de segurança técnico é composto pela taxa de ausências por benefício, que corresponde às ausências planejadas, como férias, licenças entre outras, e a taxa por absenteísmo, que representa as ausências não previstas, como as faltas por diversos motivos.

A Resolução também indica alguns aspectos a serem considerados, os quais são descritos a seguir.

Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia, a unidade de medida será o sítio funcional, com um significado tridimensional: atividade, local ou área operacional e período de tempo.

O usuário especial ou da área psiquiátrica, com sintomas associados à patologia clínica ou cirúrgica, deve ser classificado um nível acima no sistema de classificação de paciente, iniciando-se com cuidados intermediários.

O usuário com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializa.

Para o usuário com patologia crônica e 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.

Para unidades de internação com o quantitativo de profissionais de enfermagem composto por 60% ou mais de trabalhadores com idade superior a cinquenta anos, deve ser acrescido de 10% ao IST.

A referida Resolução define como incumbência do Enfermeiro no processo de dimensionamento de pessoal:

- Subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades assistenciais, com registro diário:
 - das ausências ao serviço de profissionais de enfermagem;
 - da presença de crianças menores de seis anos e de clientes crônicos com mais de sessenta anos, sem acompanhantes;
 - da utilização do SPC para classificar os usuários.
- Ter autonomia para dimensionar e gerir o pessoal quantiquantitativo dos profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais;
- Dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação de programas de educação continuada;
- Gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem, como o responsável técnico, com:
 - base na infraestrutura institucional;
 - base em dados nacionais e internacionais obtidos por "benchmarking";
 - os índices máximo e mínimo de performance disponíveis em domínio público (COFENb, 2009; COREN-SC, 2010).

A Resolução COFEN nº. 293/2004 contempla fatores qualitativos que podem alterar as bases de cálculo de pessoal, tais como: a idade dos trabalhadores, a idade dos usuários, usuários com doenças crônicas, a presença de acompanhante hospitalar, cuidados com usuário especial ou psiquiátrico aos cuidados da clínica médica ou cirúrgica. Altera também o número de horas dispensadas para realizar o cuidado, conforme a complexidade do cuidado e o grau de dependência do usuário, sendo esse aumento mais significativo no número de horas de trabalho quando se trata de usuários em cuidado intensivo, passando de 15,4% em 1996 para 17,9% em 2004. Houve a inclusão de novos parâmetros para planejar as ações assistências de enfermagem, e a prática assistencial não tem incorporado mudanças significativas no dimensionamento de pessoal de enfermagem (GONÇALVES, 2007; COFEN, 2009b).

A Resolução COFEN nº. 293/2004, em seu Anexo II, faz referência a unidades assistenciais especiais às quais se aplica fórmula relacionada ao Sítio Funcional, que é uma unidade de medida que tem significado tridimensional para o trabalho de enfermagem. Essa medida considera as atividades desenvolvidas, a área operacional ou o local da atividade e o período de trabalho obtido na distribuição no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão). Define área operacional

ou local da atividade, que abrange sala de exames, de cirurgias, de hemodiálise, de parto, de ultrassom, de eletrocardiograma entre outros locais de exames e procedimentos.

Transportando as regulamentações da resolução COFEN nº. 293/2004 para o serviço de emergência adulto, local deste estudo, identificamos a presença de unidades de internação e sítios funcionais, sendo responsabilidade do Enfermeiro prever o qualiquantitativo de pessoal necessário para realizar uma adequada assistência e o gerenciamento do processo de trabalho.

No cenário brasileiro, encontramos estudos acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem na especificidade do trabalho realizado nos serviços de emergência adulto, em base de dados no período de 1980 até 2009, no quantitativo de cinco produções a partir do ano de 2003, já descritos anteriormente, os quais detalharemos aqui.

Farias (2003), em sua tese, realizou estudo em um pronto-socorro de cardiologia, no estado de São Paulo, com o objetivo de propor parâmetros para dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem. Utilizou parâmetros da carga de trabalho das atividades, do tempo médio da assistência e do levantamento das ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem. Utilizou também a classificação do grau de complexidade dos usuários a partir de um modelo proposto por Perroca e Gaidzinski (1998) e Perroca (2000). Para o quantitativo de pessoal utilizou o modelo proposto por Gaidzinski (1998). A autora analisou o quadro de pessoal de enfermagem resultante da aplicação do estudo com o quantitativo existente na seção de pronto-socorro. O dimensionamento de pessoal de enfermagem proposto resultante do modelo sugerido pela autora apresentou defasagem da equipe de enfermagem em 68,19% de Enfermeiros e em 42,38% de Auxiliares de Enfermagem com relação ao modelo existente na instituição.

O estudo de Montezeli e Lopes (2006) objetivou traçar o perfil da clientela segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem para implementar um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência no estado do Paraná. Os autores realizaram a primeira etapa do dimensionamento de pessoal de enfermagem fundamentando no trabalho de Kurcgant, Cunha e Gaidzinski (1989), que compreende a caracterização da clientela. Para a classificação dos usuários do pronto-socorro foi realizada uma adaptação do sistema classificatório proposto e validado por Martins e Haddad (2000), de modo a suprir as necessidades dos usuários do serviço. Houve a predominância de usuários grau III e IV internados e de grau I e II sendo atendidos na sala de emergência, explicando-se o

fato de que, uma vez havendo grande número de usuários graves estagnados, há poucas condições de outros atendimentos complexos, comprovando a descaracterização do serviço e o desvio das funções emergenciais da equipe de enfermagem. Os autores concluíram também, após a aplicação de um instrumento, que é necessária a readequação do número de trabalhadores, tendo por base a complexidade dos usuários, propondo uma nova dinâmica para a organização do trabalho da unidade emergencial.

Scapim, Tiveron e Marvulo (2007) realizaram estudo em São Paulo em um serviço de urgência e emergência analisando o quadro de pessoal de enfermagem frente à demanda atendida. Para a caracterização dos usuários, os autores aplicaram um instrumento de classificação proposto por Fugulin (1997). Para o cálculo de pessoal utilizaram a fórmula proposta por Gaidzinski (1991), e para as horas de enfermagem por tipo de cuidado tomaram por base os parâmetros determinados pela Resolução COFEN nº. 293/2004. Encontraram déficit de funcionários de 2,64 % em relação ao prescrito, e a distribuição dos trabalhadores não é diferenciada para os períodos de trabalho com maior demanda. Além disso, a unidade apresenta grande número de usuários em observação e que não são computados no censo, mas requerem atuação da enfermagem, e há oscilação do número de usuários, o que constitui um fator complicador na adequação numérica do pessoal de enfermagem.

Ohara (2009), em sua dissertação realizada no estado de São Paulo, caracterizou o perfil assistencial dos usuários adultos durante a internação no pronto-socorro, sendo este um dos subsídios para o dimensionamento do pessoal de enfermagem. Para traçar o perfil assistencial, o autor utilizou um instrumento baseado em Fugulin (2002), e refere que instrumentos de classificação de pacientes podem ser utilizados pela enfermagem em qualquer unidade assistencial por estabelecerem características da população assistida de acordo com a necessidade de cuidados requerida, sendo indispensáveis para a determinação das necessidades de pessoal e para sua alocação quantitativa e qualitativa. O autor ainda ressalta a importância de determinar o adequado dimensionamento de pessoal para prestar assistência com qualidade satisfatória, pois a falta de profissionais de enfermagem e a sobrecarga de trabalho aumentam o risco de ocorrência de falhas com prejuízo da qualidade da assistência realizada. O pesquisador constatou a presença de muitos pacientes da psiquiatria no pronto-socorro à espera de vagas para internação na unidade especializada, requerendo da equipe de enfermagem uma assistência diferenciada para a manutenção da integridade física desses pacientes.

Verificou por meio do número médio mensal de atendimentos realizados que a maioria dos usuários do pronto-socorro não necessitava de internação, mas foram atraídos para esse serviço em busca de consultas de rotina, acabando por sobrecarregar a equipe multiprofissional. Foi observado também que a unidade apresentou uma taxa de ocupação média acima da previsão dos leitos oficiais disponíveis, tornando a planta física inadequada para pacientes e profissionais devido às internações em macas pelos corredores, refletindo a falta de um serviço de regulação do sistema de saúde.

Garcia (2009), em sua dissertação, também realizada no estado de São Paulo, teve o objetivo de identificar e analisar a distribuição do tempo de trabalho das Enfermeiras em uma unidade de emergência, bem como calcular o tempo médio despendido por estas profissionais na execução de intervenções ou atividades de enfermagem. Pela observação e amostra do trabalho, o autor obteve 1512 amostras de atividades realizadas pelas Enfermeiras. Verificou que as intervenções ou atividades de enfermagem que mais utilizaram o tempo de trabalho foram: passagem de plantão (8,79%), cuidado na admissão (7,40%), documentação (6,74%), troca de informações sobre cuidados de saúde (5,42%), delegação (4,36%), transporte (3,44%), supervisão de funcionários (2,91%) e plano de alta e administração de medicamentos Endovenosos (2,12%). Observou que 35% do tempo das Enfermeiras foram dedicados às intervenções de cuidado indireto, 35% às intervenções de cuidado direto de enfermagem, 18% às atividades de tempo pessoal e 12% às atividades associadas. A produtividade média dessas profissionais correspondeu a 82%, número considerado excelente, conforme os critérios de avaliação da produtividade propostos na literatura. A análise comparativa dos tempos identificados com os tempos estimados pela *Nursing Intervention Classification* (NIC) permitiu verificar que 54,4% apresentaram correspondência com os intervalos de tempo estimados. O autor evidencia perspectivas para a realização de novas investigações que contribuam para a identificação de parâmetros que subsidiem o processo de dimensionar pessoal de enfermagem nos serviços de urgência e emergência.

Compreendemos que desafios são apresentados para enfermagem no campo do conhecimento e no campo do fazer, e está colocada a necessidade da produção do conhecimento acerca de dimensionamento de pessoal em hospitais e serviços de emergência, razão deste estudo.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O caminho metodológico é uma apresentação didática do que foi realizado na pesquisa, sendo um processo contínuo e simultâneo, com ações articuladas e complementares que visam à apreensão da realidade, como ela se manifesta, levando à reflexão e tendo o suporte do referencial teórico (CARRARO, 1998).

4.1 TIPO DE ESTUDO

A proposta de estudo está ancorada em uma abordagem metodológica qualitativa e com delineamento exploratório-descritivo. Essa abordagem busca o caminho para analisar o sujeito e o objeto, os atores sociais e os investigadores, fatos e significados, entre as estruturas e suas representações. Preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada e deseja conhecer o significado da ação humana que constrói sua história (MINAYO; SANCHES, 1993; MINAYO, 2008).

Segundo Gil (2009), uma pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Realizada na forma de levantamentos ou observações sistemáticas, descrevendo com exatidão os fatos ou fenômenos de determinada realidade, a pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever as características de determinada população ou fenômeno incluindo o levantamento de opiniões, atitudes e crenças.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Universitário é um hospital geral, vinculado ao Serviço Público Federal, que presta assistência à saúde da população, exclusivamente através do Sistema Único de Saúde. Inaugurado em 1980, caracteriza-se como órgão suplementar da Universidade, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Desempenha papel ligado à formação de recursos humanos na área da saúde, com campo de estágio para cursos de enfermagem, farmácia, medicina, serviço social, psicologia. Possui cerca de 280 leitos nas áreas

de Clínica Médica, Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Conta ainda um Serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatório especializado, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização.

A Diretoria de Enfermagem (DE) do HU-UFSC tem finalidade diretiva e organizativa, visando gerir assistência de enfermagem de excelência, produzir conhecimento, formar e educar permanentemente as pessoas, utilizando os princípios científicos, humanísticos, éticos, valorizando o ser humano em sua multidimensionalidade, otimizando as relações interpessoais, bem como contemplando os princípios e a organização do Sistema Único de Saúde (GELBCKE *et al.*, 2004).

Os trabalhadores de enfermagem estão vinculados à DE, já que desde a implantação do HU-UFSC a DE foi estabelecida em nível de diretoria, juntamente com a Diretoria de Medicina, Administrativa e de Apoio Assistencial. A partir da década de 90, a DE e todas as chefias de divisão e serviço são eleitas por um colégio eleitoral, composto pelos trabalhadores de enfermagem do hospital, professores do Departamento de Enfermagem e pelos alunos de enfermagem (GELBCKE *et al.*, 2004).

O hospital conta com a presença de Enfermeiros em todos os turnos e utiliza como instrumento para a organização do trabalho em todas as unidades de internação o Método de Assistência de Enfermagem (MAE), tendo como base a teoria de Wanda de Aguiar Horta (MATOS, 2002).

A Instituição possui cerca de 1800 trabalhadores. Destes, 151 Enfermeiros e 494 técnicos/auxiliares de enfermagem e alocados no Serviço de Emergência Adulto encontram-se 17 Enfermeiros e 51 técnicos/auxiliares de enfermagem (DAP-HU; DPI-HU, 2010).

O Serviço de Emergência Adulto foi escolhido para realização deste estudo por estar inserido num hospital de ensino e pesquisa, referência de média e alta complexidade para a região. Está localizado no andar térreo, e a equipe de trabalho realiza atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco. Os atendimentos são prioritariamente de clínica médica e em menor proporção os casos de clínica cirúrgica, por não dispor do serviço de neurocirurgia e ortopedia.

Conforme dados estatísticos, o serviço emergência realizou no ano de 2009 o quantitativo de 83 539 atendimentos na emergência, com média mensal de 6962 atendimentos (SPP-HU, 2009).

O espaço físico passou por reforma e ampliação no ano de 2008, disponibilizando 13 leitos para internação, mas apresenta uma média de

25 usuários internados aguardando disponibilização de leitos nas clínicas do hospital ou em outra unidade hospitalar ou, ainda, a estabilização do quadro hemodinâmico. Quando excede a capacidade da unidade, o usuário que necessita de internação fica acomodado em maca no corredor central ou em cadeiras dispostas na sala de medicação. O serviço de emergência conta com uma equipe de atendimento formada por: médicos clínicos e cirúrgicos, Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social, psicóloga, nutricionista, assistente administrativo, seguranças, copeiras, auxiliares de limpeza. Passam por este setor, em caráter de rodízio, os médicos residentes e os residentes integrantes da residência multiprofissional em saúde e enfermagem, psicologia, serviço social e farmácia, bem como acadêmicos de enfermagem, de medicina e alunos de curso técnico de enfermagem (SHIROMA, 2008; SPP-HU, 2009; HU-UFSC, 2010).

De acordo com o Organograma Institucional de Enfermagem HU-UFSC, o setor tem a denominação de Serviço de Enfermagem em Emergência Adulto, e a partir de 2009 o trabalho da equipe de saúde foi organizado nas premissas da Política Nacional de Humanização do SUS, com o Acolhimento, em que o usuário é recebido e é disponibilizado a ele espaço para colocar suas preocupações e angústias, além de receber orientações para garantir atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, se necessário. Concomitantemente, a instituição trabalha com o objetivo de implantar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco permitindo que o critério de priorização da atenção ao usuário seja o agravo à saúde ou por nível de complexidade, não mais a ordem de chegada (BRASIL, 2004).

4.3 COLETA DE DADOS E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A aquisição de dados na pesquisa qualitativa não é limitada e estabelece uma estreita relação entre a coleta e a análise. As informações são interpretadas, podendo levar a nova busca de dados (TRIVIÑOS, 1990).

Minayo (2008) orienta que, em relação à amostragem, na pesquisa qualitativa deve-se privilegiar os sujeitos que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer, considerar na amostra um número suficiente para permitir reincidência das informações, sem desprezar informações ímpares relevantes para o estudo, e escolher o

grupo de informações que contenha a experiência e expressão que se pretende objetivar com o estudo.

A coleta de dados teve início após a apresentação do estudo para equipe de enfermagem, nos diversos turnos de trabalho, seguindo a passagem de plantão. A equipe de enfermagem também foi informada, dessa forma, quando do término da coleta de dados.

A estratégia metodológica da observação direta foi realizada para conhecer o processo de trabalho da equipe de enfermagem nos diversos turnos, observando os trabalhadores, o ambiente, as relações, a divisão do trabalho, o material e equipamentos disponíveis, buscando a compreensão de como os trabalhadores se organizam para dar conta de suas responsabilidades no serviço de emergência adulto. Inicialmente, as observações foram feitas durante duas a três horas, até completar a observação de um turno completo de trabalho de 6 horas, totalizando 100 horas de observação nos diversos turnos de trabalho. As observações foram registradas em formulário criado com base nas observações de Rigotto (1994) (Apêndice A) com notas descritivas de cenários, dos participantes, das atividades, além de notas reflexivas como: considerações pessoais, os problemas e as impressões.

Junto aos Enfermeiros que trabalhavam há pelo menos seis meses no setor, que não estavam em período de férias ou de licença de trabalho e que aceitaram participar do estudo, foi aplicada uma entrevista semiestruturada individual e intencional. Os autores foram escolhidos por conhecerem a realidade do trabalho da equipe de enfermagem e pelo dimensionamento de pessoal ser uma das atividades inerentes ao seu processo de trabalho.

Contemplando os critérios de inclusão acima citados, a entrevista semiestruturada foi realizada com dez Enfermeiros dos diversos turnos de trabalho, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), em data, local e hora pré-agendadas.

Os dados da entrevista foram registrados em formulário específico (Apêndice C) e também gravados para posterior transcrição, sendo devolvida ao entrevistado para ciência após transcrição, antes da análise (CRESWELL, 2007).

A entrevista semiestruturada é uma estratégia de pesquisa que parte de tópicos relacionados ao tema e evolui à medida que o entrevistado e o entrevistador interagem, sendo aprofundada de acordo com a oportunidade e seu direcionamento. O pesquisador poderá utilizar sua habilidade para mediar o roteiro avaliando a necessidade de incluir adaptações ou alterá-lo de acordo com a progressão do diálogo, buscando saber o que acontece e como acontece, a partir da

conversaço, descrições e informaçoẽs que sãõ apreendidas durante o processo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Durante o processo de pesquisa, para melhor aproximaço do processo de trabalho de enfermagem e obtenço de dados de diferentes fontes de informaço, foram acessados dados documentais do serviço e da instituiço, com autorizaço prvia (Apêndice D).

A triangulaço de diferentes fontes de informaço, com base em Creswell (2007), poderã confirmar evidências e justificativas para organizar o processo de trabalho e indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem no serviço de emergêcia adulto.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A observaço do trabalho da equipe de enfermagem, as entrevistas semiestruturadas e os documentos da instituiço foram fundamentais para as reflexões acerca de construço de indicativos para o dimensionamento de pessoal no serviço de emergêcia.

Apõs a coleta e a organizaço dos dados obtidos no serviço de emergêcia, houve a necessidade de avaliaço para que a pesquisa pudesse ser compreendida e concluída. De acordo com Creswell (2007), a análice é um processo de extrair sentido dos dados coletados, implica em refletir, a partir das informaçoẽs, e construir uma análice.

A análice foi organizada em conformidades com Creswell (2007), quanto à organizaço para transcriço das entrevistas, na leitura ampla do material, na digitaço dos dados da observaço. Sendo os dados semelhantes agrupados e classificados com um termo de linguagem sob a luz do processo de trabalho.

Processadas essas fases, foram compostas duas grandes categorias: o processo de trabalho de enfermagem e indicativos para o dimensionamento de pessoal no serviço de emergêcia adulto.

A análice final dos dados acerca do dimensionamento de pessoal nos serviços de urgêcia e emergêcia, apõs a descriço e representaço, envolveu uma interpretaço significativa, sendo os dados comparados com a literatura sobre o dimensionamento de pessoal e sobre a teorizaço do processo de trabalho.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos visam proteger os sujeitos e contribuir com a qualidade da pesquisa científica, atuando como reguladores do comportamento e das ações no âmbito da pesquisa e das práticas sobre a saúde humana, além de integrar a proteção contra a má prática, baseada numa percepção da boa prática e da boa ciência (RAMOS; DO Ó, 2009).

A pesquisa foi fundamentada nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas com seres humanos, na legislação brasileira e na Resolução 196/96 do Conselho do Conselho Nacional de Saúde, que contém as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, tais como os riscos da pesquisa, a vulnerabilidade, as implicações da ética nas pesquisas, passando pelas exigências relacionadas ao consentimento livre esclarecido, as considerações sobre riscos e benefícios, o formato do protocolo de pesquisa, entre outros aspectos éticos que foram adotados nesta pesquisa (BRASIL, 1996; RAMOS; DO Ó, 2009).

Os dados foram coletados após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, está aprovado sob o protocolo número 612/10 (Apêndice E).

A entrada em campo foi realizada após ciência e autorização da instituição de saúde para realizar a pesquisa e liberação para utilizar estratégias investigativas com material de áudio, como as gravações das entrevistas, desde que garantindo aos participantes o sigilo e anonimato bem como os demais preceitos éticos da pesquisa (Apêndice D).

Aos participantes da pesquisa foi garantido o anonimato, não divulgando seu nome ou forma de identificá-los, sendo identificados por nomes de flores.

A entrevista aconteceu somente após os objetivos da pesquisa esclarecidos, com garantia da possibilidade de desistência em qualquer etapa desse processo sem causar danos e com o termo de consentimento livre e esclarecido assinado (Apêndice B). A participação dos sujeitos foi espontânea e sem remuneração.

O pesquisador reconhece que somente o fato de existir a Resolução nº. 196/96 com as diretrizes para a pesquisa com seres humanos, por si, não garante o respeito aos princípios da ética e da bioética. Nesse sentido, procurou-se manter a consciência crítica, a integralidade, o respeito para com as pessoas envolvidas neste estudo.

O estudo foi realizado na instituição em que exerço minhas atividades profissionais desde o ano de 1994 e visa à reflexão crítica acerca do processo de trabalho de enfermagem nos serviços de emergência, propondo indicativos que possam contribuir para repensar o dimensionamento de pessoal nesse serviço. Mesmo sendo conhecedora do contexto, acredito que mudanças e transformações estão embasadas no conhecimento científico, e o local necessita de estudos sobre a organização do processo de trabalho de enfermagem. Nesse sentido foram mantidos esforços para garantir a objetividade, o rigor, a imparcialidade na coleta, a discussão e a análise dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 O PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO

O dimensionamento de pessoal de enfermagem tem influência no processo de trabalho, por isso a necessidade de se pensar em indicativos a partir da organização do trabalho e da realidade de cada serviço. Nas instituições de saúde e nos serviços de emergência, o trabalho é organizado de formas diferentes, o que pode fazer com que determinado quantitativo de pessoal seja adequado para uma instituição e não para outra. Neste sentido, cada serviço é responsável em avaliar o seu processo de trabalho para verificar os indicativos adequados e dar suporte ao dimensionamento de pessoal de enfermagem (COFENb, 2004; GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO 2005).

Partindo do pressuposto de que a organização do processo de trabalho de enfermagem é um ponto de partida para a construção de indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem no serviço de emergência adulto, considerando que é preciso apreender e compreender as articulações da atividade prática para se chegar mais próximo da representação do trabalho para os sujeitos, foi realizada a observação da realidade de trabalho voltada para a equipe de enfermagem, considerando sua organização para prestar o cuidado nos diferentes turnos de trabalho (RIGOTTO, 1994).

Assim, este capítulo será desenvolvido com base em dados obtidos por meio das estratégias metodológicas da observação, da entrevista semiestruturada e dos dados documentais.

5.1.1 A Organização do Trabalho

Para a organização do trabalho em saúde e enfermagem, o SUS fomenta uma política pública de saúde que visa a integralidade, a universalidade e a equidade, além da integração de novas tecnologias, saberes e práticas.

Assim, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, assinala para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas áreas de acesso ao serviço de

saúde, nos serviços de urgência e emergência, para a otimização do trabalho e do atendimento ao usuário. Esta tecnologia permite organizar o trabalho em saúde e enfermagem de forma que a demanda seja acolhida e orientada e que o critério para a priorização da atenção nos serviços de emergência seja o agravo à saúde e o nível de complexidade. Quando o usuário necessitar de outros níveis de assistência, seu acesso deve ser referenciado (BRASIL, 2006b).

Para a implementação dessa nova tecnologia, uma das orientações da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (BRASIL, 2006b) é a adequação da estrutura física e da logística das áreas de atendimento de emergência e pronto atendimento assim definidas:

Área de Emergência: organizada por nível de complexidade e atendendo a demanda segundo sua necessidade, criando condições favoráveis para utilização dos recursos tecnológicos e da força de trabalho. Há sugestão de organização do trabalho por cores na área de emergência como, por exemplo, a Área Vermelha, local equipado e destinado para receber, avaliar e estabilizar as urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, os usuários serão encaminhados para a Área Amarela, destinada à assistência de usuários críticos e semicríticos, já com terapêutica iniciada. E a Área Verde, destinada a cuidados não críticos, usuários em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais.

Área de Pronto Atendimento: Área Azul e destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade, com espaço para o acolhimento e que favoreça a visão dos usuários que aguardam por atendimento.

O Enfermeiro é responsável pelo trabalho da equipe de enfermagem e para organizar este processo no serviço de emergência adulto e realizar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, há o respaldo na Lei do Exercício Profissional nº7498/86, regulamentada pelo Decreto Nº. 94406/87, que incumbe privativamente ao Enfermeiro, dentre outras atividades, a Consulta de Enfermagem e os Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (COREN-SC, 2010a).

Para legitimar este trabalho, o COREN-SC, em parecer técnico, torna público que o Acolhimento com Avaliação e Classificação de

Risco é uma atividade que não fere a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem e se respalda nas considerações referentes à Consulta de Enfermagem, considerando que classificar as prioridades no atendimento de urgência e emergência faz parte da atividade deste profissional de saúde, assim como, que o Enfermeiro não faz triagem e nem diagnóstico que substitua o trabalho médico, mas participa com a equipe de enfermagem e de saúde de uma tecnologia do Ministério da Saúde, fundamentada em padrões internacionais estabelecidos pelo Protocolo de Manchester (COREN-SC, 2009; COREN-SC, 2010b).

Fundamentado nestas colocações, a instituição hospitalar, em conjunto com os trabalhadores do serviço de emergência adulto do HU-UFSC, buscam subsídios para organizar e facilitar o atendimento ao usuário, pautados nas premissas da Política Nacional de Humanização do SUS. Foi realizada a adaptação do protocolo de classificação de risco por nível de gravidade, sugerido pelo Ministério da Saúde, haja vista que a Política Nacional de Humanização (PNH) orienta que cada espaço seja recriado de acordo com as peculiaridades de cada instituição (BRASIL, 2004; 2006b).

Nesta conjuntura, foi criada pela instituição uma orientação para a implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Serviço de Emergência Adulto:

- Área Vermelha: Ressuscitação - atendimento imediato, entrada pela recepção de alto risco, acesso de ambulância.
- Área Amarela: Emergência. Atendimento em 10 min.
- Área Verde: Urgência. Atendimento em 60 min.
- Área Azul: Não Urgente. Atendimento de acordo com ordem de chegada.

Assim, considerando o documento elaborado pela instituição e pelos Enfermeiros do Serviço de Emergência Adulto e com base na deliberação da PNH para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, que preconiza o atendimento para o usuário em 10 minutos, nos casos de emergência, e em 60 minutos, nos casos de urgência. Este é o modo como se pretendia realizar o acolhimento com classificação de risco. No entanto, observei que o contingente da equipe de profissionais de saúde alocada para realizar a atividade preconizada, não está efetivamente organizado para atender a demanda espontânea de usuários.

Esta tentativa de utilizar uma nova tecnologia e a sua importância na organização do trabalho em saúde e enfermagem também pode ser

confirmada nas falas abaixo:

A equipe de enfermagem foi reformulada em função do Acolhimento e Classificação de Risco, este serviço é o suporte essencial para o serviço de emergência. Porém, precisa de suporte médico, a enfermagem está realizando o seu papel, conseguimos nos organizar e disponibilizar um profissional no acolhimento, mas o profissional médico não apareceu, ou se apareceu se diluiu dentro do serviço, a qualidade do trabalho se perde pela falta de continuidade (Tulipa).

O Acolhimento e a Classificação de Risco necessitam de pessoal treinado para realizar o trabalho, não só da enfermagem, mas também da equipe médica, caso contrário o trabalho na porta não flui (Antúrio).

[...] precisa-se do apoio da equipe médica, não adianta acolher e classificar e não dar continuidade[...](Margarida).

A literatura orienta a organização do trabalho em saúde nos serviços de emergência e as leis amparam os profissionais de enfermagem. Os documentos institucionais, a observação e falas dos enfermeiros mostram que a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco vai além dos documentos e da literatura,. É preciso, ainda, estar presente em cada trabalhador a conscientização, o desejo de mudança e da integração de ações para a reorganização do processo de trabalho.

Esta conscientização do trabalhador e sua ação, que impulsiona e controla o processo de trabalho, faz com que apareça um resultado que já existia antes na imaginação do trabalhador (MARX, 1938).

Este fato nos reporta às colocações de Pires (2008), para o qual os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como produto de assistência à saúde e os trabalhos profissionais em saúde, com suas especificidades, são parte de um conjunto que resulta na assistência à seres humanos. Sendo assim, as instituições de saúde pouco refletem sobre o processo de trabalho que as especifica e não têm a prática de participação dos trabalhadores no pensar e organizar o trabalho. Neste sentido, a especialização do conhecimento, ao invés de

aperfeiçoar o avanço, gera fragmentação e alienação, demonstrando a influência da organização capitalista do trabalho e do modelo hegemônico de produção do conhecimento refletindo no trabalho em saúde nos serviços de emergência adulto.

Para o atendimento aos usuários no serviço de emergência, os trabalhadores de saúde dispõem de espaço físico com sistema de ar condicionado central, sistema canalizado de gás oxigênio, ar comprimido e vácuo, torneiras com água quente e fria. Este espaço físico está assim disposto:

Recepção: espaço destinado aos usuários que aguardam atendimento, com cadeiras de cor verde, três banheiros, televisão em cores, bebedouro e ar condicionado. Neste local, o trabalho de enfermagem poderia estar presente, acolhendo e orientando os usuários a realizarem a busca efetiva para a resolução de suas queixas; após esta primeira orientação, o usuário faria a ficha de atendimento e seria encaminhado para a classificação de risco.

Sala de Atendimento Administrativo: local onde acontece a identificação informatizada do usuário para atendimento e internação, se necessário, gerando a impressão da Ficha de Atendimento da Emergência.

Sala de RX: para realizar exames mais simples de RX. Exames mais detalhados são encaminhados ao Serviço de Radiologia da instituição. Esta sala encontrava-se em reforma durante a realização do estudo, o que aumentava o percurso realizado pelos trabalhadores para levarem os usuários ao setor de RX, que está localizado junto ao ambulatório.

Copa: sala utilizada pelos trabalhadores do serviço para o lanche no período de trabalho, com geladeira, forno de microondas, balcão com pia, mesas, cadeira e armários. Esta sala é utilizada pela equipe de saúde do serviço de emergência adulto.

Estar Enfermagem: espaço destinado para o descanso da equipe que desenvolve atividades em regime de trabalho de plantão noturno, com quarto masculino e feminino, ambos com banheiro/chuveiro. No período noturno, após a realização das atividades previstas para as 24h, a equipe se organiza para o horário de descanso em forma de revezamento entre os trabalhadores, contudo, no serviço de emergência, sempre há um Enfermeiro e pelo menos três trabalhadores de nível médio. A equipe está ciente de que se chegar uma emergência, os que estão no horário de descanso serão chamados.

Observa-se um espaço adequado para refeições e descanso dos trabalhadores de enfermagem, satisfazendo, assim, algumas das suas

necessidades básicas e psicossociais, corroborando o estudo de Beck (2001), que salienta a necessidade dos trabalhadores em terem este espaço para aliviar as tensões entre uma atividade e outra. Este espaço é denominado de respiradouros. Para Cruz (2006), estes locais são estratégias importantes para a recuperação dos trabalhadores diante dos desgastes oriundos das cargas de trabalho. Gelbcke (2002) compreende que é possível também, nestes espaços, construir novos laços e relações pautadas na comunicação e no respeito à diversidade.

Sala Administrativa: utilizada pela Chefia de Serviço de Enfermagem da Emergência Adulto e destinada ao gerenciamento do trabalho de enfermagem, com mesa, cadeira, computador e armários para os documentos pertinentes. Nesta sala há um mural onde é disponibilizada a escala mensal de trabalho dos integrantes da equipe de enfermagem.

Área com cobertura translúcida: espaço conector entre a recepção do usuário que procura o serviço de emergência adulto e o local de atendimento. Neste espaço há a presença de vigilantes para controle do acesso de usuários e acompanhantes. Este local também é utilizado para guardar cadeiras de roda, disponíveis para utilização, assim como materiais e equipamentos destinados à manutenção.

Consultórios: há um número de 08 salas equipadas com maca, mesa, computador, cadeiras e pia com torneira. São utilizadas pela equipe de trabalho para atendimento, principalmente, das consultas médicas, sendo um destes espaços destinado ao uso pelo Enfermeiro para realizar o Acolhimento com Classificação de Risco.

Sala do Serviço Social: localizado na recepção e utilizado pela Assistente Social para desenvolver seu trabalho com os usuários do serviço, de 2^a a 6^a feira, no período diurno. Como o trabalho da Assistente Social não se esgota, ao Enfermeiro cabe parte deste trabalho na ausência deste profissional, o que aumenta a demanda de trabalho nas situações do serviço de emergência adulto, já que a instituição não tem um número suficiente de assistentes sociais para cobertura do serviço inclusive aos finais de semana.

Sala de Passagem de Plantão: espaço destinado para troca de turnos de trabalho, principalmente da equipe de enfermagem. Aqui são disponibilizadas cadeiras, murais, TV, balcão com pia. Nesta sala fica a escala de atribuições da enfermagem, a escala dos médicos plantonistas e, também, a maca com pneu pneumático, utilizada para transporte até o helicóptero.

Sala de medicação/inalação: espaço destinado para os usuários receberem o tratamento medicamentoso após consulta médica, quando

estão aguardando a realização ou o resultado de exames, quando em observação da sintomatologia do quadro clínico, e/ou aguardando transferência. Como o trabalho realizado no serviço de emergência é pautado na Política Nacional de Humanização do SUS, apresenta duas salas: uma verde, com seis cadeiras, balcão com pia e um pequeno espaço privativo para procedimentos, e outra amarela, com 10 poltronas, banheiro e chuveiro anexo. A sala verde é mais indicada para os usuários que procuram o serviço de pronto atendimento, os quais têm prescrição de medicação e após previsão de liberação. A sala amarela, por sua vez, é mais indicada para os usuários que estão recebendo tratamento medicamentoso e aguardam por nova avaliação médica ou resultados de exames, entre outras condutas.

Posto de Enfermagem: um pequeno espaço, localizado de forma mais central e semifechada, com balcão aparador, armário e balcão para acondicionar prontuários, medicações dos usuários que estão na sala amarela, área esta denominada pela equipe de enfermagem como “parte da frente” do Serviço de Emergência Interna (SEI), em que há uma espécie de visor, pelo qual a equipe de trabalho pode observar toda a sala. Há também um balcão com pia, bancada para o preparo da terapia medicamentosa, espaço para medicações de uso geral e material em uso, como: seringas, agulhas, equipos, soros, material para nebulização, alguns impressos, local para telefone e realização de prescrição. Este espaço ainda não está equipado com computadores, mas há a previsão da instalação de computadores para que o prontuário eletrônico seja implementado.

Sala de Procedimento: espaço reservado para manter a privacidade do usuário na realização de exames, punções, sondagens, curativos, entre outros procedimentos. Possui maca, balcão com pia e armário com balcão. Por estar localizada em espaço mais centralizado, não possui janelas ou exaustores, o que causa, em alguns momentos, odores no serviço de emergência adulto. Em situação de superlotação, os usuários permanecem neste espaço físico.

Sala Cirúrgica: espaço destinado para suturas, drenagens, curativos, pequenos desbridamentos, entre outros procedimentos. Possui duas macas com iluminação de focos cirúrgicos, balcão e armário com material de curativos, sutura, gaze, chumaço e uma antessala com lavatório.

Sala de Reanimação: espaço destinado para reanimação cardiorrespiratória e estabilização do usuário. Possui dois boxes separados por cortinas, com macas, carro de emergência, monitor cardíaco, desfibrilador, oxímetro de pulso, aparelho de pressão arterial,

bombas de infusão, balcão com pia, microondas, armário com soros, medicações e material de consumo como seringas, agulhas, equipos, sondas, cateter oxigênio, respirador manual, entre outros.

Observa-se um espaço adequado com materiais e equipamentos para prestar os primeiros cuidados a usuários em estado crítico, no entanto, foi identificado que a falta de respirador no serviço de emergência faz com que o trabalhador se desloque à UTI ou ao CC para buscar equipamento, quando há necessidade de entubação de usuário na reanimação. Esta dificuldade no processo de trabalho também pode ser verificada na fala abaixo:

[...] quando se fala em entubação na reanimação, significa ligar para UTI para ir buscar respirador, e lá vai um funcionário [...] (Lírio)

A sala de reanimação, na logística da organização por cores, é considerada vermelha e a sala cirúrgica pode servir a todas as cores. Estas duas salas estão localizadas próximas da área de recepção dos usuários de alto risco e do acesso das ambulâncias ao serviço de emergência adulto, o que favorece o acesso e a agilidade no atendimento ao usuário.

Sala de Equipamentos: é um pequeno espaço no corredor central, sem janela, com prateleiras, uma parte destinada para guardar bombas de infusão e monitores, e outra parte para material permanentemente limpo como bacias, jarros, comadres, papagaios, cuba-rim e, em frente às prateleiras, são colocados os suportes de soros.

Almoxarifado: espaço com armários e prateleiras destinado a armazenar material para consumo: seringas, agulhas, sondas, equipos, luvas, máscaras, algodão, álcool, fios de sutura, lâmina bisturi, enfim, todo material de consumo utilizado para realizar os cuidados necessários ao usuário.

Rouparia: pequeno espaço com prateleira, sem janelas, destinado para acondicionar a roupa limpa. A roupa é trazida ao setor de emergência pelo funcionário da lavanderia no final do turno da tarde e a equipe de enfermagem é responsável pelo acondicionamento, distribuição e solicitação de reposição durante os turnos de trabalho. Foi observado em alguns períodos, principalmente, a falta de toalhas, pijamas e travesseiros, que eram repostos, na maioria das vezes, quando solicitado. A falta de roupas também foi justificada por problemas em maquinários da lavanderia, conforme memorando interno da chefia de serviço.

Expurgo: localizado no final do corredor, parte distal ao acesso das ambulâncias, espaço pequeno e sem janelas, destinado para higienização do material e acondicionamento de produtos para limpeza do ambiente. Por ser o único espaço desse tipo destinado à essa finalidade no serviço de emergência, percebe-se que isso dificulta o trabalho da equipe que está prestando o cuidado no SEI, pelo espaço percorrido. O expurgo apresenta problema na descarga ou em sua vazão e após tentativas de colocá-lo em funcionamento pelo serviço de manutenção, e sem sucesso, acabou sendo inutilizado. Com a impossibilidade de utilização do expurgo para eliminar fluídos corporais e excretas, eles eram desprezados nos vasos dos banheiros do setor, fazendo com que a segurança do usuário ficasse comprometida, justamente, por aumentar o risco de contaminação ou transmissão de patologias.

O espaço físico do expurgo não suporta o acondicionamento dos *hampers*. Assim, os que estão sendo utilizados nos turnos de trabalho ficam próximos ao posto de enfermagem do repouso. No SEI, o *hamper* fica na sala de reanimação, sala cirúrgica e na sala de procedimentos. Os *hampers* são de tecido e é utilizado um saco plástico para seu revestimento interno. Ao final de cada turno, a equipe de enfermagem leva-os até o final do corredor depois do expurgo, quando são retirados da armação do *hamper*, aguardam recolhimento, para, então, serem encaminhados à lavanderia. Esta condição que deixa os *hampers* no corredor pode gerar riscos à saúde, já que a roupa suja ou contaminada pode ser um veículo de disseminação de microrganismos, ponto fundamental para o controle de infecções hospitalares (GOMES, 2008).

Armário para guardar impressos e soluções parenterais: no corredor de acesso ao hospital, próximo ao repouso, existe um armário amplo e arejado. Neste início de corredor, e de fácil acesso, também está localizado um carrinho de reanimação.

O Repouso da Emergência Adulto: Espaço no serviço de emergência destinado aos usuários internados, com doze leitos em duas salas, uma com oito e outra com quatro leitos, separados por cortinas e dispo de três banheiros de uso coletivo. Há outro quarto/leito de isolamento com antessala e banheiro. Estes leitos de internação são destinados para ambos os sexos.

O Posto de Enfermagem neste local é um pequeno espaço destinado para a equipe de trabalho responsável pelos usuários do repouso da emergência (REP). É comum ouvir a expressão “os pacientes de trás” sendo utilizada entre os trabalhadores da equipe de saúde em referência aos usuários que estão internados no repouso. Aqui, há balcão

com pia, bancada e prateleiras destinados para a guarda e preparo da terapia medicamentosa e material de consumo em uso como seringas, agulhas, equipos, soros, material para nebulização, entre outros. Na sala de prescrição, que se localiza logo em frente ao posto de enfermagem, há um balcão e dois computadores, armário para impressos diversos, prontuários, bancada com telefone e frigobar, um para armazenar medicamentos e outro para exames.

No que se refere a materiais de consumo, observa-se que são presentes e com qualidade, no entanto, em mais de um dia, houve falta de material de assistência de enfermagem como seringa de 10 e 20 ml, equipos para fluidoterapia, equipo duas vias, entre outros itens, conforme registro no livro de ocorrência. Também havia medicações que se encontravam em falta na farmácia.

Para a organização dos recursos materiais e sua disponibilização, Honório (2005) aponta a necessidade de uma construção coletiva de uma política de gestão de recursos de materiais assistenciais, em função da diversidade de materiais e de seu custo elevado. Ressalta, ainda, que esta política deve considerar a integração das diversas áreas vinculadas aos recursos materiais, com responsabilidades e atribuições afins, bem como o maior envolvimento da equipe de enfermagem na compreensão de que a política de gestão de recursos materiais não envolve apenas funções administrativas, mas, sim, o compromisso de todos que se utilizam dos recursos materiais.

No ambiente de trabalho, a falta de material de consumo para assistência à saúde pode ser observado com frequência, causando estresse entre a equipe de saúde e levando a descontinuidade da assistência. Na tentativa de minimizar esse problema ocorrem empréstimos de materiais entre as unidades, no entanto, nem sempre é possível, porque a falta de material está relacionada ao *déficit* no estoque do almoxarifado central. As possíveis causas da falta de materiais podem ser de ordem estrutural, organizacional ou individual, e para chegar à causa é necessária uma análise, incluindo uma política institucional relacionada aos materiais, uma vez que é isso se caracteriza fator fundamental para aquisição de materiais na instituição. E, também, por se tratar de um hospital de ensino, é fundamental manter o funcionamento adequado do fluxo dos materiais de consumo para que a falta não comprometa, além da assistência, o ensino-aprendizagem e as pesquisas (LOURENÇO; CASTILHO, 2007).

Quanto aos materiais permanentes, nota-se a falta de manutenção preventiva em macas, suportes de soro, cadeiras e mesas e em equipamentos como esfigmomanômetros, balanças, monitores cardíacos,

bomba de infusão, balanças, oxímetro de pulso, entre outros. Cadeiras aguardam na área translúcida pelo recolhimento para o concerto, já com solicitação realizada pelo enfermeiro. Essa manutenção é realizada pela divisão de manutenção e serviços gerais (DMSG) da instituição e visa a recuperação dos materiais permanentes.

O sistema de informática com *intranet* está em todos os terminais do setor e a *internet* está disponível em 03 terminais, contudo, o sistema tem problemas com sua manutenção e as instalações são adaptadas. Observa-se que, em alguns consultórios, os profissionais de saúde, para aproximarem-se do usuário, precisam passar por cima de fios da rede que ficam mal acomodados pelo chão.

O censo diário dos usuários internados é disponibilizado no sistema de informática. Já para os usuários que estão em avaliação no serviço de emergência adulto, não é possível identificá-los ou localizá-los pelo sistema, o que causa, por vezes, dificuldade em auxiliar familiares/amigos a encontrarem seus interessados no serviço de emergência adulto.

Passei pela experiência de acessar o sistema nos dias da observação e em vários momentos o sistema apresentava lentidão e “travamento”, fechando na hora de visualizar e gerar a impressão. Em uma destas tentativas, por exemplo, somente após 20 minutos consegui imprimir o censo da unidade. O sistema também ficou “travado” por 30 minutos num período vespertino no qual realizava observação do campo, o que gerou atrasos no acesso a exames de usuários e o acúmulo de atividades, ou seja, não houve progresso do trabalho em saúde nesse caso.

Em relação à impressão de toda a documentação de prontuário, referente aos usuários da emergência, o setor ficou sem *tonner* por seis dias (02-07 a 07-07-2010), por estar em falta no almoxarifado.

Como podemos perceber, o serviço de emergência adulto tem experimentado algumas facilidades proporcionadas pela incorporação de tecnologias, tendência essa que tem transformado o perfil dos profissionais da saúde que, cada vez mais, incorporaram este instrumento em seu processo de trabalho. Nota-se, no entanto, que essa inovação trouxe a necessidade de aprimoramento na gestão e manutenção dos serviços de informática, exigindo investimentos em estudos e desenvolvimento de pessoal.

A confiabilidade de equipamentos e sistemas é uma das principais preocupações nas diversas áreas da produção de bens e serviços, a qual focaliza os riscos na segurança operacional e na otimização de recursos de informática. O estabelecimento de uma

estrutura efetiva para a gestão da manutenção representa uma importante contribuição no processo de gerenciamento de tecnologia médico-hospitalar e fornece argumentos para a tomada de decisão acerca dos procedimentos de manutenção mais viáveis com vistas ao estabelecimento e conservação dos níveis mínimos de segurança e confiabilidade (LUCATELLI, 2002).

As questões aqui colocadas, acerca da descrição e avaliação do espaço físico no qual a enfermagem realiza o seu trabalho, não se esgotam e configuram uma reflexão com respeito ao trabalho que vem sendo realizado, na perspectiva de compreender os movimentos e as contradições, as quais são capazes de interferir e transformar a organização do trabalho rumo ao encontro das necessidades do trabalhador, do usuário e da instituição.

5.1.2 O Trabalho de Enfermagem na Emergência

Na estrutura acima descrita, a equipe de enfermagem em conjunto com os integrantes da equipe de saúde, realiza seu trabalho, em turnos, nas 24 horas do dia, com atribuições que estão incorporadas na rotina do setor e definidas em manual disponível para os trabalhadores (Anexo B). São atribuições gerais e específicas para a organização do trabalho dos trabalhadores de enfermagem, de acordo com o nível de formação profissional, uma vez que entre técnicos/auxiliares de enfermagem as atribuições praticamente não se diferenciam, ficando sob a responsabilidade dos mesmos o cuidado aos usuários, como administração da medicação, higiene e conforto, verificação de sinais vitais, entre outros. Ao Enfermeiro, por sua vez, cabe a supervisão e coordenação da assistência, a realização da sistematização da assistência, a realização de procedimentos mais complexos, o planejamento das atividades da unidade e a participação no planejamento das atividades de enfermagem da instituição. Todas essas atividades estão respaldadas na lei do exercício profissional.

O quantitativo de pessoal de enfermagem, disponível para o trabalho no serviço de emergência adulto, e a organização da escala mensal estão disponíveis no mural da sala da chefia de serviço de enfermagem. Nesse mural, por exemplo, havia o quantitativo do mês de julho de 2010, no qual a escala de enfermagem era composta por 71 trabalhadores, distribuídos nas categorias funcionais: 17 Enfermeiros, 03 Enfermeiros Residentes, 41 técnicos de enfermagem e 10 auxiliares de

enfermagem. Dos 71 trabalhadores de enfermagem na escala de serviço, 62 (87.32%) estavam disponíveis para realizar o trabalho de enfermagem no serviço de emergência no início do mês de julho de 2010. Porém, ao final do mês de julho de 2010, observa-se, na escala de trabalho, ausências não previstas de 18 dias para Enfermeiros e 62 dias para técnicos e auxiliares de enfermagem.

Mesmo com as ausências não previstas, a escala diária de trabalho da equipe de enfermagem está organizada com pelo menos 03 Enfermeiros assistenciais, no período matutino e vespertino, mais o Enfermeiro com cargo de chefia de serviço, que intercala suas atividades entre os turnos diurnos, e 02 Enfermeiros assistenciais no período noturno. Com relação aos trabalhadores de nível médio, havia pelo menos 09 técnicos/auxiliares no período diurno e 06 técnicos/auxiliares no período noturno.

A projeção e manutenção da escala de serviço envolvem o trabalho do Enfermeiro. Desse modo, após a reforma da emergência, buscou-se adequar o quantitativo de pessoal por meio de uma ação civil pública, que definiu a contratação de trabalhadores de saúde para algumas áreas do hospital, entre elas, o serviço de emergência. Com a recomposição do quadro de pessoal, há uma diminuição do desgaste dos trabalhadores, aspecto que pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Com este quantitativo de pessoal disponível hoje, a organização do trabalho fica mais fácil e os trabalhadores também não ficam tão sobrecarregados, tendo que realizar muitas horas extras para cobrir as ausências dos demais funcionários. Não demanda de tanto tempo para realizar as coberturas das escalas de trabalho, se consegue remanejar o pessoal para cobrir atestado e licenças (Rosa).

Já se teve um quantitativo de pessoal bem pior, hoje se tem um quantitativo que aumenta as facilidades, mais não é o ideal, porém estamos melhorando (Tulipa).

Nos plantões diurnos de final de semana, o serviço de emergência adulto conta com um quadro de pessoal de enfermagem com 03 Enfermeiros, os quais distribuem o trabalho realizado no acolhimento, no repouso e no serviço de emergência interna e em conjunto com 08 técnicos/auxiliares de enfermagem, assim distribuídos: 03 responsáveis

pelos cuidados de enfermagem aos usuários que estão no repouso e 05 trabalhadores responsáveis pelos cuidados de enfermagem aos usuários que estão no serviço de emergência interna.

Os plantões noturnos acontecem com pelo menos 02 Enfermeiros, um responsável pelo trabalho de enfermagem realizado no repouso e acolhimento e outro pelo trabalho de enfermagem no serviço de emergência interna; 06 técnicos/auxiliares de enfermagem, ou seja, 03 trabalhadores responsáveis pelos cuidados de enfermagem aos usuários que estão no repouso e 03 trabalhadores responsáveis pelos cuidados de enfermagem aos usuários que estão no serviço de emergência interna.

Esta é a perspectiva dos trabalhadores quanto à disponibilização de pessoal para realizar o trabalho de enfermagem no serviço de emergência adulto, contudo, com o atual quantitativo que tem favorecido para melhores condições de trabalho, identifica-se que a equipe de enfermagem se preocupa em manter este quantitativo mínimo. Esta preocupação dos trabalhadores é reforçada com as falas:

Quando alguém da equipe de enfermagem falta e não se consegue a cobertura em tempo hábil, aumenta a carga de trabalho, e isso interfere no cuidado. Às vezes o funcionário avisa que não virá muito próximo da hora em que estaria na escala (Azaléia).

Dificuldade nos plantões noturnos quando não acontecem as coberturas de férias e atestados (Gérbera).

O numero de pessoal da equipe de enfermagem que se tem agora na emergência é bom, tanto para os técnicos e auxiliares de enfermagem e também para os Enfermeiros; assim se consegue realizar um bom trabalho, uma melhor assistência e também mais segura (Azaléia).

Os estudos de Gaidzinki (1998), Magalhães *et al.* (1995), Gaidzinki *et al.* (2005), Gonçalves (2007), Magalhães *et al.* (2009), indicam que a falta de parâmetros assistenciais para o planejamento das ações de enfermagem reflete na dificuldade em dimensionar o quantitativo de pessoal de forma a garantir a qualidade da assistência, um vez que, muitas vezes, o dimensionamento é realizado de forma

empírica e baseado na experiência do Enfermeiro, dificultando, assim, o estabelecimento de parâmetros científicos que alicercem a justificativa dos gestores para reivindicar e manter um determinado número de trabalhadores. Isto pode ser observado pelas falas acima, que indicam que houve um aumento de pessoal, porém, este aumento, em alguns momentos, ainda parece insuficiente para dar conta dos *déficits* diários provocados pelos atestados e faltas não planejadas, o que pode indicar que o índice de segurança técnico adotado na instituição está aquém das necessidades.

A forma de organização interna do setor, que se encontra subdividida em três áreas, já descritas (repouso – REP, emergência interna – SEI e acolhimento – ACCR), também aparece na escala de atribuições diárias dos trabalhadores de enfermagem, com as representações: C, S, S₁, S₂, R₁, R₂, R₃ e R. As respectivas letras C e S correspondem aos trabalhadores destinados a realizar o cuidado de enfermagem aos usuários do SEI. A letra C é equivalente ao trabalhador responsável pela sala cirúrgica; a letra R é correspondente aos trabalhadores destinados a realizarem o cuidado de enfermagem aos usuários que estão no REP. Na escala de atribuições diárias, o Enfermeiro do turno, no início de cada mês, realiza sua projeção da divisão da equipe de enfermagem, ou seja, cada trabalhador busca a sua localização logo após a passagem de plantão entre os turnos. As atividades relacionadas às representações por letras estão descritas nas Atribuições dos Funcionários do Serviço de Emergência Adulto (Anexo B).

Pode-se constatar que a organização do trabalho da equipe de enfermagem é dividida em quatro momentos: o atendimento aos usuários em situação de emergência, em que há o risco de perda de vida, o atendimento aos usuários que permanecem em observação na sala de medicação amarela ou nas macas, o atendimento aos usuários que procuram atendimento, e que são considerados não tão urgentes, e o atendimento dos usuários que permanecem internados na emergência aguardando por uma vaga nas unidades de internação ou transferência para outras instituições hospitalares.

Esta descrição da organização do trabalho no serviço de emergência adulto é compatível com estudos que enfatizam que a organização do trabalho no setor de serviços e no ambiente hospitalar sofre fortes influências do modelo taylorista/fordista, da Administração Clássica e do modelo burocrático. No trabalho de enfermagem, também se observa que há uma fragmentação, não só no que concerne aos locais em que atuam, mas no modo como atendem os usuários, uma vez que essa forma de organização tem se mantido e se reflete no serviço de

emergência adulto. Um dos aspectos relevantes é a ênfase no modo de fazer a divisão do trabalho em tarefas, demonstrando que o trabalho ainda é fragmentado por atividades (MATOS, 2002; MATOS; PIRES, 2006).

Neste sentido, há que se considerar ainda, que as escalas são planejadas pelos Enfermeiros com antecipação, normalmente sem conhecerem a realidade dos usuários, já que são realizadas no início do mês. Outros estudos como o de Collet *et al.* (1994) também apontam para esta tendência na organização do trabalho, em que as escalas elaboradas, habitualmente, no dia anterior ou, em muitos casos, no início de cada semana, o que prejudica sobremaneira a própria divisão do trabalho, que não considera o grau de complexidade do usuário, o que muitas vezes gera sobrecarga de trabalho desnecessária. Com isto, a equipe tem a preocupação de cumprir as tarefas, a assistência direta fica sob os cuidados do técnico/auxiliar, a Enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho, o que reforça a divisão entre trabalho intelectual e manual.

Pode-se afirmar que o Enfermeiro atua em todos os momentos de trabalho no serviço de emergência adulto e configura-se um ponto de referência na coordenação e articulação. Sua atuação é imprescindível, porém, muito frequentemente é interrompida e a ele é solicitado que tome decisões e orientações. Ele ainda é responsável por solicitar serviços de apoio ao serviço de emergência adulto, quando necessário, como o serviço de manutenção, de almoxarifado, de farmácia, de laboratório, entre outros, o que está também documentado em estudos sobre o trabalho do Enfermeiro (RODRIGUES; LIMA 2004; ROSSI; SILVA, 2005; MARQUES; LIMA, 2008).

Uma das atividades realizadas pelo Enfermeiro é a passagem de plantão entre os turnos de trabalho, o qual segue uma rotina. Essa passagem é realizada na sala própria às 07h, às 13h e às 19h, com duração de 15 a 30 minutos. O tempo previsto para esta atividade é de 15 minutos, mas como foi presenciado durante as observações de campo, em 07 passagens de plantão, das 14 observadas, havia trinta ou mais usuários no serviço de emergência adulto, justificando-se, assim, o aumento do tempo previsto para a atividade. Os trabalhadores que estão saindo do turno de trabalho não participam da passagem de plantão. Eles ficam no setor para realizar a assistência de enfermagem.

A passagem de plantão se dá de uma forma breve e inicia-se pelos usuários que estão no SEI. O Enfermeiro informa o nome, como chegou e o motivo pelo qual procurou o serviço de emergência, se está em observação, internado ou aguardando transferência interna, externa

ou reavaliação e conduta da equipe médica. Segue, então, o plantão dos usuários que estão internados no Repouso com a mesma dinâmica. Também são passadas no plantão as intercorrências, os preparos de exames que já estão marcados, as vagas previstas para transferências internas e externas, as altas hospitalares e, assim, iniciam-se os turnos de trabalho no serviço de emergência adulto.

A passagem de plantão é um recurso estratégico, tanto para a organização do cuidado, quanto para o momento de troca de informações, afinal, a equipe de trabalho está reunida e é nesse momento que ela compartilha dados da assistência prestada, atualizando-se sobre o estado de saúde do usuário e sobre o andamento do trabalho para propiciar a continuidade e o alcance de resultados efetivos (SILVA; CAMPOS, 2007; PORTAL; MAGALHÃES, 2008).

Foi observada uma passagem de plantão em que estavam presentes 26 pessoas entre trabalhadores de enfermagem, alunos de graduação de enfermagem da 3ª e da 8ª fase, residentes da equipe multiprofissional e a assistente social. A sala estava lotada e os trabalhadores que chegavam, tentaram assistir à passagem de plantão, mas nem todos conseguiram.

Esta dificuldade na estrutura do espaço físico para acomodar todos de forma adequada para passagem de plantão implica, certamente, em dispersão, uma vez que o movimento constante interfere na concentração dos trabalhadores, o que pode levá-los à perda de informações fundamentais para a continuidade do trabalho de enfermagem.

A presença de alunos faz com que a instituição tenha características especiais, ou seja, os procedimentos tendem a ter um tempo mais longo para sua realização, além do diferencial na organização do material e equipamentos, considerando que os acadêmicos não têm a habilidade para a realização dos procedimentos técnicos que os trabalhadores têm. Os Enfermeiros da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, da área de Atenção em Urgência e Emergência, ficam sob a supervisão dos Enfermeiros do serviço de emergência adulto, o que demanda tempo de trabalho na orientação, apesar da contribuição destes no trabalho desenvolvido pela equipe de Enfermeiros.

Assim, a presença de alunos, geralmente concentrada no período matutino, mais a presença dos integrantes da equipe de saúde, dos usuários em macas no corredor e a presença do acompanhante, que é uma política institucional, representa um aumento do fluxo de pessoal, o que interfere no desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde e na

recuperação da saúde dos usuários.

Ao realizar o trabalho, o Enfermeiro responsável pelo REP, na maioria das vezes, inicia suas atividades com a leitura do livro de ocorrências, que é destinado a anotações pertinentes sobre exames, altas, transferências, registros de boletim de ocorrências de fugas. Depois, verifica a atualização do censo, realiza visita individual aos usuários, observando suas condições, além de supervisionar aspectos relacionados ao cuidado de enfermagem e encaminhar os usuários que estão em alta e/ou em transferência. O Enfermeiro realiza, ainda, a sistematização da assistência aos usuários internados, conforme a divisão de atividades pré-estabelecidas nas rotinas do serviço (Anexo A).

A alta rotatividade de usuários no mesmo leito pode ser observada e é frequente que, em um único turno de trabalho, o Enfermeiro tenha que realizar parte do processo de enfermagem por até três vezes, relacionado aos usuários internados num referido leito. Apesar desta rotatividade, os Enfermeiros realizam o processo de enfermagem por acreditarem que assim, estão contribuindo de forma significativa na organização dos cuidados de enfermagem e na qualidade da assistência. Nesse sentido, a importância para os trabalhadores e o diferencial da instituição em sistematizar a assistência pode ser confirmada nesta fala:

O HU ainda tem um diferencial, consegue organizar a assistência de enfermagem e o Enfermeiro tem condições de conhecer o paciente (Gérbera).

A organização dos técnicos/auxiliares de enfermagem para o trabalho no repouso se dá conforme a escala de atividades prevista pelo Enfermeiro. Esses técnicos/auxiliares realizam trabalho no método dos cuidados integrais e são responsáveis também por realizar as anotações nas observações complementares dos usuários sob sua responsabilidade. O turno noturno, por sua vez, organiza o trabalho de forma diferente, ou seja, ele realiza o cuidado de enfermagem com características do cuidado funcional. Há uma distribuição entre os turnos dos cuidados de higiene e conforto, de forma que todos os turnos realizam a atividade para não sobrecarregar os trabalhadores de outro turno, uma vez que esta atividade necessita tempo de trabalho significativo, assim como demanda do trabalhador um esforço físico.

A realização da assistência pautada no cuidado integral faz parte da política institucional e vem sendo realizada nas unidades de

internação, principalmente, no período diurno, mas se discute sua implementação em todos os turnos de trabalho.

Cuidado integral é compreendido como aquele em que um trabalhador, o técnico/auxiliar de enfermagem, presta toda a assistência a um ou mais usuários durante um turno de trabalho, permitindo ao trabalhador compreender e ter maior controle sobre o trabalho. Já na modalidade do cuidado funcional, o trabalhador técnico/auxiliar de enfermagem desenvolve um trabalho rotineiro e a dinâmica da organização do trabalho exige apenas o cumprimento de tarefas. Sendo assim, um trabalho com repetição de atividades específicas e desintegradas faz com que o executor se exima do entendimento da totalidade da ação, o que causa uma maior divisão parcelar do trabalho nessa modalidade. Cabe ressaltar que em ambas as modalidades do cuidado, o Enfermeiro centraliza a concepção e o planejamento da assistência de enfermagem (PIRES, 2008).

Nesse sentido, os estudos de Matos (2002) e Pires (2008), identificam que o trabalho integral permite ao trabalhador ter um conhecimento mais amplo da assistência e maior controle de suas atividades, realizando assim, um trabalho mais completo e motivador, o que reflete no resultado do trabalho realizado com uma assistência mais segura.

No serviço de emergência adulto esta forma de organizar a assistência de enfermagem foi inserida para os usuários que estão internados no repouso e efetivamente no período diurno, mas é possível que se estenda também a todos os turnos. Em relação à organização da assistência com a utilização do cuidado integral, podemos verificar nas falas abaixo sua repercussão no trabalho de enfermagem:

O trabalho da enfermagem melhorou com o início do cuidado integral no repouso, cada técnico ou auxiliar sendo responsável por pacientes e atividades. Necessita de adequações, mas começou a sementinha do cuidado integral (Margarida).

A implantação do cuidado integral no repouso melhorou a questão da responsabilidade, não no sentido da divisão exata do trabalho e atribuições, mas no sentido de organização do trabalho e da responsabilidade de cada um dos integrantes da equipe de enfermagem (Lírio).

A organização do trabalho, pautado no manual de atribuições que especifica a realização do cuidado integral e funcional, na prática diária dos trabalhadores é quebrada, na maioria das vezes. Assim, temos nos manuais de enfermagem o trabalho prescrito e na prática o trabalho realizado, havendo entre eles, muitas vezes, um distanciamento (GELBCKE, 2002).

O trabalho prescrito e o realizado também podem ser constatados neste estudo nas falas dos Enfermeiros:

No repouso a escala de divisão para o cuidado integral com R1, R2, R3 tem problemas, não funciona adequadamente, ainda tem o trabalha todo mundo junto (Jasmim).

No repouso, às vezes a equipe ainda tem resistência a esta forma de organizar o trabalho, com o cuidado integral (Margarida).

Aos usuários que estão no SEI é realizado o cuidado tipo funcional e a sistematização da assistência não é realizada pelo Enfermeiro, o que justifica-se pela alta rotatividade e pelo número de usuários em observação, que permanecem por menos de 24 horas. Porém, o Enfermeiro realiza a visita diária aos usuários que estão em macas e observa fluidoterapia, punções venosas, oxigenioterapia, orienta usuários e familiares sobre patologia, jejum, preparo de exames, altas e transferências, entre outras atividades.

Os técnicos/auxiliares de enfermagem, por sua vez, realizam o cuidado de enfermagem por tarefas, em que um trabalhador fica responsável pela sala cirúrgica, um pela medicação dos usuários em maca e na sala de medicação e outro responsável pelos cuidados dos usuários em macas, geralmente no período diurno. Nos dois últimos locais ficam dois trabalhadores responsáveis, conforme a escala de trabalho utilizada, indicando as representações das letras C, S, S₁.

Os cuidados de higiene e conforto aos usuários que estão em maca no SEI, e que necessitam do auxílio da enfermagem, são programados para o período da manhã e todos os trabalhadores de enfermagem realizam anotações nas observações complementares.

Podemos observar, nas falas abaixo, a interferência das atribuições na organização do trabalho de enfermagem:

Com as atribuições diárias dos funcionários do SEI melhorou a questão da responsabilidade (Lírio).

Com a divisão das funções no SEI parece que a organização do trabalho e o cuidado realizado apresentaram melhoras (Girassol).

Aqui podemos dizer que os trabalhadores identificados por S_1 e S_2 são responsáveis pelos cuidados de higiene e conforto dos usuários em maca, inclusive na reanimação. Se as 14 macas estiverem ocupadas com usuários semidependentes ou dependentes, ou se houver a necessidade de realizar cuidados a um usuário com obesidade, somente dois trabalhadores não conseguirão realizar adequadamente o trabalho, uma vez que também são responsáveis por levá-los para a realização de exames.

Neste sentido, aponta-se a necessidade de uma revisão do quantitativo de pessoal para a execução desta atividade, o que deve ser avaliado no contexto geral da unidade, inclusive no sentido da revisão das atribuições e divisão do trabalho atualmente realizados. Há de se considerar, portanto, a importância do Enfermeiro na coordenação da equipe, haja vista que este deve e pode interferir na divisão realizada, readequando-a quando há sobrecarga de trabalho, tanto no que se refere a SEI, quanto ao REP, ou seja, é o Enfermeiro, enquanto coordenador da assistência, com uma visão geral, que pode rever a distribuição das atividades e, como colocado anteriormente, há de se romper com o distanciamento entre o prescrito e o real. Há uma divisão previamente elaborada, mas, esta não pode “engessar” o serviço.

Mesmo com mais trabalhadores de enfermagem disponíveis, ao manter usuários em maca por mais de 24 horas, não se pode dizer que o serviço de emergência adulto realiza o cuidado humanizado. A preocupação com a qualidade da assistência prestada também é observada na fala do Enfermeiro:

Quando se tem 3 funcionários no SEI e tem dois pacientes na reanimação fica sobrecarregado para uma pessoa dar conta do trabalho de cuidar das macas, da sala medicação e da sala cirúrgica (Antúrio).

Durante o turno de trabalho, a equipe de enfermagem encaminha usuários para a realização de exames como: RX, tomografia, ultrassonografia, ecocardiograma, cateterismo cardíaco, endoscopia, hemodiálise, espirometria, entre outros. A equipe encaminha os usuários

também para avaliação nas especialidades médicas como ortopedia, pneumologia, oftalmologia ou para realização de cirurgias no centro cirúrgico. No período noturno é mais comum a realização de exames de RX e encaminhamentos para o centro cirúrgico.

A realização de exames em usuário com ventilação mecânica e transferência para a unidade de tratamento intensivo é sempre acompanhada por um Enfermeiro, entre outros profissionais da equipe de saúde. A realização de vários exames por turno de trabalho e a interferência na organização do trabalho pode ser identificada nas seguintes falas:

[...] muitas saídas do setor para levar pacientes para exames (Azaléia).

[...] muita saída para exames, às vezes você olha para o lado e não tem ninguém (Girassol).

[...] é realizado muito exame na emergência e vai um funcionário acompanhar ficando ausente das atividades (Tulipa).

Assim, como os encaminhamentos para exames acontecem sempre, também há a chegada de novos usuários trazidos por ambulâncias do SAMU, pelo Corpo de Bombeiros ou vindos das UPAS municipais e com diferentes graus de complexidade. A equipe trabalha na expectativa: “chegando ambulância do bombeiro”, “chegando ambulância do SAMU”, “é o helicóptero!”. Dependendo da gravidade do usuário, o atendimento ao usuário pode levar alguns minutos ou até mesmo horas.

No serviço de emergência adulto, a instabilidade do usuário e a expectativa da chegada de novos casos com diferentes graus de complexidade podem ser evidenciadas nas falas a seguir:

Em alguns dias, fica-se um período todo na reanimação e aí precisa outro enfermeiro para cobrir o setor. Na emergência o trabalho é muito instável, neste sentido é sempre melhor ter funcionários a mais do que de menos (Margarida).

[...] aqui lida-se com a instabilidade, não se sabe quando e quem chegará e qual o grau de complexidade[...] (Girassol).

[...] trabalhar com um setor instável, um dia está tranquilo, outro dia quando se chega o setor está bombando/cheio[...] (Margarida).

A emergência tem muita rotatividade de pacientes e a característica de porta-aberta (Gébera).

Lidar com situações diversas e com a imprevisibilidade é uma característica do trabalho de enfermagem em emergência e gera nos trabalhadores um desgaste físico e mental contínuo.

Neste sentido, há uma pressão pelo ritmo de atividades em emergência, local onde há imprevisibilidade e alta demanda do trabalho de enfermagem e estas questões estão envolvidas com o cuidado em benefício da vida, uma vez que, diante do risco de morte, nem tudo pode ser previamente prescrito (DAL PAI; LAUTERT, 2008; COELHO *et al.*, 2010).

O movimento e as atividades no serviço de emergência adulto são contínuos, embora à noite a procura por consultas no pronto atendimento diminui. Os usuários que buscam a emergência no turno noturno são trabalhadores, que após a jornada de trabalho, buscam auxílio na instituição de saúde.

O trabalho no período matutino é marcado por reavaliações de usuários que permaneceram durante a noite, encaminhamento para exames, programação de altas e transferências. À tarde e no início da noite segue o trabalho de encaminhamento para exames, transferências internas e externas, altas, além do atendimento aos novos usuários e novas internações.

Como há continuidade do trabalho e a gravidade dos usuários está presente nos diversos turnos, pode-se pensar na equivalência de trabalhadores em todos os turnos, no entanto, como já descrevi, há a diferenciação no número de pessoal entre os turnos, ou seja, foi possível a identificação, pela observação, de até dez trabalhadores técnicos/auxiliares no período diurno e até sete no período noturno. Esta diferenciação tem sido realizada, haja vista a diminuição do número de atendimentos no pronto-atendimento, o que demanda uma quantidade de trabalho menor neste turno.

Os trabalhadores de enfermagem são responsáveis por atividades árduas como reanimação cardiopulmonar, curativos, higiene e conforto, manipulação de mobiliário e equipamentos com risco de aumento de cargas de trabalho (DÍAZ, 2008). Os turnos de trabalho também apre-

sentam diferentes cargas de trabalho, assim, o noturno pode apresentar uma redução do trabalho, entretanto, o quantitativo também é reduzido, elevando as cargas de trabalho (GONÇAVES; FISCHER, 2004).

No entanto, para o serviço de emergência o estudo de Coelho *et al.* (2010), identificou que no período das 12 às 24 horas ocorreram 67,1% dos atendimentos, reforçando a importância da organização da escala diária de trabalho e a necessidade de direcionar maior quantitativo de pessoal para o horário em que a demanda é mais elevada.

Há de se pensar novas formas de organizar a distribuição do quantitativo de pessoal, talvez com a realização de turnos intermediários nos horários de maior movimentação. Certamente que para esta possibilidade de reorganização é necessário estudo e planejamento. Este indicativo para a redistribuição de pessoal também pode ser verificado nas seguintes falas:

O trabalho de enfermagem na emergência à noite, em relação à gravidade e número de atendimentos, não se diferencia muito do trabalho do dia, então o quantitativo de pessoal deveria ser equivalente, ou pelo menos manter os 4 funcionários no SEI e 3 no repouso. Assim, o trabalho de enfermagem é agilizado e acontece o desenvolvimento do atendimento ao usuário no serviço de emergência; é melhor organizado e libera um pouco mais o Enfermeiro para realizar supervisão e fazer as suas atividades como a supervisão e a metodologia da assistência, quando fica 3 funcionários no SEI, muitas vezes o Enfermeiro fica na assistência direta (Antúrio).

Percebo que é diferente o trabalho no período da manhã comparando com o trabalho no período da tarde; pela manhã, geralmente se consegue realizar um trabalho com melhor qualidade. À tarde a demanda é maior principalmente no seu final, é muita informação, internação, tem mais serviço e a gente sai daqui super cansado e não realizou o atendimento e o cuidado que gostaria de realizar, não é bom e o estresse é maior ainda. E no início da noite também é muito movimento, se dá continuidade ao agito do final da tarde até pelas 22 horas. E se tem mais gente na equipe para ajudar, o trabalho é realizado melhor e como Enfermeiro, também me sinto melhor (Margarida).

Ao se aproximar do término de cada turno de trabalho, observa-se a movimentação da equipe de trabalho de enfermagem com o intuito de organizar as atividades e o setor, para então passar o plantão, deixando o ambiente organizado, com material reposto, os cuidados aos usuários em ordem, entre outras atribuições.

A supervisão do trabalho tem sido colocada como atividade intrínseca ao exercício profissional dos Enfermeiros, dadas as peculiaridades da composição da força de trabalho, na qual o Enfermeiro é o responsável técnico pelas ações de toda a equipe de enfermagem (RABELLO, 2002).

Importante ressaltar que consta nas atribuições dos Enfermeiros do Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário da UFSC (Anexo B), como parte do seu trabalho, a supervisão da equipe de enfermagem nas atividades assistenciais e na assistência prestada, da limpeza do ambiente e da qualidade e quantidade dos materiais e equipamentos utilizados.

Apesar das falas apontarem para uma organização do trabalho estabelecida, que possibilita inclusive que os trabalhadores saibam, de antemão, o que precisam realizar, é necessária uma constante revisão desta organização, considerando o contexto do trabalho que está em constante transformação.

A necessidade de repensar a organização da assistência de enfermagem e do ambiente no serviço de emergência, também pode ser observada nas falas que seguem:

Tem ficado muita coisa de um plantão para o outro, talvez falta mais supervisão do Enfermeiro (Gérbera).

[...] a organização do local, os materiais e equipamentos, faltam pessoas para organizar o setor, todos ficam na assistência (Gérbera).

As pessoas precisam estar mais engajadas com o trabalho, não se percebe o comprometimento de querer passar o melhor plantão, oferecer o meu melhor para o plantão[...] por que é assim mesmo, é emergência. A emergência vem sendo utilizada como desculpa e nem tudo é emergência (Jasmim).

Promover ações pautadas no conhecimento e com a incorporação de novas tecnologias é imprescindível para a organização do trabalho de

enfermagem, favorecendo assim, a integração entre os trabalhadores da equipe de enfermagem (MATOS; PIRES, 2002).

No serviço de emergência adulto, a integração do processo de trabalho parece acontecer de forma mais efetiva e colaborativa entre os Enfermeiros, já os técnicos/auxiliares de enfermagem, muitas vezes, estão limitados a realizarem as atribuições previstas em escala:

[...] um problema que não é dimensionamento de pessoal, é a questão do trabalho em equipe, da colaboração entre as pessoas. Mediar isto é um desgaste, talvez pior do que pensar em dimensionamento de pessoal. As pessoas ficam em suas caixinhas e não sai de jeito nenhum. Escutase: esta não é minha escala, não estou no repouso, hoje estou nas macas (Lírio).

[...]a ajuda e colaboração necessitam do bom senso dos trabalhadores. Expressões como: esta não é minha escala hoje, não deveriam ser ouvidas ou ditas. Esta parte também é desgastante para o enfermeiro (Girassol).

[...] não posso porque não estou nas macas. Também ainda acontece de ter 2 funcionários realizando vários banhos e a sala de medicação está vazia, e no entanto, a colaboração entre a equipe não acontece (Margarida).

O ruim é quando precisa remanejar os trabalhadores do SEI para o REP ou vice-versa, por falta de funcionário na escala, pela resistência da equipe (Azaléia).

Por vezes o Enfermeiro se contrapõe com a pessoa, solicitando para colaborar com a equipe. Esta atitude também depende de cada pessoa, não é uma atitude da equipe em geral, tem pessoas que sempre ajudam e percebem a necessidade de colaboração, do trabalho que necessita ser realizado em equipe, que a divisão de atribuições é na tentativa de organizar e não de limitar o trabalho da equipe de enfermagem (Margarida).

O Enfermeiro é um profissional que organiza o trabalho de forma

que cada integrante da equipe possa contribuir com eficiência e competência no atendimento dos usuários que procuram o serviço, especialmente, nas situações que exigem observações e decisões rápidas e seguras, que necessitam do cuidado intensivo que envolve uma sequência de procedimentos invasivos e complexos. O Enfermeiro trabalha sob condições estressantes e precisa ter condições mínimas de pessoal e de material para realizar o cuidado (BATISTA; BIANCHI, 2006; GELBCKE *et al.*, 2009).

Os conflitos acontecem diariamente nos serviços de saúde e apresentam consequências negativas, principalmente, para a saúde dos trabalhadores. Entre elas destacam-se o estresse e o aumento das cargas psíquicas e, como consequência positiva para a organização do trabalho, há a possibilidade de reflexão, o que influencia no processo de mudanças (ALMEIDA, 2007).

Como é possível perceber, há uma diversidade de tarefas no serviço de emergência adulto fazendo com que a unidade, muitas vezes, não tenha a característica de transitoriedade do usuário, que deveria permanecer ali por um curto período de tempo. O Serviço de Emergência Adulto, com seus leitos do repouso, pode ser considerada uma unidade de internação, quando estes leitos deveriam ser utilizados para os usuários que necessitam ficar em observação.

Assim, a realidade nos mostra que os usuários que necessitam de observação permanecem em macas e nos corredores, fazendo com que, efetivamente, se aumente o trabalho da equipe de enfermagem e a diminuição de mobilização quando ocorre a chegada de usuários com complicações graves. Estas constatações podem ser observadas no estudo de Garlet *et al.* (2009) e nas falas dos Enfermeiros:

O hospital com leitos por especialidades e a existência de leitos bloqueados na Clínica Cirúrgica com pacientes cirúrgicos na emergência em macas há dias. Os leitos bloqueados na Clínica Médica para os pacientes que vão chegar e a emergência lotada aguardando vaga (Lírio).

As dificuldades são muitas, demonstradas no desgaste físico e emocional, na pouca agilidade de atendimento a um paciente que necessita de atenção imediata. Existe a possibilidade/abertura/risco para possíveis erros, as iatrogenias, interferindo na segurança do paciente (Tulipa).

Várias situações podem ser apontadas neste estudo, para muitas das quais não se vislumbram soluções imediatas, ou mesmo que independam do poder gestor local para alteração da realidade. Porém, é preciso refletir sobre a forma como o trabalho vem sendo organizado e realizado, afinal, em muitas situações, ele pode ser alterado visando minimizar o desgaste físico e mental dos trabalhadores, decorrente da sobrecarga de trabalho. Estas questões referentes à reorganização do trabalho necessitam de reflexões também por parte dos trabalhadores, atores fundamentais nos processos de mudança.

O trabalho de enfermagem tem várias facetas, isto é, pode ser considerado um todo constituído por pequenas partes. Os estudos acerca do processo de trabalho de enfermagem apontam para sobrecargas, dificuldades de pessoal, trabalho fragmentado, indicando que a maneira como se organiza o trabalho, em muitas situações, encontra-se defasada. Logo, há a necessidade de se implementar novas formas de organização do trabalho. Há de se pensar, no entanto, se não estamos indicando novas formas de trabalho alicerçadas em referenciais antigos, afinal, como mudar as questões organizacionais e centrais de um sistema de saúde pautado no tratamento e na hospitalização?

Os serviços de emergência, com a característica da instituição estudada, com “as portas abertas”, continuarão a receber um quantitativo expressivo de usuários para o pronto atendimento, quando poderiam ser melhor organizados se a rede de saúde estivesse estruturada no sentido em que os serviços de emergência hospitalares fossem referenciados. Esta é uma indicação possível no sentido em se rever a reorganização do sistema de saúde, porém, isso também influenciaria no dimensionamento de pessoal, haja vista que atuar como referência, significa receber usuários com um maior grau de complexidade de assistência.

Ao se refletir acerca do processo de trabalho e, especificamente, sobre a forma como esta se organiza no serviço de emergência adulto, procurou-se compreender que aspectos do nosso cotidiano podem ser alterados, não apenas no sentido em apontar indicativos para o dimensionamento de pessoal, mas, acima de tudo, para demonstrar que o dimensionamento de pessoal não pode ser realizado sem que se faça uma análise mais aprofundada e cuidada do processo de trabalho da instituição. Este, portanto, é um dos indicativos que devem ser considerado nas propostas de dimensionamento de pessoal.

5.2 MANUSCRITO 2: INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

Seguindo orientação da Instrução Normativa 06/PEN/2009, este manuscrito segue as normas para publicação em periódico de enfermagem (Revista Brasileira de Enfermagem).

INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA¹

INDICATORS FOR THE MEASUREMENT OF EMERGENCY NURSING PERSONNEL

INDICATIVOS PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIA

Roseli Schmoeller²
Francine Lima Gelbcke³

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, com o objetivo de levantar indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência adulto. Os dados foram coletados utilizando-se observação do trabalho da enfermagem e entrevista semiestruturada com Enfermeiros, sendo analisados à luz da teoria do processo de trabalho, originando as categorias: processo de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem, e indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. O estudo aponta ainda indicativos quantitativos e qualitativos para subsidiar o dimensionamento de pessoal, entre os quais, a necessidade de se avaliar a organização do trabalho, o grau de cuidado dos usuários para além dos aspectos biológicos e a própria característica do serviço de emergência, que congrega internação e atendimento das urgências.

Descritores: Enfermagem em Emergência; Downsizing Organizacional; Administração de Recursos Humanos em Hospitais

ABSTRACT

This is exploratory-descriptive study is with a qualitative approach,

¹ Recorte da Dissertação “Construindo Indicativos para o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Emergência”. PEN/UFSC, 2011.

² Enfermeira, HU/UFSC. Mestranda do PEN/UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Rod. Amaro Antônio Vieira, 2008. Bl.3/Apt.201. Itacorubi. 88034101. Florianópolis, SC, Brasil. Fone: (48) 99678734. Fax: (48) 37218297. Email: roseli@hu.ufsc.br

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Diretora de Enfermagem do HU/UFSC. Professora Associada do Dpto. de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Florianópolis, SC, Brasil.

aiming at finding indicators for the measurement of nursing personnel in adult emergency. Data was collected using nursing work observation and a semi-structured interview with Nurses; data was analysed based upon the theory of working process, originating the following categories: working process and nursing personnel measurement, and indicators for the measurement of nursing personnel in emergency. The study presents both quantitative and qualitative indicators to subsidize measurement of personnel, amongst which the need to evaluate the working organization, the degree of users care besides biological aspects and the emergency service characteristic itself, which encompasses hospitalization and urgency care.

Key words: Emergency Nursing; Personnel Downsizing; Personnel Administration, Hospital

RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativa, con el objetivo de obtener indicativos para el dimensionamiento de personal de enfermería en urgencia adulto. Los datos fueron colectados utilizando-se la observación del trabajo de enfermería y entrevista semiestructurada con Enfermeros, y analizados de acuerdo con la teoría del trabajo, originando las categorías: proceso de trabajo y dimensionamiento de personal de enfermería, e indicativos para el dimensionamiento de personal de enfermería en urgencia. Apunta indicativos cuantitativos y cualitativos para subsidiar el dimensionamiento de personal, entre los cuales la necesidad de evaluarse la organización del trabajo, el grado de cuidado de los usuarios bien como de los aspectos biológicos e la propia característica del servicio de urgencia, que congrega internación y atendimento de las urgencias.

Descriptor: Enfermería de Urgência; Reducción de Personal; Administración de Personal en Hospitales

INTRODUÇÃO

Na política de gestão de pessoas, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é uma importante área a ser estudada e um tema relevante. Para o planejamento do processo de trabalho em saúde, no qual está inserido o trabalho de enfermagem, considera-se fundamental uma reestruturação dos modelos de organização, que buscam dar respostas aos desafios da demanda de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva de uma alteração das situações de desigualdade no acesso à assistência à saúde dos usuários⁽¹⁾. Neste sentido, os recursos humanos constituem a base de sustentação dos

serviços de saúde e do próprio SUS.

O trabalho de enfermagem é fundamental para a manutenção da vida e faz parte do setor de serviços e da produção não material, que se completa no ato de sua realização e dá origem a um produto que não pode ser comercializado, que é indissociável do processo de produção: a própria realização da atividade em saúde⁽²⁾.

O gerenciamento de pessoas e a organização do processo de trabalho de enfermagem necessitam estar fundamentados no conhecimento científico. Assim, o dimensionamento de pessoal tem relação com o contexto da produção não material e consiste de um processo que alavanca o planejamento do pessoal necessário para prover os cuidados de enfermagem. Este processo de previsão quantitativa de pessoal pode se apresentar de diferentes formas, de acordo com cada instituição, e é pertinente que cada qual levante sua necessidade de trabalhadores para o cuidado de acordo com o padrão de assistência⁽³⁾.

A Gestão de Pessoal de Enfermagem é um grande desafio, pois há dificuldade em compatibilizar um quadro de pessoal aparentemente completo, mas que apresenta problemas decorrentes do absenteísmo por doença, aposentadoria ou demissão, por exemplo, e o quantitativo de pessoal nem sempre possibilita responder às necessidades dos usuários e também dos trabalhadores, principalmente, frente à especificidade que apresenta um hospital público e de ensino⁽⁴⁾.

A equipe de enfermagem realiza seu trabalho em diversos cenários, entre eles está o Serviço de Emergência Adulto (SEA), denominação utilizada pela instituição pública e de ensino onde o estudo foi desenvolvido e equivalente à denominação presente na Legislação do SUS, como os serviços de urgências e emergências. Para o Ministério da Saúde, Urgência é uma situação clínica em que o usuário necessita de assistência à saúde em curto prazo, porém, sem implicar no risco de morte imediata. Emergência, por sua vez, é uma situação clínica em que o usuário necessita de um atendimento imediato, podendo haver risco de morte imediata⁽¹⁾.

A atuação dos Enfermeiros nos serviços de emergência envolve articulações indispensáveis à gestão do cuidado de usuários, requer conhecimento científico, tecnológico e assistência humanizada, inclusive aos familiares, afinal, a complexidade e particularidades de ações no cuidar⁽⁵⁾ é um aspecto expressivo no processo de trabalho do profissional.

O dimensionamento de pessoal também tem relação com a organização do trabalho e com a segurança do usuário, por isso é necessário estabelecer indicativos para auxiliar a organização dos

serviços de enfermagem. A construção de indicativos consiste em revelar a existência de ações que poderão subsidiar a construção de parâmetros e indicadores para o adequado dimensionamento quantitativo de pessoal de enfermagem⁽⁶⁾.

A utilização de indicadores como ferramenta no processo de gerenciamento do trabalho de enfermagem, estabelece padrões normativos a partir dos quais se pode avaliar a realidade de um fato, construindo diagnóstico com definição de estratégias e de prioridades. Pode-se também avaliar o desempenho das políticas e programas, medindo-se o grau em que os objetivos foram realizados e o nível de utilização de recursos ou as mudanças ocorridas na sociedade^(7,8).

Na organização do trabalho de enfermagem, ainda é incipiente a utilização de parâmetros para estabelecer objetivos e indicadores como ferramenta para controle da gestão, que verificaria a eficiência e eficácia e compararia situações de gestão nos locais, entre locais de trabalho ou entre períodos de uma região⁽⁹⁾.

É imprescindível que os Enfermeiros responsáveis da equipe de enfermagem pelo dimensionamento de pessoal, utilizem a produção científica com adequação à realidade no processo de provisão de pessoal de enfermagem para os serviços de emergência, com base em dados objetivos e subjetivos para subsidiar o processo de gerenciamento das ações do cuidado de enfermagem e que vá ao encontro da satisfação dos profissionais e dos usuários.

Com base nestes argumentos, este estudo tem como objetivo levantar indicativos para o dimensionamento de pessoal em emergência, que serão construídos a partir da articulação com o processo de trabalho.

METODOLOGIA

O estudo está ancorado na abordagem metodológica qualitativa, uma vez que busca analisar fatos e significados entre as estruturas e suas representações, e preocupa-se com a realidade, que não pode ser quantificada. Além disso, deseja-se conhecer o significado da ação humana que constrói sua história⁽¹⁰⁾ por meio de um delineamento exploratório-descritivo que possibilita descrever os fatos ou fenômenos de uma realidade com suas características, incluindo o levantamento de opiniões e atitudes⁽¹¹⁾.

O local da pesquisa foi o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) e os sujeitos do estudo foram dez Enfermeiros que trabalham há pelo menos seis meses no setor, escolhidos por conhecerem a realidade do trabalho da equipe de enfermagem, e por considerar-se que o dimensionamento de pessoal faz

parte do trabalho do Enfermeiro.

Os dados foram coletados com a estratégia da observação do trabalho da equipe de enfermagem e da entrevista semiestruturada com Enfermeiros, orientada pelas questões: O dimensionamento de pessoal influencia na realização do seu trabalho e no trabalho de sua equipe? O que você sugere que deva ser considerado como indicativo para calcular o número de trabalhadores necessários para prestar o cuidado de enfermagem na emergência? Os dados foram transcritos e analisados gerando categorias e evidenciando indicativos fundamentais para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem no serviço de emergência adulto.

A análise foi realizada seguindo diretrizes do método qualitativo, com o objetivo de extrair um sentido da observação e identificando informações dos participantes. Os dados semelhantes foram agrupados para codificar e originar as categorias⁽¹²⁾.

Para o desenvolvimento do estudo foram considerados procedimentos como: aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC (certificado nº 612/2010); requerimento de autorização da instituição do local da pesquisa mediante apresentação do projeto de estudo; solicitação para entrevista com os Enfermeiros que se dispuseram a participar do estudo voluntariamente, após conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garante o anonimato mediante a utilização de nomes de flores.

RESULTADOS E DISCUSÕES

Ao realizar o agrupamento dos dados, duas categorias emergiram da análise: o processo de trabalho e o dimensionamento de pessoal, e indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência.

Processo de trabalho e o dimensionamento de pessoal de enfermagem

Em relação à influência do dimensionamento de pessoal no trabalho de enfermagem, na experiência dos Enfermeiros do serviço de emergência, é unânime a percepção de que a organização do trabalho tem influência do dimensionamento de pessoal e que a articulação interfere na qualidade do cuidado e na carga de trabalho da equipe de enfermagem. Esta percepção pode ser confirmada nas falas a seguir:

[...] quanto melhor dimensionado a equipe de enfermagem, melhor vai

ser o resultado do cuidado com o paciente, se o número é insuficiente o cuidado vai ser realizado com mais esforço físico e mental levando a falta de qualidade do trabalho (Tulipa).

[...] quando se tem o número insuficiente de funcionários o cuidado fica prejudicado, e mais importante é que não se consegue trabalhar a parte de educação e saúde. Fica comprometido a qualidade do cuidado não somente na parte técnica, mas abrange também o relacionamento interpessoal com o paciente, a família e a equipe de trabalho (Gérbera).

[...] porque a organização do serviço está diretamente relacionada ao dimensionamento de pessoal. Assim o atendimento dos pacientes, a qualidade da assistência envolve tanto o meu trabalho quanto o trabalho da equipe de enfermagem, porque dependendo do dimensionamento de pessoal de enfermagem pode-se agilizar, organizar melhor e se pode prestar uma assistência mais qualificada (Rosa).

Pode-se observar que há a preocupação dos Enfermeiros em relação ao resultado da assistência prestada, ou seja, em realizar um trabalho com qualidade, segurança e em tempo hábil, gerando satisfação do usuário e do trabalhador. A articulação entre quantidade e qualificação dos profissionais de enfermagem, com relação às condições de trabalho, compõem fator determinante para a realização do trabalho de forma segura, essencial à saúde do usuário⁽¹³⁾.

Vale ressaltar ainda que quando comparado a outros países, identifica-se um déficit no quantitativo dos trabalhadores de enfermagem no Brasil, haja vista que a força de trabalho no país, em 2007, era de 0.94 Enfermeiros e 5.63 técnicos e auxiliares de enfermagem por 1000 habitantes, em um total de 6.57 trabalhadores por 1000 habitantes. E neste mesmo ano, os países integrantes da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE), que envolve países de alto grau de desenvolvimento econômico e social, tinham em média, 9.6 trabalhadores de enfermagem por 1000 habitantes⁽¹³⁾.

Assim, considerando apenas o contingente de trabalhadores de enfermagem do Brasil, comparado aos países mais desenvolvidos, temos um quantitativo de pessoal diminuído e, conseqüentemente, sem considerar cálculo algum, os dados conduzem à um subdimensionamento, que implica em quantidade e qualidade no desenvolvimento de um trabalho seguro para a equipe de enfermagem.

No entanto, a preocupação com a segurança do usuário é um tema

que está cada vez mais em evidência. Neste sentido, a literatura coloca que um a cada seis usuários internados em instituições de hospitalares é vítima de erro e que, na maioria das circunstâncias, os fatos são passíveis de medidas de prevenção, desde que identificadas e tratadas as causas, que na maioria das vezes é multifatorial⁽¹⁴⁾. E mais que tratar das causas, é importante que a realidade do cenário atual do trabalho em saúde e enfermagem não seja ignorada, uma vez que pode haver um aumento da vulnerabilidade dos usuários e dos integrantes da equipe de trabalho.

Voltado para este tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem demonstrado preocupação, tanto que em 2004 lançou a Aliança Mundial em prol da Segurança do Usuário, cuja meta era a socialização do conhecimento e das soluções recomendadas com vista a minimizar erros e eventos adversos ocasionados aos usuários que necessitam cuidados de saúde⁽¹⁵⁾.

No Brasil, ainda não é possível identificar dados unificados acerca do trabalho de enfermagem seguro, embora exista uma preocupação crescente acerca da segurança do usuário e sobre os indicadores e parâmetros que incidem no dimensionamento de pessoal.

Neste contexto, há dificuldade em prever o quantitativo da equipe de enfermagem em emergência adulto, principalmente por falta de uma metodologia que utilize parâmetros operacionais para o serviço, cujo fluxo de usuários é constante e uma vez que há relativa variedade e simultaneidade de atividades e situações de riscos de morte.

A previsão empírica do quantitativo de pessoal de enfermagem, sem a utilização de variáveis que possam ser mensuradas e que possam subsidiar o dimensionamento, pode dificultar e subestimar o dimensionamento de pessoal, refletindo nas ações do cuidado ao usuário e na saúde do trabalhador, aspectos já salientados em outros estudos^(3,9,16,17).

Este é um cenário de trabalho de enfermagem que necessita de conhecimento científico para embasar as ações de saúde. Estas ponderações também podem ser observadas nas colocações que seguem:

(...) na emergência é difícil prever a quantidade de trabalho que se tem para fazer. Às vezes, se pensa e compara a emergência com uma unidade que tem o mesmo número de leitos, mas o tipo de cuidado na emergência é diferente, é instável. Penso estar aí o grande nó de prever o quantitativo de pessoal (Tulipa).

(...) é complicado ter um cálculo pronto do quantitativo de enfermagem

para a emergência (Orquídea).

(...) por não se ter o número previsível de pacientes, não saber o que vai chegar, se necessitar de reanimação, então.....!(Lírio).

Assim, temos evidenciada a importância do pessoal de enfermagem para realizar o cuidado, assim como a dificuldade em adequar o quantitativo que possa realizar o trabalho com qualidade frente à demanda, o que nos leva à reflexão acerca da organização e desenvolvimento do nosso trabalho e dos modos de cuidar.

Pode-se dizer que as atividades realizadas pela equipe de enfermagem em emergência resultam em um trabalho efetivo e invisível, apresentando dificuldade em ser avaliado por ser consumido no momento em que é realizado⁽¹³⁾ e por estar intrínseca à uma subjetividade, uma vez que o real do trabalho se manifesta afetivamente para o trabalhador quando este realiza a atividade⁽¹⁸⁾.

Esta manifestação da subjetividade no trabalho efetivo e invisível pode ser observada nas seguintes falas:

Na emergência o trabalho é dinâmico e instável e dependendo do dia, mesmo com um monte de gente, a gente não dá conta (Lírio).

[...] o desgaste emocional é muito alto, é maior que o desgaste físico, e parece ganhar uma dimensão maior que se repercute fisicamente e as pessoas acabam achando que tudo é ruim e que tudo aqui é muito (Jasmim).

O local do estudo passou por reforma e ampliação do espaço físico e, neste íterim, houve a realização de um concurso público e a emergência recebeu novos trabalhadores de enfermagem. Estes fatores, na percepção dos Enfermeiros, interferiram na organização do processo de trabalho de enfermagem e resultaram em melhorias:

(...) nunca estivemos tão bem como estamos agora, com este pessoal, a gente consegue organizar melhor o serviço, atender o paciente de forma integral o que antes não conseguia fazer (Rosa).

(...) um momento ímpar no quantitativo de pessoal, comparando com situações anteriores de trabalho. Agora temos um espaço físico maior e a presença de 3 Enfermeiros no período diurno; 1 Enfermeiro para o Acolhimento, 1 Enfermeiro para o Serviço de Emergência Interna e 1

Enfermeiro para o repouso; 3 técnicos para cuidar dos 13 pacientes do repouso penso ser um número adequado (Azaléia).

A instituição e a enfermagem se organizaram e interferiram em equipe no ambiente de trabalho, elaborando mudanças no processo. Essas ações, por sua vez, refletem melhores condições de trabalho.

No entanto, com base nos dados obtidos, há necessidade de se repensar a organização do trabalho de enfermagem no SEA, que se encontra subdividido em três áreas:

1. A emergência interna (SEI): local compreendido pelos trabalhadores como “a frente”, contempla neste espaço a sala de reanimação, de cirurgia, de procedimento e de medicação. Os trabalhadores de enfermagem, pelo menos um Enfermeiro e cinco técnicos e auxiliares de enfermagem, no período diurno, e um Enfermeiro e três técnicos e auxiliares de enfermagem, no período noturno, são responsáveis pelo atendimento aos usuários em situação de emergência, aquela em que há o risco de perder a vida, aos usuários que permanecem em observação na sala de medicação ou nas macas, e o atendimento aos usuários que procuram atendimento e que são considerados não tão urgentes;
2. O repouso (REP): compreendido pelos trabalhadores como parte do serviço de emergência como “atrás”, possui treze leitos para assistência aos usuários internados que aguardam por uma vaga nas unidades de internação ou transferências para outras instituições hospitalares. A equipe de enfermagem é composta por pelo menos um Enfermeiro e três técnicos e auxiliares de enfermagem nos diversos turnos de trabalho, prestando o cuidado de enfermagem de forma integral e utilizando metodologia da assistência;
3. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR): atividade realizada pelo Enfermeiro que prioriza o atendimento por ordem de gravidade. Esta forma de organização do trabalho, com base nas premissas do SUS, está em fase de implantação.

A organização do trabalho acontece de forma que o quantitativo de usuários, no repouso, não ultrapasse treze internações. Desta forma, os trabalhadores responsáveis pelos cuidados aos usuários do SEI absorvem a demanda, assim como, os cuidados aos usuários que permanecem internados em macas no corredor por falta de vagas internas ou externas. As internações em maca aumentam efetivamente o

trabalho da equipe de enfermagem e interferem, ainda, na diminuição da mobilização quando ocorre a chegada de usuários com complicações graves.

Neste sentido, há que se repensar a organização dos usuários internados em maca, uma vez que estes poderiam receber os cuidados da equipe de enfermagem que está responsável pelos usuários do repouso, inclusive com o uso da metodologia da assistência e com a realização do cuidado do tipo integral. Outra possibilidade de reorganização seria a distribuição do quantitativo de pessoal não necessariamente por turnos, mas, por horário de maior demanda, já que o período de maior movimento para os serviços de emergência é entre 12h e 24 horas, com 67,1% dos atendimentos⁽⁵⁾. Desta forma nos perguntamos: o que impossibilita tais mudanças e o que causa a acomodação da equipe com a forma como o trabalho vem sendo organizado ao longo dos anos?

Voltado para organização do trabalho de enfermagem, é possível identificar nas colocações dos Enfermeiros fatores para se repensar a prática, como pode ser observado na fala abaixo:

[...] quantos Enfermeiros têm na escala da emergência, aumentou bastante em relação há tempos passados. Mas vamos pensar no que isto modificou ou tem modificado no cuidado prestado para as pessoas? Nem sempre o fato de se ter mais funcionários vai garantir uma melhor assistência, às vezes tem paciente na reanimação que não é dado a devida atenção, o cuidado adequado, embora se tenha pessoal suficiente (Jasmim).

Vale ressaltar que o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem e cabe-lhe ainda, privativamente, a organização, o planejamento, a execução e a avaliação da assistência, assim como os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões imediatas, conforme o Decreto do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina Nº 94.406, de 8 de junho de 1987⁽¹⁹⁾, que dispõe sobre o exercício da enfermagem.

Acredito que a abrangência e o conceito do trabalho do Enfermeiro necessitam de compreensão quando relacionado ao depoimento:

[...] só quando entra um paciente grave, aí sim é que vem o problema de funcionários da emergência, um Enfermeiro é pouco e já dois Enfermeiros quando não tem paciente grave é muito (Margarida).

No contexto atual, em que são realizados em média 250 atendimentos/dia e há em média 25 usuários internados, com um espaço físico limitado, a presença de dois Enfermeiros deveria refletir em ações do cuidado diferenciadas, como a atenção voltada para as necessidades humanas básicas, a avaliação da dor, o auxílio na alimentação e hidratação, os cuidados com higiene e conforto. No entanto, estas ações, por vezes, ainda parecem se apresentar em segundo plano e pode-se dizer que não são de menor importância para a manutenção da saúde.

Portanto, há que se repensar nas atividades realizadas pelo Enfermeiro, além do próprio quantitativo, justificado pela necessidade da atuação do Enfermeiro nas diversas dimensões do trabalho: cuidar, gerenciar e educar.

Indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência

O dimensionamento de pessoal também está relacionado à qualidade do cuidado e, na percepção dos Enfermeiros, os indicativos fundamentais para subsidiar o dimensionamento de pessoal no serviço de emergência, podem ser identificados nas falas apresentadas a seguir:

Considerar a demanda, a gravidade do paciente e a qualidade do serviço que se quer oferecer (Antúrio).

Penso ser possível realizar uma previsão do quantitativo de pessoal em cima do número de atendimento realizado por dia e dos pacientes internados (Orquídea).

(...) o tipo de cuidado que se quer realizar (Girassol).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é um processo que tem como meta promover condições de segurança aos usuários e trabalhadores. Os parâmetros, ora citados como a demanda, o número de internações, o número de atendimentos, a gravidade, a qualidade e o tipo de cuidado, podem ser analisados pelo método de operacionalização do processo de dimensionamento de pessoal proposto em estudo anterior⁽²⁰⁾. Este método possibilita relacionar e sistematizar a mensuração de variáveis, desde que sejam identificadas nos locais de trabalho. São elas: a Carga Média de Trabalho da unidade (quantidade média diária de usuários e o tempo médio diário de cuidado segundo o grau de dependência ou tipo de cuidado); o Índice de Segurança Técnica (as ausências previstas: folgas e férias; as não previstas: faltas, licenças e

suspensões); e o Tempo Efetivo de Trabalho (horas diárias de trabalho). A partir do comportamento destas variáveis pode-se aplicar a equação do método que possibilita prever o quantitativo de pessoal de enfermagem⁽²¹⁾.

Outro método possível para o cálculo de pessoal de enfermagem, conforme a Resolução COFEN Nº. 293/2004⁽²¹⁾, é a utilização da fórmula matemática que pondera a Unidade de Internação (local para permanência de usuário em leito hospitalar), o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), a Jornada Semanal de Trabalho (a exemplo de 20h, 30h, 36h), os Dias da Semana (7 dias ou 168 horas), o Índice de Segurança Técnica (coeficiente empírico de 15% para cobertura das ausências previstas e não previstas), a Taxa de Ocupação (média do número de leitos ocupados), a Quantidade de Pessoal (com base no SCP e na taxa de ocupação), o Total de Horas de Enfermagem (soma das horas necessárias para assistir os usuários com demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos), e a Constante de Marinho (coeficiente deduzido em função de dias da semana, jornada semanal de trabalho e do índice de segurança técnica).

Inferimos que em ambos os métodos de dimensionamento de pessoal existe a articulação de variáveis, que resultam da junção de atividades e conhecimentos diversos, porém específicos, cujos resultados integrados fornecem subsídios para as equações propostas, resultando no quantitativo necessário de pessoal de enfermagem em uma unidade para realizar a assistência segura. Entretanto, estas variáveis necessitam ser identificadas nos locais de trabalho.

A quantificação de usuários e o grau de dependência do cuidado de enfermagem ou o tipo de atendimento em unidades de internação, nos dois métodos de dimensionamento propostos, apontam que este pode ser identificado com a utilização de um SCP^(3,20,22), que comporta aspectos biológicos referentes às necessidades do cuidado, como o estado mental, a oxigenação, os sinais vitais, a motilidade, a deambulação, a alimentação, o cuidado corporal, a eliminação, a terapêutica e a integridade cutâneo-mucosa. Além dos aspectos descritos, outro estudo⁽²³⁾ propõe que sejam inseridos no SCP elementos além dos biológicos, como educação em saúde/comunicação, regulação hormonal, segurança emocional, sono e repouso e percepção dos órgãos dos sentidos, por demandarem trabalho e por serem fundamentais para o cuidado de enfermagem.

Os instrumentos para caracterização do grau de dependência do usuário em relação ao trabalho da equipe de enfermagem utilizados nas unidades de internação hospitalar, onde se tem uma infraestrutura

adequada para permanência de usuários internados, também podem ser utilizados para o serviço de emergência.

No entanto, o SEA comporta características que vão além de uma unidade de internação, somando-se as dificuldades já descritas em prever o quantitativo de pessoal de enfermagem. Estas dificuldades podem ser observadas na seguinte fala:

(...) no repouso está mais adequado parecido com unidade de internação, o problema de pessoal na emergência está na frente, o dimensionamento de pessoal e o cuidado que se quer realizar aos pacientes no serviço de emergência ainda pode ser melhorado, para evitar erros e realizarmos a assistência mais segura (Azaléia).

A equipe de enfermagem desenvolve seu trabalho em local que possui as características de unidade de internação, somado a inconstâncias e imprevistos.

Considerando a unidade de emergência segundo o que propõe a Resolução COFEN N°. 293/2004⁽²¹⁾, há que se destacar os seguintes aspectos: unidade assistencial especial (local para atendimento da demanda), com área operacional, considerando-se, ainda, a atividade realizada (sala de reanimação, cirúrgica, de procedimento e de medicação), o período de trabalho (decorrente de jornadas de até 12 horas), cuja unidade de medida é compreendida como sítio funcional (considera a área operacional, o trabalho realizado e o período de trabalho, sendo os dados obtidos em séries históricas de espelhos semanais).

É sabido que no SEA, a equipe de enfermagem desenvolve suas atividades nas 24 horas do dia e a previsão do dimensionamento de pessoal, com utilização de medida do sítio funcional, limita-se a um período de 12 horas de trabalho para quantificar os trabalhadores de enfermagem.

Neste sentido, o trabalho de enfermagem no SEA articula o que deveria ser previsto para uma unidade de internação e uma unidade assistencial especial, ou seja, há que se considerar, para o cálculo de pessoal na área do SEA, o que deveria ser previsto para comportar as atividades destas duas unidades e não apenas a utilização de sítio funcional.

Os indicativos levantados para o serviço de emergência vão além da identificação de variáveis e da aplicação SCP em unidades de internação e podem ser evidenciados quando relatado que, para dimensionar o pessoal de enfermagem, é necessário (...) *considerar*

também que a instituição é um Hospital Escola (Rosa).

A organização do trabalho de enfermagem se torna mais complexo quando é abordada a questão do hospital universitário, por possuir, respectivamente, as características de um hospital e de uma escola. O HU-UFSC pode ser compreendido como um laboratório da universidade, em que são desenvolvidas pesquisas e realizadas aulas práticas das diversas áreas de saúde, entre elas, as de enfermagem. O desenvolvimento das atividades acadêmicas e a realização dos cuidados de enfermagem ao usuário ocorrem concomitantemente e, por vezes, não são as mesmas, uma vez que se acrescenta um grau de dificuldade ainda maior nas questões relacionadas ao adequado quantitativo de pessoal de enfermagem.

Além de ser um hospital escola, para dimensionar o pessoal de enfermagem é necessário:

Pensar que na emergência, o dimensionamento é diferente das unidades, principalmente na frente, é mais difícil ver o grau de dependência e a partir dele prever o dimensionamento de pessoal. A todo o momento pode chegar pacientes com diferentes graus de dependência e nunca se sabe o que vai chegar (Azaléia).

(...) estar atento (...) aqui se lida com a instabilidade dos pacientes que estão aqui, e não se sabe quando, quantos ainda vão chegar e o que irão necessitar (...) (Girassol).

(...) considerar as especialidades que o hospital é referência, como: queimados; vascular; CIT onde os pacientes com intoxicação exógena dependem bastante trabalho; as hemorragias digestivas que chegam sangrando e vem para o hospital por ter plantão de endoscopia (Gérbera).

O serviço de emergência está inserido em uma instituição de saúde e ensino que é referência para atendimentos em saúde de média e alta complexidade. Na proposta de atendimento em saúde do SUS⁽²⁴⁾, organizado pelo estado e município, os usuários que chegam ao HU deveriam vir referenciados pelas unidades básicas de saúde, o contato preferencial dos usuários com o primeiro nível da atenção à saúde, para então, serem encaminhados, quando necessário, ao serviço que disponibiliza atendimento de média e alta complexidade. Contudo, como o hospital é um ponto de referência dentro da comunidade e muitos usuários se dirigem diretamente a ele em busca de atendimento e

resolução dos problemas de saúde, há um aumento da demanda espontânea, sem que haja um encaminhamento adequado por parte das unidades básicas de saúde.

Os usuários que necessitam do serviço de emergência vêm transferidos das Unidades de Pronto Atendimento do município (instituídas a partir de 2009), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, iniciado em 2006, em parceria com o resgate do Corpo de Bombeiros e da Polícia Rodoviária Federal, que atende a região, seguindo assim, a lógica de uma rede regionalizada e regulada, na perspectiva de melhorar a execução dos serviços de emergência em saúde⁽²⁴⁾.

Com a instituição de uma rede reguladora no atendimento pré-hospitalar, observa-se o agravamento das situações de saúde dos casos trazidos para o serviço de emergência e, conseqüentemente, do aumento da complexidade do cuidado de enfermagem.

No entanto, as diretrizes do Ministério da Saúde na Portaria GM Nº. 2.048 de 2002⁽²⁵⁾ e Portaria GM Nº. 1.020 de 2009⁽²⁶⁾ para implementação das redes locais de atenção integral às urgências e emergências e atendimento hospitalar, ressaltam que são necessários recursos humanos adequados e capacidade diária de realizar atendimentos, definindo o quantitativo mínimo do profissional médico por plantão e, em relação à equipe de enfermagem, coloca a necessidade de um Enfermeiro coordenador e Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em quantidade suficiente para atendimentos de emergência dos serviços nas 24 horas, no entanto, sem quantificá-los.

Nota-se, nas Portarias do Ministério da Saúde, a dificuldade em prever o quantitativo de pessoal de enfermagem, pois é referenciada somente a necessidade de pessoal de enfermagem o suficiente para realizar o cuidado nas 24 horas, no entanto, qual seria a quantidade suficiente?

Esta dificuldade em prever as ações do processo de trabalho e o dimensionamento de pessoal de enfermagem, com base no atendimento da demanda espontânea e dos casos encaminhados pela rede reguladora, pode ser identificada no depoimento a seguir:

O dimensionamento de pessoal na emergência é difícil de realizar; precisa-se pensar nos pacientes que estão na cirúrgica, na reanimação, na medicação e nos pacientes das macas e os que estão no repouso, e nos que vão chegar (...) (Lírio).

(...) ser visto também que, o paciente que chega à emergência, precisa

ter o tempo de trabalho diferente do tempo de trabalho destinado para um paciente que interna no andar. Quando chega, o paciente precisa de punção venosa, passagem de sondas, gasometria, por vezes é entubado, levado para tomografia, inicia medicações, apazamentos de horários, providenciar os medicamentos, enfim, necessita de tudo (Margarida).

Assim, evidencia-se que o dimensionamento de pessoal de enfermagem necessita de organização com base no conhecimento científico e há escassez de produções acerca do tema.

Para o atual cenário de trabalho no SEA, com base na literatura, nas entrevistas, na observação e na experiência prática, pode-se dizer que os indicativos para o dimensionamento de pessoal em enfermagem em emergência devem considerar a organização do processo de trabalho, bem como a articulação do serviço com a rede de saúde.

Deste modo, os **indicativos quantitativos** para subsidiar o dimensionamento de pessoal de enfermagem no SEA HU-UFSC são: a quantidade diária de usuários atendidos; o grau de dependência do usuário para o cuidado de enfermagem; o tempo de cuidado; o tempo efetivo de trabalho; a carga de trabalho; as ausências previstas e não previstas, a estrutura e a planta física.

Estes indicativos quantitativos que foram apontados no estudo, principalmente referidos na fala dos Enfermeiros também estão identificados na literatura^(3,16,20,21, 27, 28). Deste modo, pode-se dizer que, em relação aos aspectos quantitativos, não surgiram novos parâmetros para avaliar o dimensionamento de pessoal.

No entanto, com este estudo, acredita-se que há necessidade de que os indicativos quantitativos sejam avaliados nos locais de trabalho, para que efetivamente sejam utilizados no dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. Estes indicativos quantitativos ainda não são avaliados em nosso serviço de emergência, portanto, é necessário considerá-los no nosso contexto de trabalho.

Entretanto, além dos aspectos quantitativos, a pesquisa aponta fatores que constituem os **indicativos qualitativos** que precisam ser considerados ao prover o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência, que são: a dinâmica, a missão e o caráter da instituição (hospital escola); o modelo assistencial; o perfil da equipe de trabalhadores^(3,20,21,27,28); a imprevisibilidade de um serviço de emergência; a organização do trabalho para atendimento à demanda espontânea e à demanda por turno de trabalho; as referências de média e alta complexidade; e as especialidades e patologias de referências. Há necessidade de considerá-los no dimensionamento da força de trabalho,

porém, não existe indicação de como transformá-los em parâmetros mensuráveis para prever o dimensionamento de pessoal.

Os demais fatores, no entanto, não aparecem na literatura, ou seja, são novos parâmetros qualitativos que foram identificados e que também devem ser considerados no dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência.

Há de se pensar um método para considerar todos os fatores intervenientes de caráter qualitativo e sua interrelação com os parâmetros quantitativos. Há ainda, a necessidade de se pensar em um fator, por exemplo, multiplicador, que expresse estes indicativos qualitativos em dados mensuráveis, no sentido de transformá-los em números para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem para o serviço de emergência.

Pode-se afirmar que há evidência da necessidade de pesquisas no campo assistencial, em que somente uma resolução, um modelo ou dados isolados não abrangem a dimensão da organização do trabalho de enfermagem. Logo, faz-se necessário que os Enfermeiros identifiquem parâmetros e indicativos de quantidade e fatores intervenientes de qualidade, com resultados integrados, que em conjunto poderão subsidiar a previsão adequada do quantiquantitativo de trabalhadores de enfermagem, o que irá contemplar a especificidade e particularidade dos locais de trabalho e corresponderá às expectativas do usuário, do trabalhador e da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que este estudo possa contribuir para as reflexões acerca do dimensionamento de pessoal, especialmente, para os serviços de emergência, haja vista a lacuna que se tem no conhecimento científico nesta área. Neste sentido, ao se pensar em dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência, considera-se que existem indicativos quantitativos, fatores qualitativos intervenientes e que há a necessidade em se fomentar estudos para utilizar e testar o conhecimento com vistas ao embasamento científico do dimensionamento de pessoal e da articulação com o processo de trabalho de enfermagem.

Como vimos, o quantiquantitativo de pessoal de enfermagem é um dos problemas difíceis e complexos que se tem para resolver nos cenários de trabalho, por possuir várias facetas e estar inserido na rede de atendimento à saúde dos usuários. Mais do que fórmulas, este trabalho aponta para a necessidade de se considerar os indicativos qualitativos no dimensionamento de pessoal, os quais são específicos de

instituição para instituição. Há que se aprofundar a reflexão para se buscar estratégias em que estes aspectos qualitativos possam ser considerados e expressos em número de trabalhadores. Este é um desafio ainda a ser vencido e que este trabalho não pretendia esgotar..

Precisa-se pensar em métodos para dimensionar os trabalhadores de enfermagem, considerando, portanto, a articulação com o processo de trabalho, assim como seu impacto na satisfação dos usuários, da instituição e dos trabalhadores, visando o desenvolvimento do cuidado de enfermagem seguro.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Manual operacional do projeto de investimento para a qualificação do sistema único de saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2009. [citado em: 14 out 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_Qua liSUS.pdf.
2. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2a. ed. São Paulo: AnnaBlume/ CNTSS; 2008.
3. Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenador. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Gelbcke FL. Relatório Gestão 2004-2008. Diretoria de Enfermagem Hospital Polidoro Ernani de São Thiago. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
5. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev latinoam Enferm* 2010;18(4):770-77.
6. Blackburn S. Dicionário Oxford de filosofia. [tradução: Desidério Murcho et al]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
7. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.[citado em: 18 abr 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/indicadores.pdf>.
8. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. Santa Catarina: Secretaria Estado Saúde, 2009. [citado em: 17 set 2009]; Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/01_01_01.html.
9. Vieira APM, Kurcgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos

- constitutivos segundo percepção de enfermeiros. *Acta Paul Enferm* 2010;23(1): 11-5.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a. ed. São Paulo: HUCITEC; 2008.
11. Gil AC. Como elaborar um projeto de pesquisa. 4a. ed. São Paulo: Atlas; 2009.
12. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. [tradução: Luciana de Oliveira da Rocha]. 2a. ed. Porto Alegre: Artemed; 2007.
13. Pires D, Lorenzetti J, Gelbcke FL. Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável. In: Anais 62º. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2010 out 11-15; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEN; 2010.
14. Gaidzinski R, Fugulin FMT. Condições de trabalho e segurança profissional: a influência do dimensionamento de pessoal dos trabalhadores de enfermagem. In: Anais 62º. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2010 out 11-15; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEN; 2010.
15. World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization (SW) [citado em 2011 Jan 5]. World Alliance for Patient Safety. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.
16. Gonçalves L. Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de internação [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
17. Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall'agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2009 [citado 2010 Mar 22]; 62(4):[cerca de 4 p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400020&lng=pt
18. Gelbcke FL *et al.* Trabalho, saúde, cidadania e enfermagem: produção do conhecimento do Grupo Práxis. Texto & contexto-enfermagem [série online] 2008 Out-Dez [citado em: 05 Jan 2010];17(4):[7telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
19. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Decreto Nº 94.406 de 8 de junho de 1987- Regulamenta a Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Consolidação da Legislação e Ética Profissional. In: Pires DEP, Bellaquarda MLR, Zago AT, Matos E, organizadores. Série

Cadernos Enfermagem. Vol 1. Florianópolis: Quorum Comunicação; 2010. p.64-9.

20. Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. [Tese Livre-docência] - São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 1998.

21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem. [citado em: 10 Jun 2010]. Disponível em: www.portalcofen.gov.br.

22. Perroca MG. Instrumento de classificação de pacientes de perroca: validação clínica [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.

23. Schmoeller R, Matos E, Gelbcke FL, Padilha MFC, Mesquita MPL, Benedet SA. Instrumento para classificação do grau de dependência de usuários: um estudo para contribuir no dimensionamento de pessoal. In: Anais: 15º. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Enfermagem: conhecimento, cuidado e cidadania. 2009 jun 8-11; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro: TecArt Editora; 2009.

24. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Apostila Serviço de Atendimento Médico de Urgência. Núcleo de Educação em Urgência. Escola de Saúde Pública de Santa Catarina 2006. [citado em: 20 Set 2010]. Disponível em:

http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf.

25. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº. 2.0448 de 5 de novembro de 2002. Atendimento Hospitalar. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3a ed. Cap. V. Série E Legislação e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

26. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº. 1.020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais/regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde. Brasília: 2009. [citado em: 22 Dez 2010]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html.

27. Lima AFC, Kurganct P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem [Internet] 2009 [citado em: 2010 Mar 22]; 62(2): [cerca de 5p]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000200010&lng=pt.

28. Mazur CS. Aspectos quali-quantitativos do dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma realidade cirúrgica de um hospital de ensino [dissertação]. Curitiba (PR): Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2007.

6 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo foi construído a partir de questionamentos acerca dos indicativos e parâmetros que são necessários para dimensionar o pessoal de enfermagem para o serviço de emergência adulto.

Entendo que o dimensionamento de pessoal e sua articulação com o processo de trabalho são fatores que interferem na realização de um cuidado de enfermagem seguro. Nesta perspectiva, desenvolvi o presente estudo a partir da realidade específica do Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina. Procurei conhecer o processo de trabalho da equipe de enfermagem, no qual estão inseridos aspectos objetivos, mas também, a subjetividade do trabalhador, pois em determinados momentos, o processo de trabalho envolve tantas atividades que parecem formar um emaranhado delas. O desenvolvimento destas atividades acontece tal qual uma rede, tamanha complexidade do trabalho de enfermagem no serviço de emergência adulto.

O referencial teórico do trabalho de enfermagem e os pressupostos do GRUPO PRÁXIS-UFSC deram suporte à pesquisa ao auxiliar na compreensão do trabalho como uma atividade que conduz à satisfação das nossas necessidades e, por meio dele, é que produzimos as condições de existência, modificamos a natureza, exercemos a cidadania, produzimos conhecimentos e evoluímos.

Ao compilar as publicações científicas acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais e, mais especificamente em serviço de emergência adulto, verificamos que, no Brasil, os estudos referem-se principalmente a unidades de internação, havendo pouco conhecimento acerca de serviços específicos como os serviços de emergência. Estes estudos com suas especificidades são imprescindíveis para a organização do trabalho de enfermagem, entretanto, a pouca expressividade na divulgação da produção técnico-científica dificulta o conhecimento da realidade dos diversos locais de trabalho, principalmente, no que concerne ao dimensionamento de pessoal nos serviços de emergência adulto.

Nesta pesquisa busquei construir indicativos para o dimensionamento de pessoal no serviço de emergência adulto, tomando por base a observação do trabalho da equipe de enfermagem, as entrevistas com Enfermeiros, o conhecimento prático e, aliado a estes, os dados da literatura. Assim, inferimos que para o atual cenário de trabalho, existem indicativos quantitativos que devem ser considerados

quando se dimensiona a força de trabalho. São eles:

- a quantidade de usuários atendidos por dia;
- o grau de dependência do usuário para o cuidado de enfermagem;
- o tempo de cuidado;
- o tempo efetivo de trabalho;
- a carga de trabalho;
- as ausências previstas e não previstas;
- a satisfação do usuário e do trabalhador;
- a estrutura e a planta física.

Estes indicativos quantitativos que foram apontados no estudo, sobretudo os referidos nas falas dos Enfermeiros, também estão identificados na literatura. Deste modo, pode-se dizer que em relação aos aspectos quantitativos, não surgiram novos parâmetros para avaliar o dimensionamento de pessoal.

No entanto, com este estudo, acredita-se que há a necessidade de que os indicativos quantitativos sejam avaliados nos locais de trabalho, para que efetivamente sejam utilizados no dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. Estes indicativos quantitativos ainda não são avaliados em nosso serviço de emergência, portanto, é necessário considerá-los no nosso contexto de trabalho.

Entretanto, além dos aspectos quantitativos, a pesquisa aponta fatores que constituem os indicativos qualitativos que precisam ser considerados ao prover o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. São eles:

- a dinâmica, a missão e o caráter da instituição (hospital/escola);
- o modelo assistencial;
- o perfil da equipe de trabalhadores;
- a imprevisibilidade de um serviço de emergência;
- a organização do trabalho para atendimento:
 - a demanda espontânea;
 - a demanda por turno de trabalho;
 - as referências de média e alta complexidade;
 - as especialidades e patologias de referências.

Quanto aos indicativos qualitativos, há inferência de alguns deles na literatura, entre eles, a dinâmica, a missão e o caráter da instituição, ou seja, no sentido em que é um hospital escola; além do modelo assistencial, estrutura e planta física, e o perfil dos trabalhadores. Nesse sentido, é preciso considerá-los no dimensionamento da força de trabalho, porém, não há indicação de como transformá-los em parâmetros mensuráveis para prever o dimensionamento de pessoal.

Os demais fatores, no entanto, não aparecem na literatura, ou seja, são novos parâmetros qualitativos que foram identificados e que também devem ser considerados no dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. Também é possível se pensar em um fator multiplicador, por exemplo, que expresse estes indicativos qualitativos em dados mensuráveis, no sentido de transformá-los em números.

Concluí-se que para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem é preciso ir além das fórmulas e métodos e aprofundar essas reflexões na busca de estratégias, cujos aspectos qualitativos possam ser considerados e expressos em número de trabalhadores. Este é um desafio ainda a ser vencido e este trabalho não deu conta de especificar, sendo este um limite desse estudo.

É com este olhar que devemos compreender a organização do trabalho no serviço de emergência adulto, ou seja, como integrante de um sistema de atendimento aos agravos de saúde dos usuários, em que existem vários componentes com inúmeras reentrâncias e nível elevado de dificuldade no gerenciamento, porém, que necessitam estar harmonicamente moldadas para que, em uma sequência lógica e coordenada, sejam articuladas para vislumbrar a organização do cenário no qual realizamos o trabalho de enfermagem.

Ao dimensionar o quantiquitativo de pessoal é preciso considerar a organização do trabalho para além da ordem, de normas e rotinas. Desta forma, há que se considerar a organização do processo de trabalho de enfermagem como um processo coletivo que envolve as relações de trabalho entre trabalhadores, usuários e instituição, assim como, as relações estabelecidas com as demais instituições integrantes do sistema de saúde.

As dificuldades no dimensionamento de pessoal de enfermagem e a articulação com o processo de trabalho devem ser vistos como ferramentas para iniciar mudanças ou adequações, com possibilidades reais de novos caminhos para a organização da assistência de enfermagem partindo de nossa prática e no intuito de gerar conhecimento, organizar, fortalecer, dar credibilidade e visibilidade ao trabalho de enfermagem nas instituições de saúde.

Ressaltamos que nossa intenção não foi identificar o dimensionamento quantiquitativo de pessoal para o serviço de emergência e, sim, oportunizar a reflexão acerca da temática em estudo, incluindo aspectos quantitativos, qualitativos e articulação com o processo de trabalho, acreditando que a integração possa contribuir para o dimensionamento de pessoal, resultando na assistência segura e correspondendo às expectativas do usuário, do trabalhador e da

instituição.

O interesse pelo tema em estudo não se encerra aqui, apenas aponta caminhos que necessitam ser trilhados em busca da provisão do quadro de pessoal de enfermagem e da sua articulação com o processo de trabalho para a realização do cuidado seguro, uma vez que somos uma equipe de trabalho formada por profissionais com conhecimento, contudo, passíveis de erros, e o que buscamos é conhecimento para melhorar as condições de trabalho.

No cenário atual da sociedade, ainda não é possível eliminar o trabalho, mas podemos criar condições favoráveis para sua realização. Desta forma, devemos começar paulatinamente e com pequenas mudanças em um turno ou setor, afinal, não podemos esperar que a organização do nosso trabalho seja planejada em outra dimensão e realidade. As pequenas ações nos locais de trabalho de enfermagem podem interferir em mudanças organizacionais na instituição e estende-se à sociedade. O desafio proposto é o de gerar mudanças neste fazer e estas são algumas questões que merecem ser exploradas em estudos futuros.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 1901. Tradução: Alfredo Bosi. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ALMEIDA, Paulo J. S. **O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência**. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ALMEIDA, Paulo J. S; PIRES, Denise E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 617-29, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 13 setembro 2009.

BATISTA, Karla de Melo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse do Enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 534-9, 2006.

BAYKAL, Ulku; SEREN Seyda; SOKMEN Serap. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. **European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society**, v. 13, n. 5, p. 368-375, 2009

BECK, Carmem Lúcia Colomé. **Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**. Série Teses em Enfermagem. Florianópolis: UFSC; 2001.

BLACKBURN, Simon. **Dicionário Oxford de filosofia**. Tradução Desidério Murcho et al. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional do projeto de investimento para a qualificação do sistema único de saúde**. Ministério da Saúde: Secretaria-Executiva, Diretoria de Programa. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_QualiSUS.pdf>. Acesso em: 14 abril 2010>.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 196/96**: contendo as

Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 10 outubro 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/.../Manual>. Acesso em: 18 setembro 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **QualiSUS: Ações e Programas**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20388>. Acesso em: 15 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS**. Documento Base para Gestores. 3ª.ed. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em: 19 setembro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Série B. Textos Básicos de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização: Ambiência. Textos Básicos de Saúde. Série B. Brasília: 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_1163_FL.pdf>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 110112 de junho de 2002**. Brasília, DF: 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em 14 abril 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 399 de 22 de fevereiro**

de 2006c. Divulga o Pacto pela Saúde: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> . Acesso em 14 abril 2010.

_____. Estado de Santa Catarina. **Deliberação 062/CIB/09.** Secretaria de Estado da Saúde, Florianópolis: 2009. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/.../cib/deliberacoes/deliberacoes2009/DELIBERA CAO%20062-CIB-16-07-09.doc –. Acesso em 14 abril 2010.

BUCHAN, James. A target in hard times. **Nursing Standard**, v. 24, n. 9, p. 26-27, 1987.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde.** Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 18 abril 2010.

CAPELLA, Beatriz B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem.** Pelotas: Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1996.

CARRARO, Telma E. **Mortes maternas por infecções puerperais:** os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis. 1998. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

COLLET, Neusa et al. Método funcional na administração em enfermagem: relato de experiência. **Revista Bras. Enferm.**, Brasília, v. 47, n.3, p. 258-264, jul/set. 1994.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 189/1996a.** Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 07 maio 2009.

_____. **Resolução nº. 293/2004b.** Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 07 maio 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (Brasil). **O exercício da enfermagem em instituições de saúde no Brasil 1982/1983**: força de trabalho em enfermagem. v.1. Rio de Janeiro: COFEN/ABEn, 1985.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. Série Cadernos Enfermagem. v. 1. Florianópolis: Quorum Comunicação, 2010a.

_____. **Coren/SC se posiciona sobre Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços de Emergência**. Disponível em: http://www.coren-sc.org.br/?pagina=empresa/protocolo_manchester. Acesso em: 20 setembro 2010b.

_____. **Parecer COREN/SC Nº. 001/CT/2009**: Acolhimento em Urgência e Emergência com Classificação de Risco. Disponível em: http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/CT_001_2009_Classificacao_de_Risco.pdf. Acesso em: 19 setembro 2010.

_____. **Portal COREN**. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br>>. Acesso em: 08 maio 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. **História da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm>>. Acesso em: 15 outubro 2009.

COELHO, Mônica F; CHAVES, Lucieli D.P; ANSEMI, Maria L. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf>. Acesso em: 12 outubro 2010.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e misto. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2007.

CRUZ, Eliane Bezerra Silva. **Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem**: perspectivas para Vigilância à Saúde [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação da USP, 2006.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 3, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 setembro 2010.

DIVISÃO AUXILIAR DE PESSOAL-DAP. Hospital Universitário. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS-DPI. Hospital Universitário. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

DÍAZ, Ma. Del Carmen Montoya. **Lesões osteomusculares entre trabalhadores de um hospital mexicano e a ocorrência de absenteísmo**. (tese). São Paulo: Programa de Pós-Graduação da USP, 2008.

EATON-SPIVA, Lee Anna; BUITRAGO, Paola; TROTTER, Lisa et al.. Assessing and redesigning the nursing practice environment. **The Journal of Nursing Administration**, v. 40, n. 1, p. 36-42, 2010.

FARIAS, Fernanda Anajas Caldas. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto-socorro** especializado em afecções cardiovasculares [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FUGULIN, Fernanda M. T; GAIDZINSKI, Raquel R; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-America Enfermagem**. v. 13, p. 8-78, jan./fev. 2005.

GAIDZINSKI, Raquel R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. Tese (Livre-docência) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

GAIDZINSKI, Raquel R.; FUGULIN, Fernanda M. T.; CASTILHO Valéria. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT P.(Coord.) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GANONG, Lawrence H. Integrative Review of Nursing Research. **Res Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987.

GARCIA, Eliana A. **Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

GARLET, Estela Regina *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2 de Junho de 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 setembro 2010.

GELBCKE, Francine L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador** [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

_____. **Relatório Gestão 2004-2008**. Diretoria de Enfermagem, Hospital Polidoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina. 2008.

GELBCKE, Francine L. *et al.* Trabalho, saúde, cidadania e enfermagem: produção do conhecimento do Grupo Práxis. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em :
<<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso: 03 maio 2009.

GELBCKE, Francine L. *et al.* **Planejamento estratégico participativo.** Diretoria de Enfermagem Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

GELBCKE, Francine L.; SOUZA, Lúcia Amante de; SASSO Grace M. Dal *et al.* Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p. 136-9, 2009.

GIL, Antônio C. **Como elaborar um projeto de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, Flávia Valério de Lima. **Artigos, roupas e ambientes:** recomendações para equipe assistente. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. 2008. Disponível em: http://www.santacasago.org.br/docs/Artigos_Roupa_e_Ambientes_Recomendacoes_para_Equipe_Assistente.pdf. Acesso em: 21 setembro 2010.

GONÇALVES, Mariana Brandão Lourenço; FISCHER, Frida Marina. Condições de trabalho de auxiliares de enfermagem de um instituto de ortopedia e traumatologia de um hospital público de São Paulo. **Cad. psicol. soc. Trab.**, v. 7, p. 51-65, 2004.

HASSON, Henna; ARNETZ, Judith E. A comparative study of nursing staff, care recipients' and their relatives' perceptions of quality of older people care. **International Journal of Older People Nursing**, v. 5, n. 1, p. 5-15, 2010.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HU-UFSC. **Rotinas do setor de emergência adulto.** Documentos Setor Emergência Adulto, 2010.

HONÓRIO, Maria Terezinha. **Política de gestão de recursos materiais em enfermagem:** uma construção coletiva [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0515.pdf>. Acesso em: 20 setembro 2010.

KURCGANT, Paulina; CUNHA, Kathia C; GAIDZINSKI, Raquel R.

Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. **Revista Enfoque**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 79-81, set. 1989.

LOURENÇO, Karina Gomes; CASTILHO, Valéria. Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n.1, p. 15-20, 2007.

LUCATELLI, Marcos Vinícius. **Proposta de aplicação da manutenção centrada em confiabilidade em equipamentos médico-hospitalares** [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Engenharia Elétrica, Universidade Federal de Santa Catarina. 2002. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PEEL0780.pdf>. Acesso em: 21 setembro 2010.

MAGALHÃES, Ana M.M; RIBOLDI, Caren O; DALL'AGNOL, Clarice M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 4, p. 608-12, 2009.

MAGALHÃES, Ana M. M; DUARTE, Érica R. M; MOURA, Gisela M.S. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 16, n. ½, p. 5-16, 1995.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. Santa Catarina: Secretaria Estado Saúde, 2009. 3 v. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/01_01_01.html>. Acesso em: 17 setembro 2009.

MARX, Karl. **O capital**. v. I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MATOS, Eliane. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites** [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Enfermagem UFSC; 2002.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise E. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Texto e contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.11, n.1, p.187-205, jan/abr. 2002.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na

enfermagem. **Texto e contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p. 508-514, 2006.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 setembro 2010.

MARTINS, Eleine Aparecida P; HADDAD, Maria do Carmo L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.8, n.2, p.74-82, 2000.

MATSUSHITA, Mari S.; ADAMI, Nilce P.; CARMAGNANI, Maria Isabel S. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.1, mar. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 04 maio 2009.

MERCOSUR Educativo. **Sistema ARCU-SUR**: Sistema de Acreditación de Carreras Universitárias para reconocimiento regional de la calidad academica de sus respectivas titulaciones em el MERCOSUR y estados Asociados. Manual de Procedimento. Rede de Agencias Nacionales de Acreditación, 2008. Disponível em: www.sicmercosul.mec.gov.br. Acesso em: 08 agosto 2009.

MILOS, Paulina; LARRAIN, Ana Isabel; SIOMONETTI, Marta. Categorización de serviços de enfermería. Proposta para assegurar uma atencion de calidad em tiempos de escacez de enfermeras. **Ciência y Enfermería**, v. 15, n. 1, p. 12-24, 2009.

MINAYO, Maria C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, Maria C.S; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, jul./set., 1993.

MINAYO, Maria Cecília S; DESLANDES, Suely F. Análise da

implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abril 2010.

MONTEZELI, Juliana H; LOPES, Anabely A. Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 239-244, 2006.

NEWHOUSE, Robin P. Clinical guidelines for nursing practice: are we there yet? **The Journal of Nursing Administration**, v. 40, n. 2, p. 57-59, 2010.

NICOLA, Anair L; ANSELMINI, Maria L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, abr. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso: 04 maio 2009.

OHARA, Renato. **Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto-socorro** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2010.

PANKNIN, Hardy-Thorsten. Does downsizing of nursing personnel have consequences for the quality of hospital treatment? **Kinderkrankenschwester: Organ Der Sektion Kinderkrankenpflege / Deutsche Gesellschaft Für Sozialpädiatrie Und Deutsche Gesellschaft Für Kinderheilkunde**, v. 28, n. 12, p. 491-497, 2009.

PERROCA, Márcia G. **Instrumento de classificação de pacientes de Perroca**: validação clínica [tese]. São Paulo (SP): Escola de

Enfermagem da USP; 2000.

PERROCA, Márcia G. Instrumento para classificação de pacientes: opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 42 n.4, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso: 04 maio 2009.

PERROCA, Márcia G; GAIDZINSK Raquel R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 32, Supl. A, p.153 -158, 1998.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. _____ . **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: AnnaBlume/ CNTSS, 2008.

_____. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. Universidade Federal de Santa Catarina. **Instrução Normativa 06/PEN/2009**. Disponível em: <http://www.pen.ufsc.br/conteudo.php?&sys=bd&id=40>. Acesso em: 23 agosto 2010.

POLLIT, Denise; BECK, Cheryl T, HUNGLER Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTAL, Kelly Magnus; MAGALHÃES, Ana Maria Müller. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 2, p. 246-53, 2008.

PRÁXIS - GRUPO DE ESTUDOS SOBRE TRABALHO, CIDADANIA, SAÚDE E ENFERMAGEM. Departamento de Enfermagem e Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC. Disponível em: <<http://www.grupopraxis.ufsc.br>>. Acesso em: 12 setembro 2009.

RABELLO, Tânia Soares. **Supervisão em enfermagem como processo educativo**: limites e possibilidades. (Dissertação) Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

RAMOS, Flávia R.S; DO Ó, Jorge R. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde.

Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n. 29, p. 259-270, abr./jun. 2009.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE.

RIPSA. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2005/indicadores.pdf>.

Acesso em: 18 abril 2010.

RIGOTTO, Raquel M. Investigando a Relação entre Saúde e Trabalho.

In: ROCHA, Lys E.; RIGOTTO, Raquel M.; BUSCHINELLI, José T.P.

(Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1994.

RODRIGUES, Francisco Carlos Pinto; LIMA, Maria Alice Dias Silva.

A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Rev Gaúcha Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 314-22, 2004.

ROSSI, Flavia Raquel; SILVA, Maria Alice Dias da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, dez. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2010.

SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE. Hospital Universitário. Universidade Federal de Santa Catarina. **Movimento Geral**. 2009.

SCAPIM Elizabeth P; TIVERON Ellen R; MARVULO Marilda ML.

Dimensionamento de pessoal em uma unidade de observação de um Pronto Socorro. **Nursing**, v. 10, n. 112, p. 412- 418, 2007.

SHIROMA, Lícia M. **Políticas de humanização do SUS:** Implantação no Serviço de Emergência Adulto e sua Influência na Organização do Trabalho em Saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVA, Évena Emiliania; CAMPOS, Luciana de Freitas. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 502-7, 2007.

SOUZA, Adalbi C. **O Itinerário terapêutico das famílias de crianças com diarreia.**

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

TRENTINI Mercedes, PAIM Lígia. **Pesquisa convergente assistencial.** Florianópolis: Insular, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1990.

VIEIRA, Ana Paula Mirarchi; KURCGANT, Paulina. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010.

VIGNA, Cinthia P; PERROCA, Márcia G. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Arquivos Ciências Saúde.** v. 14, n.1, jan/mar. 2007. Disponível em: <www.cienciasdasaude.famerp.br>. Acesso em: 04 maio 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE REGISTRO DA OBSERVAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO

**FORMULÁRIO CRIADO COM BASE NAS OBSERVAÇÕES DE RIGOTTO
(1994)**

**PESQUISA: CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO
DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA**

Data: /.... /2010 Início:.....h. Término:.....h.

Local de trabalho a partir da observação com enfoque:

- Ambiente de trabalho.
- Relações de trabalho.
- Organização e divisão do trabalho.
- Material e equipamentos disponíveis.
- Fatores que facilitam o trabalho.
- Fatores que dificultam o trabalho.

NOTAS DESCRITIVAS (descrição de cenários, dos participantes, relatos de atividades)	NOTAS REFLEXIVAS (considerações pessoais e as impressões)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: **Construindo Indicativos para o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Emergência**. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, no qual consta o telefone e endereço do pesquisador principal, para o caso de dúvidas com relação ao projeto e à sua participação.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof. Dra. Francine Lima Gelbcke (fgelbcke@ccs.ufsc.br). Fone: (0xx48) 37219164 / 37219165.

PESQUISADORA PRINCIPAL: Roseli Schmoeller (roseli@hu.ufsc.br). Rod. Amaro Antônio Vieira, 2008. Bl.03-Apt. 201, Itacorubi, Florianópolis, SC. CEP: 88034-101. Fone: (0xx48) 9967-8734 / 33343991 / 37219157.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa tem como objetivo refletir criticamente acerca do processo de trabalho de enfermagem nos serviços de emergência e propor indicativos que contribuam para repensar o dimensionamento de pessoal neste serviço. A realização do estudo justifica-se uma vez que pretende contribuir com realidades específicas no processo de trabalho de enfermagem, com vistas a um adequado dimensionamento de pessoal de enfermagem para que a equipe de trabalho possa oferecer e realizar um adequado cuidado de enfermagem.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Se concordar em participar, será realizada uma entrevista semiestruturada, grupo focal e análise documental. Estas estratégias de pesquisa poderão ser gravadas, filmadas ou fotografadas, mediante ciência do participante após a transcrição dos dados para posterior análise dos dados.

RISCOS E DESCONFORTOS: O estudo será realizado por meio da técnica de aplicação de uma entrevista semiestruturada, da

observação e da realização de grupos focais. Estes procedimentos não acrescentam riscos além dos quais os participantes já estão expostos. Poderá ocorrer desconforto se o entrevistado for arguido sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e o processo de trabalho no local de trabalho.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Não será utilizado o nome do participante no levantamento de dados, mesmo em possível publicação científica deste estudo.

Após leitura do presente termo, eu, _____, abaixo assinado, declaro meu consentimento para participar como sujeito deste estudo. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos, métodos, confidencialidade e anonimato, bem como do meu direito de desistir a qualquer momento.

Nome: _____

Assinatura _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Roseli Schmoeller

COREN-SC 98288

Florianópolis, ____/____/____

APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS

PESQUISA: CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data: /..... /2010.

Início:..... Término:.....

Nome Fictício:.....

Idade:..... Sexo: Masc.() Fem.()

Tempo de formação:..... Instituição de formação:

Formação complementar: sim () não ()

Qual.....

Turno de trabalho: diurno () noturno()

B – PERGUNTAS DIRECIONADAS AO TEMA:

Gostaria de salientar que não existe o certo ou errado e que são apenas as suas respostas.

1. O que você sugere que deva ser considerado (como indicativo) para calcular o número de trabalhadores necessários para prestar um cuidado de enfermagem no serviço de urgência e emergência?
2. O dimensionamento de pessoal influencia de algum modo na realização do seu trabalho e no trabalho em equipe? Sim () ou Não ()? De que maneira?
3. Quais as facilidades que você encontra no trabalho com este número de pessoal?
4. Quais as dificuldades que você encontra no trabalho com este número de pessoal?
5. Com relação a esse assunto, você gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE D - SOLICITAÇÃO DE CIÊNCIA E PARECER PARA REALIZAR PESQUISA NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE



De: Roseli Schmoeller, Enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC

Para: Direção Geral do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

Venho por meio deste, apresentar o Projeto de Dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e solicitar autorização para coleta de dados nesta instituição no setor de emergência. Se autorizada a pesquisa, os dados serão disponibilizados após análise e o nome da instituição somente será identificado na pesquisa e em possíveis publicações científicas se permitido por ela.

O projeto de dissertação tem como linha de pesquisa a **Organização do Trabalho em Saúde**, mais especificamente, a organização do trabalho de enfermagem, com objetivo de refletir criticamente acerca do processo de trabalho de enfermagem nos serviços de emergência, propondo indicativos que contribuam para repensar o dimensionamento de pessoal neste serviço. Para o alcance do objetivo, pretendo realizar estratégias de investigação como: observação do trabalho desenvolvido, entrevistas e formação de grupos com os trabalhadores de enfermagem, além da análise de documentos que possam auxiliar a compreensão do modo como se organiza o trabalho desta categoria profissional na instituição. Nas estratégias investigativas poderei utilizar-me de material audiovisual como fotografia, filmagens e gravações de voz. Será garantindo aos participantes o sigilo e anonimato de sua colaboração, segundo os preceitos éticos da pesquisa.

Entendo ser de fundamental importância para a enfermagem, a investigação sobre o processo de provisão de recursos humanos baseado em dados objetivos e subjetivos, que subsidiem o processo de gerenciamento do cuidado de enfermagem e que vá ao encontro da satisfação dos profissionais e dos usuários, afinal, não basta aplicarmos

cálculos matemáticos com dados objetivos e subjetivos, sem discutirmos a organização e o processo de trabalho de enfermagem.

Contando com o apoio desta instituição de saúde para o desenvolvimento de minha proposta de estudo, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos e desde já agradeço.

Florianópolis, março de 2010.

Atenciosamente,

Md^a. Roseli Schmoeller
Pesquisadora Principal/Orientanda
rschmoeller@gmail.com
48-99678734 / 48-33343991

Prof.^a Dr.^a Francine Lima Gelbcke
Pesquisadora Responsável/Orientadora



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e, como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA**, que cumpre os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, março de 2010

Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

APÊNDICE E - PROTOCOLO COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PESQUISA: CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

Certificado	Página 1 de 1
 <p style="font-size: small;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Instituto de Gestão, Ensino Núcleo de Estudos em Políticas Sociais e Humanas</p>	<p style="text-align: center;">CERTIFICADO Nº 113</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPES) da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela Portaria N.º 7054/99 de 04 de novembro de 1999, mediante o processo nº 01/2010, aprovou o projeto de pesquisa intitulado "CONSTRUINDO INDICATIVOS PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA" desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) titular do projeto de pesquisa, o(a) senhor(a) ROSELIANE DE OLIVEIRA, inscrita no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CEPES sob o nº 141954.</p> <p style="text-align: center;">APROVADO</p> <p>PROCESSO: 012 EP: 220412</p> <p>TÍTULO: Construção de Indicativos para Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem para os Serviços de Urgência e Emergência</p> <p>AL FINE: Pesquisa científica em saúde humana</p>
	<p style="font-size: small;">ELDERSON DE OLIVEIRA 24 de Novembro de 2010</p>  <p style="font-size: small;">Coordenador do CEPES/UFSC</p> <p style="font-size: small;">Prof. Rosângela Paula de Souza Coordenadora do CETS/UFSC</p>
<p>http://www.cen.ufsc.br/protoco-cep/certificacao/certificado.php?id_mesatitu=812 30/3/2010</p>	

ANEXOS

ANEXO A - ROTINAS DO SETOR DE EMERGÊNCIA ADULTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
EMERGÊNCIA ADULTO

ROTINAS DO SETOR DE EMERGÊNCIA ADULTO

I ROTINAS DE ATIVIDADES DIÁRIAS DO ENFERMEIRO(A):

1.1 GERAIS:

Cumprir as atribuições do Enfermeiro, conforme abaixo:

- Cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem e da Seção;
- Promover e manter o bom relacionamento nas linhas hierárquicas e estimular o trabalho em equipe;
- Manter um bom entrosamento com as outras seções do hospital e outras instituições;
- Participar de reuniões/comissões/cursos que a instituição oferece;
- Realizar reunião com seu turno a cada 2 (dois) meses ou sempre que necessário;
- Fazer as avaliações de desempenho de sua equipe anualmente;
- Promover a integração docente/assistencial;
- Zelar pela humanização, qualidade do atendimento, prevenção de acidentes no trabalho, organização do setor;
- Liderar a equipe de enfermagem do turno de trabalho;
- Observar a apresentação pessoal da equipe de enfermagem e orientar, se necessário (cabelos presos, uniforme limpo e completo, unhas limpas, sapato fechado, evitar excesso de adereços);
- Não utilizar fone de ouvido durante o trabalho;
- Não se ausentar do setor sem comunicar;
- Só sair do plantão após a chegada do Enfermeiro que irá rendê-lo e após a passagem do plantão, exceto se autorizado pela chefia;

- Registrar trocas de plantão na pasta específica;
- Colaborar com a chefia do serviço por meio de sugestões para melhorias;
- Treinar equipe de enfermagem/enfermeiros/bolsistas novos no setor;
- Desenvolver e/ou colaborar em pesquisa;
- Participar na elaboração e/ou atualização de procedimentos, rotinas e normas;
- Manter a chefia imediata informada das ocorrências da seção;
- Realizar avaliação dos funcionários do seu turno ou participar de bancas de avaliação quando solicitado pela chefia;
- Orientar e supervisionar a utilização do material de consumo, permanente e equipamento;
- Observar a limpeza e organização geral da unidade (camas, mesas, banheiros, lixeiras, pias, *hampers*, criado mudo etc.);
- Orientar, avaliar e supervisionar a assistência de enfermagem ao cliente segundo os padrões de assistência de enfermagem;
- Receber e passar o plantão, juntamente com a equipe de enfermagem. A passagem deverá ser objetiva (fatos importantes, intercorrências, pendências, providências a serem tomadas, etc.);
- Ler o livro de ocorrências, verificando avisos, informes e pendências para dar continuidade ao trabalho;
- Conferir a escala de funcionários e verificar a presença de todos. Caso algum funcionário esteja ausente, verificar anotação na escala, no livro de ocorrências, verificar troca na pasta e tentar contato telefônico na tentativa de obter informações sobre a ausência;
- Identificar na escala original (sala da chefia de enfermagem), por meio de círculo, a ocorrência de atestado médico na data que foi comunicado. Se necessário, providenciar a cobertura;
- Realizar visita aos clientes internados/observação, verificando prioridades, necessidades e encaminhamentos;
- Fazer supervisão das rotinas assistenciais (punção venosa: identificação, datas, flebite, curativos, checagem das prescrições, troca de soluções, higiene corporal etc.);
- Supervisionar a execução e checagem das prescrições médicas e de enfermagem;
- Agilizar internações, altas, transferências, coletas de exames,

marcações de exames, pedidos de parecer, etc.;

- Identificar e protocolar pertences dos clientes e entregar para acompanhante/familiar ou encaminhar para clínica junto ao paciente;
- Identificar, protocolar e guardar em cofre (sala da chefia) objetos de valor (dinheiro, jóias, telefone celular, carteiras, cartões, dentaduras, armas, etc.);
- Registrar informações importantes/agravantes relativas ao cliente, no livro de ocorrências.
- Aprazar prescrições médicas de acordo com a rotina e necessidade do cliente;
- Auxiliar em procedimentos médicos ou delegar um auxiliar/técnico em enfermagem;
- Contribuir com a equipe para o bom andamento do serviço;
- Realizar procedimentos específicos do Enfermeiro (SVD, SNG, SNE, gasometria) salvo em casos de solicitação do Enfermeiro;
- Observar e orientar quando houver necessidade, o desenvolvimento de técnicas realizadas pela equipe, o cuidado com equipamentos e a privacidade do cliente;
- Verificar a reposição de materiais e solicitar quando houver necessidade;
- Supervisionar a organização dos prontuários;
- Auxiliar e supervisionar o controle dos psicotrópicos;
- Verificar a necessidade e solicitar a avaliação de outros profissionais (nutrição, serviço-social, etc.);
- Prever as medicações (coletiva) de uso diário e repassar ao bolsista para realizar a solicitação na farmácia:
 - Diurno: observar o encaminhamento das prescrições médicas e o pedido de medicações coletivas pelo escriturário;
 - Final de semana/Noturno: encaminhar os pedidos/prescrições para a farmácia. Realizar a coletiva de medicações do SEI quando houver necessidade.
- Atentar para o encaminhamento do cliente para cirurgia e exame especializado, observando o preparo, medicação e prontuário;
- Escalar funcionário para acompanhar/encaminhar os clientes em exames e transferências;
- Prestar informações, dentro de sua capacidade e

disponibilidade, sobre o estado clínico do cliente aos seus familiares;

- Providenciar cobertura da escala, na ausência da chefia;
- Manter a médico de plantão informado sobre alterações clínicas dos clientes;

1.2 DO REPOUSO

- Receber e passar plantão;
- Fazer evolução/ histórico/ prescrição dos clientes internados no repouso conforme segue:
 - Manhã: leitos 1, 2, 3, 4 e isolamento
 - Tarde: leitos 5, 6, 7, 8, 9
 - Noite: 10, 11, 12
 - Finais de semana e Feriados:
 - Dia: leitos 1, 2, 3, 4, 5, 6 e isolamento
 - Noite: 7, 8, 9, 10, 11, 12;
- Assistir ao cliente conforme prioridade;
- Supervisionar: controle do carro de emergência, gaveta de medicações dos clientes, checagem das prescrições, rouparia, troca das soluções, execução da prescrição de enfermagem, cuidados com fluidoterapia, alimentação e higiene do cliente, controle de material permanente, etc.
 - Horário de banhos do repouso:
 - Manhã: leitos 1, 2, 3, 4 e isolamento
 - Tarde: leitos 5, 6, 7, 8
 - Noite: leitos 9, 10, 11, 12
- Orientar o paciente e acompanhante logo na sua entrada no repouso quanto a: não permissão de entrada de alimentos e televisão, horário de visitas, horário de refeições, horário de banho e trazer material de higiene pessoal;
- Ao proceder a internação, a enfermeira deve: registrar no livro de registro de pacientes, encaminhar AIH para bater internações, registrar nome do paciente no quadro branco, identificar o leito, orientar o paciente/acompanhante quanto ao horário de visitas, horário de banho, horário de refeições.
- Orientar cliente/familiar sobre alta;
- Ao proceder a alta/transferência, a enfermeira deve: retirar todos os papéis da prancheta e anexar ao prontuário, encaminhar ao SAME, registrar no livro de registro de pacientes, retirar o nome do quadro branco, dar alta no censo

informatizado, entregar exames de imagem ao paciente, entregar receitas, orientar quanto ao uso de medicações prescritas e sobre retorno, se houver;

- Supervisionar o controle dos psicotrópicos e antibióticos/receita médica;
- Chamar o laboratório, RX ou eletrocardiograma para realização de exames sempre que necessário;
- Registrar no pedido o horário que foi chamado o funcionário para realização do exame;
- Realizar técnicas de enfermagem específicas do Enfermeiro ou delegar quando estiver impossibilitado de realizá-las;
- Verificar leitos disponíveis nas clínicas de internação;
- Discutir com médico *staff* de plantão sobre os pacientes que serão transferidos;
- Verificar o cliente que será transferido para outra clínica, observando punção, higiene e curativo. Orientá-lo quanto à transferência. Providenciar folha de informações complementares de enfermagem registrando as condições de transferência do cliente. Caso o mesmo tenha tido alterações de SSVV naquele dia, proceder nova verificação antes de sua transferência.
- Passar plantão do cliente que será transferido para a enfermeira da clínica de internação;
- Informar ao auxiliar/técnico em enfermagem a clínica e leito para o qual o paciente será transferido, para que o mesmo leve o paciente e seus pertences (objetos próprios, medicações, prontuário, RX, pedidos de exames, parecer, etc.)
- O paciente deverá ser transferido em cadeira ou maca;

1.3 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA INTERNA (SEI):

SALA DE REANIMAÇÃO:

- Supervisionar o controle de material (vencimento, condições das embalagens e falta dos mesmos);
- Supervisionar a testagem do oxigênio, sistema de aspiração, cardioversores, cabo e lâminas de laringoscópio, ambú e máscaras;
- Supervisionar o controle dos psicotrópicos e fazer o pedido via computador, conforme receitas (período da manhã);

- Supervisionar a conferência dos psicotrópicos vindos da farmácia e controle dos mesmos (período da tarde);
- Evitar ao máximo deixar clientes internados ou em observação nesta sala, somente em casos extremamente necessários;
- Coordenar a equipe no atendimento de Emergência, deixando sempre 1 (um) membro da equipe atendendo os demais pacientes no posto de enfermagem;
- Nos atendimentos de Urgência/Emergência/Procedimentos invasivos, retirar da sala outros clientes, se houver condições. Na impossibilidade, mantê-lo com biombos, observando sua privacidade;
- Retirar os pertences dos clientes durante o atendimento de Emergência (próteses dentárias, jóias, documentos, dinheiro, telefone celular, roupas, etc.) e entregá-las assim que possível aos familiares, fazendo-os assinar o protocolo. Na ausência de familiares ou responsável, guardar devidamente identificado no cofre ou armário 4;
- Manter as macas da reanimação sempre desocupadas;
- Os procedimentos de risco para o paciente devem ser realizados na sala de reanimação;
- Após o atendimento ao cliente providenciar a limpeza da sala, dos equipamentos e a reposição dos materiais/medicamentos, repor e lacrar o carro de parada, se utilizado;
- Manter a sala sempre pronta para qualquer Emergência que surgir.

POSTO DE ENFERMAGEM / SALA DE MEDICAÇÃO / SALAS CIRÚRGICAS

- Passar visita aos clientes internados observando a data de troca dos equipos, punção venosa (flebite, condições da película ou curativo, data da troca, etc.), o funcionamento da bomba de infusão, SNG ou SNE (gotejamento, troca da dieta, aceitação, diarreia, etc.), as condições de higiene do cliente, queixas, eliminações, edemas, etc.;
- Providenciar as internações;
- Ao proceder a internação, a enfermeira deve: registrar no livro de registro de pacientes, encaminhar AIH para bater internações, identificar o leito, orientar o paciente/acompanhante quanto ao horário de visitas e horário das refeições;

- Agilizar altas, transferências, etc.;
- Orientar cliente/familiar para alta;
- Ao proceder a alta/transferência, a enfermeira deve: retirar todos os papéis da prancheta e anexar ao prontuário, encaminhar ao SAME, registrar no livro de registro de pacientes, dar alta no censo informatizado, entregar exames de imagem ao paciente, entregar receitas, orientar quanto ao uso de medicações prescritas e sobre retorno, se houver;
- Verificar leitos disponíveis nas clínicas de internação;
- Discutir com médico *staff* de plantão os pacientes que serão transferidos;
- Verificar o cliente que será transferido para outra clínica, observando punção, higiene e curativo. Orientá-lo quanto à transferência. Providenciar folha de informações complementares de enfermagem, registrando as condições de transferência do cliente. Caso o mesmo tenha tido alterações de SSVV naquele dia, proceder nova verificação antes de sua transferência.
- Passar plantão do cliente que será transferido para a enfermeira da clínica de internação;
- Informar ao auxiliar/técnico em enfermagem a clínica e leito para a qual o paciente será transferido, para que o mesmo leve o paciente e seus pertences (objetos próprios, medicações, prontuário, RX, pedidos de exames, parecer, etc)
- O paciente deverá ser transferido em cadeira ou maca;
- Identificar todos os clientes internados com nome e clínica responsável;
- Encaminhar os clientes para exames;
- Supervisionar / atualizar os livros de destino de pacientes;
- Supervisionar a organização dos consultórios, reposição de materiais, troca de soluções, etc.;
- Auxiliar na assistência ao cliente sempre que necessário;
- Assistir ao cliente conforme prioridade;
- Chamar o laboratório, RX ou eletrocardiograma para a realização de exames sempre que necessário;
- Registrar no pedido o horário em que o funcionário foi chamado para realização do exame;
- Realizar técnicas de enfermagem específicas do Enfermeiro ou delegar outro quando estiver impossibilitado de realizá-las;

- Estar atento às prioridades na recepção (acolhimento);
- Estar atento para a necessidade de isolamento, orientando e mantendo as proteções necessárias;
- Evitar a internação de clientes em consultórios e autorizar apenas em casos extremos;

II ROTINAS DE ATIVIDADES DIÁRIAS DO AUXILIAR/TÉCNICO (A) EM ENFERMAGEM:

2.1 GERAIS:

Cumprir as atribuições do auxiliar/técnico em enfermagem, conforme abaixo:

- Cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem e da Seção;
- Promover e manter o bom relacionamento nas linhas hierárquicas e estimular o trabalho em equipe;
- Manter um bom entrosamento com as outras seções do hospital e outras instituições;
- Participar de reuniões/comissões/cursos que a instituição oferece;
- Participar de bancas de avaliações quando solicitado;
- Promover a integração docente/assistencial;
- Zelar pela humanização, qualidade do atendimento, prevenção de acidentes no trabalho e organização do setor;
- Zelar pela apresentação pessoal (cabelos presos, uniforme limpo e completo, unhas limpas, sapato fechado, evitar excesso de adereços);
- Não utilizar fone de ouvido durante o trabalho;
- Não se ausentar do setor sem comunicar;
- Somente sair do plantão após a passagem do mesmo ou com autorização do Enfermeiro de plantão (só poderá ser liberada a saída antes da passagem de plantão de 1 (um) componente da equipe. Os demais deverão aguardar a passagem).
- Registrar trocas de plantão na pasta específica;
- Colaborar com a chefia do serviço por meio de sugestões para melhorias;

- Participar do treinamento de auxiliares/técnicos de enfermagem/enfermeiros/bolsistas novos no setor;
- Desenvolver e/ou colaborar em pesquisas;
- Participar na elaboração e/ou atualização de procedimentos, rotinas e normas;
- Manter a enfermeira informada das ocorrências da seção;
- Observar e realizar/solicitar a limpeza e organização geral da unidade (camas, mesas, banheiros, lixeiras, pias, *hampers*, criado mudo etc.);
- Realizar a assistência de enfermagem ao cliente segundo os padrões de assistência de enfermagem;
- Estar presente pontualmente para a passagem de plantão conforme seu horário (7:00h, 13:00h, 19:00h);
- Receber o plantão, juntamente com a equipe de enfermagem;
- Ler o livro de ocorrências, verificando avisos, informes e pendências para dar continuidade ao trabalho;
- Executar a checagem das prescrições médicas e de enfermagem;
- Identificar e protocolar pertences dos clientes e entregar para acompanhante/familiar ou encaminhar para clínica junto ao paciente;
- Auxiliar em procedimentos médicos ou de enfermagem;
- Contribuir com a equipe para o bom andamento do serviço;
- Observar o cuidado com equipamentos;
- Atentar para a privacidade do cliente;
- Verificar a reposição de materiais no final de cada turno;
- Realizar o controle dos psicotrópicos;
- Encaminhar o cliente para cirurgia ou exame especializado, observando o preparo, medicação e prontuário;
- Colaborar com coberturas de escala;
- Somente administrar psicotrópicos mediante receita médica branca preenchida corretamente e completamente, exceto em casos de urgência, em que o médico deverá fornecer a receita logo após cessar o procedimento.
- Executar as técnicas específicas do Enfermeiro quando solicitado pelo mesmo;
- Protocolar os pertences do cliente em livro específico. Sempre que possível, entregar os pertences aos familiares.
- Fazer a troca dos *hampers* ao final de cada turno e/ou quando

necessário;

2.2 DO REPOUSO

- Participar da passagem de plantão;
- Assistir ao cliente conforme prioridade;
- Manter os cuidados de rotina com fluidoterapia, punção venosa, curativos, sondagens etc.;
- Repor o carro de emergência quando utilizado;
- Auxiliar ou dar as refeições aos pacientes dependentes;
- Auxiliar nas eliminações;
- Orientar e auxiliar na coleta de exames;
- Fazer controle dos materiais gerais;
- Realizar as atividades de enfermagem respeitando, na medida do possível, a vontade e cultura e crenças do paciente:
 - Horário de banhos para pacientes dependentes:
 - Manhã: leitos 1, 2, 3, 4 e isolamento
 - Tarde: leitos 5, 6, 7, 8
 - Noite: leitos 9, 10, 11, 12
 - Os pacientes independentes podem tomar banho nos horários que for conveniente. O aux./técnico em enfermagem do turno fornecerá a roupa de cama, o pijama e o sabonete.
- Chamar o laboratório, RX ou eletrocardiograma para realização de exames sempre que necessário;
- Registrar no pedido o horário que foi chamado o funcionário para realização do exame;
- Verificar o cliente que será transferido para outra clínica, observando punção, higiene e curativo. Orientá-lo quanto à transferência. Providenciar folha de informações complementares de enfermagem registrando as condições de transferência do cliente. Caso o mesmo tenha tido alterações de SSVV naquele dia, proceder nova verificação antes de sua transferência.
- Transferir o paciente e seus pertences (objetos próprios, medicações, prontuário, RX, pedidos de exames, parecer, etc.) para as clínicas conforme solicitação do Enfermeiro; Atentar para levar o livro de protocolo dos pertences nas transferências dos clientes;
- Atentar para o retorno dos equipamentos/ materiais do setor quando transferir pacientes para outras clínicas ou hospitais;

- O paciente deverá ser transferido em cadeira ou maca;
- Encaminhar exames para o laboratório;
- Buscar medicações na farmácia;
- Conferir gavetas de medicações;
- Fazer as observações complementares no final do turno;
- Manter o livro do destino dos pacientes atualizado;
- Manter o quadro de clientes atualizado;
- Arrumar a rouparia no final do turno;
- Manter limpo e organizado o setor e a copa;
- Trocar as soluções;
- Solicitar a limpeza do leito quando da alta do cliente.

2.3 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA INTERNA (SEI): SALA DE REANIMAÇÃO:

- Fazer o controle de material (vencimento, condições das embalagens e falta dos mesmos);
- Testar as saídas de oxigênio, sistema de aspiração, cardioversores, cabo e lâminas de laringoscópio, ambú e máscaras;
- Realizar o controle dos psicotrópicos e repassar para a enfermeira fazer o pedido via computador, conforme receitas (período da manhã);
- Conferir os psicotrópicos vindos da farmácia (período da tarde);
- Evitar ao máximo deixar clientes internados ou em observação nesta sala, somente em casos extremamente necessários;
- Ficar sempre 1 (um) membro da equipe atendendo aos demais pacientes no posto de enfermagem quando houver atendimento de urgência;
- Nos atendimentos de Urgência/Emergência/Procedimentos invasivos, retirar da sala de reanimação outros clientes. Na impossibilidade, mantê-lo com biombos, observando sua privacidade;
- Retirar os pertences dos clientes durante o atendimento de Emergência (próteses dentárias, jóias, documentos, dinheiro, telefone celular, roupas, etc.) e entregá-las assim que possível aos familiares, fazendo-os assinar o protocolo. Na ausência de familiares ou responsáveis, guardar devidamente identificado no cofre ou armário 4;

- Manter as macas da reanimação sempre desocupadas;
- Os procedimentos de risco para o paciente devem ser realizados na sala de reanimação;
- Após o atendimento ao cliente, providenciar a limpeza da sala, dos equipamentos e a reposição dos materiais/medicamentos e repor e lacrar o carro de parada, se utilizado;
- Manter a sala sempre pronta para qualquer Emergência que surgir.

ANEXO B - ATRIBUIÇÕES DOS FUNCIONÁRIOS DE EMERGÊNCIA ADULTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
EMERGÊNCIA ADULTO**

ATRIBUIÇÕES DOS FUNCIONÁRIOS DE EMERGÊNCIA ADULTO:

CUIDADOS INTEGRAIS DOS PACIENTES DO REPOUSO

No início de cada plantão, o Enfermeiro deve deixar registrado em suas anotações os nomes dos funcionários com as respectivas divisões para quando alguma solicitação for feita diretamente para o funcionário responsável.

FUNCIONÁRIO 1 DO REPOUSO – R1

- Leitos 1, 4, 6, 9, 12 cuidados integrais;
- Realizar os banhos do turno;
- Registrar no livro de pacientes e quadro branco as alterações referentes aos pacientes sob sua responsabilidade;
- Reposição de soros e materiais do posto de enfermagem;

FUNCIONÁRIO 2 DO REPOUSO – R2

- Leitos 2, Isolamento, Leito 7 e 10;
- Realizar os banhos do turno;
- Registrar no livro de pacientes e quadro branco as alterações referentes aos pacientes sob sua responsabilidade;
- Organizar posto de enfermagem e balcão de prescrição, lavar material do hipoclorito e repor solução nos horários de rotina;

FUNCIONÁRIO 3 DO REPOUSO – R3

- Leitos 3, 5, 8 e 11;
- Realizar os banhos do turno;
- Registrar no livro de pacientes e quadro branco as alterações referentes aos pacientes sob sua responsabilidade;
- Trocar *hampers* do repouso, organizar roupa e, no turno da

- tarde, a roupa que vem da lavanderia deve ser arrumada.
- Solicitar roupas para o noturno, se necessário.

DIVISÃO DE CUIDADOS NO SEI

FUNCIONÁRIO DA SALA DE MEDICAÇÃO VERDE

Exceto noite, final de semana e feriado:

- Mediar os pacientes encaminhados para esta sala, que serão aqueles que não ficarão em observação. Estes pacientes serão medicados e liberados pelo apenas pelo médico;
- Repor material, medicação e organizar a sala no final do turno.

FUNCIONÁRIO DA SALA CIRÚRGICA

- Conferir material estéril e saídas de gases das salas cirúrgica e de reanimação;
- Repor e manter em ordem a sala cirúrgica e sala de procedimentos;
- Auxiliar nos procedimentos na sala cirúrgica;
- Lavar instrumentais, ambús e encaminhar a CME;
- Levantar pacientes atendidos na sala cirúrgica para RX, centro cirúrgico e medicá-los;
- Preparar e puncionar o paciente atendido na cirúrgica, que será internado;
- Durante o noturno o funcionário da cirúrgica ajuda no SEI.

FUNCIONÁRIOS DA SALA DE MEDICAÇÃO AMARELA

- Abrir e fechar o controle de psicotrópicos;
- Mediar os pacientes da sala de medicação e internados (clínica médica e cirúrgica);
- Conferir gavetas de medicações;
- Registrar no livro de pacientes o nome dos pacientes que internam, são transferidos ou recebem alta;
- Lavar os materiais do balde de hipoclorito e repor solução nos horários de rotina;
- Organizar e repor o posto de enfermagem do SEI;
- Paciente que chegar à reanimação será atendido por um dos funcionários que estiver na sala de medicação amarela e um dos funcionários que estiver com os pacientes das macas.

FUNCIONÁRIOS RESPONSÁVEIS PELOS PACIENTES DAS MACAS OU INTERNADO NA REANIMAÇÃO

- Realizar todos os cuidados, exceto medicação;
- Encaminhar pacientes da sala de medicação e internados para RX e outros exames;
- Fazer folhinhas de observações complementares dos que já estão internados e dos que internarem no período;
- Puncionar pacientes que internam;
- Levar pacientes transferidos para clínicas;
- Organizar e trocar lençóis dos consultórios;
- Trocar *hampers*;
- Paciente que chegar à reanimação será atendido por um dos funcionários que estiver na sala de medicação amarela e um dos funcionários que estiver com os pacientes das macas.

**ESTA DIVISÃO É APENAS PARA FACILITAR O TRABALHO,
NÃO SIGNIFICANDO QUE A EQUIPE NÃO POSSA SE
AJUDAR, O BOM SENSO DEVE SEMPRE PREVALECER.**