

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**LETÍCIA CARVALHO VIEIRA**

**DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO DE REFERÊNCIA**

Botucatu

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO DE REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissionalizante da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Profª Drª Wilza Carla Spiri.

Aluna: Letícia Carvalho Vieira

Botucatu  
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Vieira, Leticia Carvalho.

Dimensionamento da equipe de enfermagem de um Hospital Psiquiátrico de  
Referência / Leticia Carvalho Vieira. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de  
Medicina de Botucatu

Orientador: Wilza Carla Spiri

Capes: 40400000

1. Enfermagem baseada em evidências. 2. Equipe de enfermagem. 3.  
Enfermagem psiquiátrica. 4. Pacientes - Classificação.

Palavras-chave: Classificação\pacientes; Dimensionamento de pessoal ;  
Enfermagem; Enfermagem baseada em evidências ; Enfermagem psiquiátrica.

# FOLHA DE APROVAÇÃO

Letícia Carvalho Vieira

## DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE REFERÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissionalizante da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Wilza Carla Spiri

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Carmem Maria Casquel Monti Juliani

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Raquel Rapone Gaidzinski

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Esta Dissertação representa um sonho nosso, um marco em nossa caminhada. Assim a dedico a minha amada família: mamãe Suely, vovó Santa, vovô Lindo e tia Iaia.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à ***Espiritualidade*** por trazer-me até aqui de forma sábia.  
Acredito que nada acontece por acaso.

A minha amada e companheira mãezona, ***Suely Gamba Carvalho***, por toda a sua dedicação desde o dia em que soube de minha existência; por todo seu carinho, amor e apoio incondicionais dispendidos a mim. Sem ela eu não seria quem eu sou hoje!

A minha amada e iluminada avozinha, ***Santa Gamba Carvalho***, por seu coração suportar minha ausência por cinco meses durante a coleta de dados; por ser um dos alicerces da minha vida e de formação como pessoa - refletindo na minha formação profissional.

A mais pura das criaturas que eu já conheci nesta vida, minha tia ***Soraya Gamba Carvalho***; um ser de Luz em nossa família; com ela eu pude conhecer muitos lados da psiquiatria e que existem Seres Humanos - Anjos.

Também, ao meu Idolatrado avô, ***Arlindo Carvalho***, pois sua educação, honestidade e caráter, fizeram-me um ser humano.

Ao meu namorado, companheiro, amigo e cúmplice, ***Leonardo Andretta Favalli***, pela paciência, compreensão e incentivo incondicionais, nesta longa caminhada da Docência, cujo fim não existe.

***A minha querida orientadora, Profª Drª Wilza Carla Spiri***, pela confiança e cumplicidade depositadas em mim desde o começo!

***À Profª Drª Carmem Maria Casquel Monti Juliani***, pela dedicação do seu tempo a este trabalho e pelas suas brilhantes observações desde a Disciplina de Seminários de Pesquisa!

***À Profª Drª Raquel Rapone Gaidzinski*** pelas contribuições inestimáveis e pontuais, que foram fundamentais para o curso correto desta pesquisa.

***À Equipe de Enfermagem da Unidade Interagir do Cais “Prof. Cantídio de Moura Campos”*** por todo apoio e cumplicidade durante a coleta de dado.

***À Equipe do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS - AD)*** pela compreensão, apoio e companheirismo nos tantos dias de ausência e necessidade de troca de escala.

***À Enfª Máira Baldin Dal Pogetto***, Diretora Técnica do Núcleo Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho; ***à Rosane Maria Piovesan***, Diretora Técnica do Núcleo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos; ***ao Fábio Gomes de Oliveira***, Diretor Técnico do Núcleo de Arquivos Médicos pela prontidão e presteza em fornecer dados necessários, contribuindo para a construção desta Dissertação.

***Às Auxiliares Administrativas Ana Maria Pinheiro Coelho da Silva e Laudicéia de Souza*** pela presteza, agilidade e cordialidade em fornecer-me informações necessárias; incorporaram a coleta de dados em sua rotina!

E, finalmente, à *Diretoria Técnica do Cais “Prof. Cantídio de Moura Campos”* pela oportunidade cedida; principalmente à *Responsável Técnica de Enfermagem Rosentina Helena de Andrade Dias*, pela cumplicidade, seriedade e apoio incondicional para que fizéssemos nossa Instituição um lugar melhor!

À *Equipe da Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação da UNESP - Campus Botucatu* pela presteza e competência em atender aos meus pedidos de COMUT e ficha catalográfica. A construção da revisão de literatura deste trabalho foi realizada, quase que integralmente por artigos solicitados via COMUT. Cumpriu sua missão de contribuir para o desenvolvimento integral da sociedade promovendo o acesso ao conhecimento técnico - científico.



## EPÍGRAFE

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas. Mas ao tocar uma alma humana... seja apenas OUTRA alma humana!”*

*Carl Jung.*

## RESUMO

Vieira LC. Dimensionamento da equipe de enfermagem de um Hospital Psiquiátrico de Referência. [Dissertação de Mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP; 2014.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de profissionais por categoria, requerida para suprir as necessidades da assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada. É um processo sistemático, que depende da carga de trabalho existente na unidade e da adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes que deve ser capaz de traçar o perfil da clientela assistida mediante indicadores críticos que abranjam os aspectos essenciais dos pacientes e determinantes para quantificar a assistência. Os objetivos são: dimensionamento da equipe de enfermagem da Unidade de Internação à Pacientes Acometidos por Transtornos Mentais Agudos de um Hospital Psiquiátrico de Referência de acordo com o modelo proposto por Gaidzinski, confrontar o quadro projetado com o existente e adequar o Sistema de Classificação Pacientes Psiquiátricos à realidade Institucional. Este estudo caracteriza – se como exploratório – descritivo com abordagem quantitativa para análise dos dados, o procedimento metodológico utilizado é o estudo de caso. Foram 120 dias de coleta de dados, 150 pacientes diferentes classificados e uma média de 31 pacientes classificados por dia. Concluiu – se que a equipe de enfermagem está excedente em 02 funcionários; há um déficit de 10 Enfermeiros e superávit de 12 Auxiliares de Enfermagem; quanto ao Instrumento utilizado para classificar os pacientes, foram desenvolvidos e acrescidos três indicadores críticos, revisto os já existentes e estabelecida uma adaptação dos graus de dependência em relação aos graus de dependência do Sistema de Classificação de Pacientes utilizado pela Resolução COFEN nº293/2004. Desta forma, este estudo constitui-se da melhor evidência disponível em dimensionamento de enfermagem

psiquiátrica e sistema de classificação de pacientes psiquiátricos. Os produtos finais deste estudo são: uma proposta de dimensionamento da equipe de enfermagem da Unidade de Internação à Pacientes Acometidos por Transtornos Mentais Agudos de um Hospital Psiquiátrico de Referência e elaboração de um novo modelo de Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos a partir do existente.

**Palavras chaves:** Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Classificação/pacientes; Gerenciamento da Prática Profissional; Enfermagem Baseada em Evidências; Dimensionamento de Pessoal.

## **SUMMARY**

Vieira LC. Determining the nursing staff size in a Psychiatric Referral Hospital. [Dissertation]. Botucatu Medicine College. Julio de Mesquita Filho State University – UNESP; 2014.

Determining the nursing staff size is the first step in the process of providing staff, and its main objective is the estimation of the number of professionals needed by category in order to meet, either directly or indirectly, the needs of nursing care. It is a systematic process which depends on the existing workload in the unit, and on the adoption of a Patients' Classification System, which should be able to outline the patients' profile cared for through critical indicators. The latter should encompass essential aspects of patients and determiners to quantify the care. The objectives are as follows: Determining the nursing staff size in the Admission Unit for patients suffering from Acute Mental Disorders in a Psychiatric Referral Hospital according to the model of Gaidzinski; to compare the estimated picture with the existing one, and to adjust the Classification System of Psychiatric Patients to the institutional reality. This is an exploratory-descriptive study which uses quantitative approach for data analysis, and case study for the methodological procedure. Data collection was performed over 120 days. A total of 150 patients were classified with an average value of 31 patients per day. The study revealed that 02 workers have exceeded the number of nursing staff; a lack of 10 Nurses and a surplus of 12 Nursing Assistants were found. Concerning the tool used to classify the patients, three critical indicators were developed and added, the existing ones were reviewed, and adequacy was established for levels of dependence in relation to levels of dependence of the System of Patient's Classification used by the COFEN, resolution nº293/2004. Therefore, this study becomes the best available evidence for determining psychiatric nursing staff size and classification system of psychiatric patients. The final products of this study are: a proposition to determine the nursing staff size in the

Admission Unit for patients suffering from Acute Mental Disorders in a Psychiatric Referral Hospital, and establish a new model of Classification System for Psychiatric Patients based on the existing one.

**Keywords:** Nursing; Psychiatric Nursing; Classification/patients; Management of Professional Practice; Nursing Based on Evidence; Staff Size.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição da equipe de enfermagem da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por categoria profissional, conforme o quadro atual de pessoal. Botucatu, 2013.....	62
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos plantões pagos para cobertura dos feriados e folgas semanais do ano de 2012, segundo a categoria profissional, da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por turno de trabalho. Botucatu, 2013.....	62
<b>Tabela 3.</b> Distribuição das variáveis de caracterização dos pacientes internados na Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por sexo. Botucatu, 2013.....	76
<b>Tabela 4.</b> Distribuição das modalidades de internações do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, no período de 01/11/2012 à 28/02/2013, por sexo. Botucatu, 2013.....	77
<b>Tabela 5.</b> Distribuição das hipóteses diagnósticas dos pacientes internados na Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, segundo a Classificação Internacional das Doenças 10 – Capítulo V, por sexo. Botucatu, 2013.....	79
<b>Tabela 6.</b> Caracterização da população – alvo de acordo com os motivos de internação do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por sexo. Botucatu, 2013.....	84
<b>Tabela 7.</b> Distribuição da média diária dos pacientes segundo o grau de dependência, internados na Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por sexo. Botucatu, 2013 .....	81

**Tabela 8.** Distribuição das ausências previstas, em dias, da equipe de enfermagem da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” segundo o mês de ocorrência do ano de 2012. Botucatu, 2013.....82

**Tabela 9.** Distribuição das variáveis contribuintes para o cálculo do IST, por categoria profissional de enfermagem, da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, segundo o mês de ocorrência e ano 2012. Botucatu, 2013.....86

**Tabela 10.** Distribuição dos valores das ausências não previstas, Índice de Segurança Técnica e Quadro de Pessoal da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por categoria profissional. Botucatu, 2013.....88

**Tabela 11.** Comparação das propostas de dimensionamento e constituição atual da equipe de enfermagem (C) da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por categoria profissional. Botucatu, 2013.....89 e 121

## LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1.** Relação entre as produções científicas, níveis de evidência e grau de confiança. Ontário, Canadá, 1995.....45
- FIGURA 2.** Organograma do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”. Botucatu, 2013.....59
- FIGURA 3.** Quadro de avaliação da estrutura completa de um Sistema de Classificação de Pacientes, Califórnia, EUA, 1989.....114



## LISTA DE QUADROS.

- Quadro 1.** Distribuição das Enfermeiras (n = 19) do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, segundo a lotação. Botucatu, 2013.....61
- Quadro 2.** Distribuição das horas de assistência de enfermagem/leito nas 24 horas de acordo com o grau de dependência segundo o Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos de Martins, 2006. Botucatu, 2013.....67
- Quadro 3.** Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem de acordo com o grau de dependência segundo o Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos de Martins, 2006. Botucatu, 2013.....70
- Quadro 4.** Distribuição das ausências previstas, carga de trabalho e tempo efetivo de produtividade da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, do ano de 2012. Botucatu, 2013.....87
- Quadro 5.** Adaptação do grau de dependência: Resolução COFEN nº 293/2004 X Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos. Botucatu, 2013.....90
- Quadro 6.** Caracterização do indicador “Risco de Suicídio” de acordo com o grau de dependência. Botucatu, 2013.....92
- Quadro 7.** Caracterização do indicador “Abordagem Familiar” de acordo com o grau de dependência. Botucatu, 2013.....93
- Quadro 8.** Caracterização do indicador “Comportamento relacionado ao fumo” de acordo com o grau de dependência. Botucatu, 2013.....94

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AMS</b>	Ambulatório de Saúde Mental
<b>CAIS</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde
<b>CAI</b>	Centro de Atenção ao Idoso
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPS II</b>	Centro de Atenção Psicossocial II
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
<b>CID – 10</b>	Classificação Internacional das Doenças – 10
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>COREN</b>	Conselho Regional de Enfermagem
<b>DRS</b>	Divisão Regional de Saúde
<b>EBE</b>	Enfermagem Baseada em Evidências
<b>ECT</b>	Eletroconvulsoterapia
<b>EOIPPI</b>	Escala de Observação Interativa dos Pacientes Psiquiátricos Internados
<b>FMB</b>	Faculdade de Medicina de Botucatu
<b>GAIS</b>	Gerencia de Atenção Integral à Saúde
<b>GBE</b>	Gestão Baseada em Evidências
<b>GEBE</b>	Gerenciamento em Enfermagem Baseado em Evidências
<b>ILPI'S</b>	Instituição de Longa Permanência para Idosos
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Seguridade Social
<b>IST</b>	Índice de Segurança Técnica
<b>MBE</b>	Medicina Baseada em Evidências
<b>NAIS</b>	Núcleo de Atenção Integral à Saúde

<b>NEESMT</b>	Núcleo Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
<b>NIH</b>	Núcleo de Informação Hospitalar
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OTG</b>	Oficina Terapêutica Girassol
<b>PBE</b>	Prática Baseada em Evidências
<b>PEBE</b>	Prática de Enfermagem Baseada em Evidências
<b>PNASH</b>	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
<b>SAGUAD</b>	Serviço de Atendimento a Gestante usuária de Álcool e outras Drogas
<b>SES</b>	Secretaria Estadual da Saúde
<b>SIH</b>	Sistema de Informação Hospitalar
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SCP</b>	Sistema de Classificação de Pacientes
<b>SCPP</b>	Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos
<b>SCPPM</b>	Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos Modificado
<b>SRT</b>	Serviço de Residência Terapêutica

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>26</b>
1.1 Evolução dos Sistemas de Classificação de Pacientes.....	31
1.2 Evolução dos Sistemas de Classificação de Pacientes no Brasil.....	36
1.3 Referencial Teórico.....	40
1.3.1 Sistema de Classificação de Pacientes.....	40
1.3.2 O Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos.....	42
1.3.3 O Gerenciamento Baseado em Evidências.....	43
1.4 Finalidade.....	47
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>51</b>
2.1 Objetivo Geral.....	51
2.2 Objetivos Específicos.....	51
<b>3. MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>53</b>
3.1 Tipo de estudo.....	53
3.2 Local de estudo .....	57
3.3 Coleta de dados.....	63
3.4 Caminho Metodológico .....	65
3.5 Procedimentos Éticos.....	71
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
4.1 Relacionados à população – alvo.....	73
4.2 Relacionada à equipe de enfermagem.....	83
4.3 Relacionando ao instrumento.....	90

<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>96</b>
5.1 Aspectos relacionados ao dimensionamento.....	96
5.2 Aspectos relacionados aos Indicadores do Instrumento.....	103
5.3 Aspectos relacionado às limitações do estudo.....	111
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>118</b>
<b>7. PRODUTO FINAL.....</b>	<b>121</b>
<b>8. RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>128</b>
<b>9. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>131</b>

**Anexo 1** – Instrumento para Classificação dos Pacientes Psiquiátricos e Caracterização da População – Alvo.....152

**Anexo 2** – Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu.....155

**Anexo 3** – Protocolo para Contenção Física/Mecânica da Unidade Interagir do Cais “Prof. Cantídio de Moura Campos”.....156

**Anexo 5** – Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências previstas e não previstas do programa computacional DIPE® .....158

**Anexo 6** - Planilha eletrônica referente ao quadro de pessoal de enfermagem do programa computacional DIPE® .....159

**Apêndice 1** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....162

**Apêndice 2** – Sistema de Classificação de Pacientes Modificado (SCPPM).....163

**Apêndice 3** – Série histórica da Taxa de Ocupação da Unidade Interagir e do perfil das internações; Taxa de Ocupação da Unidade Interagir no período de 01/11/2012 à 20/02/2013 e Indicadores de Produtividade.....167

**Apêndice 4** - Planilha para classificação diária, por paciente.....169

<b>Apêndice 5</b> - Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências da categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quantitativo correspondente ao quadro real (n=41).....	170
<b>Apêndice 6</b> - Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências da categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quantitativo conforme o quantitativo correspondente ao quadro atual (n=39).....	171
<b>Apêndice 7</b> - Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências da categoria profissional “Enfermeira” da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quantitativo correspondente ao quadro real (n=6).....	172
<b>Apêndice 8</b> - Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências da categoria profissional “Enfermeira” da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quantitativo correspondente ao quadro atual (n=5).....	173
<b>Apêndice 9</b> – Planilha eletrônica referente ao caminho metodológico para o cálculo do quadro de pessoal de enfermagem da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quadro real (41AE/6E).....	174
<b>Apêndice 10</b> – Planilha eletrônica referente ao caminho metodológico para o cálculo do quadro de pessoal de enfermagem da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quadro atual (39AE/5E).....	175
<b>Apêndice 11</b> - Revisão Integrativa: Dimensionamento de pessoal de enfermagem.....	176

## APRESENTAÇÃO

A inquietação em relação ao quantitativo de pessoal de enfermagem acompanha-me desde a graduação realizada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP\USP). Entretanto, a inexperiência ainda não me permitia definir adequadamente a repercussão deste aspecto do gerenciamento em enfermagem. Eu só sabia que o Gerenciamento em Enfermagem era “a minha praia”.

Ao realizar o Aprimoramento Profissional em Enfermagem Perioperatória na Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) no ano de 2005, percebo – empiricamente - o desgaste físico, mental e emocional do trabalhador de enfermagem do Bloco Cirúrgico. Em 2006, tornei-me Enfermeira Assistencial do respectivo, e começo a estudar o processo de dimensionamento de equipe de enfermagem como um todo e suas características constituintes.

No início do ano de 2008 fui remanejada para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da respectiva Instituição, surgindo um novo desafio tanto de conhecimento técnico – científico como de experiência na prática clínica. Neste momento tornou-se muito evidente o processo de classificação dos pacientes para conhecimento do seu grau de dependência em relação à equipe de enfermagem como a etapa inicial do dimensionamento. Surge um projeto de mestrado não concretizado, talvez por ainda não ser “a hora”.

Após uma trajetória, em 2010, como Docente, da Disciplina de Gerenciamento em Enfermagem do Curso de Graduação Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), pude perceber o quão abrangente é o Gerenciamento e o quanto permite – nos adentrar em qualquer especialidade da enfermagem.

No ano de 2011, retorno à cidade de Botucatu para assumir meu cargo como Enfermeira no Centro de Atenção Integral à Saúde “Prof. Cantídio de Moura Campos”.

Nesta Instituição pude conhecer as várias faces do paciente psiquiátrico: o agudizado, o primeiro surto, o crônico morador, o crônico morador idoso, o idoso agudizado, o dependente químico, o menor de idade, a histeria, a depressão e euforia, o suicídio... O sofrimento psíquico do ser humano! Como o preconceito e segregação ainda fazem parte do cotidiano deles... O despreparo dos familiares e seu adoecimento... As dificuldades dos Serviços Extras – Hospitalares... Enfim, o paciente psiquiátrico, em sua maior parte não é somente o que vemos na internação!

Veio – me o questionamento: como organizar tudo isso? Como organizar a assistência de enfermagem para que consigamos enxergar as necessidades psico - sociais - espirituais? Pois as biológicas estão aparentes! Seria falta de capacitação? Seria equipe sub – dimensionada? Seria processo de trabalho? O Gerenciamento em Enfermagem e suas ferramentas responderiam estas questões, então decidi começar pelo dimensionamento da equipe de enfermagem que é a etapa inicial para previsão de pessoal. Para isso, há uma etapa anterior que são os Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP's).

Assim, inicio a minha jornada rumo ao aprofundamento nos SCP's como uma ferramenta gerencial para a tomada de decisões, aliado ao raciocínio clínico. Quanto maior era este aprofundamento na revisão de literatura, constatava o quão superficial e poucas são nossas publicações perante a grandiosidade de informações que um SCP pode nos fornecer para a prática gerencial e assistencial. Em psiquiatria então, há somente uma publicação nacional.

Em 2012, ingresso no Programa de Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, agora eu poderia responder meus questionamentos! Surge esta Dissertação, fruto de meu amadurecimento pessoal e profissional. Apenas a ponta de um iceberg na área de Dimensionamento de Enfermagem Psiquiátrica e o início de meus estudos na área do Gerenciamento em Enfermagem Baseado em Evidências.



# *Introdução*



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (1970): ao meio o prédio central da administração e à direita a Unidade Interagir

## 1. INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 90, a área de Psiquiatria e Saúde Mental vem evoluindo no Brasil, impulsionada por políticas específicas, aprovações de leis relacionadas ao funcionamento da rede de atendimento, bem como pelos movimentos sociais que buscam a humanização do atendimento recebido pelos indivíduos acometidos por transtornos mentais.

Com a aprovação de Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, os atendimentos intra-hospitalares para tratamentos psiquiátricos têm sido considerados não recomendáveis, sendo indicados apenas quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes (BRASIL, 2001). No cotidiano da especialidade é possível perceber que apesar dos esforços políticos e públicos, estes recursos podem ser escassos, ineficazes e/ou insuficientes, e também há a dificuldade de adesão ao tratamento, tanto do paciente quanto dos familiares. Escassos, pois o número de vagas oferecidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é insuficiente para atender à demanda; em algumas localidades ele não se faz presente e também não há um suporte adequado do município a esta população.

A ineficácia traduz o limite do transtorno mental em si, considerando os episódios agudos dependentes ou não de tratamento continuado, ou seja, ainda que o portador faça uso regular do serviço, o mesmo pode apresentar um episódio grave desta agudização e a internação psiquiátrica pode ser o único recurso para a preservação de sua integridade física, psíquica, social e biológica. Assim, mesmo com a redução do número de leitos psiquiátricos é inegável a necessidade da existência e manutenção adequada dos hospitais psiquiátricos.

Os pacientes psiquiátricos apresentam circunstâncias que requerem plena assistência de enfermagem, como por exemplo, o uso inadequado de roupas e adornos, a presença de comportamentos alterados, tentativas de fuga, ideação suicida, potencial

para auto e heterose - agressividades, alimentação e hidratação inadequados, além da grande recusa em tomar a medicação. Assim, requerem assistência semi-intensiva e/ou intensiva embora, nem sempre haja “risco iminente de morte, e instabilidade de funções vitais”, segundo a definição encontrada na Resolução COFEN nº 293/2004 (COFEN, 2004). Além disso, é possível notar que na enfermagem psiquiátrica, muitas vezes, o paciente não apresenta nenhuma alteração clínica não psiquiátrica, precisando, porém, de outrem para a tríade “orientar-estimular-supervisionar” suas atividades cuidados de vida diária, aspectos não abordados nas categorias propostas por esta Resolução (MARTINS, 2006).

A mesma estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde no qual deve basear-se em três aspectos: características relativas à Instituição, ao Serviço de enfermagem e à clientela. Para caracterizar a clientela, a Resolução cita que deve ser adotado um Sistema de Classificação de Pacientes, sendo privativa do Enfermeiro a realização desta classificação. Afirma ainda que, pacientes psiquiátricos, com intercorrência clínica e/ou cirúrgica associada, deve ser classificado inicialmente com necessidades de cuidados intermediários (COFEN, 2004).

Na Enfermagem Psiquiátrica, os achados científicos na literatura internacional sobre Sistemas de Classificação de Pacientes Psiquiátricos (SCPP) são poucos, quando comparados a outras especialidades. Ao realizar uma revisão integrativa de literatura encontramos 13 publicações relacionadas, exclusivamente, ao SCPP. A primeira delas refere-se ao SCPP desenvolvido no Charles Frederick Menninger Memorial Hospital - Kansas, EUA - em 1982; sua confiabilidade e validade foram testadas em 1986 (SCHRODER E WASHINGTON, 1982; SCHRODER ET AL, 1986). Considerado o primeiro SCPP desenvolvido para a especialidade psiquiátrica. Pardue e Dick (1986) aprimoraram este SCPP gerando um maior grau de confiabilidade.

A Fundação Menninger foi fundada em 1919 pela Família Menninger (Topeka, Kansas – EUA) e através da escola psiquiátrica “The Menninger School of Psychiatric” representou o centro da revolução educacional psiquiátrica com a abordagem biopsicossocial como forma de tratamento. Os iniciadores desta Fundação foram os irmãos William Claire e Karl Augustus Menninger, juntamente com o pai Charles Frederic Menninger, que era médico. Karl Augustus Menninger era médico psiquiatria, na sua primeira publicação - “The Human Mind” - declara a psiquiatria ser uma ciência, e que os pacientes portadores de transtornos mentais eram apenas um pouco diferentes dos indivíduos “saudáveis”; em outra publicação - “The Crime of Punishment” - defende o tratamento de criminosos como pessoas portadoras e transtornos mentais. Casou – se com a filha de Sigmund Freud, Anna Freud <sup>1</sup>,

Paralelamente, em 1983 o Instituto de Saúde Mental de Mendota - Wisconsin, EUA - desenvolveu seu próprio SCPP validado em 1986 (EKLOF & WEISHUANG, 1986). Na mesma época, o Instituto de Neuropsiquiatria de Los Angeles - Califórnia, EUA - desenvolveu um SCPP para adultos e outro para crianças\adolescentes baseado na Teoria Comportamentalista de Dorothy Johnson (AUGER E DEE 1983a; 1983b).

Ainda na década de 80, o York Central Hospital – Ontário, Canadá - adaptou o SCP GRASP<sup>®</sup> System para a psiquiatria. Este sistema é baseado em unidade de tempo, sendo projetado para prever quanto de cuidado um paciente requer nas próximas 24 horas através do tempo gasto pela equipe de enfermagem nos cuidados diretos e indiretos; fornece informações acerca da carga de trabalho da enfermagem, entretanto, é um sistema que foca nas intervenções de enfermagem e não no comportamento do paciente. Inicialmente foi desenvolvido para hospitais clínicos e cirúrgicos. É um SCP

---

<sup>1</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Menninger\\_Foundation](http://en.wikipedia.org/wiki/Menninger_Foundation)

[http://en.wikipedia.org/wiki/Karl\\_Menninger](http://en.wikipedia.org/wiki/Karl_Menninger)

<http://www.kansasmemory.org/blog/post/103702202>

comercial e considerado uma ferramenta gerencial para a tomada de decisões (EHRMAN, 1987).

No início da década de 90, Ringerman e Luz (1990) publicam o SCPP desenvolvido no Hospital Psiquiátrico de Providence - EUA – com 230 leitos. Possui 07 indicadores críticos com 04 níveis cada, tem como referencial teórico a Teoria do Autocuidado de Doroty Orem, fornece informações acerca da quantidade de horas de enfermagem requerida por paciente/dia. Foi validada e testada sua confiabilidade entre avaliadores (RINGERMAN & LUZ, 1990). O Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de Cincinnati, associado ao respectivo Hospital, identificou a necessidade de desenvolver uma ferramenta de gestão de forma sistemática e objetiva para determinar as necessidades de recursos (pessoal) para a população de pacientes psiquiátricos. Este SCPP foi baseado nas necessidades biopsicossociais e constituiu um banco de dados para o processo de tomada de decisão, além de projetar o orçamento e fornecer dados sobre a produtividade (MORATH, FLEISCHMANN E BOGGS, 1989).

Em 1991, o SCPP implantado no Butler Memorial Hospital - Pennsylvania, EUA – precisou ter seus indicadores revisados tanto em quantidade quanto na definição e compreensão; tornando – os menos subjetivos (O’LEARY, 1991). No mesmo ano foi introduzido um SCPP no Instituto Estadual de Psiquiatria de Illinois (EUA), sendo validada e testada sua confiabilidade entre avaliadores, apresentando alto grau de concordância, os autores reiteram a importância de rever a confiabilidade, periodicamente, do SCPP para manter a confiabilidade dos dados (SIMS & KIPPENBROCK, 1994).

O Hospital Estadual da Dakota do Norte - EUA – com seus 597 leitos psiquiátricos desenvolveu um SCPP computadorizado baseado no estudo pioneiro de Schroder e Washington (1982) otimizando o tempo da enfermagem na classificação dos pacientes e fornecendo as horas de enfermagem necessárias para cada categoria de cuidados; fornece também o censo diário de ocupação e a movimentação do paciente dentro da Instituição (NYGAARD & HANSEN, 1991). Nesta mesma linha de

informatização, temos o Missouri Actuarial Report System (MARS<sup>®</sup>), desenvolvido pelo Instituto de Psiquiatria de Missouri - EUA - como uma forma de ajudar a equipe clínica na elaboração do plano de tratamento e manejo no gerenciamento do plano de cuidados do paciente; fornece a classificação do pacientes, em quatro categorias, baseado em dados demográficos, exame mental, testes psicológicos e atendimento de emergência na crise psiquiátrica (CHO, HSU & MONROE, 1981).

Na literatura nacional temos a Escala de Observação Interativa dos Pacientes Psiquiátricos Internados (EOIPPI), desenvolvida na Unidade de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, porém não constitui um Sistema de Classificação (ZUARDI, 1999). Assim, como modelo de SCPP, encontramos, apenas, o desenvolvido e validado por Martins respectivamente (2006; 2008), baseado nos estudos internacionais e na respectiva Escala de Observação.

Apesar de haverem inúmeros instrumentos nacionais para classificação de pacientes, os aspectos psíquicos, bem como as necessidades do paciente com transtornos mentais, não haviam sido abordados exclusivamente por nenhum estudo anterior no Brasil de acordo com revisão integrativa realizada pela autora. Assim Martins (2001; 2007) incluiu nas categorias e indicadores das necessidades dos pacientes: aspectos emocionais, comportamentais, iminência de risco de vida relacionado ao suicídio e não ao quadro clínico, alucinações e delírios, humor e afeto, isolamento social, entre outros termos que, por não serem específicos, não fornecem entendimento preciso à avaliação do paciente.

## **1. 1 Evolução dos Sistemas de Classificação de Pacientes**

A organização das enfermarias de acordo com o tipo de paciente remonta desde a época de Florence Nightingale, na Inglaterra, em meados do século XIX, onde os pacientes mais graves eram alocados nas proximidades das mesas das enfermeiras, visando não só a racionalização das atividades como a garantia da qualidade assistencial em enfermagem. Era praticado o que posteriormente foi denominado de Cuidado Progressivo ao Paciente (CPP). Os japoneses, na antiguidade, também utilizaram dessa ferramenta, por séculos, para classificar os pacientes de acordo com suas necessidades (RIBEIRO, 1972; BANDYOPADHYAY, 1973; ALCALÁ ET AL, 1982).

Durante séculos, os pacientes foram classificados, empiricamente, de acordo com seu diagnóstico médico, idade e sexo; havia um senso de gravidade e necessidade de assistência. Ao longo do tempo verificou-se que apenas essas variáveis não distinguiam a real necessidade dos pacientes. Assim, os hospitais americanos, no início do século XX, passaram a classificar seus pacientes não somente de acordo com a severidade da doença, mas também com o tipo de cuidado requerido, sendo essa prática muito comum nos hospitais militares, para tuberculosos, instituições psiquiátricas e instituições privadas (LOCKWARD et al, 1960).

Uma das primeiras tentativas de identificar as necessidades dos pacientes de forma quantificável e operacional, em 1937, envolveu um estudo de 50 hospitais de Nova York, EUA. Como resultado, encontrou – se que os pacientes requeriam uma média de 3,4 a 3,5 horas de cuidados de enfermagem/paciente/dia. Assim, tornou – se uma recomendação para a prática clínica, sendo que os hospitais que estavam abaixo deste padrão deveriam alcançá – lo. Ao longo da década de 40, a Liga Americana Nacional de Educação em Enfermagem, realizou estudos na área de classificação de pacientes

desenvolvendo alguns sistemas, porém com baixa sensibilidade para determinar o quantitativo de pessoal de enfermagem (GIOVANNETTI, 1978; p.18-19).

Em 1950, a noção de classificação de pacientes foi considerada num trabalho realizado pela Escola de Enfermagem de Pittsburgh - EUA - destinado a determinar as exigências de cuidado de enfermagem para pacientes com diagnósticos de clínica médica e cirúrgica. No ano seguinte, o Serviço Militar americano iniciou experimentos na área de classificação de pacientes, no Walter Reed Army Hospital - Washington, D.C - aceitando um instrumento de classificação de cuidados de enfermagem em quatro categorias (GIOVANNETTI, 1978; p.21). Em outros dois Hospitais Militares iniciou um processo para determinar a necessidade dos cuidados de enfermagem por paciente classificando – os em três categorias de cuidados de acordo com a gravidade de doença em requerer procedimentos de enfermagem. Assim, estabelece – se uma carga de trabalho de enfermagem (CLAUSSEN, 1955).

A partir de 1957, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos passou a difundir a bem sucedida experiência do Manchester Memorial Hospital - Connecticut - o pioneiro em organizar - se na filosofia do CPP (ABDELLAH & STRACHAN, 1959). É definido como uma classificação sistemática de pacientes de acordo com necessidades observadas pelo médico e facilidades do hospital, este é dividido em unidades e as necessidades dos pacientes determinam qual unidade irá ocupar, sendo possível sua mobilidade de uma unidade à outra conforme sua evolução. Estas unidades constituem os elementos do Cuidado Progressivo ao Pacientes, sendo elas: cuidados especiais ou intensivos, cuidados intermediários, cuidado extensivo ou de crônicos, auto - cuidado, pacientes ambulatoriais e atenção domiciliar (ABDELLAH & STRACHAN, 1959; PRICE, 1972; KISIL, 1978). De acordo com o ponto de vista da enfermagem, o CPP permite a Enfermeira trabalhar no setor para o qual ela é mais bem qualificada (LOCKWARD & THOMS, 1960).



O desenvolvimento no campo de classificação de pacientes ganhou ritmo acelerado a partir da década de 60 após estudos realizados por um grupo de pesquisadores, Connor e colaboradores - Escola de Engenharia e da Divisão de Pesquisa Operacional do Hospital da Universidade John Hopkins - desenvolveram e introduziram um SCP fundamentado no grau de necessidades dos pacientes em relação à assistência de enfermagem. Os pesquisadores classificaram os pacientes em três grupos: auto - cuidado; cuidado parcial ou intermediário; cuidado intensivo ou total. A média de horas de assistência de enfermagem foi determinada para cada classificação, assim, possibilitando a estimativa diária das necessidades dos pacientes em relação à assistência de enfermagem (CONNOR, 1960; 1961).

Em Junho de 1962, foi realizada a Conferência sobre o Cuidado Progressivo ao Pacientes na Escola de Medicina da Universidade de Birmingham onde médico americano E. T. Thompson afirmou: “metade dos hospitais do continente americano deverão adotar o Cuidado Progressivo ao Paciente até 1965; aqueles que não o tiverem até 1970, tornar-se-ão obsoletos” (U.S.A DEPARTMENT OF HEALTH, 1962). Ainda na década de 60 a literatura relata que um modelo de CPP com três categoria de cuidado foi adotado pelo Miller General Wing, Londres (HARTLEY, O'FLYNN, RAKE & WOOSTER, 1968) e pelo Oxford Regional Hospital Board, Londres (GIOVANNETTI, 1978; p.27-9).

Os Sistemas de Classificação de Pacientes desenvolvidos até este momento foram denominados “Sistemas de Primeira Geração” devido ao único objetivo em comum: estimar o número de pessoal de enfermagem e prever o orçamento anual para esta categoria profissional (MALLOCH E CONOVALOFF, 1999). Alguns estabeleciam as horas de enfermagem/paciente/dia (GIOVANNETTI, 1978).

Na década de 70 surgiram outros sistemas de classificação de pacientes na área da enfermagem bastante reconhecidos. Segundo Giovannetti (1979), cerca de 1.000 hospitais americanos estavam utilizando algum tipo de SCP até o final da década sendo que a grande maioria utilizava os comercializáveis da época: CASH<sup>®</sup>, CSF Ltda.<sup>®</sup>,

MEDICUS<sup>®</sup> e o da Universidade de Saskatchewan (Canadá). Entretanto, alguns SCP's, principalmente os desenvolvidos na década de 60, começaram a demonstrar suas limitações no início da década de 80 por abordarem somente custos médicos (GIOVANNETTI, 1979).

Assim, surgem os SCP's de "Segunda Geração" e de "Terceira Geração". Os maiores exemplos destas gerações são: DRG<sup>®</sup>, MATRIX<sup>®</sup> e ARIC<sup>®</sup> (MALLOCH E CONOVALOFF, 1999). O primeiro deles foi o MATRIX<sup>®</sup>, que contém uma única matriz de acordo com a categoria profissional de enfermagem, as horas de enfermagem despendidas em cada turno de trabalho, as horas de necessidade de assistência por turno de trabalho e a diferença entre elas; foi desenvolvido para ir de encontro com a recomendação da Joint Commission of Accreditation of Hospitals (BARHAM E SCHNEIDER, 1980). O ARIC<sup>®</sup> é considerado o maior exemplo da "Terceira Geração" por ser um SCP computadorizado e por utilizar indicadores sítios – específicos; o anagrama fornece informações para alocação, identificação de recursos e custos (GIOVANNETTI & JOHNSON, 1990).

Com o aumento da pressão sobre a indústria hospitalar para controlar os custos, os diretores de enfermagem começaram a implementar um SCP na tentativa de monitorar os níveis de produtividade, de prever e justificar as necessidades de pessoal, e para ajudar no processo de orçamento para sua divisão. Durante esta década, o impulso para a implementação generalizada veio da Joint Commission of Accreditation of Hospitals (JCAH). Esta recomenda aos serviços de enfermagem definir, implementar e manter um SCP para determinar as necessidades de cuidados do paciente (JCAH, 1981, p. 118)

E por último, a partir de 2004, surgem os SCP's de "Quarta Geração", onde é possível compartilhar informações - em tempo real - acerca da carga de trabalho da enfermagem/paciente; dos custos indiretos e diretos; alocação da equipe de enfermagem por enfermaria; otimizar o tempo de assistência e sua qualidade; possibilitar a tomada de decisão em vários níveis hierárquicos (MALLOCH E CONOVALOFF, 1999). Além de

promover a utilização do benchmarking como uma ferramenta gerencial para a tomada de decisões baseada em evidências. São exemplos desta geração: BEAKTA<sup>®</sup>, RUSH MEDICUS<sup>®</sup>, ZEBRA<sup>®</sup> e RiL<sup>®</sup> na Suécia; RAFAELA<sup>®</sup> na Finlândia e MEDICUS<sup>®</sup> nos EUA, respectivamente (PERROCA & EK, 2007; FAGERSTROM & RAUHALA, 2007).

O SCP RAFAELA<sup>®</sup> foi desenvolvido no Hospital Central de Vasa, Finlândia, em 1992, sendo seu uso – piloto iniciado em 1994 e 1995 em todas as doze enfermarias (RAINIO & OHINMAA, 2005). A partir desta primeira experiência de uso pode-se constatar que o RAFAELA<sup>®</sup> é eficiente para alocação adequada de recursos humanos de enfermagem, custos desta categoria além de calcular a taxa de sobrecarga na qual estes trabalhadores estão submetidos (RAINIO & OHINMAA, 2005; FAGERSTRÖM & RAUHALA, 2007). Fornece também a carga ideal de trabalho sendo possível associar fortemente o aumento da carga de trabalho com aumento do absenteísmo (ASHAN, JUNTILA, FAGERSTRÖM, KANERVA & RAUHALA, 2009). Assim, os autores deste SCP afirmam o RAFAELA<sup>®</sup> ser “uma possibilidade para o gerenciamento em enfermagem baseado em evidências” (FAGERSTROM & RAUHALA, 2007; FAGERSTRÖM, 2009).

Nesta mesma linha de aplicabilidade e otimização de um SCP, encontramos o ZEBRA<sup>®</sup>, BEAKTA<sup>®</sup>, RUSH MEDICUS<sup>®</sup> e RiL<sup>®</sup> utilizados amplamente em toda a Suécia desde a metade da década de 80. Os mais utilizados nas especialidades clínicas e cirúrgicas são o ZEBRA<sup>®</sup> e BEAKTA<sup>®</sup>; o RUSH MEDICUS<sup>®</sup> foi adaptado a partir do MEDICUS<sup>®</sup> para a psiquiatria e cuidados paliativos; o RiL é utilizado para mensurar a carga de trabalho relacionada aos cuidados diretos (PERROCA & EK, 2007).

O SCP MEDICUS<sup>®</sup> apesar, de ter sido desenvolvido na década de 60, foi sendo aperfeiçoado de acordo com as necessidades do sistema de saúde americano. É considerado o SCP mais utilizado nos Estados Unidos há sete anos, sua implantação deu-se em mais de 400 hospitais de todo o país. Foi desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade de Vermont – Burlington, EUA - fornecendo informações

para tomadas de decisão em todo o nível hierárquico das instituições que o adotou (BOTTER, 2000).

O Ministério da Saúde dos Estados Unidos aponta múltiplos benefícios da implementação do sistema de classificação de pacientes, referindo que esses benefícios não se restringem ao paciente, mas estendem-se aos médicos, enfermeiros e todos os profissionais envolvidos nas atividades da instituição, sendo o referido sistema adotado em diversos hospitais daquele País (U.S.A DEPARTMENT OF HEALTH, 1962).

### **1.2 Evolução dos Sistemas de Classificação de Pacientes no Brasil**

No Brasil, as primeiras iniciativas de distribuição e organização dos pacientes no modelo de Cuidado Progressivo datam da década de 50 (FUGULIN ET AL, 1994).

Em 1972, no 24º Congresso Brasileiro de Enfermagem, foi apresentada, por Wanda de Aguiar Horta, a primeira tentativa de dimensionar a equipe de enfermagem baseada na quantificação do grau de dependência do paciente em quatro níveis. Este modelo operacional para determinar o grau de dependência de enfermagem em natureza e extensão foi denominado de “tabela índice” cujos indicadores são: deambulação, mobilidade, estado mental, condição ambiente e condições sócio-econômicas do paciente (HORTA, 1979, p.59).

Ainda em 1972, Ribeiro foi uma das primeiras autoras a tratar de Sistema de Classificação de Pacientes. Em seu estudo aponta que o CPP é uma forma de organizar o cuidado médico e de enfermagem de acordo com o grau de enfermidade; um método de instrumentalizar o dimensionamento de recursos humanos em enfermagem, de forma a obter uma distribuição mais equitativa da assistência, e um aumento da produtividade e eficiências hospitalares (RIBEIRO, 1972).

Moraes Novaes, no ano de 1972, propôs um processo de sistematização do processo de produção de saúde no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de

São Paulo. Essa sistematização deu-se através do uso do CPP, seguindo o modelo do Manchester Memorial Hospital (1957), em Connecticut onde o hospital é dividido em unidades (KISIL, 1978). Outra experiência realizada no sentido de adotar o CPP foi no Hospital Prof. Edgard Santos (HPES) da Universidade Federal da Bahia. Um grupo foi designado para estudo e implantação deste sistema assistencial, e tiveram como norteador o “Indicador de Maryland” e a lista de critérios sugerida na publicação do Departamento de Saúde Pública dos EUA, “Elements of Progressive Patient Care” (OLIVEIRA & ROMÁN, 1976).

Em 1982, o Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, na cidade de São Paulo, objetivando oferecer a assistência integral e individualizada ao paciente desenvolveu um processo de classificação, em quatro níveis de atenção. Embasado no conceito do cuidado progressivo, agrupou os pacientes propiciando melhor aproveitamento de recursos humanos e materiais, além de uma assistência de enfermagem satisfatória para a equipe e para o cliente (REIS ET AL, 1982).

Alcalá e colaboradores, em 1982, publicaram um estudo elaborado no sistema público de saúde da cidade de São Paulo, que propôs parâmetros para adequar as tabelas de lotação do pessoal de enfermagem, adotando seis elementos para compor o denominado “cuidado progressivo”, no mesmo modelo adotado pelo Hospital das Clínicas de São Paulo em 1972 (ALCALÁ ET AL, 1982).

Em 1990, após identificar a enorme dificuldade em equacionar os recursos disponíveis com a excelência de qualidade assistencial almejada na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo das Clínicas, Fugulin e colaboradores desenvolveram um Sistema de Classificação de Pacientes, baseado em estudos internacionais, por complexidade assistencial em 05 categorias: cuidados intensivos, semi-intensivos, alta dependência, cuidado intermediário e autocuidado. Após esta clara definição, foram elaborados os perfis dos pacientes que se enquadrariam em

cada uma dessas categorias. Este sistema gerou resultados positivos em relação à média de permanência e coeficiente de mortalidade (FUGULIN ET AL, 1994).

O Conselho Federal de Enfermagem, em sua Resolução COFEN nº189/96 estabeleceu os parâmetros para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde baseado em três características: relacionadas à clientela atendida, relacionadas às características da Instituição e ao serviço de enfermagem. No aspecto relacionado à clientela atendida considera usar o Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin et al em 1994.

Baseado neste Sistema de Classificação de Pacientes, Perroca e Gaidzinski (1998) identificaram treze indicadores críticos relacionados às Necessidades Humanas Básicas (Estado Mental e Nível de Consciência, Oxigenação, Sinais Vitais, Nutrição e Hidratação, Motilidade, Locomoção, Cuidado Corporal, Eliminações, Terapêutica, Integridade Muco-Cutânea) e Dimensão Psicossocial (Comportamento, Comunicação, Educação à Saúde), com o objetivo de construir um Instrumento para classificar os pacientes em 04 graus de dependência. Assim, o Instrumento construído foi validado por juízes neste mesmo estudo. Em estudos posteriores foi validada clinicamente (PERROCA, 2000), testada sua confiabilidade (PERROCA E GAIDZINSKI, 2002), obtido opinião dos usuários e análise dos indicadores (PERROCA, 2008), e por fim, aperfeiçoado o Instrumento em uma nova versão (PERROCA, 2011).

A partir destes estudos, outros Instrumentos para Classificação de Pacientes foram desenvolvidos para atender à clientela de forma específica, pois havia somente a abordagem para o paciente adulto. Assim surgiram os instrumentos específicos: pacientes psiquiátricos (MARTINS, 2006; 2008); pacientes pediátricos (DINI ET A, 2011); complementação do instrumento de Fugulin et al, agregando um indicador para feridas (SANTOS ET AL, 2007); pacientes cirúrgicos (TRISTÃO, 2008) e pediátricos oncológicos (ANDRADE, 2009)

Em 2004, a Resolução COFEN 293 revogou a Resolução COFEN 189/96, mantendo a afirmação de que as características relacionadas à clientela devem basear-se em um Sistema de Classificação de Pacientes, e orienta que este possa ser adequado à realidade estudada. Acrescenta em seu Artigo 4º, parágrafo 5º que para unidades psiquiátricas deve-se classificar o paciente tomando como base suas características assistenciais específicas e adaptá-las ao SCP utilizado na Instituição. No parágrafo 6 coloca que o cliente especial ou psiquiátrico, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários (COFEN, 2004).

Os SCP's tornam-se um instrumento para auxiliar a gerência baseada em evidência, sendo considerada um Sistema de Informação em Saúde. Eles geram **um banco de dados onde é possível construir um diagnóstico situacional; identificar** o perfil assistencial do processo de cuidar; monitorar a evolução do paciente bem como a distribuição e alocação da equipe de enfermagem dentro da Instituição (SANCHES ET AL, 2003).

Nohama (1998) considera que os Sistemas de Informação Hospitalar não são somente um banco de dados e um sistema de comunicação, mas uma base de conhecimento clínico que contém regras e estatísticas capazes de gerar alertas, implementar protocolos clínicos e classificar pacientes de acordo como sua complexidade assistencial. Neste sentido, o Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo – desenvolveu seu SCP no ano de 1993, o ENFSCORE®. Em 1999 ele já estava em um banco de dados informatizado disponibilizando, em tempo real, relatórios e gráficos para uso gerencial e assistencial (HOKAMA & SERRANO, 2011).

### **1.3 Referencial Teórico**

#### **1.3.1 Sistemas de Classificação de Pacientes**

Um Sistema de Classificação de Pacientes é a identificação e classificação de pacientes em graus de cuidados, ou categorias e a quantificação destas categorias como uma medida dos esforços de enfermagem requeridos (GIOVANNETTI, 1979). Este mesmo autor reitera que ao agrupar os pacientes em categorias de cuidados possibilita dimensionar os recursos humanos adequadamente.

De Groot (1989) considera um conceito mais amplo de SCP, de forma que não o trata como apenas um instrumento para a classificação de pacientes, mas:

“um método que permite determinar, validar e monitorar a demanda de cuidado requerido por cada paciente, ao longo de um período, sendo esses dados essenciais para dimensionar pessoal, planejar custos com a assistência e manter os padrões de qualidade da mesma. É uma ferramenta essencial para o gerenciamento em enfermagem” (p.30).

Autores recentes acrescentam que os SCP's são ferramentas de pessoal muito utilizada em vários setores da saúde. Servem como indicadores de esforço de trabalho e revelam aspectos que afetam o processo de trabalho da enfermagem, e finalmente, os resultados dos cuidados de enfermagem (FASOLI, FINCKE & HADDOCK, 2011). Neste sentido a American Nursing Association (ANA) afirma que é possível avaliar a estrutura dos cuidados de enfermagem através de um dimensionamento adequado de pessoal (horas de enfermagem por paciente por dia), nível de habilidade desta equipe e educação/certificação deste pessoal. Coloca o quantitativo de pessoal de enfermagem como um Indicador de Qualidade de Enfermagem e uma ferramenta para avaliação de estrutura (MONTALVO, 2007, p.3).

Para determinar o número de profissionais, a melhor estratégia inclui o reconhecimento do perfil da população a ser atendida, o grau de dependência da enfermagem e ou o nível de autossuficiência do paciente. Cabe ainda ressaltar que o



sistema de classificação de pacientes é considerado “sistema”, pelas várias partes que se integram, não sendo utilizado apenas para viabilizar o dimensionamento de enfermagem, mas também como indispensável para a oferta de assistência de maior qualidade, planejamento de planta física do serviço, alocação de pessoal, entre outros. Possibilita igualmente, o monitoramento da produtividade, dos custos dos serviços de enfermagem e da qualidade da assistência oferecida (MORATH, 1990).

Williams e Anderson (1992) visualizam os Sistemas de Classificação de Pacientes como um sistema de identificação e contribuição para o cuidado individualizado de enfermagem para grupos de pacientes com necessidades específicas, assegurando maior efetividade e produtividade do pessoal de enfermagem (WILLIAMS & ANDERSON, 1992).

Dentre autoras nacionais contamos com a definição de Gaidzinski (1994):

“o Sistema de Classificação de Pacientes pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido nos cuidados diretos e indiretos, bem como o quantitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicossocio-espirituais do paciente”.

Perroca (1996, p.7; 2000 p.9) define como um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerida, ou seja, baseada no grau de complexidade da assistência de enfermagem.

Outro autor, nacional, indispensável à temática é José Rodrigues Filho que afirma um SCP ser indispensável à gerência de enfermagem, trazendo como benefício à melhoria da qualidade do cuidado por meio da individualização das necessidades dos pacientes. Possibilita haver a construção de um banco de dados para gerar informações para o processo de tomada de decisão em áreas referentes à alocação do pessoal de enfermagem determinação dos custos, planejamento orçamentário, monitoramento da produtividade e da carga de trabalho (RODRIGUES FILHO, 1992a).

### **1.3.2 O Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos.**

O sistema em questão é definido, por Martins (2006) como um instrumento que determina o nível de dependência dos pacientes acometidos por episódios agudos de transtornos mentais, com base em suas necessidades individualizadas aos cuidados de enfermagem (MARTINS, 2006; 2008).

A classificação do paciente é obtida por intermédio do uso do instrumento que contém 11 indicadores críticos do cuidado psiquiátrico, com três níveis de gradação cada um. A pontuação varia de 11 a 33 pontos, distribuindo em três categorias. Os indicadores críticos constituintes deste SCP e suas denominações foram elaborados, baseando-se no Roteiro de Observação de Comportamento de pacientes internados em hospital psiquiátrico proposto por Arantes (1968) e nos modelos de instrumentos e sistemas já estudados por Fugulin (1994), Perroca (1996; 1998), bem como, na experiência da autora do estudo.

Nas unidades de internação psiquiátrica, vivenciam-se situações específicas do paciente agudizado, principalmente relacionadas aos aspectos comportamentais e emocionais não abordados claramente em nenhum Sistema de Classificação de Pacientes.

Ao realizar a investigação bibliográfica sobre o número ideal de profissionais de enfermagem para atender a demanda de pacientes psiquiátricos há duas publicações norteadoras: a primeira “Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais” foi elaborada, em 1992, pelos Técnicos da Secretaria de Estado da Saúde do Estado e Município de São Paulo e contemplam a psiquiatria como leitos inseridos em um Hospital Geral; recomenda 5,5 horas de assistência de enfermagem nas 24 horas/ por paciente em uma proporção de 20% Enfermeiros e 80% Auxiliares de Enfermagem (COELHO JR & MAEDA, 1992).

A segunda publicação relacionada é a recomendação da Portaria GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002, onde: para as 24 horas de assistência de enfermagem à pacientes psiquiátricos deve haver 04 Auxiliares de Enfermagem para cada 40 leitos e 01 Enfermeiro para cada 40 leitos em 20 horas semanais. Esta Portaria estabelece as diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos de acordo como o número de leitos e pontuação no Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS (BRASIL, 2002).

Logo, questiona-se: é possível um enfermeiro prestar a assistência de enfermagem individual e adequada a 40 pacientes psiquiátricos em 20 horas/semana? Será que 5,5 horas de assistência de enfermagem/por paciente/dia é o suficiente? Como implementar o Processo de Enfermagem de acordo com Resolução COFEN nº 358/2009? Como estabelecer um Projeto Terapêutico Individual? As novas práticas assistenciais, intra e extra-hospitalares, no campo da saúde mental exigem remodelações ou adaptações no âmbito gerencial da enfermagem psiquiátrica.

### **1.3.3. O Gerenciamento Baseado em Evidências**

O movimento denominado de Prática Baseada em Evidências (PBE) associada à medicina nasceu no Canadá com um grupo de estudos da Universidade McMaster, na década de 1980, com a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e do ensino. O seu propósito é o de enfrentar a lacuna entre pesquisa e prática integrando as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do paciente (SACKETT, STRAUS, RICHARDSON ET AL, 2003). No Reino Unido ocorreu em decorrência da necessidade de aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde e diminuir os custos operacionais (GERRISH & CLAYTON, 1998). No Brasil, esse movimento desenvolve-se na medicina, principalmente em universidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul; na enfermagem é um movimento

incipiente e a maioria da literatura disponível encontra-se em língua inglesa (GALVÃO, SAWADA & MENDES, 2003).

A PBE é uma abordagem que envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos. A competência clínica do profissional e as preferências do cliente são aspectos também incorporados nesta abordagem, para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde (GALVÃO, SAWADA & MENDES, 2003).

A Enfermagem Baseada em Evidência (EBE) tem sua origem no movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e é definida como “o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência para tomar decisão sobre o cuidado individual do paciente”. A enfermagem ainda não dispõe de pesquisas em quantidade e com as características necessárias para sustentar a prática baseada em evidências. No entanto, a ausência de evidência de alta qualidade não impossibilita a tomada de decisões baseada em evidência; nessa situação, o que é requerido é a melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível (GALVÃO, SAWADA & MENDES, 2003).

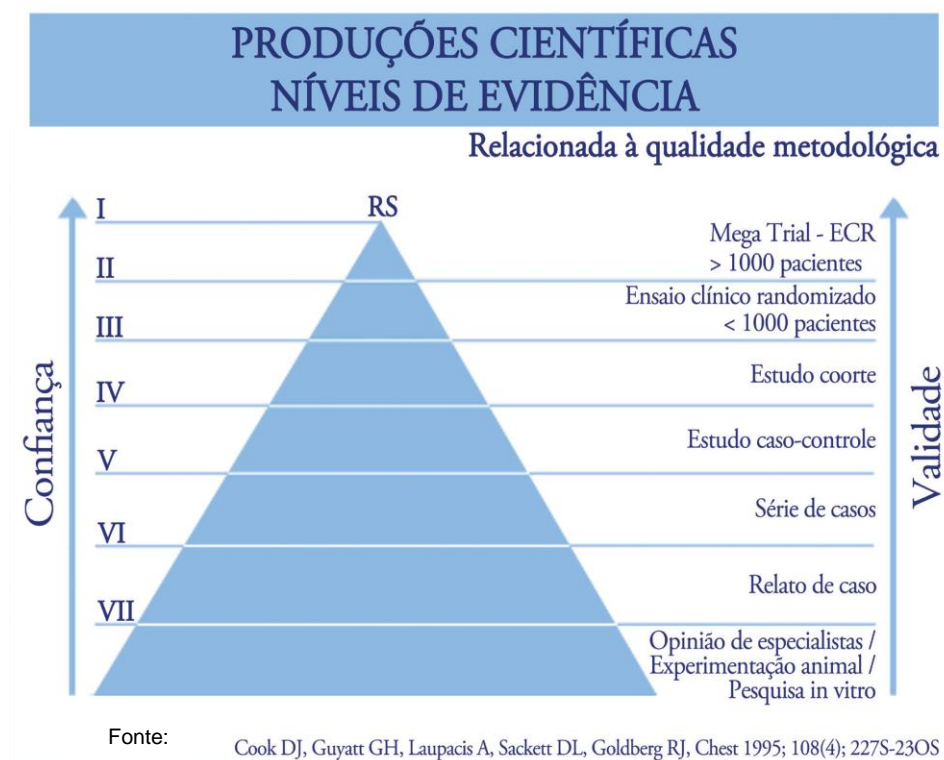
As evidências são classificadas em cinco níveis de acordo com a força: *nível 1* - evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados controlados bem delineados; *nível 2* - evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado controlado de delineamento apropriado e tamanho adequado, com mais de 1.000 pacientes (mega Trial); *nível 3* - evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós, coorte, séries temporais ou caso – controle, ensaios clínicos com menos de 1.000 pacientes; *nível 4* - evidência de estudos bem delineados não experimentais realizados em mais de um centro ou grupo de pesquisas; *nível 5* - opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (DOMENICO & IDE, 2003; GALVÃO, SAWADA & MENDES, 2003). A qualidade da evidência pode ser categorizada em três níveis: nível I - evidência ouro, pelo menos, um estudo randomizado, controlado, de delineamento apropriado e tamanho adequado; nível II - evidência de estudos bem delineados sem randomização, coorte ou caso-controle; nível III - opiniões de autoridades respeitadas. Assim, o uso apropriado da evidência científica pode nortear a decisão clínica com benefícios e redução de danos ao paciente. Essa integração dos

componentes compõe o conceito de saúde além das evidências (ATALLAH e CASTRO, 1998).

Com base nas melhores evidências disponíveis, na ausência de evidências de alta qualidade, existem *guidelines* (guias) criadas por consenso de especialistas no assunto, com o objetivo de uniformizar a assistência, adaptar à realidade local, levando em conta o custo-benefício das intervenções. Os autores buscam focar questões clínicas específicas, através de processos explícitos, visando dar assistência aos clínicos e planejadores de saúde pública (ATALLAH e CASTRO, 1998).

Na figura abaixo tem – se a distribuição dos níveis de evidência de acordo com a metodologia utilizada e o grau de confiança.

**Figura 1.** Relação entre as produções científicas, níveis de evidência e grau de confiança. Ontário, Canadá, 1995.



A Gestão Baseada em Evidência (GBE) tem suas raízes na PBE, podendo ser completamente voltadas para a Enfermagem. Há paralelos, pois os métodos e as ferramentas da PBE têm sido utilizados para nortear a GBE. Nas duas instâncias, a

melhor evidência disponível deve ser identificada, introduzida, implementada e avaliada nos contextos de saúde (SPIRI & MACHPHEE, 2013).

A gestão pode ser descrita como um processo de incorporação de aspectos interpessoais e técnicos através dos quais os objetivos de uma organização são consumados através da utilização eficiente e eficaz dos recursos. Em enfermagem, o processo de gestão consiste na reunião de dados, planejamento, organização e administração de pessoal, liderança e controle. Vista como uma atividade da gestão, a alocação de pessoal implica uma adequada manutenção da proporção “trabalhador de enfermagem e carga de trabalho” sendo algo essencial para um resultado de cuidados favorável. A gestão de pessoal é algo multifatorial e dimensional, envolvendo as áreas da liderança, gestão de recursos humanos e relações interpessoais. Assim, através da GBE garantimos que as necessidades de cuidados dos pacientes sejam atendidas (FAGERSTRÖM, 2009).

Segundo Muir Gray (1997), há quatro causas principais atrás do aumento da necessidade pelo cuidado de saúde baseado em evidência: a primeira e desencadeante do todo o processo é o envelhecimento com aumento da expectativa de vida populacional que demanda mais procura pelos serviços de saúde, inclusive de enfermagem, entumecendo os custos; o efetivo dimensionamento e alocação da equipe de enfermagem devem ser priorizados. As outras causas estão relacionadas com a mudança das expectativas dos pacientes e funcionários em relação ao sistema de saúde e cuidado de enfermagem, e por último a incorporação de novas tecnologias e inovações (FAGERSTRÖM, 2009).

Ao falarmos de inovações, Spiri & MachPhee (2013) apontam – nas como um novo modo de pensar sobre gestão: gerenciando com novas idéias tecnológicas, organizacionais e sociais. Mc Closkey e colaboradores (1994) também vislumbraram a importância de usar a evidência para sustentar/encorajar as novas inovações. Desde então, inovação tem sido reconhecida como a chave para o sucesso organizacional, incluindo as instituições de saúde. O uso da melhor evidência disponível e inovação estão intimamente ligados. Termos provenientes da Teoria da Inovação, como “expansão/difusão/propagação” e “reconhecimento/aprovação” estão frequentemente associadas com a absorção e difusão da evidência nos serviços de saúde. Inovação requer a identificação bem sucedida da melhor evidência disponível para resolver

problemas e necessidades específicas; avaliação crítica ou ponderação sistemática da evidência para construir um caso para a implementação da inovação dentro de um contexto ou ambiente organizacional; e um contínuo monitoramento e avaliação da evidência após implementação para promover a sustentabilidade (SPIRI & MACPHEE, 2013, p.1-2).

No cuidado em saúde, há dois corpos de evidência para os líderes considerarem: a PBE está associada com a inovação clínica e excelência em práticas clínicas padronizadas, enquanto que a GBE está associada com a tomada de decisão gerencial eficaz e de inovações organizacionais tais como a utilização eficaz de recursos e implementação das normas de segurança com qualidade.

Nos últimos anos, é possível perceber que a introdução do modelo da prática sustentada em evidências e a importância dada à obtenção de resultados, no serviço de enfermagem, têm levado à utilização cada vez maior de ferramentas de gestão. Para atender a esta demanda, pesquisadores têm se preocupado em desenvolver instrumentos específicos, em realizar adaptação transcultural ou aprimorar os já existentes, disponibilizando escalas válidas e confiáveis para os usuários (PERROCA, 2011).

#### **1.4 Finalidade**

A classificação de pacientes psiquiátricos, como ferramenta na identificação da demanda de cuidados, pode viabilizar um caminho efetivo para que, baseado nesta evidência, seja possível equilibrar as questões de demanda, oferta, qualidade e segurança em unidades de internação psiquiátrica.

De Groot (1989, p.31) afirma que os SCP's são uma ferramenta essencial na prática gerencial utilizada para prever, validar e avaliar a quantidade de cuidado prestado por cada categoria profissional de enfermagem, por tipo de paciente, por unidade (enfermaria) e por turno. Complementarmente Giovannetti & Johnson (1990, p.35) e Rodrigues (1992b) apontam que a distinção entre dependência e independência é a base para determinar os custos de enfermagem.

Em estudo nacional, Perroca e Gaidzinski (2002) afirmam categoricamente que os gerentes de enfermagem podem utilizar os SCP's como instrumento para:

- Proporcionar meio objetivo e científico para identificação das necessidades de atenção de enfermagem aos pacientes;
- Desenvolver o gerenciamento em enfermagem baseado em evidências e tomar decisões referentes aos cuidados com a equipe e com os pacientes psiquiátricos com base nessas evidências;
- Nortear a alocação quanti/qualitativa de recursos humanos para a assistência de enfermagem;
- Fortalecer a argumentação no processo de negociação com a administração;
- Favorecer a obtenção de dados referentes à qualidade do cuidado proporcionado;
- Obter eficaz sistema de comunicação das diferentes necessidades de atenção de enfermagem dos pacientes,
- Nortear a organização dos serviços, o processo de tomada de decisão e o planejamento da assistência de enfermagem;
- Caracterizar a clientela usuária dos serviços estabelecendo o perfil do cliente para cada tipo de cuidado ou grau de dependência;
- Auxiliar no processo orçamentário do Serviço de Enfermagem apontando a diferente intensidade de utilização dos recursos na assistência.

Com base em estudos nacionais e internacionais, já não é possível negar a importância do uso de SCP's na enfermagem, tanto na esfera assistencial como na gerencial, pois os servem para identificar e dar suporte às demandas do paciente, como ferramenta no processo de tomada de decisão do enfermeiro; identificar e validar os resultados das intervenções de enfermagem, entre outras funções e ainda assim são escassos os estudos nacionais publicados para esta população específica.

Em estudo recente, Gaidzinski (2005) reitera todas as considerações acima e acrescenta a possibilidade de calcular o tempo dispendido, pela equipe de enfermagem,



nos cuidados diretos e indiretos e o quantitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais dos pacientes.

Considerando a necessidade de incentivar práticas alternativas que contribuam pra a desinstitucionalização oferecendo ao usuário um modelo de atenção que proporcione maior humanização, promoção de sua reintegração psicossocial, reforço de sua cidadania surge o “Centro de Atenção Integral em Saúde Prof. Cantídio de Moura Campos” surge em 2008, através do Decreto Estadual nº 53.269 de 23 de julho de 2008. Altera sua denominação de “Hospital Psiquiátrico Cantídio de Moura Campos” para “Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Professor Cantídio de Moura Campos” (SÃO PAULO, 2008).

O CAIS “Professor Cantídio de Moura Campos” surge com a missão de atender 100% dos casos que necessitem de internação hospitalar desde que esgotadas todas as possibilidades de intervenção na rede de serviços extra-hospitalares e que mesmo assim, encontram - se em vulnerabilidade social oferecendo risco para si e a terceiros, visando à remissão de sintomas e apoio à ressocialização. Opera com 125 leitos distribuídos da seguinte forma: 44 leitos para Agudos (20 masculino e 24 feminino), 54 pacientes no Serviço de Residência Terapêutica e 27 Moradores (idosos e neurológicos); atende ao DRS VI que abrange 68 municípios e uma média populacional de 1.646.604 habitantes, sendo um Hospital Referência para pacientes agudizados.

Assim, este trabalho apresenta-se com a finalidade de aprimorar a assistência de enfermagem psiquiátrica baseada em evidências, e como produtos finais: a modificação do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos utilizado (apêndice 2) e o dimensionamento adequado da Unidade Interagir utilizando os parâmetros da Resolução COFEN nº293\2004.

# *Objetivos*



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (2010) : ao meio o prédio central da administração, à direita (atrás das árvores) a Unidade Interagir e ao fundo a EMBRAER.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Dimensionar a equipe de enfermagem, da Unidade de Internação à Pacientes Acometidos por Transtornos Mentais Agudos, de um Hospital Psiquiátrico Público Estadual, referência regional, por meio da aplicação de um instrumento de classificação de pacientes psiquiátricos validado.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

1º: Confrontar o quadro existente (atual) com o quadro projetado por categoria profissional de acordo com a Resolução COFEN nº293/2004;

2º: Adequar, à realidade institucional, o instrumento proposto por Martins (2006);

3º: Adaptar os graus de dependência proposto por Martins (2006) aos graus de dependência proposto pela Resolução COFEN nº 293/2004;

# *Material e Método*



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (1969): Portaria principal do complexo hospitalar

### 3. MATERIAL E MÉTODO.

#### 3.1 Tipo de estudo

A pesquisa caracteriza-se como exploratório-descritiva, transversal, de abordagem quantitativa. O procedimento metodológico utilizado é o **estudo de caso com abordagem quantitativa para análise dos dados**.

As pesquisas exploratório-descritivas têm como finalidade analisar as características de um determinado grupo, proporcionando maior familiaridade com o problema de pesquisa (GIL, 2004).

O estudo de caso investiga fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, quando as fronteiras entre fenômeno e contexto são pouco explícitas e há necessidade de se utilizar múltiplas fontes de evidências. Este método permite explicar, descrever, avaliar e explorar situações. É comumente utilizado para questões de pesquisa do tipo 'como' e 'por que', quando o investigador tem pouco ou nenhum controle sobre o evento (YIN, 2001).

Gil (2004) o define:

“estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados. O estudo de caso proporciona ao pesquisador uma visão global do problema, focalizando-o na sua totalidade sendo possível identificar os possíveis fatores que o influenciam ou são por ele influenciados. O que torna exemplar um estudo de caso é ser significativo, completo, considerar perspectivas alternativas” (p.54).

Contudo esse método é criticado principalmente pelo fato de não ser possível à generalização dos resultados. Porém, Yin (2001) defende que da mesma maneira que os experimentos, os estudos de casos são passíveis de generalização.

Assim sendo, ao tomar como objeto de estudo o dimensionamento de pessoal de enfermagem psiquiátrica em um hospital psiquiátrico, levando em conta suas características e particularidades, a presente investigação é considerada um caso bem delimitado, pois possibilita compreender a amplitude de seu contexto e sua complexidade e também por ser um fenômeno contemporâneo que permite uma concepção crítica da realidade estudada.

### **3.1.1 – Delineamento**

O delineamento escolhido foi o transversal.

### **3.1.2 - População-alvo**

Para a classificação foram incluídos pacientes psiquiátricos, de 18 a 65 anos, internados na Unidade de Transtornos Mentais Agudos – Unidade Interagir, do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” e que concordaram com a pesquisa mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1).

A população foi caracterizada de acordo com as variáveis abaixo, obtidas por meio de entrevistas com o paciente e consulta ao respectivo prontuário (anexo 1).

- a) Sexo do paciente;
- b) Idade do paciente;
- c) Estado civil;
- d) Número de filhos;
- e) Escolaridade;
- f) Uso de drogas lícitas internação (Não/Sim) – Tipo;
- j) Uso de drogas ilícitas (Não/Sim) – Tipo;
- h) Primeira internação (Sim/Não);
- i) Tipo de internação (Voluntária/ Involuntária/ Ordem judicial);

- j) Antecedentes familiares psiquiátricos (Não/Sim);
- k) Comorbidades clínicas (Não/Sim) – Quais;
- l) Contenção química no dia da internação (Não/Sim) – Medicação;
- m) Contenção mecânica no dia da internação (Não/Sim);
- n) Hipótese Diagnóstica de internação;
- o) Tempo de internação (dias);
- p) Tempo de observação (dias);
- q) Licença médica (dias);
- r) Motivo da internação;

### **3.1.3 - Medição das variáveis**

O escore de dependência dos cuidados de enfermagem será medido com o SSCP que contém 11 indicadores críticos do cuidado psiquiátrico, com 03 níveis de gradação cada um: Discreta, Intermediária e Plena. O valor da soma dos pontos obtidos – de 11 a 33 – assinalados pelo Enfermeiro responsável pela avaliação do paciente evidencia seu nível de dependência aos cuidados da enfermagem psiquiátrica (anexo 1).

### **3.1.4 – Amostragem**

#### **3.1.4.1 Plano amostral**

Plano amostral não probabilístico do tipo intencional.

#### **3.1.4.2 Determinação do número mínimo de sujeitos**

Foram entrevistados todos os pacientes pertencentes à população-alvo dentro do prazo previsto, que foi de 120 dias. Portanto, não houve necessidade de cálculo do tamanho mínimo amostral pelo fato de ser possível observar todos os pacientes no período considerado.

#### **3.1.5 – Análise Estatística**

Devido o propósito de a pesquisa ser apenas estimar o grau de dependência do paciente, não houve emprego de testes estatísticos com fins de estimar efeitos, diferenças ou relações; apenas uso da estatística descritiva.

#### **3.1.6 – Vícios**

##### **3.1.6.1 Erro sistemático de delineamento**

O delineamento transversal é o mais indicado para o propósito. Portanto, não haverá erro sistemático devido ao delineamento e, conseqüentemente, na ausência de vício devido o delineamento.

##### **3.1.6.2 Erro sistemático de seleção**

Considerando que todos os pacientes observados dentro do período determinado constituem uma amostra do grau de dependência do hospital, a existência de erro sistemático de seleção fica condicionada a um possível efeito sazonal sobre o



grau de dependência, mas que não acreditamos existir. Portanto, não acreditamos haver erro sistemático de seleção ou, no pior cenário, acreditamos haver um fraco efeito do erro existente sobre a geração de vício de seleção.

### **3.2 Local de estudo**

A cidade de Botucatu possui uma população estimada em 127.328 habitantes<sup>2</sup>, localiza – se na região Centro – Oeste do estado, distante 235 km da capital, conhecida como a “Cidade dos Bons Ares e Boas Escolas”. O sistema de saúde hospitalar do município é formado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (FMB – UNESP) com 377 leitos gerais clínicos e cirúrgicos (03 leitos de psiquiatria para observação de até 48hs); pelo Centro de Atenção Integral à Saúde “Prof. Cantídio de Moura Campos” com 120 leitos Psiquiátricos – ambas as Instituições Públicas - e pela Santa Casa de Misericórdia de Botucatu, Instituição Privada com 97 leitos gerais clínicos e cirúrgicos. Na área de Saúde Mental, a cidade conta com os seguintes Serviços Extras – Hospitalar: Oficina Terapêutica “Estação Girassol”; Centros de Atenção Psicossocial – “Espaço Vivo” (CAPS II) e “Renascer” (CAPS AD - Álcool e Drogas); Ambulatório de Saúde Mental (ASM) <sup>3</sup>.

O Hospital Psiquiátrico Cantídio de Moura Campos iniciou seu funcionamento em 05 de Julho de 1969 com o objetivo de ser referência para atendimento em regime de triagem e internação de pacientes acometidos por transtornos mentais agudos, de ambos os sexos, com total de 360 leitos. Ao final da década de 70, em decorrência da proposta da Reforma Psiquiátrica que atingiu todos os hospitais psiquiátricos da cidade de São Paulo, aproximadamente 150 pacientes vieram transferidos dos hospitais de Franco da

---

<sup>2</sup>IBGE, 2011

<sup>3</sup>[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=31&VTipo\\_Leito=2&VListar=1&VEstado=35&VMun](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=31&VTipo_Leito=2&VListar=1&VEstado=35&VMun)

Rocha, Pinel, Água Funda e Vila Mariana, consistindo na atual população inicial de moradores deste hospital. Nesta época, foi estruturado fisicamente em três Alas: A – Moradores Crônicos com dependência da equipe de enfermagem para atividades básicas da vida diária; B – Dependentes Químicos e C – Psicóticos Agudos, mantendo a separação por sexo<sup>4</sup>.

Ao final da década de 90, foram montados os Serviços Extras – Hospitalares: as Residências Terapêuticas, a Oficina Terapêutica “Estação Girassol” e os Centros de Atenção Psicossocial – “Espaço Vivo” (CAPS II) e “Renascer” (CAPS II - Álcool e Drogas) – a fim de buscar uma melhor e maior resolubilidade na assistência em Saúde Mental do Município de Botucatu<sup>3</sup>.

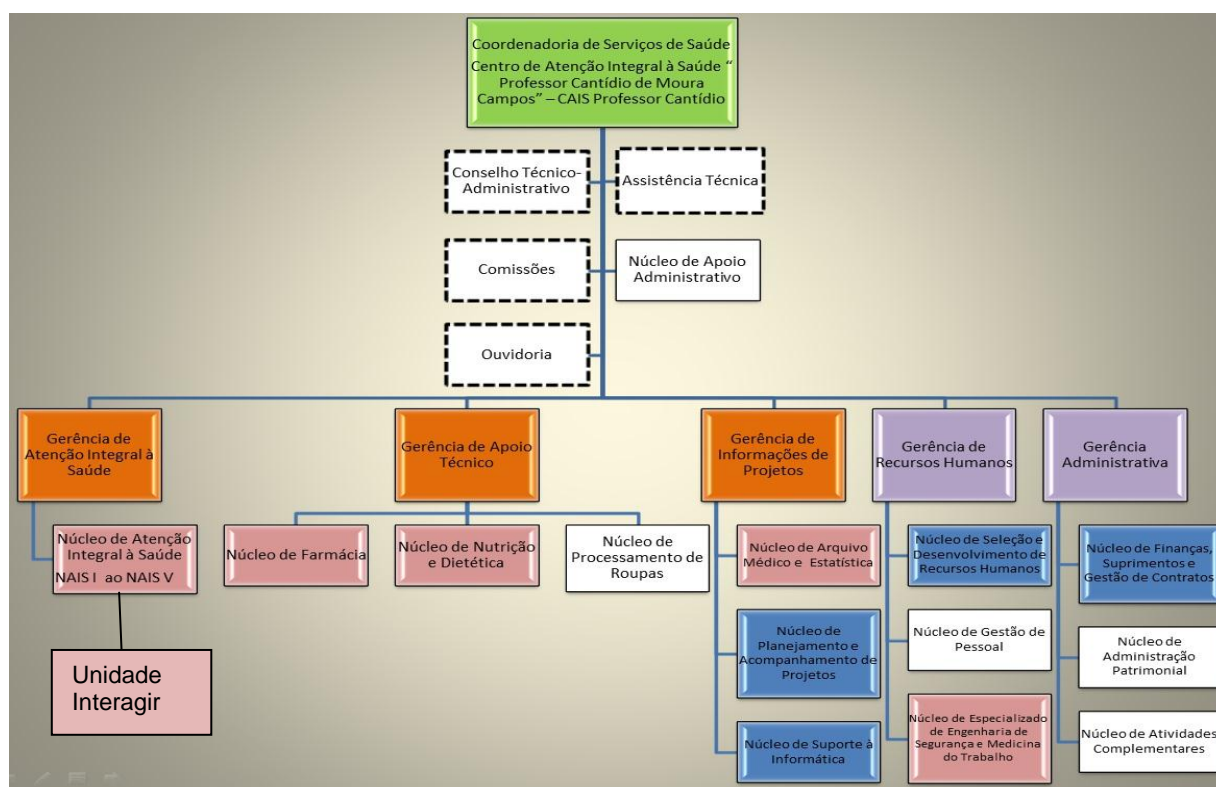
Atualmente, através do Decreto nº 53.269 de 23 de julho de 2008, o então Hospital Psiquiátrico, teve sua denominação alterada para Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) “Prof. Cantídio de Moura Campos” sendo ampliado seu atendimento para garantir a sustentabilidade da assistência extra – hospitalar<sup>3</sup>. Abrange a DRS VI com 68 municípios e uma média populacional de 1.646.604 habitantes (SÃO PAULO, 2008).

A Instituição é composta por cinco Gerências vinculadas a uma Diretora Técnica. A Unidade Interagir é vista como um Núcleo de Atenção Integral à Saúde (NAIS V), vinculada à Gerência de Atenção Integral à Saúde (GAIS). Esta Gerência é responsável por todos os Serviços de Saúde conforme organograma na figura 2.

---

<sup>4</sup>Intranet da Instituição

**Figura 2.** Organograma do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”. Botucatu, 2013.



Fonte: intranet Centro de Atenção Integral à Saúde “Prof. Cantídio de Moura Campos”.

A Unidade de Internação à Pacientes Acometidos por Transtornos Mentais Agudos - Unidade Interagir - visa atender 100% dos casos que necessitem de internação hospitalar desde que esgotadas todas as possibilidades de intervenção na rede de serviços extra-hospitalares e que mesmo assim, encontrar-se em vulnerabilidade social oferecendo risco para si e a terceiros, visando à remissão de sintomas e apoio à ressocialização; possui 54 leitos, sendo 30 masculinos e 24 femininos. Atualmente, após o Decreto, há apenas a separação das Enfermarias por sexo<sup>5</sup>.

<sup>5</sup>Intranet da Instituição

A Taxa de Ocupação Geral da Unidade Interagir no ano de 2010 foi de 88,5%; 90,2% em 2011 e 74% em 2012. A queda ocorrida no ano de 2012 deve-se à necessidade de bloquear 10 leitos masculinos, passando de 30 leitos para 20 leitos ativos<sup>6</sup>. Houve uma queda brusca na Taxa da Ocupação da Enfermaria Feminina, nos meses de Dezembro e Janeiro, conferindo uma sazonalidade atípica em relação aos respectivos meses dos anos 2010, 2011 e 2012. O mês de Dezembro apresentou uma Taxa de Ocupação de 83% no ano de 2010 e 84% em 2011; o mês de Janeiro houve uma Taxa de Ocupação de 95,5% no ano de 2011 e 89% em 2012 (apêndice 3).

Em uma série histórica - 2010, 2011 e 2012 - acerca do perfil das internações da Unidade Interagir de acordo com as modalidades de internação, primeira internação, re – internação e total de internações por sexo, verifica – se que o número total de internações vem aumentando progressivamente sendo que as mulheres internaram mais nos anos de 2010 e 2012; no ano de 2011 o número de internações masculinas foi maior devido à abertura de 02 leitos extras por um período do ano. As internações voluntárias predominam como modalidade de internação indo de encontro com os achados no período da coleta de dados, sugerindo a importância que os próprios pacientes conferem à internação. Quanto ao número de internações, a primeira internação ocupa em média 60% do total das internações nos anos de 2010 e 2011; em 2012 60,2% das internações foram reinternações. Esta inversão nas frequências de internações ainda não foi explicada pela Instituição; talvez seja pelas mudanças de Coordenação cuja consequência possa ter sido altas hospitalares precoces. A tabela 2 (apêndice 3) elucida esta série histórica.

A Equipe de Enfermagem da Instituição é composta por 276 funcionários, sendo 19 Enfermeiras. A Equipe de Enfermagem da Unidade Interagir é composta por 41 Auxiliares de Enfermagem e 06 Enfermeiras. A Responsabilidade Técnica de Enfermagem é exercida por uma Enfermeira que também possui cargo de Assistente Técnico de Saúde, este, vinculado diretamente à Diretoria Técnica da Instituição. O quadro abaixo mostra a distribuição das mesmas na Instituição.

---

<sup>6</sup> Núcleo de Informação Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (NIH – SES).

**Quadro 1.** Distribuição das Enfermeiras (n = 19) do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, segundo a lotação. Botucatu, 2013.

Responsável Técnico de Enfermagem do Cais Cantídio	Diretor Técnico de Saúde (CAPS II, NEESMT)	Serviços de Saúde Externos (CAPS Ad, CAPS II, OTG, ASM).	Serviço de Residência Terapêutica e Moradores (SRT, CAI)	Unidade Interagir Feminina	Unidade Interagir Masculina	Folguista
01	02	07	03	02	02	02

A jornada semanal é de 30 horas, distribuídas na jornada diária de 6 horas. A equipe do turno da manhã (das 07h00min às 13h15min) e do turno da tarde (das 13h00min às 19h15min) cumpre sua jornada de segunda à sexta – feira; já a equipe do turno noturno (das 19h00min às 07h15min) cumpre sua jornada de forma contínua e ininterrupta; o período diurno de todos os finais de semana e feriados é coberto com plantões pagos de 12 horas (das 07h00min às 19h00min) para ambas as categorias profissionais. A distribuição da equipe de enfermagem pode ser mais bem visualizada na tabela abaixo.

**Tabela 1.** Distribuição diária da Equipe de Enfermagem conforme o Quadro de Pessoal Atual da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”. Botucatu, 2013.

		2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	SÁB.	DOM.
Auxiliares de Enfermagem	M	5*	5	5	5	5	3 <sup>*‡</sup>	3 <sup>‡</sup>
	T	4*	4	4	4	4	-	-
	N	3*	3	3	3	3	3*	3
	<b>TOTAL</b>	12*	12	12	12	12	6	6
Enfermeiro	M	1*	1	1	1	1	1 <sup>*‡</sup>	1 <sup>‡</sup>
	T	1*	1	1	1	1	-	- <sup>‡</sup>
	N	2 <sup>*‡</sup>	2	2 <sup>‡</sup>	2 <sup>‡</sup>	2 <sup>‡</sup>	2 <sup>*‡</sup>	2 <sup>‡</sup>
	<b>TOTAL</b>	4*	4	4	4	4	3 <sup>*‡</sup>	3 <sup>‡</sup>

M: manhã (7h00min às 13h15min) / T: tarde (13h00min às 19h15min) / N: noite (19h00min às 07h15min) / SAB: sábado/ DOM: domingo.

\*número de profissionais de enfermagem por enfermaria: masculina e feminina

‡ número de plantões pagos de 12 horas (das 7h00min às 19h00min ou das 19h00min às 7h00min).

Os plantões pagos de 12 horas são uma rotina na Instituição e conferem, muitas vezes, um segundo vínculo empregatício para muitos profissionais. O limite máximo de plantões por Enfermeira é de 10; para os Auxiliares de Enfermagem é de 03, entretanto muitos fazem até 05 plantões. Na tabela encontra – se a distribuição da quantidade de plantões pagos cedidos (1.160 plantões) no ano de 2012, para a Unidade Interagir. Apesar das Enfermeiras cobrirem *todos* os noturnos, feriados e finais de semana com plantão pago, os Auxiliares de Enfermagem representaram 60% dos plantões.

**Tabela 2.** Distribuição dos plantões pagos, em dias, para cobertura dos feriados e folgas semanais do ano de 2012, segundo a categoria profissional, da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por turno de trabalho. Botucatu, 2013.

		Auxiliares de Enfermagem	Enfermeiro	Total
<b>Feriados</b> (n=11 dias)	Diurno	66	22	88
	Noturno	-	22	22
<b>Folgas Semanais</b> (n=105 dias)	Diurno	630	210	840
	Noturno	-	210	210
<b>TOTAL</b>		<b>696(60%)</b>	<b>464(40%)</b>	<b>1.160</b>

As outras unidades internas do CAIS, como SRT e CAI, também são cobertas com plantões pagos aos finais de semana e feriados no período diurno para ambas as categorias e período noturno para Enfermeira.

### **3.3 Coleta de dados**

Os dados foram coletados relacionados a dois aspectos que influenciam diretamente a assistência da equipe de enfermagem: aspectos relacionados à população – alvo (classificação dos pacientes) e à equipe de enfermagem (jornada de trabalho, ausências previstas e não previstas).

#### **3.3.1 Relacionada à população – alvo**

Foram classificados 150 pacientes dos 154 internados no período de 01/11/2012 à 28/02/2013. A coleta de dados foi realizada de sábado à quinta – feira no período da manhã, e às sextas – feiras, no período da tarde. O tempo para a observação e preenchimento do instrumento não foi estabelecido, ficando a critério da pesquisadora. A abordagem inicial era feita no dia seguinte da internação, dadas às condições mentais do paciente e de segurança para a pesquisadora. Não houve desistência de nenhum paciente, 03 pacientes eram menores de idade e 01 (um) paciente maior de 65 anos, portanto, não contemplavam o critério de inclusão “idade”.

Abaixo, os passos realizados para a classificação dos pacientes:

**1ª passo:** a primeira abordagem deu-se de forma terapêutica, com a apresentação da pesquisadora e o convite ao paciente para uma conversa inicial no local mais conveniente para ambos;

**2º passo:** estabelecida a empatia, pesquisadora e paciente se dirigiam ao consultório procedendo à entrevista para preenchimento da caracterização;

**3º passo:** a pesquisadora solicitava um breve relato do motivo da internação com o objetivo de avaliar dois indicadores do instrumento: ***expressão do pensamento e humor/afeto***;

**4º passo:** a classificação do paciente dava – se após o término da entrevista com a colaboração da equipe de enfermagem a fim de esclarecer o nível de dependência de alguns indicadores;

**5º passo:** as informações de caracterização dos pacientes foram confirmadas ou complementadas após leitura do prontuário, bem como a hipótese diagnóstica de internação;

**6º passo:** abertura da planilha individual para proceder à classificação diária (apêndice 4), até a alta hospitalar.

Os pacientes foram codificados de forma alfanuméricos e por ordem de preenchimento do Instrumento: M1, M2, M3, M4,..., Mn, para a Enfermaria Feminina; H1, H2, H3, H4,..., Hn, para a Enfermaria Masculina. O TCLE foi aplicado no momento da entrevista, sendo uma via anexada ao respectivo prontuário e outra arquivada com a pesquisadora. Somente 03 mulheres e 01 homem não apresentavam condições mentais para entendimento da pesquisa, sendo necessário recorrer aos respectivos familiares, que prontamente autorizaram.

No geral, o tempo para a classificação durou de 3 a 4 horas diárias distribuídas entre as duas enfermarias.

### **3.2.1 Relacionada à equipe de enfermagem**

O quantitativo de pessoal de enfermagem da Unidade Interagir foi obtido através do Núcleo de Recursos Humanos, bem como as ausências previstas (folgas



semanais, férias e feriados) e as não previstas (licenças médicas, licenças pelo INSS, faltas abonadas, justificadas, injustificadas, médica, e outras licenças como prêmio, gala e nojo). O quantitativo diário de pessoal de enfermagem é distribuído de acordo com a escala mensal de trabalho por enfermagem, sendo confeccionada pelas Enfermeiras da Unidade Interagir em esquema de rodízio trimestral.

### **3.4 Caminho Metodológico**

O primeiro passo para dimensionar uma equipe de enfermagem é adotar um sistema de classificação de pacientes que seja validado e tenha sua confiabilidade testada. Neste estudo, utilizou-se o SSCP desenvolvido por Martins (2006) que é composto de 11 indicadores críticos do cuidado psiquiátrico, com três níveis de gradação cada um: discreta, intermediária e plena. O valor da soma dos pontos obtidos assinalados pelo enfermeiro responsável pela avaliação do paciente evidencia seu nível de dependência aos cuidados da enfermagem psiquiátrica. Os indicadores são: 1) cuidados com a aparência e higiene; 2) expressão do pensamento; 3) humor/afeto; 4) interação social; 5) atividades; 6) alimentação e hidratação; 7) sono; 8) medicação; 9) eliminações; 10) sinais vitais e outros controles; 11) problemas e queixas somáticas. A pontuação de 11 a 33, distribuindo os pontos em três categorias com intervalos de classe a cada oito pontos:

- 11 a 18 pontos: Grau de Dependência Discreta
- 19 a 26 pontos: Grau de Dependência Intermediária
- 27 a 33 pontos: Grau de Dependência Plena

Após quantificar a média diária de pacientes classificados por categoria de dependência, utilizou-se o método proposto por Gaidzinski (2005) para dimensionar a

equipe de enfermagem do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, através da fórmula abaixo:

$$C_k = \sum_j \frac{P_{kj}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)$$

$$t_k \cdot p_k$$

$$(1 + IST_k)$$

$$Q = \sum_k \left[ \frac{\sum_j \frac{P_{kj}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)}{t_k \cdot p_k} (1 + IST_k) \right]$$

(Fonte: Gaidzinski 2005, p. 135)

**1) Carga de Trabalho da unidade:** é o produto da quantidade média diária de pacientes assistidos, conforme o grau de dependência do paciente à equipe de enfermagem ou do tipo de intervenção pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizado, por cliente, de acordo com o grau de dependência ou intervenções realizadas.

$$C = \sum_j (n_j \cdot h_j)$$

(Fonte: Gaidzinski 2005, p. 127)

**Onde:**

**C** = carga de trabalho;

**n<sub>j</sub>** = quantidade média diária de pacientes assistidos, conforme o grau de dependência ou o tipo de intervenções;

**h<sub>j</sub>** = tempo médio diário de cuidado, conforme o grau de dependência ou o tipo de intervenção;

**j** = qualquer grau de dependência ou tipo de intervenção.

A variável “média diária de pacientes assistidos conforme o grau de dependência” (n<sub>j</sub>) foi obtido através do sistema de classificação de pacientes psiquiátricos; a variável “tempo médio diário de cuidado conforme o grau de dependência” (h<sub>j</sub>) foi obtido

através de uma adaptação das horas de enfermagem/leito nas 24 horas de acordo com o grau de dependência da Resolução COFEN nº 293/2004. A escolha de corresponder o grau de “Dependência Discreta” a 5,6 horas de enfermagem está baseada no parágrafo 6º do Artigo 4º da respectiva Resolução. No quadro abaixo, está demonstrada esta relação.

**Quadro 2.** Distribuição das horas de assistência de enfermagem/leito nas 24 horas de acordo com o grau de dependência segundo o Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos de Martins, 2006. Botucatu, 2013.

<b><i>Grau de dependência segundo a Resolução COFEN nº 293/2004.</i></b>	<b><i>Grau de dependência de acordo com o instrumento de Martins, 2006. (n)</i></b>	<b><i>Horas de Enfermagem/leito, nas 24 horas. (h)</i></b>
Pacientes de Cuidados Intermediários (PCI)	Dependência Discreta ( $n_d$ )	5,6 horas de enfermagem ( $h_d$ )
Pacientes de Cuidados Semi - Intensivos (PCSI)	Dependência Intermediária ( $n_i$ )	9,4 horas de enfermagem ( $h_i$ )
Pacientes de Cuidados Intensivos (PCIt)	Dependência Plena ( $n_p$ )	17,9 horas de enfermagem ( $h_p$ )

**2) Tempo efetivo de trabalho:** esta variável considera o tempo diário de trabalho da equipe de enfermagem, determinado pela Instituição. Entretanto, considera – se que os trabalhadores não são produtivos igualmente em todo o tempo do turno de trabalho por realizarem uma série de atividades não diretamente relacionadas às suas tarefas profissionais. Assim, considera – se 85% como tempo produtivo na jornada de trabalho (GAIDZINSKI, 2005).

$$t_{efetivo} = t_k \cdot P_k$$

(Fonte: Gaidzinski 2005, p. 135)

**Onde:**

$t_k$  = jornada de trabalho da categoria profissional;

$p_k$  = proporção do tempo produtivo da categoria profissional.

**3) Índice de Segurança Técnica:** acréscimo percentual no quantitativo de pessoal de enfermagem, por categoria profissional, para a cobertura de todos os tipos de ausências. De acordo com a literatura, entende – se como ausências previstas os dias relativos às Folgas (descanso semanal remunerado), Feriado (não coincidente com o domingo) e às Férias; como ausências não previstas os dias relativos às Faltas, às Licenças e às Suspensões. O IST é calculado, por categoria, de acordo com a fórmula de Gaidzinski (2005, p.134):

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

**Onde:**

$k$  = categoria profissional;

$E_k\%$  = percentual de ausência por folga semanal;

$F\%$  = percentual de ausência por feriado não coincidente com o domingo;

$V_k\%$  = percentual de ausência por férias anuais, segundo a categoria profissional  $k$ ;

$A_k\%$  = percentual de ausência não prevista, segundo a categoria profissional  $k$ .

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

(Fonte: Gaidzinski 2005, p. 133)

**Onde:**

**$E\%$  = percentual ausências por folga semanal;**

$e$  = número de dias de folga, por semana, dos trabalhadores da enfermagem;

$d$  = número de dias trabalhados na unidade.

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

(Fonte: Gaidzinski 2005, p. 133)

**Onde:**

**$F\%$  = percentual de dias feriados não coincidentes com domingos;**

**$f$**  = dias de feriado no ano não coincidentes com domingos;

**$D$**  = dias do ano.

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

(Fonte: Gaidzinski 2005, p. 133)

**Onde:**

**$V_k\%$  = percentual de ausências por férias anuais, da categoria profissional;**

**$k$**  = categoria profissional;

**$v_k$**  = média dos dias de férias anuais da categoria profissional  $k$ ;

**$D$**  = dias do ano.

$$A_k \% = \left( \frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) \cdot 100$$

(Fonte: Gaidzinski 2005, p. 134)

**Onde:**

**$A_k\%$  = percentual de ausências não previstas, da categoria profissional  $k$ ;**

**$k$**  = categoria profissional;

**$\sum a_{k,i}$**  = somatória dos dias médios de ausências não previstas, segundo os tipos de ausências por categoria profissional  $k$ ;

**$D$**  = dias do ano.

Os dados referentes às ausências previstas e não previstas foram lançados na planilha eletrônica (anexo 4) do programa computacional “Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem – DIPE<sup>®</sup>”, desenvolvido por Gaidzinski e colaboradores (2009), cuja finalidade é a de projetar e avaliar o dimensionamento quantitativo de profissionais de enfermagem para unidades de internação hospitalar. Este programa fornece também, outra planilha eletrônica com o caminho metodológico acima descrito (anexo 5) e a distribuição percentual dos profissionais conforme a Resolução COFEN nº 293/2004.

**4) Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem:** esta distribuição é determinada pela categoria que apresentar a maior média de pacientes, sendo a porcentagem aplicada conforme o explicitado no quadro abaixo.

**Quadro 3.** Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem de acordo com o grau de dependência segundo o Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos de Martins, 2006. Botucatu, 2013.

<i><b>Grau de dependência segundo a Resolução COFEN nº 293/2004.</b></i>	<i><b>Grau de dependência de acordo com o instrumento de Martins, 2006. (n)</b></i>	<i><b>Horas de Enfermagem/leito, nas 24 horas. (h)</b></i>	<i><b>Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem segundo a Resolução COFEN nº 293/2004.</b></i>
Pacientes de Cuidados Intermediários (PCI)	Dependência Discreta ( $n_d$ )	5,6 horas de enfermagem ( $h_d$ )	33 a 37% de Enfermeiros (mínimo 6) e os demais, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem.
Pacientes de Cuidados Semi - Intensivos (PCSI)	Dependência Intermediária ( $n_i$ )	9,4 horas de enfermagem ( $h_i$ )	42 a 46% de Enfermeiros e os demais, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem.
Pacientes de Cuidados Intensivos (PCIt)	Dependência Plena ( $n_p$ )	17,9 horas de enfermagem ( $h_p$ )	52 a 56% de Enfermeiros e os demais, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem.

Visando não gerar um quadro de pessoal com muita discrepância da realidade Institucional, adotaram-se os percentuais mínimos das categorias profissionais de acordo

com o grau de dependência predominante. Assim, para o grau de Dependência Discreta foi utilizado o percentual 33% para Enfermeiros e 67% para Auxiliares de Enfermagem.

### **3.5 Procedimentos Éticos**

Conforme requisição da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o número de Protocolo 4390/2012 em reunião do dia 01/10/2012 (anexo 2). Esta pesquisa também foi aprovada pela Diretora da Instituição, pela Responsável Técnica de Enfermagem e pela Diretoria Técnica da Unidade Interagir.

A Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi revogada pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, não havendo implicações éticas para esta pesquisa segundo o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu.

# *Resultados*



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (1970): Pavilhão externo – Unidade Interagir



## 4. RESULTADOS

### 4.1 Relacionados à população – alvo

No ano de 2012 houve 437 internações na Unidade Interagir, sendo 211 mulheres (48,2%) e 226 homens (51,8%).

Foram 120 dias de observação, e um total de **150 pacientes diferentes classificados** (82 mulheres; 68 homens). A grande diferença do número deve – se a dois fatores: Enfermaria Feminina possui 04 leitos a mais que a Enfermaria Masculina e a Média de Permanência Hospitalar Feminina foi menor (33,8 dias) que a Masculina (54,5 dias) ocasionando maior rotatividade e maior número de casos novos. A média de pacientes classificados por dia foi de 31 pacientes (17 homens e 14 mulheres).

Os tipos de internação contemplados pela Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 são: internação voluntária, involuntária e por ordem judicial (compulsória). A internação voluntária é aquela que ocorre mediante o consentimento do usuário; a internação involuntária é aquela que ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros; a internação por ordem judicial/compulsória é aquela determinada pela Justiça devendo ser cumprida imediatamente e sem submeter-se ao processo de Regulação de Vagas (BRASIL, 2001). Dentre elas houve predomínio das internações voluntárias com 62,7% do total de internações. A maior parte dos pacientes estava na segunda internação (64%).

A Alta à Pedido do paciente representa o direito do paciente em recusar o atendimento ou procedimentos propostos e de deixar as dependências do hospital, após amplo esclarecimento das possíveis consequências e riscos de tal atitude; constitui um ato e soberano da autonomia do paciente, atendido o disposto no Termo de Responsabilidade. Na amostra, 07 Mulheres solicitaram Alta à Pedido; 02 seriam internadas em outra Instituição a pedido da família; 04 por acharem que a internação não fazia mais sentido e 01 paciente a pedido da família em decorrência de suas queixas. Dentre os homens: 01 evadiu-se e não houve sucesso em sua recondução e

outro solicitou Alta à Pedido por não ver sentido na sua hospitalização. Ressaltamos que a Alta à Pedido é assinada com o consentimento do familiar, após avaliação do médico psiquiatra e equipe de enfermagem, além de pontuarmos os riscos. No evento “evasão” é realizada busca ativa nas imediações da Instituição, avisado familiares, Polícia Civil e Guarda Civil Municipal, imediatamente ao fato percebido. As fugas que obtiveram sucesso na recondução não foram quantificadas.

As Licenças Médicas dos pacientes representaram 166 dias de ausência, e são concedidas para que o paciente readapte-se novamente ao ambiente familiar e vice-versa, sendo que as mulheres tiveram mais tempo (121 dias) em decorrência do seu papel na família.

A procedência predominante foi da cidade de Botucatu com 79% das internações, as demais cidades, em número absoluto, foram: São Manuel (12), Avaré (6), Piraju (5), Bauru (4), Laranjal Paulista (4), São Paulo (4), Itatinga (4), Bofete (3), Conchas (3), Taquarituba (3), Cerqueira César (3), Lençóis Paulista (2), Vitoriana (2), Pardinho (2), Porangaba (2), Borborema (1), Torre de Pedra (1), Santelmo (1), Águas de Santa Bárbara (1), Itaí (1), Lins (1), Jaú (1), Pereiras (1), Manduri (1), Anhembi (1), Paranapanema (1). A cidade de São Paulo não pertence à Diretoria Regional de Saúde VI, entretanto foi determinada a Internação Compulsória de 04 pacientes pelo Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) em decorrência de ação do Governo do Estado de São Paulo.

A contenção química foi utilizada em pacientes que apresentavam agitação psicomotora (excessiva atividade motora ou verbal), delírios, alucinações com auto ou hetero-agressividades. Em 100% dos casos o antipsicótico utilizado foi o haloperidol via intramuscular. A contenção física/mecânica foi utilizada conforme o protocolo da Instituição (anexo 3). Ambos os procedimentos demandam maior tempo da assistência de enfermagem devido à necessidade de supervisão direta. Houve predomínio da contenção química. Ressalta-se que estas condutas foram realizadas no momento da internação e

nas 48 horas seguintes, indicando a gravidade do paciente nas primeiras 72 horas de internação.

Entre o uso de drogas lícitas (114), em números absolutos, houve predomínio do tabaco (56), seguido pelo álcool e tabaco juntos (42), somente álcool (14) e medicações psicotrópicas (2). Entre as drogas ilícitas (52) houve predomínio do crack (23), seguido de múltiplas drogas (15), maconha (10), cocaína (2). O consumo de tabaco e álcool, juntos, foi predominante entre os homens com 85,3% para drogas lícitas e 42,7% para drogas ilícitas.

Verificou – se que apesar de haver a política de Reforma Psiquiátrica, o processo de desinstitucionalização e os Serviços Extras – Hospitalares, tivemos 19 reinternações sendo que os pacientes M11, M12, M54, M58, H2, H12, H17, H18, H19, H20, H33, H34 reinternaram somente uma vez; e os pacientes M9, M18, M31, H8 reinternaram duas vezes cada um. Os motivos em comum foram: não adesão ao tratamento ambulatorial, tentativa de suicídio, heteroagressividade e incontinência familiar. O fenômeno da reinternação será discutido no item 5.2. Os motivos das internações são abordados especificamente na tabela 5.

A presença de comorbidades clínicas esteve presente em 68 pacientes (45,3%), sendo que as mulheres contribuíram com 40 casos e os homens com 28 casos. Dentre as doenças prevalentes, em número absoluto, destaca-se, isoladamente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (45); Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 (14); Hipotireoidismo (6); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (5); Epilepsia (5); Sífilis (2); Síndrome Metabólica (2); Distúrbio do Refluxo Gastro – Esofágico (1); Hipercolesterolemia (1); Glaucoma (1); Tromboembolismo Pulmonar (1); Hepatite C (1). As comorbidades que mais se associavam foram Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2 (9); presença de no mínimo duas comorbidades associadas (14).

Na tabela 3 estão resumidas as informações acima.

**Tabela 3.** Distribuição das variáveis de Caracterização dos pacientes internados na Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por sexo. Botucatu, 2013.

Variáveis		Feminino	Masculino	TOTAL
<b>Sexo</b>		<b>82(54,6%)</b>	<b>68(45,4%)</b>	<b>150</b>
<b>Média de Idade</b>		38,73	37,17	<b>37,95</b>
<b>Procedência</b>	Botucatu (DRS VI) *	35(42,6%)	45(72,9%)	<b>80(53,3%)</b>
	Outras Cidades	47(57,4%)	23(37,1%)	70(46,7%)
<b>Média do número de filhos</b>		1,87	0,76	<b>1,31</b>
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto (a)	6(7,3%)	1(1,5%)	7(4,7%)
	Ensino Fundamental Incompleto	<b>36(44%)</b>	<b>32(47%)</b>	<b>68(45,3%)</b>
	Ensino Fundamental Completo	12(14,6%)	13(19%)	25(16,7%)
	Ensino Médio Incompleto	9(11%)	5(7,4%)	14(9,3%)
	Ensino Médio Completo	16(19,5%)	12(17,7%)	28(18,7%)
	Ensino Superior Incompleto	1(1,2%)	4(5,9%)	5(3,3%)
	Ensino Superior Completo	2(2,4%)	1(1,5%)	3(2%)
<b>Primeira Internação</b>	Sim	29(35,3%)	25(36,7%)	54(36%)
	Não	<b>53(64,7%)</b>	<b>43(63,3%)</b>	<b>96(64%)</b>
<b>Re – internação</b>		09	10	<b>19</b>
<b>Tempo de Internação (dias)</b>	Mínimo	1	1	2
	Médio	33,2	46,3	39,7
	Máximo	107	367	417
<b>Óbitos</b>		2	0	<b>2</b>
<b>Alta à Pedido</b>		7	1	<b>8</b>
<b>Evasão</b>		0	1	<b>1</b>
<b>Tempo de Observação para classificação (dias)</b>	Mínimo	1	1	2
	Médio	25,1	19,3	22,2
	Máximo	70	151	221
<b>Licença Médica (dias)</b>		121	45	166

<b>Contenção Química</b>	Sim	<b>70(85,3%)</b>	<b>60(88,3%)</b>	<b>130(86,6%)</b>
	Não	12(14,7%)	8(11,7%)	20(13,3%)
<b>Contenção Física\Mecânica</b>	Sim	25(30,6%)	27(39,7%)	52(34,6%)
	Não	<b>57(69,5%)</b>	<b>41(60,3%)</b>	<b>98(65,3%)</b>
<b>Uso de drogas lícitas***</b>	Sim	<b>56(68,3%)</b>	<b>58(85,3%)</b>	<b>114(76%)</b>
	Não	26(31,7%)	10(14,7%)	36(24%)
<b>Uso de drogas ilícitas****</b>	Sim	17(20,7%)	29(42,7%)	46(30,7%)
	Não	<b>65(79,3%)</b>	<b>39(57,3%)</b>	<b>104(69,3%)</b>
<b>Antecedentes Familiares Psiquiátricos</b>	Sim	60(73,1%)	44(64,7%)	<b>104(69,4%)</b>
	Não	20(24,4%)	19(28%)	39(26%)
	Não Sabe	2(2,5%)	5(7,3%)	7(4,6%)
<b>Comorbidades Clínicas</b>	Sim	<b>40(48,8%)</b>	28(41,2%)	68(45,3%)
	Não	42(51,2%)	40(58,8%)	<b>82(54,6%)</b>

\*Divisão Regional de Saúde VI/ \*\*casos novos + reinternações.

\*\*\*drogas lícitas: álcool, tabaco e medicações psicotrópicas.

\*\*\*\*drogas ilícitas: maconha, crack, cocaína.

Ainda relacionado com a caracterização da população – alvo, as modalidades de internações previstas são: Internação Voluntária, Involuntária e Compulsória. Entre elas a Internação Voluntária representou 62,7% dos casos, havendo um equilíbrio entre os sexos. As Internações Compulsórias ou por Ordem Judicial representam a minoria, entretanto, aumentam o Tempo de Permanência, pois a alta é determinada somente pelo Juiz. Dentre as mulheres internadas sob esta modalidade, 05 foram em decorrência do uso de substâncias psicoativas e o risco a que estão submetidas e 02 por incontinência familiar. Os homens apresentaram a mesma distribuição.

**Tabela 4.** Distribuição das modalidades de internações do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, no período de 01/11/2012 à 28/02/2013, por sexo. Botucatu, 2013.

<b>Modalidades de Internações</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Voluntária	55(60,4%)	51(65,4%)	106(62,7%)
Involuntária	29(31,9%)	20(25,6%)	49(29%)
Ordem Judicial	7(7,7%)	7(9%)	14(8,3%)
<b>TOTAL*</b>	<b>91*</b>	<b>78*</b>	<b>169*</b>

\* casos novos + reinternações.

Outra caracterização da população – alvo é referente às hipóteses diagnósticas que foram separadas de acordo com o espectro da doença, agrupadas segundo a Classificação Internacional das Doenças nº 10 - Capítulo V: “Transtornos Mentais e Comportamentais” (F00 – F99).

É imprescindível ressaltar que muitos pacientes possuem diagnóstico primário, secundário e até terciário no momento da internação, e estes vão sendo refinados conforme a evolução do paciente. O diagnóstico primário é aquele formulado a partir dos sinais e sintomas que levaram à internação; é a primeira e principal causa da internação. Os diagnósticos secundários e terciários estão associados à comorbidades psiquiátricas instaladas ou a esclarecer, auxiliando a equipe a conduzir o tratamento do paciente.

A prevalência é do agrupamento F20 – F29 referente à “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes” cuja característica principal é alteração do pensamento. O diagnóstico que mais contribuiu foi F29, representando - como diagnóstico primário ou isolado - 29,1% (n = 64) do total das internações. A Enfermaria Masculina contribuiu com 37 (37%) casos, e a Enfermaria Feminina com 27 casos (22,5%).

O segundo agrupamento mais prevalente foi o F30 – F39 referente aos “Transtornos do Humor (afeto)”, sendo as mulheres representantes de 26,7% (n = 32).

O terceiro agrupamento mais prevalente foi o F10 – F19 referente aos “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas”. Estes podem vir associados ao F29 (surto psicótico), isolados ou a outro agrupamento; os homens representaram 29% (n = 29) e as mulheres 13,3% (n = 16).

Após seguem – se por ordem de prevalência: F70 – F79: “Retardo Mental”; F60 – F69; “Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto”; F40 – F49: “Transtornos neuróticos, relacionados com o stress e transtornos Somatoformes”; F00 – F09: “Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos” (epilepsia e demência) e por último F50 – F59 “Síndromes Comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos”. Dentro deste último espectro houve 01 mulher que apresentou o diagnóstico de “Transtorno alimentar não especificado” (F 50.9).

A tabela 5 elucida esta distribuição.

**Tabela 5.** Distribuição das hipóteses diagnósticas dos pacientes internados na Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, segundo a Classificação Internacional das Doenças 10 – Capítulo V, por gênero. Botucatu, 2013.

<b>Variável</b>	<b>Feminina</b>	<b>Masculina</b>	<b>Total</b>	
	F00 – F09	5(4,1%)	2(2%)	7(3,3%)
	F10 – F19	16(13%)	29(29%)	45(20,2%)
	F20 – F29	42(34,1%)	42(42%)	84(37,7%)
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>	F30 – F39	32(26%)	15(15%)	47(21,3%)
(CID – 10)	F40 – F49	11(9%)	1(1%)	11(5%)
	F50 – F59	1(0,8%)	0	1(0,5%)
	F60 – F69	6(4,9%)	6(6%)	12(5,5%)
	F70 – F79	10(8,1%)	5(5%)	14(6,5%)
	<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>223*</b>

\*somatória referente à presença de mais de um diagnóstico psiquiátrico para o mesmo paciente (diagnóstico primário, secundário e/ou terciário).

A próxima caracterização da população – alvo é referente ao motivo da internação, ou seja, comportamentos que justificaram a internação em qualquer modalidade (tabela 6). Os motivos foram coletados da Autorização para Internação Hospitalar (AIH) do campo “Justificativa para Internação”. Dentre eles, houve um predomínio, em número absoluto: incontinência sócio familiar (115), heteroagressividade (104), seguido pelo suicídio (48) e não adesão ao tratamento ambulatorial (21).

A incontinência familiar caracteriza a insuficiência ou ineficácia dos recursos familiares em lidar com o doente psiquiátrico, muitas vezes optando pela internação e sendo o motivo principal destas. Os recursos familiares são entendidos como recursos pessoais dos membros, psicológicos, sociais, financeiros e políticos.

O suicídio foi abordado no seu espectro de comportamento que possui: ideação, plano/planejamento e tentativa/execução. É considerada uma emergência psiquiátrica. Na amostra, 31 pacientes mulheres e 17 pacientes homens apresentaram um destes aspectos como motivo de internação: as pacientes M18 e M31 reinternaram duas vezes cada uma pelo mesmo motivo (ideação e tentativa); o paciente H33 reinternou uma vez pelo mesmo motivo da primeira internação. Ressalto que a paciente M3 é casada com o paciente H3, possuem o CID de F32/F60.3 e F33.2 respectivamente, e estiveram internados praticamente na mesma época.

A não adesão ao tratamento ambulatorial significa que o paciente está inserido em um serviço de saúde, porém recusa-se a tomar a medicação, falta das consultas e não demonstra comprometimento com seu tratamento. A falha do tratamento ambulatorial revela que todas as alternativas possíveis foram realizadas antes de optar pela internação e exclui a não adesão do paciente. Ainda em acompanhamento ambulatorial pode ocorrer a necessidade de troca da medicação ou a alteração da mesma, ocasionando um surto psicótico.

O paciente cujo motivo de internação foi “sem crítica” é aquele onde os comportamentos considerados *diferentes* modificam a vida cotidiana de quem está perto do paciente, tanto familiares, quanto vizinhos, porém o paciente não o percebe de jeito nenhum, mesmo sendo explicado. Fazer barulho à noite, doar objetos, não cuidar da higiene, perambular sem rumo, não entender o risco que corre, achar que não possui nenhum transtorno, negar a medicação por achar que “não tem nada”. Muitas vezes esses comportamentos estão associados com delírios e alucinações. O asseio físico e higiênico, pragmatismo prejudicado são importantes sinalizadores. O pragmatismo está relacionado com a capacidade que o paciente apresenta de lidar com aspectos cotidianos da vida prática: auto – higiene, alimentação, vestuário, seu papel familiar e na sociedade.

A auto – mutilação ou auto – agressividade apesar de englobarem o comportamento suicida, neste estudo eles referem-se ao comportamento que o paciente apresenta para dissipar sua raiva, ódio, frustração, não sinalizando intencionalidade suicida. Esta avaliação foi feita pelo médico que indicou a internação e corroborada pela pesquisadora.

O risco a terceiros envolve comportamentos hetero-agressivo com a intencionalidade de matá-los, onde foram usados objetos e/ou as mãos. A heteroagressividade caracterizada como um comportamento violento geralmente previsível, pois alguns sinais precedem a sua ocorrência, como: punhos e dentes cerrados, musculatura tensa, intoxicação por álcool e/ou outras drogas, agressividade verbal, movimentação excessiva, perambulação, tom de voz elevado, inclinação em direção ao outro, sentado na ponta cadeira, perplexidade, persecutoriedade.

A agitação psicomotora difere da heteroagressividade, apesar de contemplar o comportamento agressivo, pois caracteriza um estado de excitação mental (estado confusional), atividade motora aumentada com inquietação física e alterações fisiológicas



dos parâmetros vitais, principalmente pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, glicemia. O paciente apresenta movimentos involuntários e sem propósito que resultam da tensão mental, como: tirar e colocar roupas, maneirismos, desorientação. É considerada uma emergência psiquiátrica.

O comportamento desorganizado acarreta dificuldades no desempenho das atividades de vida diária tais como higiene, alimentação, trabalho, sexualidade, aparência. Mostra – nos como está o processo de pensamento do indivíduo sendo muito comum quando há sintomas psicóticos presentes provenientes da esquizofrenia ou transtornos de humor com psicose. Diferente da agitação psicomotora, que apresenta um componente do comportamento desorganizado, não é de início súbito. Na amostra, o descontrole de impulsos sexuais é uma alteração do comportamento bem pontual que foi colocado em separado devido ao aparecimento de 08 casos e as repercussões judiciais deste comportamento. Inclusive, o paciente M26 foi abordado em flagrante, pela Polícia Militar, no ato sexual não permitido.

**Tabela 6.** Caracterização da população – alvo de acordo com os motivos de internação do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por sexo. Botucatu, 2013.

<b>Motivos</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Incontinência Sócio Familiar</b>	57	59	<b>116(33%)</b>
<b>Heteroagressividade</b>	47	57	<b>104(29,7%)</b>
<b>Suicídio</b>	31	17	<b>48(13,7%)</b>
<b>Não adesão ao tratamento ambulatorial</b>	13	8	<b>21(6%)</b>
<b>Sem crítica</b>	9	7	<b>16(4,6%)</b>
<b>Falha do tratamento ambulatorial</b>	5	5	<b>10(2,8%)</b>
<b>Comportamento desorganizado</b>	7	3	<b>10(2,8%)</b>
<b>Descontrole de impulsos sexuais</b>	2	6	<b>8(2,3%)</b>
<b>Agitação psicomotora</b>	5	1	<b>6(1,7%)</b>
<b>Automutilação/ Auto agressividade</b>	3	2	<b>5(1,4%)</b>
<b>Risco a terceiros</b>	2	1	<b>3(0,8%)</b>
<b>Adequação da medicação</b>	1	2	<b>2(0,5%)</b>
<b>Impregnação</b>	1	0	<b>2(0,5%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>168</b>	<b>351(100%) *</b>

\*somatória referente à presença de mais de um motivo de internação para o mesmo paciente.

A última caracterização da população – alvo esta relacionada ao grau de dependência dos pacientes segundo o Instrumento de classificação de pacientes proposto por Martins (2006) conferindo o perfil assistencial dos pacientes internados na Unidade Interagir. Durante o período da coleta de dados (120 dias) estiveram internados 154 pacientes e apenas 04 pacientes não foram classificados, já que não preenchiam o critério de inclusão “idade”. Foram classificados, em média, 31 pacientes por dia de coleta de dados, sendo a prevalência do grau de “Dependência Discreta” para ambos os sexos, seguido pelo grau de “Dependência Intermediária” e por ultimo “Dependência Plena”.

**Tabela 7.** Distribuição da média diária dos pacientes classificados, internados na Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, segundo o grau de dependência, por sexo. Botucatu, 2013.

<b>Características</b>		<b>Feminina</b>	<b>Masculina</b>	<b>Total</b>
<b>Grau de Dependência</b>	Discreta	8	13	21
	Intermediária	6	3	9
	Plena	1	0	1
<b>TOTAL</b>		<b>15</b>	<b>16</b>	<b>31</b>

Encerra – se a caracterização da população – alvo e o perfil assistencial dos pacientes internados na Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no período de 01/11/2012 à 28/02/2013.

## 4.2 Relacionada à equipe de enfermagem

### 4.2.2 Variáveis constituintes do quadro de pessoal

As variáveis intervenientes no cálculo do índice de segurança são divididas em ausências previstas (folgas, férias e feriado não coincidentes com domingos) e ausências não previstas (licenças médicas, maternidade, nojo, gala, prêmio; faltas abonadas, médicas, justificadas e injustificadas; licenças médicas pelo INSS). As faltas médicas correspondem a 01 dia de atestado médico, podendo o funcionário dispor de até 03 faltas médicas no mês. As licenças prêmio e faltas abonadas são conferidas ao funcionário regido pelo Regime Estatutário.

As informações acerca das ausências foram retiradas diretamente do prontuário do funcionário lotado na Unidade Interagir, arquivado no Núcleo de Recursos Humanos da Instituição. Os dados foram transferidos para as planilhas eletrônicas do programa computacional “Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem DIPE®”, sendo uma planilha referente à categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” (apêndices 5 e 6) e outra referente à categoria profissional “Enfermeira” (apêndices 7 e 8).

A média de dias das ausências foram calculadas baseando – se no **quadro de pessoal REAL (média 1)** e no **quadro de pessoal ATUAL (média 2)**. Atualmente há 03 servidores afastados pelo INSS sem previsão de retorno, e sem reposição, são eles: 01 Enfermeira e 02 Auxiliares de Enfermagem. Mediante estas considerações surgem duas propostas de dimensionamento:

- **PROPOSTA A (média 1) = quadro de pessoal REAL:** composto de 41 Auxiliares de Enfermagem e 06 Enfermeiras, sendo 47 servidores;

- **PROPOSTA B (média 2) = quadro de pessoal ATUAL:** composto de 39 Auxiliares de Enfermagem e 05 Enfermeiras, sendo 44 servidores.

Nas tabelas seguintes foi calculada a média de dias das ausências previstas e não previstas. No ano 2012, a categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” ausentou – se 64 dias, em média; a categoria profissional “Enfermeira” ausentou – se 71 dias, em média. As ausências previstas representaram 51% das ausências para a categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” e 41% para a categoria profissional “Enfermeira”. A primeira causa destas são as Férias, seguidas das Folgas semanais e por último os Feriados não coincidentes com domingos.

**Tabela 8.** Distribuição das ausências previstas, em dias, da equipe de enfermagem da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” segundo o mês de ocorrência do ano de 2012. Botucatu, 2013.

	<b>F</b>	<b>E</b>	<b>V</b>	<b>TOTAL</b>	
			<b>AE</b>	<b>E</b>	
<b>JANEIRO</b>	1	9	100	30	<b>140</b>
<b>FEVEREIRO</b>	1	8	59	17	<b>85</b>
<b>MARÇO</b>	0	9	132	13	<b>154</b>
<b>ABRIL</b>	1*	8	107	15	<b>131</b>
<b>MAIO</b>	1	8	76	0	<b>85</b>
<b>JUNHO</b>	1	9	56	0	<b>66</b>
<b>JULHO</b>	1	8	79	30	<b>118</b>
<b>AGOSTO</b>	0	8	120	0	<b>128</b>
<b>SETEMBRO</b>	1	10	91	0	<b>102</b>
<b>OUTUBRO</b>	1*	8	125	15	<b>149</b>
<b>NOVEMBRO</b>	2	10	126	15	<b>153</b>
<b>DEZEMBRO</b>	1	10	99	15	<b>125</b>
<b>TOTA (dias)</b>	<b>11</b>	<b>105</b>	<b>1170</b>	<b>150</b>	<b>1.436</b>
<b>Média1(dias)</b>	<b>0,23</b>	<b>2,23</b>	<b>28,5</b>	<b>25</b>	<b>30,5</b>
<b>Média2(dias)</b>	<b>0,25</b>	<b>2,38</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>32,6</b>

F = feriado/ E = folga semanal/ \*houve 01 feriado coincidente com o domingo não sendo contabilizado  
Média 1 = número de dias da respectiva ausência dividido pelo número REAL PROJETADO de funcionários  
Média 2 = número de dias da respectiva ausência dividido pelo número ATUAL PROJETADO de funcionários.

A tabela abaixo demonstra a distribuição das ausências não previstas por categoria de enfermagem; estas foram responsáveis por 49% das ausências da categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” e 59% das ausências da categoria profissional “Enfermeira”. Entre as causas, verificou – se o mesmo padrão para ambas as categorias, assim as Licenças pelo INSS (maior do que 15 dias) foram a primeira causa de ausências não previstas; as Faltas (Abonadas, Justificadas, Injustificadas e Médica) foram a segunda causa; Outras Licenças (Prêmio, Gala, Nojo) foram a terceira causa; as Licenças Médicas (menor do que 15 dias) forma a quarta causa; e a Licença Maternidade foi a última causa.

**Tabela 9.** Distribuição das variáveis contribuintes para o cálculo do IST, por categoria profissional de enfermagem, da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, segundo o mês de ocorrência e ano 2012. Botucatu, 2013.

	<b>LM</b>		<b>INSS</b>		<b>LM*</b>		<b>OUTRAS</b>		<b>FALTAS</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>AE</b>	<b>E</b>	<b>AE</b>	<b>E</b>	<b>AE</b>	<b>E</b>	<b>AE</b>	<b>E</b>	<b>AE</b>	<b>E</b>	<b>AE</b>	<b>E</b>
<b>JANEIRO</b>	0	0	31	31	0	0	2	0	16	2	<b>49</b>	<b>35</b>
<b>FEVEREIRO</b>	0	0	53	29	0	0	17	0	19	2	<b>89</b>	<b>31</b>
<b>MARÇO</b>	10	0	47	31	0	0	43	0	28	2	<b>128</b>	<b>33</b>
<b>ABRIL</b>	14	0	58	30	13	0	15	0	17	3	<b>117</b>	<b>33</b>
<b>MAIO</b>	5	0	62	31	0	0	15	0	28	4	<b>110</b>	<b>35</b>
<b>JUNHO</b>	17	0	53	0	0	0	23	0	24	2	<b>117</b>	<b>2</b>
<b>JULHO</b>	37	0	60	31	0	0	15	0	14	1	<b>126</b>	<b>32</b>
<b>AGOSTO</b>	13	10	76	31	0	0	30	15	20	1	<b>139</b>	<b>86</b>
<b>SETEMBRO</b>	30	0	30	30	30	0	16	0	20	0	<b>126</b>	<b>30</b>
<b>OUTUBRO</b>	10	0	51	31	14	0	0	0	28	1	<b>103</b>	<b>32</b>
<b>NOVEMBRO</b>	12	0	24	30	0	0	15	0	41	3	<b>92</b>	<b>33</b>
<b>DEZEMBRO</b>	0	0	52	31	0	0	5	0	32	2	<b>89</b>	<b>33</b>
<b>TOTA (dias)</b>	<b>148</b>	10	<b>597</b>	336	<b>57</b>	0	<b>196</b>	15	<b>285</b>	23	<b>1.285</b>	415
<b>Média 1(dias)</b>	<b>3,6</b>	1,6	<b>14,5</b>	56	<b>1,3</b>	0	<b>4,7</b>	2,5	<b>6,9</b>	3,8	<b>31,3</b>	69,1
<b>Média 2(dias)</b>	<b>3,7</b>	2	<b>15,3</b>	67,2	<b>1,4</b>	0	<b>5</b>	3	<b>7,3</b>	4,6	<b>32,9</b>	83

AE = Auxiliar de Enfermagem/ E = Enfermeira/ LM = Licença Médica (menor de 15 dias) / INSS = Instituto Nacional de Seguridade Social (maior de 15 dias) / LM\* = Licença Maternidade/ OUTRAS LICENÇAS = Licença Prêmio, Nojo, Gala/ FALTAS = Falta Médica, Falta Abonada, Falta Justificada, Falta Injustificada\ Média 1 = número de dias da respectiva ausência dividido pelo número REAL PROJETADO de funcionários\ Média 2 = número de dias da respectiva ausência dividido pelo número ATUAL PROJETADO de funcionários.

No quadro abaixo estão resumidos os valores encontrados, das ausências previstas (em porcentagem), carga de trabalho e tempo efetivo (em horas). Estes valores são os mesmos para ambas as categorias.

A carga de trabalho geral corresponde a somatório da carga de trabalho de cada grau de dependência. Ao realizar uma proporção de horas segundo a categoria profissional, os Auxiliares de Enfermagem são responsáveis por 147,5 horas e o Enfermeiro por 72,6 horas. Entretanto, para o cálculo do dimensionamento a planilha

DIPE<sup>®</sup> utiliza a proporção de carga de trabalho referente ao grau de dependência predominante.

Nesta amostras, o grau de “Dependência Discreta” foi predominante e corresponde a 117,6 horas; destas, 38,8 horas correspondem à carga de trabalho do Enfermeiro e 78,8 horas ao Auxiliares de Enfermagem.

**Quadro 4.** Distribuição das ausências previstas, carga de trabalho e tempo efetivo de produtividade da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, do ano de 2012. Botucatu, 2013.

<b>Folgas (E%)</b>	40%
<b>Feridos (F%)</b>	3,1%
<b>Férias (V%)</b>	9%
<b>Carga de Trabalho (C)</b>	220,1 horas
<b>Tempo Efetivo (t)</b>	5,1 horas

O IST vai depender do valor das ausências previstas e da média dos dias de ausências não previstas. Na tabela 10 estão descritos o valor do IST, quadro de pessoal, ausências não previstas (em porcentagem e dias) por categoria profissional de acordo com as duas propostas de dimensionamento (proposta A e proposta B). Foram utilizadas as planilhas eletrônicas do software DIPE<sup>®</sup> (apêndices 9 e 10) e o percentual de 33% de Enfermeiros e 67% de Auxiliares de Enfermagem de acordo com a prevalência do grau de “Dependência Discreta” para a identificação do quadro de pessoal de enfermagem necessário.

**Tabela 10.** Distribuição dos valores das ausências não previstas, Índice de Segurança Técnica e Quadro de Pessoal da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por categoria profissional. Botucatu, 2013.

		<b>PROPOSTA A</b>	<b>PROPOSTA B</b>
<b>Enfermeira</b>	<b>A%</b>	21%	27%
	<b>IST%</b>	91%	99%
	<b>QP</b>	15	15
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	<b>A%</b>	9%	10%
	<b>IST%</b>	72%	73%
	<b>QP</b>	27	27

IST= Índice de Segurança Técnica\ A%= percentual de ausências não previstas\ QP = quadro de pessoal calculado.

O total de pessoal de enfermagem necessário para atender o perfil assistencial da Unidade Interagir é de 42 profissionais, sendo 15 Enfermeiras e 27 Auxiliares de Enfermagem, para ambas as propostas de dimensionamento (proposta A e proposta B). Como geraram o mesmo quantitativo tanto para o total de profissionais de enfermagem quanto por categoria profissional. Assim, a partir de agora será utilizado o dimensionamento com uma única proposta. Mediante os achados é estabelecido um comparativo entre as propostas e a constituição atual desta equipe, designada como “C”, que é de 44 profissionais. Observa – se que as propostas apontam para 12 Auxiliares de Enfermagem a menos em relação ao quadro atual e a necessidade de mais 10 Enfermeiros; assim na comparação final, a constituição atual (C) da equipe de enfermagem excede em 02 profissionais. Na tabela abaixo os sinais de negativo (-) e positivo (+) sinalizam as respectivas observações.



**Tabela 11.** Comparação das propostas de dimensionamento e constituição atual da equipe de enfermagem (C) da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por categoria profissional. Botucatu, 2013.

	<b>A/B</b>	<b>C</b>	<b>Diferença (A - C) ou (B - C)</b>
Auxiliares de Enfermagem	27	39	- 12
Enfermeiro	15	05	+ 10
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>44</b>	<b>- 2</b>

### 4.3 Relacionados ao Instrumento

O SSCP utilizado não estabelece a definição e características constituintes dos graus de dependência, nem o total de horas de enfermagem/grau/dia; fornece apenas o intervalo da pontuação para a classificação deste grau. Assim, foi necessário estabelecer uma adaptação.

Os parâmetros que levamos em consideração foram: a gravidade dos sinais e sintomas avaliados pelos indicadores; a afirmação de que “o paciente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários” e o julgamento clínico da pesquisadora.

Abaixo o quadro ilustra esta adaptação.

**Quadro 5.** Adaptação do grau de dependência: Resolução COFEN nº 293/2004 X Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos. Botucatu, 2013.

<b><i>Grau de dependência segundo a Resolução COFEN nº 293/2004.</i></b>	<b><i>Definição dos graus de dependência segundo Fugulin, 1994.</i></b>	<b><i>Grau de dependência de acordo com o instrumento de Martins, 2006.</i></b>	<b><i>Definição dos graus de dependência segundo este estudo.</i></b>	<b><i>Horas de Enfermagem/leito, nas 24 horas segundo a Resolução COFEN nº 293/2004.</i></b>
<b>Pacientes de Cuidados Intermediários (PCI)</b>	Paciente estável, do ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência da equipe de enfermagem para o atendimento de suas necessidades humanas básicas.	<b>Dependência Discreta (DD)</b>	Paciente cujo comportamento não é desorganizado; necessita de orientação verbal ou quase nenhuma para: higiene, vestimentas, alimentação, hidratação; aceitação contenção verbal; baixo risco para suicídio; comportamento adequado para o fumo; interação social positiva, porém manipulador; sem disfunções clínicas.	<b>5,6 horas de enfermagem por paciente</b>

<p><b>Pacientes de Cuidados Semi - Intensivos (PCSI)</b></p>	<p>Paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais; requer assistência da equipe de enfermagem e médica permanente e especializada.</p>	<p><b>Dependência Intermediária (DI)</b></p>	<p>Paciente cujo comportamento é parcialmente desorganizado; necessita de auxílio parcial ou supervisão para: higiene, vestimentas, alimentação e hidratação; agressivo verbalmente; médio risco de suicídio; necessário lembrá-lo várias vezes ao dia do local específico para fumar; parcialmente isolado; medicação extra VO; disfunções clínicas.</p>	<p><b>9,4 horas de enfermagem por paciente</b></p>
<p><b>Pacientes de Cuidados Intensivos (PCI)</b></p>	<p>Paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais; requer assistência da equipe de enfermagem e médica permanente e especializada.</p>	<p><b>Dependência Plena (DP)</b></p>	<p>Pacientes cujo comportamento é totalmente desorganizado; necessita de auxílio total para: higiene, vestimentas, alimentação, suplementação alimentar, hidratação EV; hetero-agressivo; alto risco de suicídio; fuma em demasia e em locais inadequados; isolado; medicação extra IM; contido fisicamente/mecanicamente; disfunções clínicas com possível instabilidade; necessita de ECT; necessita de dois acompanhantes para saídas.</p>	<p><b>17,9 horas de enfermagem por paciente</b></p>

Foi necessário elaborar mais 03 indicadores de cuidados devido ao impacto, indireto e direto, que estes aspectos causam na assistência de enfermagem. São eles: Risco de Suicídio, Abordagem Familiar e Comportamento relacionado ao Fumo.

A gradação do comportamento do risco de suicídio é de fundamental importância, pois está fortemente relacionado com diversos transtornos mentais acometendo diretamente a assistência de enfermagem no quesito supervisão. No quadro abaixo foi possível relacionar o grau de dependência com o risco de suicídio.

**Quadro 6.** Caracterização do risco de suicídio de acordo com o grau de dependência. Botucatu, 2013.

Grau de Dependência		Risco	Descrição do Indicador
1	Discreta	Baixo	Estado mental inalterado; leve alteração de humor; alguns pensamentos sem plano; planejamento frouxo; rigidez/constricção frouxa; dificuldade de acesso aos meios; sem tentativas anteriores, porém histórico familiar positivo; forte apoio social e familiar.
2	Intermediária	Médio	Estado mental parcialmente alterado; alteração de humor expressiva; possui pensamentos e planos; planejamento para longo prazo; ambivalência presente; impulsividade; histórico de uma tentativa anterior; apoio social e familiar frágil, porém existente;
3	Plena	Alto	Estado mental alterado; forte pensamento e plano; planejamento a curto com meios; forte sentimento de desesperança, desamparo e desespero; depressão; rigidez/constricção forte (visão em túnel); apoio social fraco ou inexistente; estado mental alterado; várias tentativas anteriores; contido fisicamente/mecanicamente.

O envolvimento do familiar no tratamento do paciente portador de transtorno mental é de fundamental importância para melhor evolução do quadro e da doença em si, sendo que a abordagem familiar pelo profissional de enfermagem deve estar contemplada no plano terapêutico do paciente. No quadro 7 foi construído o indicador “Abordagem Familiar” na tentativa de estabelecer o grau de dependência (gravidade) de acordo com a ação prestada ao familiar.

**Quadro 7.** Caracterização do indicador “Abordagem Familiar” de acordo com o grau de dependência. Botucatu, 2013.

Grau de Dependência		Descrição do Indicador
1	Discreta	Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 30 minutos a 1 hora; familiares participam ativamente do tratamento; adequada continência sócio familiar; recebe visitas e/ou ligações regularmente;
2	Intermediária	Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 1 a 2 horas; familiares participam do tratamento mediante solicitações; continência sócio familiar prejudicada; recebe visitas e/ou ligações esporadicamente; recusa ligações e/ou visitas de algum familiar específico;
3	Plena	Tempo requerido de assistência de enfermagem: maior que 2 horas; familiares não participam do tratamento; incontinência sócio familiar; raramente recebe visitas e/ou ligações; alteração do comportamento quando recebe ligações e/ou visitas; recusa ligações e/ou visitas.

O último indicador construído (quadro 8) foi o comportamento do paciente relacionado ao seu hábito de fumar, já que é fonte de muitos conflitos entre eles e com a equipe de enfermagem. A Instituição solicita que os familiares providenciem o suprimento de cigarros ou fumo ao respectivo paciente. O artigo é fornecido da seguinte forma: são separados 03 blocos contendo 05 cigarros ou 01 pacote de fumo e entregues após o café da manhã, almoço e jantar. Não é disponibilizado cigarros/fumo extra, responsabilizando o paciente pelo cuidado com o item entregue e conferindo limites terapêuticos. Quando o paciente recebe Alta Hospitalar e opta por deixar o resto de cigarro/fumo a outro paciente

ou à enfermaria, é aceito e tido como “doação”; são distribuídos entre aqueles cujo familiar não pôde providenciá – los.

**Quadro 8.** Caracterização do indicador “Comportamento relacionado ao fumo” de acordo com o grau de dependência. Botucatu, 2013.

<b>Grau de Dependência</b>		<b>Descrição do Indicador</b>
1	Discreta	Aceita tranquilamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros adequadamente e não furta dos demais pacientes; às vezes precisa ser lembrado do local específico para fumar.
2	Intermediária	Aceita rispidamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros, porém furta dos demais pacientes; precisa ser lembrado sempre do local específico para fumar, aceitando com dificuldade.
3	Plena	Não aceita a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; fuma em demasia; não tem controle sobre a quantidade, furta dos demais; potencial risco para fogo; não aceita o local específico para fumar mesmo após orientação. Contido fisicamente/mecanicamente.

Mediante a construção destes indicadores, é proposto um novo instrumento para classificação de pacientes psiquiátricos denominado: Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos Modificados (apêndice 1) com 13 indicadores críticos cuja pontuação mínima é de 14 e a máxima de 42, o intervalo de corte de 9 pontos para o grau de dependência discreta e intermediária, e de 10 pontos para o grau de dependência plena. A classificação do grau de dependência é estabelecida da seguinte forma: 14 a 23 pontos – grau de dependência discreta; 24 a 33 – grau de dependência intermediária; 34 a 42 – grau de dependência plena. Todos os outros indicadores foram revistos criticamente e acrescidas características que se fizessem necessárias

# *Disscusão*



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (2010): porta de entrada da Unidade Interagir.

## 5. DISCUSSÃO

Na discussão abordaremos os aspectos relacionados às propostas de dimensionamento; aspectos relacionados ao Instrumento e às limitações deste estudo.

### 5.1 Aspectos relacionados ao dimensionamento

O primeiro aspecto a ser discutido são os valores das variáveis contribuintes do IST. Segundo a Resolução COFEN nº 293/04 o IST não deve ser inferior a 15%, dos quais 8,33% referem-se à cobertura das ausências por férias ( $V\%$ ) e um valor empírico de 6,67% à cobertura das ausências não previstas ( $A\%$ ), as ausências relativas às folgas já estão consideradas na metodologia utilizada para o dimensionamento de pessoal de enfermagem. Na respectiva amostra a média das ausências não previstas para a categoria profissional “Enfermeiro” ( $V_e\%$ ) foi de 25%; a média das ausências não previstas para a categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” ( $V_{ae}\%$ ) foi de 9%; ***todos os valores encontrados neste estudo estão acima do padrão mínimo segundo a Resolução CONFE nº 293/04.*** Não foram levadas em consideração as ausências previstas para Treinamento e Educação de pessoal.

As ausências previstas por folga semanal representaram ( $E\%$ ) 40%, por feriados ( $F\%$ ) 3,1% e por férias foi de 9%. Segundo Gaidzinski (1998), estes percentuais estão de acordo com os achados de onde unidades com regime de trabalho de 02 folgas semanais, 30 horas semanais e para 30 dias de férias.

O IST médio para categoria profissional “Enfermeiro” foi de 95%, acima do proposto por Gaidzinski (1998) para jornada de 30 horas semanais com 02 folgas; para a categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” foi de 72% estando dentro da faixa de 65% a 75% (GAIDZINSKI, 1998).

O alto valor do IST para a categoria profissional “Enfermeiro” pode ser em decorrência do ***valor elevado das ausências não previstas***, que corresponde a 87,5% (71 dias). A principal causa, como já dito anteriormente, são as Licenças Médicas pelo INSS não havendo reposição. Na categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” as Licenças Médicas pelo INSS representam 46,5% do total de ausências não previstas. Ao realizar uma avaliação ampla das ausências não previstas em todo o CAIS “Prof. Cantídio



de Moura Campos”, houve 5.470 dias de afastamento por licenças médicas (INSS ou < 15 dia); a equipe de enfermagem, de todo o CAIS, correspondeu a 3.333 dias (61%)<sup>7</sup>. A primeira causa dos respectivos afastamentos são as Doenças Ósteo – Musculares e do Tecido Conjuntivo (36%) e a segunda causa são os **Transtornos Mentais e de Comportamento, segundo o CID – 10<sup>7</sup>. Dentre estes, os Transtornos do Humor (F30 – F39) prevalecem com 59%, seguidos pelos Transtornos Neuróticos (F40 – F49) com 35% e por último, os Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10 – F19) com 6%<sup>7</sup>. O que nos leva a indagar se esses dados seriam em decorrência da sobrecarga de trabalho da enfermagem ou do sub – dimensionamento.**

As Licenças Médicas (< 15 dias) e Licenças Médicas pelo INSS (> 15 dias), desta amostra, corroboram o principal motivo das ausências não previstas conforme a literatura (ROGENSKI & FUGULIN, 2007). Afirmam ainda que as ausências na enfermagem desorganizam o trabalho da equipe, traz graves perturbações à realização das atividades, sobrecarga aos demais membros da equipe, redução da produção, aumento do custo operacional e dificulta a substituição dos trabalhadores diretamente ligados à assistência, diminuindo sensivelmente a qualidade do cuidado prestado (ROGENSKI & FUGULIN, 2007).

Em uma revisão integrativa realizada acerca do tema “Absentéismo em Enfermagem”, verificou – se que a maior causa das Licenças Médicas é por Doenças Ósteo – Musculares seguidas dos Transtornos Mentais e Comportamentais (VIEIRA, 2012). Outros autores chegaram à mesma conclusão em suas respectivas revisões (APOLINÁRIO, 2008; MARTINATO ET AL, 2010).

Ao analisarmos o índice de absenteísmo, que é dado pelas ausências não previstas, a categoria profissional “Enfermeiro” apresenta uma média de 24% e a categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” uma média de 9% estando acima do preconizado pela Resolução COFEN nº 293/2004.

A carga de trabalho geral para a categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” foi de 147,5 horas, e para a categoria profissional “Enfermeiro” foi de 72,6

---

<sup>7</sup> Núcleo Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (NEESMT) do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”

horas. Mesmo quando comparada a carga de trabalho referente ao maior grau de dependência, a categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” dispense de mais tempo (78,8 horas). Neste sentido Fugulin (2002) e colaboradores (2012), em estudos a respeito da carga de trabalho, demonstraram que ***a proporção de horas atribuídas aos enfermeiros - nas instituições hospitalares brasileiras - são inferiores àquelas atribuídas aos técnico-auxiliares de enfermagem e que ainda está muito distante daquilo que atualmente é preconizado pelo COFEN.*** Esta conclusão é corroborada pelos dados do estudo de Rogenski e colaboradores (2011) acerca do tempo de assistência de enfermagem, que está diretamente ligado à carga de trabalho por categoria profissional.

A inadequação numérica do pessoal de enfermagem eleva a carga de trabalho o que possibilita maior chance de erros durante a assistência, levantamento incorreto das necessidades dos pacientes, padrão inferior do cuidado de enfermagem, inadequação da supervisão da equipe e inadequação dos registros na documentação. Cargas elevadas de trabalho podem gerar riscos ocupacionais, uma vez que as exigências no trabalho tornam-se altas e a margem de tomada de decisão baixa, o que origina tensão psicológica (FOGAÇA, CARVALHO E NOGUEIRA-MARTINS, 2010).

Ainda relacionado à carga de trabalho, o tempo de assistência de enfermagem por categoria profissional é utilizado como um indicador de gestão de pessoas. Um estudo desenvolvido com pacientes internados em 799 hospitais dos Estados Unidos ***correlacionou o número de horas de enfermagem com a qualidade dos cuidados prestados***, é concluiu que o maior número de horas de cuidados prestados pelos enfermeiros está associado à diminuição do tempo de internação, do índice de eventos adversos e da taxa de mortalidade decorrente destes eventos (NEEDLEMAN ET AL, 2002). Em outro estudo, Santos e colaboradores (2011) chegaram à conclusão que este tempo de assistência constitui um indicador objetivo para a avaliação do quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem das unidades de internação de instituições hospitalares.

Cucolo e Perroca (2010) apontam para estudos que afirmam que a carga excessiva de trabalho conduz à exaustão e à insatisfação profissional, aumentando a taxa de absenteísmo e assim maior chance de desenvolver a Síndrome de Burnout (estado de exaustão física, emocional e mental). Nesse sentido, verifica-se que os valores

da proporção quantitativa da equipe de enfermagem, adotados como padrão, ainda se constitui em uma meta a ser alcançada tanto na Unidade estudada como na maioria das instituições de saúde brasileiras conforme o estudo de Santos e colaboradores (2011). Em estudos internacionais, houve a mesma conclusão (McGILLIS ET AL, 2004; RAFFERTY ET AL, 2007; TOURONGEU ET AL, 2007; CHO ET AL, 2008).

A categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” sofre o impacto direto do comportamento do paciente e gerencia os conflitos engendrados desse comportamento a todo o momento; é a que está mais exposta às agressões físicas e a uma carga de trabalho intensa; além disso, acompanham os pacientes em suas saídas para consulta médica específica, exames, Eletroconvulsoterapia (ECT), dentista e/ou outros procedimentos que forem necessários. Esse acompanhamento na maioria das vezes é feito por dois Auxiliares de Enfermagem e em alguns momentos de forma urgente. Observou – se durante a coleta de dados que a maioria das internações ocorreu no período vespertino e noturno, desestabilizando todos os outros pacientes, gerando comportamentos desagregados, histéricos, agressivos e necessidade de medicação extra, além da dificuldade de continência da Equipe de Enfermagem devido ao número reduzido. Os plantões pagos de 12 horas seriam destinados apenas a situações de imprevistos e não como rotina. Isto causaria uma queda na renda mensal destes profissionais o que não está em questão neste estudo.

A proposta de dimensionamento aponta para um quantitativo relativamente semelhante à constituição atual da equipe de enfermagem da Unidade Interagir, entretanto, o déficit de Enfermeiros gera uma sobrecarga de trabalho aos Auxiliares de Enfermagem e ao próprio Enfermeiro que acaba “tocando plantão e/ou apagando fogo”. Este processo de trabalho atualmente encontrado na Unidade Interagir já foi descrito por Matos e colaboradores (2012) destacando as consequências quando não há todos os enfermeiros necessários. Bordin e Fugulin (2012) quantificaram as horas de atividades dos enfermeiros e concluíram que 50% do tempo destas profissionais foram dedicados às intervenções de cuidado indireto (administrativos); 22% às intervenções de cuidado direto (sistematização da assistência de enfermagem); 18% às atividades de tempo pessoal (higiene e alimentação) e 10% às atividades associadas.

Estudos publicados em 2005 corroboram esta observação ao afirmarem que "a atuação do enfermeiro nem sempre está direcionada ao atendimento das necessidades

do cliente, e sim à realização de ações não inerentes à enfermagem" (ANDRADE E VIEIRA, 2005); e, ainda, que, "apesar de ser o profissional qualificado e capacitado legalmente para desenvolver uma assistência integral aos pacientes, observa-se que presta assistência sem sistematização e de forma fragmentada" (COSTA E SHIMIZU, 2005).

Em estudo realizado em um hospital de ensino de Brasília-DF, cita-se que, dentre os membros da equipe de enfermagem, o enfermeiro é quem permanece menor período de tempo com o cliente, uma vez que se ocupa de atividades administrativas e burocráticas que poderiam ser delegadas a outros profissionais (COSTA E SHIMIZU, 2005). Neste contexto, é comum o profissional vivenciar um conflito de papéis, uma vez que, não sabe se presta assistência ou se responde às cobranças administrativas (ANDRADE E VIEIRA, 2005). Acredita-se que, caso o dimensionamento de pessoal estivesse de acordo com as necessidades de cada unidade, o profissional enfermeiro teria mais oportunidade para se organizar, executar e avaliar os planos assistenciais de saúde.

A Equipe de Enfermagem da Unidade Interagir atua diretamente nas atividades de Oficinas Terapêuticas, nas caminhadas diárias, na coordenação (Enfermeiro) e participação em grupos, na supervisão de visitas, entre outras. Entretanto, na maior parte das vezes essas atividades não são realizadas devido ao número reduzido de profissionais, aumentando o tempo ocioso dos pacientes. Com o quadro de pessoal projetado essas atividades e outras poderiam ser executadas diariamente.

Quanto aos plantões pagos, foram 1.160 plantões de 12 horas no ano de 2012. Estes correspondem a 13.920 horas trabalhadas no ano de 2012; equivalente à carga horária mensal (120hs) de 116 funcionários. Ao multiplicarmos o número total de servidores da enfermagem da Unidade Interagir (n = 47) pelo mínimo da carga horária mensal de trabalho (120 horas) temos 5.640 horas/mês, e 67.680 horas trabalhadas no ano de 2012; uma regra de três simples, os plantões pagos representaram 20% destas horas, correspondente a 10 servidores ou a 10 Enfermeiros.

Ao analisar a categoria profissional "Enfermeiro", e pensar no processo de trabalho da Unidade Interagir em consonância com a Filosofia Institucional, é expressiva a dificuldade em Assistir e Administrar adequadamente. O Enfermeiro executa predominantemente as atividades de Administrar, conforme demonstrado na conclusão de

uma revisão de literatura acerca do papel do enfermeiro em psiquiátrica onde ele desconhece o seu papel e o seu saber de enfermagem como instrumento para o cuidado torna-se desvalorizado e o enfermeiro passa a maior parte do seu tempo executando tarefas burocráticas (MENDES E CASTRO, 2005).

Em 1996, o Institute of Medicine (IOM) divulgou relatório no qual reconhece a importância de determinar relação apropriada enfermeiro/paciente e de distribuição de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, de acordo com suas habilidades, para garantir maior segurança aos pacientes (ROSSETTI E GAIDZINSKI, 1996).

Aprofundando o papel da enfermagem psiquiátrica Taylor (1992) afirma que são 07 eixos: criadora de um ambiente terapêutico; agente socializadora; conselheira; professora e educadora; substituta dos pais ou das pessoas significativas; técnica e terapeuta. Stuart & Laraia (2001) dividem a prática atual da enfermagem psiquiátrica em 03 domínios: cuidados diretos, comunicação e manejo. Dentro desses domínios sobrepostos da prática, são expressas as funções de ensino, de coordenação, de delegação e de colaboração. A autora ainda diz que os domínios de manejo e de comunicação são ignorados quando se fala do papel do enfermeiro psiquiátrico, e essas atividades consomem muito tempo do enfermeiro. Além disso, diz que é possível delinear as atividades nas quais o enfermeiro psiquiátrico se engaja dentro de cada um desses três domínios e lista uma serie de atividades que o enfermeiro poderia exercer em cada área e que nem sempre participam de todas as atividades.

Exposto isto e transferindo para a realidade da Unidade Interagir, é praticamente impossível que somente 01 Enfermeira por período exerça seu papel de forma completa e holística, abrangendo o paciente biopsicossocialmente. Assim, o quantitativo de Enfermeiros da Unidade deveria ser revisto e acrescido em, pelo menos, 05 profissionais para atingir  $\frac{2}{3}$  do quantitativo total necessário. É importante ressaltar, contudo, que o aumento do contingente de pessoal de enfermagem por si só não vai garantir melhoria na produtividade e qualidade do cuidado. Ele deve ser precedido de revisão sistemática do processo de trabalho, eliminando atividades que agregam pouco valor ao paciente, desnecessárias ou mesmo redundante, e que demandam tempo da equipe. Dessa forma, deve haver compromisso firme do enfermeiro na análise do fluxo e práticas de trabalho e no redesenho desse processo, quando necessário.

Os resultados desse estudo permitiram concluir que o pessoal de enfermagem da Unidade Interagir e o tempo dispensado por essa equipe são deficitários; há déficit de Enfermeiros e excedente de Auxiliares de Enfermagem. A mesma conclusão foi alcançada nos estudos de Antunes e Costa (2003); Nicola e Anselmi (2005); Matsushita, Adani e Carmagnani (2005); Fakih, Carmagnani e Cunha (2006); Wolff e colaboradores (2007); Maya e Assis (2011); Matos e colaboradores (2012). A análise desses estudos evidenciou que melhorar a distribuição percentual das horas de assistência atribuídas ao enfermeiro constitui, ainda, desafio para a Enfermagem brasileira.

## 5.2 Aspectos relacionados aos Indicadores do Instrumento

Nesta subseção, abordaremos os aspectos de conteúdo dos Indicadores bem como a construção de novos Indicadores e a sugestão para um novo Instrumento.

### 5.2.1 Espectros do comportamento suicida

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o suicídio é um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho. É um comportamento que a pessoa executou voluntariamente e conscientemente, acreditando que levaria à sua própria morte (WHO, 2008).

O comportamento suicida é definido através de um *continuum*, começando com pensamentos de autodestruição, que se estendem a ameaças, gestos suicidas, tentativas e finalmente suicídio (BOTEGA ET AL, 2005). Neste sentido, o suicídio pode ser classificado em três categorias: ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado. O primeiro trata dos pensamentos e desejos de estar morto. Em segundo, há as tentativas de suicídio que também são chamadas de autoagressão ou para - suicídio, podendo ser definidas como atos intencionais de agressividade autodirigida, que resultam em hospitalizações, mas que não levam à morte. Por fim, o suicídio consumado consiste na morte do indivíduo. Assim, a ideação suicida posiciona-se em um dos extremos e o suicídio em outro, havendo entre eles a tentativa (MELLO, 2007).

Barrero (2000) ainda reitera que:

“Todas as manifestações da construção da autodestruição devem ser exploradas se o paciente não as manifesta. A comunicação e o diálogo aberto sobre o tema não incrementam o risco de desencadear o ato, como erroneamente se considera e é uma valiosa oportunidade para iniciar sua prevenção e detecção do seu espectro” (Manual de Suicidologia, 2000, p. 2).

Os transtornos mentais são considerados fatores predisponentes e desencadeantes do comportamento suicida. A depressão, alcoolismo, esquizofrenia são

os transtornos mentais mais frequentemente associados aos comportamentos suicidas: tomados em conjunto, estes quatro transtornos têm sido observados em mais de 80% de todos os casos de suicídio nos quais foi feita uma avaliação diagnóstica da pessoa falecida. Uma história familiar de suicídio, abuso na infância e isolamento social são também fatores contribuintes. Como a distribuição desses transtornos não é uniforme através do planeta, isso acaba contribuindo para a diversa ocorrência de suicídios de parte a outra (BERTOLOTE & FLEISCHMANN, 2009).

A OMS acrescenta que os aspectos sócios demográficos (sexo, faixa etária, estado civil, religião, renda, ocupação) e psicológicos (perda, personalidade com traços de impulsividade e agressividade) são considerados fatores de risco ao comportamento suicida. Uma história de tentativa de suicídio é outro fator que aumento muito o risco de suicídio (OMS, 2000; MS, 2006).

A mortalidade por suicídio tem aumentado progressivamente, em números absolutos, embora as variações das taxas de suicídio aumentem ou diminuam, conforma a região geográfica. No geral, o suicídio predomina em homens numa proporção de 3:1, embora seja observada uma relação inversa quanto às tentativas. Em relação à faixa etária, os adultos jovens apresentam mais tentativas do que os idosos, entretanto, estes suicidam – se mais. Os estados civis “divorciado, viúvo, solteiro” são considerados como fator predisponente, assim como pertencer a uma minoria étnica, sexual; estar desempregado ou aposentado (BERTOLOTE, MELLO – SANTOS & BOTEAGA, 2010).

Em outro estudo, transcultural, realizado como parte de um projeto da OMS, o “Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior” (SUPRE – MISS) para detectar a prevalência do comportamento suicida ao longo da vida e nos últimos 12 meses, comprovou as afirmações acima. A prevalência de ideação suicida foi maior entre os espíritas, de maior renda anual (> US\$ 10.001,00) e maior escolaridade (> 9 anos) (BOTEAGA ET AL, 2009).

Na respectiva amostra, o suicídio, como comportamento e motivo de internação, foi abordado em todos os seus aspectos: pensamentos, ideações, planejamentos e tentativas. Entretanto o instrumento utilizado para classificar os pacientes aborda o suicídio de forma sucinta nos indicadores “expressão do pensamento” e “humor/afeto”, colocando – o como presente a idéia do suicídio (expressão do



pensamento) ou verbalização de vontade de morrer (humor\afeto). Ambos representaram o nível de dependência Plena nestes dois indicadores.

O comportamento suicida, como motivo de internação, esteve presente em 29,4% (n=44) do total das internações; 37,8% (n=31) das mulheres apresentaram o comportamento contra 19,2% (n=13) dos homens. Vale ressaltar que a amostra de mulheres é maior que a de homens em 30% devido ao seu menor tempo de permanência e maior número de leitos. Dado a grande especificidade do comportamento suicida e seu impacto, é necessário que ele seja melhor conhecido e explorado durante a internação psiquiátrica, o que não foi possível pelo instrumento utilizado.

Um indicador específico para o comportamento suicida é abordado claramente no SCPP desenvolvido pelo Menninger Memorial Hospital - Kansas, EUA – que categoriza o risco em alto, moderado, mínimo e inexistente, porém não define os componentes desta estratificação (SCHRODER & WASHINGTON, 1982).

Segundo o Ministério da Saúde, existem três características próprias do estado em que se encontra a maioria das pessoas sob risco de suicídio (MS, 2006):

**1. Ambivalência:** é atitude interna característica das pessoas que pensam em, ou que tentam o suicídio; quase sempre querem ao mesmo tempo alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio.

**2. Impulsividade:** o suicídio pode ser também um ato impulsivo que como qualquer outro impulso que pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente é desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia.

**3. Rigidez/constricção:** o estado cognitivo é, geralmente, de constricção. A consciência passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. A pessoa não é capaz de perceber outras saídas para os problemas. A forma de pensar é rígida e drástica: “o único caminho é a morte”, “não há mais nada o que fazer”, “a única coisa que poderia fazer era me matar”. Análoga a esta condição é a “visão em túnel”, que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar.

Recomenda ainda que os profissionais fiquem atentos às frases de alerta: “Eu preferia estar morto”, “Eu já sei o que vou fazer”, “Eu não aguento mais”, “Eu sou um perdedor e um peso pros outros”, “Os outros vão ser mais felizes sem mim”. Por trás

destas, estão os sentimentos de que podem estar pensando em suicídio juntamente com a presença dos 4 D: depressão, desesperança, desamparo e desespero (BRASIL, 2006).

Baseado nestas recomendações do Ministério da Saúde, nos estudos apresentados e na experiência clínica da pesquisadora, construiu-se o 12º indicador. Caso o paciente não apresente risco, será adotada afirmação: não se aplica.

### **5.2.2 O fenômeno da reinternação e a abordagem familiar.**

O fenômeno da reinternação em hospitais psiquiátricos evidencia um grande desafio da Reforma Psiquiátrica, expondo a dificuldade em se garantir uma continuidade no tratamento do sujeito inserido no meio social e familiar. Este tipo de reinternação vem sendo denominado na literatura em língua inglesa pela expressão “*revolving door*”, a qual se refere a portas giratórias, indicando o movimento de contínuas entradas e saídas, fazendo-se analogia às repetidas reincidências dos usuários. É um fenômeno multifatorial e multicausal (SANTOS 2007; BEZERRA & DIMENSTEIN, 2011).

O paciente que retorna ao hospital psiquiátrico teve uma experiência de vida em que procurou um lugar na sociedade. A análise dessa vivência é uma apreciação de como ocorre, ou não ocorre, a inserção social do paciente egresso de hospital psiquiátrico - quais as possibilidades de vida encontradas por essas pessoas na comunidade. O paciente tem dificuldade em conviver em seu meio e com a família. Nesta situação, o tratamento em casa consiste em buscar a medicação no posto e tomá-la conforme o prescrito. Como se o paciente e família não tivessem uma posição ativa no tratamento, o êxito e a cura dependem da medicação. Percebe-se aí uma visão organicista em relação à doença, já que o tratamento passa apenas pela atuação química da medicação, cujo saber é o médico quem detém (SALLES & BARROS, 2007).

Em geral, a reinternação é definida por um determinado número de internações em um período limitado, como duas ou mais internações em um ano, três ou mais internações em um ano, três ou mais internações em um período de um ano e meio (MACHADO & SANTOS, 2011). Neste estudo foram considerados reinternantes aqueles pacientes que voltaram à Instituição durante todo o período da coleta de dados.

No total foram 19 (12,6%) pacientes reinternados, sendo 10 (14,7%) homens e 09 mulheres (11%) do total de internações. Ao avaliá-las foi notório o papel puramente

medicamentoso da família, o seu desgaste, a transferência da responsabilidade para os Serviços Extras – Hospitalares, as condições sócias – econômicas, o diagnóstico médico e o tempo curto de internação devido à alta demanda. Será que o tiro da Reforma Psiquiátrica saiu pela culatra? Será que o foco correto era a intensa redução de leitos? Ou somente o aumento da oferta de Serviços Extras – Hospitalares? Apesar do progresso alcançado na assistência psiquiátrica e a mudança de paradigma, o fenômeno de reinternação pode denunciar algum retrocesso? Estes aspectos são discutidos por Santos (2007) que avaliou a “porta giratória” das internações psiquiátricas no município de Ribeirão Preto – SP.

“O fenômeno parece estar relacionado com uma alteração no fluxo de pacientes coincidente com uma diminuição da oferta de leitos em hospitais psiquiátricos e uma mudança de ênfase da atenção psiquiátrica, das internações para os serviços de atenção primária e secundária. O fluxo das internações foi acelerado a ponto das reinternações alcançarem níveis aparentemente exagerados. Foi criada uma situação paradoxal para um número significativo de pacientes que permanecem um tempo relativamente curto, hospitalizados e tendem a reinternar, passado um tempo, também relativamente curto, na comunidade” (SANTOS, 2007, p.16).

O índice de reinternações passou a ser considerado um parâmetro importante da assistência psiquiátrica hospitalar e de seu sistema de apoio extra-hospitalar, tendendo a ganhar relevância nos trabalhos de avaliação de qualidade de serviços (LANCMAN, 1997). Segundo Morgado e Lima (1994): “O ‘*revolving door*’ é o indicador direto da assistência hospitalar, mas que por via indireta ou virtual ele diz muito sobre o funcionamento dos serviços da comunidade”.

Sendo assim, é competência da enfermagem lidar com os aspectos familiares envolvidos no fenômeno da reinternação. O Enfermeiro assume um papel importantíssimo ao detectar as fragilidades familiares, pois conviver com uma pessoa portadora de transtorno mental é uma experiência, em geral, difícil, tormentosa, principalmente quando persistem sintomas psicóticos como: idéias delirantes, alucinações, retraimento social, dificuldades em estabelecer relações afetivas, comprometimentos cognitivos.

Para muitos pacientes e familiares a internação é a melhor forma de tratamento, explicitando quanto a ideologia manicomial ainda persiste na sociedade,

coexistindo com outras formas de pensar e buscar tratamento, por esta mesma população. Nota – se ambivalência. A institucionalização desenvolve a característica de passividade, submissão, dependência, segurança, limite, mas também de afeto e cuidado que muitos pacientes procuram. Ao mesmo tempo em que os pacientes querem estar com os familiares, a negação destes é tão grande, que inconscientemente aqueles burlam os mecanismos Extra – Hospitalares para que sejam institucionalizado a fim de obter o mínimo.

Neste contexto surge a necessidade de acrescentar o 13º indicador no respectivo instrumento relacionado à “Abordagem Familiar”. Baseado nas horas descritas no SCP desenvolvido por Ringerman & Luz (1991).

### **5.2.3 Comportamento relacionado ao fumo**

Segundo a OMS o tabaco é responsável primário e direto pela morte de 5 milhões de pessoas por ano em todo o mundo, sendo que muitas destas mortes são causadas prematuramente; ocorre uma morte a cada 6 segundos, entretanto é a causa morte mais prevenível entre os cinco maiores fatores de risco para mortalidade. Estima ainda que, neste século, 1 bilhão de pessoas morrerão em decorrência do hábito de fumar (WHO, 2012).

A relação entre tabagismo e doenças mentais vem sendo objeto de numerosas publicações nas últimas duas décadas, mostrando associação entre consumo de tabaco e transtornos psiquiátricos em pacientes estudados. Está bem estabelecida na literatura a relação entre tabagismo e quadros psicopatológicos, como esquizofrenia, transtornos de humor, de ansiedade, esquizofrenia e substâncias psicoativas, sendo os mais comumente relacionados. A nicotina é uma droga estimulante que interfere no funcionamento dos sistemas neurotransmissores e exerce diversas ações neuroendócrinas, entre outros fatores, o que pode influenciar no quadro psicopatológico e na responsividade do paciente ao tratamento (RONDINA, GORAYEB & BOTELHO, 2003; CALHEIROS, OLIVEIRA & ANDRETTA, 2006).

Em uma revisão sistemática de literatura, Calheiros, Oliveira & Andretta (2006), elencaram muitos aspectos relacionados ao comportamento do fumo em pacientes psiquiátricos: prevalência de dependência de nicotina e álcool entre os dependentes de

outras drogas é alta; existe associação muito significativa entre consumo de *cannabis* e tabaco; entre as pessoas com mais vulnerabilidades para dependência de nicotina, estão os pacientes psiquiátricos; essa população de pacientes apresenta dependência mais intensa que fumantes sem comorbidades; os sintomas de abstinência de nicotina (ansiedade, irritabilidade, humor deprimido, insônia) são confundidos com os sintomas que levaram à internação ou com os sintomas da própria doença (CALHEIROS, OLIVEIRA & ANDRETTA, 2006). Em outra revisão de literatura é apontada forte associação entre tabagismo e transtornos depressivos; 60% a 70% dos esquizofrênicos são fumantes, esta alta prevalência justifica-se pela nicotina ser terapêutica no *núcleo accumbens* liberando a dopamina; associação entre tabagismo e ansiedade/transtornos de ansiedade, porém, menos do que nos transtornos depressivos (RONDINA, GORAYEB & BOTELHO, 2003).

Diante destes estudos é possível fazer uma analogia com o perfil de pacientes da amostra deste estudo: 76% (n = 114) dos pacientes fazem uso de alguma droga lícita (tabaco ou álcool), sendo que, destes, 51% (n = 58) usam apenas o tabaco; 12% (n = 14) apenas o álcool e 37% (n = 42) usam o tabaco e álcool, ou seja, o tabaco é usado por 87,7% (n = 100) dos pacientes constituintes desta amostra que é de 150 pacientes. Ainda podemos dizer que 28% (n = 42) do total de pacientes fazem uso do tabaco e de outras drogas.

As dificuldades para o controle do uso do tabaco durante a internação psiquiátrica são devidas, em parte, a não integração de estratégias antifumo às rotinas dos serviços. A descrença dos profissionais de saúde e pacientes que fumam, em relação aos tratamentos para a dependência de nicotina, pode levá-los a interferir em tais abordagens. Por outro lado, muitos profissionais da área da saúde acreditam que o doente mental tem o direito de fumar, mesmo em ambientes fechados, como o da internação (questão de direito legal). A liberação do uso do cigarro pode, por sua vez, ser utilizada como forma de garantia para que os pacientes sigam as recomendações do tratamento e participem das diferentes atividades terapêuticas oferecidas. O fumo passa, portanto, a ser visto como instrumento que apazigua e facilita a interação social dos doentes. A equipe tende a acreditar que a proibição do uso de cigarros aumentaria a agressividade dos pacientes (REILLY, MURPHY & ALDERTON, 2006). É utilizado como uma forma de aliviar os efeitos colaterais de algumas medicações e mesmo de alguns

sintomas de doença, exacerbados pela ociosidade, muito comum nas instituições psiquiátricas (RONDINA, GORAYEB & BOTELHO, 2007). Estes aspectos eram verbalizados pelos pacientes durante a coleta de dados, sendo presenciado, em muitos momentos, conflito em decorrência do fumo.

Em um estudo recente acerca da opinião sobre o hábito de fumar realizada com pacientes psiquiátricos internados na Enfermaria de Psiquiatria de um Hospital Geral Terciário, sobre o hábito de fumar, os fumantes mostraram-se contrários a políticas antifumo, mas favoráveis à terapêutica de reposição de nicotina na internação. É esperado o investimento da equipe no ambiente livre de cigarros, nos serviços de saúde e na conscientização do fumante, para buscar tratamento antitabágico (SCHERER ET AL, 2012). Neste mesmo raciocínio, o Conselho Regional de Enfermagem – Seção São Paulo (COREN-SP), em seu Parecer nº 063/2011 sobre a Equipe de Enfermagem fornecer cigarros a esta população de pacientes, considera que este não deve ocorrer (p.4). Coloca ainda que há menos casos de violência, distúrbios comportamentais e conflitos em serviços que se tornam livre do tabaco, já que a enfermagem é responsável por fornecer, acender, orientar, supervisionar e impor limites acerca do comportamento de fumar; é dispendido muito tempo neste processo além de ser uma grande fonte geradora de conflitos entre pacientes ou entre pacientes e enfermagem (COREN 2011, p.2-3).

Diante do exposto houve a necessidade de construir um Indicador que pudesse abordar o comportamento do paciente relacionado ao fumo, pois demanda da Equipe de Enfermagem um manejo específico e desgastante quando o paciente apresenta dificuldade em aceitar os limites estabelecidos e as regras da enfermaria. O SSCP desenvolvido por Ringerman & Luz (1991) aborda este comportamento no Indicador relacionado à “Ventilação, Alimentação e Fluídos” que possui quatro níveis de dependência.

### 5.3 Aspectos relacionados às limitações do estudo

As limitações deste estudo configuram – se no uso de instrumento (conteúdo e avaliação) validado, no entanto, com pouca utilização. A subjetividade da pesquisadora não foi considerada como uma limitação, pois quaisquer dúvidas acerca do julgamento clínico do paciente para classificá-lo eram sanadas com a equipe de enfermagem (Auxiliares ou Enfermeira), para a classificação mais correta.

Este mesmo instrumento foi utilizado em um estudo realizado na Unidade de Internação Psiquiátrica de um Hospital Geral Universitário de Referência do interior paulista. As autoras colocam como fragilidade de conteúdo a necessidade de ampliação das condições de avaliação clínica (Indicador 10 e 11: “Sinais Vitais e outros controle” e “Queixas e problemas somáticos”, respectivamente), pois estas demandam cuidados específicos somados a aquelas já requeridas no paciente portador de transtorno mental. Apontam sucintamente a permanência do familiar como instrumento terapêutico (OLIVEIRA & LAUS, 2011). Vale ressaltar que este SCP foi desenvolvido e validado em uma Unidade de Psiquiatria de outro Hospital Geral Universitário de Referência da capital paulista, portanto com características diferentes do atual estudo.

A autora do SCP afirma ser necessário acrescentar um indicador crítico relacionado aos aspectos e abordagem familiar, entretanto, não houve tempo hábil, sugerindo para estudo posterior (MARTINS, 2007, p.94). A respectiva necessidade foi identificada neste estudo procedendo à construção do referido indicador crítico e posterior validação será realizada.

No aspecto do conteúdo, todos os indicadores foram revistos criticamente e acrescentadas características que se fizessem necessárias; foram construídos 3 indicadores e o fenômeno de contenção física/mecânica como uma dependência Plena da enfermagem. Na Instituição existe um protocolo para a tomada de decisão na contenção e assistência de enfermagem, requerendo aferição de sinais vitais de hora em hora além de supervisão direta e ininterrupta (anexo 3). Assim, o resultado final do Instrumento pode ser conferido no apêndice 2 onde em **negrito** e *itálico* estão as características acrescentadas aos Indicadores; a pontuação mínima é de 14 e a máxima de 42, o intervalo de corte de 9 pontos para o grau de dependência discreta e intermediária, e de 10 pontos para o grau de dependência plena. A classificação do grau de dependência é estabelecida da

seguinte forma: 14 a 23 pontos – grau de dependência discreta; 24 a 33 – grau de dependência intermediária; 34 a 42 – grau de dependência plena.

Ainda relacionado ao conteúdo, o indicador “Medicação” foi revisto; o número de medicações administradas revela a gravidade/complexidade do paciente e o tempo direto dispendido pela equipe de enfermagem para seu preparo, administração e evolução. É considerado um indicador preditor prático para o dimensionamento de pessoal (FASOLI, FINCKE & HADDOCK, 2011). Assim foram acrescentadas características relacionadas à quantidade de vezes que o paciente é medicado por dia conforme o SCPP do Menninger Memorial Hospital (SCHRORDER & WASH, 1982).

A ECT é uma realidade de tratamento na Instituição estudada, sendo os critérios bem definidos para adotar esta terapêutica conforme literatura (SALLEH ET AL, 2006; ANTUNES ET AL, 2009). O procedimento é realizado pelo psiquiatra no centro cirúrgico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, com monitorização avançada, sedação e supervisão da equipe anestésica; após, o paciente é encaminhado para a Sala de Recuperação Pós – Anestésica até receber alta, o que ocorre por volta das 13 horas. O acompanhamento deste paciente é feito por 02 Auxiliares de Enfermagem, a rotina é conforme a necessidade e responsividade do paciente, podendo ser até 02 sessões por semana. Durante o período da coleta de dados não houve terapêutica com ECT, entretanto, estava sendo discutido o caso da paciente M 62. Em maio de 2013 ela iniciou a ECT com 02 sessões semanais. Este aspecto deverá ser abordado em estudos posteriores, pois é uma condição que demanda uma assistência de enfermagem intensiva e dependente, além de recursos humanos extras para a condução do paciente.

No aspecto da avaliação o instrumento não caracteriza os graus de dependência e nem as respectivas horas de enfermagem requeridos sendo desafios para estudos posteriores. A caracterização do grau de dependência foi construída no presente estudo.

Segundo Sims e Kimpebrock (1994) é necessário que o instrumento para classificação dos pacientes seja revisto periodicamente para que sua confiabilidade e validade sejam mantidas. Além disso, é importante haver um programa de treinamento para os Enfermeiros cujo objetivo é esclarecer os indicadores em todos os seus aspectos para que a subjetividade seja minimizada (MARTINS, 2007).



### 5.3.1 Fragilidades dos Sistemas de Classificação de Pacientes

As fragilidades e os limites dos SCP's devem ser reconhecidos, enquanto ferramenta gerencial. Neste sentido, em uma revisão de literatura realizada entre o ano de 1983 a 2010, para propor um método de dimensionamento de equipe de enfermagem baseado em evidência, os SCP's foram identificados como frágeis, pois não capturam adequadamente o trabalho de enfermagem já que não possuem os requisitos adequados para tal; não são precisos o suficiente para alocar os recursos humanos e auxiliar no processo de tomada de decisão; há uma grande dificuldade em comparar os SCP's devido às lacunas na sua padronização de mensuração; entre os SCP's em uso há pouca informação objetiva sobre a real carga de trabalho (FASOLI, FINCKE & HADDOCK, 2011). Entretanto o SCP RAFAELA<sup>®</sup> é utilizado para fornecer de forma sistemática, objetiva e racional, todas estas informações sendo utilizado como o principal aliado na tomada de decisões acerca de recursos humanos baseada em uma forte evidência (FAGERSTRÖM, 2009).

Quanto ao SCP em uso, realmente não aborda a questão de horas de enfermagem por grau de dependência, carga de trabalho da enfermagem, alocação de recursos humanos, e outras características essenciais. Entretanto, este é um processo de construção para que o instrumento possua os seis elementos essenciais ao um SCP conforme De Groot (1989a) afirma:

- 1<sup>a</sup>: o primeiro e primordial componente é ser uma ferramenta capaz de prever a intensidade de cuidados de enfermagem para cada paciente através de indicadores – objetivos e subjetivos – específicos para a realidade institucional ou do serviço de enfermagem;
- 2<sup>a</sup>: o segundo componente é ser capaz de validar a quantidade de cuidado dispendido para cada categoria ou tipo de paciente, por cada unidade ou enfermaria, através da informação do total de horas. De Groot considera que esta informação é vital para assegurar a validade do instrumento e reitera, “mesmo o instrumento tendo sido validado é necessário estudos de validação local” (p.32).

- 3ª: avaliar o padrão da prestação de cuidados - diretos e indiretos - por cada enfermagem, turno e categoria de enfermagem; aqui podemos entender o SCP como um avaliador de estrutura do cuidado de enfermagem conforme Montalvo (2007);
- 4ª: um mecanismo de revalidar o tempo de atendimento necessário dentro dos padrões do sistema de prestação de cuidados;
- 5ª: um método de relacionar a intensidade de cuidados de enfermagem com a alocação de pessoal.
- 6ª: um método para monitorar a sua confiabilidade ao longo do tempo, é extremamente importante que os resultados, de cada processo de confiabilidade, sejam reportados e discutidos com as enfermeiras assistenciais (p.34).

Segundo De Groot (1989a, p. 34), estes seis elementos constituem os primeiros fatores a serem avaliados em um SCP; deve – se tomar cuidado para assegurar que todos os componentes do sistema permitam que ele seja totalmente operacional. Isso não implica que todos os elementos dos sistemas devem estar presentes antes que um SCP seja considerado para implementação. Implica, no entanto, que os elementos que julgamos estar ausentes sejam prioritários em sua construção e desenvolvimento. Assim, o presente SCP possui apenas o 1º elemento essencial: “uma ferramenta capaz de prever a intensidade de cuidados de enfermagem para cada paciente através de indicadores”, sendo os outros elementos a serem desenvolvidos em estudo posterior para que realmente seja considerado um SCP completo conforme De Groot. Na medida em que estes seis elementos são conhecidos e considerados influenciará o processo de escolha de um sistema (DE GROOT, 1989a, p. 35).

Além dos elementos essenciais, acima descritos, o SCP deve apresentar seis características que irão otimizar o processo de implementação. A primeira é ter sua validade testada e após, a confiabilidade estabelecida; a terceira característica é que deve ser um SCP simples e eficiente, de forma que o seu preenchimento não requeira muito tempo e não gere dúvidas; a quarta característica é ser útil de forma a fazer parte do prontuário dos pacientes, das anotações de enfermagem e fornecer informações para o auxílio na tomada de decisões; a quinta característica é a objetividade no sentido de haver facilidade para determinar o grau de dependência dos indicadores levando em consideração os aspectos subjetivos do avaliador; e por último, a aceitabilidade pelos enfermeiros que irão utilizá – lo (DE GROOT, 1989b). Parte da aceitabilidade de qualquer

ferramenta para classificação de pacientes é proveniente da avaliação subjetiva do quanto o instrumento faz sentido e é válido para as Enfermeiras Assistenciais. A equipe de enfermagem conhece a complexidade inerente ao paciente psiquiátrico, assim o instrumento para classificação dos pacientes deve ser multidimensional para facilitar a sua aceitabilidade. A questão da aceitabilidade é tão importante, pois reflete na validade e confiabilidade do instrumento (DE GROOT, 1989, p. 25).

Há ainda cinco aspectos chaves para o sucesso na implementação de um SCP: compromisso, coordenação, educação permanente, envolvimento e comunicação. Entretanto, estes aspectos configuram outra etapa, após a definição do SCP escolhido (DE GROOT, 1989, p 26). Na figura abaixo, De Groot resume os três pilares de um SCP.

**Figura 3.** Quadro de avaliação da estrutura completa de um Sistema de Classificação de Pacientes, Califórnia, EUA, 1989.

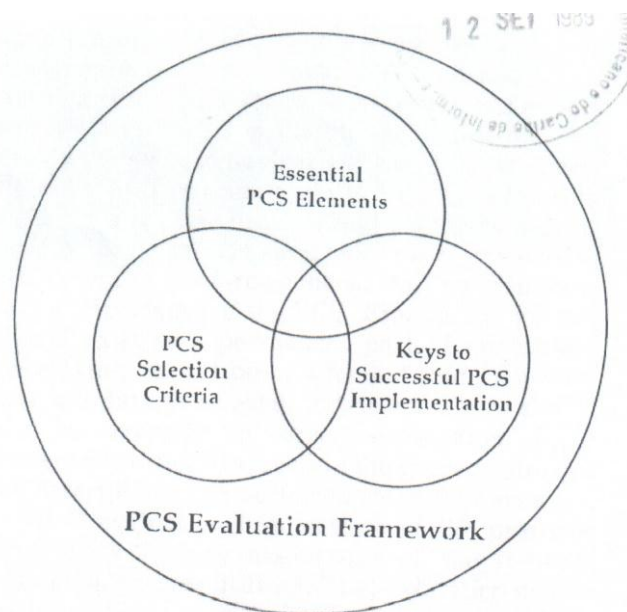


Figure 3. A PCS evaluation framework.

Fonte: De Groot, HÁ. Patient Classification System Evaluation: Part Two, System Selection and Implementation, 1989, p. 27.

O SCP utilizado neste estudo possui apenas o primeiro componente essencial que é ser uma ferramenta capaz de prever a intensidade de cuidados de enfermagem para cada paciente através de indicadores – objetivos e subjetivos – específicos para a

realidade institucional ou do serviço de enfermagem; os outros elementos deverão ser desenvolvidos em estudos posteriores, constituindo uma fragilidade deste SCP. Entretanto, conforme afirmado por De Groot (1989:

“um SCP para ser implementado deve ser capaz de medir o grau de dependência dos pacientes através dos indicadores críticos e ter sua validade e confiabilidade testadas. Os outros elementos essenciais serão construídos ao longo do tempo. As suas características serão aperfeiçoadas através dos cinco aspectos chaves” (1989, p.29).

Assim, este SCPP é válido por medir o grau de dependência dos pacientes através de seus indicadores, tendo sua validade e confiabilidade testadas. Foi aperfeiçoado no sentido de apresentar mais fidedignidade à realidade institucional. É evidente que para sua implantação sua validade e confiabilidade serão testadas em estudo posterior. Não se pode negar que para sua implantação na rotina diária do Enfermeiro, é necessário que o quadro de pessoal esteja dimensionado adequadamente tanto para a aplicação correta do Processo de Enfermagem com a identificação do Diagnóstico de Enfermagem, realização da Prescrição de Enfermagem e Evolução diária, quanto para a incorporação do SCPP à rotina de avaliação do paciente, sendo uma fonte de informação visualmente gráfica de sua evolução.

# Conclusão



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (2010): vista aérea do pavilhão interno da Unidade Interagir (à direita o pátio da Enfermaria Feminina e à esquerda o pátio da Enfermaria Masculina)

## 6. CONCLUSÃO

Os objetivos deste estudo foram alcançados, obtendo – se êxito na classificação do grau de dependência dos pacientes internados na Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, na determinação do quadro de pessoal de enfermagem necessário para atender a este perfil de clientela, na comparação deste quadro de pessoal gerado com o quadro de pessoal de enfermagem atual. O objetivo de revisão do instrumento de classificação de pacientes utilizado também foi alcançado.

As conclusões deste estudo são:

- foram classificados 151 pacientes diferentes, sendo 82 mulheres e 68 homens;
- a média de classificação diária de pacientes foi de 31, sendo 14 mulheres e 17 homens;
- 21 pacientes apresentaram grau de dependência discreta, 09 pacientes grau de dependência intermediária e 01 paciente apresentou grau de dependência plena conforme o instrumento de classificação proposto por Martins (2006);
- o tempo médio de permanência hospitalar foi maior entre os homens;
- a carga de trabalho total da Unidade Interagir é de 220,1 horas;
- o tempo efetivo de trabalho diário é de 5,1 horas;
- o IST da categoria profissional “**Enfermeiro**” foi de 91% (proposta A) e 99% (proposta B); e a média de 95%;
- o IST da categoria profissional “**Auxiliar de Enfermagem**” foi de 72% (proposta A) e 73% (proposta B); e a média de 72,5%;
- dentre as ausências previstas, as folgas semanais contribuíram com 40%; as férias contribuíram com 9%; e 3,1% referente aos feriados não coincidentes com domingos;
- dentre as ausências não – previstas, as Licenças Médicas pelo INSS contribuíram com 46,5% e 87,5% das ausências da categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” e “Enfermeiro”, respectivamente;
- as Doenças Ósteo – Musculares foram à primeira causa de todas as Licenças Médicas do funcionário da Unidade Interagir; os Transtornos Mentais e Comportamentais foram a segunda causa;
- a Taxa de Absenteísmo da categoria profissional “Enfermeiro” foi de 24% e da categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” foi de 9%;

- ambas as propostas geraram o mesmo quantitativo de pessoal (42 funcionários) e por categoria profissional: 15 Enfermeiras e 27 Auxiliares de Enfermagem;

- há um déficit de 10 Enfermeiras e superávit de 12 Auxiliares de Enfermagem no quadro atual da Unidade Interagir;

- o número de plantões pagos no ano de 2012 foi de 1.160, equivalente a 13.920 horas trabalhadas e 10 servidores;

- o instrumento utilizado para a classificação dos pacientes foi adaptado às características da realidade Institucional.

Este estudo constitui-se da melhor evidência disponível para o dimensionamento de pessoal de enfermagem psiquiátrica podendo ser considerado uma inovação para a especialidade.

# *Produto Final*



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (2010): prédio central da administração



## 7. PRODUTO FINAL

Os produtos finais deste estudo são: o dimensionamento da equipe de enfermagem psiquiátrica da Unidade de Transtornos Mentais Agudos e a sugestão de um novo Instrumento para Classificação de Pacientes Psiquiátricos.

As duas propostas de dimensionamento apontam para o mesmo quadro de pessoal sendo uma equipe levemente supra dimensionada em decorrência do número excedente de Auxiliares de Enfermagem; entretanto a categoria profissional “Enfermeiro” está sub – dimensionada. Sugere que seja mantida a quantidade atual de Auxiliares de Enfermagem e contrate mais 05 Enfermeiros para potencializar o processo de trabalho do mesmo e otimizar a assistência de enfermagem. O quadro de pessoal dimensionado comparado com o existente pode ser visto na tabela abaixo:

**Tabela 11.** Comparação do dimensionamento de pessoal proposto (D) X constituição atual da equipe de enfermagem (C) da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por categoria profissional. Botucatu, 2013.

	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>(D – C)</b>
Auxiliares de Enfermagem	27	39	- 12
Enfermeiro	15	05	+ 10
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>44</b>	<b>- 2</b>

O Instrumento para classificação dos pacientes psiquiátricos foi adequado à realidade Institucional baseado no perfil da clientela assistida e sendo acrescidos 03 Indicadores Críticos, revisto os existentes e estabelecida uma caracterização para cada grau de dependência: Dependência Discreta, Intermediária e Plena. Foi estabelecido um novo intervalo de corte entre os graus de dependência e uma adaptação dos graus de dependência às horas de assistência de enfermagem segundo a Resolução COFEN nº 293/2004.

Abaixo segue o Instrumento modificado. **Em negrito e itálico** está os aspectos revistos nos Indicadores e/ou acrescidos, principalmente a contenção mecânica/física. Os

Indicadores: 12) Comportamento suicida; 13) Abordagem Familiar; 14) Comportamento relacionado ao fumo, foram acrescentados.

### Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos Modificado (SCPPM) – Vieira, 2014.

<b>1. CUIDADOS COM APARÊNCIA E HIGIENE</b>		
1	Discreta	Necessita apenas de orientação e supervisão pra realizar as atividades de rotina: uso o chuveiro, guarda de roupas e pertences, higiene adequada; faz uso adequado de vestimentas e ornamentos.
2	Intermediária	Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência.
3	Plena	Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e/ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

<b>2. EXPRESSÃO DO PENSAMENTO</b>		
1	Discreta	Demonstra critica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado.
2	Intermediária	Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da critica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho, mas quando solicitado, consegue manter um discurso coerente; <b>querelante.</b>
3	Plena	Apresenta idéias delirantes, idéias que expressam alucinações, denotando com certa frequência grande incomodo resultante de tais sintomas, expressa idéias de agitação, fuga, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressa-la. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

<b>3. HUMOR E AFETO</b>		
1	Discreta	Mantém humor eutímico.
2	Intermediária	Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade, não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste.
3	Plena	Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste; desinteressado de tudo; irrita-se com facilidade; muda bruscamente de estado de humor. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

<b>4. ATIVIDADES</b>		
1	Discreta	Aceita participar das atividades individuais e grupais,. Colaborador e afetivo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente.

2	Intermediária	Participa das atividades, apenas quando é estimulado, mantendo-se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades.
3	Plena	Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado (completamente inativo), não permanece nas atividades. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 5. INTERAÇÃO SOCIAL

1	Discreta	Colaborador e procura interagir espontaneamente.
2	Intermediária	Mantém-se isolado dos demais, indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para o outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e sociais; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações apenas quando é estimulado.
3	Plena	Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; furta pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante visita; negligencia suas responsabilidades. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 6. ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO

1	Discreta	Aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais
2	Intermediária	Ingere quantidade insuficiente de alimentos <b>e líquidos</b> ; quando estimulado e orientado alimenta-se <b>e hidrata-se</b> ; exige dieta especial (terapêutica); <b>necessita de suplementação alimentar</b> ; mantém alguns hábitos inadequadamente durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
3	Plena	Não se alimenta sozinho; tem dificuldades para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas após refeições; <b>necessidade de SNG ou SNE; necessidade de hidratação EV. Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 7. SONO

1	Discreta	Dorme regularmente à noite <b>quando medicado conforme prescrição médica de rotina.</b>
2	Intermediária	Dorme durante do dia; não dorme à noite, mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado <b>extra por via oral ou via intramuscular.</b>
3	Plena	Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme de dia e nem de noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia quanto de noite. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 8. MEDICAÇÃO

1	Discreta	Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabilizá-lo pela própria medicação <b>ou a</b>
---	----------	--

		<b>familiares; medicado (VO) até 4 vezes/dia.</b>
2	Intermediária	Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos; eventualmente, procura por informações sobre a medicação; <b>medicado (VO) mais de quatro vezes/dia.</b>
3	Plena	Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis e/ou diluídas; solicita medicamentos a todo o momento. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 9. ELIMINAÇÕES

1	Discreta	As eliminações estão presentes; tem controle esfinteriano.
2	Intermediária	Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfinteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinária decorrente do uso de medicações.
3	Plena	Não tem controle esfinteriano; faz uso inadequado do sanitário; necessita de fraldas. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 10. SINAIS VITAIS E OUTROS CONTROLES

1	Discreta	Necessita de verificação <b>conforme rotina institucional.</b>
2	Intermediária	Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas, <b>prescrição médica, realização de glicemia capilar.</b>
3	Plena	Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 11. QUEIXAS E PROBLEMAS SOMÁTICOS

1	Discreta	Nega queixas somáticas
2	Intermediária	Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outros; <b>poliqueixoso.</b>
3	Plena	Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 12. COMPORTAMENTO SUICIDA

0	Não se aplica	
1	Discreta	Estado mental inalterado; leve alteração de humor; alguns pensamentos sem plano; planejamento frouxo; rigidez/constrição frouxa; dificuldade de acesso aos meios; sem tentativas anteriores, porém histórico familiar positivo; forte apoio social e familiar.
2	Intermediária	Estado mental parcialmente alterado; alteração de humor expressiva; possui pensamentos e planos; planejamento para longo prazo; ambivalência presente; impulsividade; histórico de uma tentativa anterior; apoio social e familiar frágil,

		porém existente;
3	Plena	Estado mental alterado; forte pensamento e plano; planejamento a curto com meios; forte sentimento de desesperança, desamparo e desespero; depressão; rigidez/construção forte (visão em túnel); apoio social fraco ou inexistente; estado mental alterado; várias tentativas anteriores; contido fisicamente/mecanicamente.

### 13. ABORDAGEM FAMILIAR

1	Discreta	Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 30 minutos à 1 hora; familiares participam ativamente do tratamento; adequada continência sócio familiar; recebe visitas e/ou ligações regularmente;
2	Intermediária	Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 1 a 2 horas; familiares participam do tratamento mediante solicitações; continência sócio familiar prejudicada; recebe visitas e/ou ligações esporadicamente; recusa ligações e/ou vistas de algum familiar específico;
3	Plena	Tempo requerido de assistência de enfermagem: maior que 2 horas; familiares não participam do tratamento; incontinência sócio familiar; raramente recebe visitas e/ou ligações; alteração do comportamento quando recebe ligações e/ou visitas; recusa ligações e/ou visitas.

### 14. COMPORTAMENTO RELACIONADO AO FUMO

1	Discreta	Aceita tranquilamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros adequadamente e não furta dos demais pacientes; às vezes precisa ser lembrado do local específico para fumar.
2	Intermediária	Aceita rispidamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros, porém furta dos demais pacientes; precisa ser lembrado sempre do local específico para fumar, aceitando com dificuldade.
3	Plena	Não aceita a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; fuma em demasia; não tem controle sobre a quantidade, furta dos demais; potencial risco para fogo; não aceita o local específico para fumar mesmo após orientação. Contido fisicamente/mecanicamente.

**PONTUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

- ( ) 14 a 23 pontos – grau de dependência discreta;
- ( ) 24 a 33 – grau de dependência intermediária;
- ( ) 34 a 42 – grau de dependência plena.

<b>Definição dos graus de dependência segundo instrumento de Vieira, 2014.</b>		<b>Horas de Enfermagem/leito, nas 24 horas segundo a Resolução COFEN nº 293/2004.</b>
<b>Dependência Discreta (DD)</b>	Paciente cujo comportamento não é desorganizado; necessita de orientação verbal ou quase nenhuma para: higiene, vestimentas, alimentação, hidratação; aceitação contencção verbal; baixo risco para suicídio; comportamento adequado para o fumo; interação social positiva, porém manipulador; sem disfunções clínicas.	<b>5,6 horas de enfermagem por paciente</b>
<b>Dependência Intermediária (DI)</b>	Paciente cujo comportamento é parcialmente desorganizado; necessita de auxílio parcial ou supervisão para: higiene, vestimentas, alimentação e hidratação; agressivo verbalmente; médio risco de suicido; necessário lembrá-lo várias vezes ao dia do local específico para fumar; parcialmente isolado; medicação extra VO; disfunções clínicas.	<b>9,4 horas de enfermagem por paciente</b>
<b>Dependência Plena (DP)</b>	Pacientes cujo comportamento é totalmente desorganizado; necessita de auxílio total para: higiene, vestimentas, alimentação, suplementação alimentar, hidratação EV; hetero-agressivo; alto risco de suicídio; fuma em demasia e em locais inadequados; isolado; medicação extra IM; contido fisicamente/mecanicamente; disfunções clínicas com possível instabilidade; necessita de ECT; necessita de dois acompanhantes para saídas.	<b>17,9 horas de enfermagem por paciente</b>

**DATA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

**Responsável: Carimbo e Assinatura**

# *Recomendações*



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (2010): pátio interno da Enfermaria Feminina – Unidade Interagir.

## 8. RECOMENDAÇÕES

O SCP tem sido adotado como importante recurso no planejamento do quantitativo e qualitativo do quadro de recursos humanos em enfermagem na medida em que possibilita definir a categorização do cuidado, no que se refere ao seu grau de complexidade e o tipo de intervenção a ser implementada, na perspectiva do atendimento das necessidades do cliente/paciente, quer no sentido de supri-las ou antecipá-las (GAIDZINSKI & PERROCA, 1998; COFEN, 2004).

Ao realizar uma breve e sucinta revisão integrativa através da BIREME (apêndice 11), encontra-se 55 publicações de autores nacionais cujo título contém a palavra dimensionamento de pessoal de enfermagem - 29 publicações na Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e 26 publicações na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) - entretanto, nenhuma delas é sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem psiquiátrica, corroborando a inexistência deste tipo de publicação até o momento. Assim, este estudo pode ser considerado pioneiro na área sendo a melhor evidência disponível até o momento.

É inegável a aplicabilidade de um SCP para o gerenciamento baseado em evidências de forma que ele é o primeiro passo para o dimensionamento de pessoal, constituindo – se uma inovação no processo de trabalho gerenciar e com repercussão no processo de trabalho assistir. Estudos posteriores serão realizados no sentido de construir um indicador crítico para a ECT, estabelecer o total de horas de enfermagem psiquiátrica por grau de dependência, validar o constructo produzido neste estudo - o SCPPM - e assim prosseguir com sua implementação na prática clínica do enfermeiro psiquiátrico.

O papel da enfermagem psiquiátrica começou a surgir na década de 50, sendo explicitada a sua grande diferença entre o enfermeiro geral e sua escassez no mercado de trabalho. Weiss (1947) relata que os enfermeiros psiquiátricos aplicam a “terapia da atitude” como sendo o uso dirigido de atitudes que contribuem para a recuperação do paciente. Bennett e Eaton (1951) aprofundam no sentido de incentivar a participação desta categoria em grupos, em psicoterapias e em pesquisas acerca deste relacionamento. No mesmo ano, houve a primeira publicação sobre o relacionamento enfermeira-paciente com pacientes esquizofrênicos, estabelecendo a “terapia da enfermagem”. Em 1952, Hildegard Peplau descreveu as habilidades, atividade e o papel



das enfermeiras psiquiátricas, sendo um marco teórico na especialidade (STUART & LARAIA, 2001, p 33).

A enfermagem psiquiátrica brasileira tem-se baseado em Peplau que considera que a ênfase do papel do enfermeiro psiquiátrico não está em exercer atividades administrativas, em ser um agente socializador ou em fazer educação à saúde, ou, ainda nos papéis de mãe substituta ou técnico, mas no seu papel de psicoterapeuta; o papel da enfermeira psiquiátrica evoluiu dos cuidados físicos ao paciente, exclusivamente para o de competência no relacionamento interpessoal.

A prática contemporânea da enfermagem psiquiátrica é um processo interpessoal que promove e mantém um comportamento no paciente, contribuindo para o seu funcionamento integrado. A assistência direta e indireta de enfermagem é baseada em teorias comportamentais, da personalidade, biológica e social. O objetivo do cuidado é promover o bem – estar, maximizar o funcionamento integrado e promover a auto – realização. Uma relação interpessoal pode produzir mudanças e crescimento intra – individual, sendo o veículo para a aplicação do Processo de Enfermagem e para a conquista do objetivo dos cuidados de enfermagem (STUART & LARAIA, 2001, p 36). E para estabelecer esta relação terapêutica é necessário que o Enfermeiro mantenha um contato mais direto, intenso e linear com o paciente, só que para isso, o dimensionamento adequado é o passo inicial.

Assim, recomendo que os Indicadores Críticos construídos neste estudo sejam acrescidos ao Instrumento proposto por Martins (2006) bem como a caracterização dos graus de dependência. Posteriormente, sugiro que o SCPPM, proposto por este estudo, seja validado e sua confiabilidade estabelecida. É possível ainda, em estudo posterior, estabelecer o tempo médio dispendido para cada grau de dependência.

# *Referências*



CAIS Prof. Cantídio de Moura Campos (2010): corredor interno da Enfermaria Feminina – Unidade Interagir.

## 9. REFERÊNCIAS

Abdellah FG, Strachan EJ. Progressive Patient Care. *The American Journal of Nursing*. 1959; 59(5): 649-55.

Alcalá MU et al. Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico-hospitalar de urgência. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde e Higiene: 1982.

Alward RR. Patient classification systems: the ideal vs. reality. *JONA*. 1983; 13(2): 14-9.

Andrade S. Adaptação de um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas no cuidado de enfermagem ao paciente pediátrico oncológico. 61f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho: Faculdade de Medicina de Botucatu. 2009.

Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. *Rev. Bras. Enferm*. 2005; 58(3): 261-5.

Antunes PB, Rosa MA, Belmonte-de-Abreu PS, Lobato MIR, Fleck MP. Eletroconvulsioterapia na depressão maior: aspectos atuais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2009; 31(1): 26-33. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500005)

[citado em jun 2013].

Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003; 11(6): 832-39.

Arantes EC. Observação de comportamento de pacientes internados em hospital psiquiátrico. Rev Bras Enferm. 1968; 21(1): 39-49.

Ashan H, Junttila K, Fagerström L, Kanerva A, Rauhala A. RAFAELA patient classification system as a tool for management. Stud Health Technol Inform. 2009; 146: 478-82.

Ashcraft MLK et al. A Psychiatric Patient Classification System: an alternative to Diagnosis – Related Groups. Medical Care 1989; 27(5): 543-557.

Atallah NA, Castro AA. Fundamentos da pesquisa clínica. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

Auger JA, Dee V. A Patient Classification System Based on the Behavioral System Model of Nursing: Part I. JONA. 1983a; 13(4): 38-43.

Auger JA, Dee V. A Patient Classification System Based on the Behavioral System Model of Nursing: Part II. JONA. 1983b; 13(5):18-23.

Barham VZ, Schneider WR. Matrix: a unique patient classification system. JONA. 1980; 1: 25-31.

Batiy K, Moonet M, Lowry C. Patient classification: a visible difference. *Nurs Manage.* 1990; 21(9): 71-5.

Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide. In: Wasserman D e Wasserrman C (Eds.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention.* Oxford: Oxford University Press, 2009.

Bertolote JM, Mello – Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010; 32(2): 87-95.

Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da re – internação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental.* 2011; 9(16): 417-42.

Bordin LC, Fugulin MFT. Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em Unidade Médico-Cirúrgica. *Rev. esc. Enferm. USP.* 2009; 43(4): 833-40.

Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marín-León L. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27(1); 45-53.

Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(12): 2632-38.

Botega NJ, Garcia LSL. Brazil: the need for violence (including suicide) prevention. *World Psychiatry.* 2004; 3(3):157-158

Botter ML. The Use of Information Generated by a Patient Classification System. *JONA.* 2000; 30(11); 544-51.

Calheiros PRV, Oliveira MS, Andretta I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia* [online]. 2006; 23; 65-74. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942006000200007&script=sci\\_arttext&lng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942006000200007&script=sci_arttext&lng=en) [citado jun 2013].

Cho D, Hsu Y, Monroe S. A computerized mental patient classification system. *Comput Programs Biomed.* 1981; 13(1-2); 139-47.

Cho SH, Hwang JH, Kim J. Nurse staffing and patient mortality in intensive care units. *Nurs Res.* 2008; 57(5):322-30.

Claussen E. Categorization of Patients According to Nursing Care Needs. *Mil. Med.* 1955; 116(3); 209-214

Coelho Jr Ceci; Maeda ST. Parâmetros para o Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. São Paulo; 1992. 30p.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 189 de 18 de março de 1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. [legislação na internet]. São Paulo, 1997.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 293 de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. [legislação na internet]. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/Resolucao293.htm> [citado jun. 2012]

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe 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 e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília, 2004. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384> [citado jul. 2012]

Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN/SP). Parecer COREN-SP GAB nº 063 de 2011. Equipe de Enfermagem fornecer cigarros para pacientes internados em instituição psiquiátrica. [Parecer na internet]. São Paulo, 2011. Disponível em: [http://corensp.gov.br/sites/default/files/063\\_2011\\_equipe\\_enfermagem\\_fornecer\\_cigarros\\_pacientes\\_internados\\_instituicao\\_psiquiatrica.pdf](http://corensp.gov.br/sites/default/files/063_2011_equipe_enfermagem_fornecer_cigarros_pacientes_internados_instituicao_psiquiatrica.pdf) [citado jun. 2013].

Connor RJ. A hospital inpatient classification system: a dissertation submitted to the advisory Board of Engineering of Johns Hopkins University in conformity with the requirements for degree of Doctor of Engineering. Baltimore: The Johns Hopkins University: 1960.

Connor RJ. Effective use of nursing resources: a research report. Hospitals. 1961; 35(9):30-9.

Cook DJ; Guyatt Gh et al. Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents. Chest. 1995; 108(4): 227. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7555178?dopt=Abstract&holding=f1000,f1000m,isrctn> [citado em jun 2013].

Costa RA, Shimizu HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005; 13(5): 654-62.

Cucolo DF, Perroca DF. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(2): 175-181.

De Groot HA. Patient classification system evaluation. Part 1: Essential system elements. JONA. 1989a; 19(6): 30-5.

De Groot HA. Patient classification system evaluation. Part 2: System selection and implementation. JONA. 1989b; 19(7): 24- 30.

Dini AP et al. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3): 575-80.

Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev Latino-am Enfermagem. 2003; 11(1): 115-8.

Ehrman ML. Using a factored patient classification system in psychiatric. Nurs Manage. 1987; 18(5): 48-53.

Eklöf M, Weishuang Qu. Validating a Psychiatric Patient Classification System. JONA. 1986; 16(5): 10-7.



Fagerström L, Rauhala A. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *J Adv Nurs*. 2007; 57(3): 286-95.

Fagerström L, Rauhala A. Benchmarking in nursing care by the RAFAELA patient classification system – a possibility for nurse managers. *J Nurs Manage*. 2007; 15(7): 683-92.

Fagerström L. Benchmarking by the RAFAELA Patient Classification System – a descriptive study of optimal nursing intensity levels. *Stud Health Technol Inform*. 2009; 146: 25-9.

Fagerström L. Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. *J Nurs Manage*. 2009; 17: 415-25.

Fakih FT, Carmagnani MIS, Cunha ISKO. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. *Rev. bras. Enferm*. 2006; 59(2): 183-87.

Fasoli DJR, Fincke BG, Haddock KS. Going Beyond Patient Classification Systems to Create Evidence – Based Staffing Methodology. *JONA*. 2011; 41(10): 434-39.

Fogaça MDC, Carvalho W, Nogueira-Martins LA. Demandas do trabalho e controle: implicações em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4): 529-32.

Fugulin FMT et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. *Rev Med. HU-USP*. 1994; 4(1/2): 63-8.

Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem. 1997. 100 f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de São Paulo. 1997.

Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação d quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino. 2002. 200 f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2002.

Fugulin FMT, Rossetti AC, Ricardo CM, Possari JF, Mello MC, Gaidzinski RR. Tempo de assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº293/04. Rev. Latino-am Enferm. 2012; 20(2): 325-32.

Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam esta prática. 1994. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo. 1994.

Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. Tese [Livre – Docência]. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo. 1998.

Gaidzinski RR, Kurcgant P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiros. Nursing. 1998; 1(2): 28-34.

Gaidzinski RR, Fugulin MFT, Castilho, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant, P, coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 125-137.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Peres HHC, Castilho V, Massarollo MCKB, Mira VL, Pereira IM, Tsukamoto R. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: inovação tecnológica. Rev Esc Enferm USP. 2008; 43(Esp. 2): 1314-9.

Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003; 37(4): 43-50.

Gerrish K, Clayton J. Improving clinical effectiveness through an evidence-based approach: meeting the challenge for nursing in the United Kingdom. Nurs Adm. Q. 1998; 22(4): 55-65.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ed – São Paulo: Atlas, 2004. 176p.

Giovannetti P. Patient Classification Systems in Nursing: A Description and Analysis. Baltimore, MD: U.S. Department of Health, Education and Welfare; 1978.

Giovannetti P. Understanding patient classification systems. JONA. 1979; 9(2):4-9.

Giovannetti P, Johnson JM. A new generation patient classification system. JONA. 1990; 20(5):33-40.

Hartley R, O'Flynn WR, Rake M, Wooster M. Experiment in Progressive Patient Care. Brit. Med. J. 1968; 3: 794-95.

Hokama CSM, Serrano CDBH. Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) – ENFScore. In: Bork AMT. Enfermagem de excelência: de visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.101-09.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU 1979.

Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Accreditation Manual for Hospitals. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1981. p.118.

Kinley J, Cronenwett LR. Multiple shift patient classification: is it necessary? J. Nurs. Adm. 1987; 17(2): 22-5.

Kisil M. O Cuidado Progressivo do Paciente: uma experiência administrativa em centro médico complexo. Bol of Sanit Pana. 1978; 84(3): 223-30.

Lockward HJ, Thoms EJ. Progressive Patient Care: a preliminary report. J.A.M.A. 1960; 172(2): 132-37.

Machado V, Santos MA dos. Taxa de permanência hospitalar de pacientes re-internados em hospital psiquiátrico. J Bras. Psiquiatr. 2011; 60(1): 16-22.

Malloch K, Conovaloff A. Patient Classification Systems, Part 1: The Third Generation. JONA 1999; 29(7/8): 49-56.

Malloch K et al. Patient classification systems. Part 2: The Third Generation. JONA. 1999; 29(9): 33-42.

Martins, PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica. 105 f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo. 2001.

Martins PASF, Forcella HT. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. Acta Paul Enferm. 2006; 19(1): 62-9.

Martins, PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica: validação clínica 123 f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo. 2007.

Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT. Sistema de Classificação de Pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2): 233-41.

Matsushita MS, Adami NP, Carmagnani MIS. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. Acta paul. Enferm. 2005; 18(1): 9-19.

Maya CMS, Assis AL. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. Rev. bras. Enferm. 2011; 64(5); 898-904.

Mello MF. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Mendes TH, Castro RCBR. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. Rev Enferm UNISA. 2005; 6: 94-8.

McGillis L, Doran D, Pink GH. Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. JONA. 2004; 34(1): 41-5.

Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

Modelo Assistencial em Saúde Mental. [legislação na internet]. Brasília, 2001. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/LEIS_2001/L10216.htm) [citado jun. 2012]

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002. Estabelece as diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília, 2001. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm> [citado jun. 2012].

Ministério da Saúde (Brasil). Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio; Organização Pan-Americana de Saúde; Universidade Estadual de Campinas. Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Campinas, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf) [citado jun 2013].

Montalvo I. "The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®)" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2007; 12(3): Manuscript 2. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html> [citado mai.2013].

Morath J, Fleischmann R, Boggs G. A missing consideration: the psychiatric patient classification for scheduling-staffing systems. *Perspect Psychiatr Care*. 1989; 25(3-4): 40-7.

Nacaprasanna BR. Patient classification systems: strategies for the 1990s. *Nurs. Manage.* 1988; 19(3):105-9.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 2002; 346(22):1715-22.

Nicola AL, Anselmi ML. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. bras. Enferm.* 2005; 58(2): 186-90.

Nygaard L, Hansen J. Making computerized patient classification system work for psychiatric. *Nurs Manage.* 1991; 22(11): 40-2, 44.

O'Leary C. A Psychiatric Patient Classification System. *Nurs Manage.* 1991; 22(9): 66.

Oliveira C, Román AV. Perfil de paciente - recurso para classificação assistencial. *Rev. Paul. Hosp.* 1976; 24(2): 52-8.

Oliveira RP, Laus AM. Caracterização de pacientes de unidades de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(5): 1164-70.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2000.

Pardue SF, Dick CT. Patient Classification: Illness Acuity and Nursing Needs. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1986; 24: 23-30.

Perroca MG. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. 1996. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev. Esc Enf. USP*. 1998; 32(2): 153-168.

Perroca MG. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica. 2000. 156 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

Perroca MG, Gaidzinski RR. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2002; 36(3): 245-52.

Perroca MG, Ek AC. Utilization of patient classification systems in Swedish hospitals and the degree of satisfaction among nursing staff. *JONA*. 2007; 15: 472-80.

Perroca MG. Instrumento para classificação de pacientes: opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado. *Rev Esc Enfermagem USP*, 2008; 42(4): 656-64.

Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(1): 1-9.

Price, J. Patient Care Classification System. *Nurs Out*. 1972; 20(7): 445-8.



Rainio AK, Ohinmaa AE. Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system - case study from the general wards of one central hospital. *J Clin Nurs*. 2005; 14(6): 674-84.

Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in England hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(2): 175-82.

Reilly P; Murphy L; Alderton D. Challenging the smoking culture within a mental health service supportively. *Int J Mental Health Nurs*. 2006; 15: 272-8.

Reis IB et al. Cuidado progressivo: implantação e sistematização. São Paulo, 1982. (mimeografado) in FUGULIN, F.M.T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. Med. HU-USP*. 1994: 4(1/2); 63-8.

Ribeiro CM. Sistema de classificação de pacientes para provimento de pessoal de enfermagem. 1972. 78 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

Ringerman ES, Luz S. A Psychiatric Patient Classification System. *Nurs Manage*. 1990; 21(10): 66-71.

Rodrigues Filho J. Sistema de Classificação de Pacientes. Parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1992; 26(3): 395-404.

Rodrigues Filho J. Sistema de Classificação de Pacientes. Parte II: custos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1994; 28(1): 41-9.

Rogenski KE. Tempo de assistência de enfermagem: identificação e análise em instituição hospitalar de ensino [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

Rogenski KE, Fugulin FMT. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. Rev. Esc. Enferm USP. 2007; 41(4): 683-9.

Rogenski KE, Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Rogenski NMB. Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1): 223-9.

Rondina RC; Gorayeb R; Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Rev. psiquiatr. clín. 2003; 30(6): 221-28. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol30/n6/221.html> [citado jun 2013].

Rondina RC; Goyareb R; Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. J Bras Pneumol. 2007; 33(5): 592-601.

Rossetti AC, Gaidzinski RR. Institute of Medicine. Nursing staff in hospitals and nursing homes. Is it adequate? Washington (DC): National Academy Press; 1996. Staffing and Work-related Injuries and Stress; p. 169-88.

Sackett DL; Straus SE; Richardson WS; Rosenberg W; Haynes RB. Medicina baseada em evidências. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

Salleh MA, Papakostas I, Zervas I, Christodoulou G. Eletroconvulsioterapia: critérios de recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. Rev. Bras. Psiqu. Clin. 2006; 33(5): 262-67. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n5/262.html> [citado em jun 2013].

Sanches KRB, Júnior KRC, Coeli CM, Cascão AM. Sistemas de informação em saúde In: Medronho RA; Carvalho DM; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. p.337-60.

Santos R dos. Porta giratória: conceito e ocorrência nas internações psiquiátricas em Ribeirão Preto, 2007. Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. 88 p

Santos F et al. Sistema de Classificação de Pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(5): set-out.

São Paulo. Decreto nº 53.269 de 23 de julho de 2008. Altera a denominação do Hospital Psiquiátrico "Professor Cantídio de Moura Campos", da Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, para Centro de Atenção Integral à Saúde "Professor Cantídio de Moura Campos", dispõe sobre sua organização e dá providências correlatas. [legislação na internet]. São Paulo, 2008. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/92998/decreto-53269-08-sao-paulo-sp> [citado 07 de maio de 2013].

Scherer EA; Scherer ZA; Azevedo HÁ; Durao MAS. Opinião de pacientes psiquiátricos internados sobre o hábito de fumar. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]. 2012; 8(1): 25-33. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180669762012000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180669762012000100005&script=sci_arttext) [citado jun 2013].

Schroder PJ, Washington WP. Administrative Decision Making: Staff-Patient Ratios. *Perspec in Psyc Care*. 1982; 20(3): 111-123.

Schroder PJ et al. Testing Validity and Reliability in a Psychiatric Patient Classification System. *Nurs Manage*. 1986; 17(1): 49-54.

Matos SC, Cardoso SM, Soares NV, Silva MB. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade de clínica. *Rev. Pesq. Cuid. Fundam*. 2012; 4(4):3052-59. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1884/pdf\\_645](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1884/pdf_645). [citado jun 2013].

Sims L, Kippenbrock TA. Psychiatric nurses' satisfaction with a patient classification system for staffing. *Issues Ment Health Nurs*. 1994; 15(4):409-17.

Soares AVN, Rogenski KE, Sancinetti TR, Lima AFC, Gaidzinski RR. Tempo de assistência de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Relato de experiência. O Mundo da Saúde, São Paulo*. 2011; 35(3): 344-49.

Spiri WC, MacPhee M. The meaning of evidence – based management to Brazilian senior nurse leaders. *J Nurs Scholar*. 2013; 45(3): 1-8.

Stuart GWS, Laraia MT. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*. Artmed: Porto Alegre, 2001. 6ªed.

Thomas EJ. Progressive Patient Care: Planning and Research. *New York State Journal of Medicine*, July, 1959.

Tourongeu AE, Doran DM, McGillis Hall L, O'Brien Pallas L, Pringe D, Tu JV, Cranley LA. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs*. 2007; 57(1): 32-44

Trofino J. JCAHO nursing standards nursing care hours and LOS per DRG: Part I. *Nurs Management*. 1989; 20(1):29-32.

U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service. Division of Hospital and Medical Facilities. Elements of progressive patient care. Washington, D.C., 1962. *British Medical Journal*, June 30. p.1827.

Williams GH, Anderson JJ. Developing a labor and delivery patient classification system. *Nurs. Manage*. 1992; 23(10): 74-80.

Wolff LDG, Mazur CS, Wiezbicki C, Barros CB, Quadros VAS. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade semi – intensiva de um hospital universitário de Curitiba. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2): 171-82.

World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2008.

World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf) [citado em jun 2013].

Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ªed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Zuardi AW. Escala de Observação Interativa para Pacientes Psiquiátricos Internados. Rev Psiquiat. Clin. 1999; 26(2): 96-101.

# *Anexos*

Anexo 1

DATA DA COLETA: \_\_\_\_\_ / PERÍODO: \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDENCIA EM ENFERMAGEM  
PSISQUIÁTRICA (MARTINS, 2006)**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ CÓD: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nº filhos: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Data Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HD/CID 10: \_\_\_\_\_

Motivo da Internação: \_\_\_\_\_

Comorbidades: ( )N ( )S \_\_\_\_\_ Primeira Internação? ( )S ( )N

Antecedentes Familiares ? ( )S ( )N ( )NS / Uso de drogas lícitas? ( )N ( )S \_\_\_\_\_

Uso de drogas ilícitas? ( )N ( )S \_\_\_\_\_

**1. CUIDADOS COM APARÊNCIA E HIGIENE**

1	Discreta	Necessita apenas de orientação e supervisão pra realizar as atividades de rotina: uso chuveiro, guarda de roupas e pertences, higiene adequada; faz uso adequado de vestimentas e ornamentos.
2	Intermediária	Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência.
3	Plena	Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e/ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima.

**2. EXPRESSÃO DO PENSAMENTO**

1	Discreta	Demonstra critica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado.
2	Intermediária	Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da critica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho, mas quando solicitado, consegue manter um discurso coerente.
3	Plena	Apresenta idéias delirantes, idéias que expressam alucinações, denotando com certa frequência grande incomodo resultante de tais sintomas, expressa idéias de agitação, fuga ou suicídio, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressa-la.

**3. HUMOR E AFETO**

1	Discreta	Mantém humor eutímico
2	Intermediária	Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade, não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste.
3	Plena	Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste; desinteressado de tudo; irrita-se com facilidade; muda bruscamente de estado de humor. Refere vontade de morrer.



#### 4. ATIVIDADES

1	Discreta	Aceita participar das atividades individuais e grupais,. Colaborador e afetivo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente.
2	Intermediária	Participa das atividades, apenas quando é estimulado, mantendo-se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades.
3	Plena	Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado (completamente inativo), não permanece nas atividades.

#### 5. INTERAÇÃO SOCIAL

1	Discreta	Colaborador, procura interagir espontaneamente.
2	Intermediária	Mantém-se isolado dos demais, indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para o outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e sociais; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações apenas quando é estimulado.
3	Plena	Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; fuma em demasia; furta pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante visita; negligencia suas responsabilidades.

#### 6. ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO

1	Discreta	Aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais
2	Intermediária	Ingere quantidade insuficiente de alimentos; exige dieta especial (terapêutica); quando estimulado e orientado alimenta-se; mantém alguns hábitos inadequadamente durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
3	Plena	Não se alimenta sozinho; tem dificuldades para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas após refeições.

#### 7. SONO

1	Discreta	Dorme regularmente à noite.
2	Intermediária	Dorme durante do dia; não dorme à noite mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado.
3	Plena	Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme de dia e nem de noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia quanto de noite.

#### 8. MEDICAÇÃO

1	Discreta	Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabiliza-lo pela própria medicação.
2	Intermediária	Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos; eventualmente, procura por informações sobre a medicação.
3	Plena	Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis e/ou diluídas; solicita medicamentos a todo o momento.

<b>9. ELIMINAÇÕES</b>		
1	Discreta	As eliminações estão presentes; tem controle esfinteriano.
2	Intermediária	Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfinteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinária decorrente do uso de medicações.
3	Plena	Não tem controle esfinteriano; faz uso inadequado do sanitário.

<b>10. SINAIS VITAIS E OUTROS CONTROLES</b>		
1	Discreta	Necessita de verificação sistematizada
2	Intermediária	Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas.
3	Plena	Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, glicemia, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas.

<b>11. QUEIXAS E PROBLEMAS SOMÁTICOS</b>		
1	Discreta	Nega queixas somáticas
2	Intermediária	Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outros.
3	Plena	Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas.

**TOTAL :** \_\_\_\_ ( ) **Discreta** (11 a 18) ( ) **Intermediária** (19 a 26) ( ) **Plena** (27 a 33)

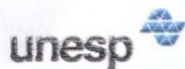
**TEMPO DE INTERNAÇÃO:** \_\_\_\_\_ DIAS

**TEMPO DE LICENÇA MÉDICA:** \_\_\_\_\_ DIAS

**TEMPO DE OBSERVAÇÃO:** \_\_\_\_\_ DIAS

**HD ALTA = HD INTERNAÇÃO?** ( ) S ( ) N \_\_\_\_\_

Anexo 2



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de outubro de 2.012

OF. 505/2012

Ilustríssima Senhora  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Wilza Carla Spiri  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.<sup>a</sup> Wilza Carla,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4390-2012) "Sistema de classificação de pacientes psiquiátricos: aplicação na prática clínica", a ser conduzido por Letícia Carvalho Vieira, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 01/10/2012.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP

### Anexo 3

#### Protocolo de Contenção Física/Mecânica do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”. Botucatu.

<b>PROTOCOLO: Contenção Física</b>	
<b>LOCAL DE APLICAÇÃO: CAIS PROFESSOR CANTÍDIO DE MOURA CAMPOS</b>	
<b>ELABORADO EM: 2004</b>	<b>ATUALIZADO EM: 2011</b>
<b>REVISADO EM: 2011</b>	<b>RESPONSÁVEL: Gerência de Atenção Integral á Saúde</b>

A contenção de um paciente psiquiátrico pode ser verbal, química, física, ou ainda uma combinação das três. Portanto, todos os profissionais da equipe podem atuar de alguma maneira. A contenção física é um recurso de caráter **terapêutico** utilizado, em momentos críticos, por trabalhadores da área da saúde mental, com o **objetivo de proteger o paciente e/ou terceiros**. Para garantir a conveniência e segurança do procedimento, sua utilização deve ser fundamentada em **critérios bem definidos pela equipe**, evitando-se, assim, sua utilização punitiva ou como recurso de intimidação ao paciente e **prescrita quando não houver outro meio de contornar as indicações abaixo**. É exclusivamente médica a propriedade de prescrever contenção química isolada ou para acompanhar a contenção física.

#### I. Indicações para contenção física:

##### 1. Absolutas:

- a) Risco\* de auto-agressão iminente ou em processo de acontecimento (tentativas de suicídio, evasões acompanhadas por inquietação e/ou agressividade, e/ou outras formas do paciente lesar-se, como se unhar, bater a cabeça contra a parede, morder-se ou provocar quedas);
- b) Risco\* de hetero - agressão iminente ou em processo de acontecimento (agressão física contra outros pacientes, funcionários e outrem, quebra de objetos).

##### 2. Relativas:

São as indicações não mencionadas acima, mas que trazem um risco\* á integridade física do paciente e/ou de outros indivíduos, tais como excessiva sonolência, agitação psicomotora, desorientação, provocação a outro(s) paciente(s) (desde que evidencie que o paciente tornar-se-á vítima de agressão) e resistência persistente à medicação.

*\* Tais riscos devem ser avaliados como sintomas de um quadro psiquiátrico que o paciente pode vir a apresentar em algum momento da hospitalização.*

II. É ideal que o médico responsável pelo paciente ou plantonista examine o caso **pessoalmente** e, se pertinente, prescreva a contenção física do paciente **no prontuário antes** que o procedimento seja

efetuado. Entretanto, **dada à emergência da necessidade da contenção, o procedimento poderá desde que observadas às indicações supracitadas**, ser desencadeada:

- a) Pelo médico, via telefone, desde que, assim que viável, o mesmo compareça à enfermaria para examinar o caso e prescrever a contenção no prontuário;
- b) Pelo enfermeiro de plantão, que em seguida acionará o médico;
- c) **Na ausência do enfermeiro e/ou médico**, por outros membros da equipe (psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem ou outros), em casos de indicação absoluta, desde que devidamente treinados. Em indicação relativa de contenção, o procedimento deverá contar com o consenso entre os membros da equipe. Os mesmos deverão, **imediatamente após o ato contensor, solicitar a presença do enfermeiro**, que avaliará o caso e acionará o médico.

**Obs.: Toda contenção deverá ser supervisionada pelo enfermeiro e avaliada pelo médico em questão tantas vezes quanta for necessária, ainda que a restrição esteja previamente prescrita no prontuário do paciente.**

III. O ato contensor propriamente dita deve ser efetuado por profissionais preparados, em condições físicas e psíquicas adequadas e em número suficiente para um procedimento o mais seguro possível, para o paciente e para o profissional. **Outros pacientes, bem como profissionais despreparados, não devem participar do ato contensor**. A contenção física não deverá ser realizada por um único indivíduo. **Somente um integrante do grupo comunicar-se-á verbalmente com o paciente durante a ação**, utilizando voz tranquila e explicando ao mesmo **o motivo** do ato e **enfatizando que será liberado tão logo cesse o risco** que originou a ação. Deve-se evitar que outros pacientes ou visitantes atuem como espectadores. É necessário que o ambiente da contenção garanta a **privacidade do paciente**, evitando sua exposição, bem como prevenindo a exposição de outras pessoas ao risco.

IV. A contenção física será iniciada pelos membros superiores e inferiores, respectivamente, seguida pela contenção do tronco; neste momento é necessário **atentar-se para a dinâmica respiratória, de maneira que a mesma não seja prejudicada** com a compressão. O paciente deve ser posicionado de maneira que **se sinta o mais confortável possível, ainda que contido, respeitando-se a postura anatômica**. Devem ser empregadas faixas, algodão ortopédico e técnicas apropriadas, preferencialmente demonstradas em treinamentos.

V. Trata-se de uma medida temporária que deve ser mantida durante o menor tempo possível e **requer assistência contínua de enfermagem e reavaliações médicas frequentes**. **Os pulsos periféricos necessitam ser monitorados preferencialmente a cada 30 minutos**, de forma a permitir a avaliação da adequação da compressão local, até que seja removido o enfaixamento. Principalmente se a contenção física for **acompanhada de contenção química, a pressão arterial, temperatura e respiração devem ser rigorosamente monitoradas** e o médico alertado sobre quaisquer alterações. O paciente deve ser **hidratado e higienizado** enquanto contido. Nos momentos em que o paciente retornar ao estado vigíl, a

equipe técnica deverá orientá-lo sobre o procedimento de contenção física, enfatizando o caráter temporário da ação.

VI. A descontenção será executada pela equipe **(preferencialmente os mesmos profissionais que participaram da contenção) em consenso** sobre a remissão do risco inicial, **mediante avaliação e autorização médica e supervisão do enfermeiro**. O paciente deve ser esclarecido acerca da situação. Inicialmente remove-se a contenção torácica. Em seguida, o enfaixamento dos membros inferiores e, somente então, o enfaixamento dos membros superiores. Poderá ser seguido um intervalo de 2 a 5 minutos entre a remoção das faixas. A participação da equipe na contenção/ descontenção reforça o caráter terapêutico da conduta.

VII. O paciente poderá ser contido caso reapresente-se a situação de risco, desde que obedecido este protocolo.

VIII. **O presente protocolo deve ser seguido por todos os plantões.**

VALIDADO POR:		DATA	ASSINATURA
Diretoria Técnica de Departamento	Marly Tieghi de Mello		
Diretor Clínico	Dr. André Luis Diacardia		
Gerência de Atenção Integral à Saúde	Janice de Lourdes Megid		
Responsável Técnica de Enfermagem	Rosentina Helena de Andrade Dias		

**Anexo 5** – Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências previstas e não previstas do programa computacional DIPE®.

**AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

UNIDADE:    
 CATEGORIA PROFISSIONAL:  PERÍODO:

MÊS   ANO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	NO ANO	
Qtde. de profissionais															
Dias no mês															
<b>AUSÊNCIAS</b>		<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>
<b>PREVISTAS</b>	Folgas														
	Feriados														
	Férias														
	<b>TOTAL</b>														
<b>AUSÊNCIAS</b>		<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>
<b>NÃO PREVISTAS</b>	Faltas														
	Licença Médica														
	Licença Maternidade														
	Licença Acidente														
	Outras licenças														
	Licença INSS														
	T & D														
<b>TOTAL</b>															
<b>TOTAL DAS AUSÊNCIAS</b>															

## Anexo 5

### Planilha do programa computacional DIPE<sup>®</sup>: "QUADRO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução do COFEN nº 293/04

UNIDADE:

ANO:

TIPO DE CUIDADO	MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES $(\bar{n}_j)$	TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO $(h_j)$	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO $(n_j \cdot h_j)$	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL ( $C_k$ )			
				Enfermeira $(P_{j\text{enferm}})$	Aux./Téc. $(P_{j\text{aux/téc}})$	Enfermeira $\frac{P_{j\text{enferm}}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)$	Aux./Téc. $\frac{P_{j\text{aux/téc}}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)$		
$j$	$(\bar{n}_j)$	$(h_j)$	$(n_j \cdot h_j)$	$(P_{j\text{enferm}})$	$(P_{j\text{aux/téc}})$	$\frac{P_{j\text{enferm}}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)$	$\frac{P_{j\text{aux/téc}}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)$		
INTENSIVO									
SEMI-INTENSIVO									
ALTA DEPENDÊNCIA									
INTERMEDIÁRIO									
MENOR									
SOMA									
CATEGORIA PROFISSIONAL	DIAS DE FOLGA NA SEMANA $e$	ÍNDICE DE FOLGAS $E = \left(\frac{e}{D-e}\right)$	DIAS FERIADOS NO ANO $f$	ÍNDICE DE FERIADOS $F = \left(\frac{f}{D-f}\right)$	DIAS DE FÉRIAS NO ANO $v_k$	ÍNDICE DE FÉRIAS $V_k = \left(\frac{v_k}{D-v_k}\right)$	DIAS DE AUSÊNCIA NO ANO $a_k$	ÍNDICE DE ABSENTEISMO $A_k = \left(\frac{a_k}{D-a_k}\right)$	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST <sub>k</sub> ) $(\delta - \epsilon)(\theta + \rho) + (\zeta + \eta) + \lambda) \cdot 1 - 1$
$k$	$e$	$E = \left(\frac{e}{D-e}\right)$	$f$	$F = \left(\frac{f}{D-f}\right)$	$v_k$	$V_k = \left(\frac{v_k}{D-v_k}\right)$	$a_k$	$A_k = \left(\frac{a_k}{D-a_k}\right)$	$(\delta - \epsilon)(\theta + \rho) + (\zeta + \eta) + \lambda) \cdot 1 - 1$
ENFERMEIRA									
AUXILIAR/TÉCNICO									
SOMA									
CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE TRABALHO $\sum C_k$	JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO $T_k$	PRODUTIVIDADE $P_k$	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA $IST_k$	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE $\frac{\sum C_k}{T_k - P_k}$	PESSOAL PARA COBERTURA $\frac{\sum C_k}{T_k - P_k} \cdot IST_k$	QUADRO DE PESSOAL (n <sub>k</sub> )		
							CALCULADO $\frac{\sum C_k}{T_k - P_k} \cdot (1 + IST_k)$	AJUSTADO PARA VALOR INTEIRO SE $q_k - \{q_k\} > 0,5$ então $q_k = \{q_k\}$ ; SE $q_k - \{q_k\} < 0,5$ então $q_k = 1 + \{q_k\}$	
$k$	$\sum C_k$	$T_k$	$P_k$	$IST_k$	$\frac{\sum C_k}{T_k - P_k}$	$\frac{\sum C_k}{T_k - P_k} \cdot IST_k$	$\frac{\sum C_k}{T_k - P_k} \cdot (1 + IST_k)$	SE $q_k - \{q_k\} > 0,5$ então $q_k = \{q_k\}$ ; SE $q_k - \{q_k\} < 0,5$ então $q_k = 1 + \{q_k\}$	
ENFERMEIRA									
AUXILIAR/TÉCNICO									
SOMA									

pág 164



# *Apêndices*

## Apêndice 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Trabalho Científico segundo Resolução nº196/96 do CNS. (Paciente e/ou Familiar)

#### Projeto de Pesquisa: “Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos: aplicação na prática clínica”

O objetivo da presente pesquisa é classificar os pacientes psiquiátricos de acordo com a dependência em relação à equipe de enfermagem e dimensioná-la adequadamente de forma atender às necessidades da cliente tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Assim, espera – se que após a conclusão desta pesquisa a equipe de enfermagem psiquiátrica esteja dimensionada adequadamente de forma a atender às demandas biológicas e comportamentais do paciente psiquiátrico.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Faculdade de Medicina de Botucatu sob o número Protocolo CEP 4390/2012, em reunião do dia 01/10/2012.

Solicito seu consentimento para realizar observação do seu comportamento durante o período de internação na Unidade Interagir, e anotar esse comportamento em um instrumento. Suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, que manterá sigilo sobre sua identidade e nenhuma intervenção será realizada. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

Reitero que não haverá nenhum prejuízo em seu tratamento caso não participe.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “**Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos: aplicação na prática clínica**” sob responsabilidade da Enf<sup>a</sup> Letícia Carvalho Vieira, aluna do regular do Programa Mestrado Profissionalizante em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wilza Carla Spiri do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP declaro que concordo participar da mesma, autorizando a observação do meu comportamento.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora pelo telefone (14) 9611-8258 ou (14) 3354-1842; e no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu no telefone (14) 3811-0143.

Botucatu, ..... de ..... de 2012

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente e/ou Familiar

#### **Letícia Carvalho Vieira**

Rua Antônio Sabino Santa Rosa, 70 Ap. 42 A CEP: 18606-140

Fone: (14) 3354-1842 ou (14) 9611-8258

e-mail: [leticia\\_carvalhovieira@yahoo.com.br](mailto:leticia_carvalhovieira@yahoo.com.br)

#### **Wilza Carla Spiri**

Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – Departamento de Enfermagem – Pós Graduação

Distrito de Rubião Júnior, s/n CEP: 18618-970 Botucatu/SP

Fone: (14) 3811-6070/6004 e-mail: [wilza@fmb.unesp.br](mailto:wilza@fmb.unesp.br)

## Apêndice 2

### Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos Modificado (SCPPM) – Vieira, 2013.

1. CUIDADOS COM APARÊNCIA E HIGIENE		
1	Discreta	Necessita apenas de orientação e supervisão pra realizar as atividades de rotina: uso o chuveiro, guarda de roupas e pertences, higiene adequada; faz uso adequado de vestimentas e ornamentos.
2	Intermediária	Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência.
3	Plena	Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e/ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

2. EXPRESSÃO DO PENSAMENTO		
1	Discreta	Demonstra crítica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado.
2	Intermediária	Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da crítica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho, mas quando solicitado, consegue manter um discurso coerente; <b>querelante.</b>
3	Plena	Apresenta idéias delirantes, idéias que expressam alucinações, denotando com certa frequência grande incomodo resultante de tais sintomas, expressa idéias de agitação, fuga, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressa-la. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

3. HUMOR E AFETO		
1	Discreta	Mantém humor eutímico
2	Intermediária	Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade, não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste.
3	Plena	Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste; desinteressado de tudo; irrita-se com facilidade; muda bruscamente de estado de humor. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

4. ATIVIDADES		
1	Discreta	Aceita participar das atividades individuais e grupais,. Colaborador e afetivo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente.
2	Intermediária	Participa das atividades, apenas quando é estimulado, mantendo-se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades.
3	Plena	Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado (completamente inativo), não permanece nas atividades. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 5. INTERAÇÃO SOCIAL

1	Discreta	Colaborador e procura interagir espontaneamente.
2	Intermediária	Mantém-se isolado dos demais, indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para o outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e sociais; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações apenas quando é estimulado.
3	Plena	Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; furta pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante visita; negligencia suas responsabilidades. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 6. ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO

1	Discreta	Aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais
2	Intermediária	Ingere quantidade insuficiente de alimentos <b>e líquidos</b> ; quando estimulado e orientado alimenta-se <b>e hidrata-se</b> ; exige dieta especial (terapêutica); <b>necessita de suplementação alimentar</b> ; mantém alguns hábitos inadequadamente durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
3	Plena	Não se alimenta sozinho; tem dificuldades para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas após refeições; <b>necessidade de SNG ou SNE; necessidade de hidratação EV. Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 7. SONO

1	Discreta	Dorme regularmente à noite <b>quando medicado conforme prescrição médica de rotina.</b>
2	Intermediária	Dorme durante do dia; não dorme à noite mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado <b>extra por via oral ou via intramuscular.</b>
3	Plena	Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme de dia e nem de noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia quanto de noite. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 8. MEDICAÇÃO

1	Discreta	Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabiliza-lo pela própria medicação <b>ou a familiares; medicado (VO) até 4 vezes/dia.</b>
2	Intermediária	Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos; eventualmente, procura por informações sobre a medicação; <b>medicado (VO) mais de quatro vezes/dia.</b>
3	Plena	Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis e/ou diluídas; solicita medicamentos a todo o momento. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 9. ELIMINAÇÕES

1	Discreta	As eliminações estão presentes; tem controle esfinteriano.
2	Intermediária	Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfinteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinária decorrente do uso de medicações.
3	Plena	Não tem controle esfinteriano; faz uso inadequado do sanitário; necessita de fraldas. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 10. SINAIS VITAIS E OUTROS CONTROLES

1	Discreta	Necessita de verificação <b>conforme rotina institucional.</b>
2	Intermediária	Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas, <b>prescrição médica, realização de glicemia capilar.</b>
3	Plena	Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 11. QUEIXAS E PROBLEMAS SOMÁTICOS

1	Discreta	Nega queixas somáticas
2	Intermediária	Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outros; <b>poliqueixoso.</b>
3	Plena	Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas. <b>Contido fisicamente/mecanicamente.</b>

### 12. COMPORTAMENTO SUICIDA

0	Não se aplica	
1	Discreta	Estado mental inalterado; leve alteração de humor; alguns pensamentos sem plano; planejamento frouxo; rigidez/constrição frouxa; dificuldade de acesso aos meios; sem tentativas anteriores, porém histórico familiar positivo; forte apoio social e familiar.
2	Intermediária	Estado mental parcialmente alterado; alteração de humor expressiva; possui pensamentos e planos; planejamento para longo prazo; ambivalência presente; impulsividade; histórico de uma tentativa anterior; apoio social e familiar frágil, porém existente;
3	Plena	Estado mental alterado; forte pensamento e plano; planejamento a curto com meios; forte sentimento de desesperança, desamparo e desespero; depressão; rigidez/constrição forte (visão em túnel); apoio social fraco ou inexistente; estado mental alterado; várias tentativas anteriores; contido fisicamente/mecanicamente.

### 13. ABORDAGEM FAMILIAR

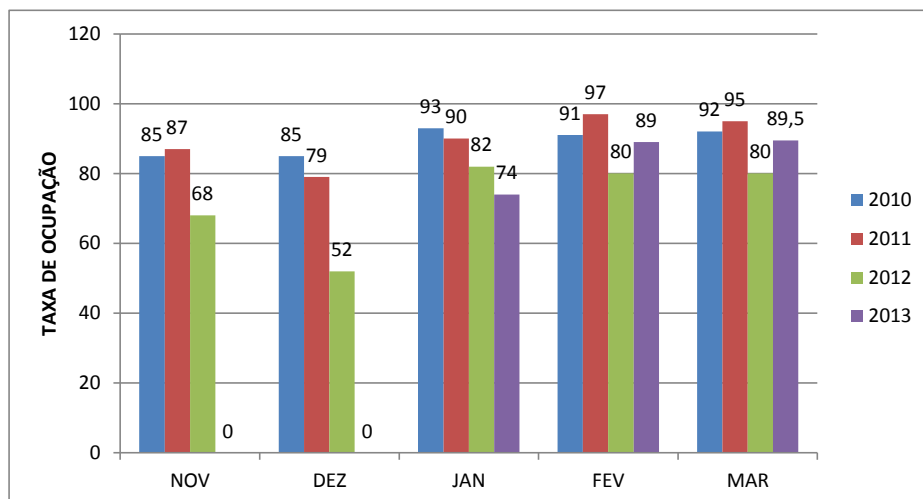
1	Discreta	Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 30 minutos a 1 hora; familiares participam ativamente do tratamento; adequada continência sócio familiar; recebe visitas e/ou ligações regularmente;
2	Intermediária	Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 1 a 2 horas; familiares participam do tratamento mediante solicitações; continência sócio familiar prejudicada; recebe visitas e/ou ligações esporadicamente; recusa ligações e/ou vistas de algum familiar específico;
3	Plena	Tempo requerido de assistência de enfermagem: maior que 2 horas; familiares não participam do tratamento; incontinência sócio familiar; raramente recebe visitas e/ou ligações; alteração do comportamento quando recebe ligações e/ou visitas; recusa ligações e/ou visitas.

**14. COMPORTAMENTO RELACIONADO AO FUMO**

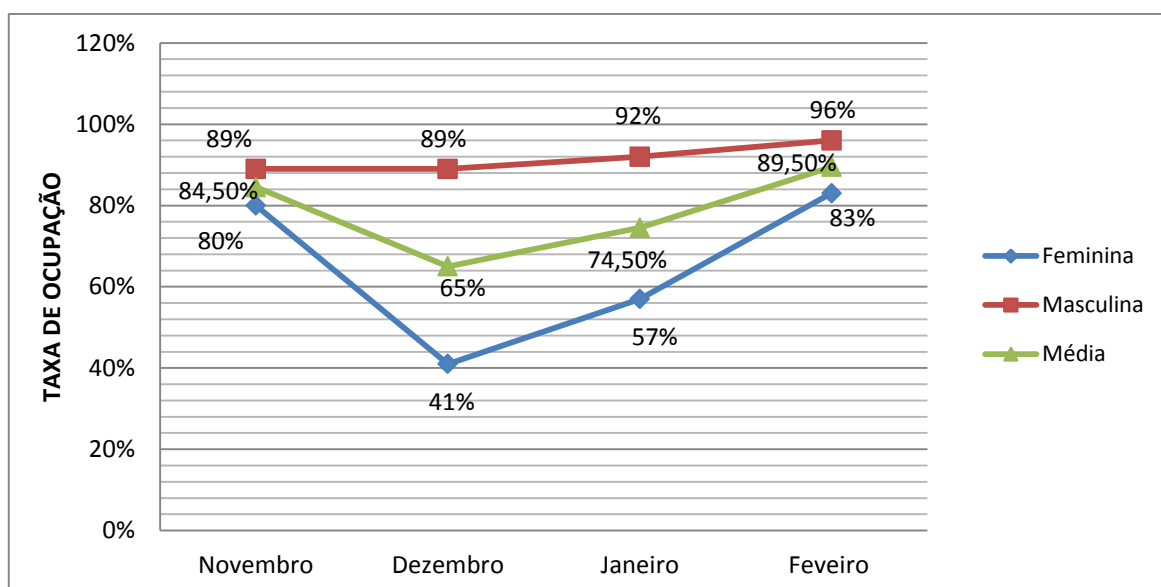
1	Discreta	Aceita tranquilamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros adequadamente e não furta dos demais pacientes; às vezes precisa ser lembrado do local específico para fumar.
2	Intermediária	Aceita rispidamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros, porém furta dos demais pacientes; precisa ser lembrado sempre do local específico para fumar, aceitando com dificuldade.
3	Plena	Não aceita a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; fuma em demasia; não tem controle sobre a quantidade, furta dos demais; potencial risco para fogo; não aceita o local específico para fumar mesmo após orientação. Contido fisicamente/mecanicamente.

### Apêndice 3

**Gráfico 1.** Série histórica da Taxa de Ocupação da Unidade Interagir do Centro de Atenção Integral à Saúde “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por mês, segundo o período da coleta de dados. Botucatu, 2013.



**Gráfico 2.** Taxa de Ocupação Hospitalar da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por mês, segundo o sexo. Botucatu, 2013.



**Tabela 1.** Série histórica do perfil das internações da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, por ano. Botucatu, 2013.

<b>Características do perfil</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Total de Internações</b>	<b>454</b>	<b>467</b>	<b>437</b>
Masculina	195 (43%)	<b>250(53,6%)</b>	211(48,2%)
Feminina	<b>259 (57%)</b>	217(46,4%)	<b>226(51,8%)</b>
Voluntária	<b>320 (70,5%)</b>	<b>307(65,7%)</b>	<b>301(68,9%)</b>
Involuntária	107(23,5%)	114(24,3%)	114(26%)
Ordem Judicial	27 (6%)	46 (10%)	22(5,1%)
Primeira Internação	<b>291 (64%)</b>	<b>293 (62,7%)</b>	174(39,8%)
Segunda internação ou mais	163 (36%)	174 (37,2%)	<b>263(60,2%)</b>

**Tabela 2.** Indicadores de Produtividade do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos”, no período de 01/11/2012 à 28/02/2013, por sexo. Botucatu, 2013.

<b>Indicadores de Produtividade</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Nº de internações (absoluto)	55	69	<b>124</b>
Média de Pacientes internados/ dia	16	18	<b>17</b>
Média de Pacientes classificados/dia	14	17	<b>31</b>
Média de Permanência Hospitalar (dias)	33	44	<b>77</b>
Média da Taxa de Ocupação Hospitalar Geral	65%	92%	<b>79%</b>
Taxa de Leitos Ocupados por Ordem Judicial	29%	35%	<b>32%*</b>
Taxa de pacientes com Alta Médica*	54%	46%	<b>50%*</b>
Taxa de pacientes de Primeira Internação**	35%	37%	<b>36%*</b>

\*média



Apêndice 4 – Planilha para classificação diária por paciente

MÊS: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ Id: \_\_\_\_\_ Cód: \_\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_\_ DI: \_\_\_\_\_

	Look/Hig			Exp. Pensa			Humor/Afet			Atividades			Inter.Socia l			Alim/Hidrat			Sono			Medicação			Eliminaçõe s			SSVV/otr			Qux/Somát			T
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	T
01																																		
02																																		
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
21																																		
22																																		
23																																		
24																																		
25																																		
26																																		
27																																		
28																																		
29																																		
30																																		
31																																		

**Apêndice 5** - Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências da categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quantitativo correspondente ao quadro real.

**AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

UNIDADE: **Interagir / CAIS "Prof. Cantídio de Moura Campos"**

CATEGORIA PROFISSIONAL: **Auxiliar de Enfermagem**

PERÍODO: **01/01/2012 à 31/12/2012**

Quadro Real (n=41)

MÊS   ANO		JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		NO ANO					
Qtde. de profissionais		41		41		41		41		41		41		41		41		41		41		41		41		41,0					
Dias no mês		31		29		31		30		31		30		31		31		30		31		30		31		366					
<b>AUSÊNCIAS</b>		<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>		
<b>PREVISTAS</b>	Folgas	9	0,7	8	0,7	9	0,7	8	0,7	8	0,6	9	0,7	8	0,6	8	0,6	10	0,8	8	0,6	10	0,8	10	0,8	10	0,8	105	0,7		
	Feriados	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,1	2	0,2	1	0,1	1	0,1	11	0,1		
	Férias	100	8,5	59	5,2	132	11,6	107	9,5	76	6,4	56	4,8	79	6,6	120	10,4	91	8,0	125	10,9	126	11,4	99	8,4	1170	8,5				
	<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>9,40</b>	<b>68</b>	<b>6,02</b>	<b>141</b>	<b>12,38</b>	<b>116</b>	<b>10,33</b>	<b>85</b>	<b>7,12</b>	<b>66</b>	<b>5,63</b>	<b>88</b>	<b>7,39</b>	<b>128</b>	<b>11,13</b>	<b>102</b>	<b>8,96</b>	<b>134</b>	<b>11,70</b>	<b>138</b>	<b>12,51</b>	<b>110</b>	<b>9,39</b>	<b>1286</b>	<b>9,30</b>				
<b>AUSÊNCIAS</b>		<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>
<b>NÃO PREVISTAS</b>	Faltas	16	1,3	19	1,6	28	2,3	17	1,4	28	2,3	22	1,8	14	1,1	20	1,6	20	1,7	28	2,3	41	3,4	32	2,6	285	2,1				
	Licença Médica	0	0,0	0	0,0	10	0,8	14	1,2	5	0,4	17	1,4	37	3,0	13	1,0	30	2,5	10	0,8	12	1,0	0	0,0	148	1,1				
	Licença Maternidade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	2,5	14	1,1	0	0,0	0	0,0	57	0,4				
	Licença Acidente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Outras licenças	2	0,0	17	1,5	43	3,5	15	1,2	15	1,2	23	1,9	15	1,2	30	2,4	16	1,3	0	0,0	15	1,2	5	0,4	196	1,4				
	Licença INSS	31	2,5	53	4,7	47	3,8	58	4,9	62	5,1	53	4,5	60	5,0	76	6,4	30	2,5	51	4,2	24	2,0	52	4,3	597	4,4				
	T & D	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>4,0</b>	<b>80</b>	<b>8,1</b>	<b>128</b>	<b>11,2</b>	<b>117</b>	<b>10,5</b>	<b>110</b>	<b>9,5</b>	<b>115</b>	<b>10,3</b>	<b>120</b>	<b>11,0</b>	<b>130</b>	<b>12,3</b>	<b>120</b>	<b>11,4</b>	<b>103</b>	<b>8,8</b>	<b>92</b>	<b>8,1</b>	<b>80</b>	<b>7,5</b>	<b>1283</b>	<b>9,35</b>					
<b>TOTAL DAS AUSÊNCIAS</b>		<b>159</b>	<b>13,79</b>	<b>157</b>	<b>14,60</b>	<b>269</b>	<b>24,97</b>	<b>233</b>	<b>21,93</b>	<b>195</b>	<b>17,27</b>	<b>181</b>	<b>16,52</b>	<b>214</b>	<b>19,20</b>	<b>267</b>	<b>24,77</b>	<b>228</b>	<b>21,40</b>	<b>237</b>	<b>21,55</b>	<b>230</b>	<b>21,60</b>	<b>199</b>	<b>17,63</b>	<b>2569</b>	<b>19,52</b>				

**Apêndice 6** - Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências da categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quantitativo conforme o quantitativo correspondente ao quadro atual.

**AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

UNIDADE: **Interagir / CAIS "Prof. Cantídio de Moura Campos"**

CATEGORIA PROFISSIONAL: **Auxiliar de Enfermagem**

PERÍODO: **01/01/2012 à 31/12/2012**

Quadro Atual (n=39)

MÊS   ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	NO ANO			
Qtde. de profissionais	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39,0			
Dias no mês	31	29	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	366			
<b>AUSÊNCIAS</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>
<b>PREVISTAS</b>	Folgas	9 0,8	8 0,7	9 0,8	8 0,7	8 0,7	8 0,7	8 0,7	8 0,7	10 0,9	8 0,7	10 0,9	10 0,8	105 0,7		
	Feriados	1 0,1	1 0,1	0 0,0	1 0,1	1 0,1	1 0,1	0 0,0	1 0,1	1 0,1	2 0,2	1 0,1	11 0,1			
	Férias	100 9,0	59 5,5	132 12,3	107 10,1	76 6,7	56 5,0	79 7,0	120 11,0	91 8,4	125 11,5	126 12,1	99 8,9	1170 8,9		
	<b>TOTAL</b>	<b>110 9,93</b>	<b>68 6,35</b>	<b>141 13,10</b>	<b>116 10,92</b>	<b>85 7,51</b>	<b>66 5,93</b>	<b>88 7,79</b>	<b>128 11,76</b>	<b>102 9,46</b>	<b>134 12,37</b>	<b>138 13,23</b>	<b>110 9,92</b>	<b>1286 9,82</b>		
<b>NÃO PREVISTAS</b>	<b>AUSÊNCIAS</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	
	Faltas	16 1,3	19 1,7	28 2,4	17 1,5	28 2,4	22 1,9	14 1,2	20 1,7	20 1,7	28 2,4	41 3,6	32 2,7	285 2,2		
	Licença Médica	0 0,0	0 0,0	10 0,8	14 1,2	5 0,4	17 1,5	37 3,2	13 1,1	30 2,6	10 0,8	12 1,0	0 0,0	148 1,1		
	Licença Maternidade	0 0,0	0 0,0	0 0,0	13 1,1	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	30 2,6	14 1,2	0 0,0	0 0,0	57 0,4		
	Licença Acidente	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0		
	Outras licenças	2 0,0	17 1,5	43 3,7	15 1,3	15 1,3	23 2,0	15 1,3	30 2,5	16 1,4	0 0,0	15 1,3	5 0,4	196 1,5		
	Licença INSS	31 2,6	53 4,9	47 4,0	58 5,2	62 5,4	53 4,7	60 5,2	76 6,7	30 2,6	51 4,4	24 2,1	52 4,5	597 4,6		
	T & D	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0		
	<b>TOTAL</b>	<b>49 4,2</b>	<b>89 8,5</b>	<b>128 11,8</b>	<b>117 11,1</b>	<b>110 10,0</b>	<b>115 10,0</b>	<b>120 11,0</b>	<b>139 13,0</b>	<b>126 12,1</b>	<b>103 9,3</b>	<b>92 8,5</b>	<b>89 7,9</b>	<b>1283 9,88</b>		
<b>TOTAL DAS AUSÊNCIAS</b>	<b>159 14,57</b>	<b>157 15,43</b>	<b>269 26,49</b>	<b>233 23,24</b>	<b>195 18,27</b>	<b>181 17,48</b>	<b>214 20,33</b>	<b>267 26,28</b>	<b>228 22,67</b>	<b>237 22,83</b>	<b>230 22,89</b>	<b>199 18,65</b>	<b>2569 20,67</b>			

**Apêndice 7** - Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências da categoria profissional “Enfermeira” da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quantitativo correspondente ao quadro real.

**AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

UNIDADE: **Interagir / CAIS "Prof. Cantídio de Moura Campos"**

CATEGORIA PROFISSIONAL: **Enfermeira**

PERÍODO: **01/01/2012 à 31/12/2012**

Quadro Real (n=5)

MÊS   ANO		JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		NO ANO	
Qtde. de profissionais		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6,0	
Dias no mês		31		29		31		30		31		30		31		31		30		31		30		31		365	
<b>AUSÊNCIAS</b>		<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>
<b>PREVISTAS</b>	Folgas	9	5,1	8	4,8	9	5,1	8	4,7	8	4,5	9	5,3	8	4,5	8	4,5	10	5,9	8	4,5	10	5,9	10	5,7	105	5,8
	Férfados	1	0,5	1	0,6	0	0,0	1	0,6	1	0,5	1	0,6	1	0,5	0	0,0	1	0,6	1	0,5	2	1,1	1	0,5	11	0,6
	Férfas	30	19,2	17	10,8	13	7,5	15	9,1	0	0,0	0	0,0	30	0,0	0	0,0	0	0,0	15	9,1	15	0,0	15	8,8	160	7,3
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>25,97</b>	<b>26</b>	<b>16,84</b>	<b>22</b>	<b>12,98</b>	<b>24</b>	<b>14,80</b>	<b>9</b>	<b>5,06</b>	<b>10</b>	<b>5,85</b>	<b>39</b>	<b>5,06</b>	<b>8</b>	<b>4,49</b>	<b>11</b>	<b>6,47</b>	<b>24</b>	<b>14,62</b>	<b>27</b>	<b>7,07</b>	<b>26</b>	<b>15,57</b>	<b>298</b>	<b>13,28</b>
<b>NÃO PREVISTAS</b>	<b>AUSÊNCIAS</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>
	Férfas	2	1,1	2	1,2	2	1,1	3	1,7	4	2,2	2	1,1	1	0,6	1	0,6	0	0,0	1	0,6	3	1,7	2	1,1	23	1,2
	Licença Médica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	0,8
	Licença Maternidade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Licença Acidente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Outras licenças	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	0,8
	Licença INSS	31	20,0	28	20,0	31	20,0	30	20,0	31	20,0	0	0,0	31	20,0	31	20,0	30	20,0	31	20,0	30	20,0	31	20,0	338	18,6
	T & D	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>21,6</b>	<b>31</b>	<b>21,7</b>	<b>33</b>	<b>21,6</b>	<b>33</b>	<b>22,4</b>	<b>36</b>	<b>23,2</b>	<b>2</b>	<b>1,1</b>	<b>32</b>	<b>20,8</b>	<b>67</b>	<b>44,2</b>	<b>30</b>	<b>20,0</b>	<b>32</b>	<b>20,0</b>	<b>33</b>	<b>22,4</b>	<b>33</b>	<b>21,6</b>	<b>384</b>	<b>21,19</b>	
<b>TOTAL DAS AUSÊNCIAS</b>	<b>73</b>	<b>63,14</b>	<b>67</b>	<b>42,17</b>	<b>66</b>	<b>37,36</b>	<b>67</b>	<b>40,67</b>	<b>44</b>	<b>28,41</b>	<b>12</b>	<b>7,04</b>	<b>71</b>	<b>28,89</b>	<b>86</b>	<b>60,87</b>	<b>41</b>	<b>369,17</b>	<b>68</b>	<b>38,44</b>	<b>80</b>	<b>31,11</b>	<b>68</b>	<b>40,60</b>	<b>860</b>	<b>37,30</b>	

**Apêndice 8** - Planilha eletrônica referente à distribuição das ausências da categoria profissional “Enfermeira” da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quantitativo correspondente ao quadro atual.

**AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

UNIDADE: Interagir / CAIS "Prof. Cantídio de Moura Campos"

CATEGORIA PROFISSIONAL: Enfermeira

PERÍODO: 01/01/2012 à 31/12/2012

Quadro Atual (n=5)

MÊS   ANO	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		NO ANO				
Qtde. de profissionais	5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5,0				
Dias no mês	31		29		31		30		31		30		31		31		30		31		30		31		356				
<b>AUSÊNCIAS</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	
<b>PREVISTAS</b>	Folgas	9	6,2	8	5,8	9	6,2	8	5,6	8	5,4	9	6,4	8	5,4	10	7,1	8	5,4	10	7,1	10	6,9	106	8,1				
	Feriados	1	0,6	1	0,7	0	0,0	1	0,7	1	0,6	1	0,7	1	0,6	0	0,0	1	0,7	1	0,6	2	1,4	1	0,6	11	0,8		
	Faltas	30	24,0	17	13,3	13	9,2	15	11,1	0	30,0	0	30,0	30	0,0	0	0,0	0	0,0	0	15,0	15	0,0	15	30,0	15	10,7	160	8,6
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>32,50</b>	<b>26</b>	<b>20,73</b>	<b>22</b>	<b>15,88</b>	<b>24</b>	<b>18,15</b>	<b>9</b>	<b>37,95</b>	<b>10</b>	<b>39,23</b>	<b>39</b>	<b>6,13</b>	<b>8</b>	<b>5,44</b>	<b>11</b>	<b>24,04</b>	<b>24</b>	<b>6,13</b>	<b>27</b>	<b>41,17</b>	<b>26</b>	<b>19,12</b>	<b>288</b>	<b>18,28</b>		
<b>NÃO PREVISTAS</b>	<b>AUSÊNCIAS</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>	<b>DIAS</b>	<b>%</b>
	Faltas	2	1,3	2	1,4	2	1,3	3	2,0	4	2,8	2	1,4	1	0,8	1	0,6	0	0,0	1	0,6	3	2,0	2	1,3	23	1,6		
	Licença Médica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,7
	Licença Maternidade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Licença Acidente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Outras licenças	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	1,0
	Licença INSS	31	26,0	28	25,0	31	26,0	0	0,0	31	26,0	30	25,0	31	26,0	31	26,0	30	25,0	31	26,0	30	25,0	31	26,0	31	26,0	338	23,2
	T & D	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>27,0</b>	<b>31</b>	<b>27,2</b>	<b>33</b>	<b>27,0</b>	<b>3</b>	<b>2,0</b>	<b>36</b>	<b>29,2</b>	<b>32</b>	<b>27,1</b>	<b>32</b>	<b>26,0</b>	<b>67</b>	<b>60,2</b>	<b>30</b>	<b>26,0</b>	<b>32</b>	<b>26,0</b>	<b>33</b>	<b>26,2</b>	<b>33</b>	<b>27,0</b>	<b>384</b>	<b>26,68</b>		
<b>TOTAL DAS AUSÊNCIAS</b>	<b>73</b>	<b>68,34</b>	<b>67</b>	<b>63,68</b>	<b>66</b>	<b>47,23</b>	<b>27</b>	<b>20,67</b>	<b>44</b>	<b>78,20</b>	<b>42</b>	<b>78,88</b>	<b>71</b>	<b>33,74</b>	<b>86</b>	<b>86,77</b>	<b>41</b>	<b>368,17</b>	<b>68</b>	<b>33,74</b>	<b>80</b>	<b>80,88</b>	<b>68</b>	<b>61,34</b>	<b>860</b>	<b>47,13</b>			

**Apêndice 9** – Planilha eletrônica referente ao caminho metodológico para o cálculo do quadro de pessoal de enfermagem da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quadro real (41AE/6E).

Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução do COFEN nº 293/04 (41AE/6E)

UNIDADE: Interagir - CAIS "Prof. Cantídio de Moura Campos"

ANO: 2012

TIPO DE CUIDADO	MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES	TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL (C <sub>aj</sub> )	
				Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.
<i>j</i>	$(\bar{n}_j)$	$(h_j)$	$(n_j \cdot h_j)$	$(P_{j\text{enf}})$	$(P_{j\text{aux/téc}})$	$\frac{P_{j\text{enf}}}{100}(n_j \cdot h_j)$	$\frac{P_{j\text{aux/téc}}}{100}(n_j \cdot h_j)$
INTENSIVO	1,0	17,9	17,9	0	0	0,0	0,0
SEMI-INTENSIVO	9,0	9,4	84,6	0	0	0,0	0,0
ALTA DEPENDÊNCIA	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
INTERMEDIÁRIO	21,0	5,6	117,6	33	67	38,8	78,8
MÍNIMO	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
SOMA	31,0	-	220,1	-	-	38,8	78,8

CATEGORIA PROFISSIONAL	DIAS DE FOLGA NA SEMANA	ÍNDICE DE FOLGAS	DIAS FERIADOS NO ANO	ÍNDICE DE FERIADOS	DIAS DE FÉRIAS NO ANO	ÍNDICE DE FÉRIAS	DIAS DE AUSÊNCIA NO ANO	ÍNDICE DE ABSENTEISMO	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST <sub>k</sub> )
<i>k</i>	<i>e</i>	$E = \left( \frac{e}{D - e} \right)$	<i>f</i>	$F = \left( \frac{f}{D - f} \right)$	<i>v<sub>k</sub></i>	$V_k = \left( \frac{v_k}{D - v_k} \right)$	<i>a<sub>k</sub></i>	$A_k = \left( \frac{a_k}{D - a_k} \right)$	$[ (1+F)(1+A)(1-V_k)(1+E) ] - 1$
ENFERMEIRA	2	0,40	11	0,03	30	0,09	64,0	0,21	0,91
AUXILIAR/TECNICO	2	0,40	11	0,03	30	0,09	31,0	0,09	0,72

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE	JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO	PRODUTIVIDADE	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE	PESSOAL PARA COBERTURA	QUADRO DE PESSOAL (q <sub>k</sub> )	
							CALCULADO	AJUSTADO PARA VALOR INTEIRO
<i>k</i>	$\sum C_k$	<i>t<sub>k</sub></i>	<i>p<sub>k</sub></i>	<i>IST<sub>k</sub></i>	$\frac{\sum C_k}{t_k \cdot p_k}$	$\frac{\sum C_k}{t_k \cdot p_k} \cdot IST_k$	$\frac{\sum C_k}{t_k \cdot p_k} \cdot (1 + IST_k)$	SE q <sub>k</sub> - q <sub>k</sub>  <0,6 então q <sub>k</sub> = q <sub>k</sub> ; SE q <sub>k</sub> - q <sub>k</sub>  >0,6 então q <sub>k</sub> =1+ q <sub>k</sub>
ENFERMEIRA	38,8	6	85	0,91	7,6	6,9	14,5	16
AUXILIAR/TECNICO	78,8	6	85	0,72	15,4	11,1	26,6	27
SOMA	117,6	-	-	-	23,1	18,0	41,1	42

**Apêndice 10** – Planilha eletrônica referente ao caminho metodológico para o cálculo do quadro de pessoal de enfermagem da Unidade Interagir do CAIS “Prof. Cantídio de Moura Campos” no ano de 2012, conforme o quadro atual (39AE/5E).

Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução do COFEN nº 293/04 (AE39/E5)

UNIDADE: Interagir - CAIS "Prof. Cantídio de Moura Campos"

ANO:

2012

TIPO DE CUIDADO	MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES	TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL (C <sub>ka</sub> )	
				Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.
<i>j</i>	$(\bar{n}_j)$	$(h_j)$	$(n_j \cdot h_j)$	$(P_{j\text{enf}})$	$(P_{j\text{aux/téc}})$	$\frac{P_{j\text{enf}}}{100} (n_j \cdot h_j)$	$\frac{P_{j\text{aux/téc}}}{100} (n_j \cdot h_j)$
INTENSIVO	1,0	17,9	17,9	0	0	0,0	0,0
SEMI-INTENSIVO	9,0	9,4	84,6	0	0	0,0	0,0
ALTA DEPENDÊNCIA	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
INTERMEDIÁRIO	21,0	5,6	117,6	33	67	38,8	78,8
MÍNIMO	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
SOMA	31,0	-	220,1	-	-	38,8	78,8

CATEGORIA PROFISSIONAL	DIAS DE FOLGA NA SEMANA	ÍNDICE DE FOLGAS	DIAS FÉRIADOS NO ANO	ÍNDICE DE FÉRIADOS	DIAS DE FÉRIAS NO ANO	ÍNDICE DE FÉRIAS	DIAS DE AUSÊNCIA NO ANO	ÍNDICE DE ABSENTEISMO	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST <sub>k</sub> )
<i>K</i>	<i>e</i>	$E - \left( \frac{e}{D - e} \right)$	<i>f</i>	$F - \left( \frac{f}{D - f} \right)$	<i>v<sub>k</sub></i>	$V_k - \left( \frac{v_k}{D - v_k} \right)$	<i>a<sub>k</sub></i>	$A_k - \left( \frac{a_k}{D - a_k} \right)$	$[(6 + \sqrt{3})(1 + \sqrt{3})(1 + \sqrt{2})(1 + \sqrt{1})] - 1$
ENFERMEIRA	2	0,40	11	0,03	30	0,09	17,0	0,27	0,90
AUXILIAR TÉCNICO	2	0,40	11	0,03	30	0,09	33,0	0,10	0,73

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE TRABALHO	JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO	PRODUTIVIDADE	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE	PESSOAL PARA COBERTURA	QUADRO DE PESSOAL (q <sub>k</sub> )	
							CALCULADO	AJUSTADO PARA VALOR INTEIRO
<i>K</i>	$\sum C_k$	<i>t<sub>k</sub></i>	<i>p<sub>k</sub></i>	<i>IST<sub>k</sub></i>	$\frac{\sum C_k}{t_k \cdot p_k}$	$\frac{\sum C_k}{t_k \cdot p_k} \cdot IST_k$	$\frac{\sum C_k}{t_k \cdot p_k} \cdot (1 + IST_k)$	SE q <sub>k</sub> - q <sub>k</sub>  <0,5 então q <sub>k</sub> = q <sub>k</sub>  ; SE q <sub>k</sub> - q <sub>k</sub>  >0,5 então q <sub>k</sub> =1+ q <sub>k</sub>
ENFERMEIRA	38,8	6	65	0,90	7,6	7,6	15,2	15
AUXILIAR TÉCNICO	78,8	6	65	0,73	18,4	11,3	26,7	27
SOMA	117,6	-	-	-	26,1	18,9	41,9	42

## Apêndice 11

### Revisão Integrativa – Dimensionamento de pessoal de enfermagem

Ano Publicação	Revista	Título	Autores
1992	Rev Esc Enferm USP; 26(3): 395-404.	Sistema de classificação de pacientes - parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem	José Rodrigues Filho.
1995	Rev Gaúcha Enferm; 16(1/2): 5-16.	Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte	Ana Maria M Magalhães; Érica R. M Duarte; Gisela M. S. S de Moura.
2003	São Paulo: Tese.	Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo	Mari Sahamura Matsushita
2003	Rev Lat-am Enfermagem; 11(6): 832-839.	Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário	Arthur Velloso Antunes; Moacir Nascimento Costa.
2004	Rev Gaúcha Enferm; 25(3): 357-366, dez..	Dimensionamento de pessoal de enfermagem: análise do tempo efetivo de trabalho das enfermeiras da UTI pediátrica do HU-USP	Carolina Martins Ricardo; Fernanda Maria Togeiro Fugulin; Telma Moreira Souza.
2005	São Paulo: Tese.	Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliar: percepção de gerentes e enfermeiras	Luiza Watanabe Dal Bem.
2005	Ribeirão Preto: Tese.	Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná	Anair Lazzari Nicola.
2005	Acta paul. enferm; 18(1): 9-19.	Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo	Mari Sahamura Matsushita; Nilce Piva Adami; Maria Isabel Sampaio Carmagnani.
2005	Rev Bras Enferm; 58(2): 186-190,	Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário	Anair Lazzar Nicola; Maria Luiza Anselmi.
2006	Rev Bras Enferm; 59(2): 183-187.	Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino	Flávio Trevisan Fakh; Maria Isabel Sampaio Carmagnani; Isabel Cristina Kowal Olm



			Cunha.
2007	Cogitare enferm; 12(2): 171-182.	Dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade semi-intensiva de um hospital universitário de Curitiba	Lillian Daisy G Wolff; Cíntia das Silva Mazur; Cristiane Wiezbicki; Cristina Bello Barros; Valdete A. S. de Quadros.
2007	Rev Esc Enferm USP; 41(1): 97-103.	Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária	Luiza Watanabe Dal Ben; Raquel Rapone Gaidzinski.
2007	Rev Lat-am Enfermagem; 15(6): 1099-1104.	Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização.	Luciana de Freitas Campos; Marcia Regina Antonietto da Costa Melo.
2009.	Cogitare enferm; 14(2): 237-246.	Dimensionamento de pessoal de enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios.	Luciana de Freitas Campos; Marcia Regina Antonietto da Costa Melo.
2011	Cogitare enferm; 16(3): 455-462.	Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uti-neonatal de hospital público federal de ensino	Túlio César Monteiro de Mattos; Antônio César Ribeiro.
2012	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 4(4): 3052-3059.	Dimensionamento do pessoal de enfermagem em uma unidade clínica	Simeia Corrêa de Matos; Sandra Maria de Mello Cardoso; Narciso Vieira Soares; Marco Barragan da Silva.