

# GERENCIAMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM POR LINHA DE CUIDADO: UMA PROPOSTA SOB A ÓTICA DA GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Flavia Cristina Morone Pinto\*

Érica Larissa Marinho Souto de Albuquerque\*\*

## RESUMO

A Gestão por Linha de Cuidado visa ao acompanhamento e desenvolvimento de diretrizes assistenciais com foco nas necessidades e expectativas de cada unidade assistencial. Objetiva-se com este trabalho descrever uma proposta de gestão por linha de cuidado como estratégia para instrumentalizar gestores de enfermagem para o processo decisório no contexto hospitalar. Trata-se de um relato de experiência, realizada sob a ótica da gestão baseada em evidências. A metodologia desta proposta foi desenvolvida em um hospital geral de grande porte, localizado em Recife/PE, no ano de 2012 (de janeiro a dezembro). As Linhas de Cuidado Integral foram mapeadas a partir de dados e indicadores coletados retrospectivamente no preenchimento do formulário de Diagnóstico Estratégico, pelo gestor ou supervisor setorial de enfermagem, com recorte para os meses de abril, maio, junho e julho de 2012. O dimensionamento de pessoal de Enfermagem pode ser definido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais, necessário para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos usuários e dos trabalhadores. Devem ser considerados como parâmetros adicionais ao dimensionamento do quadro de enfermagem o Índice de Segurança Técnica, em que deverá ser acrescida proporcionalmente a cobertura relativa ao absenteísmo, à rotatividade, às férias e folgas. Este valor, segundo a Resolução COFEN nº293/04, não deve ser inferior a 15% do total. A partir do mapeamento das linhas de cuidado projetou-se a necessidade de pessoal (técnicos e enfermeiros) para o atendimento, de acordo com o perfil de cada área (tempo de cuidado dispensado e nível de assistência). Ainda foram avaliadas nesta proposta a qualificação e educação continuada do corpo de enfermagem e a segurança do paciente. Apesar de este processo ter sido motivado inicialmente por indicadores de desempenho organizacionais, cujo foco estava na gestão de qualidade, foi na gestão baseada em evidências que esta proposta se consolidou. Então, a partir do foco na ampliação do *know-how* e reorientação das ações, constituiu-se a gestão por linhas de cuidados.

**Palavras-chave:** Gerenciamento do Serviço de Enfermagem. Gestão Hospitalar. Gestão Baseada em Evidências. Cuidado de Enfermagem

\* Doutora em Fisiopatologia e Ciências Cirúrgicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Brasil. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil. Pesquisadora RHA/E/CNPq, vinculada a POLISA/UFPE.

fcmorone@gmail.com

\*\* Residência de Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco.

lalaglico@hotmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

Na área hospitalar, o serviço de enfermagem apresenta-se como um dos maiores desafios para o gestor, que deverá tomar decisões e planejar a assistência de forma segura e que atenda às demandas inerentes às ações do cotidiano de cada unidade. É comum, neste cotidiano, o gestor deparar-se com situações adversas que necessitam de soluções imediatas, como absenteísmo, dobras de colaboradores, e a taxa de ocupação hospitalar, por exemplo. Ainda sim, com o advento dos programas de gestão pela qualidade, programas de acreditação hospitalar e segurança do paciente, as exigências tanto da alta administração quanto dos próprios clientes têm aumentado a demanda de solicitações à gerência de enfermagem. Porém, com um mínimo de aprofundamento o gestor observará que estas adversidades e solicitações podem ser mitigadas quando há um planejamento do cuidado por unidade assistencial, aqui denominado “Gestão por Linhas de Cuidados”.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades (MERHY; ONOCKO, 1997), visando à construção da Linha de Cuidado. A linha de cuidado pode ser considerada fio condutor do processo de trabalho em enfermagem. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro do sistema de saúde (FRANCO; FRANCO, 2012).

Objetiva-se com este trabalho descrever uma proposta de gestão por linha de cuidado como estratégia para instrumentalizar gestores de enfermagem para o processo decisório no contexto hospitalar.

## 2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um relato de experiência. A proposta para gerenciamento do serviço de enfermagem foi aplicada no ano de 2012 (de janeiro a dezembro) em um hospital geral de grande porte, localizado em Recife/PE.

Optou-se pela gestão baseada em evidências, inspirada na Medicina Baseada em Evidências (MCKIBBON *et al.*, 1996), movimento que procura melhorar a prática profissional pelo recurso das evidências produzidas pela investigação ou práticas. Por meio da combinação da experiência e da investigação procura-se encontrar soluções para os múltiplos problemas diários existentes.

Assim, poderíamos definir a medicina baseada em evidências como medicina baseada na redução de incertezas. [...] essa redução pode ser obtida pela realização de sínteses críticas, ou seja, revisões sistemáticas e, com elas, diretrizes baseadas em evidências, para utilização na prática dos profissionais de saúde. (ATALLAH, 2004, p. 27).

Para Pfeffer e Sutton (2006), assim como a medicina, a administração só é dominada com a prática e a experiência. Neste sentido, a gestão baseada em evidências tem como desafio a tomada de decisões com base na mais recente e na melhor informação disponível sobre o que de fato funciona.

As variáveis do estudo foram construídas na lógica da gestão baseada em evidências, a partir de observação sistemática das rotinas e práticas empregadas por gestores de enfermagem, em seus processos gerenciais de trabalho e tomada de decisão. Somou-se a estas observações a categorização dos processos assistenciais de trabalho a partir do conjunto de atos assistenciais definidores dos projetos terapêuticos, que definem a Linha do Cuidado. Cecílio e Merhy (2003) consideram que:

O cuidado em saúde se projeta a partir de uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa. E, a linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 98).

Neste sentido as variáveis deste estudo são: Dimensionamento do quadro de Enfermagem por linha de cuidado; Qualificação e Educação Continuada da Equipe de Enfermagem; e, Segurança do Paciente: Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos.

As Linhas de Cuidado Integral foram mapeadas a partir de dados e indicadores coletados retrospectivamente do preenchimento do formulário de Diagnóstico Estratégico (Figura 1) pelo gestor ou supervisor setorial de enfermagem, com recorte para os meses de abril, maio, junho e julho de 2012. Não foram contempladas neste estudo as áreas de Bloco Cirúrgico, Recuperação pós-anestésica e Central de Material Esterilizado.

GERENCIAMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM POR LINHA DE CUIDADO:  
UMA PROPOSTA SOB A ÓTICA DA GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Figura 1: Formulário para Diagnóstico Estratégico

<b>DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO</b>						
<b>PERFIL:</b>	<input type="checkbox"/> Emergência	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Pediatria
<b>SETORES/ANDARES:</b>						
<b>Indicadores de Resultados Clínicos</b>	<b>Referência</b>	<b>abr/12</b>	<b>mai/12</b>	<b>jun/12</b>	<b>jul/12</b>	
Nº de Leitos Ativos/Operacionais						
Taxa de Ocupação						
Nº de Pacientes Admitidos/Atendidos						
Nº de Pacientes Atendidos: Amarelo						
Nº de Pacientes Atendidos: Verde						
Nº de Pacientes Atendidos: Vermelho						
Média de Permanência						
Nº de Pacientes Moradores (> 90 dias)						
Taxa de Infecções Hospitalares - Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)						
Taxa de Infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central na UTI Adulto						
Taxa de Pneumonia associada a ventilação mecânica na UTI Adulto						
Taxa de Infecção do Trato Urinário Associada a Sonda Vesical na UTI Adulto						
Nº de Cirurgias Realizadas						
Nº de Altas Hospitalares						
Nº de Óbitos						
Taxa de Mortalidade						
Total de Não Conformidades						
Total de Eventos Adversos						
Total de Eventos Sentinelas						
<b>Indicadores de Administrativos</b>	<b>Referência</b>	<b>abr/12</b>	<b>mai/12</b>	<b>jun/12</b>	<b>jul/12</b>	
Nº de Enfermeiros						
Proporção de Enfermeiros:Leito						
Nº de Técnicos de Enfermagem						
Proporção de Técnicos:Leito						
Nº de Enfermeiros em Funções Administrativas						
Nº de Técnicos em Funções Administrativas						
Índice de Absenteísmo						
Turnover						
Nº de Folgas						
Nº de Dobras de Plantão						
Nº de Reforços Solicitados						
Nº de Reforços Cedidos						
Nº de Horas Extras (em horas: minutos)						
Nº de Demissões						
Nº de Admissões						
% de Efetivação após período de Experiência - Gestor/Supervisor						
% de Efetivação após período de Experiência - Enfermeiro						
% de Efetivação após período de Experiência - Técnico de Enfermagem						
Nº de Chamados da Ouvidoria - Elogios						
Nº de Chamados da Ouvidoria - Reclamação						
<b>Indicadores de Qualificação/Educação Continuada</b>	<b>Referência</b>	<b>abr/12</b>	<b>mai/12</b>	<b>jun/12</b>	<b>jul/12</b>	
Hora/Homem de Treinamentos						
% de colaboradores Treinados						
% de Eficácia dos Treinamentos Ministrados						
Tempo dedicado à Reunião/Encontros Estratégicos (supervisor e gestor)						
Nº de Enfermeiros Especialistas						
Nº de Enfermeiros Mestres						

Fonte: Elaborado pelos autores (2012).

Após o preenchimento da ficha de diagnóstico estratégico, os dados foram tabulados e apresentados em forma de relatório à alta administração do hospital.

Metodologicamente, serão descritos a seguir alguns conceitos para perfeita compreensão da proposta.

A Linha de Cuidado apresenta de forma integral toda assistência que poderá ser prestada ao cliente. Definida a Linha de Cuidado, especificam-se as Unidades de Cuidado, que são locais ou setores onde os clientes receberão os cuidados essenciais.

As Linhas de Cuidado Transversal são definidas como Unidades de Entrada para os clientes, que podem ser as Emergências, Ambulatórios/Consultórios ou Blocos Cirúrgicos ou como Unidades de Intervenção Cirúrgica, Tratamento Especial ou Intensivo, para pacientes internados.

As Unidades de Apoio dão suporte ao diagnóstico e ao plano terapêutico que deverá ser implementado. A Unidade de Reabilitação é aquela orientada para a recuperação física e psicológica dos clientes.

A Unidade de Cuidado Intermediário é aquela que oferecerá suporte ao atendimento do cliente, seja na Linha de Cuidado Essencial ou Transversal, para continuidade do cuidado ao cliente, internado ou em acompanhamento ambulatorial.

Quadro 1: Dimensões consideradas para avaliação em cada Linha de Cuidado  
(continua)

Acesso	Atendimentos de Urgência e Emergência	nº médio de pacientes atendidos nas emergências nº médio de pacientes atendidos por classificação de risco: verde, amarelo e vermelho média de permanência nas emergências
	Admissões/Internamento no Setor	nº médio de admissões
	Procedimentos Cirúrgicos - Eletivo/Emergência	nº médio de cirurgias realizadas
Efetividade	Altas	nº médio de altas hospitalares
	Óbitos	nº de óbitos <i>versus</i> causas (no período) taxa de mortalidade hospitalar taxa de mortalidade de recém-nascido (RN) por faixa de peso taxa de mortalidade cirúrgica
Qualidade e Segurança	Infecção Hospitalar	taxa de infecções hospitalares relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI taxa de infecção do trato urinário (ITU) associada à sonda vesical em UTI
	Ocorrências de Eventos e Não Conformidades (no período)	nº de não conformidades* nº de eventos adversos** nº de eventos sentinelas***
	Eficiência e Desempenho	nº médio de leitos operacionais taxa de ocupação média de permanência nº de pacientes moradores (> 90 dias) nº médio de chamados da ouvidoria – elogios e reclamações

Quadro 1: Dimensões consideradas para avaliação em cada Linha de Cuidado  
(conclusão)

Gestão de Pessoas	Dimensionamento da Equipe de Enfermagem <sup>1</sup>	nº de enfermeiros proporção de enfermeiro por leito em 24 horas de assistência nº de técnicos de enfermagem proporção de técnico de enfermagem por leito em 24 horas de assistência nº de enfermeiros em funções administrativas nº de técnicos de enfermagem em funções administrativas
	Indicadores de Recursos Humanos (RH)	índice de absenteísmo rotatividade de pessoal ( <i>turn over</i> ) nº médio de folgas por mês nº médio de dobras de plantão por mês nº médio de reforços solicitados por mês nº médio de reforços cedidos por mês nº médio de horas extras por mês
Indicadores de Qualificação e Educação Continuada		hora/homem de treinamentos tempo médio dedicado à reunião e encontros estratégicos nº de enfermeiros especialistas nº de enfermeiros mestres

Fonte: Elaborado pelos autores (2012) com base no documento da Organização Nacional de Acreditação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2000).

Notas: \* Não Conformidades (NC)= Falta de cumprimento ou não atendimento a um requisito especificado no Sistema de Qualidade.

\*\* Evento Adverso (EA)= Complicação, incidente, iatrogenia ou erro. Os EA, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, organizacionais e/ou técnicos.

\*\*\* Evento Sentinela (ES)= Qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano ou morte.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cenário escolhido para aplicação desta proposta foi um hospital geral de grande porte, com aproximadamente 800 leitos ativos, e cerca de 3.000 colaboradores ativos, sendo da área de competência da gerência de enfermagem pouco mais de 1.900 colaboradores, destes: 1.500 técnicos de enfermagem, 374 enfermeiros, 19 supervisores de enfermagem e 14 gestores de enfermagem.

A título de explicação, supervisores e gestores de enfermagem, apesar de apresentarem níveis de responsabilidades diferentes, foram igualmente envolvidos no processo que visava inclusive uniformizar esta nomenclatura, de modo a manter apenas um dos níveis hierárquicos, seja o de gestor ou o de supervisor. Porém, este aspecto não tem relevância neste momento.<sup>1</sup>

Os gestores e supervisores de enfermagem foram convidados a participar e a se integrarem à proposta por meio de reuniões mensais, em que cada um apresentava

<sup>1</sup> Dimensionamento da Equipe de Enfermagem - Parâmetros de base: Fugulin (2002; 2005) e Fugulin, Gaidzinski e Castilho (2010).

os indicadores da sua unidade. Pode-se dizer que eles foram conhecendo a proposta aos poucos, para que pudessem entender e amadurecer a ideia, pois se tratava de algo inovador. Esta reunião tornava os gestores coparticipantes e corresponsáveis de todos os processos e tomadas de decisões. A gerência de enfermagem apresentava os indicadores globais, sendo que cada encontro acontecia uma vez no mês e durava aproximadamente 4 horas. Estes encontros foram chamados de “C.H.A.” da Enfermagem, cujo acrônimo se refere a conhecimento (C), habilidades (H) e atitudes (A), sendo estas características transformadoras e que devem ser desenvolvidas no plano gerencial. A Metodologia “C.H.A.” já está bem consolidada e difundida na área de gestão por competências (DUTRA, 2004a, 2004b). Os encontros contavam com a participação de gestores de outras áreas, como Diretoria médica, Educação Continuada, Comissão de Infecção Hospitalar, dentre outros, favorecendo a transdisciplinaridade.

A adesão dos gestores e supervisores de enfermagem foi excelente. Os encontros geravam debates e análises bem aprofundadas sobre os indicadores apresentados, além de ter proporcionado maior integração da equipe de gestores e supervisores de enfermagem. Feldman, Ruthes e Cunha (2008) discutem sobre a aplicação da metodologia C.H.A. na enfermagem, abordando como eixos estruturantes a criatividade e a inovação:

A criatividade e a inovação são, portanto, elementos-chave para o aprimoramento organizacional e para que, especificamente, a Enfermagem encontre alternativas para solucionar problemas no âmbito profissional. Dessa forma, esta abordagem traz uma ferramenta estratégica no processo de gestão e um diferencial para o enfermeiro o qual, ao criar ou inovar, se surpreenderá com seu potencial (FELDMAN, RUTHES; CUNHA, 2008, p. 239).

Em outubro de 2012 percebeu-se a necessidade de construção de um relatório estratégico com os dados consolidados de 2012 e, a partir desta estimativa, o planejamento para 2013. Considerando que a proposta foi iniciada em janeiro, entende-se que até março os gestores e supervisores ainda estavam integrando-se à metodologia em questão. E, apesar de ter sido aplicada até dezembro de 2012, o relatório começou a ser construído em outubro, quando os gestores receberam o instrumento de coleta de dados para diagnóstico estratégico, sendo, portanto, selecionados os meses de abril, maio, junho e julho de 2012.

As projeções foram estimadas a partir da identificação das necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem do paciente. A abrangência e a especificidade do cuidado determinam a necessidade de profissionais para uma assistência integral e de qualidade. A qualificação permanente dos profissionais e a existência de um sistema de gerenciamento de riscos e eventos adversos tendem a elevar os padrões assistenciais.

### **3.1 Dimensionamento do quadro de enfermagem X necessidade de pessoal**

O dimensionamento de pessoal de Enfermagem pode ser definido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais, necessário para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos usuários e dos trabalhadores (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

A Resolução COFEN nº 302/2005 determina que cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico da instituição garantir os recursos humanos necessários à assistência de enfermagem e à segurança do paciente (BRASIL, 2005). Apesar disso, muitas vezes a execução e decisão sobre lotação desse pessoal é realizada por profissionais de outras categorias, que consideram apenas a questão custo, deixando em segundo plano a real necessidade quantitativa de recursos humanos para o desenvolvimento dessa assistência. Por esses motivos, a lotação de pessoal de enfermagem é hoje uma preocupação constante dos enfermeiros administradores e dos pesquisadores dessa área (ANTUNES; COSTA, 2003).

A seguir será apresentado o dimensionamento por tipo de cuidado, considerando a classificação de risco, gravidade e grau de dependência dos pacientes. Também foram analisados os aspectos relacionados ao índice de Segurança Técnica (IST), conforme os padrões de cada área, considerando como percentual de base o mínimo de 15% (afastamento por férias, benefícios, folgas, dentre outros). Considere-se nas tabelas, no item dimensionamento desejável, a proporção de Enfermeiros (E) ou técnicos de enfermagem (TE) pelo número de pacientes.

### 3.1.1 Em Unidades de Internação (enfermarias e quartos individuais)

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 293/04 (BRASIL, 2004), estabeleceu parâmetros para dimensionar quantitativo mínimo para cobertura assistencial nas instituições de saúde, com base nas características relativas à organização, ao serviço de Enfermagem e à clientela. Para se conhecer o perfil da clientela, em cada unidade de internação, foram referendadas pela Resolução quatro das cinco categorias de cuidado do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de Fugulin<sup>2</sup> (FUGULIN, 2002; 2005), e, para cada categoria, foi proposto o tempo de cuidado em horas por paciente, nas 24 horas, bem como a distribuição percentual das categorias profissionais de Enfermagem.

Essa Resolução estabeleceu, de acordo com o Artigo 4º, que, para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- a) 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- b) 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- c) 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- d) 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

O quadro 2 mostra a Classificação por pontos (pts) segundo a escala de Fugulin e o Tempo de Cuidados (horas) por 24h de assistência/paciente, por Linha de Cuidado. A partir das características definidoras do público a receber os cuidados (Linha de Cuidado), estimou-se, pela escala de Fugulin, o tempo a ser dispensado para aplicação dos cuidados. Com base no tempo, definiu-se o nível de assistência e a proporção de enfermeiros e técnicos de enfermagem para cobertura integral das ações. Destaca-se neste perfil a linha de cuidado da geriatria que, em virtude do nível de dependência dos pacientes, demanda um número maior de profissionais.

<sup>2</sup> “Fugulin” é usualmente utilizado na prática assistencial como um termo para designar a escala que classifica os pacientes de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem. Este termo faz referência à autora que conduziu estes estudos: Fernanda Maria Togeiro Fugulin.

Quadro 2: Perfil em Unidades de Internação

<b>Linha de Cuidado</b>	<b>Fugulin</b>	<b>Tempo de Cuidado (h) em 24 horas por pacientes</b>	<b>Nível de Assistência</b>	<b>Dimensionamento Desejável - Proporção Relativa ao Tempo de Cuidado/Nível de Assistência</b>
Clínica Médica	Classe II (15-20pts)	5,6 horas	Intermediário	E: 1:15 TE: 1:4
Geriatria	Classe III (21-26pts)	9,4 horas	Alta Dependência	E: 1:10 TE: 1:3
Angiologia e Cirurgia Vascular	Classe II (15-20pts)	5,6 horas	Intermediário	E: 1:15 TE: 1:4
Clínica Cirúrgica	Classe I (9-14pts)	3,8 horas	Mínimos	E: 1:20 TE: 1:5
Cardiologia e Hemodinâmica	Classe II (15-20pts)	5,6 horas	Intermediário	E: 1:15 TE: 1:4

Fonte: Elaborado pelos autores (2012) com base na Resolução COFEN nº 293/04 (BRASIL, 2004) e no estudo de Fugulin (2002; 2005).

Notas: E – Enfermeiro;

TE – Técnico de Enfermagem

Devem ser considerados como parâmetros adicionais ao dimensionamento do quadro de enfermagem o Índice de Segurança Técnica, em que deverá ser acrescida proporcionalmente a cobertura relativa ao absenteísmo, à rotatividade, às férias e folgas. Este valor, segundo a Resolução COFEN nº 293/04, não deve ser inferior a 15% do total (BRASIL, 2004).

Nos quadros 3 e 4 os procedimentos para avaliação do nível de assistência e para o dimensionamento de pessoal de enfermagem foi similar ao quadro 2.

GERENCIAMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM POR LINHA DE CUIDADO:  
UMA PROPOSTA SOB A ÓTICA DA GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Quadro 3: Perfil em Unidades de Atendimentos Especializados

Linha de Cuidado	Fugulin	Tempo de Cuidado (h) em 24 horas por pacientes	Nível de Assistência	Dimensionamento Desejável - Proporção Relativa ao Tempo de Cuidado/Nível de Assistência
Hemodiálise <sup>(1)</sup>	NA	04 horas	NA	E: 1:35 TE: 1:4
CAPD	NA			
Neurologia	Classe III (21-26pts)	9,4 horas	Alta Dependência	E: 1:10 TE: 1:3
Oncologia	Classe III (15-20pts)	9,4 horas	Alta Dependência	E: 1:10 TE: 1:3
TMO <sup>(2)</sup>	Classe III (21-26pts)	9,4 horas	Alta Dependência	E: 1:10 TE: 1:2

Fonte: Elaborado pelos autores (2012) com base na Resolução COFEN nº 293/04 (BRASIL, 2004) e no estudo de Fugulin (2002; 2005).

Notas: E – Enfermeiro;

TE – Técnico de Enfermagem;

NA= Não se Aplica.

CAPD= diálise peritoneal ambulatorial contínua;

TMO= Transplante de Medula Óssea.

<sup>(1)</sup> Portaria 2.042/1996, define as regras de funcionamento para os Serviços de Terapia Renal Substitutiva.

<sup>(2)</sup> Portaria 931/2006 e 2.379/2004, que definem o regulamento técnico para transplante de células tronco hematopoiéticas.

Quadro 4: Perfil em Unidades de Atendimento Materno-Infantil

Linha de Cuidado	Fugulin	Tempo de Cuidado (h) em 24 horas por pacientes	Nível de Assistência	Dimensionamento Desejável - Proporção Relativa ao Tempo de Cuidado/Nível de Assistência
Unidade de Internação Pediátrica	Classe II (15-20pts)	5,6 horas	Intermediário	E: 1:15 TE: 1:4
Unidade de Internação Obstétrica/Ginecológica	Classe I (9-14pts)	3,8 horas	Mínimos	E: 1:20 TE: 1:5
Berçário	Classe I (9-14pts)	3,8 horas	Mínimos	E: 1:20 TE: 1:5

Fonte: Elaborado pelos autores (2012) com base na Resolução COFEN nº 293/04 (BRASIL, 2004) e no estudo de Fugulin (2002; 2005).

Notas: E – Enfermeiro;

TE – Técnico de Enfermagem

### 3.1.2 Em Unidades de Terapia Intensiva

Foram considerados os seguintes padrões para este dimensionamento:

- a) cumprimento da RDC nº 26, de 11 de maio de 2012, que dispõe sobre os requisitos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (BRASIL, 2012):
  - 01 Técnico de Enfermagem para cada 02 leitos em cada turno; e
  - 01 Enfermeiro Assistencial para cada 10 leitos em cada turno.
  
- b) adequação à Resolução COFEN nº 293, de 2004, que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais (BRASIL, 2004):
  - para efeito de cálculo, devem ser considerados como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas: 17,9 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.
  
- c) avaliação da Carga de Trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes em UTI:
  - a metodologia usada para mensurar a gravidade dos pacientes críticos em UTI foi o TISS 28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*). Deve-se considerar que cada ponto equivale a 10,6 minutos da carga de trabalho de enfermagem nas 24h de assistência (ELIAS *et al.*, 2006).

Da mesma forma, devem ser consideradas também as situações relacionadas à rotatividade de pessoal, absenteísmo, cobertura de folgas e férias, para compor o Índice de Segurança Técnica (IST).

Partindo dos padrões descritos, o quadro 5 apresenta a classificação do nível de assistência considerando a gravidade/criticidade dos pacientes, que é proporcional à carga de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Quadro 5: Perfil em Unidades de Terapia Intensiva  
(continua)

Linha de Cuidado	TISS 28	Tempo de Cuidado (h) em 24 horas por pacientes**	Nível de Assistência	Dimensionamento Desejável – Proporção Relativa ao Tempo de Cuidado/ Nível de Assistência	
				E	TE
UTI Geral Adulto	II (33pts)	6h	Estáveis, em monitorização contínua	1:5	1:2
UTI Cardiológica	II (29pts)	5h	Estáveis, em monitorização contínua	1:10	1:1
UTI Coronária	I (16pts)	3h	Estáveis, em Observação	1:10	1:2

Quadro 5: Perfil em Unidades de Terapia Intensiva  
(conclusão)

Linha de Cuidado	TISS 28	Tempo de Cuidado (h) em 24 horas por pacientes**	Nível de Assistência	Dimensionamento Desejável – Proporção Relativa ao Tempo de Cuidado/ Nível de Assistência	
				E	TE
UTI Neurológica	III (40pts)	7h	Graves e instáveis	1:5	1:1
UTI Humanizada	II (22pts)	4h	Estáveis, em monitorização contínua	1:10	1:2
UTI da Nefrologia	I (18pts)	3h	Estáveis, em Observação	1:10	1:2
UTI Pediátrica	II (33pts)	6h	Estáveis, em monitorização contínua	1:5	1:2
UTI Neonatal	II (30pts)	5h	Estáveis, em monitorização contínua	1:10	1:1

Fonte: Elaborado pelos autores (2012) com base na RDC nº 26, de 11 de maio de 2012, na Resolução COFEN nº 293/04 (BRASIL, 2004) e no estudo de Elias *et al* (2006).

Notas: E – Enfermeiro;

TE – Técnico de Enfermagem

\*\* Cada ponto equivale a 10,6 minutos.

### 3.1.3 Em Unidades de Urgência e Emergência

As Unidades de Emergência (UE) estão inseridas no sistema de saúde brasileiro como um local onde os usuários procuram solução para as suas necessidades de saúde, sejam elas emergenciais ou não. Nessa perspectiva, observa-se que a procura por essas unidades, por vezes, está relacionada às distorções do sistema de saúde vigente (MORAIS; MELLEIRO, 2013), o que tem elevado muito a demanda de atendimentos.

Além de todas as atividades relacionadas ao atendimento dos pacientes, descritas no quadro a seguir, a equipe de enfermagem deverá estar atenta ao protocolo de acolhimento e classificação de risco usado na organização. Neste caso, as unidades de emergência empregam o método de cores para estabelecer prioridades no atendimento, baseado no protocolo de Manchester (*Manchester Triage System – MTS*<sup>®</sup>). Esta classificação de risco oferece mais segurança para os pacientes, mas também exige um dimensionamento especial do quadro de enfermagem.

O quadro 6 apresenta a proporção de tempo por atividades realizadas nesta unidade de atendimento para estabelecimento de número de profissionais. Observa-se que na unidade de emergência cardiológica há uma necessidade maior de colaboradores, em virtude da criticidade dos pacientes.

Quadro 6: Perfil em Unidades de Urgência e Emergência

Linha de Cuidado	Proporção de tempo por atividade em Unidades de Atendimento de Urgência e Emergência/24 horas**	Nível de Assistência	Dimensionamento Desejável - Proporção Relativa ao Número de Atendimento por Colaborador	
			E	TE
Emergência Geral	Passagem de Plantão (8,79%), Cuidados na Admissão (7,40%), Documentação (6,74%), Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde (5,42%), Delegação (4,36%), Transporte (3,44%), Atividades de tempo pessoal (18%), Atividades associadas, ou seja, não específicas das enfermeiras (12%), Intervenções em cuidados diretos: - Enfermeiro (17%) – 2h/paciente - Técnicos de Enfermagem (34%) – 4h/paciente	Geral com atendimento a Traumatizados	1:30	1:15
Emergência Cardiológica		Cardiológica	1:15	1:5
Emergência Pediátrica		Pediátrica	1:30	1:15
Emergência Obstétrica/ Ginecológica		Obstétrica e Ginecológica	1:30	1:15

Fonte: Elaborado pelos autores (2012) com base no estudo de Garcia e Fugulin (2010).

Notas: E – Enfermeiro;

TE – Técnico de Enfermagem

### 3.2 Qualificação e educação continuada da equipe de enfermagem

A título de informação, apesar de o termo mais atual ser “Educação Permanente”, neste Hospital o termo “Educação Continuada” continua sendo empregado para designar o processo de capacitação e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem.

A Educação Continuada é um processo educativo contínuo, de capacitação e motivação pessoal e profissional, que objetiva construir indivíduos críticos, reflexivos e criadores, com postura e ética profissional (BACKES *et al.*, 2002). A finalidade das capacitações é desenvolver nos profissionais de enfermagem novos conhecimentos, habilidades e atitudes (FOLLADOR; CASTILHO, 2007), o que vai ao encontro à proposta do C.H.A. apresentada neste trabalho. Portanto, é imprescindível que as organizações de saúde realizem seus programas de treinamento de forma contínua a fim de preparar os recursos humanos, aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada e controlar ou reduzir os gastos hospitalares. A equipe de enfermagem representou neste estudo 63% dos colaboradores de toda instituição hospitalar, sendo este um dado representativo para gestão de recursos humanos.

Uma vez definidas as linhas de cuidado não basta realizar o dimensionamento correto do quadro de profissionais, é necessário que os colaboradores estejam habilitados para desenvolver as competências que lhes cabem.

Inicialmente foi estabelecida meta de 2 horas/mês de treinamento, mas esta meta foi superada e a média de Hora/Homem por mês foi de 2 horas e 20 minutos. Os treinamentos e cursos ministrados, as participações em eventos e congressos foram marcantes no ano de 2012. Alguns gestores e supervisores ainda tiveram a oportunidade de realizarem *benchmarking* em instituições de referência.

Porém, ainda falta autonomia da gerência de enfermagem para a gestão de um centro de custos próprio, com orçamento previamente estabelecido, para melhor aplicação e direcionamento destas ações.

### 3.1.3 Segurança do paciente: gerenciamento de riscos e eventos adversos

Para D’Innocenzo *et al.* (2010), a forma de gerir a qualidade nas organizações de saúde vem causando ao longo dos últimos anos uma inquietude nos gestores, dirigentes e nos profissionais da área de saúde. Isto reflete o descompasso existente entre as práticas de gestão, as exigências das organizações e as necessidades dos profissionais. Para minimizar essa disritmia exige-se o conhecimento de conceitos sobre indicadores, auditorias e certificações, e das várias ferramentas de qualidade para ajudar a compreender e a complementar as práticas renovadas na gestão das organizações de saúde enquanto prestadores de serviços à população. As organizações de saúde precisam compreender a necessidade de mudar, avaliar, certificar e acreditar para assim responder às expectativas e necessidades dos clientes, encantando-os num processo contínuo.

Com o objetivo de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, os hospitais buscam iniciativas que respondem às necessidades dos clientes, e por isso a qualidade tornou-se um fator significativo, conduzindo instituições para os mercados nacionais e internacionais, buscando êxito organizacional e crescimento. Verifica-se, por parte das organizações, tendência à valorização dos talentos humanos para atuarem como agentes participativos do (re) planejamento e da ressignificação do contexto do trabalho vigente (BONATO, 2011).

O termo evento pode ser compreendido como um incidente definido como uma circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Independente da ocorrência de dano, os eventos devem ser notificados à gestão do risco à nível institucional, que promoverá o mapeamento e irá construir junto à equipe envolvida um plano de ação. O plano de ação terá como ponto de ataque as fragilidades neste processo, seja para corrigir o problema (ação reativa) ou evitá-lo (ação pró-ativa). O ponto-chave da questão é tomar consciência das fragilidades e estabelecer intervenções de forma compartilhada e pactuada com os diferentes atores do processo.

O objetivo da gerência de enfermagem era sensibilizar gestores e supervisores para notificação de qualquer evento (queda, erro de medicação, úlcera por pressão, flebite, reações transfusionais, perda de acesso central, extubação acidental etc.) à gestão de risco, para que o evento fosse mapeado e o plano de ação devidamente implementado. O primeiro passo foi fazer com que os gestores e supervisores de enfermagem tomassem ciência de que os eventos de fato ocorrem, e isto foi possível por meio dos encontros de enfermagem (C.H.A.). A partir de então eles começaram a perceber a necessidade de encorajar a equipe de enfermagem para notificação destes eventos.

Cabe destacar que neste hospital a notificação de eventos adversos é realizada por meio do preenchimento de formulário padronizado, dada a ocorrência de um evento. O formulário é encaminhado ao setor de gerenciamento de risco, que iniciará o mapeamento do evento, para identificação das possíveis falhas no processo.

Foram premissas importantes a notificação e análise do evento: O erro/acidente nunca é unifatorial; é sistêmico e, portanto, não é uma questão de se procurar um culpado, mas de encontrar a falha do processo; e os perigos estão latentes no sistema, basta que haja uma falha em uma das barreiras para que ela se transforme em um evento.

Houve, contudo, maior adesão à política de notificação de eventos, o que favoreceu a elaboração de planos de ação e melhorias contínuas.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se com ponto-chave da gestão por linha de cuidado o envolvimento e sensibilização dos colaboradores para os avanços que a gestão por linha de cuidado imprime diretamente na assistência prestada ao cliente e os benefícios associados também às rotinas de trabalho.

Esta proposta garantiu o acompanhamento e desenvolvimento de diretrizes assistenciais com foco nas necessidades e expectativas de cada unidade assistencial, direcionando o processo decisório. A linha assistencial permitiu visualizar o perfil epidemiológico dos clientes atendidos, o tipo de cuidado, o nível de gravidade, o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a estimativa de recursos pessoais e materiais para implementação de uma assistência de qualidade.

As práticas inovadoras constituem-se a partir de demandas presentes no cotidiano, que muitas vezes são ignoradas. Os principais desdobramentos com a implementação do modelo de gestão por linha de cuidado foram a promoção de uma assistência segura e de qualidade e o compromisso pela valorização do profissional de enfermagem nesta instituição hospitalar. Considera-se que a gestão por linhas de cuidado, no âmbito hospitalar, desenhada a partir do modelo de gestão baseado em evidências, é uma inovação nas propostas assistenciais.

Este estudo limita-se às aplicações deste modelo ao âmbito hospitalar. Devem ser observadas as adequações para o emprego em outros níveis de assistência à saúde.

## NURSING SERVICE LINE MANAGEMENT FOR CARE: A PROPOSAL FROM THE PERSPECTIVE OF EVIDENCE-BASED MANAGEMENT

### ABSTRACT

Line Management for Care aims at monitoring and development of care guidelines focusing on the needs and expectations of each assistance unit. Objective is to describe a proposal for management by line of care as a strategy to equip nursing managers for decision-making in the hospital setting. This experience report conducted from the perspective of evidence-based management. The methodology of this proposal developed in a large general hospital, located in Recife / PE, in the year 2012 (January to December). The Integral Line Care mapped from data and indicators collected retrospectively from the filling of the Strategic Diagnosis, by the manager

or supervisor of the nursing sector, with cutout for the months of April, May, June and July 2012. Scaling nursing staff can be defined as a systematic process which underlies the planning and evaluation of quantitative and qualitative professionals necessary to provide assistance, according to the uniqueness of health services, to ensure the safety of users and workers. Should be considered as additional to the design of the framework for nursing the Technical Safety Index, which should be increased proportionally to coverage relating to absenteeism, turnover, vacation and time off parameters. This figure, according to COFEN Resolution No. 293 / 04, should not be less than 15 % of the total. From the mapping of lines of care designed to need staff (technicians and nurses) needed for the attendance, according to the profile of each area (time dispensed care and level of care). Were evaluated in this proposal the qualification and continuing education of the nursing staff and patient safety. Although this process initially driven by indicators of organizational performance, whose focus was on quality management, this proposal was consolidated by a based on evidence management. From the focus on increasing the know-how and redirecting actions constituted management by care lines.

**Keywords:** Nursing Service Management. Hospital Management. Evidence-Based Management. Nursing Care.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, A. V.; COSTA, M. N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 832-839, 2003.

ATALLAH, A. N. A incerteza, a ciência e a evidência. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 27-28, 2004.

BACKES, V. M. *et al.* Continuing education of graduate students: a commitment of the university. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 200-204, 2002.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 26, de 11 de maio de 2012. Altera a RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 maio 2012. p. 170. Disponível em: <[http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/stories/7\\_-\\_Publicacao\\_-\\_SIM\\_-\\_14.05.2012.pdf](http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/stories/7_-_Publicacao_-_SIM_-_14.05.2012.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 931, de 02 de maio de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 03 maio 2006. Disponível em: <<http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/legislacao/portaria931de020506.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 302, de 16 de março de 2005. Baixa normas para anotação da Responsabilidade Técnica de Enfermeiro(a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência à Saúde. **Diário Oficial**, 16 mar. 2005. Disponível em <<http://ro.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/sites/23/2014/06/Caderno-de-Legislacao.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. **Diário Oficial**, 21 set. 2004. Disponível em: <http://ro.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/sites/23/2014/06/Caderno-de-Legislacao.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

D'INNOCENZO, M. (Coord.). **Indicadores, auditorias, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2010.

DUTRA, J. S. **Competências**: conceitos e instrumentos para gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2004a.

DUTRA, J.S. **Gestão por competências**: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Gente; 2004b.

ELIAS, A. C. G. P. *et al.* Aplicação do sistema de pontuação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 324-329, 2006.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 239-242, 2008.

FOLLADOR, N.N.; CASTILHO, V. O custo direto do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 90-96, 2007.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral**: Uma proposta de organização da rede de saúde. 2012. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2014.

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

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

FUGULIN, F. M. T. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem**: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino. 2002. 189f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo: EEUSP, 2002.

GARCIA, E. A.; FUGULIN, F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1032-1038, 2010.

McKIBBON, K.A. *et al.* **The Medical Literature as resource for evidence based care**. London: Health Information Research Unit, 1996.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público; São Paulo: Hucitec, 1997.

MORAIS, A.S.; MELLEIRO, M.M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 112-120, 2013.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual brasileiro de acreditação**: glossário e termos técnicos. São Paulo: ONA, 2000. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manual/glossario.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

PFEFFER, J.; SUTTON, R. I. Evidence-Based Management. **Harvard Business Review**, Boston, v. 84, n.8, p. 62-74, 2006.

Recebido em: 17 fev. 2014.

Aprovado em: 07 jul. 2014.