



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

KAROLINE COSTA DE ANDRADE
LORENA THAISE SANTOS DE SOUZA

**ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO CUIDADO DOS PACIENTES INTERNADOS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

ARACAJU-SE

2018

KAROLINE COSTA DE ANDRADE
LORENA THAISE SANTOS DE SOUZA

**ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO CUIDADO DOS PACIENTES INTERNADOS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva.

Co-orientador (a): Prof^ª. M.^a Juliana de Oliveira Musse.

ARACAJU-SE

2018

SUMÁRIO

1. RESUMO	3
2. INTRODUÇÃO	4
3. METODOLOGIA	5
4. RESULTADOS	6
5. DISCUSSÃO	10
6. CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS	13
ANEXO	16

ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO CUIDADO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lorena Thaise Santos de Souza¹; Karoline Costa de Andrade²; Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva³; Juliana de Oliveira Musse⁴

1. Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe-UFS. Aracaju, SE - Brasil.
2. Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe-UFS. Aracaju, SE - Brasil.
3. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta III. Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Enfermagem. Aracaju, SE - Brasil.
4. Enfermeira. Doutoranda em Saúde e Ambiente. Professora Adjunta I. Universidade Tiradentes, Departamento de Enfermagem. Aracaju, SE - Brasil.

Autor Correspondente: Lorena Thaise Santos de Souza. E-mail: lorenathaise@hotmail.com

RESUMO: Objetivo: Analisar o Sistema de Classificação do Paciente (SPC) para identificação das categorias de cuidado e avaliar o quadro médio de profissionais de enfermagem das Clínicas Médica I e Cirúrgica I do Hospital Universitário de Aracaju, Sergipe, de acordo com a Resolução COFEN nº 543/2017. **Metodologia:** pesquisa descritiva, documental, retrospectiva e com abordagem quantitativa em que os dados foram coletados a partir de impressos de passagem de plantão e de escalas de trabalho mensais para o cálculo de dimensionamento de pessoal, no período de janeiro a março de 2018. Para análise dos dados foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. **Resultados:** a maior frequência de pacientes dos setores estudados foi classificada como cuidados mínimos, seguida dos cuidados de alta dependência na Clínica Médica I e cuidados intermediários na Clínica Cirúrgica I. Em relação ao quadro de profissionais, a Cirúrgica I estava parcialmente adequado, enquanto que o da Médica I estava inadequado tanto para enfermeiros quanto para técnicos. **Conclusão:** pode-se identificar que houve uma mudança relevante do perfil assistencial dos pacientes na Clínica Médica I, do grau de dependência mínimo para o de alta dependência, demonstrando uma inadequação de profissionais que possa suprir o ideal necessário para esse cuidado de acordo com a Resolução do COFEN 543/2017, bem como um subdimensionamento de enfermeiros na Clínica Cirúrgica I.

Palavras-chave: Dimensionamento de pessoal; Assistência de enfermagem; Administração de recursos humanos em hospitais; Classificação.

ABSTRACT: Objective: Analyze the Patient Classification System (SPC) to identify the categories of care and evaluate the average number of clinical and surgical units nursing professionals at the University Hospital in Aracaju, Sergipe, according to the resolution nº 543/2017 COFEN. **Method:** descriptive, documentary and retrospective research with qualitative approach in which data was collected from nursing shift report sheet and monthly work scales, in order to calculate the personnel sizing, in the period from January to March of 2018. For data analysis Kruskal-Wallis, a nonparamatrical test, was used. **Results:** the greatest frequency of patients from these units was classified as minimal care, high dependence in the clinical unit, and intermediate care in the surgical unit. Regarding the professional framework, surgical unit was partially adequate; while clinic unit was inadequate for both nurses and licensed practical nurses. **Conclusion:** it was identified that there was a relevant change of the care profile of patients at the clinic unit, from minimal care to high dependence care, showing the inadequacy of personnel to provide the necessary number of professionals for this level of care according to COFEN's 543/2017 Resolution, as well as an undersizing of nurses at the surgical unit. **Keywords:** personnel sizing; nursing care; hospital human resources administration; classification.

INTRODUÇÃO

Identificar o grau de dependência dos pacientes internados nos hospitais constitui uma importante ferramenta para o dimensionamento de recursos humanos e materiais, pois viabiliza equidade e qualidade na assistência, diminuindo a sobrecarga de trabalho e garantindo a segurança do paciente.¹ Nesse sentido, a enfermagem tem utilizado instrumentos que auxiliam na classificação do grau de dependência dos pacientes, a fim de realizar uma assistência individualizada, integral e sistematizada.²

Um dos sistemas que vem ganhando destaque na literatura é o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca (SCP), que teve sua primeira versão publicada em 1996, e atualmente, contempla muito mais áreas de cuidados desde sua criação.³ Através do sistema de classificação pode-se mensurar as necessidades de cuidados dos pacientes e a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, sendo uma fonte de dados fundamental que permite conhecer o perfil dos usuários e planejar os cuidados voltados para as necessidades dos pacientes e da equipe de saúde.⁴

Os estudos sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem mostram que por muito tempo utilizavam-se métodos subjetivos, sem a aplicação de metodologias específicas. Atualmente, sabe-se que o dimensionamento depende de parâmetros para que se possa ter uma previsão do perfil da assistência em enfermagem a ser prestada e, conseqüentemente, um cálculo de pessoal adequado.⁵

Tanto o SCP quanto o dimensionamento de profissionais são funções do enfermeiro, este que por muitas vezes, como mostra em estudos, conhece os métodos, porém nem sempre os utiliza ou os utiliza inadequadamente e, por conseguinte, acaba delegando suas funções para outros profissionais.⁶

Em 2013, a UFS e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) firmaram contrato para a transferência da administração do HU-UFS,⁷ o que possibilitou a introdução de novas especialidades médicas no hospital, influenciando na mudança do perfil da população atendida e, conseqüentemente implicando na necessidade de um redimensionamento da assistência de enfermagem.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo analisar o Sistema de Classificação do Paciente (SPC) para identificação das categorias de cuidado das unidades de Clínica Médica I e Cirúrgica I de um hospital universitário e avaliar o quadro quantitativo médio de profissionais de enfermagem em serviço frente ao quadro médio projetado segundo parâmetros da Resolução COFEN nº 543/2017.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental, retrospectiva e com abordagem quantitativa, realizada no Hospital Universitário de Sergipe. Os dados secundários foram extraídos dos impressos de passagem de plantão e das escalas de trabalho mensais encaminhadas à Divisão de Enfermagem do hospital, das Unidades de Clínica Médica I e Clínica Cirúrgica I, relativos ao período de janeiro a março de 2018. Não houve amostragem, pois todos aqueles que foram classificados no período e registrados na fonte documental foram incluídos.

O referido hospital dispõe de 123 leitos, distribuídos entre as unidades de clínica médica I e II, clínica cirúrgica, pediatria, UTI adulta e centro cirúrgico. As unidades de Clínica Médica I (CM I) e Clínica Cirúrgica I (CC I) possuía uma capacidade de 38 leitos, sendo divididas em 18 e 20 leitos, respectivamente.⁷

A mensuração da complexidade assistencial dos pacientes atendidos na CM I e na CC I é feita diariamente pelos enfermeiros do setor ou por Enfermeiro Residente, viabilizada pelo Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) institucionalizado no hospital. No serviço pesquisado, o SCP utilizado avalia o nível de dependência do paciente em cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados de alta dependência e, alguns poucos, de cuidados semi-intensivos.⁸

De acordo com a Resolução COFEN 543/2017 a organização do quadro de profissionais de enfermagem, para as 24 horas de cada unidade de internação (UI), deve considerar o SCP, as horas de assistência de enfermagem, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e a proporção profissional/paciente.⁹

Para atender aos objetivos propostos, primeiramente, procedeu-se a construção dos cálculos para dimensionamento dos profissionais de enfermagem, segundo a resolução supracitada, e tabulação dos resultados anexados no programa Excel versão 2010.

Para o cálculo do Total de Horas de Enfermagem (THE), utilizou-se a fórmula: $THE = \{(PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10)\}$ ⁹, na qual, PCM equivale ao número de pacientes de cuidados mínimos, PCI ao número de pacientes com cuidados intermediários, PCAD ao de pacientes com alta dependência e PCSI ao de pacientes com cuidados semi-intensivos.

Após o cálculo do THE, para o levantamento do quantitativo de profissionais, utilizou-se a equação matemática recomendada para unidades de internação, a saber: $QP = THE \times KM$, sendo QP referente ao quantitativo de pessoal, THE ao Total de Horas de Enfermagem e KM à

constante de Marinho⁹, na qual está de acordo com a carga horária da maioria dos profissionais, de 36 horas.

Para proceder a análise do dimensionamento dos profissionais nos setores foram considerados: a) As horas de enfermagem por paciente (24 horas): 4 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado mínimo; 6 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intermediário, 10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado de alta dependência e semi-intensivo; b) A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem de acordo com o SCP: cuidados mínimos, intermediários, alta dependência e semi-intensivo composta por 33%, 33%, 36% e 42% de enfermeiros (respectivamente) e demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Os quantitativos obtidos através dos cálculos do dimensionamento foram comparados com os dados da resolução COFEN 543/2017.

Para análise dos dados, utilizou-se o programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, utilizando um intervalo de confiança de 95%, estipulando o valor de significância para $p < 0.05$. Foi avaliada a normalidade das variáveis quantitativas através dos testes Kolmogorov-Smirnov com Correlação de Lilliefors e Shapiro-Wilk, identificando a não parametria dos dados. Com o intuito de comparar o termo de tendência central (mediana) da frequência dos tipos de cuidados classificados (mínimo, intermediário, alta dependência e semi-intensivo) usou-se o teste Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Durante o período estudado, o número médio diário de pacientes tanto da Clínica Médica I quanto da Clínica Cirúrgica I correspondeu a 16, representando 89% e 80% de ocupação, respectivamente. Os pacientes internados nestas unidades foram classificados segundo o SCP adotado no hospital, nos turnos manhã, tarde e noite.

Ao analisar as frequências de todas as classificações do grau de dependência presentes nos documentos durante os três meses na Clínica Médica I, nota-se a predominância de cuidados mínimos e alta dependência (Figura 1). Enquanto que a Clínica Cirúrgica I apresentou maior frequência na classificação de cuidados mínimos e intermediários (Figura 2).

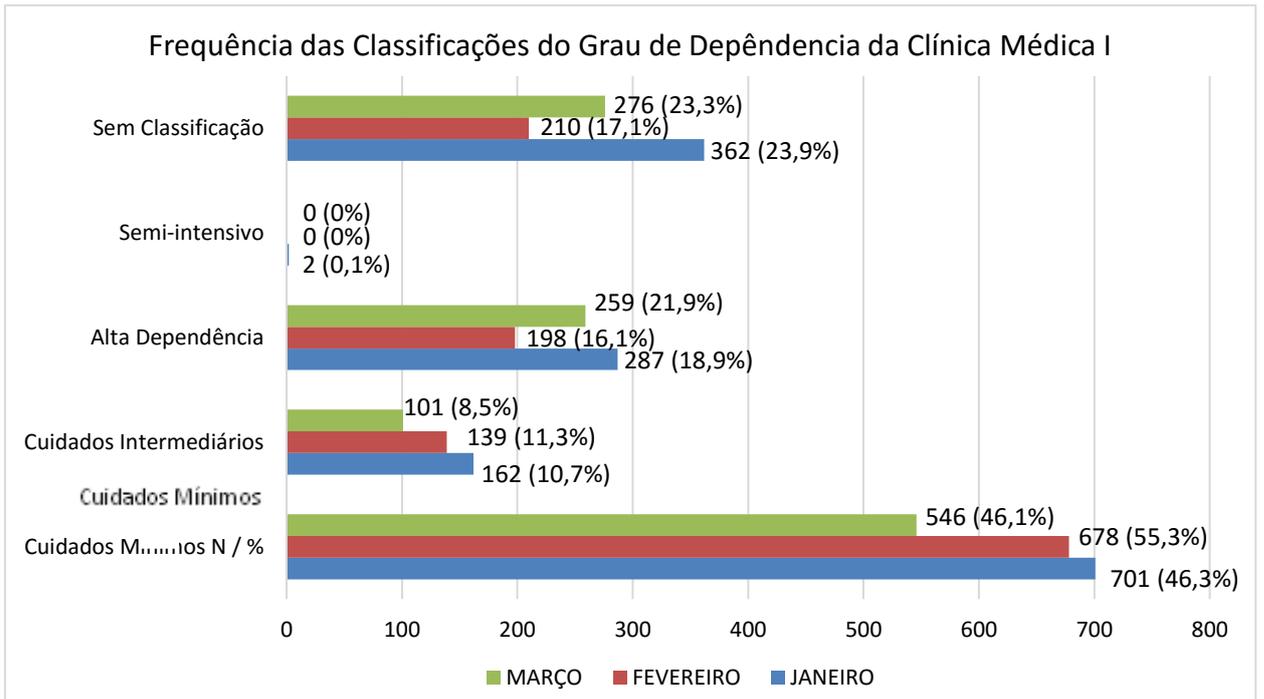


Figura 1– Frequências das classificações dos pacientes quanto ao grau de dependência na Clínica Médica I do Hospital Universitário, Aracaju, Sergipe, 2018. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

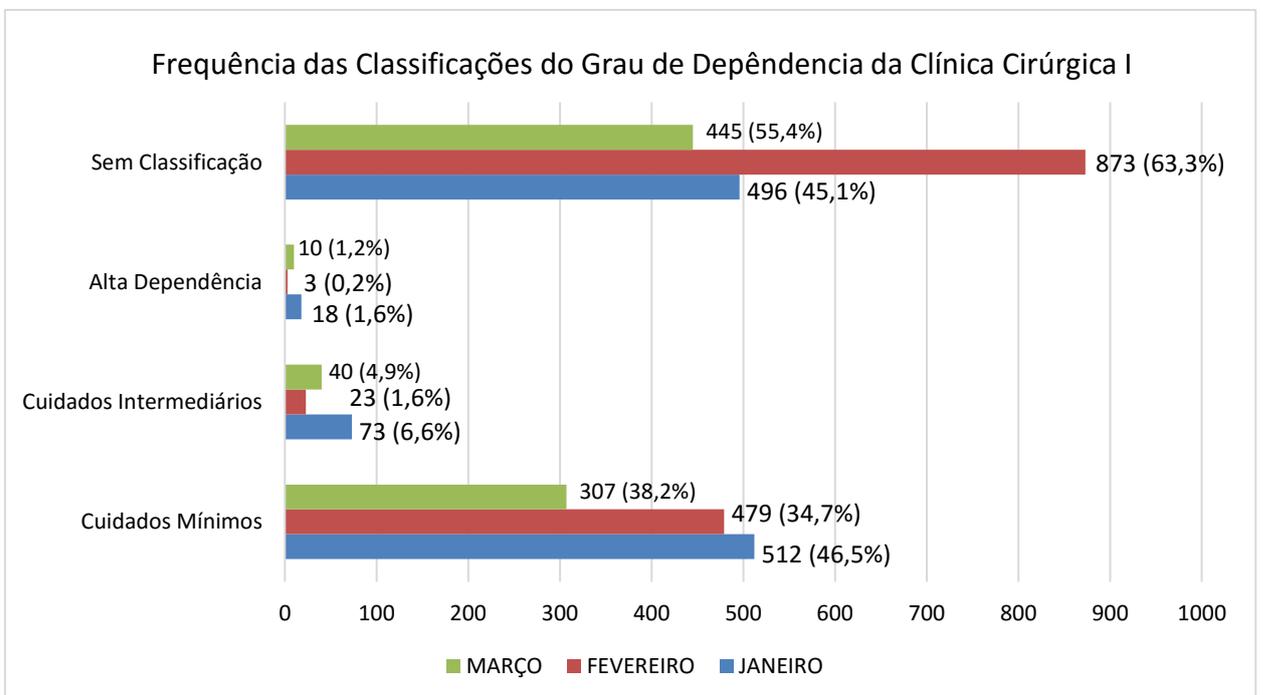


Figura 2– Frequências das classificações dos pacientes quanto ao grau de dependência na Clínica Cirúrgica I do Hospital Universitário, Aracaju, Sergipe, 2018. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Ao comparar as medianas das frequências das classificações do grau de dependência entre as Unidades, observou-se maior predominância da classificação de cuidados mínimos e intermediários na CC I, e, essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Figuras 3 e 4). Entretanto, quanto aos cuidados de alta dependência, a mediana da frequência da CM I foi maior ($p < 0,05$) quando comparada a CC I (Figura 5).

Medianas das frequências dos cuidados mínimos das Clínicas Cirúrgica I e Médica I

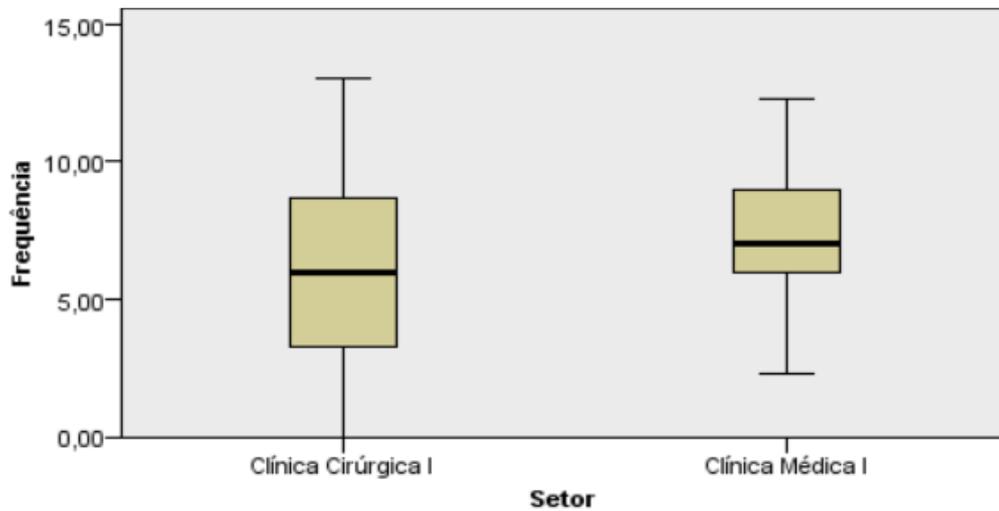


Figura 3: Comparação entre as medianas das frequências da classificação de cuidados mínimos do primeiro trimestre do ano entre as Clínicas Cirúrgica I e Médica I, Aracaju - Sergipe, 2018. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Medianas das frequências dos cuidados intermediários das Clínicas Cirúrgica I e Médica I

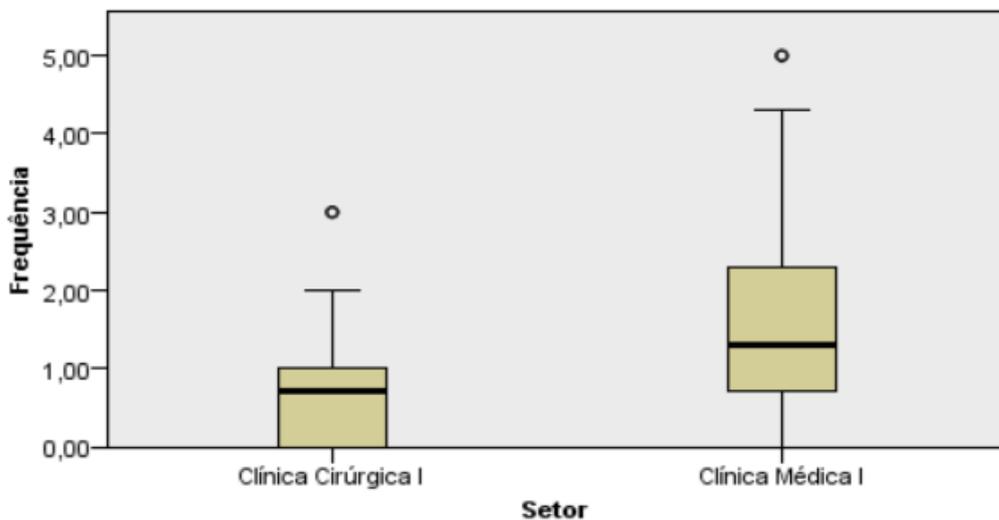


Figura 4: Comparação entre as medianas das frequências da classificação de cuidados intermediários do primeiro trimestre do ano entre as Clínicas Cirúrgica I e Médica I, Aracaju - Sergipe, 2018. **Fonte:** Dados da Pesquisa, 2018.

Medianas das frequências dos cuidados de alta dependência das Clínicas Cirúrgica I e Médica I

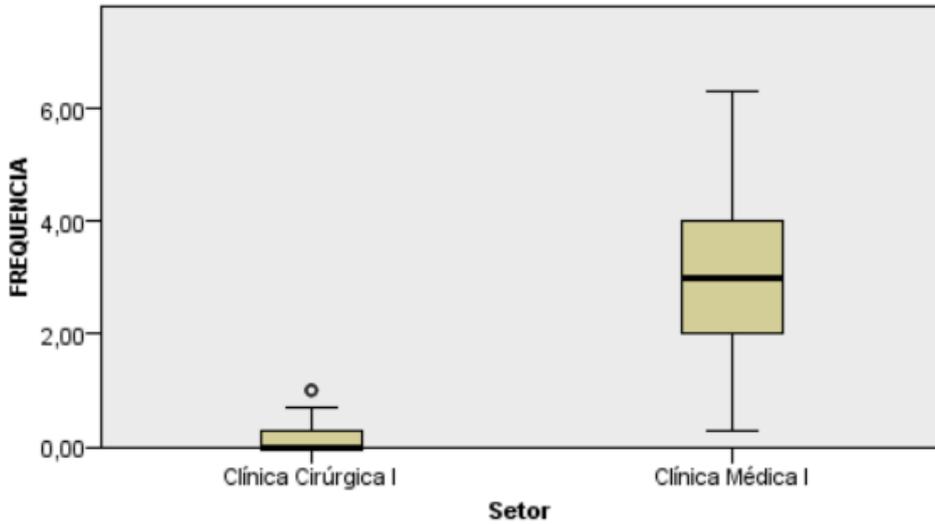


Figura 5: Comparação entre as medianas das frequências da classificação de alta dependência do primeiro trimestre do ano entre as Clínicas Cirúrgica I e Médica I, Aracaju - Sergipe, 2018. **Fonte:** Dados da Pesquisa, 2018.

No que concerne ao dimensionamento da equipe de enfermagem, ao analisar o quadro médio diário desses profissionais conforme a Resolução COFEN nº 543/2017, a Clínica Cirúrgica I apresentou um quantitativo inadequado para os enfermeiros e adequado para os técnicos durante os três meses estudados, sendo direcionadas as horas de enfermagem, em sua maioria para os pacientes de cuidados mínimos (Figura 6).

Dimensionamento dos profissionais da Clínica Cirúrgica I

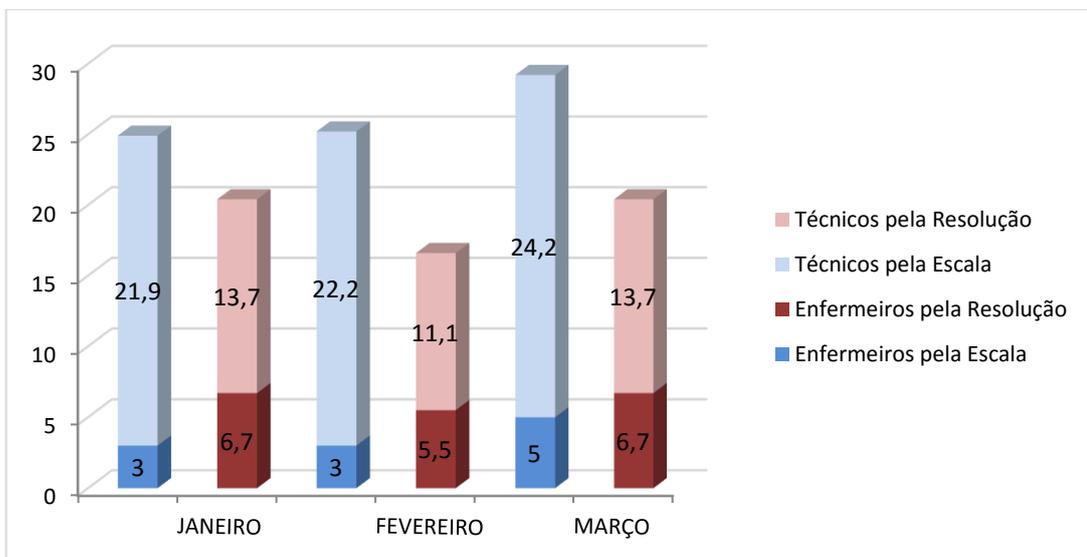


Figura 6 - Quantidade de profissionais de enfermagem real e ideal nos três meses estudados na Clínica Cirúrgica I, Aracaju - SE, 2018. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Na Clínica Médica I o dimensionamento foi considerado inadequado para as duas categorias. Isso ocorre porque há um número relevante de pacientes de alta dependência, o que requer uma maior quantidade de horas de enfermagem em relação aos outros cuidados e, por conseguinte, seriam necessários mais profissionais em serviço (Figura7).

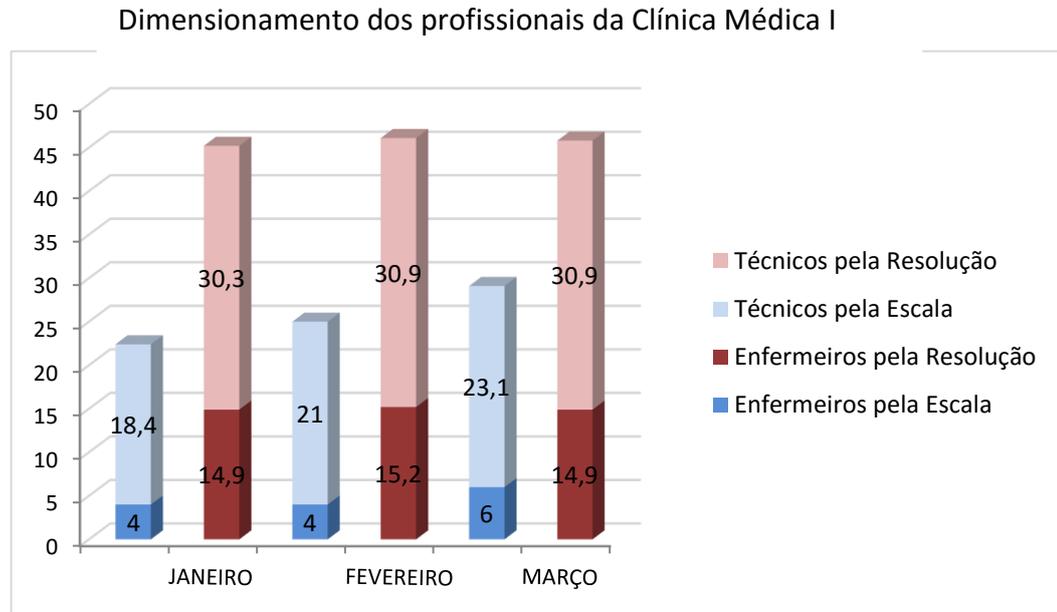


Figura 7 - Quantidade de profissionais de enfermagem real e ideal nos três meses estudados na Clínica Médica I, Aracaju - SE, 2018. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

O sistema de classificação de pacientes é um importante instrumento para o cálculo de dimensionamento de profissionais e práticas assistenciais de enfermagem, pois de acordo com estudos internacionais, existe uma correlação direta entre equipe assistencial adequada, em quantidade e qualidade, e os resultados assistenciais envolvendo a segurança do paciente e a resolutividade dos serviços ofertados.¹⁰

Para poder atender as necessidades do cuidado é importante que o trabalho de enfermagem possa ser identificado, definido e quantificado.¹¹ Os resultados deste estudo apontaram que os dois setores estudados apresentaram várias semelhanças, porém cada setor possui sua peculiaridade, principalmente ao perfil dos pacientes internados, e ao dimensionamento de profissionais. A priori, ambas possuem uma maior frequência e quantidade de cuidados mínimos, uma justificativa para tal é que o HU-UFS recebe pacientes oriundos do ambulatório do HU, o que permite um diagnóstico clínico precoce do problema.

Uma pesquisa realizada no Hospital Universitário do oeste do Paraná em 2012 encontrou resultados semelhantes com este estudo. Demonstrou que na Clínica Cirúrgica os

pacientes são considerados de cuidados mínimos e caracterizam-se por serem pacientes pré-operatórios de cirurgias eletivas de pequeno, médio e grande porte, que evoluem para a classificação de cuidados intermediários e de cuidados semi-intensivos no pós-operatório imediato e mediato em razão das limitações físicas resultantes do procedimento cirúrgico. Entretanto, vale ressaltar que esse setor apresenta grande rotatividade de pacientes pela própria natureza do tipo de tratamento ofertado (transitório) e por sua lógica de funcionamento. Por outro lado, na Médica I a rotatividade é menor, o grau de complexidade dos pacientes é maior, bem como o seu tempo de permanência internado, isso acontece pelos tipos de patologias e acompanhamento dos tratamentos clínicos abordados, demandando também maior carga de trabalho da equipe de enfermagem.¹²

No entanto, outros estudos presentes na literatura tem mostrado uma mudança no perfil dos pacientes atendidos no setor de Clínica Médica, passando de cuidados mínimos e intermediários para os de maior complexidade.^{2, 4,5} O estudo realizado por Rufino et al. (2015) no Hospital Universitário de Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2013, com uma amostra de 698 usuários, encontrou a prevalência de pacientes de cuidados semi-intensivos na Clínica Médica em relação aos demais (35%).² Esse resultado evidencia uma preocupação quanto à estrutura insuficiente do setor, seja em recursos humanos, materiais e equipamentos, para o tipo de atendimento que esse tipo de paciente exige. De acordo com Guirardello et al. (2012), um dos aspectos que podem contribuir para a mudança no perfil de complexidade de cuidado dos pacientes da Médica, com grau de dependência mínimo para o semi-intensivo, é o aumento da população idosa com problemas crônicos de saúde, a exemplo das doenças cardiovasculares.¹³

Silva, Echer e Magalhães (2014) em seu estudo no Hospital Universitário no sul do país reforçam essa evidência de mudança no perfil. Ao analisar o grau de necessidade de cuidados dos pacientes em 2014, através de 394 observações, encontraram como resultados uma maior concentração em cuidados semi-intensivos, seguidos de intermediários e intensivos, o que diverge de outras pesquisas realizadas anteriormente na mesma instituição nos anos 2000 e 2003, nas quais as informações apontavam para a predominância de cuidados mínimos, seguidos dos cuidados intermediários e a ausência de cuidados intensivos.⁴

Araújo, Velloso e Queiroz (2016) em sua pesquisa na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Regional da Área Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, com 812 pacientes, foi possível estratificar que da média diária de 34,1 pacientes internados, houve uma predominância, quanto aos cuidados semi-intensivos (44%). É importante salientar que segundo os autores, em média, 7,1 pacientes/dia ficaram sem uma evolução médica e/ou de enfermagem, o que impossibilitou a classificação. Foram 213 prontuários que apresentavam

apenas os dados sociodemográficos.⁵ Esse resultado converge com os encontrados no presente estudo, que também encontrou uma taxa alta de pacientes sem classificação por parte dos enfermeiros, demonstrando um aspecto frágil do processo de trabalho de enfermagem no hospital, que por sua vez compromete o dimensionamento da equipe e, conseqüentemente a qualidade da assistência.

Outro ponto relevante é a divisão do trabalho de enfermagem de cada setor, que é realizada por pacientes e não por tarefas, focando na integralidade do cuidado¹⁴. Dessa forma, quanto mais pacientes com maior grau de complexidade, mais atenção da equipe de enfermagem será necessária. A CM I possui uma grande quantidade de pacientes de alta dependência, que estão estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas⁹ e, por conseguinte, necessitando de um dimensionamento de profissional mais rigoroso.

Quando comparada à média mensal de profissionais necessários entre as clínicas, a CM I necessita do dobro de profissionais da CC I (Figuras 6 e 7), situação essa, que leva a equipe de enfermagem a enfrentar dificuldades inerentes à mudança do tipo de cuidado da clientela, exigindo um dimensionamento de pessoal diferenciado para atender à complexidade da assistência destes pacientes.¹⁵

Apesar das metodologias propostas para mensurar a carga de trabalho na enfermagem, estudos realizados no Brasil mostram instituições com quadro de pessoal de enfermagem menor que o esperado para atender às necessidades na dimensão biológica e psicossocial do cuidado.¹⁶ Um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre revela que sem uma correta avaliação da real necessidade de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação, torna-se mais difícil o dimensionamento do pessoal, podendo ocorrer uma inadequada distribuição dos recursos humanos de enfermagem dentro das instituições.¹⁷

De acordo com a Resolução do COFEN 543/2017, o dimensionamento de profissionais de enfermagem em relação aos pacientes internados na Clínica Cirúrgica I está parcialmente adequado, pois apenas o quantitativo de enfermeiros não condiz com o que é preconizado pela resolução. Já na Clínica Médica I há um subdimensionamento tanto de enfermeiros quanto de técnicos de enfermagem, resultado atribuído a uma relevante quantidade de pacientes classificados como alta dependência, o que exige uma maior quantidade de horas da equipe de enfermagem e, conseqüentemente, um maior número de profissionais.

Na literatura, muitas pesquisas relatam um dimensionamento de pessoal inadequado. É notório que esse aspecto pode gerar sobrecarga e estresse laboral, comprometendo a saúde dos

trabalhadores de enfermagem, além de negligenciar a segurança do paciente.¹⁸ Para Fonseca e Echer (2003) a inadequação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos na enfermagem além de lesar à clientela também compromete a instituição que poderá responder judicialmente pelos erros ocorridos durante a assistência.¹⁷

CONCLUSÃO

Os resultados atingiram seus objetivos, pois permitiram traçar o perfil dos pacientes internados bem como o dimensionamento real e ideal de profissionais. Pode-se concluir que, apesar dos setores de Clínica Médica I e Cirúrgica I possuírem uma predominância de pacientes com cuidados mínimos, a Clínica Médica I mostrou uma mudança no perfil assistencial, apresentando um número relevante de pacientes com alta dependência, o que influenciou para o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem, também subdimensionada na Clínica Cirúrgica I.

É importante salientar uma mudança no perfil do paciente no setor de Clínica Médica, mostrando a necessidade de recursos materiais e humanos mais complexos para o atendimento dessa demanda e, que nem sempre estão disponíveis na unidade.

A realização desta pesquisa permitiu inferir que a determinação dos tipos de cuidado é complexa e encontra falhas, o que pode comprometer os resultados do dimensionamento de profissionais quando realizado por enfermeiros com parcial dedicação e domínio para tal.

Em relação aos limites deste estudo, considera-se a não classificação de um grande número de pacientes, reduzindo os tipos de cuidados avaliados. Porém, a pesquisa contribui para a área de gerência de Unidades de Clínica Médica I e Cirúrgica I, ao reafirmar a importância do uso do Sistema de Classificação de Pacientes como ferramenta para a gestão de recursos humanos e, por conseguinte, contribui para a segurança e satisfação da clientela, ao proporcionar uma maior equidade na assistência.

REFERÊNCIAS

1. Zimmermann LP, Magnago SBS, Urbanetto JS, et al. Avaliação do grau de dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes internados em pronto-socorro. Rev. Enferm. UFSM. 2011; 1(2):153-163. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2449/1659>.

2. Rufino AS, Rocha BMM, Castro JPR, *et al.* Classificação de pacientes segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*[Online]. 2015; 4: 5-19. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_07.pdf.
3. Ferreira PC, Machado RC, Martins QCS, Sampaio SF. Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017; 38(2): e62782. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170262782.pdf>.
4. Silva KS, Echer IC, Magalhães AMM. Grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem: uma ferramenta de gestão. *Esc. Anna Nery.* 07 de junho de 2016; 20: 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160060.pdf>.
5. Tavares MA, Velloso ISC, Queiroz CF, *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade de clínica médica. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.* 2016; 6: 2. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/971/1105>.
6. Sordi LP, Bordin R. Dimensionamento dos profissionais de enfermagem: uma revisão da produção indexada na biblioteca virtual da saúde 2005-2014. *Gestão em Saúde no Rio Grande do Sul: casos, análises e práticas.* 2015; 2. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130316>.
7. EBSEERH-UFS. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufs>>.
8. Girardi C, Feldhaus C, Oliveira JLC, *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem em pronto-socorro hospitalar. *Revista de Administração em Saúde.* 2018; 18, 71. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/95/138>.
9. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN Nº 543/2017, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2017. [cited 2017 Sep 19]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
10. Vandresen L, Pires DEP, Lorenzetti J, *et al.* Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018; 39: e2017-0107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0107.pdf>.
11. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP.

- Rev. Latino-am Enfermagem. 2005; 13(1): 72-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf>.
12. Barbosa HB, Paiano LAG, Nicola AL, *et al.* Nível de complexidade assistencial de pacientes e o quantitativo de profissionais de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM. 2014; 4(1): 29-37. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9230>.
 13. Guirardello EB, Brito AP. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. Rev. Bras. Enferm. 2012; 65: 1: 93-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/13.pdf>.
 14. Sousa SMA, Concone MHVB. Processo de trabalho em Enfermagem na Clínica Cirúrgica de um Hospital Público. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís-MA; 2008. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/2_transformacoes-do-mundo-do-trabalho/processo-de-trabalho-em-enfermagem-na-clinica-cirurgica-de-um-hospital.pdf.
 15. Gonçalves L. Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação. Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/90287>.
 16. Lorenzini E, Deckmann LR, Costa TC, *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. CiencCuidSaude. 2014; 13(1): 166-172. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15959>.
 17. Fonseca JP, Echer, IC. Grau de dependência de pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. Ver. Gaúcha Enferm. 2003; 24: 3: 346 – 54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160060.pdf>.
 18. Carvalho EMP, Moraes KG. Consequências do subdimensionamento de pessoal na saúde dos trabalhadores da enfermagem. Rev. Eletrônica Gestão e Saúde. 2013; 4: 4: 1556-1570. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22863>.

ANEXO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser elaborados em editor de texto *Word for Windows*, versão 6.0 ou superior, fonte *Times New Roman* tamanho 12, ou similar, digitados em espaço 1,5, padrão A4 (212 x 297 mm), margens de 2,5 mm, limitando-se ao número de laudas e referências indicadas para os diversos tipos de trabalhos, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações (máximo de cinco).

As partes dos manuscritos

Todos os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem, de acordo com sistema de submissão *GNPapers* da GN1-Sistemas e Publicações.

Parte 1

Indicação da seção do artigo

Pesquisa, revisão sistemática, relatos (experiências, casos), artigo reflexivo/ensaio.

Parte 2

a) Título e subtítulo

Título do trabalho e subtítulo, se houver, somente em português ou no idioma original.

b) Descritores

Os descritores ou palavras-chave, *keywords* e *palabras clave* (de três a seis) devem ser indicadas de acordo com o Descritores em Ciências da Saúde (DECS)/BIREME, disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>, que é uma tradução do MESH do PubMed/Medline<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>.

Parte 3

Autoria

a) Nomes e sobrenomes

Indicação do nome completos do(s) autores, sem abreviaturas.

b) ORCID

Nº de registro do autor no *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID).

c) Instâncias institucionais (afiliação) e geográficas

Indicação da(s) instituição(ões) de afiliação de cada autor e sua localização geográfica, em até três níveis hierárquicos, do maior para o menor, seguido da localização: cidade, estado e país. Ex.: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Básica (ENB). Belo Horizonte, MG - Brasil.

d) Indicação da contribuição dos autores na elaboração do trabalho

Cada autor deverá indicar o nível de sua contribuição na elaboração do manuscrito, conforme especificado a seguir:

CONTRIBUIÇÕES DE AUTORIA	
CONTRIBUIÇÃO	DESCRIÇÃO
Análise estatística	Aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar os dados do estudo.
Aquisição de financiamento	Aquisição do apoio financeiro para o projeto que conduz a esta publicação.
Coleta de dados	Atividades de gerenciamento para anotar (produzir metadados), manipular e manter dados da pesquisa (incluindo o código do <i>software</i> , em que é necessário interpretar os dados em si) para uso inicial e posterior reutilização.
Conceitualização	Ideias; formulação ou evolução de metas e objetivos abrangentes da pesquisa.

Gerenciamento de recursos	Fornecimento de materiais de estudo, reagentes, materiais, pacientes, amostras de laboratório, animais, instrumentação, recursos de computação ou outras ferramentas de análise.
Gerenciamento do projeto	Gestão e coordenação responsável pelo planejamento e execução da atividade de pesquisa.
Investigação	Realização de um processo de investigação, realizando especificamente as experiências, ou coleta de dados/ provas.
Metodologia	Desenvolvimento ou <i>design</i> de metodologia; criação de modelos.
Redação: preparo do original	Criação e ou apresentação do trabalho publicado, especificamente redigindo o rascunho inicial (incluindo tradução substantiva).
Redação: revisão e edição	Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado por pessoas do grupo de pesquisa original, especificamente revisão crítica, comentário ou revisão - incluindo etapas pré ou pós-publicação.
<i>Software</i>	Programação, desenvolvimento de <i>software</i> ; concepção de programas informáticos; implementação do código do computador e algoritmos de suporte; teste de componentes de código existentes.
Supervisão	Supervisão e responsabilidade de liderança para o planejamento e execução de atividades de pesquisa, incluindo mentoria externa à equipe principal.
Validação	Verificação, seja como parte da atividade ou separada, da replicação/ reprodutibilidade geral de resultados/ experiências e outros resultados de pesquisa.
Visualização	Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado, especificamente visualização/apresentação de dados.

e) Autor correspondente

Nome e endereço eletrônico do autor responsável para correspondência.

Parte 4

Resumo

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples e em fonte com tamanho 10. Para os artigos de "pesquisa", o resumo deve ser apresentado no formato estruturado segundo as seções do manuscrito.

Incluir somente o resumo no idioma original do manuscrito, geralmente em português. A versão do resumo para o inglês (*abstract*) será de responsabilidade dos tradutores/revisores contratados pelos autores; a versão para o espanhol (*resumen*) é de responsabilidade da REME.

Parte 5

Conteúdo

A partir desta parte apresenta-se o conteúdo do manuscrito, que inclui, quando pertinente:

- introdução;
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
- conclusões ou considerações finais;
- agradecimentos (opcional);
- referências, como especificado no item 4.3.

Parte 6

Imagens

As ilustrações devem ser inseridas como imagens.

Fotografias, desenhos, figuras e gráficos devem ser inseridas no formato jpg, png, psd ou tif.

Tabelas devem ser inseridas diretamente no texto.

Em IMAGENS também deve ser incluído o comprovante de pagamento da taxa de submissão.

Sobre a normalização dos manuscritos

Para efeito de normalização, serão adotadas as diretrizes do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (URM) do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) (Norma de *Vancouver*), disponível na íntegra nos endereços:

- Em português: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>
- Em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>
- Em inglês: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

Modelos e exemplos podem ser conferidos em "*Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles*" em: <https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, **depois do ponto**, correspondendo às referências indicadas no final do artigo.

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas/ citadas pela primeira vez no texto.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o *Journals Database* - Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>>, ou com o Catálogo de Revistas Científicas em Saúde (Bireme/OPAS/OMS), disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>>.

As ilustrações devem ser apresentadas imediatamente após a menção a elas, em conformidade com a norma de apresentação tabular do IBGE, 3. ed. de 1993. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto.

Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1).

Cada ilustração deve ter um título e a fonte (de onde foi extraída). Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As menções às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completa, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos; as temperaturas, em graus Celsius; os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.