

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

LARA VANDRESEN

**GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES:
CONTRIBUIÇÕES DE UMA TECNOLOGIA**

FLORIANÓPOLIS

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

VANDRESEN , Lara
GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES :
CONTRIBUIÇÕES DE UMA TECNOLOGIA / Lara VANDRESEN ;
orientadora, Denise Elvira Pires de Pires. -
Florianópolis, SC, 2016.
174 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Administração Hospitalar. 3. Gestão da
Qualidade. 4. Indicadores de Qualidade. 5. Segurança do
Paciente. I. Pires de Pires. , Denise Elvira . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

LARA VANDRESEN

**GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES:
CONTRIBUIÇÕES DE UMA TECNOLOGIA**

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

Orientadora: Dra. Denise Elvira Pires de Pires.

**FLORIANÓPOLIS
2016**

DEDICATÓRIA

Aos profissionais que contribuem cotidianamente para melhorar o caminho da profissão Enfermagem, em especial ao principal motivador deste estudo, Prof^o Dr^o Jorge Lorenzetti. À minha família, sobretudo à minha mãe, Dulce Niehues, pela educação baseada em princípios como a humildade, a empatia e o respeito ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo ensino de excelência, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES- PROEX), pelo apoio financeiro.

À equipe de enfermagem da unidade de internação onde a tecnologia PRAXIS encontra-se instalada, em especial à amiga e enfermeira Jaçany A. B. Prudente. Agradeço o acolhimento e a construção de conhecimento, tenho aprendido muito com vocês!

Ao Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, agradeço à presidente Helga R. Bresciani e às amigas Marlete B. Borges, Rafaela Serpa e Nelyr Filipini por todo o auxílio dado a este estudo e pelas oportunidades de aprendizado nesse conselho.

Ao nominar minha amiga Daiane Trentin, agradeço a todos os meus colegas de mestrado, tanto pelo companheirismo quanto pelos momentos de cuidado.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC), especialmente às professoras Vania M. S. Backes e Odaléa Bruggeman. Obrigada por serem a ponte para construção e realização de sonhos.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem, em especial a Monique V. Rocha, pelo apoio e auxílio constantes na resolução de todas as necessidades.

Aos membros da banca examinadora: Dra. Selma R. de Andrade, Dra. Maria Manuela Martins, Dra. Eliane Nascimento, Dra. Denise Guerreiro. Agradeço pelo aceite em participar da avaliação dessa dissertação e pelas contribuições para melhoria do estudo.

À minha orientadora, Dra. Denise Pires, por ser exemplo de profissional e pessoa. Obrigada pelo estímulo, pelos ensinamentos e por tamanha dedicação. Você é uma grande inspiração para mim!

À Elaine C. N. Forte, por todos os conhecimentos, experiências e oportunidades nacionais e internacionais de compartilhar momentos que estão eternizados em mim.

Ao nominar os membros do grupo de pesquisa PRAXIS, agradeço em especial a Francele Machado, Gerusa Ribeiro e Daiane Biff, pelos conhecimentos compartilhados e momentos de diálogo para além dos estudos.

À equipe de informática do Hospital Universitário, em especial agradeço a Renato, Felipe Cruz, Josie, Camila, Lapa e Lielison pela atenção dada ao PRAXIS e às demandas solicitadas. Obrigada!

Às amigas Caroline Batistti, Camila Bellettini, Heloísa Castanhel, Ana Thaisi A. Couto, Marilene Oliveira, Karen Amarante, Elisa Remor, Eliza Kuze, todo o meu carinho pelo incentivo de vocês nessa importante jornada.

Ao quarteto das irmãs: Lisiane, Márcia, Elaine e Solange, agradeço os ensinamentos e o exemplo de profissionais competentes e dedicadas. Muito do que sou hoje agradeço a vocês!

À mãe, Dulce Niehues, e ao pai, Laurentino Vandresen (*in memorian*), pela educação com humildade, dignidade, disciplina e amor. Vocês são a minha fortaleza e porto seguro.

“O conhecimento é uma ferramenta, e como todas as ferramentas, o seu impacto está nas mãos de quem o usa”. (Dan Brown, 1964)

VANDRESEN, Lara. **Gestão de unidades de internação hospitalares:** contribuições de uma tecnologia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 129p.

RESUMO

Objetivo: analisar a contribuição dos recursos do planejamento participativo, a classificação de pacientes e os indicadores do desempenho disponíveis na tecnologia PRAXIS® para a gestão de enfermagem em uma unidade de internação de clínica médica. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que articula investigação e intervenção no contexto da prática, envolvendo interação do pesquisador com a realidade estudada. Estudo desenvolvido em uma unidade de internação de clínica médica, de um hospital do sul do Brasil, durante os meses de abril a agosto de 2016. Utilizaram-se recursos disponíveis na tecnologia PRAXIS® para: o planejamento participativo da unidade, o qual foi realizado pela equipe de enfermagem e acompanhado pela pesquisadora; o levantamento da satisfação do paciente/familiar com assistência de enfermagem recebida; análise das notificações de eventos adversos; e a classificação dos pacientes por grau de dependência. A classificação dos pacientes permitiu a realização do dimensionamento da equipe com base na legislação profissional vigente no Brasil. Os **resultados** foram organizados em dois manuscritos. O primeiro tratou da “Aplicação do planejamento e avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na gestão de unidades de internação” e mostrou que a utilização da tecnologia PRAXIS® permitiu a elaboração do planejamento com definição de missão, princípios orientadores, plano de atividades e eleição de líderes para cada plano. Os recursos da tecnologia permitiram, ainda, a avaliação da satisfação com a assistência de enfermagem (101 entrevistas realizadas) e a identificação de eventos adversos ocorridos (28 notificações no período de 3 meses). Em relação à satisfação, a quase totalidade dos respondentes avaliou a assistência de enfermagem como *ótima* e *boa*; dentre os eventos adversos predominaram os relacionados a erros de medicação. O segundo manuscrito intitula-se “O uso de uma tecnologia de gestão de unidades de internação para classificação de pacientes e dimensionamento dos profissionais”, e os resultados mostram que foram realizadas 633 avaliações do grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem, o que serviu para o cálculo do número de profissionais de

enfermagem requeridos. Para a realização do dimensionamento duas referências foram utilizadas: o disposto na Resolução 0527/2016 do Conselho Federal de Enfermagem no Brasil, que indicou a necessidade de 39 profissionais, dos quais 14 enfermeiros e 25 técnicos ou auxiliares; e o formulado por Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016), que apontou para a necessidade de 47 profissionais, sendo 17 enfermeiros e 30 técnicos ou auxiliares. Em relação aos dois casos, a equipe disponibilizada atualmente é deficitária: 33 profissionais, 9 enfermeiros e 24 técnicos e auxiliares de enfermagem. **Conclusão:** a aplicação de recursos da tecnologia PRAXIS® possibilitou a elaboração do Planejamento Participativo da Unidade, o evidenciamento de indicadores de qualidade (satisfação e eventos adversos), assim como a realização da classificação dos pacientes, base para a realização do dimensionamento de profissionais. Mostrou, além disso, que a utilização de sistemas de gestão inovadores e que integrem processos assistenciais e administrativos contribui para qualificar a assistência em unidades de internação hospitalares, beneficiando a profissão e usuários do serviço. Os limites do estudo dizem respeito ao desenho da pesquisa, realizada em um único local.

Descritores: Administração Hospitalar. Gestão da Qualidade. Indicadores de Qualidade. Segurança do Paciente. Enfermagem

VANDRESEN, Lara. **Management of hospital admission units: contributions of a technology.** Thesis (Masters in Nursing). Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Florianópolis, 2016. 129p.

ABSTRACT

Objective: to analyze the contribution of participatory planning resources, patient's classification and performance indicators available in the PRAXIS® technology to nursing management in a medical clinic unit. Method: convergent care research which articulates investigation and intervention in the context of the practice, involving the interaction of the researcher with the reality. This study was carried out in a medical clinic unit of a hospital in southern Brazil during the months of April to August 2016. The PRAXIS® technology was used for a several situations: participatory planning of the unit which was carried out by the nursing team and accompanied by the researcher; the survey of patient / family satisfaction with nursing care received; the analysis of reports of adverse events and for the classification of patients by degree of dependence. The classification of the patients allowed the accomplishment of the dimensioning of the team based on the professional legislation in force in Brazil. **Result:** the results were organized in two manuscripts. The first one dealt with the "Application of planning and evaluation of the quality of nursing assistance in the management of hospitalization units" and showed that the use of the PRAXIS® technology allowed the elaboration of the planning with mission definition, guiding principles, plan of activities and election of the leaders for each plan. The resources of the technology also allowed the assessment of satisfaction with nursing care (101 interviews) and the identification of adverse events (28 notifications in the 3-month period). Regarding satisfaction, almost all respondents evaluated nursing care as optimal and good. Among the adverse events predominated those related to medication errors. The second manuscript is titled "The use of an unit management technology for patients classification and professional scaling", and the results shows that 633 evaluations of the degree of dependence of the patients in relation to the nursing team were performed, which was used to calculate the number of nursing professionals required. In order to carry out the scaling, two references were used: for first, the provisions of the resolution 0527/2016 of the

Federal Nursing Council of Brazil, which indicated the need of 39 professionals, including 14 nurses and 25 technicians or auxiliaries; and then, that idea formulated by Fugulin, Gaidzinski and Lima (2016), which resulted in the need for 47 professionals, 17 nurses and 30 technicians or auxiliaries. Regarding the two cases, the team currently available is in a deficit situation: 33 professionals, 9 nurses and 24 technicians and nursing assistants. **Conclusion:** the application of PRAXIS® technology enabled the elaboration of the unit participatory planning, to evidence the quality indicators (satisfaction and adverse events), as well as the classification of patients, that is the basis for the professional dimensioning. It showed that the use of innovative management systems that integrate care and administrative processes contributes to qualify care in hospital admission units, benefiting the profession and users of the service. The limits of the study are related to the research design carried out in a single location.

Keywords: Hospital Administration. Quality Management. Quality Indicators. Health Care. Patient Safety. Nursing.

VANDRESEN, Lara. **Gestión de unidades de hospitalización del hospital:** contribuciones de una tecnología. Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 129p.

RESUMEN

Objetivo: analizar la contribución de los recursos de la planificación participativa, indicadores de rendimiento y clasificación de pacientes, disponible en la tecnología PRAXIS® para la gestión de enfermería en una unidad de hospitalización de enfermería médica. **Método:** la Investigación Convergente Asistencial (PCA), que combina la investigación e intervención en el contexto de la práctica, de la participación *investigador interacción* con la realidad estudiada. Investigación desarrollada en una unidad de hospitalización clínica médica de un hospital en el sur de Brasil, durante los meses de abril a agosto de 2016. Hemos utilizado los recursos disponibles en la tecnología PRAXIS®: por la unidad de planificación participativa, la cual se llevó a cabo por el equipo de enfermería y acompañado por el investigador; para estudiar la satisfacción del paciente/familia con el cuidado de enfermería que reciben; para el análisis de los informes de eventos adversos; y la clasificación de los pacientes según el grado de dependencia. La clasificación de los pacientes permitió el diseño del equipo basado en la legislación profesional actual en Brasil. **Resultados:** los resultados fueron organizados en dos manuscritos. La primera trataba de la "Aplicación de la planificación y la evaluación de la calidad de assistência de enfermería en unidades de gestión hospitalaria" y mostraron que el uso de la tecnología PRAXIS® ha permitido a la planificación del desarrollo con la definición de la misión, principios rectores, plan de negocios y la elección de los líderes de cada plan. Las características de la tecnología permitieron también la evaluación de la satisfacción con la atención de enfermería (101 entrevistas) y la identificación de los eventos adversos que se produjo (28 notificaciones en el periodo de abril a junio). En cuanto a la satisfacción, casi todos los encuestados evaluaron la atención de enfermería como excelente o buena; Entre los eventos adversos relacionados con los errores de medicación predominado. El segundo manuscrito se titula "El uso de una tecnología de gestión de pacientes hospitalizados para los profesionales de las unidades de clasificación y de diseño de los pacientes", y los resultados muestran que se realizaron

633 evaluaciones del grado de dependencia de los pacientes en relación con el equipo de enfermería del que sirvió para calcular el número necesario de personal de enfermería. Para llevar a cabo el diseño se utilizaron dos referencias, las disposiciones de la Resolución 0527/2016 del Consejo Federal de Enfermería en Brasil, que indica la necesidad de 39 profesionales, incluyendo 14 enfermeras y 25 técnicos o asistentes; y el que ha formulado Fugulin, Gaidzinski y Lima (2016), que dio lugar a la necesidad de 47 profesionales, 17 enfermeras y 30 técnicos o asistentes. En cualquier de los dos casos, el equipo disponible actualmente está en déficit, 33 profesionales, 9 enfermeras y 24 técnicos y auxiliares de enfermería. **Conclusión:** la aplicación de la tecnología de los recursos PRAXIS® ha permitido el desarrollo de la unidad de planificación participativa, mostrar los indicadores de calidad (satisfacción y eventos adversos), así como la finalización de la clasificación de los pacientes, la base para la realización del diseño de la cantidad necesaria de personas en cada equipo. Se demostró que el uso de sistemas de gestión innovadores y cuidados con integración de los procesos administrativos pueden contribuir para cualificar la atención en unidades de hospitalización, en beneficio de los usuarios de los servicios ofrecidos y de los profesionales actuantes. Los límites del estudio se relacionan con el diseño de la investigación realizada en un solo lugar.

Descriptores: Administración Hospitalaria. Gestión de la Calidad. Indicadores de Calidad de la Atención de Salud. Seguridad del Paciente. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - “4 Ps” da inovação.....	46
Figura 2 - Componentes do PRAXIS®.....	50
Figura 3 - Tela inicial do PRAXIS®.....	52
Figura 4 - Painel eletrônico do PRAXIS®.....	54
Figura 5 - Tela do instrumento de classificação de pacientes.	56
Figura 6 - Fases da pesquisa convergente assistencial.	59
Figura 7 - Motivos de satisfação dos pacientes com relação ao atendimento recebido.	92
Figura 8 - Motivos de insatisfação dos pacientes com relação ao atendimento recebido	94
Figura 9 - Tela do Instrumento de Classificação de Pacientes.....	116
Figura 10 - Painel eletrônico do PRAXIS®.....	120

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Síntese dos resultados de satisfação do paciente com o atendimento de enfermagem recebido no período de abril a junho de 2016.....	89
Gráfico 2 - Percentual de satisfação do paciente com relação ao atendimento de enfermagem no mês de abril de 2016.	89
Gráfico 3 - Percentual de satisfação do paciente com relação ao atendimento de enfermagem no mês de maio de 2016.....	90
Gráfico 4 - Percentual de satisfação do paciente com relação ao atendimento de enfermagem no mês de junho de 2016.....	91
Gráfico 5 - Número e tipo/perfil dos eventos adversos relacionados à assistência no mês de abril de 2016.....	95
Gráfico 6 - Classificação dos pacientes por grau de dependência no período de 30 dias do mês de junho de 2016.....	118
Gráfico 7 - Carga de trabalho diária de enfermagem em horas e número de pacientes por dia.	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Plano de atividades referente à carga de trabalho/dimensionamento	84
Quadro 2 - Plano de atividades referente à qualidade de vida no trabalho	85
Quadro 3 - Plano de atividades referente à difusão dos POPs na equipe	86
Quadro 4 - Plano de atividades referente à excelência da assistência ...	87
Quadro 5 - Percentual das classificações por grau de cuidados.	119
Quadro 6 - Indicadores da unidade no mês de junho de 2016.....	119
Quadro 7 - Carga de trabalho da unidade, junho de 2016.	122
Quadro 8 - Número de profissionais requeridos e disponibilizados com base no cálculo de dimensionamento da equipe de enfermagem.	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPP	Cuidado Progressivo de Pacientes
GP	Gestão Participativa
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Comission International
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PP	Planejamento Participativo
PPU	Planejamento Participativo da Unidade
®	Marca Registrada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TICS	Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde
UI	Unidade de Internação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVOS.....	35
2.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	35
2.2 OBJETIVO GERAL.....	35
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3 QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL DE REFERÊNCIA	37
3.1 GESTÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO.....	37
3.2 TECNOLOGIA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA.....	43
3.3 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE E ENFERMAGEM E A TECNOLOGIA PRAXIS®47	
4 METODOLOGIA	59
4.1 CONCEPÇÃO.....	60
4.2 INSTRUMENTAÇÃO.....	62
4.2.1 Local do estudo	62
4.2.2 Participantes da pesquisa.....	63
4.2.3 Coleta de dados	63
4.3 PERSCRUTAÇÃO.....	66
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	69
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	71
6 RESULTADOS.....	73
6.1 ARTIGO I - PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO.....	73
6.2 ARTIGO II - O USO DE UMA TECNOLOGIA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES E DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS....	110
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICES.....	157
ANEXOS	165

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a saúde tem sido assumida, reiteradamente, como um valor fundamental para as pessoas (LORENZETTI, 2013; WHO, 2013). E essa valorização tem contribuído para colocar o debate acerca do direito à saúde e acesso universal na agenda de discussão de muitos países. No relatório mundial da saúde de 2013 a cobertura universal de saúde é caracterizada como um anseio que fundamenta “o cumprimento do direito ao mais alto nível de saúde possível”, que, de acordo com a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), é “um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social.” Assim, o alcance do mais alto padrão de saúde possível é um objetivo que norteia as políticas nacionais e internacionais de saúde em diferentes países (WHO, 2013, p. 6). Nos países Canadá, Espanha, França, Rússia, China, Noruega e Turquia, a saúde é o assunto mais valorizado pelas pessoas, estando no Brasil entre os mais valorizados (OCDE, 2006). Em alguma etapa do ciclo de vida do ser humano é necessária a utilização de serviços de saúde, seja no momento de nascimento, de morte, em situações de dor e sofrimento, ou em condições agudas ou crônicas de agravos à saúde. O ambiente hospitalar é, ainda hoje, um dos locais de destaque na rede de serviços de saúde. E a gestão desses espaços constitui-se em tema de relevância para um atendimento seguro e de qualidade (LORENZETTI, 2013).

No que se refere ao contexto nacional de leitos e internações, existem mais de 14 mil unidades de internação nos hospitais brasileiros (BRASIL, 2016). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em maio de 2016, o número de leitos existentes no Brasil era de 437.975 leitos. Do total de leitos existentes no Brasil, 310.020 são leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), incluídos os leitos de hospitais próprios do SUS e os que são comprados na rede privada, e 127.955 são leitos não SUS. Em maio de 2016 o número de pessoas que realizaram internação por autorização de internação hospitalar (AIH) aprovadas correspondeu a 917.128 (novecentos e dezessete mil, cento e vinte e oito) internações (BRASIL, 2016).

Apesar das mudanças no modelo assistencial proposto pelo SUS, o elevado número de internações mostra que o foco de atenção aos usuários dos serviços de saúde ainda tem forte ênfase nos hospitais.

Além disso, o ambiente hospitalar é central em várias situações de adoecimento, importante porta de entrada e também lócus para tratamento e acompanhamento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Por conseguinte, a avaliação de desempenho desse setor vem crescendo nos últimos anos, não só pela preocupação em proporcionar ambientes seguros e de qualidade aos profissionais e usuários, mas também pelo elevado custo assistencial e pela possibilidade de redução e redirecionamento de recursos para outras partes do setor (RAMOS et al., 2015).

A mensuração e a divulgação do desempenho dos hospitais através de indicadores de qualidade são incentivadas também para proporcionar transparência e estimular a excelência e qualidade nos cuidados realizados, visto que a ausência ou falta de qualidade na maioria das vezes prolonga a necessidade de tratamento, elevando assim os custos (GLICKMAN et al., 2008).

Os indicadores de qualidade são instrumentos/ferramentas que possibilitam uma avaliação sistemática do processo de trabalho em uma instituição e podem também fornecer subsídios para melhorias no serviço. A elaboração e a validação de indicadores que proporcionem a comparação entre unidades hospitalares e diferentes instituições têm sido uma preocupação dos gestores dos serviços hospitalares (CAVALCANTE et al., 2015).

O uso de indicadores contribui para a realização de avaliações dos serviços de saúde, permitindo comparações – seja ao longo do tempo, considerando dados internos à instituição, sejam comparações com dados externos (GABRIEL et al., 2011).

A utilização de indicadores pela enfermagem no contexto hospitalar é considerada um desafio que está relacionado à necessidade de tornar o processo de avaliação do cuidado parte integrante da assistência de enfermagem. Os resultados desses indicadores constituem-se em ferramentas para que ocorra a avaliação sistemática da assistência de enfermagem de modo efetivo (CALDANA et al., 2011).

No contexto hospitalar, a enfermagem compõe grande parte da força de trabalho. A atuação desses trabalhadores no setor hospitalar é ampla e acontece de maneira intensa e contínua nos 365 dias do ano. O número de profissionais de enfermagem no país, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em junho de 2016, chegou próximo a dois (2) milhões de trabalhadores. O Cofen, em parceria com os Conselhos Regionais, divulgou a pesquisa A Enfermagem em Números, na qual estima um contingente de 1.895.929 (um milhão oitocentos e noventa e cinco mil novecentos e vinte e nove)

profissionais de enfermagem no Brasil. Em Santa Catarina o total de profissionais, em junho de 2016, foi de 53.579 (COREN/SC, 2016). A enfermagem em âmbitos nacional e internacional representa aproximadamente 50% ou mais do conjunto dos trabalhadores da saúde. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2015 mostram que a área da saúde compõe um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, entre os quais 50% atuam na enfermagem. (IBGE, 2015; WHO, 2014).

Tais dados demonstram o papel destacado da enfermagem no setor saúde. Esse destaque também se verifica no trabalho cotidiano das unidades de internação hospitalares. Apesar de as unidades de internação constituírem-se em espaço no qual atuam os diversos profissionais que compõem as equipes de saúde – assim como atuam outros trabalhadores não especificamente profissionais de saúde, como é o caso dos escriturários, trabalhadores da limpeza, dos serviços de nutrição –, podendo ser ampliadas conforme características e modo de organização da instituição, não há dúvida de que, desde os tempos de Florence Nightingale até hoje, a enfermagem tem papel de destaque na gestão desses espaços, assim como é responsável pela realização do conjunto de cuidados de enfermagem requeridos pelos usuários. Inclui, nos cuidados e gestão do espaço assistencial, o cuidado aos familiares e a gestão do provimento das condições requeridas para que a assistência de enfermagem e de saúde se realize (PIRES, 2008).

O foco de atuação da enfermagem em unidades de internação hospitalares está relacionado aos desafios internacionais e nacionais de construir ambientes de prática positivos, que proporcionem melhor experiência para os trabalhadores e usuários. A construção desses ambientes implica, além do quantitativo adequado de profissionais, uma gestão coerente, que proporcione o alcance de ambientes agradáveis, seguros e com profissionais eficientes e satisfeitos (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN 2016). Os enfermeiros possuem papel indispensável no desenvolvimento de ambientes de prática seguros e de qualidade em unidades de internação hospitalares (SHERWOOD; ZOMORODI, 2014; LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN 2016).

A literatura registra muitas publicações sobre diversos aspectos da gestão em enfermagem envolvendo o dimensionamento de pessoal (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011), a gestão de materiais (OLIVEIRA; CHAVES, 2009; BOGO, et al., 2015), a gestão da qualidade (HINRICHSEN et al., 2011; VITURI; ÉVORA, 2015). Muitos desses estudos tratam da gestão

em enfermagem no âmbito hospitalar, no entanto ainda existem poucas publicações sobre gestão de unidades de internação hospitalares, assim como estudos que tratem da complexidade envolvida no processo de gestão dessas unidades. Nesse cenário, destaca-se, na Inglaterra, o estudo de Crystal Fox e colaboradores (2009), que apresenta um diagnóstico sobre o funcionamento e organização das unidades de internação hospitalares referindo que, desde a criação do National Health Service (NHS), em 1948, existe a preocupação com a necessidade de melhorias na qualidade e eficiência dos serviços prestados em unidades de internação. Na Coréia do Sul, o estudo realizado por Eunhee Cho e colaboradores (2016) em 60 hospitais verificou uma relação direta entre o inadequado dimensionamento de profissionais de enfermagem e horas extras com o aumento dos eventos adversos, tendo em vista que quanto maior o número de pacientes por enfermeiro, maiores as chances de falhas relacionadas à segurança do paciente, de má qualidade nos cuidados e de cuidados serem deixados de lado devido à falta de tempo. O estudo mostrou que os enfermeiros que fazem hora extra (jornada de trabalho estendida), apresentaram um aumento em falhas relacionadas à segurança do paciente de 88%, um aumento de 45% na qualidade ruim e regular dos cuidados e aumento de 86% nos cuidados deixados de lado.

No Brasil, a organização do trabalho da enfermagem ainda baseia-se na divisão técnica e parcelar do trabalho (PIRES, 2008; PIRES; GELBKE; MATOS, 2004). Há pouco planejamento global ou ausência deste, dificuldade ou ausência de coordenação do conjunto do trabalho desenvolvido, pouca ou não avaliação dos resultados e pouca ou ausente comunicação (LORENZETTI; VANDRESEN; GELBCKE, 2015).

No que diz respeito à gestão de unidades de internação hospitalares verificam-se realidades distantes de ambientes de prática positivos e favoráveis em função de diversos fatores, como a ausência da realização de classificações diárias dos usuários por grau de dependência de atendimento de enfermagem, pouca ou não mensuração do desempenho assistencial e administrativo, falta de instrumentos de gestão participativa e problemas de comunicação (LORENZETTI; VANDRESEN; GELBCKE, 2015).

Uma pesquisa sobre a gestão em saúde no Brasil, realizada com gestores públicos e privados, registra como as principais fragilidades de gestão, o “despreparo dos profissionais para o exercício da administração, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e de processos de gestão e de organização do trabalho” (LORENZETTI et al., 2014a, p. 422).

A utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS) é apontada como uma das possibilidades de melhoria dos processos da gestão hospitalar, por meio de diversos recursos, proporcionando, inclusive, redução de custos. As TICS são tecnologias que integram informática e telecomunicação e têm sido utilizadas em diversos setores (VELOSO, 2011). O uso das TICS na gestão em saúde permite o aumento de controle de situações decisivas, tanto para o atendimento/a sobrevivência dos usuários quanto para a saúde econômico-financeira da instituição (PINOCHET; LOPES; SILVA, 2014).

Em uma revisão de literatura realizada no período de 26 a 29 de julho de 2015, utilizando os seguintes descritores/palavras-chave: **gestão, tecnologia, inovação, unidades de internação, informática em saúde, enfermagem** e *software*, nas bases de dados *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e SCOPUS, identificamos a ausência de estudos que tratassem de tecnologias de gestão voltadas para a gestão de unidades de internação hospitalares. No repositório institucional da UFSC encontra-se a tese de Lorenzetti (2013), a qual apresenta a criação de uma tecnologia de gestão de unidades de internação. Sobre o tema, o mesmo autor, com colaboradores, publicou um capítulo de livro intitulado “Inovação em Saúde: sistema de gerenciamento em enfermagem” (LORENZETTI; VANDRESEN; GELBCKE, 2015) e um artigo em 2016 (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016).

Considerando o mencionado é possível afirmar que há carência de produções acerca de sistemas de gestão para unidades de internação que integrem processos assistenciais e administrativos, ampliem a resolubilidade do trabalho do enfermeiro, incentivem a melhoria contínua do desempenho e a construção de ambientes positivos, seguros e de qualidade para os profissionais e usuários (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016). Nessa perspectiva, os dois estudos referidos constituem exceção no conjunto das publicações da área.

Em relação à já mencionada tecnologia PRAXIS®, (LORENZETTI, 2013), que atualmente encontra-se implantada na modalidade piloto em uma unidade de clínica médica do Hospital Universitário da UFSC, cabe uma breve caracterização introdutória, pela sua relação com a presente proposta de pesquisa. O autor criou e desenvolveu um Sistema de Gestão para Unidades de Internação Hospitalares – o PRAXIS® – com vistas a disponibilizar uma tecnologia

com potencial para impactar a melhoria do desempenho de unidades de internação. Trata-se de uma inovação tecnológica materializada em um *software* registrado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), junto ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), e que em abril de 2014 recebeu o deferimento de patente com o certificado nº 14196-6 (INPI, 2014).

O sistema PRAXIS® orienta-se pelos princípios teóricos da Gestão Participativa (GP), melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica, com objetivo de proporcionar um ambiente de prática positivo aos trabalhadores e usuários. Para tanto, o *software* facilita e organiza a Gestão Participativa nesses importantes espaços de cuidados, sendo que o Planejamento Participativo (PP), um dos componentes do PRAXIS®, constitui ferramenta fundamental para possibilitar a GP nas unidades de internação (LORENZETTI, 2013).

A tecnologia PRAXIS® armazena, organiza, processa e disponibiliza informações, em tempo real, para os profissionais e as equipes de trabalho, integrando processos que permitem a melhoria da finalidade das unidades de internação. O *software* possui cinco componentes que norteiam e auxiliam a gestão das unidades, tais como: Planejamento Participativo da Unidade (PPU), Gestão de Processos Assistenciais (GPAS), Gestão de Pessoal de Enfermagem (GPEN), Gestão de Materiais (GMAT), Gestão da Qualidade (GQUALI). A tecnologia inclui a disponibilização, em um painel eletrônico, do conjunto de informações relativas à gestão da unidade, incluindo o grau de dependência do paciente, em uma TV de 50" localizada no posto de enfermagem (LORENZETTI, 2013).

A incorporação das TIC aos serviços de saúde traz suporte para produzir, processar e distribuir informações para as organizações e sujeitos sociais (VELOSO, 2011). Quando utilizadas como suporte para a prática assistencial, as TICS apresentam adesão à integração nos espaços terapêuticos, sendo utilizadas como auxílio nas ações de cuidado direto ao paciente, suporte para realização de registro e organização do trabalho, tornando-se, portanto, um facilitador na coordenação de ações operacionais e gerenciais.

A utilização das TICS como meio de comunicação entre enfermeiros e médicos é apontada por pesquisadores da University of Michigan, nos Estados Unidos, como ferramenta que pode contribuir para a comunicação efetiva desses profissionais quando utilizada adequadamente. Tendo em vista que as falhas de comunicação entre esses profissionais são consideradas uma das causas mais comuns de eventos adversos e origem de muitos eventos sentinela em hospitais, a

utilização adequada dessas tecnologias, que contribui para melhorar a comunicação, auxilia na redução desses eventos (MANOJLOVICH et al., 2015). Uma das seis metas internacionais de segurança do paciente, propostas pela Joint Commission International (JCI), trata da eficácia da comunicação para a segurança do paciente (JCI, 2015).

A participação no processo de implantação da tecnologia PRAXIS® e as vivências no cenário da prática como bolsista de extensão do então projeto do autor da tecnologia (LORENZETTI, 2013) impulsionaram meu interesse pelo tema. Enquanto bolsista de extensão, a aproximação com ações de gestão e a utilização da tecnologia PRAXIS® despertaram meu olhar para questões relacionadas à utilização da ferramenta na gestão de unidades de internação. O envolvimento com a tecnologia na prática assistencial possibilitou a compreensão da sua importância no desempenho diário dos serviços das enfermeiras, tendo em vista a gama de ações assistenciais e gerenciais realizadas por elas, diariamente, nessas unidades.

A utilização e o envolvimento com a tecnologia PRAXIS® resultou no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), desenvolvido em parceria com Mirelly do Amaral e orientado pelo professor Dr. Jorge Lorenzetti. O TCC, intitulado *Classificação de Pacientes e a Assistência de Enfermagem em Unidade de Internação Hospitalar*, teve como objetivo analisar a contribuição da classificação diária dos pacientes na organização da assistência e no cálculo do dimensionamento de profissionais de Enfermagem em unidade de internação hospitalar (VANDRESEN; AMARAL, 2014).

Com o intuito de dar continuidade aos estudos acerca da gestão de enfermagem em unidades de internação hospitalares e considerando a existência da tecnologia PRAXIS®, implantada e acessível em uma unidade de internação, a presente pesquisa delimitou três aspectos da referida tecnologia para analisar seu potencial de contribuição para qualificar a gestão nesses importantes espaços assistenciais.

Ponderando que a gestão de unidades de internação hospitalares é um trabalho complexo, e que o *software* PRAXIS integra essa complexidade articulando diversos campos da gestão de enfermagem em unidades de internação, denominados componentes do *software*, para efeitos desta dissertação foram definidos como focos de investigação: um componente completo (Planejamento Participativo da Unidade – PPU) e parte dos componentes de Gestão de Processos Assistenciais (GPAS) e Gestão da Qualidade (GQUALI). O desenho definido para a pesquisa se justifica por incluir o início do processo de gestão (o

planejamento participativo), dados de um aspecto fundamental para a organização do trabalho, que é aferição do grau de dependência do usuário, e finaliza com aspectos da avaliação da qualidade da assistência.

A escolha pela utilização desses recursos do *software* ocorreu por conta da compreensão de que o planejamento fornece subsídios para o processo decisório, permitindo visualizar com antecedência o que é necessário fazer para mudar as condições que são insatisfatórias no presente e evitar que as condições que são satisfatórias se modifiquem no futuro (ANDRADE; AMBONI, 2010). Os indicadores de qualidade fornecem subsídios para a identificação da satisfação dos usuários e para a verificação dos eventos adversos relacionados à assistência. Já a classificação de pacientes é recurso indispensável para o cálculo do dimensionamento de profissionais de enfermagem. Além disso, a aplicação desses recursos tem forte implicação no estímulo à criação de ambientes de prática favoráveis para profissionais e pacientes.

2 PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados o problema de pesquisa e os objetivos que guiarão o desenvolvimento deste trabalho.

2.1 PROBLEMA DE PESQUISA

De que modo os recursos de planejamento participativo, classificação de pacientes e indicadores do desempenho, disponíveis na tecnologia PRAXIS®, podem contribuir para a gestão de unidades de internação hospitalares?

2.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a contribuição dos recursos de planejamento participativo, classificação de pacientes e indicadores do desempenho, disponíveis na tecnologia PRAXIS®, para a gestão de enfermagem em uma unidade de internação de clínica médica.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimular a realização do planejamento participativo da unidade de clínica médica de um hospital universitário no ano de 2016, contribuindo para a sua efetivação;
- b) analisar o grau de satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem recebida, no período de abril a junho de 2016, com base nos dados disponibilizados em formulário da tecnologia PRAXIS®;
- c) descrever os eventos adversos ocorridos na unidade de internação de clínica médica, no período de abril a junho de 2016, com base nas notificações realizadas;
- d) Participar da realização da classificação de pacientes de uma unidade de internação de clínica médica analisando sua importância para o dimensionamento de profissionais.

3 QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL DE REFERÊNCIA

O quadro teórico conceitual de referência adotado neste estudo segue a estratégia de triangulação teórica, que reconhece a possibilidade de agregar diferentes teorias ou abordagens que explicitem conceitos, com vistas a contribuir para melhor analisar o fenômeno. De acordo com Minayo (2005) e Polit e Beck (2011), a triangulação estabelece a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa; pode ser teórica, de instrumentos para a coleta de dados, relativa à articulação de dados obtidos por diversos instrumentos ou em diferentes cenários, dentre outras.

3.1 GESTÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM E EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Nas ciências administrativas, gestão e administração muitas vezes são consideradas como sinônimos; assim, a gestão/administração é compreendida como a ciência que tem como eixo central a produção de teorias e práticas a serem aplicadas nas organizações em geral; e em sua dinâmica busca permanentemente o modo mais adequado de produzir bens e serviços. As atividades relacionadas à produção de bens (produtos) ou à prestação de serviços são planejadas, coordenadas, dirigidas, executadas e controladas pelas organizações (CHIAVENATO, 2009; TEIXEIRA; SALOMÃO; TEIXEIRA, 2015). Etimologicamente, “gestão” deriva do latim *gestio*, que significa o ato de administrar, de gerenciar. A gestão também pode ser compreendida como a ciência ou a arte de tomada de decisões. Assim, a gestão aborda a seleção de processos, de ferramentas, de métodos e de estratégias que tornam possível o projeto de agregar qualidade a bens tangíveis ou serviços (PALADINI, 2012).

O processo de gestão envolve a forma como as necessidades e problemas são conduzidos e solucionados nas organizações. A gestão/administração em saúde constitui tema relevante para a organização dos serviços de saúde. Compreende-se a

gestão/administração em saúde como a produção e aplicação de conhecimentos no conjunto das organizações da área, envolvendo a gerência de redes, SUS, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde (TEIXEIRA; SALOMÃO; TEIXEIRA 2015; LORENZETTI, 2013).

A partir da Constituição de 1988, a saúde é caracterizada como direito social, assim como a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a alimentação, a previdência social, a proteção à maternidade, à infância e a assistência aos desamparados. A saúde é anunciada no Artigo 196 da Carta Magna como um direito universal e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Para tanto, foi criado o Sistema Único de Saúde e, em 1990, o Congresso Nacional aprovou as Leis Orgânicas da Saúde, que detalham o funcionamento do Sistema. A Lei n.º 8.080/1990 e a Lei n.º 8.142/1990 são apresentadas como ferramentas organizativas do Sistema, que além de regulamentar os serviços e a participação social, regulamentam as bases de funcionamento do SUS. Mais recentemente, o Decreto n.º 7.508/2011 regulamentou a Lei n.º 8.080, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 1990; 2011).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil provoca mudanças de estrutura dos serviços e no processo de gestão (BRASIL, 2015b).

Nesse contexto, a Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013a). As RASs apresentam-se como formatos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes tipos de complexidade e densidade tecnológica, atuando conjuntamente para proporcionar ao usuário atendimento integral à saúde (MENDES, 2011).

De acordo com o Artigo 4º dessa mesma portaria, os hospitais que oferecem ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como conjunto de pontos de atenção, em que a missão e o perfil assistencial devem ser determinados de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico da população (BRASIL, 2013a).

Para Azevedo et al. (2010, p. 4), entre os elementos que representam maiores desafios para a organização, gestão e produção do cuidado no âmbito hospitalar, destacam-se: “[...] as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, o carecimento de serviços cada vez mais

especializados e complexos e o processo lento na introdução de novas tecnologias”.

A gestão de unidades de internação hospitalares constitui tema relevante para as instituições de saúde em âmbito nacional e internacional. Em 2014 a média de leitos por 1000 habitantes no Brasil era de 2,29 leitos, enquanto nos EUA essa mesma média era de 3,2 leitos para 1000 habitantes. Em abril de 2016 o total de leitos clínicos foi de 147.132 (BRASIL, 2016a). Ao considerar que a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 estabelece o número de 30 leitos por unidades de internação, é possível calcular o número aproximado de unidades de internação no Brasil com base no total de leitos (LORENZETTI; VANDRESEN; GELBCKE, 2015; BRASIL, 2016a).

As unidades de internação são locais em que se produzem serviços indispensáveis aos usuários do sistema de saúde que necessitam permanecer no ambiente hospitalar, sendo consideradas *locus* importante. Por conseguinte, a adequada gestão dessas unidades constitui um fator relevante no atendimento resolutivo, eficiente e eficaz para as intuições de saúde. No entanto, diferentes críticas e diagnósticos realizados no Brasil apontam para relevantes fragilidades no processo de gestão no setor saúde no país (LORENZETTI, 2013; LORENZETTI et al., 2014b).

Com relação à rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da “[...] existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial, longe de atender as exigências para constituírem verdadeiros espaços para atenção hospitalar resolutiva, adequada e otimizada” (BRASIL, 2004a, p. 47). De acordo com Lorenzetti e colaboradores (2014b), entre as instituições contemporâneas, o hospital pode ser considerado como local de difícil adesão a mudanças em função da pequena interação entre as profissões e departamentos, fragmentação das ações assistenciais, subordinação dos usuários e pouco governo dos gestores para atuar sobre as corporações.

Ao analisar o modo de organização do trabalho no setor saúde, observa-se forte influência do modelo taylorista-fordista, principalmente em relação ao modo de produção de serviço, que em muitos momentos baseia-se no parcelamento do trabalho/da tarefa, havendo imposição de tempo para sua execução e padronização do processo de produção. Esse modo de organização do trabalho deixou forte influência nos serviços de saúde, com consequências prejudiciais tanto para os trabalhadores quanto para os usuários (GRAÇA, 2002). Tais consequências podem ser visualizadas ainda hoje na organização do trabalho da enfermagem,

principalmente na divisão de tarefas e atribuições entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nas organizações hospitalares brasileiras (PIRES, 2008; ORO; MATOS, 2013).

Diante desse contexto, torna-se visível a compreensão dos desafios na gestão de enfermagem em unidades de internação, tendo em vista que essa gestão se desenvolveu com forte ênfase nas estruturas organizacionais das instituições, alicerçada na divisão de trabalho em tarefas e no apego a normas e rotinas. Esse modo de trabalhar pode acarretar em fragmentação na assistência aos usuários (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). Entretanto, nos últimos anos, o processo de trabalho passou a ser organizado de modo a integrar, no cotidiano da prática e dos processos assistenciais de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a adoção de cuidados integrais.

A SAE é composta por cinco etapas interdependentes: histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação, e caracteriza-se por apresentar uma forte dimensão de gestão no trabalho do profissional de enfermagem, sendo uma importante ferramenta que reorienta a prática, na perspectiva usuário centrado; mas, para isso, ela deve ser aplicada não apenas como uma rotina (COFEN, 2009; GARCIA; CUBAS, 2012; LORENZETTI, 2013; HORTA, 2005).

A SAE é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) através da Resolução 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo, em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Ela define em seu Artigo 4º que cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Os cuidados integrais constituem um modo de organização do trabalho no qual durante seu turno de trabalho o trabalhador fica responsável por um ou mais sujeitos hospitalizados, o que possibilita maior aproximação do profissional com as necessidades da pessoa com carências de saúde (PIRES, 2009; ORO, 2011; ORO; MATOS, 2011). Os modelos de cuidados integrais opõem-se ao modelo de cuidados funcionais, em que o trabalho é parcelado em tarefas. No modelo de cuidados funcionais, as atividades desenvolvidas pelos profissionais são designadas pelo serviço/pela tarefa que o profissional vai realizar no seu turno de trabalho, por exemplo: o procedimento do banho no leito é realizado para todos os pacientes internados pelo mesmo profissional, em um mesmo turno de trabalho. Esse modelo é apontado por Kron e Gray (1989) como o “fazer com que seja feito”.

No Brasil, onde o trabalho da enfermagem é desenvolvido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, a Lei do Exercício Profissional 7498/1986 estabelece papéis diferenciados para os distintos integrantes da categoria profissional, sendo que cabe ao enfermeiro, independentemente do modelo de organização do trabalho adotado (cuidados integrais ou funcionais), realizar o planejamento e a avaliação da assistência, além de prestar os cuidados de enfermagem mais complexos (KRON; GRAY, 1989 apud COSTA, 2004, p. 235; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004; PIRES, 2008; ORO; MATOS, 2013).

Uma pesquisa retrospectiva, realizada por Bernardino e Felli (2006) em um hospital universitário, mostra as dificuldades de mudança de um modelo de gestão tradicional pautado na lógica biomédica, hierarquizada e autoritária, para um modelo epidemiológico, baseado na integralidade, interdisciplinaridade, participação democrática e voltado para a corresponsabilização. O estudo demonstra que os profissionais de enfermagem não estavam organizados para o processo de reestruturação de um modelo de cuidados, apontando dificuldades na realização de atividades que envolviam a ação de tomada de frente e liderança dentro desses serviços.

Uma revisão integrativa realizada por Lorenzetti e colaboradores (2014b), sobre a organização do trabalho da enfermagem hospitalar, aponta para desafios no exercício de liderança por parte de enfermeiros, e para a necessidade de mudanças significativas e substantivas em relação à organização do trabalho da enfermagem e ao desempenho de ações de gestão. A perspectiva da organização por meio de cuidados integrais, gestão participativa, gestão do cuidado, educação no trabalho, bem-estar dos profissionais e qualidade do serviço prestado constitui um caminho promissor para o fortalecimento da organização do trabalho da enfermagem hospitalar.

Além dos modos de organização do trabalho e da SAE, o enfermeiro faz uso de outros importantes instrumentos de gestão, quais sejam: passagem de plantão, visita de enfermagem, escala de pessoal, programas de capacitação, avaliação de desempenho dos profissionais, reuniões de equipe e gerência de materiais assistenciais. Entre os principais instrumentos de uso diário e sistemático para o trabalho do enfermeiro a serem incorporados nas unidades de internação, estão: a classificação diária e sistemática do grau de dependência do usuário, o planejamento participativo, a sistematização da assistência de enfermagem, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, as medidas de satisfação e segurança no trabalho, o incentivo à gestão participativa,

trabalho em equipe e as práticas de avaliação de desempenho (LORENZETTI; VANDRESEN; GELBCKE, 2015).

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é um desses instrumentos que permite a identificação do grau de dependência do usuário com relação à assistência de enfermagem e sua classificação em determinada categoria de cuidado. Além de identificar a categoria de cuidado, o SCP constitui-se em um indicador básico para o planejamento e estabelecimento do quantitativo e qualitativo de profissionais necessários para atendimento dos usuários de acordo com o grau de cuidado, tornando-se, portanto, uma ferramenta grandiosa para o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem (DPE) (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005, FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011).

O planejamento constitui ferramenta primordial à gestão de unidades de internação. A ação de planejar antecede toda atividade humana individual e coletiva. Quando realizado de forma participativa, o planejamento possibilita que os membros envolvidos firmem compromissos com base nas finalidades da instituição. O processo de planejamento consiste na possibilidade de identificar os problemas ou desafios estratégicos e definir prioridades de ações de modo a atuar nas causas dos problemas. Essas ações devem estar orientadas para metas plausíveis e coerentes com os recursos disponíveis. Os responsáveis por sua execução devem ser eleitos e devem determinar os prazos para realização e cumprimento (BRASIL, 2011).

As medidas de avaliação e satisfação no trabalho e notificação de eventos adversos estão relacionadas à gestão da qualidade e ao nível de satisfação/insatisfação no desempenho do trabalho. Os indicadores de qualidade e de desempenho constituem recurso importante para assegurar ao usuário a excelência do atendimento. Para Haddad e Évora (2008), a subutilização do planejamento, a inexistência de um sistema de informações confiável, a ausência de um sistema de gestão fundamentado na melhoria de processo e centrado em resultados, a carência de indicadores de desempenho e de qualidade prejudicam a gestão de serviços de saúde (HADDAD; ÉVORA, 2008, p. 45).

A definição e a elaboração de indicadores vêm ganhando atenção nas instituições hospitalares no Brasil, na perspectiva de busca pela melhoria da qualidade. Todavia, essa elaboração necessita de investigação e definição de linhas-guia que assinalem a necessidade dos seguintes aspectos: “[...] a missão e a estrutura organizacional do serviço, políticas assistenciais, gerenciais e educacionais em saúde, as propostas de trabalho das instituições de saúde; e o quantitativo de profissionais necessários” (KURCGANT, 2009, p. 1169).

Os eventos adversos compreendem um dos indicadores em relação à gestão da qualidade. O evento adverso é definido na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n°. 36 de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como incidente que resulta em dano à saúde (BRASIL, 2013b). De acordo com Paiva, Paiva e Berti (2010), a presença dos incidentes e eventos adversos, que afetam a segurança do paciente, comportam na atualidade um amplo desafio para o aprimoramento da qualidade no setor saúde.

Internacionalmente, também são encontradas situações que carecem atenção em relação à gestão de enfermagem em unidades de internação hospitalares. Um estudo realizado em 2009 aponta que desde a criação do *National Health Service* (NHS), em 1948, as unidades de internação na Inglaterra são alvo de grande atenção na busca de melhorias com relação à qualidade, propondo envolvimento do paciente como centro dos cuidados e adotando medidas para elevar o nível de segurança do paciente e a eficiência nos serviços. O diagnóstico da situação encontrada nas unidades de internação foi descrito no estudo de Fox e colaboradores (2009), mencionado anteriormente. O referido estudo baseou-se em uma discussão com a equipe sobre uma mudança de “cultura” na enfermagem, em função de alguns aspectos recorrentes nas unidades de internação, tais como:

ambientes barulhentos e estressantes, comunicação ineficaz, unidades caóticas e desorganizadas, documentação inadequada sobre o cuidado prestado, enfermeiras correndo de um lado ao outro, tipo ‘*headless chickens*’, equipes com pouca valorização e muita sobrecarga de trabalho, falta de atividades de educação permanente voltadas aos serviços, entre outros fatores que prejudicam a qualidade da assistência prestada (FOX et al., 2009).

3.2 TECNOLOGIA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

As inovações tecnológicas permearam os processos históricos, desde o período paleolítico, da descoberta do fogo ao desenvolvimento de novas tecnologias no século XX, as quais continuam no século XXI. As duas guerras mundiais se caracterizaram como momentos histórico-

propulsores para o desenvolvimento de novas tecnologias. O homem, durante esses diversos períodos, acompanha tais transformações com a introdução dessas tecnologias na sua vida diária (VERASZTO et al., 2008; PINHEIRO; SILVEIRA; BAZZO, 2009).

A inovação é importante não só no empreendimento individualizado, mas também serve como nascente do crescimento econômico em âmbitos nacionais e internacionais. Para Willian Baumol, importante economista americano, “praticamente todo crescimento econômico que ocorreu desde o século XVIII pode ser atribuído à inovação” (TIDD; BESSANT, 2015). A inovação é definida por Tidd e Bessant (2015, p. 19) como o “processo de transformar as oportunidades em novas ideias que tenham amplo uso prático”. De acordo com Lorenzetti e colaboradores (2012, p. 435),

as novas tecnologias compreendem equipamentos, máquinas e instrumentos, além de modelos de organização das empresas e do trabalho (inovações na gestão e relações de trabalho), já a tecnologia pode ser entendida como ciência aplicada, com objetivo de resolver problemas práticos, abarcando tecnologias materiais e não materiais.

O conceito de inovação, popularmente falando, é muitas vezes confundido com o de invenção, que difere do conceito trazido por meio de apreciações acadêmicas. No sentido mais amplo, o termo “inovação” é derivado do latim *innovare*, que significa fazer algo novo (TIDD; BESSANT; PAVITT, 2015). O Artigo 2º da Lei de Inovação Brasileira, nº 10.973 de dezembro de 2004, define inovação como: “introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços”. De acordo com a Lei 11.196 de novembro de 2005, que dispõe sobre incentivos fiscais para inovação tecnológica, pode-se definir inovação tecnológica como: “[...] a concepção de um novo produto ou processo de fabricação e agregação de novas funcionalidades ou características ao produto ou processo, que implique melhorias incrementais e efetivo ganho de qualidade e produtividade” (BRASIL, 2004b; 2005).

Já a Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE) define inovação como “[...] implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado ou um processo, ou um método de *marketing*, ou um novo método

organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas” (OCDE, 2006, p. 55).

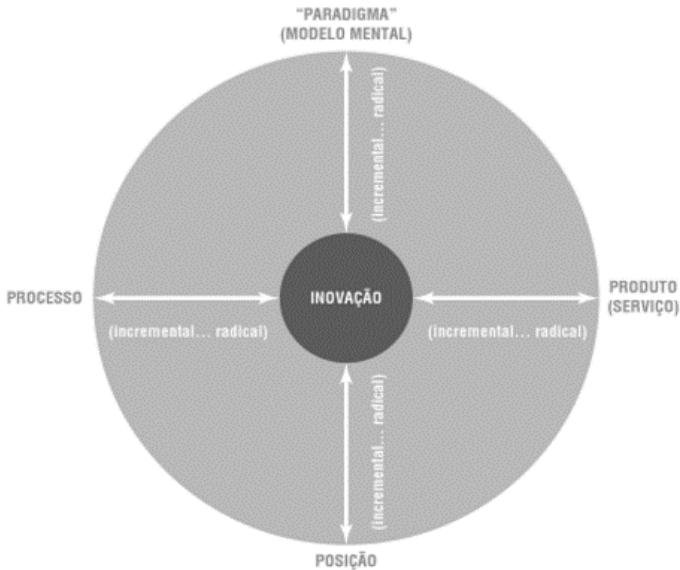
A OCDE publicou o Manual de Oslo, que apresenta como objetivo a orientação e padronização de metodologias e conceitos, bem como a construção de estatísticas e indicadores de pesquisa e desenvolvimento (P&D) em países industrializados. Segundo o Manual (OCDE, 2006), a estrutura conceitual de inovação como sistema compreende quatro tipos: inovação de produto; inovação de processo; inovação de *marketing* e inovação organizacional.

A inovação de produto caracteriza “[...] a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne a suas características ou usos previstos” (OCDE, 2006, p. 57). Já a inovação no processo, “é implementação de um método de produção ou distribuição novo ou expressivamente melhorado” (OCDE, 2006, p. 57). Um dos exemplos para inovação de processo é a realização de mudanças significativas em técnicas, *softwares* ou equipamentos. A inovação de *marketing* diz respeito à implementação de método de *marketing*. Por fim, a inovação organizacional compreende a inserção de “um novo método organizacional nas práticas de negócios” (OCDE, 2006, p. 61).

Em consonância com a definição de inovação tecnológica e a classificação do Manual de Oslo acerca dos tipos de inovação, o sistema de gestão de unidades de internação hospitalares PRAXIS® é assumido pelo seu idealizador como uma inovação tecnológica de processo. O propósito da referida tecnologia é contribuir para a melhoria no desempenho das unidades de internação, beneficiando o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de enfermagem e a assistência ao usuário (LORENZETTI, 2013).

Assim como no Manual de Oslo, as inovações ainda podem ser atribuídas/classificadas em quatro dimensões (4Ps): a dimensão de inovação de produto, que se relaciona a mudanças (produtos e serviços) que uma empresa oferece; a dimensão de inovação de processo, que aponta as mudanças na forma como os produtos/serviços são criados ou entregues; a inovação de posição, que compreende as mudanças no contexto em que produtos/serviços são introduzidos; e, por fim, a inovação de paradigma, que compreende as mudanças nos modelos mentais subjacentes que orientam o que a empresa faz (TIDD; BESSANT, 2015, p. 25).

A Figura 1, a seguir, ilustra esses “4 Ps” da inovação, que fornecem um mapa do espaço de inovação disponível para empresas, abordando conceitos de inovações incrementais e radicais.

Figura 1 - “4 Ps” da inovação

Fonte: Tidd, Bessant e Pavitt (2015).

O economista Joseph Schumpeter (1883-1950) foi um dos primeiros autores da formulação teórica sobre inovação, criando o conceito de “destruição criadora”, em que considera a inovação como movedor para o desenvolvimento econômico. Em seu livro *Business cycles* (1939), Schumpeter conceitua e diferencia as inovações “radicais” das “incrementais”. As inovações radicais “engendram rupturas mais intensas, enquanto inovações ‘incrementais’ dão continuidade ao processo de mudança” (OCDE, 2006, p. 36; OLIVEIRA, 2014).

O trabalho de Joseph Schumpeter influenciou em muito as teorias da inovação. Para o economista, “[...] o desenvolvimento econômico é conduzido pela inovação por meio de um processo dinâmico em que as novas tecnologias substituem as antigas” (OCDE, 2006, p. 36).

3.3 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE E ENFERMAGEM E A TECNOLOGIA PRAXIS®

O avanço da ciência permitiu ao homem o desenvolvimento de tecnologias e inovações nos diversos setores da economia. Por conseguinte, vivenciamos um processo crescente de transformações com inserção de tecnologias e inovações tecnológicas na área da saúde. No ambiente hospitalar, essas tecnologias estão presentes de forma ascendente, e o processo de implementação destas vem causando grandes mudanças nesses espaços assistenciais (PINOCHET; LOPES; SILVA, 2014).

Os temas relacionados à tecnologia e à inovação tecnológica apresentam-se como prioridades para as organizações sociais, instituições, governos e empresas e a produção dessas tecnologias promove efeitos diretos no setor saúde (LORENZETTI et al., 2012).

A partir da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada no Brasil em 1994, é possível intuir que o processo de inserção de tecnologias inovadoras e a produção de novos conhecimentos apresentam-se como possíveis para melhoria de vida das pessoas (PEREIRA; BALTAR; MELLO, 2004; MARZIALE, 2010).

A inserção de inovações tecnológicas na prática assistencial promove, quase sempre, transformações nos processos de assistência. Uma revisão sobre inovações tecnológicas e cargas de trabalho dos profissionais de saúde apontou que as “inovações tecnológicas são significativas para o setor saúde e que existe uma relação entre a inserção de inovações e as cargas de trabalho” (PIRES et al., 2012, p. 165). Parte do estudo demonstra que para os profissionais de enfermagem, o aumento das cargas reporta-se ao quantitativo de profissionais de enfermagem que prestam assistência, seja pela carência no número adequado de profissionais, seja pela inserção de novas tecnologias materiais ou de gestão, que elevaram a quantidade de trabalho sem acrescentar mais profissionais. Nesse sentido, verificou-se que aderir à inovação não exclui a necessidade do trabalho humano e, além disso, requer a qualificação e o quantitativo adequado de pessoal (PIRES et al., 2012).

Uma revisão integrativa sobre tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem realizada por Salvador et al. (2012) verifica que, entre as vantagens da utilização de diversas tecnologias e inovações tecnológicas no cuidado de enfermagem, firmam-se como processos positivos a utilização dos dados como registro para o cuidado e pesquisa

em saúde, a projeção do quadro adequado de profissionais de enfermagem, a sistematização de informações do cuidado na adoção de decisões no processo diagnóstico, maior facilidade na comunicação e na administração do tempo do pessoal da enfermagem, melhor direcionamento do tratamento, capacitação e formação técnico-científica de enfermeiros e o auxílio na verificação de parâmetros clinicamente relevantes que possibilitam com maior facilidade a melhoria do raciocínio e da decisão clínica para o usuário.

Em contraponto, o estudo assinala algumas dificuldades no processo de inserção de inovações tecnológicas na prática assistencial, como a dificuldade dos profissionais no processo de informatização; quanto à saúde física, consideram-se movimentos repetitivos e complicações visuais como fatores causais ao adoecimento do profissional; a intensificação do trabalho, podendo gerar sobrecarga nos trabalhadores; mudanças na organização do trabalho, entre outros fatores. Em um dos estudos analisados pelas autoras, foi possível destacar que a eficácia de uma inovação tecnológica no processo de trabalho em saúde “[...] implica uma preparação prévia dos profissionais que irão utilizá-la, no intuito desse recurso ser um veículo e não um fim em si mesmo” (SALVADOR et al., 2012).

Assim sendo, é possível destacar que, de um lado, as inovações tecnológicas apresentam benefícios para os serviços de saúde, por caracterizarem-se como recursos inovadores para a gestão dos ambientes hospitalares, otimizarem tempo e agilizarem os processos de trabalho. Em contrapartida, quando não bem empregadas, as tecnologias podem trazer aspectos que dificultam o processo de trabalho.

De acordo com Schmeil (2013), a criação de novas técnicas, tecnologias e artefatos no setor saúde tem modificado as rotinas clínicas e a forma de relacionamento entre pacientes e profissionais. A utilização das tecnologias como meio de desenvolvimento de conhecimento vem sendo utilizada mais e mais. Recentemente, as interconexões entre a informática e as telecomunicações integraram a modalidade de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). Assim, as tecnologias de informação podem ser compreendidas como:

Composição de competências humanas e de tecnologias e metodologias baseadas em recursos computacionais; essa composição contribui para o exercício das atividades, buscando alcançar eficiência, eficácia e competitividade na área de aplicação. Deseja-se a aderência da infraestrutura

aos requisitos do negócio, a conectividade e a disponibilidade dos elementos que a compõem (SCHMEIL, 2013, p. 477).

As tecnologias de informação e comunicação em saúde, quando bem empregadas, contribuem na qualidade dos serviços hospitalares. O estudo de Sherwood e Zomorodi (2014) elabora um quadro definindo seis competências e atitudes de enfermeiros relacionadas à segurança e à qualidade, no qual a informática apresenta-se como um dos elementos. São eles: o cuidado centrado no usuário; colaboração e trabalho em equipe; prática baseada em evidências; melhoria da qualidade; segurança; e informática.

Tecnologia PRAXIS®

A tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares PRAXIS®, idealizada e concebida por Lorenzetti (2013), apresenta-se como uma inovação tecnológica de processo para utilização na gestão e na assistência de enfermagem integral, humanizada, segura e de qualidade. O PRAXIS® “[...] consiste em um sistema de gestão que integra diversos instrumentos para manejo informatizado de unidades de internação, mas pode estar articulado com qualquer processo mais amplo de planejamento estratégico institucional” (LORENZETTI, 2013, p. 215).

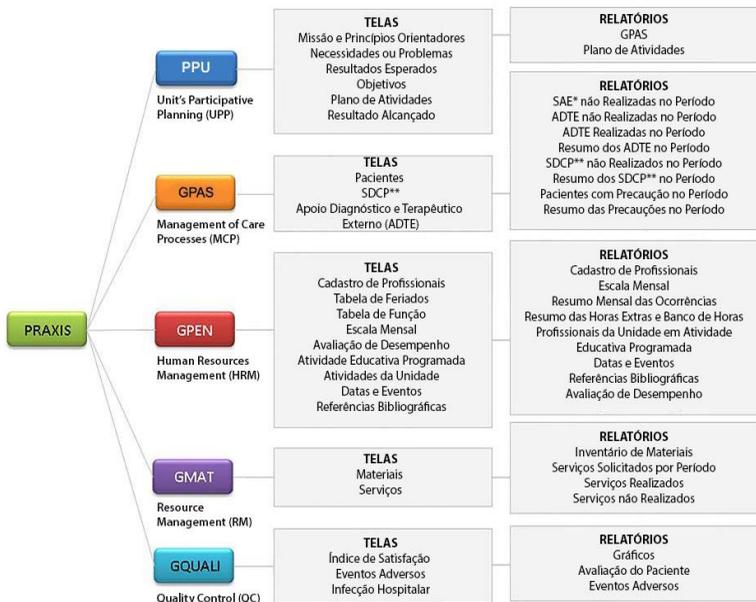
O PRAXIS® disponibiliza informações sobre gestão administrativa e gestão da assistência, integrando o planejamento participativo da unidade, gestão dos processos assistenciais, gestão de pessoas, gestão de materiais e gestão da qualidade. Disponibiliza informações instantâneas e relevantes no painel eletrônico (*dashboard*), no qual é possível acompanhar indicadores da assistência de enfermagem, favorecendo a comunicação entre a equipe e o desempenho do trabalho multiprofissional ou interdisciplinar. A criação e aplicação desse tipo de inovação pela enfermagem não só favorece a atuação e valorização profissional, mas também melhora a visibilidade da profissão enfermagem na atenção hospitalar e em outros serviços, disponibilizando informações que contribuem para a integração com o trabalho de outras profissões (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016).

O PRAXIS® envolve competências humanas e tecnológicas com a finalidade de garantir eficiência, eficácia e qualidade da assistência, consistindo em um recurso inovador no setor saúde.

O conjunto de ações e o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras em unidades de internação e a relevância das unidades de internação no atendimento à saúde dos usuários desse serviço impulsionaram a construção dessa tecnologia, para que esta pudesse integrar processos assistenciais e administrativos nesses importantes espaços de produção da assistência (LORENZETTI, 2013).

O PRAXIS® está estruturado com os seguintes componentes: Planejamento Participativo da Unidade (PPU); Gestão dos Processos Assistenciais (GPAS); Gestão de Pessoas da Equipe de Enfermagem (GPEN); Gestão de Materiais (GMAT); Gestão da Qualidade (GQUALI); e também apresenta um ícone de acesso ao painel de escala mensal de pessoal e ao painel eletrônico. Todos os cinco componentes estão associados e visíveis na interface de tela inicial do *software*. Tais componentes podem ser visualizados na Figura 2, a seguir

Figura 2 - Componentes do PRAXIS®

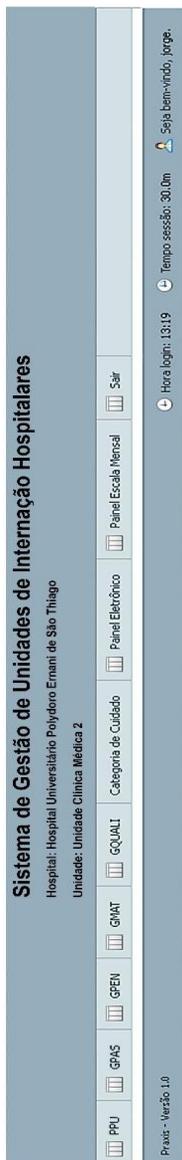


* Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

** Sistema Diário de Classificação de Pacientes (SDCP)

Fonte: Lorenzetti (2013); Lorenzetti; Gelbcke; Vandresen (2016).

A interface de tela do PRAXIS® estrutura-se de modo a facilitar o acesso às informações para quem o está operando. Assim, a partir do *login* por meio de usuário e senha, é possível ter acesso à tela inicial, conforme ilustrado na figura a seguir (Figura 3).

Figura 3 - Tela inicial do PRAXIS®

Fonte: Lorenzetti (2013), *print* de tela.

As informações mais importantes desses componentes do *software* são organizadas e disponibilizadas, sendo atualizadas no painel eletrônico, visualizado no aparelho de TV que fica instalado no posto de enfermagem. O painel eletrônico também disponibiliza o grau de dependência do usuário para toda a equipe, sendo que os graus de dependência do usuário podem ser observados após a classificação realizada pela enfermeira, qual seja: cuidados mínimos (verde); intermediários (azul); alta dependência (amarelo); semi-intensivo (vermelho); e intensivo (vermelho). Para a realização da classificação do paciente, a enfermeira utiliza o instrumento de gradação da complexidade assistencial proposto por Fugulin (2002) e Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005). A imagem do painel eletrônico pode ser visualizada na Figura 4.

O PPU é o componente que contém informações a respeito do planejamento participativo da unidade e apresenta seis (6) campos articulados entre si: Missão e Princípios Orientadores; Necessidades ou Problemas; Resultados Esperados; Objetivos; Planos de Atividades; e Resultados Alcançados” (LORENZETTI, 2013, p. 119). Já o GPAS – Gestão de Processos Assistenciais – contém dois (2) campos: um denominado *pacientes*, e outro, *apoio diagnóstico terapêutico externo* (ADTE). Esse módulo permite a realização da classificação dos pacientes, sendo possível definir o grau de dependência do usuário com relação ao atendimento de enfermagem. Atualmente, o PRAXIS® (Versão 1.0) “[...] utiliza o instrumento de Fugulin e colaboradores (2002; 2005) tendo como referência nove (9) áreas de cuidados: Estado Mental, Oxigenação, Sinais Vitais, Motilidade, Deambulação, Alimentação, Cuidado Corporal, Eliminação e Terapêutica” (LORENZETTI, 2013, p. 139). A Figura 5, a seguir, retrata a interface de tela de classificação de pacientes.

Figura 5 - Tela do instrumento de classificação de pacientes

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares
Hospital: Hospital Universitário Pólydoro Ernani de São Thiago
 Unidade: Unidade Clínica Médica 2

PPU

GPS

GREN

GMAT

GCUALI

Categoria de Cuidado

Panel Escala Mensal

Panel Escala Mensal

Panel Escala Mensal

Sar

Instrumento de Classificação de Pacientes
 Paciente

Quarto

Letto

Prontuário

		GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL				
		3	4	5	6	7
ÁREA DE CUIDADO						
Estado Mental						
Dispneia						
Sinais Vitais						
Motilidade						
Deambulação						
Alimentação						
Cuidado Corporal						
Eliminação						
Terapêutica						
		Período de monitorização no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>	Período de monitorização no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>	Período de monitorização no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>	Período de monitorização no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>	Período de monitorização no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>
		Uso contínuo de máscara ou cabelo de higiene <input type="checkbox"/>	Uso contínuo de máscara ou cabelo de higiene <input type="checkbox"/>	Uso contínuo de máscara ou cabelo de higiene <input type="checkbox"/>	Uso contínuo de máscara ou cabelo de higiene <input type="checkbox"/>	Uso contínuo de máscara ou cabelo de higiene <input type="checkbox"/>
		Controle em intervalos de 6 horas <input type="checkbox"/>	Controle em intervalos de 4 horas <input type="checkbox"/>	Controle em intervalos de 2 horas <input type="checkbox"/>	Controle em intervalos de 1 hora <input type="checkbox"/>	Controle em intervalos de 30 minutos <input type="checkbox"/>
		Dificuldade para movimentar segmentos corporais	Dificuldade para movimentar segmentos corporais	Dificuldade para movimentar segmentos corporais	Dificuldade para movimentar segmentos corporais	Dificuldade para movimentar segmentos corporais
		Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pelo paciente <input type="checkbox"/>	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pelo paciente <input type="checkbox"/>	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pelo paciente <input type="checkbox"/>
		Locomoção através de cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	Locomoção através de cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	Locomoção através de cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	Locomoção através de cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	Locomoção através de cadeira de rodas <input type="checkbox"/>
		Através de sondas nasogástricas <input type="checkbox"/>	Através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>
		Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pelo paciente <input type="checkbox"/>	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pelo paciente <input type="checkbox"/>	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pelo paciente <input type="checkbox"/>
		Uso de sondas ou alternativas no leito <input type="checkbox"/>	Uso de sondas ou alternativas no leito <input type="checkbox"/>	Uso de sondas ou alternativas no leito <input type="checkbox"/>	Uso de sondas ou alternativas no leito <input type="checkbox"/>	Uso de sondas ou alternativas no leito <input type="checkbox"/>
		E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>

CATEGORIA DE CUIDADO 0

1.M. ou V.O.

Fonte: Instrumento de Classificação de Pacientes de Fuglin et al. (2002, 2005)

Princ - Versão 1.0

Hora login: 13:22

Tempo usado: 30:0m

Siga bem-vindo, WPP.

Fonte: Lorenzetti (2013), *print* de tela.

O módulo GPEN contém o conjunto das informações relacionadas à gestão da equipe de enfermagem no PRAXIS®. Esse módulo apresenta nove (9) campos: cadastro de profissionais; tabela de feriados; tabela de função; escala mensal; avaliação de desempenho; atividade educativa programada; atividades da unidade; datas e eventos; e referências bibliográficas. Tem como foco ser um facilitador na

[...] elaboração e gestão da escala mensal de trabalho da equipe da unidade, na escala de distribuição diária dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem pelos pacientes internados tendo como referência o SDCP, nas atividades de educação permanente e a avaliação de desempenho dos membros da equipe de trabalho da unidade (LORENZETTI, 2013, p. 99).

O GMAT é o módulo de Gestão de Materiais e Ambiência da Unidade. Estrutura-se em dois campos: de *materiais* e de *serviços*, nos quais são inseridos os “[...] registros dos relatórios mensais de conferência (inventário) dos materiais assistenciais, tendo como objetivo evitar desperdícios com materiais vencidos e sem controle e o registro e resultados de todas as solicitações de consertos ou serviços de manutenção em geral” (LORENZETTI, 2013, p. 221-222) realizados nas unidades de internação.

O GQUALI refere-se à Gestão da Qualidade. Esse módulo concentra informações sobre a percepção (satisfação/insatisfação) dos usuários quanto à assistência recebida e medidas técnicas e organizacionais para cuidados seguros. O GQUALI estrutura-se em três campos: índice de satisfação, eventos adversos e infecção hospitalar, e em relatórios que apresentam indicadores mensais. Os indicadores disponíveis no *software* são: satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem, taxa de cobertura da SAE, taxa de realização de exames e procedimentos externos, taxa de infecção hospitalar da unidade, taxa de ocupação da unidade, medida de permanência, média de pacientes por dia e eventos adversos. A taxa de ocupação refere-se ao “[...] percentual de ocupação da unidade; a média de permanência expressa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados; já a média de pacientes por dia representa o número médio de pacientes na unidade” (LORENZETTI, 2013, p. 101). O *software* provê, ainda, dados sobre os eventos adversos, que correspondem ao “número de eventos cadastrados em formulário próprio do *software*”. Os eventos adversos indicados para registro são quedas de pacientes, úlceras por pressão, erros de medicações, soromas e flebitis e outros (LORENZETTI, 2013, p. 101).

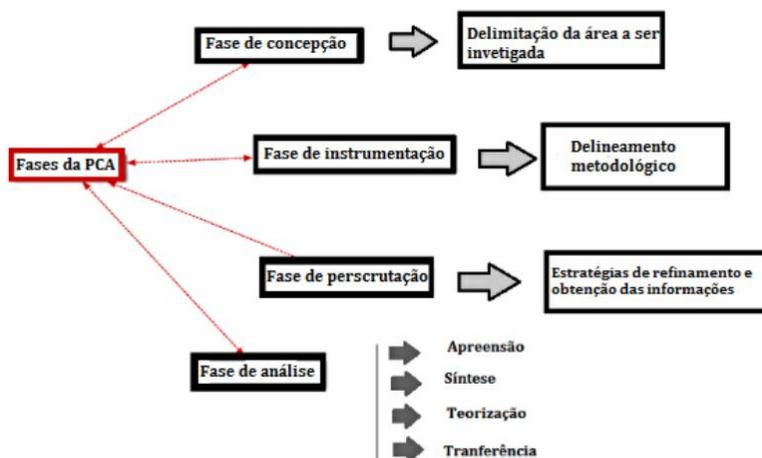
4 METODOLOGIA

O presente estudo adequa-se a uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que, segundo Trentini, Paim e Silva (2014), é apropriada para objetivos de investigação e intervenção no contexto da prática, a partir da interação do pesquisador com determinada realidade. A PCA, quando utilizada pela enfermagem, não só relaciona-se a atividades como o ato de cuidar ou assistir, mas também à ação de descobrir realidades, resolver problemas e introduzir inovações em determinado contexto da prática assistencial.

Esta pesquisa insere-se na dimensão gerencial do trabalho profissional do enfermeiro. Caracteriza-se por uma intervenção com foco na gestão de unidades de internação hospitalares a partir da utilização da tecnologia de gestão PRAXIS®, uma tecnologia que integra processos assistenciais e administrativos de unidades de internação e fundamenta-se na gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica (LORENZETTI, 2013).

O itinerário metodológico desta pesquisa seguiu as quatro fases da PCA: *concepção*, *instrumentação*, *perscrutação* e *análise*, ilustradas e descritas a seguir.

Figura 6 - Fases da pesquisa convergente assistencial



Fonte: Elaborada pela autora com recursos do *software* Atlas.ti 7.0.

4.1 CONCEPÇÃO

A fase de concepção diz respeito à síntese e ao conhecimento do tema, que norteará a definição do problema de pesquisa. Na Pesquisa Convergente Assistencial a concepção deve emergir da prática profissional (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Ou seja, há uma relação entre o pesquisador e o objeto de investigação, e no âmbito da enfermagem temas que relacionam a prática assistencial favorecem a dualidade entre investigar e a propositiva de intervir no desfecho da prática.

As unidades de internação são ambientes de intensa produção da assistência. Nesses locais são realizados os cuidados necessários às pessoas que precisam de internação hospitalar, constituindo-se, portanto, em espaços privilegiados de cuidado. A enfermagem desempenha papel fundamental nesses serviços, possuindo responsabilidade na organização, manutenção e coordenação desses ambientes (LORENZETTI, 2013).

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago apresentou no ano de 2014 o total de 8746 (oito mil setecentos e quarenta e seis) internações, sendo que, destas, 716 (setecentas e dezesseis) foram na unidade de Clínica Médica II; no ano de 2015 o total de internações foi de 4336 (quatro mil trezentos e trinta e seis), dos quais 614 foram na unidade de Clínica Médica II, local onde a pesquisa foi realizada (HU, 2015). Nas unidades de internação hospitalares o enfermeiro desempenha papel essencial na assistência direta ao paciente e é de sua responsabilidade a gestão desses espaços de produção da assistência.

A ausência ou não realização do planejamento, aliado à dificuldade de coordenação do conjunto dos processos e à necessidade de desenvolvimento de novas habilidades ou competências no fazer gerencial, identificada internacionalmente e no hospital escolhido, estimulou a criação de uma tecnologia voltada para a gestão de unidades de internação hospitalares (LORENZETTI, 2013). Essa tecnologia integra processos assistenciais e administrativos, promove a melhoria contínua de desempenho e incentiva o cuidado integral, participativo e humanizado. O *software* PRAXIS®, criado pelo já mencionado autor, é um sistema que integra esses processos e fundamenta-se em princípios orientadores, como: gestão participativa, melhoria contínua do

desempenho e inovação tecnológica (LORENZETTI; VANDRESEN; GELBCKE, 2015).

A Gestão Participativa (GP) compreende a “consideração das pessoas enquanto sujeitos protagonistas nos processos de gestão, com poder deliberativo em todos os ciclos em que estão envolvidas” (LORENZETTI, 2013, p. 62). Estimula o fazer e agir de forma consciente e responsável no sentido individual, coletivo e comunitário. Consiste, além disso, em um modo de gestão que valoriza as pessoas e suas competências nas organizações, com importância da liderança, apresentada como essencial para a formação e mobilização de grupos/equipes com intuito de alcançar determinada missão (LORENZETTI, 2013). O SUS utiliza a GP como diretriz geral e o Ministério da Saúde (MS) possui uma Secretaria Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e uma Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Participa SUS) (BRASIL, 2009).

Já a melhoria contínua do desempenho baseia-se em uma metodologia ancorada no ciclo PDCA, *Plan, Do, Check e Act*, que é utilizada de forma contínua para o gerenciamento, a análise e a solução de problemas nas organizações. Essa metodologia permite uma sistemática de melhoria contínua do desempenho, por meio do uso permanente do planejar, implementar, checar resultados, realizar ajustes, correções e replanejar (ORO; MATOS, 2011; LORENZETTI, 2013).

A inovação tecnológica caracteriza-se pelo uso de ferramentas da Tecnologia de Informação e Comunicação como recurso tecnológico para melhoria na gestão. O *software* PRAXIS® “[...] enquadra-se em uma inovação tecnológica de processo com objetivo de proporcionar melhorias no desempenho das unidades de internação, de modo a impactar positivamente na assistência aos usuários e no desenvolvimento do trabalho pela equipe de enfermagem” (LORENZETTI, 2013, p. 75).

A justaposição de processos vivenciados na assistência com a utilização do *software* fez emergir o seguinte questionamento: planejamento participativo, classificação de pacientes e indicadores do desempenho disponíveis na tecnologia PRAXIS® contribuem para a qualificação da gestão de unidades de internação hospitalares?

Assim, este estudo delimitou quatro focos basilares da tecnologia para análise e interpretação da sua relação com a gestão nesse espaço da prática de enfermagem. A escolha dos quatro focos foi intencional por serem considerados como fundantes da própria tecnologia e por incluírem: o ponto de partida da gestão, que é o planejamento; um dos

elementos centrais para a compreensão da complexidade do fazer gerencial do enfermeiro em unidades de internação de clínica médica, que é o grau de dependência dos pacientes lá internados; finalizando com a análise de dois indicadores da qualidade da assistência prestada.

O primeiro foco consiste no estímulo a realização do planejamento participativo em unidade de internação hospitalar, utilizando a metodologia proposta pela tecnologia PRAXIS®. O segundo foco diz respeito à realização da classificação de pacientes por grau de dependência de enfermagem com utilização de um instrumento de classificação proposto por Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), visto que a classificação fornece subsídios indispensáveis ao cálculo de dimensionamento de pessoal. O terceiro e o quarto focos relacionam-se a dois indicadores de qualidade: a avaliação da satisfação do usuário com relação à assistência recebida, que foi realizada por meio de um questionário; e a notificação de eventos adversos, que foi realizada por meio de um instrumento de notificação, ambos inseridos no *software*.

4.2 INSTRUMENTAÇÃO

A fase da instrumentação, segundo a PCA, caracteriza-se pelo delineamento dos aspectos metodológicos do estudo: espaço físico/local da pesquisa e participantes da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.2.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de internação de clínica médica para adultos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago. Criado em 1980, o HU é um hospital totalmente público, arquitetado na perspectiva do trinômio *pesquisa, ensino e extensão*. É um hospital geral de grande porte que disponibilizou, em 2015, o total de 210 leitos e, no ano de 2016, 202 leitos. A escolha pelo local do estudo ocorreu de forma intencional, pelo fato de o *software* estar implantado como projeto piloto nessa unidade. A unidade de clínica médica possui 12 quartos, totalizando 25 leitos. Os leitos possuem uma distribuição de maneira diferente entre os quartos: seis quartos com dois leitos, três quartos com quatro leitos e um quarto com um leito, sendo

este geralmente utilizado por pacientes que necessitam de isolamento. Os leitos são divididos por especialidade médica, sendo nove para onco-hematologia, cinco para neurologia, quatro para cardiologia, seis para clínica médica geral e um para endocrinologia. A estrutura física da unidade possui ainda: uma sala para realização de curativos e procedimentos, uma sala para preparação de medicação, uma sala para passagem de plantão, uma rouparia, um expurgo, um banheiro para funcionários, uma sala de almoxarifado, um posto de enfermagem, uma sala de repouso da enfermagem e uma copa para os funcionários e para o serviço de nutrição.

4.2.2 Participantes da pesquisa

Essa pesquisa foi realizada com os profissionais de enfermagem da unidade de internação de clínica médica onde o *software* PRAXIS® está instalado. A equipe de enfermagem da unidade de internação de clínica médica é composta por trinta e três (33) funcionários, sendo uma (1) enfermeira chefe, oito (8) enfermeiras assistenciais, vinte e quatro (24) técnicos e auxiliares de enfermagem. Todos os profissionais da equipe de enfermagem foram convidados a participar da pesquisa, que ocorreu durante os meses de abril a agosto de 2016. Não participaram os que estavam em período de férias ou afastados do trabalho por atestado médico, acidente de trabalho ou licença.

4.2.3 Coleta de dados

O processo da coleta de dados se desenvolveu da seguinte forma:

a) Planejamento Participativo da Unidade (PPU): o processo iniciou com o levantamento de necessidades ou problemas junto a todos os membros da equipe de enfermagem da unidade (abril de 2016). As necessidades ou problemas foram apresentados e discutidos em cinco oficinas (maio a agosto de 2016) para elaboração do PPU para o ano de 2016, utilizando-se o modelo disponibilizado no *software* PRAXIS® (Anexo B).

b) Avaliação do grau de dependência do usuário: realizada utilizando-se dados obtidos em formulário estruturado para a avaliação do grau de dependência com relação à assistência de enfermagem modelo do *software* PRAXIS® (Anexo C). A avaliação foi realizada de abril a junho de 2016, sendo que no mês de junho de 2016 essa classificação foi realizada durante 30 dias consecutivos, com no mínimo uma classificação a cada 24 horas. Seguindo o estabelecido no *software*, seis (6) pacientes foram reclassificados devido a alterações no seu grau de dependência.

c) Satisfação do usuário com relação à assistência recebida: dados coletados pela pesquisadora e fornecidos pela equipe de enfermagem a partir do preenchimento de questionário formal de satisfação do usuário com relação à assistência, utilizando-se modelo disponibilizado no *software* PRAXIS®, no período de abril a junho de 2016 (Anexo D).

d) Eventos adversos: dados obtidos a partir do preenchimento, pela equipe de enfermagem da unidade e pela pesquisadora, de formulário de notificação de eventos adversos, conforme modelo do *software* PRAXIS®, no período de abril a junho de 2016 (Anexo E).

Como descrito no item A, a elaboração do PPU, ocorreu por meio de cinco oficinas do planejamento participativo, todas seguiram a metodologia de planejamento proposta pelo autor da tecnologia. A realização das oficinas foi precedida do levantamento das necessidades ou problemas que mais mereciam atenção na unidade de internação pelos profissionais de enfermagem. Essas necessidades ou problemas foram identificados em perguntas individuais, feitas a todos os profissionais. O PPU, de acordo com Lorenzetti (2013, p. 122), é “uma mediação entre o conhecimento e a ação para o alcance de objetivos em uma determinada situação” que se orienta pelo princípio da Gestão Participativa. O PPU é o primeiro componente da tecnologia PRAXIS® e é composto por seis campos: missão e princípios orientadores, necessidades ou problemas, resultados esperados, objetivos, planos de atividades e resultados alcançados. A missão consiste em uma “declaração precisa que divulga responsabilidades da unidade. Deve responder a razão de ser da unidade, o que faz e para quem, meta maior”. Os princípios orientadores traduzem as “convicções, crenças e valores que os membros da equipe possuem e como estas influenciam e orientam suas ações cotidianas”. As necessidades ou problemas refletem as “situações satisfatórias relevantes que devem ser mantidas e as condições ou situações insatisfatórias que precisam ser modificadas na perspectiva da situação ideal” (LORENZETTI, 2013, p. 116). Os

resultados esperados relacionam-se ao que se almeja alcançar para superação da necessidade ou do problema. Cada problema ou resultado esperado “descreve a situação desejada ou a ser mantida com o planejamento e deve ser formulado para cada necessidade ou problema”. O objetivo caracteriza a “situação futura que se deseja alcançar, exprime a mudança ou manutenção da situação enquanto propósito do planejamento”, e o plano de atividades é uma descrição detalhada do “conjunto de operações a serem realizadas para o alcance de determinado objetivo” (LORENZETTI, 2013, p. 116). Por fim, a avaliação e o resultado apontam o percentual de realização dos resultados dos planos e atividades.

As cinco oficinas foram consideradas satisfatórias pelo critério de saturação dos dados. Compreendendo a saturação teórica como ponto em que o investigador não mais obtém elementos para aprofundar a teorização, no qual os dados coletados passam a apresentar repetição (FONTANELLA et al., 2011).

O item B trata da classificação diária de pacientes e tem por finalidade caracterizar o perfil do grau de dependência da atenção de enfermagem pelos usuários. A classificação foi realizada com a utilização de um instrumento de classificação de pacientes proposto por Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005). O instrumento consiste em um formulário que possui nove áreas de cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica. Ao classificar o paciente, este é direcionado a uma das cinco categorias de cuidados, com base no grau de dependência, quais sejam: cuidados mínimos, intermediários, alta dependência, semi-intensivos e intensivos. O instrumento possui gradação de um a quatro, conforme a intensidade crescente da complexidade assistencial. O paciente é avaliado em relação a todas as nove áreas na opção que melhor retrate a sua situação, sendo classificado na categoria correspondente à soma dos valores parciais obtidos em cada área, observando, ainda, a correlação entre a pontuação obtida e a definição da categoria de cuidado correspondente (VANDRESEN; AMARAL, 2014). Ao classificar o paciente em uma das categorias, pode haver uma variação de pontuação de nove a 36 pontos. O paciente foi classificado em *cuidados mínimos* quando recebeu escore de 9 a 14 pontos, em *cuidados intermediários* quando recebeu de 15 a 20 pontos, *cuidados de alta dependência*, de 21 a 26 pontos, *cuidados semi-intensivos*, de 27 a 31 pontos, e *cuidados*

intensivos, acima de 31 pontos (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

O item C trata da avaliação da satisfação do usuário em relação à assistência recebida pelos profissionais da unidade. A coleta de dados foi realizada por profissionais que não prestavam assistência direta ao paciente e pela pesquisadora, por meio de questionário aplicado após confirmação da alta hospitalar. Essa avaliação faz parte de um dos oitos indicadores de avaliação de desempenho disponibilizado pelo *software*. O questionário para entrevista possui nove perguntas sobre o atendimento realizado pela equipe de enfermagem, desde o momento da chegada para a internação, procedimentos realizados, informações sobre a alta hospitalar, motivos de satisfação e insatisfação do usuário com relação à assistência recebida. Esse questionário foi aplicado após alta hospitalar, sendo respondido pelo paciente ou por seu familiar e ou acompanhante.

Por fim, o item D trata de outro indicador de desempenho inserido no *software*, o formulário de notificação de eventos adversos, que possui quatro (4) perguntas envolvendo erro de medicação, quedas, úlcera por pressão, soromas, flebites, problemas com materiais e outros. Possui perguntas relacionadas às possíveis causas e à descrição do evento. A notificação por meio do formulário de eventos adversos foi realizada pelos profissionais da equipe de enfermagem e pela pesquisadora no momento em que se confirmava a ocorrência de um evento adverso, mesmo que não estivesse registrado em prontuário do paciente.

4.3 PERSCRUTAÇÃO

A fase de perscrutação se caracteriza pelo processo de examinar, investigar de modo mais aprofundado as “condições para a mudança em todo contexto da investigação: físico, técnico, tecnológico, científico, dentre outros”. É quando ocorre a busca por formas de aquisição de informações, com a participação dos sujeitos do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 46).

A fase de perscrutação teve seu início com o convite, a apresentação dos objetivos da pesquisa e a sensibilização dos profissionais a participarem das oficinas de planejamento participativo da unidade. Esse convite foi feito pela pesquisadora a todos os profissionais, nos três turnos: manhã, tarde e noite. Foi proposto que os

enfermeiros e técnicos de enfermagem dos turnos matutino, vespertino e noturno indicassem representantes para formar um grupo coordenador responsável pela elaboração do PPU. Para a elaboração do PPU foi recomendado o seguimento da metodologia proposta pelo *software*, já descrita na fase de instrumentação. A elaboração do planejamento seguiu etapas bem definidas: primeiramente a pesquisadora realizou, junto a todos os profissionais da unidade, a coleta e sistematização das necessidades e ou problemas que deveriam merecer atenção para uma melhoria do desempenho da unidade. Para organização dos dados e melhor compreensão das informações levantadas por todos os profissionais, esses dados foram organizados em categorias, considerando-se as necessidades e/ou problemas emergentes. A segunda etapa foi a realização de duas oficinas para elaboração do PPU, para as quais foram convidados todos os profissionais de enfermagem que atuam na unidade. A realização das oficinas contou com o apoio de um professor *expert* em planejamento participativo para a elaboração do PPU, que é o autor da tecnologia PRAXIS®. Na primeira oficina, foi proposta uma revisão dos conceitos de planejamento participativo e dos componentes do PPU. Essa revisão foi realizada utilizando-se um texto de apoio com os conceitos básicos do planejamento participativo. O número de participantes das oficinas foi considerado suficiente, tendo em vista que ao menos dez integrantes da equipe atenderem ao convite. Após a definição da missão, dos objetivos, das necessidades ou problemas e do plano de atividades, o PPU foi disponibilizado a toda equipe e foi realizada a eleição de coordenadores de cada plano, que trabalharam no desenvolvimento do plano de atividades com apoio da pesquisadora. Seguiu-se, então, a concretização do planejamento participativo da unidade e o início de sua implementação. A pesquisadora participou da inserção no *software* do PPU realizado pela equipe e estimulou os coordenadores a manterem as informações referentes aos planos e percentuais de realização das atividades atualizados.

A classificação dos pacientes por grau de dependência da equipe de enfermagem foi acompanhada pela pesquisadora durante os meses de abril a junho de 2016. Nesse período a pesquisadora acompanhou as passagens de plantão e realizou a ronda junto com a enfermeira do turno matutino, acompanhando o processo de classificação dos pacientes. As classificações foram realizadas no *software* e registradas manualmente para avaliação do tempo de horas de enfermagem requeridas para cada paciente. No entanto, somente no mês de junho de 2016 foi possível

realizar a classificação dos pacientes durante os 30 dias do mês, sendo esse o dado utilizado para o dimensionamento, considerando o recomendado por Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016). Os pacientes foram classificados pelo menos uma vez ao dia, na categoria que melhor identificasse o seu grau de dependência, podendo ser alterado de acordo com a oscilação do seu grau de dependência, conforme previsto na tecnologia PRAXIS®. A oscilação do grau de dependência do paciente indica a necessidade de reclassificar o paciente no período de acordo com o novo grau de dependência apresentado. Foi o que ocorreu, nesse período, com seis pacientes, que após alteração do grau de dependência foram reclassificados em outra categoria de cuidado. Os autores anteriormente acima mencionados consideram a necessidade de classificação dos pacientes, para efeitos do dimensionamento de profissionais de enfermagem, por no mínimo 30 dias em um mês típico, ou seja, “um mês em que a unidade não esteja exposta a qualquer tipo de ocorrência que possa influenciar a quantidade de pacientes assistidos ou o tipo e número de intervenções realizadas” (FUGULIN, GAIDZINSKI, LIMA, 2016, p. 120).

Foi realizada a sensibilização de alguns membros da equipe de enfermagem para utilização dos indicadores de desempenho do sistema PRAXIS®, em especial os de satisfação do paciente com relação à assistência de enfermagem recebida e notificação de eventos adversos. Essa sensibilização ocorreu por meio de acompanhamento individual e disponibilização de materiais a alguns membros-chave da equipe. A realização da entrevista de satisfação do usuário com relação à assistência de enfermagem recebida foi realizada quando o paciente estava com a alta hospitalar assinada. O familiar ou acompanhante do paciente pôde participar da entrevista, ou até mesmo em alguns casos responder o questionário pelo paciente. Como critérios de exclusão do estudo não foram realizadas entrevistas em casos de transferências internas e óbito.

Com relação às notificações de eventos adversos, foi realizada sensibilização da equipe para realização das notificações que ocorrem na unidade. Essa sensibilização foi compartilhada com a equipe que compõe o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário, no sentido de que as notificações fossem concretizadas não com cunho punitivo e sim como uma necessidade organizacional. A RDC n.º. 36, de 2013, estabelece ações de segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e institui a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nesses serviços (BRASIL, 2013b).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material baseou-se no que dispõe a fase de análise da PCA. Nessa fase foram organizadas as informações com base em quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de apreensão iniciou com a coleta de informações, de modo que o pesquisador as registrou e organizou assim que as obteve. As informações foram registradas e organizadas diariamente por meio de um registro organizativo (Apêndice A), o qual permitiu ao final de cada mês realizar a totalização dos dados. E, ao final dos 3 meses de coleta, permitiu um consolidado de dados sobre a gestão da unidade, que foi disponibilizado para a enfermeira-chefe da unidade e posteriormente para a equipe. Esse consolidado originou-se dos dados de gestão da unidade de internação, tais como: o PPU elaborado pela equipe nas oficinas, com auxílio da pesquisadora e professor de gestão; o tempo em horas requeridas e disponibilizadas para atender aos pacientes com seus respectivos graus de dependência; os registros de avaliação da qualidade da assistência e os eventos adversos. Esses registros passaram pelo processo de síntese, que consiste em reunir elementos diferentes e unilos em um todo coerente (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de teorização, conforme a PCA, consiste em desvelar os “valores contidos nas informações que foram levantadas no processo de síntese”. Esse processo se faz pela relação da fundamentação teórico-filosófica com a associação dos dados. A teorização é possível após a identificação dos dados e posterior análise (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012, p. 1022). No entanto, essa fase de teorização não foi realizada nesta pesquisa.

O processo de transferência consiste na transferibilidade do conhecimento teórico para a prática assistencial após sofrer um processo de “des-abstração com o intuito de dar materialidade aos achados” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 58). Os achados da pesquisa foram documentados e compartilhados com a enfermeira gestora da unidade por meio de um boletim informativo (síntese dos relatórios). Após avaliação da enfermeira, as informações foram compartilhadas com a equipe de enfermagem na forma de apresentação em *slides* ao final da passagem de plantão nos três turnos (matutino, vespertino e noturno). O compartilhar das informações permitiu que os profissionais compreendessem o ciclo da pesquisa realizada e a importância dos

dados obtidos com a realização do estudo para o ambiente de prática e qualidade da assistência.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Departamento de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão/HU (AEPE), para aprovação pelo diretor geral do Hospital Universitário da UFSC e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o parecer número: 1.475.623 (Anexo A).

Foram prestados esclarecimentos aos profissionais participantes da pesquisa sobre as etapas de seu desenvolvimento, bem como benefícios previstos com a sua realização. Foi garantido o anonimato dos participantes e o direito de desistência de participação do estudo sem quaisquer prejuízos para eles.

As etapas do estudo foram esclarecidas aos profissionais que participaram da pesquisa. Aos profissionais que aceitaram participar deste estudo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias com contato da pesquisadora (APÊNDICE B). Foi assegurado risco mínimo aos participantes e caso estes apresentassem algum desconforto durante os grupos, a coleta seria encerrada imediatamente. O estudo atendeu as recomendações das Resoluções 466/2012 e 510 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; 2016). Os dados coletados durante todo o processo de pesquisa serão mantidos em sigilo e manuseados somente pelos envolvidos no projeto, sendo preservada a imagem dos participantes, a confidencialidade, garantindo a não utilização dos dados que possam trazer prejuízo aos profissionais. Destaca-se, também, que foram respeitados os valores culturais, morais e religiosos dos participantes. O material impresso e os registros coletados nas entrevistas e observação foram arquivados e serão guardados por cinco anos.

6 RESULTADOS

Os resultados desta Dissertação estão apresentados na forma de dois artigos, conforme a Instrução Normativa nº 01/PEN/2016, que estabelece os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Assim, foram elaborados dois manuscritos. O primeiro, intitulado: “Aplicação do planejamento e avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na gestão de unidades de internação”. O segundo intitula-se: “O uso de uma tecnologia de gestão de unidades de internação para classificação de pacientes e dimensionamento dos profissionais”.

6.1 ARTIGO I - PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO

**Lara Vandresen
Denise Elvira Pires de Pires**

RESUMO

Objetivo: sistematizar os resultados da realização do planejamento participativo da unidade de clínica médica de um hospital universitário, assim como avaliar o grau de satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem recebida e caracterizar o resultado das notificações de eventos adversos, utilizando recursos da tecnologia PRAXIS®. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que articula investigação e intervenção no contexto da prática, envolvendo interação do pesquisador com a realidade estudada. Estudo desenvolvido em uma unidade de internação de clínica médica, de um hospital do sul do Brasil, durante meses de abril a agosto de 2016. Foi realizado acompanhamento da elaboração do planejamento participativo da unidade, levantamento da satisfação do paciente/familiar com a assistência recebida e a notificação de eventos adversos. **Resultados:** a utilização da tecnologia PRAXIS®

permitiu a elaboração do planejamento com definição da missão, princípios orientadores, plano de atividades e eleição de líderes para cada plano. Possibilitou, ainda, a realização de 101 entrevistas para avaliação da satisfação com a assistência de enfermagem, sendo que a quase totalidade das avaliações foi “ótimo e bom”, assim como possibilitou a identificação de 28 eventos adversos ocorridos, predominando os relacionados a erros de medicação. **Conclusão:** a aplicação da tecnologia PRAXIS® como ferramenta para elaboração do PPU e para os indicadores de qualidade (satisfação e eventos adversos) mostrou que a ferramenta consiste em instrumento benéfico para a gestão e organização da unidade de internação, permitindo que indicadores de segurança e qualidade fossem colocados em prática.

Descritores: Administração Hospitalar. Gestão da Qualidade. Indicadores de qualidade. Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

A saúde tem sido assumida, reiteradamente, como um valor essencial para as pessoas e componente central para o desenvolvimento humano sustentável (LORENZETTI et al 2014). A valorização da saúde tem estimulado discussões acerca do direito à saúde e acesso universal na agenda de prioridades de muitos países. Na agenda que compõem os 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável, divulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a serem alcançados até 2030, a saúde possui lugar central (PAHO, WHO 2014; OEA, OPAS, 2015).

Dentre a rede de serviços de saúde, o ambiente hospitalar é, ainda hoje, um dos locais de destaque. Em alguma etapa do ciclo de vida do ser humano é imprescindível a utilização de serviços de saúde, seja no momento de nascimento, morte, em situações de dor e sofrimento, ou em condições agudas ou crônicas de agravos à saúde (LORENZETTI, 2013). E a gestão desses espaços constitui tema de relevância para atendimento seguro e de qualidade.

Os termos gestão, administração e gerenciamento podem ser considerados sinônimos e significam um campo do conhecimento científico que trata da condução/manejo das organizações na sociedade. A administração é estruturada em quatro grandes áreas que se articulam, são elas: planejamento, organização, operação e avaliação (LORENZETTI; VANDRESEN; GELBCKE, 2015).

Planejar compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos sistematizados de modo a possibilitar interação com determinada realidade e tornar possível o alcance de objetivos e metas desejadas e estabelecidas. No setor saúde, o planejamento é um instrumento que contribui para a melhoria do desempenho, para a otimização da produção e elevação da eficácia e eficiência dos sistemas (BRASIL, 2016; CARNUT, 2012). De acordo com descritores em ciências da saúde, o termo planejamento em saúde refere-se a um “processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre determinado recorte de realidade. Trata-se, também, de um instrumento de racionalização das ações no setor saúde, realizada por atores sociais, orientada por um propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde” (DeCS, 2016).

A gestão participativa compreende uma concepção de gestão que tem forte aceitação, mas pouca aplicação efetiva (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016). Os modelos de Gestão Participativa “tratam da descentralização de estruturas organizacionais, de tomada de decisão em unidades autônomas, que refletem, a princípio, o todo organizacional” (BERNARDES et al., 2012, p. 3). Para Lorenzetti, Vandresen e Gelbcke (2015, p. 90), a gestão participativa é o modelo mais coerente com a visão contemporânea de administração, tendo em vista que: valoriza as habilidades/talentos das pessoas nas organizações; ressignifica institucionalmente a subjetividade dos trabalhadores contribuindo para a qualidade de vida no trabalho; e eleva ao máximo o valor da liderança legítima na formação e mobilização de grupos para alcance da missão elaborada de forma compartilhada.

A busca e garantia da qualidade é essencial para qualquer serviço de saúde, visando o atendimento das necessidades, desejos e expectativa das pessoas (profissionais e pacientes) diretamente relacionada com a missão institucional. A qualidade está relacionada com a forma e o modelo de planejar que as instituições adotam e é consequência de uma gerência integrada, sistêmica e coerente, que crie condições para que a ação assistencial ocorra com segurança, em padrões técnicos aceitáveis e respeitando os direitos das pessoas (VIDAL et al., 2013).

Na enfermagem, os princípios básicos da gestão da qualidade têm origem na segunda metade do século XIX com Florence Nightingale, quando esta coletou dados e sistematizou práticas de manuseio de arquivos e registros, introduzindo medidas inovadoras no cuidado ao paciente. Após alguns anos, em 1910, Ernest Codman publicou estudos

que demonstravam a necessidade e importância de garantir a qualidade dos procedimentos médicos e intervenções, propondo um sistema de padronização hospitalar. De acordo com Vargas et al. (2010), Codman teve inspiração em Nightingale para preconizar a qualidade dos resultados das intervenções médico hospitalares.

Em 1950, um marco importante para gestão da qualidade foi a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospital* nos EUA e da *Canadian on Hospital Accreditation*. A criação dessas comissões proporcionou o desenvolvimento de padrões e critérios com o intuito de instrumentalizar as organizações na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde (TRONCHIN; FREITAS; MELEIRO 2016).

No Brasil, o movimento pela gestão da qualidade foi iniciado na década de 1970, tendo início na indústria com foco nas empresas prestadoras de serviços, continuando posteriormente no setor saúde. Todavia, na década de 1990, o Ministério da Saúde lança o programa Brasileiro de Produtividade e Qualidade, expandindo a cultura de qualidade. Nesse mesmo ano é instituído o Prêmio Nacional de Qualidade e Princípios de Acreditação, resultando na Organização Nacional de Acreditação (PALADINI, 2009; BRASIL, 2001; ONA, 2011).

A gestão da qualidade em saúde é compreendida por diversas instituições como um parâmetro da avaliação, sem o qual o serviço oferecido pelas instituições de saúde estaria intimamente afetado. Ao considerar que as atividades realizadas nas instituições de saúde, em especial as hospitalares, podem proporcionar um potencial dano aos usuários e profissionais envolvidos, é necessário que instituições, líderes e profissionais que realizam assistência implantem protocolos/sistemas e tecnologias para oferta de serviços seguros com garantia da qualidade (SILVA, 2015).

Os indicadores de qualidade são recursos que vêm sendo adotados pelas instituições de saúde para avaliação dos serviços. Esses indicadores são ferramentas utilizadas para compreender ocorrências, analisar tendências ou mudanças ocorridas ao longo do tempo. De acordo com Cavalcante (2015), os indicadores de qualidade permitem avaliar sistematicamente o processo de trabalho em uma instituição, a fim de subsidiar melhorias para o serviço. A elaboração e validação de indicadores que proporcionem a comparação entre unidades hospitalares e outras instituições têm sido uma preocupação dos gestores de serviços hospitalares.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Australiano de Saúde e bem estar e divulgada pela OCDE (2015) estabelece um conjunto comum de indicadores de qualidade utilizados em todos os países membros da OCDE. Entre os indicadores incluídos, os quais possuem relação com os serviços hospitalares, podem ser destacados: os indicadores de qualidade como exemplo desse indicador, as internações hospitalares evitáveis, experiência do paciente com o atendimento ambulatorial e outros.

No Brasil, o Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) possui um Sistema de Gestão para Unidades de Internação Hospitalares denominado PRAXIS®, que integra 8 indicadores de qualidade para a melhoria do desempenho na organização/gestão de unidades de internação, bem como na gestão dos processos assistenciais. O PRAXIS® foi criado e desenvolvido por Lorenzetti (2013) com vistas a disponibilizar uma tecnologia com potencial para impactar a melhoria do desempenho das unidades de internação. Trata-se de uma inovação tecnológica materializada em um *software* registrado pela UFSC, junto ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), e que em abril de 2014 recebeu o deferimento de patente protegida até 2022, com o certificado de patente nº 14196-6 (INPI, 2014).

O sistema PRAXIS® orienta-se pelos princípios teóricos da gestão participativa-GP, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica com objetivo de proporcionar um ambiente de prática positivo aos trabalhadores e aos usuários. Para tanto, o *software* facilita e organiza a Gestão Participativa nesses importantes espaços de cuidados, sendo que o Planejamento Participativo (PP), um dos componentes essenciais do PRAXIS®, constitui ferramenta fundamental para possibilitar a GP nas unidades de internação (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016).

A tecnologia PRAXIS® armazena, organiza, processa e disponibiliza informações, em tempo real, para os profissionais e as equipes de trabalho, integrando processos que permitem a melhoria da finalidade das unidades de internação. O *software* possui cinco componentes que norteiam e auxiliam a gestão das unidades, tais como: Planejamento Participativo da Unidade (PPU), Gestão de Processos Assistenciais (GPAS), Gestão de Pessoal de Enfermagem (GPEN), Gestão de Materiais (GMAT), Gestão da Qualidade (GQUALI) e o ícone Painel Eletrônico, que disponibiliza informações da gestão da unidade, incluindo o grau de dependência do paciente, em uma TV de

50” localizada no posto de enfermagem (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016).

Compreendendo que a gestão de unidades de internação hospitalares é um trabalho complexo, e que o *software* PRAXIS® integra esta complexidade articulando diversos campos da gestão de enfermagem em unidades de internação, para efeitos deste estudo definiu-se como focos de investigação: um componente completo (Planejamento Participativo da Unidade – PPU) e aspectos do componente Gestão da Qualidade (GQUALI). O desenho definido para a pesquisa se justifica por incluir o início do processo de gestão (o planejamento participativo) e os indicadores de desempenho inseridos no *software* que tratam da avaliação da qualidade da assistência, como satisfação do usuário com relação à assistência recebida e notificação de eventos adversos.

Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo sistematizar os resultados da realização do planejamento participativo da unidade de clínica médica de um hospital universitário, assim como avaliar o grau de satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem recebida e caracterizar o resultado das notificações de eventos adversos, utilizando recursos da tecnologia PRAXIS®.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial (PCA) que, segundo Trentini, Paim e Silva (2014), é adequada para objetivos de investigação e intervenção no contexto da prática, a partir da interação do pesquisador com determinada realidade. Quando empregada pela enfermagem não só relaciona-se a atividades como o ato de cuidar ou assistir, mas também à ação de descobrir realidades, resolver problemas e introduzir inovações em determinado contexto da prática assistencial.

Este estudo insere-se na dimensão gerencial do trabalho profissional do enfermeiro. Caracteriza-se por uma intervenção com foco na gestão de unidades de internação hospitalares a partir da utilização da tecnologia de gestão PRAXIS®; integra processos assistenciais e administrativos de unidades de internação e fundamenta-se na gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016). O estudo seguiu as fases da PCA: concepção, instrumentação, perscrutação e análise.

A delimitação do tema ocorreu na fase de concepção, bem como a elaboração do objetivo do estudo. O espaço físico/local da pesquisa e os participantes da pesquisa foram definidos na fase de instrumentação, quando ocorre o delineamento dos aspectos metodológicos. Considerando o objetivo definido, a pesquisa ocorreu na unidade de internação de clínica médica do hospital universitário HU-UFSC, onde o *software* PRAXIS® encontra-se instalado, tendo como participantes a equipe de enfermagem, e os dados sobre planejamento, satisfação com a assistência de enfermagem e sobre eventos adversos são disponibilizados no *software* PRAXIS®.

A fase de perscrutação consiste na busca de formas de aquisição de informações, com a participação dos sujeitos do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 46). É a fase da coleta de dados que envolveu o planejamento participativo da unidade, a avaliação do grau de satisfação dos usuários e a análise das notificações de eventos adversos.

A perscrutação teve seu início com o convite, apresentação dos objetivos da pesquisa e sensibilização dos profissionais para participarem das oficinas de planejamento participativo da unidade. Esse convite foi realizado pela pesquisadora a todos os profissionais nos três turnos, manhã, tarde e noite. Participaram da pesquisa 33 profissionais, sendo oito enfermeiras assistenciais e uma chefia (9) e 24 técnicos e auxiliares de enfermagem, durante cinco meses, de 01 de abril a 31 agosto de 2016.

O planejamento participativo ocorreu por meio de entrevista prévia com todos os profissionais da unidade (33) e foi delineado em cinco oficinas. A primeira oficina aconteceu no dia 8 de julho de 2016 e contou com a presença de 22 profissionais. A atividade foi estimulada e apoiada pela pesquisadora com acompanhamento de um professor com expertise em gestão hospitalar e planejamento. Nessa oficina, os profissionais reavaliaram o planejamento elaborado anteriormente, em 2013, e reajustaram a missão e os princípios orientadores da unidade, bem como elegeram os principais problemas ou necessidades, resultados esperados e objetivos de cada problema ou necessidade que mereciam atenção e intervenção na unidade de internação de clínica médica. Após a eleição dos problemas e necessidades a serem trabalhadas, a equipe presente elegeu um líder e representantes para a execução do planejamento. Assim, as outras 4 oficinas foram realizadas nos dias 24, 25, 29 e 30 de agosto de agosto de 2016 e contou com a presença dos profissionais-líderes de cada problema ou necessidade e com apoio da pesquisadora e do professor de gestão. As 4 oficinas foram

desenvolvidas para que os líderes definissem o plano de atividades para cada problema ou necessidade eleito na primeira oficina. O plano de atividades é um norteador detalhado para atingir o objetivo e os resultados esperados definidos em cada necessidade ou problema.

A pesquisadora realizou sensibilização de alguns membros da equipe de enfermagem para utilização dos indicadores de desempenho do sistema PRAXIS®, em especial os de satisfação do paciente com relação à assistência de enfermagem recebida e notificação de eventos adversos. Essa sensibilização ocorreu por meio de acompanhamento individual e disponibilização de materiais a alguns membros-chave da equipe. No que diz respeito à avaliação da satisfação, com vistas a garantir a confiabilidade dos dados (COZBY, 2003; POLIT; BECK, 2011) os participantes foram orientados de modo que o preenchimento da entrevista de satisfação fosse realizado por um profissional (ou outro técnico e ou pesquisadora) que não prestou assistência direta àquele paciente.

Para avaliar a satisfação dos usuários com relação à assistência de enfermagem recebida foram analisados os resultados disponíveis nas entrevistas de satisfação realizadas quando o paciente estava com a alta hospitalar assinada. O familiar ou acompanhante do paciente pôde participar da entrevista, ou até mesmo em alguns casos responder o questionário pelo paciente, quando a condição física ou emocional do paciente o impossibilitava, ou em situações de comum acordo entre paciente e familiar. As entrevistas foram realizadas no período de abril a junho de 2016. Não foram realizadas entrevistas em casos de transferências internas e óbito.

Em relação às notificações de eventos adversos, foi realizada sensibilização da equipe para realização das notificações que ocorrem na unidade. Essa sensibilização foi articulada às ações do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário, no sentido de que as notificações não tenham um cunho punitivo, mas que sejam vistas como uma necessidade organizacional. A Resolução da Diretoria Colegiada RDC n°. 36 de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, estabelece ações de segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e institui a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nesses serviços (BRASIL, 2013b).

A última fase da PCA é a análise, em que os dados são sintetizados e teorizados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nessa fase, o quadro teórico conceitual de referência foi utilizado para a análise dos dados, articulando teorias e conceitos sobre gestão em saúde

e enfermagem e gestão de unidades de internação, assim como sobre qualidade e segurança do paciente no setor saúde.

Em relação aos aspectos éticos foram respeitadas todas as recomendações das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido e os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob nº 1.475.623.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram organizados em dois macrotemas, descritos a seguir: “planejamento participativo”, incluindo a descrição da metodologia utilizada e a sistematização dos resultados do planejamento realizado; e o tema “qualidade e segurança da assistência”, que inclui os dados relativos à avaliação da satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem e os dados dos eventos adversos registrados no PRAXIS®, durante três meses.

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO: METODOLOGIA UTILIZADA

O princípio da gestão participativa foi incorporado na tecnologia PRAXIS® como uma das bases orientadoras do sistema. O primeiro componente estrutural do sistema PRAXIS®, Planejamento Participativo da Unidade (PPU), constitui-se em instrumento fundamental para a viabilização da Gestão Participativa (GP) nas unidades de internação, com foco na equipe de enfermagem. Atualmente o componente PPU integra o PRAXIS® com seis campos: Missão e Princípios Orientadores; Necessidades ou Problemas; Resultados Esperados; Objetivos; Planos de Atividades e Resultados Alcançados. Essa sistematização foi arquitetada pelo autor da tecnologia, tendo em vista sua utilidade e viabilidade prática para o desenvolvimento de uma gestão centrada na melhoria contínua do desempenho (LORENZETTI, 2013); tal sistematização se aproxima do proposto no bem conhecido modelo Planejamento-Execução-Verificação-Ajuste (PDCA). O ciclo PDCA foi desenvolvido na década de 1930 pelo estatístico Walter A. Shewhart com foco na resolução de problemas e difundido 20 anos após

pelo também estatístico Edwards Deming, abordando de forma mais detalhada os conceitos da qualidade (NASCIMENTO, 2011). O *software* PRAXIS, além do foco na resolução de problemas, abre espaço para a incorporação de necessidades ou carências no contexto da unidade de internação como parte da metodologia do planejamento participativo.

O planejamento participativo compreende uma filosofia do pensar e agir em conjunto, faz com que as forças sejam multiplicadas e as possibilidades expandidas, visto que com a contribuição do maior número de pessoas, o trabalho tende a ser qualitativamente melhor do que quando se restringe a uma aristocracia organizacional (PARENTE, 2011). No sistema PRAXIS®, um aspecto importante da metodologia PPU é a participação da equipe no levantamento de problemas e necessidades, bem como na definição de líderes e participantes para o acompanhamento permanente do desenvolvimento do planejamento participativo. Esses acordos facilitam o registro das informações e a geração de relatórios relativos ao andamento do planejamento.

Planejamento participativo da Unidade de Clínica Médica com utilização do PRAXIS®

A equipe de enfermagem da unidade de internação de clínica médica, produziu o PPU em cinco oficinas realizadas nos meses de junho até o final de agosto de 2016. A missão, os princípios orientadores e necessidades ou problemas foram eleitas por 22 profissionais que estavam presentes na primeira oficina. Após a avaliação e releitura do planejamento anterior realizado no ano de 2013, a equipe decidiu manter a missão da unidade definida como: prestar cuidados de enfermagem de excelência aos usuários da unidade. Realizou ajustes nos princípios orientadores definindo-os como: valorização da integralidade na assistência; respeito à singularidade dos usuários; compromisso com a qualidade profissional no cotidiano de trabalho; valorização da cooperação e da comunicação interprofissional; promoção da integração dos serviços na perspectiva de fortalecimento do SUS e cumprimento do código de ética profissional.

Para a identificação das necessidades ou problemas a pesquisadora, previamente à realização das oficinas, consultou todos os funcionários da unidade, com o intuito de que estes respondessem qual problema ou necessidade prioritária merecia maior atenção na unidade de internação onde estes profissionais trabalham e na instituição como um todo. Os problemas ou necessidades relatados foram sistematizados

e apresentados na primeira oficina do PPU. Os que tiveram maior concordância entre a equipe, durante a oficina foram: carga de trabalho/dimensionamento; qualidade de vida no trabalho; difusão dos POPS na equipe e excelência da assistência. Essa primeira oficina contou com a participação de 22 profissionais dos 33 existentes na unidade.

A necessidade ou problema prioritário para a equipe foi carga de trabalho/dimensionamento, tendo em vista que o cálculo de dimensionamento indica um déficit de pessoal de enfermagem nessa unidade de internação. A segunda necessidade ou problema, denominada qualidade de vida no trabalho, foi destacada pela equipe como fator condicionante para assistência com segurança e viabilização de ambientes positivos para os pacientes e para a equipe. A terceira, difusão dos POPS na equipe, foi considerada pela equipe como um fator importante para a qualidade da assistência, uma vez que a padronização dos procedimentos contribui para a redução de erros relacionados à assistência. A última necessidade ou problema, excelência da assistência, traduz o compromisso dos profissionais de prioritariamente notificar os eventos adversos ocorridos na unidade e avaliar a satisfação do usuário com relação à assistência de enfermagem recebida.

A segunda etapa das oficinas do PPU ocorreu com os líderes de cada grupo. No dia 24 de agosto realizou-se uma oficina com os líderes responsáveis pela necessidade ou problema excelência da assistência, e as outras três oficinas do planejamento ocorreram com os líderes de cada plano nos dias 25, 29 e 30 de agosto. Nessas oficinas foram definidos os resultados esperados, objetivos e plano de atividades para cada necessidade ou problema. A necessidade ou problema “carga de trabalho/dimensionamento” foi eleita pela equipe como Problema Número 1. Teve como resultados esperados: todos os pacientes internados na CM classificados diariamente pelo grau de dependência de acordo com o instrumento de classificação que compõe a tecnologia PRAXIS®; equipe de profissionais de enfermagem necessários dimensionada, mensalmente, de acordo com o respectivo resultado das classificações. Teve como objetivos definidos: classificar, diariamente, todos os pacientes internados na CM para identificar o grau de dependência da assistência de enfermagem. Além disso, realizar, mensalmente, o dimensionamento de profissionais de enfermagem requeridos a partir das classificações realizadas. O plano de atividades elaborado pela equipe pode ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Plano de atividades referente à carga de trabalho/dimensionamento

Classificação	Dimensionamento
1- Capacitar novos membros da equipe para a aplicação do instrumento de classificação.	1 - Calcular a carga média diária de trabalho requerida para a assistência aos pacientes internados.
2- Estimular a realização da classificação diária de pacientes	2 - Analisar o dimensionamento da equipe de enfermagem da Unidade
3- Utilizar a classificação diária na organização da assistência	3 - Divulgar a equipe de enfermagem requerida e a equipe disponibilizada com base no cálculo de dimensionamento
4- Analisar e realizar orientações das classificações diárias na observância de inconsistências.	4 - Divulgar o boletim de gestão trimestralmente para a direção de enfermagem do Hospital Universitário.
5- Proporcionar ambiente virtual adequado para possibilitar a realização do dimensionamento.	
Início previsto: 1 setembro 2016	
Final previsto: 31 dezembro 2017	

A segunda necessidade ou problema eleito pela equipe foi a “qualidade de vida no trabalho”, tendo como resultado esperado: ambiente de trabalho na unidade de internação considerado favorável e positivo para a maioria dos profissionais de enfermagem. E como objetivo: realizar iniciativas que promovam a melhoria do ambiente de trabalho dos profissionais da unidade de internação tendo como referência a qualidade de vida no trabalho. O plano de atividades elaborado pela equipe, o alcance desse objetivo está descrito abaixo:

Quadro 2 - Plano de atividades referente à qualidade de vida no trabalho

1- Divulgar e sistematizar as atividades de qualidade de vida no trabalho que estão em andamento (plano de 90 dias para interessados na perda de peso orientada pela nutricionista).
2- Elaborar e aplicar questionário de qualidade de vida no trabalho com os profissionais da CM.
3- Avaliar o retorno da aplicação do questionário.
4- Estruturar medidas a serem implantadas.
5- Divulgar e estipular o prazo para início da aplicação dos questionários em novembro de 2016.
6- Sistematizar o resultado da aplicação do questionário.
7- Implementar as medidas definidas.
Início previsto: 1 setembro 2016 Final previsto: 31 dezembro 2017

A terceira necessidade ou problema, “difusão dos POP na equipe”, tem como resultado esperado: procedimentos operacionais padrão (POP) relacionados com o trabalho na clínica médica conhecidos e disponíveis para consulta pela equipe. E como objetivo: selecionar, difundir e avaliar a implementação dos POP que estão relacionados com o trabalho na unidade CM.

Quadro 3 - Plano de atividades referente à difusão dos POPs na equipe

1- Identificar os POPs disponíveis na instituição relacionados à CM.
2- Divulgar os POPs com rotatividade quinzenal de forma lúdica (por meio de celular, vídeo, artigo, teatros).
3- Incentivar a participação da equipe com sugestões de acréscimos nos POPs e com supervisão destes.
4- Estimular notificações relacionadas ao não seguimento do POP (específico para o POP trabalhado no momento).
5- Trabalhar o primeiro POP em conjunto (2 líderes) e, após, fazer divisão em que cada líder fique responsável por treinar um grupo de participantes para disseminação dos POP.
Início previsto: 1 setembro 2016
Final previsto: 31 dezembro 2017

A última necessidade ou problema, intitulada “excelência da assistência”, possui foco nos eventos adversos e satisfação do usuário com relação ao atendimento de enfermagem. Essa necessidade ou problema possui como resultados esperados: eventos adversos ocorridos na CM registrados e encaminhados para a minimização dos mesmos; e, a satisfação dos usuários da CM com a assistência de enfermagem levantada diariamente e avaliada mesalmente. Os objetivos para essa necessidade ou problema são: registrar, avaliar e encaminhar os eventos adversos ocorridos na CM. E identificar a satisfação dos usuários com relação à assistência de enfermagem recebida, avaliar os resultados e encaminhar medidas para melhoria da mesma. O plano de atividades para essa última necessidade ou problema está descrito no quadro abaixo:

Quadro 4 - Plano de atividades referente à excelência da assistência

Satisfação do usuário	Notificação de eventos adversos
1) Divulgar para a equipe de enfermagem o instrumento de satisfação do usuário com relação à assistência de enfermagem.	1 - Divulgar para a equipe de enfermagem o instrumento de notificação de eventos adversos.
2) Estimular a aplicação do instrumento diariamente pelos bolsistas e chefia da CM.	2 - Estimular a realização das notificações de eventos adversos pela equipe de enfermagem.
3) Realizar a sistematização das avaliações mensalmente.	3 - Realizar a sistematização dos eventos adversos mensalmente.
4) Disponibilizar a síntese dos resultados do levantamento de satisfação dos pacientes com a equipe por meio do boletim de gestão trimestral.	4 - Propor capacitações relacionadas ao tema onde foram encontrados maior número de eventos adversos relacionados à assistência.
	5 - Divulgar o boletim de gestão trimestralmente para a direção de enfermagem do Hospital Universitário.
Início previsto: 1 setembro 2016 Final previsto: 31 dezembro 2017	

A elaboração do planejamento foi realizada pela equipe, sendo que deve ser entendido com um processo em permanente avaliação.

QUALIDADE E SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA

A qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, incluindo a segurança do paciente, está diretamente relacionada à assistência de enfermagem e desempenha papel estratégico e prioritário na gestão em saúde (LORENZETTI, 2013). A enfermagem atua nos processos de acreditação e no movimento mundial pela segurança do

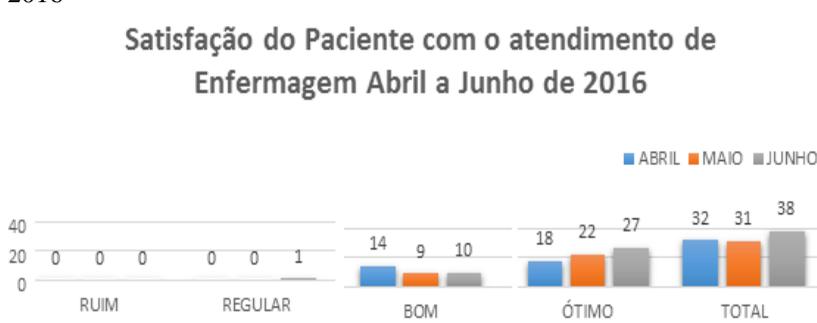
paciente. Todavia, faz-se necessária a utilização de ferramentas que facilitem esse processo no cotidiano das unidades assistenciais e o PRAXIS® pretende ser um instrumento facilitador no controle da qualidade da assistência de enfermagem no dia a dia das unidades de internação hospitalares, para isso adotou oito indicadores de avaliação e qualidade da assistência, integrados no componente GQUALI. Esses indicadores estão disponíveis para visualização no painel eletrônico no posto de enfermagem e também em recurso do software de gerar relatórios para análise da equipe.

Os indicadores disponíveis no PRAXIS® são: a satisfação dos usuários com relação à assistência de enfermagem; taxa de cobertura da SAE; taxa de realização de exames e procedimentos externos; registro do percentual de êxito na realização de exames e procedimentos previstos para os pacientes, taxa de infecção hospitalar da unidade, taxa de ocupação da unidade, média de permanência; média de pacientes/dia e eventos adversos. Para efeito deste estudo foram analisados os resultados dos seguintes indicadores de desempenho: satisfação dos pacientes com relação ao atendimento de enfermagem e a notificação de eventos adversos de abril a junho de 2016.

Satisfação do paciente

Os pacientes entrevistados totalizaram uma amostra de 101 respondentes, dos quais 67 avaliaram a assistência de enfermagem como ótima, 33 avaliaram como boa e 1 avaliou como regular. Nenhum paciente entrevistado durante os três meses avaliou a assistência de enfermagem dessa unidade de internação como ruim. O gráfico abaixo sistematiza os resultados de avaliação da satisfação com relação ao atendimento de enfermagem recebido no período de abril a junho de 2016.

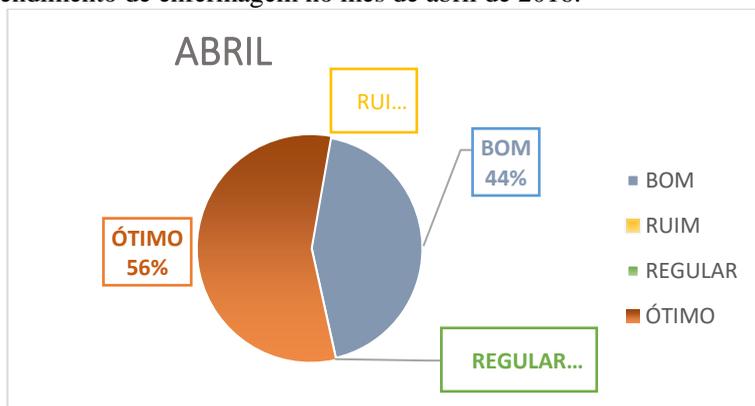
Gráfico 1 - Síntese dos resultados de satisfação do paciente com o atendimento de enfermagem recebido no período de Abril a Junho de 2016



Fonte: elaborado pela autora, 2016.

No mês de abril, 32 pacientes ou familiares foram entrevistados, destes 18 avaliaram a assistência de enfermagem como ótima, 14 como boa e zero como regular ou ruim. O gráfico a seguir elucida esses dados em percentuais.

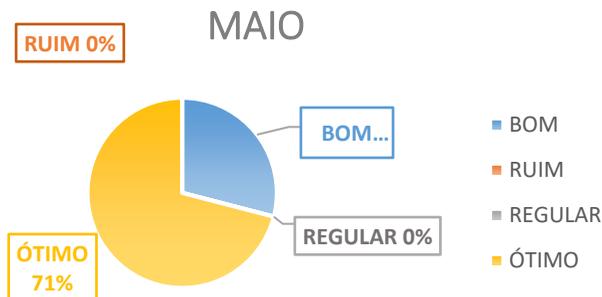
Gráfico 2 - Percentual de satisfação do paciente com relação ao atendimento de enfermagem no mês de abril de 2016.



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Já no mês de maio o total de pacientes entrevistados foi 31, entre estes 22 avaliaram a assistência como ótima e 9 como boa, não houve avaliação ruim ou regular nesse mês. Os percentuais de satisfação podem ser observados no gráfico abaixo.

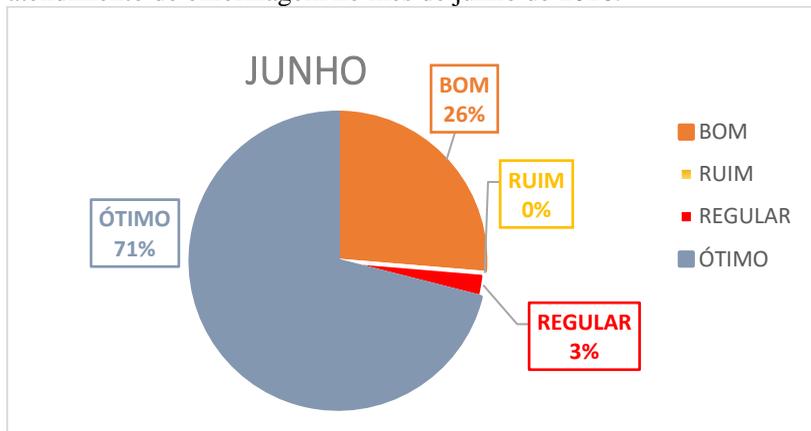
Gráfico 3- Percentual de satisfação do paciente com relação ao atendimento de enfermagem no mês de maio de 2016.



Fonte: elaborado pela autora (2016).

O mês de junho caracterizou-se pelo maior número de pacientes entrevistados em relação aos outros meses. Em junho, dos 38 entrevistados, 27 avaliaram o atendimento de enfermagem como ótimo, 10 como bom e 1 como regular. Os percentuais dessas avaliações podem ser observados no gráfico 4.

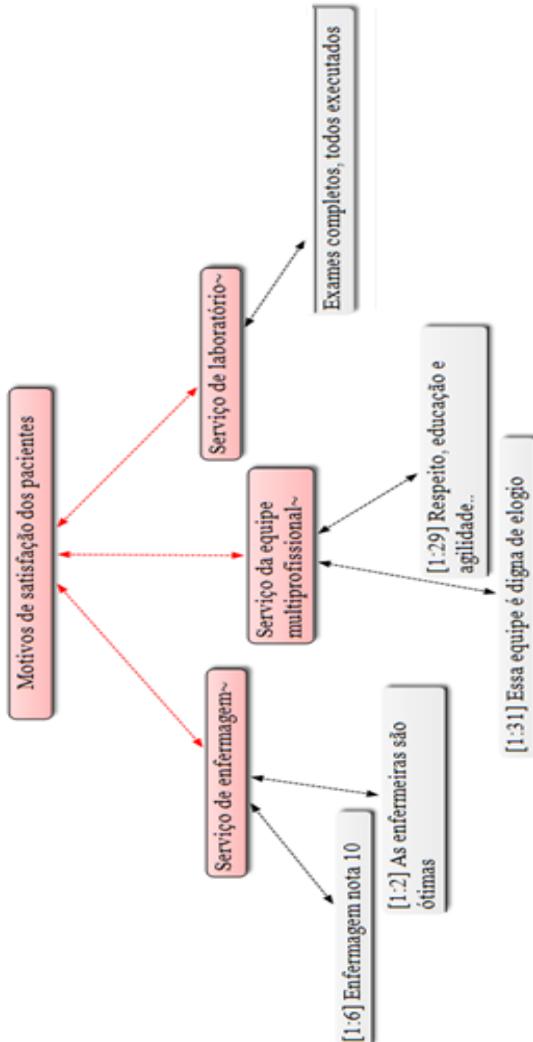
Gráfico 4 - Percentual de satisfação do paciente com relação ao atendimento de enfermagem no mês de junho de 2016.



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Entre os motivos de satisfação dos pacientes, mencionados pelos usuários e familiares predominou aspectos relacionados ao serviço de enfermagem. Cabe registrar que apesar do roteiro de entrevistas tratar claramente da satisfação com a assistência de enfermagem, os respondentes, também mencionaram aspectos de satisfação e insatisfação com relação à equipe multidisciplinar e serviços de apoio, como o de laboratório, serviço de nutrição e com relação à estrutura física da unidade. A figura 7 construída com auxílio do *software* Atlas.ti apresenta todas as categorias que emergiram dos motivos de satisfação dos pacientes com relação ao atendimento. A categoria (*code*) relacionada aos serviços de enfermagem apresentou maior número totalizando 22 falas (*quotation*), seguida da categoria serviços da equipe multiprofissional com 12 *quotations*, finalizando com a categoria serviço de laboratório com 1 *quotation*. Na figura abaixo foram inseridas uma ou até duas falas para representação dos motivos de satisfação.

Figura 7 - Motivos de satisfação dos pacientes com relação ao atendimento recebido.

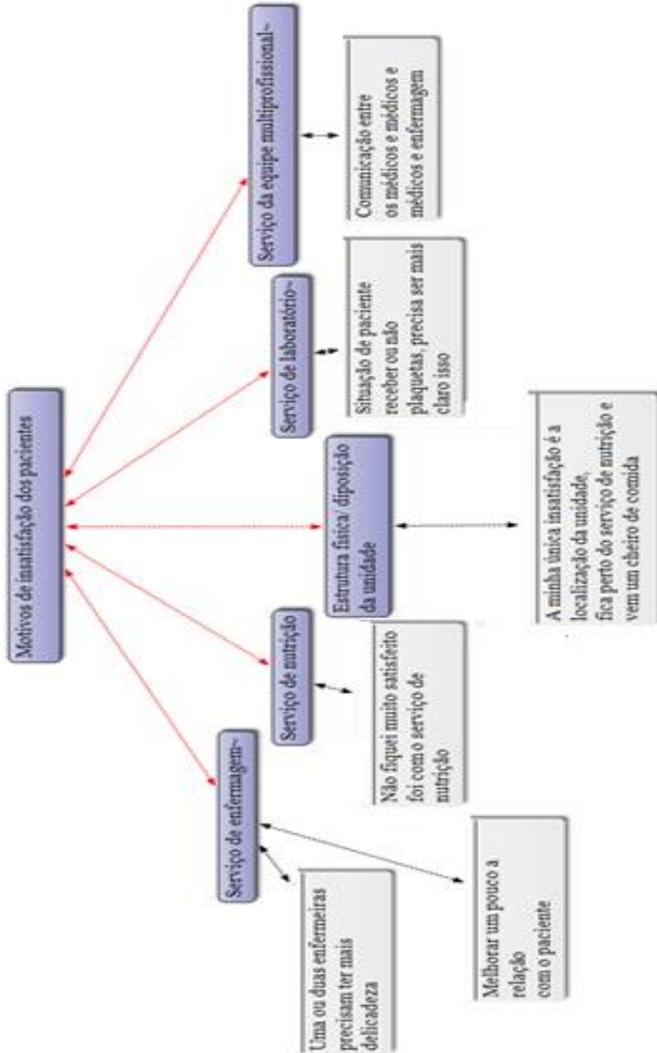


Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do *software* Atlas.ti (2016).

Esses motivos de satisfação foram registrados nas 101 entrevistas realizadas nos meses de abril a junho de 2016.

Com relação aos motivos de insatisfação, é importante destacar que foram mencionadas insatisfações relacionadas não só ao atendimento de enfermagem, mas também, a prestação de outros serviços como serviços de nutrição, laboratório, medicina, estrutura física da unidade e os serviços prestados pela equipe multiprofissional. A figura 8, elaborada com auxílio do *software* Atlas.ti apresenta as categorias que emergiram dos motivos de insatisfação dos pacientes com relação ao atendimento. A categoria (*code*) relacionada aos serviços de enfermagem apresentou maior número totalizando 9 falas (*quotation*), seguida da categoria serviços da equipe multiprofissional com 5 *quotations*, a categoria serviço de nutrição com 4 *quotations* finalizando com a categoria serviço de laboratório com 1 *quotation*. Na figura abaixo foram inseridas uma ou até duas falas para representação dos motivos de satisfação.

Figura 8 - Motivos de insatisfação dos pacientes com relação ao atendimento recebido



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do *software* Atlas.ti (2016).

O registro das falas foi coletado durante a entrevista de satisfação do paciente com relação à assistência de enfermagem

recebida e foi organizado em conjunto, não separado por meses, para preservar o anonimato dos respondentes.

Eventos adversos

As discussões sobre segurança do paciente nas unidades hospitalares apresentam-se como tema na agenda de diversos países. Apensar da existência de iniciativas assumidas pelos países e instituições de saúde, o erro relacionado a assistência ainda constitui-se um de desafio, tendo em vista a dificuldade de acessá-lo e notificá-lo.

Na unidade de internação onde a pesquisa ocorreu foi possível registrar eventos adversos relacionados à assistência, incluindo os que tiveram relação direta com a assistência prestada pela enfermagem, assim como os que tiveram origem em ações da equipe multiprofissional. Bem como, foi possível traçar o perfil dos eventos que mais ocorrem. Do total de 28 eventos adversos envolvendo a assistência, 12 relacionam-se a erros de medicação, seja na prescrição, administração ou infusão de medicamentos, 5 relacionam-se a queda do paciente, envolvendo queda da própria altura e queda do leito. Os 11 eventos caracterizados como “outros” relacionam-se a perda de acesso venoso periférico, exteriorização de sonda vesical de demora ou sonda nasogástrica e nasoenteral. No gráfico abaixo é possível observar o total de eventos e o tipo/perfil dos eventos ocorridos.

Gráfico 5 - Número e tipo/perfil dos eventos adversos relacionados à assistência no mês de abril de 2016.



Fonte: elaborado pela autora, 2016.

O desempenho da unidade com este indicador e demais indicadores acima mencionados fica demonstrado de forma permanente no painel eletrônico em sistema *dashboard* com alternância de visualização dos indicadores. O painel eletrônico disponibilizado em TV de 50" fica no posto de enfermagem e é utilizado para facilitar a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, usuários, acompanhantes e familiares dos pacientes.

Coerente com o método escolhido, o conjunto dos resultados da pesquisa foram disponibilizados para a equipe, pela pesquisadora na forma de um boletim de gestão da unidade.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que o planejamento participativo e a utilização de indicadores de qualidade como a satisfação do paciente com relação à assistência recebida e o monitoramento de eventos adversos relacionados à assistência são de significativa importância para a gestão de unidades de internação. Tanto contribuem para a organização do trabalho e maior visibilidade do fazer da profissão, quanto contribuem para melhor qualificação da assistência de enfermagem.

Planejamento participativo

O PPU, ferramenta de gestão indispensável para a organização da assistência, integrante da tecnologia PRAXIS® vem sendo incorporado pela equipe de enfermagem na CM estudada de forma tímida e gradativa. Inúmeros fatores têm dificultado a sua implementação cotidiana. A ferramenta do planejamento costuma figurar como uma atividade desenvolvida, na maioria das vezes, por enfermeiros, em função de ser esse profissional o responsável legal pelas ações de cunho gerencial (BRASIL, 1986).

Com relação à execução do planejamento, os desafios encontrados na realização do mesmo neste estudo são: a não identificação do planejamento, por alguns profissionais, como ferramenta que contribui para a organização da assistência de enfermagem; a dificuldade de aplicação e participação integrada dos membros da equipe na realização do planejamento participativo, a falta de tempo como barreira para que os planos de atividades fossem

colocados em prática e a falta de cultura institucional de realização do planejamento em unidades de internação hospitalares.

O planejamento é uma ferramenta importante para organização do trabalho e para melhoria dos ambientes de prática (LORENZETTI, 2014; CIAMPONE; TRONCHIN; MELEIRO 2016), todavia os resultados apresentados indicam a necessidade do planejamento compor parte da cultura organizacional da instituição, não sendo compreendido e interpretado como mais uma tarefa a ser desempenhada no cotidiano assistencial.

Rocha e colaboradores (2014) mostram que existe uma relação direta entre a cultura organizacional e o modelo de gestão e organização do trabalho adotado pela instituição de saúde. Cabe ainda registrar que outros estudos como os de Lorenzetti (2014) e Simões et al. (2007), identificaram a dificuldade de utilização do planejamento como uma ferramenta efetiva de gestão em saúde e principalmente pela enfermagem.

Qualidade e segurança do paciente: satisfação dos usuários e análise dos eventos adversos

O Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH) define indicadores padrões para a melhoria da qualidade dos serviços, os quais são divididos em 4 áreas: indicadores relacionados aos usuários; indicadores relacionados aos recursos humanos; indicadores relacionados à assistência e indicadores relacionados ao desempenho. Alguns exemplos desses indicadores são: rotatividade, absenteísmo, tempo médio de permanência de pacientes, taxa de infecção hospitalar e taxa de ocupação hospitalar. No que tange ao serviço de enfermagem, é importante destacar indicadores sensíveis a qualidade em enfermagem, o *Nursing- Sensitive Quality Indicators*, entre os quais pode ser destacado os indicadores: satisfação do paciente com relação ao atendimento recebido; queda do paciente; satisfação da equipe de enfermagem; manutenção da integridade da pele entre outros (SCHEREINER; RABELLO, 2006; TRAVASSOS et al., 2015; BOHOMOL, 2010).

Para Donabedian, a satisfação do paciente constitui-se em indicador indispensável para a gestão de serviços de saúde e para a avaliação da qualidade da assistência prestada. A satisfação compõe um dos indicadores de qualidade indispensáveis para avaliação do trabalho realizado e importante ferramenta de gestão, dada sua capacidade de

contribuir com o processo decisório organizacional (DONABEDIAN, 1988). Dados sobre a satisfação dos pacientes ajudam a identificar suas necessidades, permitindo compreender melhores formas de atendê-las, bem como estabelecer mecanismos que eliminem falhas no processo de assistência à saúde (FREITAS et al., 2014).

Com relação à utilização de indicadores de qualidade na assistência é possível destacar, a partir dos resultados deste estudo, que os pacientes estão na maioria dos casos satisfeitos em relação ao atendimento recebido, e que quando ocorre alguma queixa com relação à assistência, ela é pontual e não contínua, na unidade de internação onde a pesquisa foi realizada. A satisfação do paciente com relação ao atendimento é destaque e consequência da dedicação e trabalho realizado pela equipe onde essa pesquisa foi desenvolvida.

Para Freitas et al. (2014) a satisfação pode ser um indicador que recomende aos gestores alguns caminhos decisórios de modificações, transformações e inserções de inovações nos serviços. O cenário mundial assinala a necessidade do desenvolvimento de estratégias para que os pacientes e seus familiares recebam atenção especializada com foco em sua satisfação e na melhoria da qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde (WHO, 2013). A avaliação da satisfação do paciente é “adotada pelas instituições de saúde como estratégia para obter um conjunto de percepções relacionadas à qualidade da atenção recebida, com a qual se adquire informações que beneficiam a organização desses serviços” (FREITAS et al., 2014, p. 455).

O alcance da qualidade na assistência em saúde compreende uma prioridade que vem sendo almejada por instituições com intuito de garantir ambientes seguros para o exercício profissional e consequente redução de riscos para os pacientes. Para tanto, o uso de indicadores de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é uma tendência que vem sendo difundida para avaliar a eficiência a eficácia e efetividade dos serviços (TRONCHIN; FREITAS; MELEIRO 2016).

Um grande marco para a segurança do paciente ocorreu no ano 1990, a publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM), To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, que evidenciou a partir da análise de grandes estudos epidemiológicos, a alta incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares. Os incidentes estavam na maioria das vezes, associados ao erro humano. Esse fator tornou indispensável a necessidade de reestruturar os modelos assistenciais utilizados, para que fosse garantida a segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Desde a publicação do *To Err is Human: Building a Safer Health System* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) e a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente *World Alliance for Patient Safety* em 2004, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente recebeu importância e destaque mundial e consiste em um desafio lançado que permeia as instituições de saúde.

No Brasil, com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela em 2002 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o foco na segurança do paciente assume destaque e impulsiona a criação de novos programas. Recentemente foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído através da Portaria nº 529/13, do Ministério da Saúde e publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Essas medidas fomentaram a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde. O NSP constitui instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente com responsabilidade e poder para executar as ações do PSP (BRASIL, 2013).

A definição de erro ou incidente pode ser compreendida como o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Esse dano pode estar associado a atos intencionais ou não. Os eventos que não chegam a causar danos, ou são detectados previamente são denominados de *near miss* (quase erro), quando os eventos atingem o paciente, mas não causam danos perceptíveis, são denominados de incidente sem dano, e quando resultam em dano perceptível, são nomeados de incidentes com dano ou evento adverso (WHO, 2012).

Indicadores de qualidade são definidos como instrumentos utilizados para mapear e compreender situações, analisar tendências ou mudanças ocorridas ao longo do tempo. Para tanto, os indicadores fornecem dados que permitem a realização de avaliações sistemáticas do processo de trabalho nas instituições, com objetivo de subsidiar melhorias para o serviço. Na esfera gerencial a utilização de indicadores permite a identificação de problemas reais e potenciais e fornece subsídios para a implementação de ações efetivas, monitorização e desenvolvimento de situações relacionadas às atividades assistenciais (VIEIRA; KURCGANT, 2010; CAVALCANTE et al., 2015; TRAVASSOS et al., 2015).

A qualidade e a segurança são componentes basilares no atendimento das necessidades de saúde dos usuários. Assim torna-se imprescindível a incorporação dos conceitos de qualidade e segurança na cultura organizacional, nas atitudes e desempenho profissionais, não só pelos trabalhadores, mas também, pelos gestores que compõem o corpo diretivo dos estabelecimentos de saúde (TRONCHIN; FREITAS; MELEIRO 2016).

Com relação aos eventos adversos, nesta dissertação, foi possível identificar: o perfil/ tipos de eventos adversos que mais ocorrem na unidade de internação estudada; a subnotificação dos eventos; a dificuldade de identificação se o evento é notificável e o receio/ estigma relacionado à comunicação e notificação de um evento adverso, o que corrobora com o estudo realizado por Duarte et al. (2015); Paiva et al. (2014). Quanto ao perfil/ tipo de eventos adversos, os erros relacionados à medicação são os mais frequentes o que corrobora com estudo realizado por Forte, Machado e Pires (2016).

Apesar de todas essas iniciativas, o erro relacionado à assistência ainda constitui-se em um de desafio nas instituições, tendo em vista a dificuldade de acessá-lo e notificá-lo. Para o profissional da equipe de enfermagem, o episódio de um evento adverso pode ocasionar diversas problemáticas, tendo em vista o estresse emocional, punições éticas e legais que o mesmo está exposto. Portanto, é importante o investimento em uma cultura de segurança, que promova a disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva relacionada aos eventos adversos, de modo a estimular as notificações. Na perspectiva gerencial, é necessária a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os eventos adversos estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema, e não apenas ao descaso, inabilidade ou incompetência profissional. Assim, mais do que buscar responsáveis e culpabilizá-los, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas (TRAVASSOS et al., 2015; DUARTE et al., 2015).

Uma revisão integrativa realizada por Duarte et al. (2015) demonstrou que as pesquisas que buscaram compreender as reações dos profissionais frente aos eventos adversos identificaram que para enfermeiros e técnicos de enfermagem, o erro não é intencional, sendo que muitas vezes o profissional não percebe a ocorrência do erro. Existe uma forte relação entre a identificação/reconhecimento dos eventos adversos e a cultura, crença e conhecimento dos profissionais diante do problema, tendo em vista a dificuldade que alguns profissionais apresentam em perceber o erro.

O receio da cultura punitiva relacionada ao erro, insegurança, falta de hábito, e até mesmo resistência de identificação e realização das notificações dos eventos adversos são fatores possíveis de serem destacados nesse estudo. Todavia, a sensibilização para a realização do planejamento e discussão com a equipe mostrou que a mesma esta estimulada a realizar correção dos processos para minimização de erros relacionados à assistência de enfermagem na unidade estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido por enfermeiras em unidades de internação hospitalares é considerado central para o desenvolvimento de ações voltadas para a gestão de processos assistenciais e gestão administrativa. O desenvolvimento deste estudo assinalou que realizar o planejamento com utilização da metodologia participativa constituiu-se em uma importante ferramenta para a organização da unidade de internação. Bem como forneceu subsídios para a divulgação e inserção de indicadores de qualidade e segurança da assistência na unidade, assinalando novas iniciativas e sensibilização dos profissionais para o protagonismo de mudança cultural em ambientes de prática. Este estudo assinala a necessidade e os benefícios da inserção de uma cultura organizacional em que as ações desenvolvidas na prática assistencial e na gestão não se constituam em simples atos de execução de tarefas, mas sim o pensar ante o agir com foco em ambientes favoráveis aos profissionais e aos usuários do serviço. A satisfação do paciente se configurou em elemento-chave para avaliação da qualidade da assistência, não só da enfermagem, mas também de outros serviços que são ofertados em ambientes hospitalares. Destaca-se que não foram realizadas avaliações da satisfação dos pacientes/familiares que realizaram transferências internas ou que foram a óbito, e que estas podem ser consideradas limitações do estudo, tendo em vista que poderiam alterar o resultado da satisfação com relação à assistência. E além do indicador de satisfação, a notificação de eventos foi componente central de avaliação da segurança da assistência prestada.

A intervenção realizada no contexto da prática assistencial com arcabouço da pesquisa convergente assistencial propiciou a compreensão, por parte dos profissionais, da necessidade de mudança de cultura para implementação de melhores práticas voltadas à segurança e qualidade no serviço.

Os resultados deste estudo mostram que é possível a aplicação do planejamento e indicadores de qualidade e segurança da assistência em unidades de internação hospitalares e que estudos como este contribuem para a identificação das lacunas que ainda existem em relação ao tema, bem como elencam o uso de ferramentas e tecnologias que podem ser utilizadas e consolidadas para o uso na gestão hospitalar.

REFERÊNCIAS

BERNARDES, A. et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. **Rev. Latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1142-1151, Dez. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Set. 2016.

BOHOMOL, E. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. et al. **Indicadores, Auditorias e Certificações**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. Cap. 6. p. 9-208.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção I, p. 18055-60. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>>. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. **Manual de Planejamento no SUS: Planejamento e programação em saúde: abordagens, fundamentos e técnicas**. 2016c. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 70p.

_____. **Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS.** Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 1999. 50 p.

_____. **Resolução - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 18 set. 2016.

CARNUT, L. Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal. **J Manag Prim Health Care**, São Paulo, v. 1, n. 3, p.53-61, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/118/119>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CAVALCANTE, P.S. et al. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.787-793, 19 jul. 2015. Disponível em: <<http://www-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7052/1618>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CHO, E. et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. **Int. J. Nurs. Stud**, South Korea, v. 1, n. 60, p.263-271, maio 2016. Disponível em: <[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(16\)30056-6/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(16)30056-6/fulltext)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CIAMPONE, M.H.T; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. Planejamento e processo decisório como instrumentos do trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 2-199.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. **JAMA**. v.12 n. 260, p. 1743-1748. 1988. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=374139>>. Acesso em: 15. Jun.2016.

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Fev. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Set. 2016.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DECS (Brasil). Biblioteca Virtual em Saúde. **Planejamento em Saúde**. 2016. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 10 set. 2016.

EMANUEL, L et al. What Exactly Is Patient Safety? **Institute For Healthcare Improvement**, Cambridge, p.1-18, 14 set. 2012. Disponível em: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advances-emanuel-berwick_110.pdf. Acesso em: 10 set. 2016.

FORTE, E.C.N.; MACHADO, F.L.; PIRES, D.E.P. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v 21, n. esp, p.1-10, jul. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43324>. Acesso em: 18 set. 2016.

FREITAS, J.S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. latinoam. enferm**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.455-460, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf. Acesso em: 12 set. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE PROPRIEDADE INTELECTUAL (INPI). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC. **PRAXIS: Tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares**. BR nº P141966, 1 abr. 2013, 4 abr. 2014.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. **To err is human: building a safer health system** [Internet]. Whashington: National Academy Press; 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.htm>. Acesso em: 14 jun.2016.

LORENZETTI, J. “**PRAXIS**”: tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 208 p.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 23, p.417-425, jun. 2014a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2015.

_____. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-12, 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf>. Acesso em: 13 maio 2015.

LORENZETTI, J.; GELBCKE, F.L.; VANDRESEN, L. Tecnologia para gestão de unidades de internação hospitalares. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1770015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200321&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Set. 2016.

LORENZETTI, J.; VANDRESEN, L.; GELBCKE, F.L. Inovação em saúde: sistema de gerenciamento em enfermagem. In: VALE, E.G.; PERUSSO, S.A.; FELLI, V.E.A. **PROENF Programa de atualização em Enfermagem: Gestão: ciclo 4**. Associação Brasileira de Enfermagem (Orgs.). Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 69-155.

LYU, H. et al. Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care. **JAMA Surg**. v. 148, n. 4, p. 362-367, 2013. Disponível em: <<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1679648&tab=cme>>. Acesso em: 18 Set. 2016.

NASCIMENTO, A.F.G. **A utilização da metodologia do ciclo PDCA no gerenciamento da melhoria contínua**. Minas Gerais: Núcleo de Pós Graduação/MG Instituto Superior de Tecnologia, 2011. 38 p. Disponível em:

<http://www.icap.com.br/biblioteca/175655010212_Monografia_Adriano_Fagner.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2015**: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en>. Acesso em: 10 out 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conselho Diretor, 53, 2014, Washington, D.C., EUA. **Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde**: 66a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. EUA, 2014. 32 p. Disponível em: <<http://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/29-estrategia-para-o-acesso-universal-a-saude-e-a-cobertura-universal-de-saude/file>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Nova York. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). A organização nacional de acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010. p. 8-160.

PAIVA, M.C. et al. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. **Rev latinoam Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25493669>>. Acesso em: 10 set. 2016.

PALADINI, Edson P. **Gestão da qualidade**: teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 302p.

PALADINI, Edson P. **Gestão estratégica da qualidade**: princípios, métodos e processos. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 220 p.

PARENTE, J.R.F. Planejamento Participativo em Saúde. **Sanare**, Sobral/CE, v. 10, n. 1, p.54-61, jul. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/144-271-1-SM.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

ROCHA, F.L.R. et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 208-2014, 7 jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-308.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

SCHEREINER, M.; RABELLO, C. **Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar**: SIPAGEH. UNISINOS. 2006. Disponível em: <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=206&menu_ativo=active_menu_sub&marcador=191>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SILVA, K. et al. Gestão da qualidade total nos serviços de saúde: modelo gerencial em desenvolvimento. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 617-632, 2013. Disponível em: <<http://gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/635/pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

SIMÕES, A.L.A. et al. Planejamento: ferramenta do enfermeiro para a otimização dos serviços de enfermagem. **Rev. Min. Enf**, Minas Gerais, v. 4, n. 11, p.402-406, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/364>>. Acesso em: 18 set. 2016.

TRAVASSOS, C. et al. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2015. 40 p. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores_de_qualidade.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014, 169 p.

TRONCHIN, D.M.R.; FREITAS, G.F.; MELLEIRO, M.M. Avaliação de Serviços, Qualidade e segurança do Paciente no Setor Saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem.** 3. ed. São Paulo: Guanabara, 2016. Cap. 6. p. 32-212.

VARGAS, M.A.O.; LUZ, A.M.H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enferm Foco.** Brasília, v. 1, n. 1, p. 23-27, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5/6>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

VARGAS, M.A.O. et al. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v. 60, n. 3, p. 339-343, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Oct. 2016.

VIDAL, E.C.F. et al. **Gestão da Qualidade nas Instituições Hospitalares.** In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013. 18 p. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/152.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

VIEIRA, A.P.M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paul Enferm,** São Paulo, v. 1, n. 11, p.12-15, 31 set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/02.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Systems Financing: the path to universal coverage.** 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2015.

_____. **Patients for Patient Safety.: What's New?.** 2016. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/>. Acesso em: 18 set. 2016.

_____. **Patient safety research: introductory course - Session 1.**

What is patient safety? Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/>. Acesso em: 19 set. 2016.

_____. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (unic Rio): Relatório Mundial da Saúde 2013, 2014. 49 p. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

6.2 ARTIGO II - O USO DE UMA TECNOLOGIA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES E DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS

**Lara Vandresen
Denise Elvira Pires de Pires**

RESUMO

Objetivo: Aplicar recursos da tecnologia PRAXIS® para a realização da classificação de pacientes e posterior dimensionamento de profissionais em uma unidade de internação de clínica médica, de um hospital universitário do sul do Brasil. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que se caracteriza por uma intervenção no contexto da prática. A classificação dos pacientes ocorreu após a realização da visita/ ronda de enfermagem e foi realizada por 9 enfermeiras, incluindo a chefia e a pesquisadora. Após treinamento para a utilização do instrumento de classificação de pacientes de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) as enfermeiras ou pesquisadora classificaram os pacientes em uma das categorias que melhor identificava o seu grau de dependência, sendo elas: cuidados mínimos, intermediários, alta dependência, semi-intensivo e intensivos. **Resultado:** Foram realizadas 633 classificações durante o mês de junho. O percentual de pacientes classificados por categoria de cuidados foi de 29,38% em cuidados mínimos, 35,71% em cuidados intermediários, 33,02% em alta dependência, 1,42% em semi-intensivos e 0,47% em cuidados intensivos. Para a realização do dimensionamento utilizou-se duas referências, o disposto na Resolução 0527/2016 do Conselho Federal de Enfermagem no Brasil que indicou a necessidade de 39 profissionais dos quais 14 enfermeiros e 25 técnicos ou auxiliares; e o formulado por Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016) que resultou na necessidade de 47 profissionais, sendo 17 enfermeiros e 30 técnicos ou auxiliares. Em relação aos dois casos, a equipe disponibilizada atualmente é deficitária, 33 profissionais, 9 enfermeiros e 24 técnicos e auxiliares de enfermagem. **Conclusão:** A classificação dos pacientes por grau de dependência da equipe de enfermagem constitui-se em precondição para o dimensionamento e provimento de cuidados seguros e de qualidade, portanto um desafio para a gestão em enfermagem. Existe uma correlação direta entre dimensionamento adequado de profissionais e segurança e qualidade dos processos assistenciais em ambientes hospitalares. O estudo mostrou que o uso de tecnologias de gestão facilita a classificação e contribui para a gestão em enfermagem.

Descritores: Dimensionamento de Pessoal. Administração Hospitalar. Qualidade da Assistência à Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Na agenda contemporânea de diversos países observa-se a preocupação crescente por serviços de saúde seguros, adequados e realizados com qualidade (VINCENT; BURNETT; CARTHEY, 2013; GAMA et al., 2016). A abordagem relacionada ao dimensionamento de pessoal de enfermagem envolve a prestação desses serviços que serão consumidos pelos usuários, com influência direta na eficácia, segurança e qualidade da assistência à saúde.

Entre os conceitos trazidos na literatura sobre dimensionamento de Kurcgant e Gaidzinski (1989), define o dimensionamento de pessoal de enfermagem como a etapa inicial do processo de provimento de profissionais, com o intuito de fornecer uma previsão da quantidade de profissionais por categoria de cuidado para suprir as necessidades de assistência de enfermagem realizada direta ou indiretamente aos pacientes.

Estudos internacionais como o de Aiken et al. (2016) realizado em 243 hospitais de 6 países europeus e o estudo de Eunhee Cho e colaboradores (2016) realizado em 60 hospitais na Coreia do Sul, mostram que existe uma correlação direta entre equipe assistencial adequada, em quantidade e qualidade, com os resultados assistenciais envolvendo diretamente a segurança do paciente e a qualidade dos serviços ofertados.

O dimensionamento constitui-se em recurso indispensável para o provimento do pessoal de enfermagem em quantidade e qualidade e também base para a organização da equipe necessária para o atendimento das necessidades dos pacientes, respeitando o grau de dependência por eles apresentados. E, a classificação do paciente por grau de dependência constitui-se no primeiro passo, subsídio para o cálculo de dimensionamento. A realização da classificação diária e sistemática não só permite uma adequada organização da assistência e a realização do dimensionamento, mas também, significa uma reorientação para a assistência centrada no usuário, articulando melhorias para a criação de ambientes de prática favoráveis e positivos (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016).

O Institute of Medicine (IOM) dos EUA definiu em 2001 que os cuidados de saúde devem ser “seguros, centrados no usuário/paciente, efetivos, eficientes, oportunos, e equânimes” (IOM, 2001 p. 3).

O cuidado centrado no usuário, ou como assinalado pela *Health Foundation*, o “cuidado centrado na pessoa” pode ser definido com base em quatro princípios: garantia de que as pessoas serão tratadas com dignidade e respeito; oferta de cuidado ou apoio e tratamento coordenado; cuidado personalizado e apoio as pessoas; empoderamento das pessoas para uma vida independente e plena (COLLINS, 2014). Para que os profissionais consigam tornar o cuidado de saúde mais centrado no usuário, tanto os serviços, instituições de saúde, quanto os profissionais de saúde que nela trabalham, precisam estar abertos a uma ampla variedade de abordagens e iniciativas (PORTELA, 2016).

Os estabelecimentos prestadores de serviços apresentam a necessidade de se adaptarem as exigências desse cenário, por meio de inserção de estratégias capazes de favorecer e fornecer o melhor atendimento aos usuários, razão de ser dessas instituições de saúde (LORENZETTI, 2013; TRONCHIN, FREITAS, MELLEIRO 2016).

Na enfermagem, entre as três dimensões (cuidar, educar/pesquisar, administrar/gerir) desenvolvidas no seu fazer profissional (PIRES, 2009), a dimensão de gestão compreende parte significativa do trabalho do enfermeiro, estando a seu encargo a realização do planejamento e execução eficiente e organizada das atividades da enfermagem. Para que o trabalho possa ser realizado com qualidade é necessário que o enfermeiro disponha de ferramentas que auxiliem na gestão dos cuidados prestados aos usuários do serviço. No caso dos hospitais, a disponibilização dessas ferramentas de gestão pode contribuir para a organização das unidades de internação.

A classificação da situação de saúde dos usuários constitui-se em recurso do contexto teórico do cuidado progressivo ao paciente (CPP), desenvolvido a partir dos anos 1950 pelo *Department of Health, Education and Welfare* e publicado no livro *Elements of Progressive Patient Care* em 1959. Este conhecimento e prática orientou uma reorganização da atenção hospitalar com a criação de unidades apropriadas para cada grau de cuidado (GONÇALVES, 2007). O legado mais evidente deste processo foi a generalização de unidades de terapia intensiva UTI (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007; VALENTIN; FERDINANDE, 2011). Atualmente, ocorre uma renovação desta concepção com a implementação de unidades semi-intensivas e de alta dependência.

A classificação de pacientes na enfermagem vem se firmando como um instrumento relevante e indispensável para a organização da assistência com foco no usuário e constitui-se em fundamento indispensável para a realização do dimensionamento dos profissionais requeridos. Para realizar a classificação de pacientes, vários instrumentos foram criados, desenvolvidos e consolidados.

Se realizada de forma diária e sistemática, a classificação reflete, também, uma estimativa de necessidades de cuidados para cada paciente. É uma ferramenta indispensável para a prática do método de dimensionamento de pessoal de enfermagem e possibilita a realização de análise do quadro de pessoal de enfermagem para determinado serviço de saúde a ser implantado, bem como a contínua avaliação do quantitativo e qualitativo dos profissionais requeridos em locais onde o instrumento já está em funcionamento (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) estabeleceu diretrizes para o dimensionamento de pessoal com utilização da classificação de pacientes, com a edição das Resoluções 189/1996, atualizada pela 293/2004, e substituída atualmente pela 0527/2016 que alterou o número de horas de assistência de enfermagem nas 24 horas, por categoria de cuidado, bem como introduziu a alta dependência como mais uma das categorias (COFEN, 2016).

O macrodesafio que está colocado para a enfermagem é a prática da classificação diária das necessidades assistenciais dos usuários e o consequente dimensionamento adequado de profissionais para cuidados seguros e de qualidade.

No Brasil, a inserção de uma tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares, denominada PRAXIS®, permite a utilização de um conjunto de ferramentas indispensáveis ao trabalho do enfermeiro. Os componentes estruturais do sistema PRAXIS® envolvem o Planejamento Participativo da Unidade (PPU), a Gestão de Processos Assistenciais (GPAS), a Gestão de Equipe de Enfermagem (GPEN) a Gestão de Materiais (GMAT) e a Gestão da Qualidade Assistencial (GQUALI). Além disso, o PRAXIS® incorpora um painel eletrônico que disponibiliza em tempo real a classificação dos pacientes e outras informações relevantes para o trabalho cotidiano em unidade de internação. O módulo GPAS inclui um processo de classificação dos pacientes utilizando o instrumento de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005). O resultado das classificações possibilita o cálculo das horas de assistência de enfermagem requeridas na unidade, base para o

dimensionamento dos profissionais necessários (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016).

Diante de um amplo consenso de que o dimensionamento adequado, e uma gestão coerente, são condições para ambientes de prática positivos, impõem-se a valorização da realização desta relevante atividade nos serviços de saúde. Assim, a presente pesquisa tem por objetivo aplicar recursos da tecnologia PRAXIS® para a realização da classificação de pacientes e posterior dimensionamento de profissionais em uma unidade de internação de clínica médica.

MÉTODO

Pesquisa convergente assistencial (PCA) que, segundo Trentini, Paim e Silva (2014) é adequada para objetivos de investigação e intervenção no contexto da prática, a partir da interação do pesquisador com determinada realidade. Quando empregada pela enfermagem não só relaciona-se a atividades como o ato de cuidar ou assistir, mas também, a ação de descobrir realidades, resolver problemas e introduzir inovações em determinado contexto da prática assistencial.

Esse estudo insere-se na dimensão gerencial do trabalho profissional do enfermeiro. Caracteriza-se por uma intervenção com foco na gestão de unidades de internação hospitalares a partir da utilização da tecnologia de gestão PRAXIS®. A mesma integra processos assistenciais e administrativos de unidades de internação e fundamenta-se na gestão participativa, melhoria contínua do desempenho e inovação tecnológica (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016). O estudo seguiu as fases da PCA: concepção, instrumentação, perscrutação e análise.

A delimitação do tema ocorreu na fase de concepção, bem como a elaboração do objetivo do estudo. O espaço físico/ local da pesquisa e os participantes da pesquisa foram definidos na fase de instrumentação, onde ocorre o delineamento dos aspectos metodológicos. Considerando o objetivo definido, a pesquisa ocorreu na unidade de internação de clínica médica de um hospital universitário da região Sul do Brasil, onde o software PRAXIS® encontra-se instalado, tendo como participantes a equipe de enfermagem e utilizando o processo de classificação de pacientes disponível no software PRAXIS®.

A fase de perscrutação consiste na busca de formas de aquisição de informações, com a participação dos sujeitos do estudo (TRENTINI;

PAIM; SILVA, 2014, p. 46). É a fase da coleta de dados que envolveu a classificação dos pacientes por grau de dependência da equipe de enfermagem e o cálculo de dimensionamento da equipe. Teve seu início com o convite, apresentação dos objetivos da pesquisa e sensibilização dos profissionais e treinamento para utilização do instrumento de classificação do paciente e realização do cálculo de dimensionamento de profissionais de enfermagem. Esse convite foi realizado pela pesquisadora à todas as enfermeiras nos três turnos, manhã, tarde e noite. Participaram da pesquisa todas as enfermeiras assistenciais e uma chefia da unidade de clínica médica que dispõe de 25 leitos. A pesquisa foi realizada durante três meses, de 01 de abril a 30 junho de 2016. Para efeito do cálculo de dimensionamento foram utilizados os dados referentes ao mês de junho de 2016. O perfil dos pacientes internados nessa unidade de clínica médica é majoritariamente de pacientes com doenças crônicas, incluindo as especialidades de cardiologia, reumatologia, pneumologia, endocrinologia acrescidos de 8 leitos da hematologia.

A classificação dos pacientes ocorreu após a realização da visita/ronda de enfermagem e foi realizada por 9 enfermeiras, incluindo a chefia e a pesquisadora. Foram realizadas 633 classificações de pacientes por grau de dependência. Os pacientes foram classificados pelo menos uma vez no dia, na categoria que melhor identificasse o seu grau de dependência, podendo ser alterado dependendo da oscilação do seu grau de dependência. Após treinamento para a utilização do instrumento de classificação de pacientes de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) as enfermeiras ou pesquisadora classificaram os pacientes em uma das categorias que melhor identificava o seu grau de dependência, sendo elas: cuidados mínimos, intermediários, alta dependência, semi-intensivo e intensivos. A dinâmica da classificação de paciente está articulada com a realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Após a realização da SAE a enfermeira é convidada a realizar a classificação dos pacientes. Esse fluxo é possível, pois o sistema PRAXIS® se integra com o sistema de administração hospitalar.

O total de classificações realizadas foi de 633, vale destacar que o ideal é que os pacientes sejam classificados a cada 24 horas, podendo inclusive serem reclassificados dentro deste período se a situação clínica do mesmo modificar-se significativamente, alterando a sua categoria de cuidado. Para fins do dimensionamento é importante que todos os

pacientes sejam classificados pelo menos durante 30 dias, e em um mês considerado típico (FUGULIN; GAIDZINSKI; LIMA, 2016).

O instrumento de classificação de pacientes de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), demonstrado na Figura 9, possui nove áreas de cuidado incluindo estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica.

Figura 9- Tela do Instrumento de Classificação de Pacientes

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares				
Hospital: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago				
Unidade: Unidade Clínica Médica 2				
PPU		GPS	GPEN	GMAT
IGUALI		Categoria de Cuidado		Panel Eletrônico
Panel Escala Mensal		SAR		
Instrumento de Classificação de Pacientes				
Quarto	Leito	Prontuário	Paciente	
324	A	4590G5		
GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL				
ÁREA DE CUIDADO	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciência <input type="checkbox"/>	Períodos de inconsciência <input type="checkbox"/>	Períodos de desorientação no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>	Orientação no tempo e no espaço <input type="checkbox"/>
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume) <input type="checkbox"/>	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio <input type="checkbox"/>	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio <input type="checkbox"/>	Não depende de oxigênio <input type="checkbox"/>
Sinais Vitais	Controle em intervalos Menos ou iguais a 2 horas <input type="checkbox"/>	Controle em intervalos de 4 horas <input type="checkbox"/>	Controle em intervalos de 6 horas <input type="checkbox"/>	Controle de rotina <input type="checkbox"/>
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva proporcional e realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Limitação de movimentos <input type="checkbox"/>	Movimentação todos os segmentos corporais <input type="checkbox"/>
Deambulação	Restrito ao leito <input type="checkbox"/>	Locomoção através de cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	Necessidade de auxílio para deambular <input type="checkbox"/>	Ambulante <input type="checkbox"/>
Alimentação	Através de cateter central <input type="checkbox"/>	Através de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Por boca com auxílio <input type="checkbox"/>	Autossuficiente <input type="checkbox"/>
Cuidado Corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem <input type="checkbox"/>	Auílio no banho de chuveiro além da higiene oral <input type="checkbox"/>	Autossuficiente <input type="checkbox"/>
Eliminação	Evanuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese <input type="checkbox"/>	Uso de comadre ou eliminação no leito <input type="checkbox"/>	Uso de vaso sanitário com auxílio <input type="checkbox"/>	Autossuficiente <input type="checkbox"/>
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção do P.A. <input type="checkbox"/>	E.V. contínua ou através de sonda nasopósitica <input type="checkbox"/>	E.V. intermitente <input type="checkbox"/>	1.H. ou V.O. <input type="checkbox"/>
CATEGORIA DE CUIDADO 0				

Fonte: Instrumento de Classificação de Pacientes de Fugulin et al. (2002, 2005)

Praxis - Versão 1.0

Hora login: 13:02 Tempo sessão: 30.0m Seja bem-vindo, jorge.

Fonte: LORENZETTI; GELBCKE (2013).

As categorias de cuidados adotadas no PRAXIS® são as estabelecidas por Fugulin et al. (1994), as quais também estão referendadas nas resoluções do Cofen 293/2004 e 0527/2016, e descritas a seguir:

Cuidados Intensivos (CIInt): pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Cuidados Semi-Intensivos (CSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Alta Dependência (CAD): paciente crônico, incluindo o cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico porém, com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Intermediários (CI): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Mínimos (CM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Após a realização da classificação do paciente no sistema PRAXIS® a cor que caracteriza o grau de dependência desse paciente fica disponível para visualização da equipe multiprofissional no painel eletrônico da unidade. O paciente recebe cor verde se estiver em cuidados mínimos, azul se estiver em cuidados intermediários, amarelo se estiver em alta dependência e vermelho se estiver em semi-intensivo ou em cuidados intensivos.

A última fase da PCA é a análise, onde os dados são sintetizados e teorizados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nesta fase, o quadro teórico conceitual de referência foi utilizado para a análise dos dados, articulando teorias e conceitos sobre gestão em saúde e enfermagem e gestão de unidades de internação, assim como sobre classificação do paciente por grau de dependência da equipe e cálculo de dimensionamento dos profissionais de enfermagem. Para o dimensionamento utilizou-se os parâmetros estabelecidos na resolução 0527/2016 e as orientações propostas por Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016).

Em relação aos aspectos éticos foram respeitadas todas recomendações das resoluções 466/2012 e 510/ 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob nº 1.475.623.

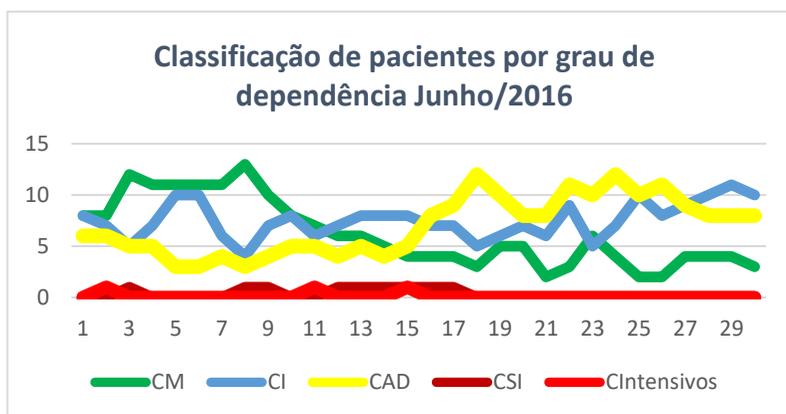
RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram organizados em dois grandes temas descritos a seguir: classificação diária dos pacientes por grau de dependência e dimensionamento dos profissionais de enfermagem.

Classificação diária dos pacientes por grau de dependência

No mês de junho de 2016 todos os pacientes da unidade foram classificados pelo sistema informatizado PRAXIS®, totalizando 633 classificações. O Gráfico 6 apresenta a distribuição diária das classificações por grau de cuidado, sendo eles: Cint, CSI, CAD, CI, CM. O total de pacientes internados na unidade no mês de junho de 2016 foi de 639 pacientes, destes 633 foram classificados apenas 1 vez e 6 foram reclassificados quando o seu grau de dependência com relação à equipe de enfermagem se modificava. A classificação contabilizada foi a que indicava o maior grau de dependência do paciente com relação à equipe de enfermagem no período.

Gráfico 6 - Classificação dos pacientes por grau de dependência no período de 30 dias do mês de junho de 2016.



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

No Quadro 5 pode-se visualizar a distribuição percentual dos pacientes por grau de cuidados.

Quadro 5 - Percentual das classificações por grau de cuidados.

Categoria de cuidado	Número de classificações	Percentual das classificações
Mínimo	186	29,38%
Intermediário	226	33,02%
Alta dependência	209	
Semi Intensivo	9	1,42%
Intensivo	3	0,47%
Total	633	100%

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

No Quadro 6 estão registrados outros indicadores da unidade no mês de junho de 2016.

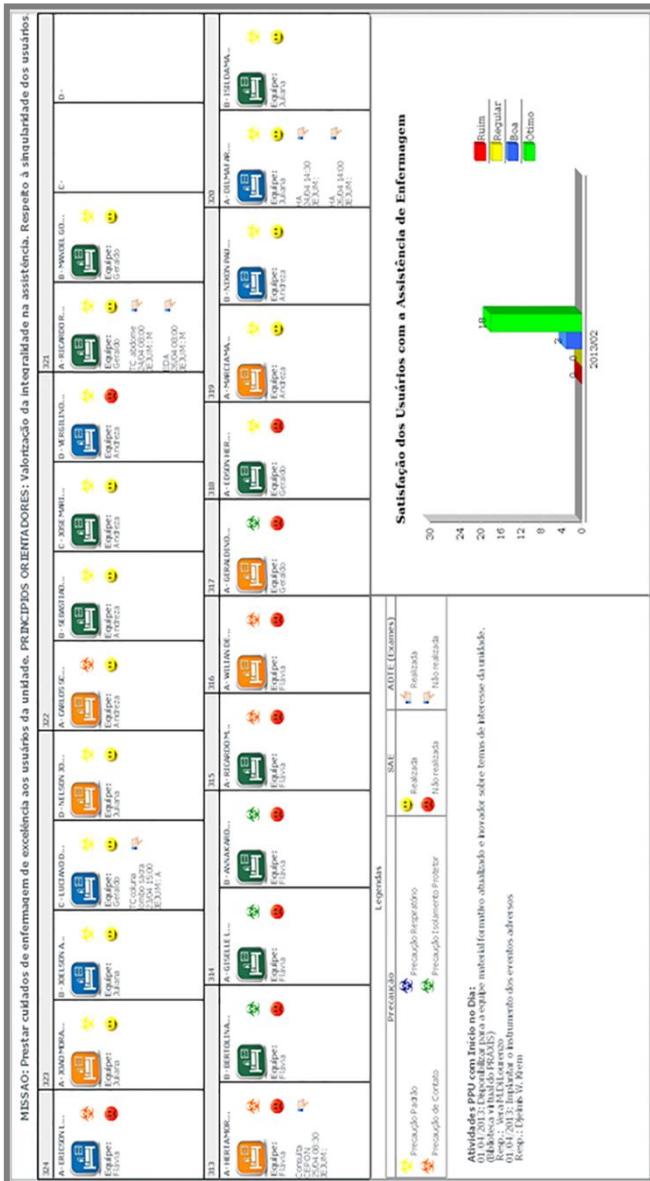
Quadro 6 - Indicadores da unidade no mês de junho de 2016

Média de Pacientes dia	21,16 pacientes/dia
Média de Permanência	12,12 dias
Taxa de ocupação	86,4%

Fonte: elaborado pela autora (2016).

O panorama das classificações dos pacientes está permanentemente retratado no painel eletrônico, graus de cuidados com cores diferenciadas, em uma TV de 50” instalada no posto de enfermagem conforme fotografia de um momento, a seguir.

Figura 10 - Painel eletrônico do PRAXIS®



Fonte: Lorenzetti (2013).

Os dados disponibilizados no Gráfico 1 permitem destacar a oscilação das classificações por grau de dependência durante os 30 dias do mês de junho. Inicialmente existe a predominância de pacientes em cuidados mínimos seguidos dos em cuidados intermediários. Ao longo do mês ocorre um aumento de pacientes internados em cuidados intermediários, seguindo essa superioridade para pacientes em alta dependência até o final do mês. As categorias de cuidados semi-intensivo e intensivo apresentaram pequena oscilação, vale destacar que por ser uma unidade de internação, esperava-se que não houvesse muitos pacientes classificados nessas categorias.

No Quadro 1 evidencia-se a forte presença de pacientes em alta dependência. E, no Quadro 2 destaca-se a elevada média de dias de permanência.

Dimensionamento dos profissionais de Enfermagem

A partir das classificações dos pacientes por grau de dependência, utilizando a ferramenta inserida no sistema PRAXIS®, foi possível apreciar a carga de trabalho da unidade do mês de Junho de 2016 (considerado como mês típico para o referido cálculo) e assim realizar o levantamento estimado da equipe necessária para atender aos pacientes, dados apresentados no Quadro 7. O dimensionamento foi realizado com base nos critérios indicados por Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016) e no disposto na Resolução 0527/2016 do Cofen.

Quadro 7 - Carga de trabalho da unidade, junho de 2016.

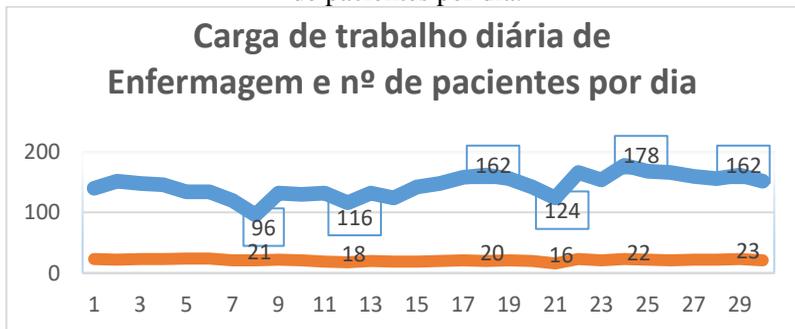
Grau de cuidado	Média de pacientes	Horas requeridas	Subtotal
Mínimo	6,22 p	4 h	24,88h
Intermediário	7,56 p	6 h	45,36h
Alta dependência	6,99 p	10 h	69,9h
Semi intensivo	0,30 p	10 h	3h
Intensivo	0,09 p	18 h	1,62h
—	21,16 p	—	—
Total de Horas Enfermagem (THE)	—	—	144,76 h

Fonte: elaborado pela autora (2016).

O estudo mostrou que a unidade pesquisada, no mês de junho de 2016, teve uma carga de trabalho média diária requerida de 144 horas e 76 minutos.

O Gráfico 2 abaixo, ilustra a oscilação do número de horas de enfermagem requeridas, diariamente, evidenciando a maior necessidade nos dias 17, 24 e 29 em correlação com o maior número de pacientes internados.

Gráfico 7 - Carga de trabalho diária de Enfermagem em horas e número de pacientes por dia.



Fonte: elaborado pela autora (2016).

A partir da definição da carga de trabalho de enfermagem no mês de junho de 2016 e utilizando-se os critérios estabelecidos na resolução 0527 do COFEN de 2016 e as orientações de Fugulin Gaidzinski e Lima (2016), foi estimado o dimensionamento dos profissionais de enfermagem necessários para atender os usuários da unidade.

O quadro abaixo identifica o número de profissionais disponibilizados na unidade no mês de junho de 2016 e a equipe requerida.

Quadro 8 - Número de profissionais requeridos e disponibilizados com base no cálculo de dimensionamento da equipe de enfermagem

Equipe requerida		Equipe disponibilizada
Resolução 0527/2016*	Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016)**	_____
Enf 14	Enf 17	Enf 9
TE e AX 25	TE e AX 30	TE e Ax 24
Total: 39	Total: 47	Total: 33

Fonte: elaborado pela autora (2016).

*Adotou-se a proporção entre enfermeiros e técnicos, conforme a Resolução Cofen (2016), pelo grupo de pacientes com maior carga de trabalho na

unidade, alta dependência, 36% de enfermeiros e 64% de técnicos ou auxiliares de enfermagem. O coeficiente constante de Marinho utilizado, foi o de jornada de 30 horas semanais, ou seja, 0,2683.

** As orientações aplicadas foram a de 85% de tempo efetivo de trabalho e 65% de índice de segurança técnica. A proporção entre enfermeiros e técnicos foi a mesma da resolução.

É importante destacar que apenas essa unidade de internação, onde a tecnologia encontra-se instalada possui um instrumento de classificação de pacientes informatizado. Assim, por meio do sistema PRAXIS® é possível classificar os pacientes e verificar a equipe necessária para cuidar dos pacientes nos graus de dependência, de forma permanente, o que é o ideal para as unidades.

DISCUSSÃO

A classificação de pacientes por grau de dependência tanto fornece ferramentas para o provimento dos profissionais de Enfermagem necessários, quanto estimula a prática da enfermagem com foco usuário centrado.

De acordo com Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016 p. 125) “os modelos de dimensionamento de pessoal de enfermagem propostos evidenciam a necessidade de lançar mão de recursos da informática com desenvolvimento de programa computacional que disponibilize informações quali-quantitativas eficazes para um adequado dimensionamento do quadro de profissionais, agilizando o processo de tomada de decisão com economia de custos, tempo e energia”. A enfermagem carece de ferramentas como essa no seu fazer diário e necessita deixar de apenas cumprir rotinas e tarefas, para ampliar o pensar crítico sobre o seu fazer profissional, assim como focar em ações que contribuam para o fortalecimento de vínculo com os usuários. A classificação diária de pacientes é uma ferramenta que favorece esse vínculo por proporcionar a avaliação do usuário em sua totalidade, além de permitir a realização do cálculo de dimensionamento. Assim, a importância de valorização e aplicação de inovações tecnológicas como o sistema de gestão de unidades de internação hospitalares PRAXIS®.

O perfil da distribuição dos pacientes, na unidade onde este estudo foi realizado, nas categorias de cuidado de 33,02% para alta dependência e 35,71% para intermediário corroboram com estudos

prévios realizados na mesma unidade de internação (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016) e também em outros estudos (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005). Esses estudos destacam o aumento crescente de pacientes em cuidados de alta dependência com relação à equipe de enfermagem em unidades de internação. Essa dissertação demonstra que a unidade em foco é bem exigente em cuidados de enfermagem, pois o somatório dos pacientes em alta dependência e em cuidados intermédiaários representa mais de 2/3 dos pacientes.

Essa realidade assinala um aumento no grau de complexidade/dependência, instabilidade clínica e gravidade dos pacientes, fato esse que resulta em maior carga de trabalho para os profissionais de enfermagem (STAGGS; HE, 2013; WUNSCH et al., 2015). E, assim reafirma a importância da realização da classificação dos pacientes de forma cotidiana.

O Conselho Federal de Enfermagem publicou, recentemente, uma nova resolução, 0527/2016, que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. A resolução apresenta pontos positivos e pontos questionáveis e que carecem revisão. Entre os positivos, destaca-se a introdução de conceitos e metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem para unidades assistenciais, de apoio diagnóstico e terapêutica, centro cirúrgico, área de saúde mental, unidades assistenciais especiais (UAE) e parâmetros para dimensionar os profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). Ainda sobre os pontos inovadores e positivos relativos a conceitos e metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem em unidades de internação, salienta-se a inclusão da categoria de cuidados de alta dependência; a atualização das horas de assistência de enfermagem, por paciente, nas 24 horas e a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem. Essa distribuição considera, que para cuidado mínimo e intermediário: 33% são enfermeiros (mínimo de seis) e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem; para cuidados de alta dependência: 36% são enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem; para cuidado semi-intensivo: 42% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem; e para cuidados intensivos: 52% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem (COFEN, 2016).

Permanece como um horizonte a ser alcançado, o aspecto relacionado ao índice de segurança técnica IST que conforme disposto

nos artigos 10, 13 e 14 da Resolução 0527/2016 consideram o IST de 15% do total do quantitativo de profissionais, referente a férias e ausências não previstas; 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem da instituição para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação em programas de educação permanente. E, mais 10% ao quadro de profissionais de enfermagem de unidades assistenciais, composto por 50% ou mais de pessoas com idade superior a 50 anos ou 20% ou mais profissionais com limitação/restricção para o exercício das atividades. Ou seja, o IST considerado pela resolução 0527/2016 é de no máximo 30%. Estudos como o de Fugulin, Gaidzinski (2011) e o de Fugulin Gaidzinski e Lima (2016) indicam um IST de 65% para jornada de 30 horas semanais, incluindo 40% para folgas semanais remuneradas, 3,6% para folgas com feriados não coincidentes com domingo, 9% para 30 dias de férias, 3% para faltas e licenças e 1,5 para treinamento e desenvolvimento. Esse aspecto divergente entre a resolução e a literatura, indica a necessidade e a importância de mais estudos sobre o tema.

Os resultados deste estudo mostram que existe sobrecarga de trabalho e subdimensionamento da equipe na unidade estudada. Esses fatores de sobrecarga e subdimensionamento prejudicam a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Uma pesquisa realizada em 60 hospitais por Eunhee Cho e colaboradores (2016), na Coréia do Sul verificou uma relação direta entre o inadequado dimensionamento de profissionais de enfermagem e realização de horas extras com o aumento dos eventos adversos. O estudo faz uma correlação direta de que quanto maior o número de pacientes por enfermeiro, maiores as chances de falhas relacionadas a segurança do paciente, má qualidade nos cuidados e do cuidado ser deixado de lado devido à falta de tempo. O estudo mostrou que os enfermeiros que trabalham realizando horas extras, apresentaram um aumento em falhas relacionadas a segurança do paciente de 88%, um aumento de 45% na qualidade ruim e regular dos cuidados e aumento de 86% nos cuidados deixados de lado.

Encontra-se na literatura o registro que há relação entre o número e qualificação profissional com a qualidade e segurança dos cuidados realizados (AIKEN et al., 2014; AIKEN et al., 2016). O quantitativo de profissionais adequados e o melhor nível educacional do profissional são uma pré-condição para realização de cuidados seguros e de qualidade e proporcionam ambientes de prática mais favoráveis aos usuários e aos profissionais.

O mencionado estudo de Aiken e colaboradores, publicado em 2016, mostrou que há uma relação entre quantitativo e formação profissional com a taxa de mortalidade, avaliações do paciente e qualidade dos cuidados. O estudo foi realizado em 243 hospitais em 6 países: Bélgica, Inglaterra, Finlândia, Irlanda, Espanha e Suíça, e mostrou que uma maior proporção de enfermeiros na equipe está associada a melhores resultados para os pacientes e enfermeiros. Existe uma combinação positiva entre a maior proporção de profissionais enfermeiros qualificados com a redução da taxa de mortalidade, melhor avaliação do paciente com relação aos seus cuidados e também menor taxa de eventos adversos. Os autores destacam que a redução de 10% na proporção de enfermeiros profissionais está associada com um aumento de 12% na probabilidade de morte dos pacientes.

O foco desta pesquisa na atuação da enfermagem em unidades de internação hospitalares está relacionado aos desafios internacionais e nacionais de construir ambientes de prática positivos e favoráveis, que proporcionem melhor experiência para os trabalhadores e usuários. A construção desses ambientes implica além do quantitativo e qualitativo adequado de profissionais, uma gestão coerente, que proporcione o alcance de ambientes agradáveis, seguros e com profissionais eficientes e satisfeitos. Os enfermeiros possuem papel indispensável no desenvolvimento de ambientes de prática seguros e de qualidade em unidades de internação hospitalares (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016).

A mudança dos ambientes de prática, para ambientes mais favoráveis e positivos, inclui fatores organizacionais, estruturais e assistenciais. E, essa mudança de acordo com Hahtela et al. (2015), tem relação com a cultura do ambiente de trabalho, que envolve esses diferentes fatores acima mencionados.

O software PRAXIS® é uma ferramenta que vai ao encontro da proposta de melhoria dos ambientes de prática para os profissionais e usuários, todavia o grande desafio para o caminho dos ambientes favoráveis e positivos é a garantia de utilização dessas ferramentas de trabalho do enfermeiro de forma sistemática e contínua, em seu fazer profissional.

Estudo de Sherwood; Zomorodi, 2014 também refere a importância da informática na saúde e na prática de enfermagem, como uma das competências necessárias para a qualidade e segurança deste trabalho profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A classificação de pacientes e o dimensionamento dos profissionais de enfermagem são indispensáveis para identificação do quadro de pessoal necessário a atender os usuários em seus graus de dependência. A utilização de uma tecnologia de gestão na classificação de pacientes, organização da assistência e cálculo de dimensionamento foi essencial para o armazenamento dos dados, realização das classificações e organização da assistência de enfermagem.

Com esse estudo foi possível destacar que existe uma relação significativa entre a classificação e dimensionamento de profissionais adequado. Assim, a classificação e o dimensionamento constituem-se em ferramentas indispensáveis para o trabalho do enfermeiro.

Estudos como este reforçam a importância da aplicação cotidiana desta prática e destacam que um grande desafio para o caminho dos ambientes favoráveis e positivos é a garantia desses processos de forma sistemática e contínua pela enfermagem. Destaca-se que apesar da tecnologia de gestão utilizada integrar diversas ferramentas do trabalho do enfermeiro, ainda não apresenta total aplicabilidade pela equipe de enfermagem.

Assim, esse estudo contribuiu para a identificação das lacunas que ainda existem em relação ao tema, bem como aplica o uso de tecnologia e ferramentas que podem ser utilizadas e consolidadas para a melhoria de ambientes de prática aos usuários e profissionais dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L.H et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. **Bmj Quality & Safety**, [SI], v. 0, n. 0, p.1-10, 15 nov. 2016. Disponível em:

<<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2016/11/03/bmjqs-2016-005567.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

_____. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **The Lancet**, [s.l.], v. 383, n. 9931, p.1824-1830, maio 2014. Elsevier BV. Disponível

em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ALVES, D.F.S. **Ambiente de trabalho da enfermagem e segurança do paciente em unidades pediátricas**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Unicamp, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000955457&opt=2>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

CHO, E. et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. **Int. J. Nurs. Stud.**, South Korea, v. 1, n. 60, p.263-271, maio 2016. Disponível em: <[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(16\)30056-6/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(16)30056-6/fulltext)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

COLLINS, A. **Measuring what really matters: Towards a coherent measurement system to support person-centred care**. London: Health Foundation, 90 Long Acre, 2014. 20 p. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/sites/health/files/MeasuringWhatReallyMatters.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 0527 de 3 de novembro de 2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html>. Acesso em: 8 nov. 2016.

FUGULIN, F.M.T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. **Rev. Med HU-USP**. São Paulo, v. 4, 1/20, p. 63-68, 1994.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidades de internação. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011, p. 214-222.

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.72-78, 2005.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; LIMA, A.F.C.
Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde.
In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Cap. 10. p. 2-199.

GAMA, Z.A.S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p.2-17, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00026215.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

GONÇALVES, L. **Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. 304p. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0586-T.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

HAHTELA, N. et al. The Relationship of Workplace Culture With Nursing-Sensitive Organizational Factors. **J. Nur. Adm.**, v. 45, n. 8, p.370-375, ago. 2015.

HALDEMAN, J. **Progressive Patient Care**. EUA. 1959.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century are available for sale from the National Academy Press. 2001. Disponível em: <<http://www.nap.edu/books/0309072808/html/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

KURCGANT, P.; CUNHA, K.; GAIDZINSKI, R.R. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. **Enfoque**. v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

LORENZETTI, J. **“PRAXIS”**: tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 208 p.

LORENZETTI, J.; GELBCKE, F.L.; VANDRESEN, L. Tecnologia para gestão de unidades de internação hospitalares. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1770015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200321&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Set. 2016.

LORENZETTI, J.; VANDRESEN, L.; GELBCKE, F.L. Inovação em saúde: sistema de gerenciamento em enfermagem. In: VALE, E.G.; PERUSSO, S.A.; FELLI, V.E.A. **PROENF Programa de atualização em Enfermagem: Gestão: ciclo 4**. Associação Brasileira de Enfermagem (Orgs.). Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 69-155.

PIRES, D.E.P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

PIRES, D.E.P. et al. **Enfermagem: desafios em um contexto complexo**. Florianópolis: Coren, 2016. 22 p.

PORTELA, M.C. **Simplificando o cuidado centrado na pessoa: O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa**. Proqualis - Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz, 2016. 20 p. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

SHERWOOD, G.; ZOMORODI, M. A new mindset for qualityandsafety: the QSEN competencies redefine nurses'roles in pactice. **Nephrol. Nurs.** v. 41. n. 1, p. 15-22, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24689261>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

STAGGS, V.S.; HE, J. Recent Trends in Hospital Nurse Staffing in the United States. **J. Nurs. Adm.**, Eua, v. 43, n. 8, p.388-393, 2013.

TRANQUITELLI, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Número de horas de cuidados deenfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 3, n. 41, p.371-377, maio

2007. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41631/45238>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial**: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014, 169 p.

TRONCHIN, D.M.R.; FREITAS, G.F.; MELLEIRO, M.M. Avaliação de Serviços, Qualidade e segurança do Paciente no Setor Saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Guanabara, 2016. Cap. 6. p. 32-212.

VALENTIN, A.; FERDINANDE, P. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. **Intensive Care Medicine**, [s.l.], v. 37, n. 10, p.1575-1587, 15 set. 2011. Disponível em: <[http://www.esicm.org/upload/Intensive care medicine2011Valentin.pdf](http://www.esicm.org/upload/Intensive%20care%20medicine2011Valentin.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2016.

VINCENT, C.; BURNETT, S.; CARTHEY, J. **The measurement and monitoring of safety**. London: Health Foundation 90 Long Acre, 2013. 92 p. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/TheMeasurementAndMonitoringOfSafety_fullversion.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

WUNSCH, H. et al. The Impact of the Organization of High-Dependency Care on Acute Hospital Mortality and Patient Flow for Critically Ill Patients. **Am J Respir Crit Care Med**, [s.l.], v. 191, n. 2, p.186-193, 15 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201408-1525OC#readcube-epdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da presente pesquisa foi motivada, primeiramente, pelo reconhecimento de que os hospitais têm grande relevância na atenção em saúde e que as unidades de internação são espaços altamente significativos para a prestação de cuidados em saúde e enfermagem. Em segundo lugar, porque a enfermagem tem papel relevante na gestão desses espaços assistenciais e eles ainda estão longe de serem ambientes de prática positivos e favoráveis. Em terceiro, porque há carência na produção e utilização de sistemas de gestão inovadores e que integrem processos assistenciais e administrativos. Nesse sentido, tal demanda justifica a disponibilidade do *software* PRAXIS®, que consiste em uma tecnologia para a gestão de unidades de internação hospitalares que integra os processos mencionados. Optou-se por aplicar alguns dos recursos disponíveis na referida tecnologia, a saber, planejamento participativo, classificação de pacientes e indicadores do desempenho, com vistas a analisar o seu potencial para contribuir para a gestão de enfermagem em uma unidade de internação.

Assim, realizou-se um estudo de intervenção no contexto da prática, utilizando os preceitos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), com vistas a analisar a aplicabilidade da tecnologia PRAXIS® para qualificação da gestão de unidades de internação hospitalares.

A escolha de parte do componente do sistema “Gestão dos Processos Assistenciais (GPAS)”, incluindo a classificação dos pacientes, que permite a realização do dimensionamento de profissionais com base em parâmetros científicos, e de parte do componente “Gestão da Qualidade”, com a utilização de dois indicadores de qualidade, satisfação do paciente com relação à assistência e notificação de eventos adversos, deveu-se ao entendimento de que tais componentes constituem-se em ferramentas importantes para o estímulo de ambientes seguros, positivos e favoráveis para a prática profissional. O componente completo da tecnologia denominado Planejamento Participativo (PPU) utilizado nesse estudo consistiu em norteador essencial para o levantamento das necessidades e problemas destacados pelos profissionais em seus ambientes de atuação profissional.

O estudo realizado evidencia uma tríade importante para a gestão e a assistência nos serviços de saúde, sendo ela: gestão coerente, dimensionamento adequado e aplicação de indicadores de qualidade. A tríade favorece ambientes de prática positivos, com melhor experiência aos profissionais e usuários, e também impulsiona a prestação de serviços com maior segurança e qualidade nas instituições de saúde.

Assim, é possível destacar que os recursos do planejamento participativo, classificação de pacientes e indicadores do desempenho, disponíveis na tecnologia PRAXIS®, contribuem para a qualificação da gestão de unidades de internação hospitalares de forma diária e sistemática com vistas a garantir ambientes positivos e cuidados mais seguros e de qualidade.

A tecnologia PRAXIS® integra essas ferramentas de gestão e da assistência de enfermagem em unidades de internação hospitalares e indica um caminho a ser seguido para a melhoria da sua utilização na gestão e organização da assistência no contexto hospitalar.

Um desafio para a aplicação das ferramentas/recursos existentes na tecnologia e estímulo aos ambientes favoráveis e positivos é a garantia de utilização das mesmas de forma diária, sistemática e contínua, no cotidiano de trabalho do enfermeiro.

Os resultados deste estudo mostram que a aplicação de uma tecnologia de gestão hospitalar em ambientes de prática é positiva e contribui para a gestão destes espaços assistenciais, assim como contribui para estimular a construção de ambientes positivos. No entanto, ainda há pouca utilização dessas ferramentas no cotidiano dos profissionais de enfermagem.

Foi possível a identificação de lacunas que ainda existem em relação ao tema, bem como elencar a possibilidade de estudos futuros, utilizando a tecnologia, que possam contribuir para a qualificação da prática de gestão e assistencial realizada pelos profissionais de Enfermagem.

No que diz respeito à escolha do método, a PCA se mostrou positiva para pesquisas com propósito de intervenção na prática. Ressalta-se que a fase de teorização não foi possível de ser realizada nesta pesquisa; no entanto, o processo de transferência, que consiste na transferibilidade do conhecimento teórico para a prática assistencial, foi realizado com retorno dos resultados à equipe. Apesar disso, face à mudança na legislação referente ao Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem, que gerou mudanças no cálculo realizado, será

necessário novo retorno ao cenário da prática, o que está previsto para período posterior à defesa desta Dissertação.

No que diz respeito aos limites do estudo, pode-se mencionar a realização da pesquisa em um único local, no entanto era o único que dispunha de uma tecnologia de gestão que possibilitasse um estudo do tipo proposto e realizado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R.O.B.; AMBONI, N. Estratégias de gestão: procesos e funções do administrador. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

AIKEN, L.H et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. **Bmj Quality & Safety**, [SI], v. 0, n. 0, p.1-10, 15 nov. 2016. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2016/11/03/bmjqs-2016-005567.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

_____. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, [s.l.], v. 383, n. 9931, p.1824-1830, maio 2014. Elsevier BV. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ALVES, D.F.S. **Ambiente de trabalho da enfermagem e segurança do paciente em unidades pediátricas**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Unicamp, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000955457&opt=2>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

AZEVEDO, C.S. et al. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. *Planejamento e Gestão em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-34, ago. 2010. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_960691416.pdf>. Acesso em: 1 out. 2015.

BERNARDES, A. et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. *Rev. Latinoam. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1142-1151, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Set. 2016.

BERNARDINO, E.; FELLI, V.E.A. A organização da Enfermagem do HC-UFPR: refletindo sobre seus determinantes. *Rev. bras. enferm.*,

Brasília, v. 59, n. 2, p. 148-155, 2006. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200005>>. Acesso em:
24 maio 2015.

BOHOMOL, E. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. et al. **Indicadores, Auditorias e Certificações**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. Cap. 6. p. 9-208.

BOGO, P.C et al. O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, n. 49, p. 629-635, mar. 2015. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103396/101867>>. Acesso em: 21 out. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

_____. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, 1998.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e à articulação inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, 29 jun. 2011. Seção I, p. 1. Disponível em: <http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jun.11/Iels120/U_DC-7508_280611.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção I, p. 18055-60. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>>. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 19 out. 2015.

_____. Lei nº 10.973, de 02 de dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, 03 dez. 2004b. Seção I, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm>. Acesso em: 06 jul. 2015.

_____. Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005. Dispõe sobre incentivos fiscais para a inovação tecnológica. Diário Oficial [da] União, Brasília, 21 nov. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111196.htm>. Acesso em: 06 jul. 2015.

_____. **Manual de Planejamento no SUS:** Planejamento e programação em saúde: abordagens, fundamentos e técnicas. 2016c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Internações Hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil- AIH aprovadas segundo Região. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013a. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH) no âmbito do Sistema

Único de Saúde. Disponível em:

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 22 jun. 2015.

_____. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p.

_____. Secretaria de Atenção Especial à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 70p.

_____. O sistema de planejamento do SUS – PlanejaSUS. 2015b. Disponível em: <<http://virtual.ufms.br/objetos/Unidade2/obj-un2-mod1/10.html>>. Acesso em: 05 out. 2016.

_____. Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 1999. 50 p.

_____. Resolução - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: 2013b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 18 set. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de informática do SUS. Consulta Leitos, 2016. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CALDANA, G. et al. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. Rev Rene, Fortaleza, v. 1, n. 12, p.189-197, 2011. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a25v12n1.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

CARNUT, L. Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal. *J Manag Prim Health Care*, São Paulo, v. 1, n. 3, p.53-61, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/118/119>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CAVALCANTE, P.S. et al. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.787-793, 19 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7052/16181>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CHIAVENATO, I. História da administração: entendendo a administração e sua poderosa influência no mundo moderno. São Paulo: Saraiva, 2009. 230p.

CHO, E. et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud*, South Korea, v. 1, n. 60, p.263-271, maio 2016. Disponível em: <[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(16\)30056-6/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(16)30056-6/fulltext)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CIAMPONE, M.H.T; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. Planejamento e processo decisório como instrumentos do trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 2-199.

COLLINS, A. **Measuring what really matters**: Towards a coherent measurement system to support person-centred care. London: Health Foundation, 90 Long Acre, 2014. 20 p. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/sites/health/files/MeasuringWhatReallyMatters.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

(COFEN). **Enfermagem em Números**. 2016. Disponível em:

<<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

_____. Resolução Cofen n. 358/2009. Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: abr. 2015.

_____. Resolução n. 0527 de 3 de novembro de 2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 2016. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html>. Acesso em: 8 nov. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA

CATARINA (COREN/SC). Estatísticas de profissionais de Janeiro a Dezembro de 2016. Disponível em:

<<http://www.corensc.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

COSTA, J.S. Métodos de prestação de cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2004. Disponível em:

<www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015.

COZBY, P. C. Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas, 2003.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DECS). Biblioteca Virtual em Saúde. Planejamento em Saúde. 2016. Disponível em:

<<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decserver/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed?.

JAMA. v.12 n. 260, p. 1743-1748. 1988. Disponível em:

<<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=374139>>. Acesso em: 15. Jun. 2016.

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Set. 2016.

EMANUEL, L et al. What Exactly Is Patient Safety? **Institute For Healthcare Improvement**, Cambridge, p.1-18, 14 set. 2012. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advances-emanuel-berwick_110.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

FORTE, E.C.N.; MACHADO, F.L.; PIRES, D.E.P. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v 21, n. esp, p.1-10, jul. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43324>>. Acesso em: 18 set. 2016.

FOX, C. et al. Developing practice to improve ward culture: “back to basics”. *Foundation of Nursing Studies Dissemination Series*, v. 5, n. 4, p. 01-04, 2009. Disponível em: <<http://www.fons.org/Resources/Documents/Dissemination%20Series/DissSeriesVol5No4.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, Fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2015.

FREITAS, J.S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. latinoam. enferm**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.455-460, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

FUGULIN, F. M. T. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 2002.

FUGULIN, F.M.T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. *Rev. Med HU-USP*. São Paulo, v. 4, 1/20, p. 63-68, 1994.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidades de internação. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis, 2011, p. 214-222.

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.72-78, 2005.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; LIMA, A.F.C. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Cap. 10. p. 2-199.

GABRIEL, C. S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v. 19, n. 5, p. 1247-1254, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500024&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em jun. 2015.

GAMA, Z.A.S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p.2-17, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00026215.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. (Orgs.). *Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GRAÇA, L. *Novas formas de organização do trabalho. Parte I*. 2002. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/igraca/textos164.html>>. Acesso em: 02 maio 2015.

GLICKMAN, S. W. et al. Evidence-based perspectives on pay for performance and quality of patient care and outcomes in emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, North Carolina, v. 51, n. 5, p. 622-631, maio, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18358566>>. Acesso em: 8 out 2015.

GONÇALVES, L. **Processo de trabalho da enfermagem:** bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. 304p. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0586-T.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

GVOZD, R. et al. Grau de dependência de cuidado: pacientes internados em hospital de alta complexidade. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 775-780, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Nov. 2016.

HADDAD, M.C.L.; ÉVORA, Y.M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Cienc Cuid Saude**, Londrina, v. 1, n. 7, p. 45-52, mar. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6559/3875>>. Acesso em: 3 ago. 2015.

HAHTELA, N. et al. The Relationship of Workplace Culture With Nursing-Sensitive Organizational Factors. *J. Nur. Adm.*, v. 45, n. 8, p.370-375, ago. 2015.

HALDEMAN, J. *Progressive Patient Care*. EUA. 1959.

HINRICHSEN, S.L. et al. Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. *Rahis - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Minas Gerais, v. 8, n. 10, p.11-17, dez. 2011. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1400/957>>. Acesso em: 12 out. 2015.

HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO (HU/UFSC). Estatística HU- número de leitos. 2016. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatística da Saúde. Assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century are available for sale from the National Academy Press. 2001. Disponível em: <<http://www.nap.edu/books/0309072808/html/>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE PROPRIEDADE INTELECTUAL (INPI). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC. **PRAXIS:** Tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares. BR nº P141966, 1 abr. 2013, 4 abr. 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Metas Internacionais de Segurança do Paciente.** Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system [Internet]. Whashington: National Academy Press; 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/9728.htm>>. Acesso em: 14 jun.2016.

KRON, T.; GRAY, A. Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

KURCGANT, P. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, v. 2, n. 43, p.1168-1173, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a04v43s2.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

KURCGANT, P.; CUNHA, K.; GAIDZINSKI, R.R. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. *Enfoque*. v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

LORENZETTI, J. “PRAXIS”: tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 208 p.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária.

Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-9, 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>>.

Acesso em: 19 mar. 2015.

_____. Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 2, n. 23, p.417-425, jun. 2014a. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2015.

_____. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 4, p.

1104-12, 2014b. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf>. Acesso em: 13 maio 2015.

LORENZETTI, J.; GELBCKE, F.L.; VANDRESEN, L. Tecnologia para gestão de unidades de internação hospitalares. *Texto & contexto enferm.*, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1770015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200321&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Set. 2016.

LORENZETTI, J.; VANDRESEN, L.; GELBCKE, F.L. Inovação em saúde: sistema de gerenciamento em enfermagem. In: VALE, E.G.; PERUSSO, S.A.; FELLI, V.E.A. PROENF Programa de atualização em Enfermagem: Gestão: ciclo 4. Associação Brasileira de Enfermagem (Orgs.). Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 69-155.

LYU, H. et al. Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care. *JAMA Surg.* v. 148, n. 4, p. 362-367, 2013. Disponível em: <<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1679648&tab=cme>>. Acesso em: 18 Set. 2016.

MANOJLOVICH, M. et al. The effect of health information technology on health care provider communication: a mixed-method protocol. *Jmir Res. Protoc.*, United States, v. 2, n. 4, p.1-10, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526935/>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MARZIALE, M. H. P. Pesquisa estratégica, inovação tecnológica e enfermagem. *Rev. Latinoam. Enferm.*, v. 18, n.1 , 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000100001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 21 maio 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: NETO, G.V.; MALIK, A.M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 32-49. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

NASCIMENTO, A.F.G. **A utilização da metodologia do ciclo PDCA no gerenciamento da melhoria contínua**. Minas Gerais: Núcleo de Pós Graduação/MG Instituto Superior de Tecnologia, 2011. 38 p. Disponível em: <[http://www.icap.com.br/biblioteca/175655010212_Monografia_Adriano_o_Fagner.pdf](http://www.icap.com.br/biblioteca/175655010212_Monografia_Adriano_Fagner.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2016.

OLIVEIRA, F.A. Schumpeter: a destruição criativa e a economia em movimento. *Revista de História Econômica & Economia Regional Aplicada*, Minas Gerais, v. 10, n. 16, p.99-122, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/heera/files/2009/11/SchumpeterUFJF-2-para-pdf.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

OLIVEIRA, N.C.; CHAVES, L.D.P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. Rev. Rene, Fortaleza, v. 10, n. 4, p.19-27, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/10.4/pdf/v10n4a01.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Objetivos de desenvolvimento sustentável. Nova York. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conselho Diretor, 53, 2014, Washington, D.C., EUA. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde: 66a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. EUA, 2014. 32 p. Disponível em: <<http://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/29-estrategia-para-o-acesso-universal-a-saude-e-a-cobertura-universal-de-saude/file>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). A organização nacional de acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010. p. 8-160.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en>. Acesso em: 10 out 2016.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); Agência brasileira de inovação (FINEP). Manual de Oslo: Proposta de diretrizes para a coleta e interpretação de dados sobre inovação tecnológica. 3. ed. 2006. Disponível em: <http://download.finep.gov.br/imprensa/manual_de_oslo.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2015.

ORO, J. O cuidado integral de enfermagem em unidade de internação hospitalar. 2011. 163 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Enfermagem, Universidade Federal de

Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Cap. 1. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96025/300005.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 maio 2015.

ORO, J.; MATOS, E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 137-140, maio 2011.

_____. Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 500-508, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200028>>. Acesso em: 25 maio de 2015

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERT, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, p. 287-294, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

PAIVA, M.C. et al. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev latinoam Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25493669>>. Acesso em: 10 set. 2016.

PALADINI, E.P. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 302p.

PALADINI, E.P. *Gestão estratégica da qualidade: princípios, métodos e processos*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 220 p.

PARENTE, J.R.F. Planejamento Participativo em Saúde. *Sanare*, Sobral/CE, v. 10, n. 1, p.54-61, jul. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/144-271-1-SM.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

PEREIRA, J.C.R.; BALTAR, V.T.; MELLO, D.L. Sistema Nacional de Inovação em Saúde: relações entre áreas da ciência e setores econômicos. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &

pid=S0034-89102004000100001 & lng=pt.doi:10.1590/S0034-89102004000100001>. Acesso em: 25 maio 2015.

PINHEIRO, N.A.M.; SILVEIRA, R.M.C.F.; BAZZO, W.A. O contexto científico-tecnológico e social acerca de uma abordagem crítico-reflexiva: perspectiva e enfoque. *Revista Iberoamericana de Educación*, Florianópolis, v. 5, n. 12, p.1-14, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.rieoei.org/deloslectores/2846Maciel.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

PINOCHET, L.H.C.; LOPES, A.; SILVA, J.S. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 2, p.11-29, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/88/139>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

PIRES, D.E.P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

_____. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, D.E.P. et al. *Enfermagem: desafios em um contexto complexo*. Florianópolis: Coren, 2016. 22 p.

PIRES, D. E. P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 157-168, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 maio 2015.

PIRES, D.E.P.; GELBCKE, F.L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

PIRES, D.E.P.; LORENZETTI, J.; FORTE, E.C.N. Condições de trabalho: requisito para uma prática de enfermagem segura. In: VALE,

E.G.; PERUSSO, S.A.; FELLI, V.E.A. Associação Brasileira de Enfermagem (Orgs.). Proenf Gestão. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 35-67.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

PORTELA, M.C. **Simplificando o cuidado centrado na pessoa**: O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Proqualis - Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz, 2016. 20 p. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

RAMOS, M.C.A. et al. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 49, n. 45, p.1-9, nov. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/101984>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ROCHA, F.L.R. et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 208-2014, 7 jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-308.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

ROCHA, P. K; PRADO, M. L.; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. Rev. bras. Enferm. Brasília, v. 65, n. 6, p. 1019-1025, dez. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SALVADOR, P.T.C. et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-117, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

SCHMEIL, M.A. Saúde e Tecnologia da Informação e Comunicação. Fisioter., v. 26, n. 3, p. 477-478, 2013. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000300001>>. Acesso em: 23 maio 2015.

SCHEREINER, M.; RABELLO, C. Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar: SIPAGEH. UNISINOS. 2006.

Disponível em:

<http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=206&menu_ativo=active_menu_sub&marcador=191>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SHERWOOD, G.; ZOMORODI, M. A new mindset for quality and safety: the QSEN competencies redefine nurses' roles in practice. *Nephrol. Nurs.* v. 41, n. 1, p. 15-22, 2014. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24689261>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

SILVA, K. et al. Gestão da qualidade total nos serviços de saúde: modelo gerencial em desenvolvimento. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 617-632, 2013. Disponível em:

<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/635/pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

SIMÕES, A.L.A. et al. Planejamento: ferramenta do enfermeiro para a otimização dos serviços de enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, Minas Gerais, v. 4, n. 11, p.402-406, dez. 2007. Disponível em:

<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/364>>. Acesso em: 18 set. 2016.

STAGGS, V.S.; HE, J. Recent Trends in Hospital Nurse Staffing in the United States. **J. Nurs. Adm.**, EUA, v. 43, n. 8, p.388-393, 2013.

TEIXEIRA, H.J.; SALOMÃO, S.M.; TEIXEIRA, C.J. Fundamentos de administração: a busca do essencial. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 397 p.

TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. Gestão da inovação. Tradução Elizamari

Rodrigues Becker et al. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TRANQUITELLI, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de

Adultos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 3, n. 41, p.371-377, maio 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41631/45238>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

TRAVASSOS, C. et al. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2015. 40 p. Disponível em: <[http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores de qualidade.pdf](http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores_de_qualidade.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014, 169 p.

TRONCHIN, D.M.R.; FREITAS, G.F.; MELLEIRO, M.M. Avaliação de Serviços, Qualidade e segurança do Paciente no Setor Saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Guanabara, 2016. Cap. 6. p. 32-212.

VALENTIN, A.; FERDINANDE, P. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. **Intensive Care Medicine**, [s.l.], v. 37, n. 10, p.1575-1587, 15 set. 2011. Disponível em: <[http://www.esicm.org/upload/Intensive care medicine2011Valentin.pdf](http://www.esicm.org/upload/Intensive%20care%20medicine2011Valentin.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2016.

VANDRESEN, L; AMARAL, M. Classificação dos pacientes e a assistência de enfermagem em unidade de internação hospitalar. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 74p.

VARGAS, M.A.O. et al. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 339-343, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Oct. 2016.

VARGAS, M.A.O.; LUZ, A.M.H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. *Enferm Foco*. Brasília, v. 1, n. 1, p. 23-27, 2010. Disponível em: <

<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5/6>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

VELOSO, R. Tecnologias da informação e comunicação: desafios e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2011.

VERASZTO, E.V. et al. Tecnologia: buscando uma definição para o conceito. Prisma, São Paulo, v. 1, n. 7, p.60-85, dez. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ua.pt/index.php/prisma.com/article/view/681>>. Acesso em: 12 out. 2015

VIDAL, E.C.F. et al. Gestão da Qualidade nas Instituições Hospitalares. In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013. 18 p. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/152.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

VIEIRA, A.P.M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 1, n. 11, p.12-15, 31 set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/02.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

VINCENT, C.; BURNETT, S.; CARTHEY, J. **The measurement and monitoring of safety**. London: Health Foundation 90 Long Acre, 2013. 92 p. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/TheMeasurementAndMonitoringOfSafety_fullversion.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

VITURI, D.W.; ÉVORA, Y.D.M. Gestão da qualidade total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. Rev. Bras. Enferm., Brasília, p. 945-952, set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0945.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health Systems Financing: the path to universal coverage. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2015.

_____. **Patients for Patient Safety.:** What's New?. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/>. Acesso em: 18 set. 2016.

_____. Patient safety research: introductory course - Session 1. What is patient safety? Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/>. Acesso em: 19 set. 2016.

_____. **Pesquisa para a cobertura universal de saúde.** Geneva: Relatório Mundial da Saúde 2013. 169 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/26/9789248564598_por.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. **Transformando Nosso Mundo:** A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (unic Rio): Relatório Mundial da Saúde 2013, 2014. 49 p. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

WUNSCH, H. et al. The Impact of the Organization of High-Dependency Care on Acute Hospital Mortality and Patient Flow for Critically Ill Patients. **Am J Respir Crit Care Med**, [s.l.], v. 191, n. 2, p.186-193, 15 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201408-1525OC#readcube-epdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - REGISTRO ORGANIZATIVO DO DESEMPENHO DA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA II COM UTILIZAÇÃO DO SISTEMA PRAXIS®

1) Apresentação

Desde Janeiro de 2013 a Unidade de Internação de Clínica Médica (CMII) desenvolve atividades de gestão com a utilização do PRAXIS® Sistema de Gestão para Unidades de Internação Hospitalares. O presente boletim apresenta quatro focos de desempenho da unidade de internação de clínica médica, envolvendo a elaboração do planejamento participativo da unidade, grau de dependência do usuário em relação à equipe de enfermagem, a satisfação do paciente com a assistência recebida e notificação de eventos adversos.

2) Planejamento Participativo da Unidade

TABELA 1. Prioridades e percentual de realização do plano de atividades, referente ao planejamento participativo.

Necessidades/ Problemas	Coordenadores/ Líderes	Percentuais de Realização (%)			
		Abril	Maior	Junho	Total
1.....	1.....				
2.....	2.....				
3.....	3.....				
4.....	4.....				
5.....	5.....				

3) Carga de Trabalho e Dimensionamento

O sistema PRAXIS® possibilita a classificação diária dos pacientes internados na unidade, por meio do Sistema Diário de Classificação de Pacientes (SDCP) retratando o grau de dependência do usuário em relação à equipe de enfermagem.

TABELA 2. Distribuição dos pacientes da CMII por categoria de cuidados no período de Abril a junho de 2016.

	Abril	Mai	Junho	Total
C.Mínimos (CM)				
C.intermediários (CI)				
C.alta dependência (CAD)				
C.semi intensivo (CSI)				
C.intensivos (Cin)				
Média diária de pacientes internados				

*cuidados (C) * a partir das classificações de pacientes será possível realizar o cálculo do Tempo em horas de enfermagem requeridas diariamente (THERD).

TABELA 3. Carga média diária de trabalho de enfermagem disponibilizada e requerida no período de Abril a Junho de 2016 na clínica médica 2.

Mês	Horas Disponibilizadas	Horas Requeridas
Abril		
Mai		
Junho		

*os cálculos para a equipe requerida serão baseados na resolução 0527/2016 do Conselho Federal de Enfermagem.

TABELA 4. Equipe requerida e disponibilizada, em média, para a assistência de enfermagem na CMII no período de Março a Julho.

	Disponibilizada	Requerida
Enfermeiros		
Técnicos e Auxiliares		
Total		

TABELA 5. Registros de avaliação da qualidade da assistência do componente de gestão da qualidade (GQUALI)- PRAXIS®. Satisfação do usuário com relação à assistência de enfermagem.

	Ruim	Regular	Boa	Ótima	Total
Abril					
Mai					
Junho					

QUADRO 6 - Motivos de satisfação/insatisfação com relação aos cuidados de enfermagem

SATISFAÇÃO	INSATISFAÇÃO

*informações textuais expressas pelos usuários conforme anexo C

TABELA 7. Notificação de eventos adversos.

	Erro de medicação	Quedas	Úlcera por pressão	Flebite	Outro evento?	Total de eventos adversos (EA)
N						
o						

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS – SC****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **Gestão de Unidades de Internação Hospitalares: contribuições de uma tecnologia**, desenvolvido pela mestrandia **Lara Vandresen**. Trata-se de pesquisa pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem e sob orientação da Profa. **Dra. Denise Elvira Pires de Pires** (pesquisadora responsável).

- ✓ O projeto de pesquisa apresenta como objetivo geral: analisar a contribuição de quatro focos da tecnologia PRAXIS® para qualificação da gestão em uma unidade de internação de clínica médica

Procedimentos: convidamos os profissionais da unidade de internação de clínica médica 2 (CM2) do Hospital Universitário HU-UFSC a participar das seguintes atividades: a) oficina em grupo para elaboração do planejamento participativo a ser marcada em data e local de sua conveniência. O registro dos dados colhidos na oficina será realizado por meio de gravação de voz, caso haja seu consentimento; b) compartilhar os resultados referentes aos registros das classificações dos usuários por grau de dependência da equipe de enfermagem; c) registros da satisfação do usuário com relação à assistência recebida; e d) registros das notificações de eventos adversos.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa.

Possíveis benefícios: O benefício da presente pesquisa está relacionado a contribuição de uma tecnologia para a gestão de unidades de internação visando proporcionar um ambiente de prática mais seguro e de qualidade aos usuários e profissionais.

Desconfortos ou riscos: caso você se sinta constrangido durante a coleta de dados e isso lhe gerar desconforto, você deve comunicar a pesquisadora e a oficina será encerrada se essa for a sua vontade. Em caso de dano material ou imaterial relacionados às atividades da pesquisa você poderá ser encaminhado a um serviço de apoio de psicologia ou médico sob custos dos pesquisadores, e ainda poderá buscar seus direitos de ressarcimento indenizatórios, caso sinta-se lesado.

Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à sua identificação. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com as pesquisadoras responsáveis por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelas pesquisadoras.

Outras informações pertinentes: Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Qualquer dúvida quanto a realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento da mesma. Você também poderá fazer contato com o comitê de ética.

Consentimento:

Este documento, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) possuirá duas vias a serem rubricadas e assinadas por você, e pela pesquisadora responsável pelo estudo. Guarde a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante que os seus direitos como participante da pesquisa sejam atendidos. A pesquisa terá aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC e se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, considerando o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo, observadas as condições de: consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo; garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional; respeito a valores individuais ou

institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral; liberdade de recusa à participação total; amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo; os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Qualquer dúvida em relação ao estudo antes, durante ou após o desenvolvimento, você poderá entrar em contato comigo (formas de contato abaixo informadas). Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Eu.....

fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima.

Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que essa participação não será remunerada, e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____ de 2016.

As pesquisadoras colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos endereços informados neste termo ou pessoalmente. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação e serão guardadas pela pesquisadora principal pelo período de (5) cinco anos.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires: Endereço Físico: Avenida Luiz Boiteux Piazza 4413, condomínio Marine Resort, Ilha de MyKonos, apto

215. CEP 88056-000- Cachoeira

do Bom Jesus- Florianópolis Telefone

para contato: (48) 99611569

E-mail: piresdp@yahoo.com

ANEXOS

ANEXO A - CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES: CONTRIBUIÇÕES DE UMA TECNOLOGIA

Pesquisador: DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52425416.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.421.423

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC intitulado GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES: CONTRIBUIÇÕES DE UMA TECNOLOGIA

Hipótese:

As unidades de internação hospitalares são espaços de grande produção de assistência. São nesses locais que as pessoas buscam atendimento

em situações agudas ou críticas de agravos à saúde. Assim, compreende-se que a adequada gestão desses espaços é primordial para a realização

de atendimentos seguros e de qualidade. Acredita-se que a tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares PRAXIS pode contribuir para a a gestão desses locais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a contribuição de três focos da tecnologia PRAXIS® para a gestão em uma unidade de internação de clínica médica.

Objetivo Secundário:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesaj@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.421.423

- Acompanhar a realização do planejamento participativo da unidade de clínica médica de um hospital universitário no ano de 2016. - Analisar os resultados da classificação diária dos pacientes internados no período de março a julho de 2016, caracterizando o perfil do grau de dependência da atenção de enfermagem pelos usuários.- Analisar o grau de satisfação dos usuários com a assistência de enfermagem recebida, no período de

março a julho de 2016.- Analisar o resultado das notificações de eventos adversos ocorridos no período de março a julho de 2016. - Articular os resultados obtidos no período estudado mostrando a relação dos mesmos com o processo de gestão. - Compartilhar os resultados obtidos em relação a gestão da unidade de internação estudada com a equipe de enfermagem da unidade

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Em relação aos riscos o pesquisador admite Riscos mínimos e coloca que se

Caso você se sinta constrangido durante a coleta de dados e isso lhe gerar desconforto, você deve comunicar a pesquisadora e a oficina será

encerrada se essa for a sua vontade. Em caso de dano material ou imaterial relacionados às atividades da pesquisa você poderá ser encaminhado a um serviço de apoio de psicologia ou médico sob custos dos pesquisadores, e ainda poderá buscar seus direitos de ressarcimento indenizatórios, caso sinta-se lesado.

Benefícios:

O benefício da presente pesquisa está relacionado a contribuição de uma tecnologia para a gestão de unidades de internação visando proporcionar

um ambiente de prática mais seguro e de qualidade aos usuários e profissionais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto apresenta excelente fundamentação teórica e metodológica com condições de ser desenvolvido na prática.

Demonstra contribuição importante para a gestão de unidades hospitalares

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a documentação exigida para submissão e acalaação do CEP SH UFSC como Projeto, Relatório, Folha de Rosto, Declaração Instituição, Orçamento, Cronograma. TCLE

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluo em pendencia solicitando nova formatação e redação ao TCLE como: retirar número de RG e CPF do texto, Colocar no texto que o TCLE sera impresso em duas vias assinadas e rubricadas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.421.423

ficando um aem poder do participante. Que o Projeto tem aprovação do CEP/SH UFSC e atende a Resolução 466/2012 e suas complementares. Deve ser colocado o endereço físico dos pesquisadores. Na parte referente ao consentimento deve estar descrito o tipo de consentimento se for para entrevista e gravação de VOZ OU IMAGENS

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_644193.pdf	12/01/2016 19:30:26		Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	22/12/2015 22:57:36	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/12/2015 22:38:40	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao.pdf	21/12/2015 21:35:19	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	21/12/2015 19:37:05	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/12/2015 19:03:46	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	21/12/2015 17:08:02	DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retorta II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6034 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Necessidades / Problemas: Situação satisfatória relevante que deve ser mantida. Condição ou situação insatisfatória que precisa ser modificada na perspectiva da situação ideal.

Resultados Esperados: O que se pretende alcançar para superação da necessidade ou problema.

Descreve a situação desejada ou a ser mantida com o planejamento e deve ser formulado para cada necessidade ou problema.

Objetivos: Situação futura que se deseja alcançar. Traduz a mudança ou manutenção da situação enquanto propósito do planejamento.

Plano de Atividades: Conjunto de operações ou tarefas a serem realizadas para o alcance de determinado objetivo.

Resultado Alcançados: Monitoramento, verificação e avaliação dos resultados dos planos de atividades.

Percentual de realização das atividades: define o percentual de realização de cada atividade, se a mesma foi concluída integralmente ou parcialmente.

Fonte: PRAXIS® (LORENZETTI, 2013).

ANEXO C - Instrumento de Classificação de Pacientes por grau de dependência da equipe de enfermagem.

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume)	Uso contínuo de máscara ou catéter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou catéter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de catéter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.

Fonte: Fugulin, Gaidzinski e Kurcगत (2005); PRAXIS, adaptado por Lorenzetti, 2013

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SISTEMA DE GESTÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES PRAXIS® DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DA SÃO THIAGO (UFSC) UNIDADE: CLÍNICA MÉDICA 2

AValiação DO USUÁRIO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Prezado(a) Senhor(a), familiares ou acompanhantes.

Um atendimento de saúde de qualidade e humanizado é um direito de todos os brasileiros e um dever de todos os serviços de saúde.

A equipe de enfermagem gostaria muito da sua opinião sincera sobre a assistência de enfermagem recebida para que possamos melhorar nossos cuidados com as pessoas internadas. Assim, convidamos o(a) senhor(a) e/ou seus familiares e acompanhantes para responder as perguntas abaixo especificadas. **O sigilo da sua identificação está assegurado.**

Agradecemos a sua colaboração.

Por favor, leia todas as perguntas antes de responder e se tiver dúvidas peça esclarecimento.

1. Data da entrada: ____/____/____

2. Data da internação: ____/____/____

Data da saída: ____/____/____

3. Sentiu-se acolhido no momento da chegada para internação, informado e esclarecido sobre a unidade e seu funcionamento (dependências, regras sobre visitas e acompanhantes, objetos pessoais, horários de alimentação, uso da campainha para chamadas, etc.?).

Sim () Não () Em parte ()

O que poderia melhorar?

3. Durante o período de internação, como foram as informações e orientações sobre cada cuidado de enfermagem, antes, durante e depois dos procedimentos?

Insatisfatórias () Satisfatórias () Em parte ()

4. Sente-se orientado e esclarecido sobre os cuidados e continuidade do tratamento após a alta hospitalar?

Sim () Não () Não se aplica ()

O que sentiu falta?

5. Na sua avaliação, os cuidados e procedimentos de enfermagem executados durante a internação foram:

() Nunca realizados com delicadeza e perícia

() Às vezes realizados com delicadeza e perícia

() Sempre realizados com delicadeza e perícia

6. Indique 2(dois) motivos de insatisfação com os cuidados de enfermagem:

7. Indique 2(dois) motivos de satisfação com os cuidados de enfermagem:

8. Em geral, como classificaria a assistência de enfermagem recebida?

Ruim () Regular () Boa () Ótima ()

Data: ____/____/____

Local:

Nome do responsável pelas respostas **(opcional)**:

Condição: Paciente () Familiar () Acompanhante ()

Sexo: () M () F

9. Cite os nomes dos profissionais de enfermagem que lhe prestaram cuidados e que estão na sua lembrança:

Se familiar, informe grau de parentesco:

Fonte: PRAXIS® (LORENZETTI, 2013).

ANEXO E - FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Sistema de Gestão de Unidades de Internação Hospitalares
Hospital Universitário Polydoro Ernani da São Thiago (UFSC)
Unidade: Clínica Médica 2

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

1. Identificação do Paciente

Nome: _____

Data da internação: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Sexo: M F Idade: _____

Peso: _____ (kg) Acompanhante: Sim Não

Motivo da internação(CID 10): _____

2. Eventos Adversos

2.1 Erros de Medicação:

Dispensação Prescrição Administração

Características:

Paciente errado Hora errada Via errada Medicamento errado

Dosagem/Quantidade errada Velocidade de infusão errada

Não administrado Não dispensado Não prescrito Outros

Nome do(s) medicamento(s): _____

2.2 Quedas

Características:

Própria altura Leito Poltrona Banho Cadeira de Rodas

Comum

Outras: _____

Local do Evento: _____

Quarto Banheiro Corredor

Outros: _____

No momento do evento o paciente estava:

Acompanhado Desacompanhado Com grades no leito

Sem grades no leito Com restrição Sem restrição

Nenhum dos itens se aplica

O evento foi presenciado por alguém?

Sim Quem? _____

Não

2.3 Úlcera por Pressão

2.4 Outros

Soromas Flebite Com materiais Com equipamentos

3. Descrição do Evento

O evento afetou o paciente? Sim Não

Importante: Descreva o evento como aconteceu, incluindo data e hora (com foco no processo e não nas pessoas) e o possível dano causado ao paciente.

4. Possíveis Causas

Analise todo o processo e descreva os fatos que possam ter levado ao evento adverso.

Data: [Clique aqui para inserir uma data.](#)

Coordenadora/Chefe

de

Unidade:

Assinatura: _____

Fonte: PRAXIS® (LORENZETTI, 2013).