

**DAMAS MACAIA**

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM:  
CONTRIBUTOS NA GESTÃO DOS ENFERMEIROS NOS HOSPITAIS  
DA REDE DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. O CASO HUC**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública

Orientador: Professor Doutor Carlos Cabral Cardoso



**Universidade dos Açores**

**Mestrado em Gestão Pública**

**2005**

Ao meu filho Rodolfo, que passou privação da minha atenção, companhia e carinhos, durante este longo período da minha ausência.

## AGRADECIMENTOS

Ao terminar esta dissertação, não podia deixar de expressar o meu profundo reconhecimento a todos os que me apoiaram para a realização da mesma. Em primeiro lugar, o meu agradecimento ao Professor Doutor Carlos Cabral Cardoso, pela disponibilidade e atenção com que orientou este trabalho, tornando possível a efectivação do mesmo. Gostaria também de expressar a minha gratidão à todos os professores do curso de Mestrado em Gestão pública, 4ª edição, pelos seus preciosos ensinamentos; um agradecimento especial para o Prof. Doutor Cabral Vieira e o Prof. Francisco Silva, pela disponibilidade e atenção concedidas quando solicitados para ajudar ou para esclarecer questões; o meu sincero agradecimento a coordenadora do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, a Enf<sup>a</sup>. Isabel Santos e a outras enfermeiras como a Enf<sup>a</sup> Helena Simões do Instituto de Gestão informática e Financeira da saúde (IGIF), a Enf<sup>a</sup> Elvira Pimentel do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (HDES) e a Enfermeira Directora do mesmo hospital, pela facilitação para o acesso aos relatórios do IGIF; o meu muito obrigado aos HUC, especialmente ao Enfermeiro Director Amílcar Carvalho, a Enf<sup>a</sup>. Manuela e outros funcionários que colaboraram na obtenção de dados para este trabalho; a todos os Enfermeiros Directores e seus colaboradores dos hospitais utilizadores do SCD/E, que contribuíram para a realização desta investigação; o meu apresso vai também para o Governo provincial de Cabinda, que permitiu a realização deste curso, tornando possível alcançar esta importante etapa da minha vida; uma palavra de gratidão também para as Senhoras Ana Taveira e Maria de Deus Rego da Biblioteca da Universidade dos Açores, pela preciosa ajuda na obtenção de bibliografias; de igual modo o meu profundo reconhecimento aos funcionários das bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada e do HDES pela ajuda prestada em termos bibliográficos; não terminaria este trabalho sem reconhecer os meus colegas da equipa de enfermagem da medicina I do HDES que compreenderam e apoiaram a minha situação de trabalhador-estudante; e para terminar, o meu reconhecimento também para os colegas do curso de Mestrado em Gestão Pública com quem passei estes preciosos momentos de formação.

## SIGLAS

ANA – American Nurses Association

ETC – Equivalente a Tempo Completo

EUA – Estados Unidos de América

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GRASP – Grace Reynold Application of Peto

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

HCN/DI – Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento

HCP/DI – Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INSALUD – Instituto Nacional de Saúde (Espanha)

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

USA – United States of America

% UTIL – Percentagem de Utilização

## ABREVIATURAS

Av. – avenida

CARD M – Cardiologia mulheres

CIR.OBT – Cirurgia Obstetrícia

CIRV – Cirurgia vascular

CIR2 H – Cirurgia 2 homens

CIR2 M – Cirurgia 2 mulheres

CIR3 M – Cirurgia 3 mulheres

CIR 1 M – Cirurgia 1 mulheres

CMF – Cirurgia maxilo-facial

Cont. – Continuação

Coord. – Coordenador

CPR – Cirurgia plástica e reconstrutiva

D. – Dom

Decr. – Decreto

Dez. – Dezembro

ed. - edição

Enf.<sup>(a)</sup> – Enfermeiro (a)

*et al.* – *et alii*

Fig. - Figura

GAST M – Gastroenterologia mulheres

GE H – Gastroenterologia homens

GRH – Gestão dos recursos humanos

Gráf. – Gráfico

h – hora

HEMATO – Hematologia

HO – Hipótese operacional

INFEC – Doenças infecto contagiosas

Lda – Limitada

MAT.FET – Materno-fetal  
MED2 – Medicina 2  
MED3 H – Medicina 3 homens  
Nº (nº) – número  
NEFRO – Nefrologia  
NEURO1 – Neurocirurgia 1  
NEURO1 – Neurologia 1  
NEURO2 – Neurologia 2  
NEURO2 – Neurocirurgia 2  
NEURO3 – Neurologia 3  
OFTAL – oftalmologia  
ORTO A-RC – ortopedia A  
ORTO B-RC – ortopedia B rés-do-chão  
ORTO A1 – ortopedia A 1º andar  
ORTO B1 – Ortopedia B 1º andar  
ORTO D – ortopedia D  
OUT. – Outubro  
p. - página  
PNEUM A – pneumologia A  
PNEUM B – pneumologia B  
PUERPÉRIO – Puerpério  
P. UTIL – Percentagem de utilização  
QCD – Quadro de classificação de doentes  
RH – Recursos humanos  
SE – Serviço de enfermagem  
Sig. – Significância  
URO M – Urologia mulheres  
Vol. – Volume

## RESUMO

Com a intenção de melhorar o planeamento do pessoal de enfermagem surgiu a necessidade de se criar um instrumento de gestão de RH, que permita adequar a gestão dos enfermeiros às necessidades dos doentes. Assim, começou a ser desenvolvido desde 1984, o Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E), que tem sido implementado gradualmente nos hospitais da rede do SNS e nestes igualmente de forma gradual nos diferentes serviços de internamento, servindo de instrumento de apoio aos gestores, quer na tomada de decisão relativa à introdução de medidas correctivas e no planeamento da admissão de novos enfermeiros, quer na fundamentação para actualizar o quadro de pessoal, no contexto orçamental da instituição.

O problema desta dissertação foi formulado sobre este objecto, com a finalidade de examinar os contributos do modelo adoptado na gestão do pessoal de enfermagem. Para o efeito, desenvolvemos um estudo de caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra, sob o tema *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: contributos na gestão dos Enfermeiros nos hospitais da rede do Sistema Nacional de Saúde. O caso HUC*. Utilizámos, neste estudo, dados secundários obtidos através dos relatórios do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) referentes aos resultados da aplicação do SCD/E em 2004 e da informação fornecida pela Direcção da Enfermagem desta unidade hospitalar. Analisámos os dados através do modelo de regressão linear múltipla com o objectivo de averiguar relações entre a informação do SCD/E e o número de enfermeiros dotados nos serviços de internamento onde este modelo é aplicado, bem como as componentes mais significativas na explicação do referido número de enfermeiros na unidade hospitalar em estudo. Após a análise dos resultados chegámos a conclusão de que existe uma relação linear significativa entre a informação do SCD/E e o número de enfermeiros distribuídos nos serviços de internamento, sendo o modelo, na sua globalidade, estatisticamente significativo na explicação da variabilidade do número de enfermeiros disponíveis nas unidades de internamento para prestar os cuidados de enfermagem. Os parâmetros do modelo “horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI)” e “horas de cuidados prestados por dia de internamento (HCP/DI)” são os que mais contribuem na explicação deste fenómeno.

## ABSTRACT

Aiming to improve the planning of the nursing staff there was the need of creating a management instrument of human resources, which enables to adjust the nursing management to the patients' needs. In fact, the Patients Classification System has been developed since 1984, based on the dependency levels of nursing cares (PCS/N), which has gradually been implemented in the hospitals of the SNS, and within them, also gradually, in the different admittance Services, serving as a support instrument to the managers not only when deciding about the introduction of corrective measures and planning the admittance of new nurses but also to support the updating of the staff within the budget of the institution.

The issue of this project work was based upon this purpose with the aim of examining the contribution of the adopted model in the nursing staff management. For the matter we developed a study of case in the Hospitals of Coimbra University, under the subject *Patients Classification System in Nursing: contributions in the Nursing management in the Hospitals of the National Health System. The case HCU*. In this project work we analysed secondary data from reports from the Health Finance and Computer Management Institute (FCMI) referring to the results of the PCS/N of 2004 and the information supplied by the nursing Administration of this hospital. We analysed the data according to the model of multiple linear regression with the purpose of examining connections between the information of PCS/N and the number of nurses distributed in the admittance Services where this model is used, as well as the most significant components in explaining the above mentioned number of nurses in the hospital in study. After analysing the results we came to the conclusion that there is a significant linear connection between the information of PCS/N and the number of nurses in the admittance Services, being the model in general statistically significant in explaining the variety of the number of nurses available in the admittance units to nurse. The parameters of the model “hours of needed care per day of admittance (HNC/DA)” and “hours of rendered care per day of admittance (HRC/DA)” are the most significant to explain this phenomenon.

ÍNDICE

	Folha
INTRODUÇÃO .....	16
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA .....	21
CAPÍTULO 1 – AS NOVAS FORMAS DE GESTÃO DE PESSOAS NAS ORGANIZAÇÕES.....	22
1.1 – AS MUDANÇAS E TRANSFORMAÇÕES NA FUNÇÃO RH .....	22
1.2 – O DESENVOLVIMENTO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ....	28
1.3 – OS MODELOS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS .....	32
1.4 – PLANEAMENTO ESTRATÉGICO DOS RECURSOS HUMANOS.....	35
1.5 – MODELOS DE PLANEAMENTO ESTRATÉGICO DOS RECURSOS HUMANOS .....	40
1.6 – OS PRINCIPAIS PROCESSOS DE GESTÃO DOS RH.....	42
1.7 – OS FACTORES QUE INTERVÊM NO PLANEAMENTO DE RH.....	51
CAPÍTULO 2 – GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	54
2.1 – A FUNÇÃO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	54
2.2 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	55
2.3 – DOTAÇÃO E CÁLCULO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	59
CAPÍTULO 3 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM (SCD/E).....	69
3.1– SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES BASEADO EM GRAUS DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	70
3.2. – REVISÃO DOS ESTUDOS PUBLICADOS SOBRE O SCD/E .....	73
3.3 – INDICADORES DE GESTÃO RELATIVOS AO SCD/E .....	78
3.3.1 – CIRCUITO DE INFORMAÇÃO DO SCD/E .....	78
3.3.2 – PROCEDIMENTOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES .....	80
PARTE II – CONTRIBUTOS DO SCD/E NOS HOSPITAIS DA REDE DO SNS: UM ESTUDO DE CASO NOS HUC .....	82
CAPÍTULO 4 – DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE ESTUDO .....	83
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ESTUDO .....	83

4.1.1 – LOCALIZAÇÃO .....	83
4.1.2 – DIMENSÃO .....	83
4.1.3 – ESTRUTURA ORGÂNICO-FUNCIONAL DA ENFERMAGEM .....	84
4.2 – HIPÓTESES A TESTAR.....	86
CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA .....	88
5.1 – DESCRIÇÃO METODOLÓGICA .....	88
5.2 – MÉTODOS DE AMOSTRAGEM.....	90
5.3 – MÉTODOS DE COLHEITA DE DADOS .....	91
5.3.1 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA COLHEITA DE DADOS.....	91
5.4– MODELO DE ANÁLISE, IDENTIFICAÇÃO E DESIGNAÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	92
5.4.1 – BREVE DESCRIÇÃO DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA .....	93
5.4.2 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	94
CAPÍTULO 6 – TRATAMENTO DE DADOS .....	97
6.1 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	97
6.2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS... 99	
6.3 – CONFIRMAÇÃO DAS HIPÓTESES .....	113
CONCLUSÕES .....	115
BIBLOGRAFIA.....	119
ANEXOS .....	126
ANEXO I – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA O ACESSO AOS ARQUIVOS E SUAS RESPOSTAS .....	127
ANEXO II – DADOS ENVIADOS PELOS HUC .....	132
ANEXO III – SUPORTES DA INFORMAÇÃO DO SCD/E .....	134

ÍNDICE DE FIGURAS

	Folha
FIGURA 1 – Níveis de gestão .....	36
FIGURA 2 – Planeamento estratégico .....	37
FIGURA 3 – Funções da gestão .....	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Folha
Gráfico 1 – Diagrama de dispersão entre NEDU e HCN/DI .....	100
Gráfico 2 – Diagrama de dispersão entre NEDU e HCP/DI.....	101
Gráfico 3 – Diagrama de dispersão entre NEDU e % UTIL.....	102
Gráfico 4 – Diagrama de dispersão entre NEDU e ETC .....	103
Gráfico 5 – Distribuição dos resíduos.....	112
Gráfico 6 – análise da variância, com $Y = SRESID$ e $X = ZPRED$ .....	112

## ÍNDICE DE QUADROS

	Folha
QUADRO 1-Pessoas vista como recursos e como parceiros da organização.....	24
QUADRO 2 – N° de Enfermeiros disponíveis nas unidades e a respectiva produtividade da enfermagem no ano de 2004 .....	97
QUADRO 3 quadro resumo.....	104
QUADRO 4 – output da análise da variância .....	105
QUADRO 5 – Resultados da estimação da equação (2).....	105
QUADRO 6 – Correlações .....	106
QUADRO 7 – Diagnóstico de multicolinearidade .....	107
QUADRO 8 – Estatística descritiva.....	108
QUADRO 9 – Novo modelo sumário.....	108
QUADRO 10 – Output da análise da variância do novo modelo .....	108
QUADRO 11 – Resultados da estimação da equação (3).....	109
QUADRO 12 – Correlações do novo modelo .....	109
QUADRO 13 – Diagnóstico da multicolinearidade do novo modelo.....	109

## INTRODUÇÃO

O planeamento de recursos humanos constitui uma necessidade à qual a saúde, como qualquer outra organização está sujeita. O tipo e a qualidade desse planeamento determinam grandemente os ganhos de eficiência para as organizações. No que respeita à enfermagem, da mesma forma que um serviço de saúde necessita de um planeamento minucioso para determinar as necessidades de cada doente em cuidados de enfermagem, também é essencial reunir um número de enfermeiros adequadamente preparados para assumir a prestação desses cuidados (Gillies, 1994). Isto implica prover uma dotação adequada de enfermeiros, com conhecimentos, competências e atitudes que permitam desempenhar o seu papel no local e tempo certos, para que se consigam atingir as metas e os objectivos em saúde pré-determinados. A observação da prática de enfermagem mostra que, tanto a sua evolução para um exercício profissional com base na evidência científica quanto a crescente e justa exigência dos cidadãos de maior qualidade de cuidados, não foram acompanhados, com a mesma proporção, da melhoria das condições de prestação de cuidados, particularmente o aumento do número de enfermeiros. Porém, as organizações devem optar por modelos de gestão capazes de responder a metas e objectivos para conseguirem ganhos em saúde das populações.

Perante a intenção de melhorar o planeamento do pessoal de enfermagem, surgiu a necessidade de criar um instrumento de gestão de recursos humanos – o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) – que permita adequar a gestão dos enfermeiros às necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem. Assim, partindo de uma análise efectuada em 1983 pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Direcção Geral dos Hospitais e Departamento de Gestão Financeira, a um conjunto de hospitais, onde se verificou a existência de assimetrias na distribuição dos enfermeiros entre os hospitais e nestes entre os diversos serviços, e não havendo instrumentos de medida das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem que possibilitasse uma análise mais detalhada, de modo a justificar se tais assimetrias eram devidas às características dos hospitais ou dos doentes, ou se deviam a deficiência de planeamento, foi decidido iniciar um projecto cuja

finalidade, consiste em desenvolver um sistema de informação que permita a gestão racional dos RH, optimizando os recursos de enfermagem disponíveis (IGIF, 2000).

A filosofia de calcular o número de enfermeiros necessários nas unidades de cuidados pelo critério de “rácio por cama disponível” tem-se revelado inadequada em Portugal, uma vez que a cama disponível não serve de padrão para o cálculo da dotação do pessoal de enfermagem, devendo no entanto, ter como referência para este cálculo, o doente internado (Frederico & Leitão, 1999). Com efeito, os hospitais devem proceder a dotação de enfermeiros nas unidades de acordo com o necessário, tendo como base a intensidade dos cuidados ao doente<sup>1</sup>. Deste modo, foi adoptado o sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem, que tem sido implementado gradualmente nos hospitais da rede do SNS e, nestes, igualmente de forma gradual nos diferentes serviços de internamento, servindo de instrumento de apoio aos gestores, quer na tomada de decisão relativa à introdução de medidas correctivas e no planeamento da admissão de novos enfermeiros, quer na fundamentação para actualizar o quadro de pessoal, no contexto orçamental da instituição.

O SCD/E produz informação objectiva que permite conhecer o estado actual das necessidades dos doentes/clientes em cuidados de enfermagem, e conseqüentemente determinar os objectivos da organização na melhoria da prestação dos cuidados e na optimização dos recursos humanos<sup>2</sup>. Assim sendo, este objecto surge como um instrumento de medida dos cuidados de enfermagem, permitindo que os enfermeiros sejam distribuídos nas unidades de forma racional e equilibrada conforme as necessidades dos doentes.

Dada a importância deste instrumento na tomada de decisões baseadas em dados concretos que conduzam a uma gestão eficiente dos RH, ele tem sido objecto de estudos para muitos autores, sobretudo enfermeiros. A maior parte desses estudos realça a importância do mesmo na gestão do pessoal de enfermagem. Contudo, verifica-se ainda falta de trabalhos

---

<sup>1</sup>Ordem dos Enfermeiros (2004).

<sup>2</sup>Ministério da saúde. (2004). Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). Relatório do ano de 2003. IGIF-Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. p 5.

desenvolvidos no sentido de inquirir a maneira como os dados obtidos através deste instrumento se relacionam com o número de enfermeiros dotados nos serviços de internamento onde o método é aplicado, o que permitiria averiguar o seu contributo para a colocação equilibrada do pessoal de enfermagem nas unidades de cuidados ao doente internado.

A propósito desta preocupação, surgiu uma questão de investigação, que motivou a escolha do SCD/E como objecto de estudo para esta dissertação:

- *Como a informação do SCD/E se relaciona com o número de enfermeiros disponíveis nas unidades de internamento para prestar os cuidados de enfermagem?*

É no contexto desta problemática que foi definido o tema a ser abordado neste trabalho: *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: contributos na gestão dos Enfermeiros nos hospitais da rede do Sistema Nacional de Saúde. O caso HUC.*

A ideia inicial deste estudo tinha como população alvo os 39 hospitais da rede do SNS, referenciados nos relatórios do IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde), onde o SCD/E encontrava-se em vigor até 31 de Dezembro de 2004, analisando por hospital seleccionado na amostra os propósitos delineados neste trabalho. Os serviços que aplicaram o modelo até à referida data constituem as observações de cada hospital. Quase todos esses hospitais não apresentaram, no ano em causa, um número suficiente de serviços que já implementam o modelo. Isto leva à obtenção de um número insuficiente de observações para cada hospital, o que não permite a aplicação adequada do modelo econométrico – o modelo de regressão linear múltipla (MRLM) – adoptado para a análise de dados. Assim sendo, optou-se por estudar o indivíduo da população que apresentou o maior número de serviços com o SCD/E em vigor no referido ano. Deste modo, decidiu-se realizar um estudo de caso, tendo sido seleccionada uma unidade representativa da população – os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). A escolha do ano de 2004 foi determinada para permitir uma análise mais actualizada e de um ano, sobre o comportamento do processo de gestão dos enfermeiros face ao modelo em vigor. O IGIF, entidade nacional que desenvolve aplicações informáticas de suporte ao SCD/E, referentes a todos os hospitais utilizadores deste

modelo, elabora relatórios trimestrais e anuais dos resultados da implementação do mesmo. Os relatórios anuais são disponibilizados no ano seguinte. Assim sendo, as observações anuais mais recentes referem-se ao ano de 2004.

Para o desenvolvimento deste estudo definimos o seguinte objectivo geral:

- Discutir o contributo do SCD/E para a distribuição equilibrada dos enfermeiros entre as diversas unidades de internamento dos HUC.

A operacionalidade deste objectivo, requer examinar dois aspectos fundamentais: 1) a existência (ou não) de relações, bem como o tipo dessas relações entre a informação do SCD/E e o número de enfermeiros disponíveis para prestar os cuidados nos serviços de internamento onde o modelo é aplicado; 2) os factores do SCD/E que explicam o referido número de enfermeiros. Para o efeito, o objectivo geral foi traduzido em dois objectivos específicos:

1. Examinar as relações entre a informação do SCD/E e o número de enfermeiros dotados nos serviços de internamento dos HUC;
2. Apurar os componentes do SCD/E mais significativos na explicação do número de enfermeiros distribuídos nos serviços de internamento desta unidade hospitalar.

A temática será abordada numa perspectiva descritiva, com o trabalho estruturado em duas partes principais que compreendem seis capítulos: A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, apresentando uma revisão da literatura em três capítulos: O primeiro aborda tópicos relativos às novas formas de gestão de pessoas nas organizações, de modo a situar o objecto de estudo no âmbito da gestão dos RH; o segundo desenvolve matérias relacionadas com a gestão e organização dos serviços de enfermagem, uma vez que se trata de gerir enfermeiros com base nas necessidades do doente em cuidados de enfermagem; e o terceiro descreve o SCD/E, expõe os trabalhos de investigação publicados sobre o mesmo e, por último os indicadores de gestão associados a este modelo. A segunda parte reporta o

estudo de caso, apresentando o quarto capítulo com a descrição da unidade de análise, dando conta da caracterização da mesma e das hipóteses a testar; o quinto descreve a metodologia e o sexto tratamento de dados, com a apresentação, análise e discussão dos resultados, bem como o teste das hipóteses. Finalmente as conclusões, mencionando também as implicações do estudo em termos metodológicos e teóricos, assim como os seus contributos para a gestão e enfermagem e a investigação. Para terminar as conclusões, apontámos algumas pistas para investigações futuras.

## PARTE I

### REVISÃO DA LITERATURA

---

---

O objecto deste estudo circunscreve-se em três temas principais para buscar conhecimentos que possam permitir a sua contextualização no âmbito da gestão dos RH, gestão e organização dos serviços de enfermagem, bem como a sua descrição e exposição dos indicadores de gestão relativos ao processo de gestão dos enfermeiros baseado nas necessidades do doente. Nesta parte do trabalho apresentamos uma revisão da literatura desenvolvida em três capítulos concernentes aos tópicos acima referidos.

---

---

## CAPÍTULO 1

### AS NOVAS FORMAS DE GESTÃO DE PESSOAS NAS ORGANIZAÇÕES

Atendendo que o SCD/E é um objecto que estabelece um processo de planeamento de RH, torna-se necessário rebuscar conhecimentos em tópicos que permitem o seu enquadramento no contexto actual da gestão de pessoas nas organizações, particularmente as mudanças e transformações na função RH; o desenvolvimento da estrutura organizacional; os modelos de gestão dos RH; planeamento estratégico dos RH; modelos de planeamento estratégico dos RH; os principais processos de gestão dos RH; e os factores que intervêm no planeamento dos RH.

#### 1.1 – AS MUDANÇAS E TRANSFORMAÇÕES NA FUNÇÃO RH

Actualmente, lidar com as pessoas em contexto organizacional tornou-se uma actividade completamente diferente do que se fazia há poucos anos. A visão que se tem hoje sobre a área de recursos humanos é diferente de sua tradicional configuração quando era designada por administração de pessoal.

De acordo com Cabral-Cardoso (2000) durante a revolução industrial, nas instalações fabris (*mills*), que na época se multiplicaram ao longo do noroeste inglês, aproveitando as favoráveis condições orográficas e pluviométricas da região, haviam poucas preocupações sociais e de segurança no local de trabalho. Os chamados *Welfare officers*, funcionários encarregados de zelar pela melhoria das condições de trabalho e de alojamento e pelo apoio aos trabalhadores doentes ou mais necessitados, estão na origem daquilo que mais tarde viria a designar-se por função pessoal. Foi na década de vinte do século passado, com o aumento na dimensão organizacional e com a sua estruturação segundo os princípios das escolas

burocrática e administrativa europeias, que se detecta a funcionalização da gestão e o aparecimento de gestores especificamente responsáveis pelo pelouro do pessoal. Até a segunda guerra mundial a administração de pessoal ocupava-se essencialmente com o recrutamento, disciplina, contagem dos tempos de trabalho e pagamentos aos operários e empregados. Depois da segunda guerra, vulgarizou-se a designação “administração de pessoal” passando esta função a integrar outras actividades, como a administração dos salários, a formação básica e a participação ou aconselhamento da administração da empresa na negociação e contratação colectivas adoptando-se a designação de relações industriais, cuja acção centrava-se na resposta a problemas concretos e imediatos, sem qualquer preocupação de natureza estratégica e sem grande fundamentação teórica que enquadrasse a sua acção. O alargamento da legislação laboral e as condições económicas de quase pleno emprego em muitos países europeus na década de sessenta deram origem ao crescimento dos departamentos de pessoal, mas a sua atenção continuava a centrar-se essencialmente nas mesmas actividades, embora a avaliação de desempenho e o planeamento das necessidades futuras de mão-de-obra já tivessem algum significado.

Nos últimos tempos, ocorreram muitas transformações no ambiente externo das organizações, motivadas por vários factores como as mudanças económicas, tecnológicas, sociais, culturais, legais, políticas, demográficas e ecológicas que actuam de maneira conjugada e sistemática, propiciando imprevisibilidades e incertezas para as organizações. Com efeito, torna-se necessário responder às diferentes solicitações, através de inovações, modificações e adaptações ao nível das estruturas da organização do trabalho e da gestão dos RH (Nunes, 2005). Deste modo, a gestão empresarial sofreu transformações consideráveis visando aumentar a capacidade de resposta da empresa face às profundas mudanças ambientais que se fazem sentir, tornando a competitividade no paradigma dominante da gestão (Cabral-Cardoso, 1998).

Dentro desse contexto, os recursos humanos é uma das áreas de gestão empresarial que mais sofreu mudanças. “A atenção da gestão concentra-se no grupo de indivíduos que possuem as competências nucleares (*core-competencies*) da empresa e que fazem a diferença em termos da competitividade” (Cabral-Cardoso, 1998:19). Como refere Chiavenato

(1999), as empresas perceberam que as pessoas constituem o elemento do seu sistema nervoso que introduz a inteligência nos negócios e a racionalidade nas decisões. Tratar as pessoas como recursos organizacionais é um desperdício de talentos e de massa encefálica produtiva. Assim, hoje fala-se em gestão de pessoas, na qual elas são vistas como parceiros e colaboradores do negócio da empresa, e não mais em recursos humanos como meros funcionários remunerados em função do tempo disponibilizado à organização.

A visão de pessoas como recursos apresenta características diferentes da visão de pessoas como parceiros, conforme o quadro que se segue:

Quadro 1-Pessoas vista como recursos e como parceiros da organização

<b>Pessoas como recursos</b>	<b>Pessoas como parceiros</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Empregados isolados nos cargos;</li><li>• Horário rigidamente estabelecido;</li><li>• Preocupação com normas e regras;</li><li>• Subordinação ao chefe;</li><li>• Fidelidade à organização;</li><li>• Dependência da chefia;</li><li>• Alienação em relação à organização;</li><li>• Ênfase na especialização;</li><li>• Executoras de tarefas;</li><li>• Ênfase nas destrezas manuais;</li><li>• Mão-de-obra.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colaboradores agrupados em equipa;</li><li>• Metas negociadas e compartilhadas;</li><li>• Preocupação com resultados;</li><li>• Atendimento e satisfação do cliente;</li><li>• Vinculação à missão e à visão;</li><li>• Interdependência entre colegas e equipa;</li><li>• Participação e comprometimento;</li><li>• Ênfase na ética e na responsabilidade;</li><li>• Fornecedoras de actividade;</li><li>• Ênfase no conhecimento;</li><li>• Inteligência e talento.</li></ul>

Fonte: Chiavenato (1999, p 7).

Chiavenato (1999), salienta ainda que as mudanças do século XX proporcionaram o aparecimento de três eras organizacionais distintas: a era industrial clássica, a era industrial neo-clássica e a era da informação.

1. *Era industrial clássica* – Período logo após a revolução industrial, que se estendeu até meados de 1950. A estrutura organizacional dominante era burocrática, centralizadora, com ênfase na departamentalização funcional, centralização das decisões no topo da hierarquia, estabelecimento de regras e regulamentos internos para disciplinar e padronizar o comportamento das pessoas. A cultura organizacional predominante era voltada para o passado e para a conservação das tradições e valores tradicionais. As pessoas eram consideradas como recursos de produção, juntamente com outros recursos organizacionais como máquinas, equipamentos e capital, na conjunção típica dos três factores tradicionais de produção: natureza, capital e trabalho. Dentro dessa concepção, a administração de pessoas designava-se por relações industriais. Nesta era surgem os antigos departamentos de pessoal, órgãos destinados a fazer cumprir as exigências legais respeitantes ao emprego, nomeadamente a admissão através de contrato individual, anotação em carteira de trabalho, contagem das horas trabalhadas para efeitos de pagamento, aplicação de advertências e medidas disciplinares pelo não-cumprimento do contrato, contagem de férias etc. Posteriormente surgem os departamentos de relações industriais com o mesmo papel acrescentando outras tarefas como o relacionamento da organização com os sindicatos e a coordenação interna com os demais departamentos para enfrentar problemas sindicais de natureza reivindicativa. Esses departamentos restringiam-se a actividades operacionais e burocráticas, recebendo instruções do topo sobre como proceder. As pessoas são consideradas apêndices das máquinas e meras fornecedoras de esforços físico e muscular, predominando o conceito de mão-de-obra.
2. *Era da industrialização neoclássica* – Período que se estende entre as décadas de 1950-1990, teve início logo após a segunda guerra mundial, quando o mundo começou a mudar mais rápido e intensamente. As transacções comerciais passaram da amplitude local para regional, e de regional para internacional, tornando-se cada vez mais intensas e menos previsíveis, acentuando a competição entre as empresas. A teoria clássica foi substituída pela teoria neoclássica da administração e o modelo burocrático foi redimensionado pela teoria estruturalista. A teoria das relações

humanas foi substituída pela teoria comportamental. Ao longo do período surge a teoria de sistemas e, no seu final a teoria da contingência. A visão sistémica e multidisciplinar (holística) e o relativismo tornam-se importantes na teoria administrativa. O velho modelo burocrático, pelas suas características tornou-se rígido e vagaroso demais para acompanhar as mudanças e transformações do ambiente. As organizações tentaram novos modelos para dar resposta às mutáveis condições externas e encontraram a estrutura matriarcal, que visava conjugar a departamentalização funcional com um esquema lateral de estrutura por produtos/serviços, afim de proporcionar características adicionais de inovação e dinamismo e alcançar maior competitividade. Esta estrutura promoveu melhoria na arquitectura organizacional das grandes organizações, mas não o suficiente, na medida em que não conseguia remover a rigidez da velha estrutura funcional e burocrática sobre a qual se sentava. A cultura reinante nas organizações, aos poucos deixou de privilegiar as tradições antigas e passou a concentrar-se no presente, dando lugar à inovação e mudança de hábitos e de maneiras de pensar e de agir. A antiga concepção de relações industriais foi substituída por uma nova maneira de administrar as pessoas denominada por administração de recursos humanos. As pessoas eram vistas como recursos vivos e inteligentes e não mais como factores inertes de produção; os RH como o mais importante recurso organizacional e factor determinante do sucesso empresarial. O intenso desenvolvimento tecnológico começou a influenciar o comportamento das organizações e das pessoas que a elas participavam. O mundo continuava a mudar e as mudanças tornavam cada vez mais rápidas. Nesta era surgem os departamentos de recursos humanos que substituíram os antigos departamentos de relações industriais, que além das tarefas operacionais e burocráticas desenvolviam funções operacionais e táticas como órgãos prestadores de serviços especializados, recrutamento, selecção, formação, avaliação, remuneração, higiene e segurança do trabalho e de relações laborais e sindicais.

3. *Era da informação* – Teve início na década de 1990, sendo a época em que estamos a viver actualmente. Caracteriza-se principalmente pelas mudanças que se tornaram rápidas, imprevisíveis, turbulentas e inesperadas. A tecnologia da informação trouxe

desdobramentos imprevisíveis e transformou o mundo numa verdadeira aldeia global, o que proporcionou condições favoráveis para o surgimento da globalização da economia. A competitividade tornou-se intensa e complexa entre as organizações. Tratando-se de uma época em que todos dispõem da informação em tempo real, são mais bem sucedidas as organizações capazes de tomar a informação e transformá-la rapidamente numa oportunidade de novo produto ou serviço, antes que outros o façam. Assim, o capital financeiro deixou de ser o recurso mais importante cedendo lugar ao conhecimento. Mais importante do que o dinheiro é saber sobre como usá-lo e aplicá-lo de forma rentável. Como tal, os factores tradicionais de produção – terra, mão-de-obra e capital – produzem retornos cada vez menores, o conhecimento torna-se básico e o maior desafio passa a ser a produtividade do conhecimento. Tornar o conhecimento útil e produtivo passou a ser a maior responsabilidade da gestão. O emprego migrou-se do sector industrial para o sector de serviços e o trabalho manual substituído pelo trabalho mental. Com efeito, as organizações requerem agilidade, mobilidade, inovação e mudanças, necessárias para enfrentar as novas ameaças e aproveitar as oportunidades num ambiente de intensa transformação e turbulência. Deste modo os processos organizacionais tornaram-se mais importantes do que os órgãos que interligavam a organização. Os órgãos como departamentos ou divisões tornaram-se provisórios e não definitivos; os cargos e funções passaram a ser definidos e redefinidos de acordo com as mudanças no ambiente e na tecnologia. As pessoas e os seus conhecimentos e habilidades mentais passaram a ser a principal base da organização. A antiga administração de recursos humanos cedeu lugar a uma nova abordagem: A gestão de pessoas, na qual as pessoas deixaram de ser vistas como simples recursos (humanos) organizacionais para serem abordadas como seres dotadas de inteligência, personalidade, conhecimentos, habilidades, destrezas, aspirações e percepções singulares. São os novos parceiros da organização. A cultura organizacional passa a privilegiar a mudança e a inovação com foco no futuro e no destino da organização. Nesta era, aparecem as equipas de gestão com pessoas que substituem os departamentos de RH e de gestão de pessoas. As tarefas operacionais e burocráticas são transferidas para terceiros através do *outsourcing*, enquanto as actividades tácticas são delegadas aos gestores de linha em toda a orga-

nização, os quais passam a ser os gestores de pessoas. As equipas de RH proporcionam consultoria interna para que a área possa assumir actividades estratégicas de orientação global com vista ao futuro e ao destino da organização e seus membros. As pessoas passaram de agentes passivos, que são administrados, para agentes activos e inteligentes que ajudam a administrar os demais recursos da organização. Sendo parceiros da organização, tomam decisões a respeito de suas actividades, cumprindo metas para alcançar os resultados previamente negociados e que satisfaçam as necessidades e as expectativas do cliente. Com efeito, a administração de RH transformou-se em gestão de pessoas, passando de uma área fechada, hermética, monopolística e centralizadora para tornar-se aberta, amigável, compartilhadora e descentralizadora.

Em termos gerais, a literatura ressalta que a função RH foi marcada por três grandes períodos de evolução: o primeiro, consiste num período embrionário, no qual o seu papel era fundamentalmente administrativo, passando para um segundo período em que se constituiu especificamente como área de gestão dentro das empresas, embora caracterizada por uma certa subalternidade em relação às outras áreas, e finalmente, uma terceira fase em que surge como uma função estratégica para a empresa (Brandão e Parente, 1998).

## 1.2 – O DESENVOLVIMENTO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Face a evolução das necessidades do mercado motivada pela concorrência, as organizações questionam-se constantemente sobre as suas finalidades e razões de ser, procurando obter respostas acerca do seu papel, como o desempenham, com quem actuam, quais os limites impostos perante os padrões de referência e de valores no conjunto das relações que estabelecem com o ambiente organizacional, e sobre a forma como se estruturam internamente. Esta realidade leva, como consequência, a alteração dos modelos de gestão e da configuração estrutural das organizações procurando modelizar-se em função das condições que as envolvem no ambiente externo e em função do conjunto de elementos e factores que as condicionam no ambiente interno. Silva (2000), considera que o modelo de gestão mais

adequado para responder a estas realidades direcciona a sua lógica de funcionamento no sentido de obter respostas a quatro componentes básicas da gestão:

1. Coesão – procura dos factores que permitem o saber trabalhar em equipa para fins comuns;
2. Adequação – conjugar as diferentes expectativas individuais com as finalidades da organização;
3. Potenciação – procurar criar sinergia, ou seja, que o saber trabalhar em equipa permita melhorar, para além da simples soma dos diferentes resultados individuais, a performance global da equipa e da organização;
4. Dinamização – capacidade de gerar dinâmicas de desenvolvimento e procura constante pela melhoria dos desempenhos e dos processos.

O autor considera ainda que, este modelo de gestão exige uma adaptação do modelo organizativo, que deve assentar-se basicamente na 1) flexibilidade, para facilitar a adaptação à evolução da estratégia; 2) valorização, do sistema produtivo, enriquecendo-o e revalorizando-o visto ser ele o responsável directo pela produção de bens e serviços; 3) polivalência, do incremento do desempenho através do funcionamento de rede, na desburocratização de procedimentos, na actualização dos processos de trabalho, no trabalho em equipa; e 4) coordenação, das relações entre as diversas redes de comunicação, na indução e desenvolvimento da participação, da colaboração entre os três níveis da organização e através da resposta adequada e especializada dos serviços de apoio à gestão e às necessidades do sistema directivo.

Esta ideia propõe que se evolua para o desenvolvimento de novos valores que suportam uma nova cultura organizacional, que a inter-ligação entre os diferentes níveis da organização, de gestão e do modelo organizativo nos conduzam para uma nova configuração estrutural. Para Mintzberg (1995), a estrutura de uma organização pode ser definida como o total da soma dos meios utilizados para dividir o trabalho em tarefas distintas e em seguida assegurar a necessária coordenação entre as mesmas. Uma vez que na organização interagem grupos de pessoas que têm objectivos específicos, a estrutura interna da organização é mol-

dada pelo agrupamento humano. Neste sentido, a organização é habitualmente vista segundo duas perspectivas (Chiavenato, 1982):

- A organização formal – baseada na divisão do trabalho, na diferenciação e interação, isto é, organização planeada, sendo uma estrutura representada pelo organograma da organização;
- A organização informal – que ocorre espontaneamente entre as pessoas, composta de interações e relacionamentos sociais entre estas, sendo uma estrutura representada pelas relações internas das várias unidades e dos membros que compõem a organização.

Estas abordagens levam-nos a encarar a organização como uma realidade dinâmica e não estática, na qual a estrutura vai-se adaptando aos movimentos sociais e pessoais dos elementos do grupo. De acordo com Silva (2000) apoiando-se em Pinillos Carcia, existem quatro fases distintas da evolução das estruturas das organizações, existindo uma que vai da estrutura formal e rígida das organizações (teoria administrativa de Fayol, teoria científica de Taylor e teoria burocrática de Weber) às teorias em que as estruturas se vão adaptando às alterações do ambiente (teoria sistémica e teoria contingencial). De uma a outra das abordagens existem as teorias orientadas para o comportamento humano, em que se acentua uma informalidade das relações internas e as teorias da decisão em que os processos de decisão são os elementos pelos quais a estrutura se produz (Silva, 2000). Com efeito, as estruturas das organizações devem ser configuradas em função do contexto envolvente, de forma a adaptarem-se à complexidade e incertezas cada vez maiores do meio ambiente. Mintzberg (1996) propõe sete tipos de configurações estruturais:

- A estrutura simples – uma configuração não muito elaborada, cujo principal mecanismo de coordenação a supervisão directa e está assente no vértice estratégico. Não existem regras de controlo definidas e não existe uma linha hierárquica sofisticada.

- A burocracia mecanicista – tem como principal mecanismo de coordenação a normalização dos processos de trabalho. As tarefas operacionais são muito rotineiras o que leva à uma formalização acentuada do comportamento e das regras de funcionamento; o poder de decisão é centralizado; há divisão de trabalho e especialização; controlo acentuado, levando a que ao nível do vértice estratégico exista uma preocupação pela implementação das normas.
- A burocracia profissional – o seu principal mecanismo de coordenação é a normalização das qualificações. Esta configuração exige elementos altamente qualificados e permite que o poder de decisão e o controlo sejam descentralizados. Encontram-se geralmente duas hierarquias paralelas, uma democrática, com poder ascendente, para os profissionais, e outra autocrática, com controlo descendente, para o pessoal de apoio.
- A estrutura divisionalizada – o principal mecanismo de coordenação é a normalização dos resultados. É uma estrutura que se baseia num conjunto de entidades independentes ligados por laços administrativos, com supervisão constante das mesmas. Existe uma descentralização do vértice estratégico para o topo das entidades, com plena autonomia na tomada de decisões nestas entidades que posteriormente serão controladas pelos resultados que alcançarem.
- A adhocracia – o ajustamento mútuo constitui o seu principal mecanismo de coordenação. É uma estrutura muito orgânica com pouca formalização de comportamentos, tendência para agrupar especialistas em unidades funcionais para a gestão do pessoal, e para a realização do trabalho (grupos de projectos); utilização dos mecanismos de ligação para encorajar o ajustamento mútuo dentro do grupo e entre grupos. Cria equipas multidisciplinares para projectos específicos, agrupando-se por funções afim de conseguir a coordenação essencial para o seu funcionamento.

- As estruturas missionária e política – estruturas com sentido de cooperação muito forte, existindo liberdade de decisão mediante algumas regras previamente definidas. São pouco comuns e representam mais as forças culturais e de conflitos que existem em qualquer organização. Assim, quando uma organização é dominada pelas suas ideologias, estamos em presença de uma configuração missionária e quando não é dominada por nenhum mecanismo de coordenação e não existe nenhum sistema estável de descentralização ou centralização, com dificuldade de controlar os conflitos no interior da organização, estamos em presença de uma configuração política.

Como afirma Santos (2001: 14), “ se nos anos 80 era importante inovar tecnologicamente, nos anos 90 considerou-se que era crucial mudar organizacionalmente”. Nesta óptica, as empresas introduziram profundas mudanças organizacionais, afastaram-se dos modelos burocráticos, flexibilizaram as estruturas e os procedimentos, adoptando diversos modelos de produção, com o desenvolvimento de várias estratégias que foram desde a adopção de soluções centralizadoras até a utilização de modelos de produção mais descentralizados e participativos.

### 1.3 – OS MODELOS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Como foi exposto anteriormente, durante muitos anos os envolventes externos das organizações eram estáveis e o futuro previsível. A partir do momento que a evolução externa das organizações passou a ser instável, com a intensificação da concorrência internacional, os avanços tecnológicos, etc. começaram a pensar nas respostas para fazerem face a essa instabilidade, procurando antecipar os desafios que ameaçam as oportunidades, tendo como base o planeamento das estratégias para a competitividade. Com a emergência desse novo modelo, a gestão dos recursos humanos tem vindo a ser reconhecida como uma peça chave da estratégia e da competitividade empresariais (Cabral-Cardoso, 1998). Como tal, uma das actividades de gestão é planear os recursos humanos para viabilizar a estratégia da organização, partindo das competências das pessoas para abrir a expansão de novos negócios e

encontrar respostas para novas estratégias. Assim, as organizações mudaram os seus conceitos e alteraram as suas práticas: Em vez de investirem directamente nos produtos e serviços, elas estão a investir nas pessoas que os entendem e que sabem como criá-los, desenvolvê-los, produzi-los e melhorá-los; em vez de investirem directamente nos clientes, elas estão a investir nas pessoas que os atendem e os servem e que sabem como satisfazê-los e encantá-los (Chiavenato, 1999). Desta forma, a atitude competitiva da organização passa, em grande parte, por formar uma boa equipa de colaboradores com elevado nível de competência, motivação, envolvimento e empenho no projecto da organização. As grandes diferenças entre as organizações são marcadas pela qualidade e pelo desempenho dos seus recursos humanos e um dos maiores desafios da economia actual está em construir uma rede sólida de colaboradores motivados. Como afirma Jardim Gonçalves<sup>3</sup>, gerir pessoas é mobilizar o conjunto de recursos que elas possuem e colocá-los ao serviço da empresa, mas mais do que isso as vontades dessas pessoas, para que o façam de uma forma empenhada e concertada, extraindo disso satisfação. Numa sociedade com livre transacção de mercadorias e tecnologias, só os recursos humanos fazem a diferença. A tecnologia, o portfólio de produtos e serviços, ou o acesso a fontes de financiamento, são mais ou menos copiáveis ou substituíveis, a dinâmica e complexidade criada por uma colectividade humana a trabalhar ao longo do tempo numa determinada organização, são difíceis, se não impossíveis de recriar pelos concorrentes, ou seja, os RH e a sua gestão são os únicos raros, inimitáveis e insubstituíveis (Gomes & Cunha, 2003). Deste modo, a filosofia do novo modelo de GRH passa a encarar as pessoas como elementos vitais para a competitividade, buscando continuamente melhorias, privilegiando o trabalho em equipa, a confiança nas pessoas e na sua capacidade produtiva.

Cabral-Cardoso (2000), sustenta que é frequente distinguir entre dois modelos de gestão de recursos humanos, um mais quantitativo e unitário, mais duro (*hard*), designado na literatura por modelo de “*Michigan School of HRM*” e outro mais mole (*soft*) e mais pluralista, conhecido por modelo da “*Harvard school of HRM*”. De acordo com este autor, o primeiro realça os aspectos estratégicos, vendo as pessoas como recursos geríveis de acordo com

---

<sup>3</sup> Entrevista a Jorge Manuel Jardim Gonçalves, presidente do Conselho de administração do Banco Comercial Português. In Recursos Humanos Magazine. Setembro/Outubro de 2002.p 44

critérios racionais e económicos, mais próximo da abordagem do «capital humano». A ênfase da gestão de recursos humanos é colocada em recursos. As pessoas são vistas pela gestão como qualquer outro recurso, isto é, obtidas a custos tão baixos quanto possível e utilizadas de forma optimizada na satisfação dos objectivos estratégicos da organização. As políticas de recursos humanos que adoptam este modelo giram em torno das palavras-chave selecção, desempenho, avaliação e desenvolvimento, e a sua acção é dirigida para a promoção entre os empregados de consistência comportamental entre os seus modos de perceber e executar as tarefas e os objectivos definidos pela organização; o segundo modelo, pode considerar-se mais inspirado na escola das relações humanas e mais próximo do comportamento organizacional. As palavras-chave são comunicação, motivação, liderança, empenhamento, envolvimento e autonomia. Na perspectiva deste modelo, procura-se que as pessoas se identifiquem com a organização e adoptem como seus os objectivos organizacionais, empenhando-se na sua concretização. O mesmo autor, apoiando-se em Price, considera que na perspectiva *soft*, a partilha de objectivos por via administrativa e o zelo no cumprimento de regras e regulamentos por via disciplinar são claramente rejeitados. A gestão de recursos humanos é considerada uma actividade e uma responsabilidade de todos os gestores e não apenas dos especialistas funcionais. As pessoas são motivadas através do envolvimento e participação e desenvolvimento de uma cultura baseada na confiança e no trabalho de equipa.

A diversidade de perspectivas da gestão de recursos humanos não se reduz aos dois modelos apontados. Há algumas dificuldades de disseminação do modelo de gestão de recursos humanos derivadas da sua transposição em ambientes não-americanos, criando uma variedade de versões, mais conformes ao original nuns casos, ou mais adaptados ao ambiente local, noutros. Todavia, a adopção de uma ou outra perspectiva, depende, em grande parte das condições do mercado, cada organização adopta o modelo de acordo com a sua experiência, interesses e audiências (Cabral-Cardoso, 2000).

#### 1.4 – PLANEAMENTO ESTRATÉGICO DOS RECURSOS HUMANOS

A organização é um sistema aberto que afecta e é afectado por factores externos (Teixeira, 1998). Na sua interacção com o meio ambiente, concorre contra algumas organizações ao mesmo tempo que depende de outras, visando alcançar o sucesso na forma de maiores vendas, resultados acrescidos ou cotações bolsistas mais elevadas. Com efeito, a definição de uma estratégia organizacional constitui o mecanismo através do qual as organizações interagem com o seu contexto ambiental, aproveitando as oportunidades e minimizando as ameaças potenciais do meio ambiente. A estratégia e o processo de formulação estratégica são factores de vantagem competitiva (Roberto, 2003). Como tal, o sucesso de qualquer empresa é função de sua orientação estratégica.

O desenvolvimento do conceito de estratégia, como ferramenta explícita para gerir organizações económicas e sociais é de origem relativamente recente (Roberto, 2003). Geralmente é aceite que teve os seus primeiros desenvolvimentos teóricos nos anos 1960, mas as primeiras publicações especificamente dedicadas à estratégia só surgiram na década de 1980 (Rumelt et al, 1994). Hofer e Schendel, referenciados por Roberto (2003), sustentam que entre as décadas de 1950 e 1970, emergiu uma hierarquia de conceitos de estratégia, como resposta às necessidades de melhorar as formas de confrontar os recursos organizacionais com as características dos vários ambientes em constante mutação. Freire (2003), considera que a estratégia pode ser definida como o conjunto de decisões e acções da empresa que, de uma forma consistente, visam proporcionar aos clientes mais valor que o oferecido pela concorrência. É frequentemente conotada com a formulação de um plano que reúne, de forma integrada, os objectivos, as políticas e as acções da organização no sentido de alcançar o sucesso. Assim, a partir da estratégia define-se o planeamento estratégico. Este consiste na determinação antecipada do que deve ser feito e como deve ser feito, compreendendo a definição de objectivos e das vias de actuação para os atingir (Teixeira, 1998). É realizado no nível institucional e envolve a organização no seu todo, exigindo a participação integrada dos demais níveis de gestão organizacional, sendo o nível interméd-

dio, através dos planos táticos, e o nível operacional através dos planos operacionais (Chiavenato, 1982).

Fig.1 – Níveis de gestão



Fonte: Teixeira (1998, p 40).

De acordo com Teixeira (1998), o planeamento estratégico começa com a definição da missão, sendo a filosofia básica de actuação da empresa, a qual vai determinar, portanto, os parâmetros de orientação dos esforços a desprender para atingir os objectivos que se pretendem. A missão representa a razão da existência de uma organização, ou seja, a finalidade ou o motivo pelo qual foi criada e para o que ela deve servir. A moderna gestão de pessoas não pode distanciar-se da missão da organização, afinal a missão se realiza e se concretiza através das pessoas. É necessário um comprometimento missionário das pessoas: saber cumprir a missão organizacional através do trabalho e da actividade conjunta (Chiavenato, 1999). Uma vez definida a missão, segue-se a análise do ambiente (análise externa) e a análise da própria organização (análise interna). A análise externa implica identificar as oportunidades e as ameaças que as forças do ambiente representam para a organização e a maneira como aproveitar essas oportunidades e minimizar as ameaças. Isto requer analisar os pontos fortes e os fracos em relação aos concorrentes. A análise interna consiste na iden-

tificação dos aspectos mais importantes que caracterizam a organização e lhe conferem uma situação de vantagem ou desvantagem em relação aos seus concorrentes para a implementação de uma estratégia. Seguidamente definem-se os objectivos organizacionais e, por último a formulação de uma estratégia, de forma clara, precisa e perfeitamente entendida por todos os colaboradores da organização, nomeadamente aqueles que vão desempenhar um papel fundamental na sua execução – os gestores de nível médio e o seu pessoal (Teixeira, 1998).

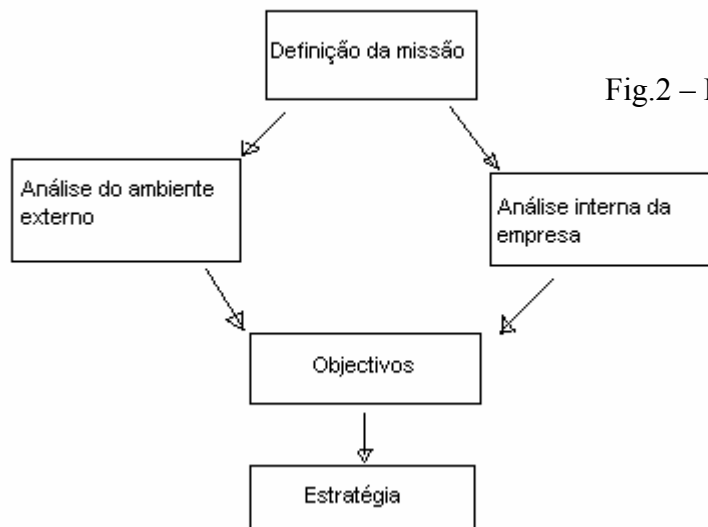


Fig.2 – Planeamento estratégico

Fonte: Teixeira (1998, p 44)

Chiavenato (1999), considera que a estratégia envolve, geralmente, os seguintes aspectos fundamentais: 1) é definida no nível institucional da organização, quase sempre através da ampla participação de todos os demais níveis e negociação quanto aos interesses e objectivos envolvidos; 2) é projectada a longo prazo e define o futuro da organização. Neste sentido, ela atende à missão da organização, focaliza a visão organizacional e enfatiza os objectivos organizacionais a longo prazo; 3) envolve a empresa como um todo para a obtenção de efeitos sinérgicos; 4) é um mecanismo de aprendizagem organizacional através do qual os empregados aprendem com a retroacção decorrente dos erros.

Ainda Chiavenato, sublinha que a estratégia é condicionada pela missão organizacional, pela visão do futuro e pelos objectivos principais da organização. A visão é a imagem que a organização tem a respeito de si mesma. É o acto de ver-se a si própria projectada no espaço e no tempo. A visão estabelece aquilo que a organização pretende ser, para onde quer se dirigir com a ajuda das pessoas. O carácter visionário nas modernas organizações é importante uma vez que hoje não se controlam tanto as pessoas através de regras burocráticas e hierárquicas de comando, mas por meio do compromisso com a visão e os valores partilhados. Quando as pessoas conhecem a visão pretendida pela organização, sabem exactamente para onde ir e como ir, sem necessidade de coerção. A estratégia deve funcionar como um programa global para a consecução dos objectivos organizacionais e deve receber a aprovação geral e ser capaz de motivar e envolver todos os intervenientes da organização. Deste modo, a estratégia empresarial e a política de GRH devem estar consistentes e as pessoas geridas consoante a estratégia definida pela empresa. A partir do planeamento estratégico da organização define-se o planeamento estratégico de RH. Como refere Cabral-Cardoso (1998), o modelo de GRH vem posicionar-se a um nível estratégico, proporcionando a esta função uma maior credibilidade interna e um papel mais proactivo, gerindo os RH como uma fonte de vantagem competitiva e ultrapassando os níveis administrativo e operativo em que se situava a gestão de pessoal. Chiavenato (1999: 59), salienta que “o planeamento estratégico de RH deve ser parte integrante do planeamento estratégico da organização”. Stoner e Freeman (1995), consideram que para serem eficazes, os administradores de um programa de RH devem atender a dois factores principais: O plano estratégico da organização e o ambiente externo do futuro. Os autores distinguem o plano estratégico como o factor primário, na medida em que define as necessidades em RH, por exemplo, uma estratégia de crescimento interno significa que devem ser contratados mais empregados. As aquisições ou fusões, por outro lado, significarão provavelmente, que a organização deverá planear dispensas, já que as fusões tendem a criar cargos duplicados ou superpostos, que podem ser preenchidos mais eficazmente com menos empregados. Deste modo, os objectivos e a estratégia organizacionais, são traduzidos em objectivos e estratégias de RH através de planeamento estratégicos de RH, procurando integrar esta função nos objectivos globais da organização, de modo que uma determinada estratégia organizacional

possa corresponder a um planeamento estratégico de RH perfeitamente integrado e desenvolvido.

Para Schermerhorn, Hunt & Osborn (1999:102), “o planeamento estratégico de RH consiste no processo de fornecer pessoas capazes e motivadas para realizar a missão e estratégia da organização”. Chiavenato (1999: 61), considera que “o Planeamento estratégico de RH é o processo de decisão quanto aos RH necessários para atingir os objectivos organizacionais dentro de um determinado período de tempo”. Desta forma, através do planeamento estratégico de RH é definida antecipadamente a força de trabalho e os talentos humanos necessários para atingir os objectivos delineados pela organização.

Um trabalho realizado por Neves (2000), sobre a relação entre cultura organizacional e GRH, onde faz uma avaliação acerca da forma como as diferentes práticas de GRH são percebidas pelas pessoas em cada organização, refere que a estratégia de RH está formalizada nas organizações de todos os sectores, com excepção dos sectores da administração pública e da saúde, nos quais, se a mesma existe, é simplesmente de um modo semiformalizado, de uma forma mais imposta do que negociada, e com reduzida participação do responsável pela função, uma vez que é a tutela que dita as directivas e as impõe. A revisão da estratégia de RH ocorre com uma frequência maior e em intervalos de tempo menores nos sectores da indústria e segurador, ao contrário nos restantes sectores. Em todas as organizações existem processos formalizados de planeamento de RH em termos de necessidades quantitativas e qualitativas, o qual é anualmente revisto. Nos sectores industrial e segurador, o planeamento dos efectivos é da responsabilidade da função de RH e das hierarquias funcionais. Nos restantes sectores, o plano de efectivos é imposto pela tutela.

## 1.5 – MODELOS DE PLANEAMENTO ESTRATÉGICO DOS RECURSOS HUMANOS

Para que a organização possa alcançar todo seu potencial de realizações, deve ter pessoas adequadas e disponíveis para o trabalho a ser efectuado. Isto requer dos gestores de RH um cuidadoso planeamento de pessoal, de modo que todos os cargos estejam ocupados por pessoas capazes de desempenhá-los adequadamente.

Chiavenato (1999), assinala vários modelos de planeamento de RH, alguns genéricos e abrangem toda a organização e outros específicos para determinados níveis ou unidades organizacionais:

- *Modelo baseado na procura estimada do produto ou serviço:* Baseia-se no conceito de que as necessidades são uma variável dependente da procura estimada do produto (quando indústria) ou do serviço (quando organização não-industrial). A relação entre as duas variáveis (número de funcionários e procura do produto/serviço) é influenciada por variações na produtividade, tecnologia, disponibilidade interna e externa de recursos financeiros e disponibilidade de pessoas na organização. Este modelo utiliza previsões de dados históricos e está voltado predominantemente para o nível operacional da organização. Não leva em considerações possíveis factos imprevistos, como estratégia dos concorrentes, situação do mercado de clientes, greves, falta de matéria-prima etc.
- *Modelo baseado em segmentos de cargos:* É o modelo de planeamento de pessoal operacional utilizado por empresas de grande porte. Este modelo consiste em escolher um factor de produção (como nível de vendas, volume de produção, plano de expansão), cujas variações afectam proporcionalmente as necessidades de pessoal; estabelecer os níveis históricos (passado) e futuros para cada factor estratégico; determinar os níveis históricos da mão-de-obra para cada unidade; projectar os níveis futuros de mão-de-obra para cada unidade através da correlação com a projecção dos níveis (históricos e futuros) do factor estratégico correspondente.

- *Modelos de substituição de postos-chave:* É um modelo que recebe os nomes de mapas de substituição ou organogramas de encarreiramento para o planeamento de funcionários. Trata-se de uma representação visual de quem substitui quem na eventualidade de alguma vaga futura dentro da organização.
- *Modelo baseado no fluxo de pessoal:* É um modelo que marca o mapa do fluxo das pessoas para dentro e para fora da organização. A verificação histórica desse movimento de entrada, saída, promoções e transferências internas permite uma predição a curto prazo das necessidades de pessoal. Este modelo é adequado para organizações estáveis e sem planos de expansão, nas quais a preocupação é apenas preencher as vagas existentes e dar continuidade ao quotidiano. O modelo pode antecipar as consequências de contingências como a política de promoções da organização, aumento da rotatividade ou dificuldades de recrutamento etc. É muito útil na análise das consequências do sistema de carreiras, quando a organização adopta uma política coerente nesse sentido.
- *Modelo de planeamento integrado:* É um modelo mais amplo e abrangente de planeamento de RH. Do ponto de vista da provisão das necessidades em pessoal, o planeamento leva em conta quatro factores: 1) volume de produção planeado pela organização; 2) mudanças tecnológicas dentro da organização que alteram a produtividade do pessoal; 3) condições de oferta e procura no mercado e comportamento dos clientes; 4) planeamento de carreiras dentro da organização. Do ponto de vista do fluxo interno, o planeamento considera a composição mutável da força de trabalho da organização, acompanhando as entradas e saídas de pessoas, bem como a sua movimentação dentro da organização.

O objecto de estudo deste trabalho – sistema de classificação de doentes em enfermagem – um instrumento de planeamento de RH (enfermeiros), pelas suas características (descritas mais adiante) enquadra-se no modelo baseado na procura estimada do produto ou serviço,

onde as variáveis “número de enfermeiros disponíveis para prestar os cuidados de enfermagem ao doente internado” e “horas de cuidados de enfermagem necessárias nas 24 horas por doente”, correspondem respectivamente às variáveis do modelo, número de funcionários e procura do produto/serviço. Aqui, a variável procura do produto/serviço é traduzida na variável horas de cuidados de enfermagem necessárias nas 24 horas por doente, tendo em conta o exposto por Frederico e Leitão (1999), que classificar doentes em enfermagem, consiste na avaliação da sua dependência em cuidados de enfermagem, pela determinação do tempo necessário para prestar cuidados totais com um atendimento personalizado e dentro de determinados padrões de qualidade. Assim, as necessidades do doente, medidas em horas de cuidados de enfermagem que necessita nas 24 horas, constituem a procura dos serviços pelo cliente e, obviamente, o número de enfermeiros disponíveis para prestar os cuidados ao doente nas 24 horas traduz as necessidades em funcionários referidas no modelo.

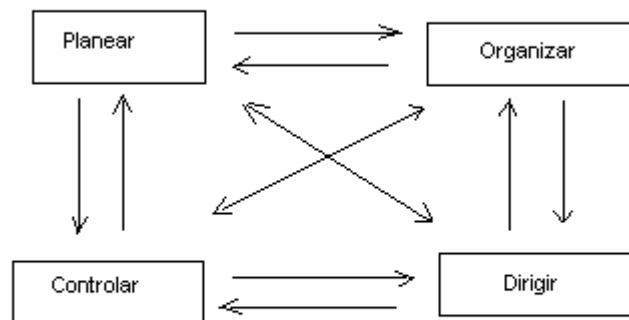
## 1.6 – OS PRINCIPAIS PROCESSOS DE GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Gerir implica interpretar os objectivos da organização para transformá-los em acção organizacional através de funções fundamentais de gestão que Teixeira (1998) descreve como o planeamento, a organização, a direcção e o controlo. O Planeamento pode ser definido como o processo de determinar antecipadamente o que deve ser feito. A organização consiste em estabelecer relações entre as pessoas, e entre estas e os recursos, para atingir os objectivos propostos, assegurando que a pessoa certa, com as qualificações certas, esteja no local e tempo certos para o melhor cumprimento dos objectivos. A direcção é definida como o processo de determinar, isto é, afectar, ou influenciar, o comportamento dos outros. A direcção envolve motivação, liderança e comunicação. A motivação pode ser entendida como o reforço da vontade das pessoas se esforçarem por conseguir alcançar os objectivos. A motivação traduz-se na procura da aproximação ou convergência dos objectivos individuais de cada um dos empregados com os objectivos globais da própria organização; liderança consiste na capacidade de conseguir que os outros façam aquilo que o líder quer que eles façam; comunicação é o processo de transferência de informações, ideias, conceitos ou

sentimentos entre pessoas. O controlo é o processo de comparação do actual desempenho da organização com o *standard* previamente estabelecido, apontando as actuais acções correctivas.

Na prática, essas quatro actividades estão fortemente relacionadas, constituindo um grupo de funções interactivas, no qual várias combinações dessas actividades podem ocorrer ao mesmo tempo (Stoner e Freeman, 1995).

Fig.3 – Funções da gestão



Fonte: Teixeira (1998, p 5)

Como foi exposto atrás, a atenção da gestão está actualmente concentrada sobretudo na gestão de pessoas, traduzindo os objectivos organizacionais em objectivos da gestão de RH. Para Chiavenato (1999), a moderna gestão de pessoas consiste em várias actividades, como a descrição e análise de cargos, planeamento de RH, recrutamento, selecção, orientação e motivação das pessoas, avaliação do desempenho, remuneração, formação e desenvolvimento, relações sindicais, segurança, saúde e bem-estar. Decorrente dessas actividades, a gestão de pessoas envolve e integra seis processos organizacionais básicos: agregar, ajustar, recompensar, desenvolver, reter e controlar pessoas.

*Processos de agregar pessoas*

A função de provisão de pessoas constitui uma parte fundamental do planeamento estratégico de RH (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 1999). De acordo com Chiavenato (1999), os Processos de agregar pessoas são aqueles que se utilizam para incluir novos membros na organização e envolvem o recrutamento e a selecção de pessoas. Esses processos, conforme o autor, variam entre as organizações, distinguindo-se duas abordagens, sendo elas, a abordagem tradicional e a abordagem moderna. Na abordagem tradicional, predomina o enfoque operacional e burocrático. Quase sempre todo o processo fica concentrado exclusivamente no órgão de RH; na moderna, predomina o enfoque estratégico. Face a tantos desafios, todo o processo é da responsabilidade dos gestores de linha e suas equipas com a ajuda da consultoria interna e assessoria do órgão de RH. O recrutamento refere-se ao processo de gerar um conjunto de candidatos para um cargo específico. A organização deve anunciar a disponibilidade do cargo no mercado e atrair candidatos qualificados para disputá-lo. O mercado para onde a organização procura buscar os candidatos pode ser interno, ou seja, dentro da organização, externa, ou uma combinação de ambos. Schermerhorn, Hunt & Osborn (1999), consideram que os dois mercados apresentam vantagens: o interno incentiva os funcionários actuais e o externo traz “sangue novo” e novas ideias para a organização. A selecção, como refere Chiavenato (1999), consiste em buscar de entre os vários candidatos recrutados, aqueles que são os mais adequados para os cargos existentes na organização, visando manter ou aumentar a eficiência e o desempenho do pessoal, bem como a eficiência da organização.

O trabalho de Neves (2000), anteriormente mencionado, refere que as habilitações literárias, o perfil de personalidade, a experiência profissional e o perfil aptitudinal, são os critérios de prioridade na escolha das pessoas, com excepção do sector da saúde, em que a experiência profissional não é um critério utilizado para a selecção das pessoas. O recrutamento interno é prioritário apenas nas organizações do sector segurador. Nas organizações dos sectores da administração pública e da saúde, as decisões sobre quem escolher são atribuições de um júri nomeado para o efeito, enquanto nas organizações dos restantes sectores, as

decisões são tomadas ao nível do órgão do RH e da hierarquia funcional requisitante do novo elemento escolhido. As principais técnicas de selecção utilizadas são a análise curricular, a entrevista, as provas de conhecimento e as provas psicológicas, as quais dividem entre si a hierarquia em termos de importância e de prioridade.

#### *Processos de ajustamento das pessoas às funções*

De acordo com Chiavenato (1999), os processos de ajustamento das pessoas às funções envolvem o desenho das actividades que elas irão realizar na organização, a sua orientação e acompanhamento do seu desempenho. Uma vez feito o recrutamento e a selecção, o passo seguinte será a integração dos novos membros na organização, o seu posicionamento nos respectivos cargos e a sua avaliação quanto ao desempenho nas suas funções.

Segundo o mesmo autor, estes processos variam entre as organizações, nalgumas baseiam-se em abordagens tradicionais sobre a forma de lidar com as pessoas em contexto organizacional e seguem o modelo burocrático, a divisão do trabalho e a fragmentação das tarefas, com ênfase na eficiência, exigindo que as pessoas executem as suas actividades de acordo com o método preestabelecido de trabalho e que sigam as rotinas e procedimentos impostos pela organização, obedecendo com rigor às regras impostas; fazer as coisas, executar e não pensar, uma vez que o método é considerado perfeito, acabado e imutável. Noutras organizações, com processos mais modernos seguem o modelo orgânico, a adaptabilidade e a flexibilidade. Enfatizam e exigem que as pessoas atinjam as metas e os objectivos a cumprir, desenvolvendo com uma certa liberdade de escolha das suas actividades e obedecendo a normas genéricas da organização. Uma vez que tudo é provisório e mutável, o modelo privilegia a mudança, a melhoria constante e o desenvolvimento das actividades, pois é necessário que tudo mude constantemente para assegurar a competitividade organizacional. Como tal, estes processos estão orientados para o futuro e para a construção do destino da organização. O autor, considera ainda que a orientação das pessoas é o primeiro passo para sua adequada aplicação dentro dos cargos da organização e envolve a aculturação, isto é, o ajustamento à cultura organizacional.

Cultura organizacional refere-se ao modo de fazer as coisas, o qual é fruto mais do significado atribuído aos símbolos que da interação social. Por exemplo, a forma como o espaço físico é utilizado, permite atribuir inferências acerca do significado subjacente naquela situação e comparar com o significado atribuído ao tratamento do espaço físico, noutras situações (Neves, 2000).

As crenças, as atitudes e os pressupostos fundamentais são partilhados por todos os membros da organização traduzindo uma visão comum acerca dos aspectos da natureza e do funcionamento organizacional, como o relacionamento interpessoal, e intergrupos, objectivos, regras e normas da organização comportamentos apropriados, modo de resolver os problemas etc. De acordo com Chiavenato (1999), cada organização tem a sua própria cultura organizacional e as pessoas adaptam-se a ela através da socialização organizacional. Esta refere-se à maneira como a organização recebe os novos funcionários e os integra à sua cultura, ao seu contexto e ao seu sistema para que eles possam comportar-se de maneira adequada às expectativas da organização.

Segundo Stoner e Freeman (1995), muitos estudos mostram que os novos empregados sentem-se ansiosos ao entrarem numa organização. Ficam preocupados com o seu próprio desempenho no trabalho; sentem-se incapazes em comparação com os empregados mais experientes; e preocupam-se com o relacionamento que terão com os colegas. Como tal, deve ser planeada uma orientação ou socialização para dar ao novo empregado a informação da qual precisa para trabalhar confortavelmente e com eficiência, nomeadamente sobre as rotinas diárias de trabalho, propósitos da organização, operações e produtos ou serviços da empresa, como o trabalho do empregado contribui para as necessidades da organização, políticas, regras de trabalho e benefícios para os empregados da organização. Para o efeito, programas de integração são elaborados para orientar e ajudar os funcionários recém-admitidos a criarem laços e ligações no seu novo trabalho, e conhecer o comportamento organizacional, entendendo-o como desejável e necessário (Chiavenato, 1999).

O trabalho de Neves (2000), atrás citado, refere que é nos sectores da administração pública e da saúde que se verifica a inexistência de planos de integração dos recém-admitidos, ao contrário nos outros sectores, onde a integração do novo membro é uma preocupação tratada de um modo sistemático e com um horizonte de duração temporal que varia entre uma semana e um mês.

#### *Processos de recompensar pessoas*

A recompensa constitui um elemento fundamental para o estímulo e motivação dos empregados, com vista ao alcance dos objectivos organizacionais, por um lado, e a satisfação dos objectivos individuais por outro. Conforme Chiavenato (1999), processos de recompensar pessoas referem-se aos processos utilizados para incentivar os funcionários e satisfazer suas necessidades individuais mais elevadas. Incluem recompensas, remuneração e benefícios e serviços sociais. Segundo o autor, os sistemas de recompensa também variam entre as organizações. Algumas ainda utilizam processos fixos e rígidos, genéricos e padronizados, tradicionais e ultrapassados, enquanto outras usam os mais avançados e flexíveis para incentivar e motivar os seus funcionários. Como tal, distinguem-se duas abordagens: Uma tradicional, na qual predomina o modelo do *homo economicus*, isto é, a suposição de que as pessoas são motivadas exclusivamente por incentivos salariais, financeiros e materiais. A remuneração obedece a padrões rígidos e imutáveis, atende a processos padronizados de avaliação de cargos dentro de uma política de generalização que se aplica a todos funcionários, indistintamente e sem levar em conta suas diferenças individuais de desempenho. A remuneração é baseada no tempo e não no desempenho, com ênfase no passado do funcionário e em valores fixos e estáticos. A outra diz respeito à abordagem moderna onde predomina o modelo do homem complexo, isto é, a suposição de que as pessoas são motivadas por uma enorme variedade de incentivos, como o salário, os objectivos e as metas a atingir, a satisfação no cargo e na organização, a necessidade de auto-realização etc. A remuneração obedece a esquemas flexíveis, atende a processos personalizados, dentro de uma política de adequação às diferenças individuais entre as pessoas e o seu desempenho. A remunera-

ração é baseada nas metas e resultados a serem alcançados pelas pessoas, com ênfase no desempenho futuro e em valores variáveis e flexíveis.

O trabalho de Neves (2000), refere que a definição de uma política salarial é uma prática corrente em todas as organizações. Nos sectores da administração pública e da saúde, as regras são determinadas e impostas pela tutela, com base nas políticas salariais definidas para o sector público do Estado. Nos restantes sectores, a definição da política salarial considera o valor do mercado, os resultados alcançados e, em alguns casos, o desempenho individual.

#### *Processos de desenvolver pessoas*

Como foi descrito atrás, num mundo mutável e competitivo, com uma economia sem fronteiras, que hoje nos confortamos, o capital humano constitui a principal diferencial competitiva das organizações, uma vez que o conhecimento, na era da informação, passou a ser o recurso mais importante. Como tal, a formação é uma fonte de vantagem competitiva das organizações, na medida em que aumenta esse capital e enriquece o seu património humano, pela aprendizagem e mudança de comportamentos.

Os processos de desenvolver pessoas, segundo Chiavenato (1999), são aqueles que se usam para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal dos funcionários. Incluem formação e desenvolvimento das pessoas, programas de mudanças e desenvolvimento de carreiras, e programas de comunicação e consonância. Esses processos podem ter abordagens diferentes entre as organizações. Nalgumas podem receber uma abordagem tradicional, na qual seguem o modelo casual (formar apenas quando surge alguma oportunidade ou necessidade), as pessoas são escolhidas aleatoriamente, numa atitude reactiva (apenas quando existe um problema ou uma necessidade), visão a curto prazo (visando apenas ao problema imediato), baseado na imposição (as pessoas não são consultadas), numa condição de estabilidade (nada muda) e de conservação e visando ao permanente e definitivo. Noutras podem tomar uma abordagem moderna, onde seguem um modelo pla-

neado (formar como parte de uma cultura), formar todas as pessoas, numa atitude proactiva (antecipando-se às necessidades), visão de longo prazo (visando ao futuro), baseado no consenso (as pessoas são consultadas e participam), numa condição de instabilidade e de mudança (tudo deve mudar para melhor) e de inovação e criatividade (para construir um futuro melhor) e visando ao provisório e mutável. A formação no contexto organizacional está sendo estimulada pelo ambiente mutável e turbulento provocado por factores externos como a globalização, o desenvolvimento tecnológico, a competitividade, as mudanças rápidas e descontínuas etc., que causam impacto na gestão das organizações. Trata-se de incentivar a aprendizagem das pessoas para desenvolverem atitudes, formas de pensamento e hábitos, competências e uma visão do negócio que possa dotar as pessoas de ferramentas mentais que aperfeiçoem o seu trabalho.

De acordo com Stoner e Freeman (1995), a necessidade de formação dos novos empregados ou recém-promovidos é evidente em si, uma vez que eles precisam aprender novas habilidades. Quanto aos mais experientes, nem sempre é fácil a determinação das necessidades de formação. Com efeito, podem ser usados determinados procedimentos como a avaliação de desempenho, análise de requisitos do trabalho, análise organizacional e pesquisa de recursos humanos para diagnosticar as necessidades de formação. Uma vez identificadas essas necessidades o departamento de pessoal pode desenhar um programa de formação associado às necessidades estratégicas da organização.

Segundo Schermerhorn, Hunt & Osborn (1999), Para além da formação do funcionário recém-admitido, tanto ele como a organização devem preocupar-se com o planeamento e desenvolvimento da sua carreira. Essa preocupação assume particular importância no novo local de trabalho na medida em que vivemos e trabalhamos numa época onde as implicações das mudanças constantes nos obrigam a rever e reavaliar o progresso na carreira. Pelo cenário que hoje caracteriza as organizações, nomeadamente a substituição da tradicional “pirâmide” organizacional pelas novas formas organizacionais mais flexíveis, o emprego de cada vez menos pessoas nas empresas, a natureza do trabalho mudou e as noções tradicionais de carreiras baseadas numa única organização que assume a responsabilidade de desenvolver as carreiras das pessoas estão cada vez mais obsoletas.

*Processos de retenção de pessoas na organização*

As organizações para além de se preocuparem em captar e aplicar adequadamente os seus recursos humanos, também procuram mantê-los satisfeitos a longo prazo na organização. Isto requer o estabelecimento de um sistema de manutenção que visa a satisfação e motivação dos funcionários, assegurando as condições físicas, psicológicas e sociais para sua permanência na organização.

De acordo com Chiavenato (1999), os processos de retenção de pessoas na organização são aqueles que se utilizam para criar condições ambientais e psicológicas satisfatórias para as actividades das pessoas. Envolvem a administração da disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações sindicais. Em algumas organizações, segundo o autor, esses processos são deficientes por se aproximarem do modelo de ordem e de obediência “às cegas”, com ênfase na disciplina rígida e padronizada através de regras e regulamentos impostos. O modelo é baseado na padronização, ou seja, trata as pessoas pela média ou mediana com padrões de generalidade, com nítido desprezo pelas suas diferenças e características individuais. Em outras organizações, os processos de manutenção de pessoas aproximam-se do modelo de auto-determinação e auto-realização das pessoas, com ênfase na flexibilidade do sistema e na motivação intrínseca das pessoas. O modelo enfatiza a liberdade e a autonomia das pessoas e privilegia a diferenciação e a diversidade, baseando-se nas diferenças individuais das pessoas.

O trabalho do Neves (2000), refere existir na maioria das organizações planos de segurança, serviços de medicina no trabalho e acção sindical. As reivindicações quando existem, relacionam-se predominantemente com condições de trabalho, segurança de emprego e estatuto remuneratório.

### *Processos de controlar pessoas*

As organizações estabelecem meios para controlar o comportamento das pessoas que nelas trabalham, com base no conhecimento das pessoas e na informação que elas recebem como retroacção de suas actividades e contribuições à organização.

De acordo com Chiavenato (1999), processos de controlar pessoas são aqueles que se utilizam para acompanhar e controlar as actividades das pessoas e verificar resultados. Incluem banco de dados e sistemas de informações administrativos. Controlar refere-se a acompanhar, orientar e manter o comportamento das pessoas dentro de determinados limites de variação, distinguindo-se de fiscalização externa e submissão ligadas a regras e regulamentos impostos. Numa cultura democrática e participativa, o controle externo deve ser substituído pelo auto-controle e autonomia das pessoas no sentido de alcançar metas e resultados desejados.

## 1.7 – OS FACTORES QUE INTERVÊM NO PLANEAMENTO DE RH

É comum as organizações planearem a sua força de trabalho como se as pessoas trabalhassem exactamente conforme se espera delas. Mas, na verdade elas faltam ao trabalho, perdem dias de trabalho por doenças ou para cumprirem compromissos pessoais que só podem ser atendidos no horário de serviço, sofrem acidentes e devem gozar férias a cada 12 meses de trabalho. Assim, torna-se necessário, levar em conta os índices de absentismo e de rotatividade do pessoal ao planejar os RH.

Segundo Chiavenato (1999), absentismo ou ausentismo é a frequência e /ou duração do tempo de trabalho perdido quando os funcionários não comparecem ao trabalho. O absentismo constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou a algum motivo interveniente. Como tal, o facto de ter funcionários não significa tê-los a trabalhar em todo os momentos do horário laboral. Essas

ausências provocam alterações no volume e disponibilidade da força de trabalho. Em relação à rotatividade do pessoal, o autor considera que esta resulta da saída de alguns funcionários e da entrada de outros para substituí-los no trabalho. A rotatividade refere-se ao fluxo de entrada e saída de pessoas numa organização, ou seja, às entradas de pessoas para compensar as saídas de outras. A cada saída, por desligamentos, demissões ou aposentações, quase sempre corresponde a admissão de um substituto para reposição, ou seja, deve ser compensado por um fluxo equivalente de entrada de pessoas.

A rotatividade pode ser externa ou interna conforme ocorre entre a organização e o meio, ou entre as unidades, serviços ou departamentos da mesma organização (Matos & Costa, 2002). A rotatividade condiciona o planeamento de RH, na medida em que a substituição de pessoas requer procedimentos como o recrutamento, selecção, integração e formação de novos empregados.

### *Resumo*

A forma como a função RH é concebida hoje, bem como o papel que lhe é atribuído e o âmbito da sua acção, nem sempre foram os mesmos. A concepção desta função tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, motivadas pelas mudanças no ambiente envolvente das organizações. A sua evolução foi marcada por três grandes períodos: 1) uma fase em que o seu papel era fundamentalmente administrativo, 2) um período em que se assume como área de gestão dentro da empresa e 3) uma função estratégica para a empresa. Numa sociedade em constantes mudanças, com livres transacções de mercadorias e tecnologias, só os RH fazem a diferença. Como tal, os objectivos e a estratégia organizacionais, são desdobrados em objectivos e estratégias de RH através de um planeamento estratégico de RH, integrando esta função nos objectivos globais da organização, de modo que uma determinada estratégia organizacional possa corresponder a um planeamento estratégico de RH perfeitamente integrado e desenvolvido. Desta forma, gerir implica interpretar os objectivos da organização para transformá-los em acção organizacional através das funções fundamentais de gestão, que são: o planeamento, a organização, a direcção e o controlo. Para que a

organização possa alcançar todo o seu potencial de realizações, deve ter pessoas adequadas e disponíveis para o trabalho a ser efectuado, o que exige dos gestores de RH um cuidadoso planeamento de pessoal, de modo que todos os cargos estejam ocupados por pessoas capazes de desempenhá-los adequadamente. Chiavenato (1999), propõe cinco modelos de planeamento dos RH: 1) modelo baseado na procura estimada do produto ou serviço; 2) modelo baseado em segmentos de cargos; 3) modelos de substituição de postos-chave; 4) modelo baseado no fluxo de pessoal; e 5) modelo de planeamento integrado. O objecto de estudo deste trabalho – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem – um instrumento de planeamento de RH (enfermeiros), enquadra-se no primeiro modelo.

A moderna gestão de pessoas consiste em várias actividades, como a descrição e análise de cargos, planeamento de RH, recrutamento, selecção, orientação e motivação das pessoas, avaliação do desempenho, remuneração, formação e desenvolvimento, relações sindicais, segurança, saúde e bem-estar. Decorrente dessas actividades, a gestão de pessoas envolve e integra seis processos organizacionais básicos: agregar, ajustar, recompensar, desenvolver, reter e controlar pessoas.

## CAPÍTULO 2

### GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Neste capítulo destacámos tópicos fundamentais que visam a contextualização do objecto de estudo no âmbito da prática de enfermagem, bem como da gestão e organização dos serviços, nomeadamente a função de cuidar como fundamento actual para o exercício desta profissão; a organização dos cuidados de enfermagem, dando ênfase aos métodos da organização do trabalho; e a dotação e cálculo de pessoal nas unidades de cuidados.

#### 2.1 – A FUNÇÃO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

Cuidar é um acto individual que proporcionamos a nós próprios desde que tenhamos autonomia para tal. Quando temporária ou definitivamente não podemos assumir este acto por limitações físicas que podem causar dificuldades à realização das nossas actividades quotidianas, necessariamente ele deve ser prestado com a ajuda de outras pessoas para satisfazer as nossas necessidades vitais. Consoante as circunstâncias, essa ajuda pode ser dada pela família, vizinhos, meio, ou exigir que seja complementada por um pessoal preparado como os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Collière (1989:235), considera que “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”. Os enfermeiros, de acordo com a definição clássica de enfermagem de Virgínia Henderson, têm a função de ajudar o indivíduo, doente ou são, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte pacífica), que ele executaria sem ajuda se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso de modo a ajudá-lo a ganhar a autonomia o mais rapidamente possível (Cortés, 1992).

Com efeito, prestar cuidados de enfermagem requer um trabalho que se constrói a partir de uma constante mobilização de vários elementos que entram em interacção com vista a definir as necessidades fundamentais de um indivíduo, família ou grupo, a fim de determinar a natureza dos cuidados a fornecer e os meios para desencadear a sua satisfação. Como afirma Collière (1989: 287), “ (...) o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio”. Desta forma, duas pessoas podem ter o mesmo problema com idêntica gravidade, mas não necessitem dos mesmos cuidados de enfermagem, devido às suas idades, aos seus recursos e às possibilidades dos seus meios. Por exemplo, para uma mesma limitação como a fractura de perna com gesso, numa pessoa de idade pode ser necessário assegurar cuidados de enfermagem totais para compensar todas as actividades de vida indispensáveis que deixou de realizar, tais como os cuidados de higiene, ajuda para vestir-se, levantar-se etc. enquanto que noutra pessoa, esses cuidados podem não ser necessários ou serem parciais, se tiver família que pode ajudar, ou se for um indivíduo mais jovem. Deste modo, é a partir de uma análise da situação do doente com identificação dos seus problemas de saúde, particularmente os de enfermagem que se pode justificar a natureza dos cuidados de enfermagem, não apenas para a sua realização, mas também para a sua preparação: tempo de escutar o utente, tempo de explicá-lo, tempo de experimentar uma ou outra ajuda, tempo de contacto com a família etc. De acordo com a mesma autora, este tempo mede-se essencialmente pelo grau de dependência da pessoa a ser cuidada e, em função da natureza dos problemas e da sua frequência, é possível avaliar a dotação em pessoal, estabelecer um perfil das actividades dos cuidados no tempo, a sua divisão, clarificar as que são cobertas por um financiamento e as que não são, a fim de o obter.

## 2.2 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O papel dos enfermeiros nas unidades de saúde não é homogéneo e nem pode ser radicalmente uniformizado, na medida em que as estruturas específicas dos vários tipos de servi-

ços e unidades de prestação de cuidados de saúde condicionam estruturalmente as funções de enfermagem.

Carapinheiro (1993) considera que a análise da produção dos cuidados na vertente da organização e divisão de trabalho, coloca no centro a noção de acto médico, uma vez que é a partir dela que se estabelecem os princípios de divisão de tarefas entre as diferentes categorias sócio-profissionais. A enfermagem tem sido fortemente influenciada pelo modelo biomédico, centrado na função/disfunção de um órgão ou sistema específico (Alves, 2002). Como refere Carvalho (2002), Nightingale sonhou com uma enfermagem que colocasse o utente, a pessoa que sofre, no centro de atenção do enfermeiro, conhecer as suas prioridades, os seus anseios, compreender os seus medos e inquietações e dar-lhe respostas globais, encontrando estratégias que visem o restabelecimento do equilíbrio temporariamente perdido e minimizando sequelas. Ao longo dos tempos muitos têm sido os modelos de exercício da profissão de enfermagem propostos para organizar e desenvolver os seus conhecimentos e práticas. Segundo o autor acima mencionado, Rogers desenvolveu uma abordagem centrada na pessoa que deve facilitar o processo de mudança do sujeito, criando as condições psicológicas através da relação interpessoal, da autenticidade, aceitação e empatia. A enfermagem funda-se assim numa visão holística do indivíduo, isto é, a pessoa vista como um todo unificado; é diferente de e mais que a soma das partes. Esta visão contraria a abordagem dualista de separação do corpo e do espírito proposta por Decartes, que afirma que para se estudar o corpo como uma máquina, este poderia ser decomposto nas partes que o compõem (Pearson e Vaughan, 1992). O humanismo da enfermagem estabelece-se na qualidade da existência do ser humano valorizando o indivíduo como ser único e individual, a sua qualidade de vida, a liberdade de escolha e a auto-responsabilidade pela sua saúde, o que contrasta com o modelo biomédico que encara o ser humano como um conjunto de células, tecidos, órgãos e sistemas interligados de modo a haver equilíbrio do corpo. O objectivo do modelo biomédico é o controlo da doença e a recuperação do equilíbrio. Isto reduz os cuidados de enfermagem em tarefas rotinizadas, promove a tecnicidade e a diluição da responsabilidade do enfermeiro, não inclui a área psico-afectiva e social, despersonaliza, desumaniza e retira ao doente a intervenção sobre a sua saúde.

Frederico e Leitão (1999), consideram que a organização dos cuidados de enfermagem passa pela escolha de um método de trabalho que mais se adequa à prestação de cuidados individualizados e personalizados. Todos os métodos de trabalho utilizados para a organização dos cuidados de enfermagem assentam num modelo de exercício da profissão e é fundamental que a metodologia de trabalho seja definida para que cada enfermeiro possa planear os seus cuidados, tendo por base o modelo teórico de enfermagem do quadro de referência da instituição. Obviamente que, na selecção do método de trabalho diferentes aspectos devem ser considerados, particularmente os objectivos da organização e unidade de cuidado; o número e tipo de doentes, bem como o seu grau de dependência; os recursos humanos e materiais e as características das instalações. Assim, de acordo com as autoras, são vários os métodos de trabalho utilizados na organização dos cuidados de enfermagem:

#### *Método funcional*

Se a orientação do prestador de cuidados for para a cura, a prestação dos cuidados irá reflectir isso mesmo, dando mais ênfase às actividades relacionadas com a cura, do que com a procura de proporcionar um ambiente que permita administrar cuidados individualizados (Pearson e Vaughan, 1992). De acordo com Frederico e Leitão (1999), o método funcional baseia-se neste modelo e consiste na distribuição de tarefas específicas a cada enfermeiro, por exemplo, um responsável pelas higiènes, outro pelos pensos, outro pela terapêutica, etc. É um método que foi largamente utilizado no passado, mas ainda hoje tem muita adesão, embora em menor proporção. A sua principal vantagem diz respeito à maior produtividade no trabalho, uma vez que aumenta a eficácia e a rapidez do pessoal de enfermagem, melhora o aproveitamento do pessoal, o que implica menos recursos humanos. Estas vantagens não contemplam a satisfação do doente e do enfermeiro, na medida em que contraria a filosofia e o objectivo dos cuidados de enfermagem, centrando-se nas necessidades do serviço e da organização e não nas necessidades do doente, o que não permite a individualização dos cuidados. Valoriza a quantidade de trabalho em detrimento da qualidade, tornando-se inadequado às exigências actuais da enfermagem no que respeita à sua auto-

nomia e a visão holística do indivíduo. Por este motivo, o método tem vindo a ser progressivamente abandonado.

#### *Método individual*

De acordo com as mesmas autoras, este método consiste na distribuição de um determinado número de doentes, que varia segundo a sua dependência, a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes a seu cargo durante o turno. O método centra-se nas necessidades do doente, permitindo a individualização dos cuidados, o que proporciona uma maior satisfação do doente e do enfermeiro. É um método que favorece a relação enfermeiro-doente, na medida em que facilita um conhecimento mais profundo de cada doente, sendo este cuidado como um todo cujas necessidades não podem ser fraccionadas; promove maior responsabilidade ao enfermeiro e, conseqüentemente sua capacidade de decisão, motivação ao trabalho e favorece a avaliação dos cuidados que presta. Este método exige maior dotação de pessoal e mais conhecimentos por parte dos enfermeiros, pelo que a sua implementação implica maior preparação, bem como uma gestão eficiente dos recursos humanos e materiais, tornando-se por isso mais dispendioso. Porém, o manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação, instituído pelo IGIF, estabelece que a organização dos cuidados de enfermagem deve ser baseada neste método ou no método de responsável<sup>4</sup>.

#### *Método de equipa*

Neste método, de acordo com as autoras, os enfermeiros são organizados em uma ou mais equipas, sendo-lhes atribuída a responsabilidade por um grupo de doentes, pelo qual assumem o comprometimento de prestação de cuidados na sua totalidade. A equipa é liderada por um elemento responsável pela tomada de decisões em relação às prioridades das necessidades dos doentes e ao planeamento de cuidados a serem prestados. Este método enfatiza

---

<sup>4</sup> Ministério da saúde – IGIF. (2003).

a liderança e a comunicação; favorece a dinâmica de grupo; aproveita melhor todas as capacidades dos enfermeiros, apoiando os elementos menos experientes na equipa. Exige maior número de elementos na equipa de enfermagem e, se não houver boa coordenação este método pode transformar-se num método funcional.

#### *Método primário ou de responsável*

Segundo Kron (1980), no método primário um enfermeiro é designado para assumir a responsabilidade de prestar cuidados globais durante 24 horas a doentes seleccionados desde a sua admissão até à alta. Quando este não estiver de serviço, delega as funções ao enfermeiro assistente que se encarrega por esses doentes e presta cuidados conforme planeado pelo enfermeiro responsável. Com este método, cada doente conhece o seu enfermeiro, o que estimula a relação enfermeiro-doente, favorecendo uma prestação de cuidados mais individualizada e uma maior segurança ao doente; há continuidade dos cuidados, desde a admissão até à alta e maior empenho por parte do enfermeiro.

Frederico e Leitão (1999), consideram que este método é o que melhor responde à satisfação das necessidades do doente, à autonomia e à capacidade de decisão dos enfermeiros. Na prática este método é muitas vezes de difícil implementação, pela falta de pessoal de enfermagem que por vezes se verifica nas unidades de cuidados; pelo tipo de horários praticados, bem como pelas trocas de horários entre os enfermeiros.

### 2.3 – DOTAÇÃO E CÁLCULO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Dado que o processo de gestão compromete que o trabalho seja feito por meio de outras pessoas, uma das funções mais importantes deste processo é a dotação de pessoal, que consiste na preparação das pessoas para o trabalho a ser realizado na organização (Gillies, 1994). No que respeita à enfermagem, a dotação de pessoal para assegurar os cuidados necessários aos doentes tem sido um dos problemas mais complexos da gestão. Essa com-

plexidade resulta do facto de que os cuidados devem ser assegurados em todas as unidades, nos 365 dias do ano e as 24 horas do dia. De acordo com Cortés (1992), dos propósitos destinados para os recursos humanos na organização, a responsabilidade que a Direcção de Enfermagem tem com o pessoal pode ser expressa numa cifra de 50 a 60 por cento aproximadamente e, do gasto total do hospital, 70 a 75 por cento é com os recursos humanos. Gillies (1994), apoiando-se em Lehman e Friesen, considera que a maior parte das organizações de saúde, a equipa de enfermagem é tão superior que qualquer outra equipa de profissionais, que os custos com o pessoal de enfermagem constituem 60 a 70% do total dos custos do pessoal da instituição. O mesmo autor apoiando-se em Halloran e Cols, refere que os custos laborais da enfermagem constituem 20 a 30% do total dos custos do hospital. Em Portugal, de acordo com Ministério da Saúde, referenciado pela Candeias (2003), as despesas com o pessoal de enfermagem nos hospitais, em termos salariais, rondam a volta de 16%. Deste modo, os recursos humanos (enfermeiros) constituem o principal activo de uma unidade de cuidados e é o capítulo da responsabilidade mais importante dos gestores de enfermagem. A optimização desses recursos proporciona diminuição dos custos e, obviamente, o aumento da produtividade nas unidades de saúde. Gillies (1994), citando Meyer, refere que a qualidade dos cuidados de enfermagem aumenta se houver equilíbrio na relação entre a carga de trabalho e a dotação do pessoal de enfermagem, ou seja, quando os índices de utilização do pessoal oscilam entre 90 e 110%. Quando há défices importantes de pessoal a qualidade dos cuidados pode estar deteriorada, na medida em que o excesso de trabalho prejudica a realização dos procedimentos da enfermagem.

Segundo Frederico e Leitão (1999), a dotação de pessoal de enfermagem refere-se a uma actividade que visa estabelecer de forma quantitativa e qualitativa as necessidades em pessoal de enfermagem para prestar cuidados a um determinado grupo de doentes, com a finalidade não só de concretizar aspectos do plano de acção de uma instituição de saúde, no que respeita ao pessoal (número, tipo e custos), mas também contribuir para avaliar o nível de cuidados de enfermagem. De acordo com as autoras, nesta actividade devem ser considerados alguns factores tais como:

- Factores externos ao serviço de enfermagem:

- Contextuais;
- Estrutura arquitectónica;
- Comunicação e circulação;
- Tipologia dos utentes;
- Dados estatísticos do serviço;
- Relações funcionais dos serviços de enfermagem
- Factores internos aos serviços de enfermagem:
  - Tipologia dos utentes;
  - Produtividade;
  - Organização.

Para Cortés (1992), uma adequada dotação de pessoal de enfermagem deve ter em conta os seguintes aspectos:

- O tipo de cuidados que se quer prestar, ou seja, o modelo de cuidados de enfermagem que se quer adoptar;
- A dotação pressupõe que a instituição dispõe de um quadro de pessoal aprovado;
- O pessoal com quem se pode contar e sua forma de acesso ao emprego;
- O estatuto do sistema remuneratório, bem como os horários e férias dos empregados;
- A estrutura arquitectónica da unidade e a distância dos serviços de apoio.

O modelo de cuidados de enfermagem que se espera por parte do utente, segundo a autora, de uma forma geral deve ser orientado para:

- Cobrir todas as necessidades básicas;
- Abordar todas as técnicas diagnosticas e de tratamento requeridas;
- Manter conforto hoteleiro;
- Ser tratado em todos seus problemas e de forma personalizada;
- Prestar os cuidados numa relação de empatia que reduza o medo e a desconfiança do utente.

Deste modo, a dotação do pessoal de enfermagem está directamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do utente, sem descurar a produtividade e a satisfação dos profissionais e, essencialmente, o bem-estar e satisfação do utente.

Para além disso, pode ser considerado um sistema de classificação de doentes como um instrumento essencial na gestão dos serviços de enfermagem que, segundo Frederico e Leitão (1999), apoiando-se em Rodrigues Filho, determina as exigências do doente em termos de cuidados de enfermagem, com base nas suas necessidades, nas intervenções de enfermagem e nas prioridades do cuidado. Assim, este sistema proporciona aos gestores de enfermagem informação para o processo de tomada de decisão não só em relação à qualidade dos cuidados, à melhoria da produtividade e aos custos dos serviços de enfermagem, mas também em relação à gestão de recursos humanos. Desta forma, um sistema de classificação de doentes constitui uma base sólida para o cálculo de pessoal de enfermagem necessário, na medida em que, por um lado, mede o nível de cuidados, por outro, determina as horas necessárias à prestação desses cuidados.

Ainda Frederico e Leitão (1999), apoiando-se no mesmo autor, referem que para calcular o número e tipo de pessoal de enfermagem necessário para um dado hospital, pode ser utilizada a seguinte metodologia:

- Metodologia descritiva – utiliza dados referentes a muitas variáveis tais como número de horas de cuidados, proporção de pessoal e dados hospitalares (taxa de ocupação, número de admissões de doentes, número de altas, etc.);
- Metodologia administrativa – dirigida para o estudo do trabalho das unidades de enfermagem, ou departamentos específicos e concentra-se na identificação de tarefas, fluxo, organização e simplificação do trabalho;
- Metodologia de pesquisa operacional – baseia-se em modelos matemáticos destinados a modelar problemas, utiliza dados reais e explora procedimentos de forma a poder alcançar as melhores soluções.

Em Portugal, segundo as autoras, o critério mais frequentemente utilizado é o rácio enfermeiro por cama disponível, mas esta filosofia tem se revelado inadequada, uma vez que o padrão não deve ser a cama disponível, mas sim a referência ao doente internado.

Para Cortés (1992), o rácio enfermeiro/cama é um indicador que em si mesmo não diz nada e que só poderia ser comparado com hospitais similares, atendendo que as diferenças das necessidades em pessoal são tão variadas entre os hospitais que este padrão não vale nem como medida, nem como referência.

Balderas Pedrero (1988), considera que para determinar o pessoal de enfermagem necessário aplicam-se os seguintes parâmetros:

1. *Horas necessárias a prestação de cuidados de enfermagem nas 24 horas:* O cálculo do pessoal de enfermagem utiliza horas de cuidados de enfermagem por dia de internamento, estandardizadas. Por exemplo, o Instituto Nacional de Saúde (INSALUD – Espanha), no seu novo modelo de gestão determina, por especialidades, as seguintes horas, (Cortés, 1992):

- Medicina interna – 2,66h
- Cirurgia – 2,50h
- Pediatria – 4,16h
- Traumatologia – 2,30h
- Ginecologia – 2h

O tempo necessário a prestação de cuidados varia de acordo com o tipo de doentes (Balderas Pedrero, 1988):

- Prematuros – 5
- Pediátricos – 4
- Medicina interna, gineco-obstetrícia e traumatologia – 3
- Urgências – 8

- Cuidados intensivos – 10
2. *Distribuição do pessoal por turnos:* o modelo de horário considerado como o mais aceitável para a prestação de cuidados de enfermagem nas 24 horas é o que contempla turnos de:
    - Manhã -50%
    - Tarde – 30%
    - Noite – 20%.
  3. *Jornada laboral:* Varia de acordo a instituição, podendo ser de 8 horas, 6.30 horas ou 7 horas. Para o horário acima mencionado, a jornada de trabalho ou carga horária compreende 8 horas de serviço. Conforme o decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro, a semana laboral, compreendido de segunda-feira a Domingo, é em regra de 35 horas, cinco dias de trabalho, podendo sofrer alterações por necessidades do serviço ou do enfermeiro. Tem um dia de descanso semanal, acrescido de um dia de descanso complementar, devendo, em cada período de quatro semanas, pelo menos um dos dias de descanso coincidir com o Sábado ou Domingo.
  4. *Licenças e férias:*
    - Para períodos de 10 dias – aumentar 1 enfermeiro por cada 10;
    - Períodos de 15 dias – aumentar 1 enfermeiros por cada 15;
    - Folgas e descansos ou 6º e 7º dias – aumentar 1 enfermeiros por cada 6.

A autora considera os seguintes passos para calcular o pessoal de enfermagem:

1. *Calcular o número de horas necessárias para o atendimento da enfermagem:*

$$\text{N}^\circ \text{ horas necessárias} = \text{n}^\circ \text{ de doentes} \times \text{índice de atendimento}$$

Por exemplo, para 40 doentes internados na medicina, nas 24 horas, temos:

$$40 \times 3 = 120 \text{ horas}$$

2. *Calcular o número de pessoal necessário:*

$$\text{Pessoal necessário} = \frac{\text{total de horas necessárias}}{\text{carga horária}}$$

Considerando uma jornada de 8 horas, no exemplo anterior:

$$\frac{120}{8} = 15 \text{ Enfermeiros necessários.}$$

3. *Distribuição do pessoal por turnos de acordo com os indicadores anteriormente mencionados:*

- Turno de manhã (50%) = 7,5 = 8
- Turno da tarde (30%) = 4,5 = 5
- Turno da noite (20%) = 3

As percentagens indicadas, segundo a autora, fundamentam-se no facto de que tradicionalmente na manhã há maior carga de trabalho, por causa de visitas médicas, análises laboratoriais e o planeamento de cuidados que se deve iniciar no turno da manhã. De salientar que não são apenas estes os indicadores existentes para distribuir o pessoal por turnos, pelo que cada instituição poderá optar por outros, que mediante estudos de tempos e movimentos, achar mais convenientes.

4. *Calcular o pessoal necessário para compensar férias e o 6º e 7º dias:*

No exemplo anterior, para compensar férias de 10 dias a um total de 15 enfermeiros, aumenta-se 1 enfermeiro para cada 10. Assim temos:

$$\frac{15}{10} = 1.5 = 2 \text{ Enfermeiros}$$

Para compensar o 6º e 7º dias, aumenta-se 1 enfermeiro por cada 6.

$$\frac{15}{6} = 2,5 = 3 \text{ enfermeiros}$$

Assim, um serviço de medicina com capacidade de internar 40 doentes, necessita de um total de 20 enfermeiros (15+2+3), sendo 15 permanentes, 2 para compensar as férias e 3 para cobrir o 6º e 7º dias ou descansos.

A autora salienta, que no cálculo de pessoal é necessário prever também o absentismo, devendo calcular a percentagem do mesmo aplicando a seguinte fórmula:

$$\text{Percentagem de absentismo} = \frac{\text{nº dias perdidos}}{\text{nº dias de trabalho} + \text{nº dias perdidos}} \times 100$$

De acordo com Frederico e Leitão (1999), o facto de não haver dois doentes, com diagnósticos iguais que requeiram exactamente os mesmos cuidados, não podemos usar apenas a lista dos doentes ou diagnósticos para determinar as necessidades em pessoal de enfermagem. A medida dos cuidados necessários deve basear-se nos cuidados que cada doente precisa e não na quantidade de cuidados que os outros doentes receberam, ou como foi estandardizado. Todos sabemos, e como foi referido atrás, que doentes com o mesmo diagnóstico podem apresentar necessidades diferentes, cada doente é uma pessoa singular, e portanto, diferente do outro. Cortés (1992), reforça esta ideia ao referir que cada doente apresenta características próprias e o atendimento será diferente, apesar de existirem normas e protocolos que regulam as actividades. Assim, a análise das necessidades em pessoal de enfermagem deve ajustar-se o mais possível à realidade porque poderemos estar a exigir um tipo de atendimento impossível de prestar ou passar a cobrir apenas uma parte dos cuidados. Com efeito, a qualidade dos cuidados e a satisfação das necessidades em pessoal de enfermagem serão maximizadas quando as horas de cuidados necessárias coincidirem com as horas de cuidados prestados. Como refere a autora, as fórmulas atrás apresentadas, não analisam em profundidade a carga de trabalho que o atendimento de enfermagem produz, para medir adequadamente as necessidades em cuidados de enfermagem. Como tal, é necessário

utilizar sistemas mais precisos que assegurem uma adequada dotação de pessoal para cada unidade e cada turno de modo a garantir a prestação dos cuidados requeridos. O sistema de classificação de doentes é, pois, a forma de medir as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, traduzindo-as em horas de cuidados necessárias, o que permite uma adequada dotação de pessoal nas unidades. Arndt e Huckabay (1983), salientam que o volume de trabalho de enfermagem numa unidade de cuidados não é determinado somente pelo número de doentes internados, mas também pela avaliação estatística da soma das necessidades em cuidados directos e indirectos de cada doente. Deste modo, a condição essencial para a determinação da carga de trabalho prevista numa unidade é “chegar” à um número baseado numa efectiva avaliação das necessidades dos doentes, em vez de usar a simples contagem de camas ocupadas. Por conseguinte, a classificação de doentes de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem constitui uma mudança no método tradicional da gestão dos enfermeiros baseado na simples contagem de camas ocupadas (Arndt e Huckabay, 1983).

### *Resumo*

Os enfermeiros, de acordo com a definição clássica de enfermagem de Virgínia Henderson, têm a função de ajudar o indivíduo, doente ou são, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte pacífica), que ele executaria sem ajuda se possuísse a força, vontade ou conhecimento necessários, e fazer isso de modo a ajudá-lo a ganhar a autonomia o mais rapidamente possível (Cortés, 1992). O enfoque desta definição é o indivíduo. Como tal, cuidar a pessoa de forma holística constitui a essência da prática da enfermagem. A facilitação de cuidados holísticos estabelece um processo multi-dimensional complexo, implicando não apenas a aplicação dos vários domínios dos cuidados de enfermagem, mas também a existência de métodos de trabalho na organização dos mesmos, bem como a existência de enfermeiros em número suficiente com conhecimentos e competências para a prestação dos referidos cuidados. Para determinar o número de enfermeiros necessários nas unidades aplicam-se os seguintes parâmetros: 1) *horas necessárias a prestação de cuidados de enfermagem nas 24 horas* – horas de cuidados de enfermagem

por dia de internamento estandardizadas; 2) *distribuição do pessoal por turnos* (manhã = 50%, tarde = 30% e noite = 20%); 3) *Jornada laboral* – varia de acordo a instituição (8 horas, 6.30 horas ou 7 horas); 4) *compensar as licenças, férias e 6º e 7º dias ou descansos*. A percentagem de absentismo também deve ser prevista no cálculo de pessoal.

A individualização dos cuidados requer que a medida das necessidades seja baseada na quantidade dos cuidados que cada doente precisa e não na quantidade que os outros receberam ou como foi estandardizado. Para tal, é necessária a utilização de sistemas mais precisos como o SCD/E, que permite medir tais necessidades, traduzindo-as em horas necessárias a prestação de cuidados, o que permite uma adequada dotação de pessoal nas unidades.

## CAPÍTULO 3

### SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM (SCD/E)

Há vários anos que existe a necessidade de classificar doentes segundo determinados parâmetros. Frederico e Leitão (1999), apoiando-se em Rodrigues Filho, referem que essa necessidade data dos anos 1930 num estudo realizado em 25 hospitais de Nova York, a partir do qual teve início o desenvolvimento do sistema de classificação de doentes que posteriormente, em 1950 na Escola de enfermagem de S. Pittsburg foi realizado um estudo com o objectivo de determinar as exigências de cuidados de enfermagem em doentes com diagnósticos médicos e cirúrgicos. Nos anos 1960 o desenvolvimento da classificação de doentes nos Estados Unidos ganhou um ritmo mais acelerado com os trabalhos realizados por um grupo de pesquisadores da Escola de Engenharia e da Divisão de investigação Operacional do Hospital da Universidade de Johns Hopkins. Em consequência, vários estudos e trabalhos de campo foram desenvolvidos com a finalidade de dimensionar o grupo de enfermagem na área hospitalar, de forma racional, utilizando técnicas da engenharia industrial e da ciência da administração tanto nos Estados Unidos como na Grã-Bretanha. Na década de 1980, alguns sistemas de classificação de doentes começaram a ser postos em causa devido às suas limitações. Com o avanço das teorias científicas, sistemas de informação e com as restrições económicas, foram revistos e tornados mais amplos os objectivos de classificação de doentes.

Neste capítulo, descrevemos o modelo adoptado em Portugal para a classificação de doentes em enfermagem; os trabalhos de investigação desenvolvidos sobre esta matéria e, por último, os indicadores de gestão relativos a este modelo, por forma a permitir uma maior operacionalidade do mesmo na parte empírica do trabalho.

### 3.1– SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES BASEADO EM GRAUS DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Em Portugal, começou a ser desenvolvido desde 1984 na área de enfermagem, um sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). O desenvolvimento deste sistema utilizou, na sua construção o modelo *GRASP System (Grace Reynolds Application of Peto)*, desenvolvido nos Estados Unidos, país que na fase inicial do projecto deu apoio técnico e financeiro. Sendo um método inovador em termos de gestão e desconhecido em Portugal, foi criado um grupo coordenador no Departamento de Gestão Financeira do Ministério da Saúde, e seleccionados 5 hospitais piloto, para analisar o método e efectuar estudos de adaptação à realidade do país (IGIF, 2000).

Segundo Frederico e Leitão (1999), o sistema GRASP é fruto de três anos de investigação de campo, para avaliar o conceito de Peto, desenvolvido no *Medical College of Geórgia* e foi constantemente melhorado, sendo hoje utilizado em mais de 600 hospitais no Canadá, EUA e Reino Unido. Neste sistema, classificar consiste na avaliação da dependência do doente em cuidados de enfermagem através de um quadro de classificação de doentes, pela determinação do tempo necessário para prestar cuidados totais com um atendimento personalizado e dentro de determinados padrões de qualidade.

Um SCD/E é uma forma de avaliar o grau da dependência dos doentes em enfermagem (Cortés, 1992). Isto pressupõe que para medir as necessidades de pessoal, é necessário conhecer a dependência dos doentes em cuidados ministrados pelos enfermeiros, ou seja, em cuidados que o doente por si só, não pode realizar sem ajuda do enfermeiro. Deste modo, o SCD/E, surge como um instrumento de gestão que permite informação fidedigna em tempo útil, com vantagem de orientar a tomada de decisão, tendo como objectivo o equilíbrio dos recursos humanos em função das necessidades e de permitir o melhor nível de qualidade dos cuidados em função dos recursos disponíveis (Frederico e Leitão, 1999).

Contudo, é importante sublinhar que um sistema de classificação de doentes por si só, não resolve o problema da escassez de pessoal, apenas ajuda, na medida em que permite uma distribuição mais eficiente dos recursos humanos, quase sempre escassos. O seu objectivo essencial é conhecer as horas de cuidados de enfermagem necessárias em cada uma das diferentes unidades, mediante o estudo das necessidades dos doentes e a aplicação de determinados tempos de enfermagem para cada um dos níveis de dependência do doente nos cuidados, o que permite fornecer ao gestor informações sobre as horas de prestação de cuidados necessárias por doente e por unidade de tratamento na base das 24 horas, possibilitando uma maior previsão e consistência das cargas de trabalho.

Anes (2000: 37), apoiando-se no grupo coordenador do projecto do SCD/E, refere que “um sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem consiste numa distribuição de doentes por categorias de acordo com a definição das suas necessidades em cuidados de enfermagem”. Como tal, a classificação dos doentes é feita conforme os cuidados que necessitam e posteriormente a quantificação dos mesmos para prever as necessidades em pessoal de enfermagem. Como é óbvio, a procura de cuidados tem uma enorme variabilidade entre as diferentes unidades, sendo independente do número de doentes existentes nestas. Assim, o SCD/E pode proporcionar dados quantitativos que permitem justificar o maior ou menor consumo de cuidados de enfermagem, o que fundamenta as necessidades do pessoal em cada unidade de cuidados aos doentes internados.

De acordo com Frederico e Leitão (1999), neste sistema de tipo «objectivo» ou de avaliação por factores, o cálculo das horas totais de enfermagem necessárias inclui as horas para prestar cuidados directos e as horas para prestar cuidados indirectos, ou seja:

- Horas de cuidados totais = horas prestadas em cuidados directos + horas prestadas em cuidados indirectos.

Conforme o manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência em cuidados de enfermagem medicina e cirurgia<sup>5</sup>, cuidado directo refere-se a toda a tarefa que pode ser identificada como sendo destinada a um determinado doente, por exemplo preparar a medicação, administrar a terapêutica, registos, etc; cuidado indirecto é toda a tarefa que embora concorra para a assistência global do doente, não pode ser identificada como sendo destinada a um determinado doente, por exemplo, arrumação da sala de trabalho, passagem de turno, preparação de material para esterilização, etc; os níveis de dependência para cada actividade, compreendem as “variantes” da realização das actividades de acordo com a complexidade e/ou intensidade dos cuidados necessários ao doente.

As horas para prestar cuidados directos obtêm-se através de um instrumento de classificação – o quadro de classificação de doentes, no qual estão incluídas as actividades de cuidados mais representativas do trabalho da enfermagem. Conforme o manual acima mencionado, foram seleccionadas as seguintes actividades:

- Higiene e conforto;
- Alimentação;
- Movimentação;
- Eliminação;
- Terapêutica;
- Tratamentos;
- Avaliação de sinais vitais/outras avaliações;
- Actividades especiais;
- Avaliação e planeamento de cuidados.

Esta selecção obedeceu os seguintes critérios:

- Actividades requeridas por um maior número de doentes e que por serem actividades da vida diária são comuns a todos;

---

<sup>5</sup>Ministério da saúde – IGIF. (1994).

- Actividades que decorrem da terapêutica instituída;
- Actividades que têm um grande impacto na carga de trabalho.

### 3.2 – REVISÃO DOS ESTUDOS PUBLICADOS SOBRE O SCD/E

O sistema de classificação de doentes em enfermagem, tem sido objecto de investigação de muitos autores, particularmente enfermeiros. Os estudos publicados sobre a temática, realçam a importância deste objecto como instrumento de apoio na gestão de RH e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. De uma forma geral, as investigações concluem que há falta de enfermeiros nas unidades de internamento, mas a informação obtida através deste sistema permite uma distribuição mais racional dos recursos disponíveis em pessoal de enfermagem, e permite a obtenção de índices que podem ser utilizados na elaboração futura de quadros de pessoal mais adequados. Porém, como refere Candeias (2003), que a nível nacional, não se tem conhecimento de qualquer iniciativa de trabalho de investigação desenvolvido no sentido de verificar associações entre parâmetros do SCD/E e os resultados observados em doentes, também carece-se ainda de estudos que averiguassem a relação entre a informação obtida através do SCD/E e o número de enfermeiros colocados nas unidades para prestar os cuidados aos doentes internados. Investigações desenvolvidas nestas perspectivas permitiriam averiguar os contributos do SCD/E, quer na gestão dos enfermeiros, quer na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes nos hospitais da rede do SNS. Os estudos também não fazem referência à existência ou não de teorias de causa-efeito entre os parâmetros do SCD/E e o número de enfermeiros dotados nas unidades, a não ser as fórmulas para o cálculo de dotação do pessoal de enfermagem descritas anteriormente. Dos trabalhos publicados mencionam-se os seguintes:

Candeias (2003), na sua dissertação para a obtenção do grau de Mestre em saúde pública, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, com o tema “ a relação entre as horas de cuidados de enfermagem necessárias e prestadas e os resultados observados em doentes internados em meio hospitalar”, desenvolveu um estudo de caso, no qual analisou a existência de correlação entre a gestão do trabalho de enfermagem e alguns resultados observa-

dos em doentes internados em meio hospitalar. Neste estudo, apresenta-se o SCD/E como instrumento de gestão e planeamento dos RH, através do qual é possível a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, a definição de orçamentos dos serviços, a comparação das horas de trabalho de enfermagem e análise da efectividade da prestação face às necessidades identificadas entre diferentes serviços. Utilizou uma amostra de 5137 doentes internados nos Serviços de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia do Hospital Distrital de Abrantes. Obteve resultados que sugerem a existência de correlação entre as variáveis de gestão do trabalho de enfermagem e os resultados observados em doentes. Das conclusões deste estudo, destacam-se as seguintes: Os piores resultados observados em doentes estão correlacionados com os maiores níveis de dependência dos doentes face aos cuidados de enfermagem; maiores disparidades entre as necessidades de cuidados e a prestação efectiva; ineficiente gestão do trabalho de enfermagem; maiores carências de enfermeiros nos serviços. Ainda nas conclusões desta investigação, a autora refere que uma gestão do trabalho de enfermagem fundamentada nas necessidades de cuidados, através de ferramentas como o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, poderá resultar numa prestação de cuidados mais coerente, eficiente e com menores resultados adversos observados em doentes. “A gestão do trabalho de enfermagem (...) é um processo multifactorial, pelo que a adequação dos recursos de enfermagem aos serviços deve espelhar todo um processo legítimo, coerente e fundamentado sem que se opte por empirismos ou generalizações” (Candeias, 2003: 107).

Needleman *et al* (2002), utilizando a análise de regressão, examinou a relação entre as horas de cuidados de enfermagem prestadas e os resultados observados em doentes do foro médico e cirúrgico. Neste estudo, utilizou dados administrativos de 1997, com uma amostra de 799 hospitais de 11 estados americanos. Os resultados deste trabalho sugerem que os elevados níveis de provisão de pessoal de enfermagem (estimados em horas de cuidados de enfermagem prestadas por dia de internamento) estão associados a menos dias de internamento e a menores taxas de mortalidade por complicações severas entre doentes com pneumonia, sepsis, choque, paragem cardiorespiratória, trombose venosa profunda, hemorragias gastrointestinais.

ANA – *American Nurses Association* (2000), usando a regressão múltipla, analisou a relação entre o pessoal de enfermagem e os resultados observados em doentes, referentes ao tempo de internamento, taxas de incidência de pneumonia, infecções pós-operatórias, úlceras de pressão e infecção urinária. Utilizou dados da *Medicare* e *all-Payor* e *Health care Financing Administration*, com uma amostra de 1500 hospitais de 9 estados americanos. Os resultados deste estudo, sugerem que o menor tempo médio de internamento dos doentes está associado a um elevado número de enfermeiros (reflectido pelo elevado número de horas de cuidados prestados); as taxas de incidência de pneumonia, infecções pós-operatórias, úlceras de pressão e infecções urinárias são significativamente mais baixas nos hospitais com elevado número de enfermeiros e competentes.

Veiga *et al* (1987), abordam o desenvolvimento do projecto-piloto para a implementação do SCD/E em Portugal. Publica a construção do instrumento, que permite medir as horas de cuidados de enfermagem necessárias para cada doente internado em unidades de medicina e cirurgia; o desenvolvimento nos hospitais-piloto, de algumas aplicações de gestão baseadas na nova informação colhida através deste instrumento. Nas suas conclusões salientam que os resultados referentes aos primeiros 6 meses indicam, de uma forma geral, falta de enfermeiros nas unidades de internamento e a informação obtida através do sistema permite a adequação diária do pessoal de enfermagem em função das variações previsíveis para cada período de 24 horas, de modo que a distribuição do pessoal disponível seja feita em função das necessidades efectivas de cuidados, evitando-se subutilizações ou sobreutilizações dos RH por um lado, e propiciam a obtenção de índices que podem ser utilizados para a elaboração futura de quadros de pessoal mais adequado, por outro.

Veiga e Abrantes (1996), estudaram em 9 hospitais do SNS que dispõem de um sistema de classificação de doentes em grupos de diagnósticos homogéneos (GDH), onde os enfermeiros implementavam o SCD/E, nos Serviços de Medicina, Cirurgia, Obstetrícia, Pediatria e Ortopedia. De acordo com as autoras, o sistema de classificação de doentes em GDH é um sistema informatizado, que permitiu a construção de uma base de dados nacional localizada no IGF. Em função dos seus objectivos, são recolhidos os dados relativos a doentes internados em hospitais agudos, nomeadamente, as variáveis necessárias à atribuição de um

GDH, como sendo o diagnóstico médico, procedimentos, idade, sexo e destino após a alta. A codificação dos diagnósticos e dos procedimentos é feita por médicos. Cada um dos sistemas, SCD/E e GDH assenta em diferentes pressupostos e objectivos, o que implica dados de naturezas diferentes. Contudo, entre os dois sistemas de classificação de doentes que permitem a constituição de bases de dados de conteúdos diferentes, há um elemento comum, que é o processo clínico, que permite relacionar dados de cada uma das bases, de forma a obter informação que permite questionar se o maior ou menor consumo de cuidados de enfermagem é em função da patologia, da idade, do sexo, de ter havido ou não procedimentos. Igualmente permite questionar em que momentos do período de internamento são mais pesadas essas necessidades, qual a tendência ao longo do período de internamento e quais as actividades e níveis de dependência mais consumidoras de tempo. Neste estudo, as autoras utilizaram uma tipificação de doentes já feita pelo GDH, tendo sido escolhido o GDH14 – Doenças cérebro vasculares, onde se utiliza o SCD/E, cruzando a informação constante na base de dados dos GDHs existente no IGF com os dados arquivados no processo clínico resultantes do QCD, analisando variáveis como HCN/DI, idade, sexo, diagnóstico principal, procedimentos e a pontuação de níveis de dependência nas actividades de enfermagem. Nas suas conclusões, mencionam que o SCD/E permite reunir dados cuja exploração merece ser continuada com vista a ser um instrumento de apoio à decisão nos hospitais na gestão dos recursos em enfermagem.

Anes (2000), analisou 20 hospitais por valências, as variáveis relativas ao SCD/E, nomeadamente, horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI); horas de cuidados prestados por dia de internamento (HCP/DI); percentagem de utilização dos enfermeiros (%UTIL) e equivalente a tempo completo dos enfermeiros (ETC). Neste estudo, a autora teve como objectivo principal analisar os resultados de aplicação do sistema de classificação de doentes por níveis de dependência, tendo utilizado dados dos relatórios anuais do IGIF, referentes aos anos de 1994, 1995 e 1996. Na sua análise de dados verificou desajustamentos, em todas as valências, entre as horas de cuidados necessárias e as horas de cuidados prestados; taxas de utilização superiores a 100%, o que traduz falta de recursos de enfermagem; equivalentes a tempo completo dos enfermeiros que mostravam défices de pessoal, ou seja, nenhuma das unidades tinha, no período em estudo, o número de enfermei-

ros necessários para satisfazer as necessidades dos doentes. Nas suas conclusões refere falta de enfermeiros nas unidades de internamento, mas a informação obtida através do SCD/E permite, em função das variações previsíveis para cada período de 24 horas, que a distribuição de recursos disponíveis em pessoal de enfermagem seja feita de acordo as necessidades, minimizando-se a subutilização ou sobreutilização dos mesmos, por um lado, e por outro, propiciam a obtenção de índices que podem ser utilizados na elaboração futura de quadros de pessoal mais adequados.

Frederico e Leitão (1999), fazem uma abordagem sobre o SCD/E, caracterizando-o e realçando os seus objectivos. Um aspecto importante enfatizado neste trabalho, refere-se ao sistema de informação, que a par do SCD/E, é importante a existência de sistemas de informação, que englobem, não só as tecnologias de informação, como também quaisquer outros elementos da organização, que contribuem para manter actualizada e disponível a informação sobre a organização e o meio ambiente, necessária ao seu funcionamento e gestão. As autoras salientam que o sistema de informação é vital para o funcionamento da organização e é parte integrante do processo administrativo, participando em todas as fases do planeamento, da organização, do controlo, da avaliação, sendo essencial no desenvolvimento das funções administrativas. Em enfermagem, o sistema de informação viabiliza o processo de comunicação entre a equipa de enfermagem, entre a equipa de saúde e o doente, fornecendo toda a informação necessária para a prestação de cuidados. Como é evidente, uma das responsabilidades do enfermeiro consiste em proporcionar a continuidade de cuidados, não apenas dispondo a programação horária de modo que as pessoas que estão de serviço prestem os cuidados, mas também informar todas as ocorrências sobre o doente aos membros da equipa, bem como o que deve ser feito, utilizando o processo de enfermagem. Este deve conter os registos que permitem descrever as acções de enfermagem por forma a possibilitar a continuação dos cuidados. É a partir desses registos que o enfermeiro produz a informação através da qual classifica o doente.

### 3.3 – INDICADORES DE GESTÃO RELATIVOS AO SCD/E

A questão desta investigação não sugere recurso a teorias, mas contém indicadores de gestão definidos de acordo com o tipo de SCD/E desenhado pelo IGIF. Para uma melhor descrição dos mesmos, apresentamos a seguir o circuito da informação do SCD/E e o procedimento para a classificação de doentes, de modo que se vai explicando os indicadores utilizados no processo de gestão do pessoal baseado nas necessidades do doente, para que, posteriormente, com base nestes formularmos as hipóteses do trabalho.

#### 3.3.1 – CIRCUITO DE INFORMAÇÃO DO SCD/E

Conforme o manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação, a implantação do SCD/E deve obedecer aos seguintes requisitos<sup>6</sup>:

- Aplicação sistemática de todas as etapas do processo de cuidados de enfermagem;
- Organização dos cuidados de enfermagem baseada no método individual ou de responsável;
- Registos com tradução da prática/actividades de enfermagem numa dimensão prospectiva e retrospectiva.
- Existência de manuais organizados sobre técnicas, normas e procedimentos de enfermagem, protocolos e normativos legais;
- Registos afectos ao SCD/E, datados e rubricados;
- Modelos que servem de base aos registos afectos ao SCD/E, com referência à data de elaboração e nível de revisão, para garantir uma utilização actualizada;
- Instrumentos de trabalho relativos ao preenchimento dos suportes de informação em cada hospital de forma a garantir a utilização uniforme pelos utilizadores;
- Lista de decodificação de siglas em cada hospital, de forma a garantir a sua normalização e a sua fácil interpretação;

---

<sup>6</sup> Ministério da Saúde – IGIF. (2003).

- Existência de uma lista de rubricas dos enfermeiros que permita a sua identificação.

Frederico e Leitão (1999) consideram que o SCD/E exige um circuito de informação que inicia desde o enfermeiro que presta cuidados e classifica o doente até a Direcção da Enfermagem, necessitando para isso, de suportes de informação.

De acordo com o manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação<sup>7</sup>, os suportes de informação do SCD/E têm uma concepção gráfica adequada à recolha de dados necessários, e a sua utilização obedece a uma sequência cronológica, com o objetivo de produzir indicadores de gestão do pessoal de enfermagem. São mencionados os seguintes suportes:

- Quadro de classificação de doentes (QCD), preenchido pelo enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente. Estão em vigor os quadros de classificação de doentes para cirurgia/medicina, lesões vertebro-medulares, reabilitação geral de adultos, ortopedia, pediatria, obstetrícia e oncologia;
- Resumo diário de classificação de doentes, realizado pelo Enfermeiro-chefe ou seu substituto;
- Relatório diário de horas de cuidados de enfermagem – elaborado pelo Enfermeiro-chefe ou seu substituto, após o resumo diário de classificação de doentes e remetido ao Enfermeiro Supervisor ou ao Enfermeiro Director;
- Relatório diário de utilização de pessoal de enfermagem por unidade de internamento – elaborado ao nível da Direcção da Enfermagem;
- Relatório mensal de utilização de pessoal de enfermagem – elaborado ao nível da Direcção da Enfermagem e remetido aos Enfermeiros Supervisores, Enfermeiros-chefes dos serviços, auditores internos, e ao Serviço de Estatística para confrontação com os relatórios da produtividade. É enviado depois ao IGF para elaboração dos relatórios trimestrais.

---

<sup>7</sup> Idem

### 3.3.2 – PROCEDIMENTOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES

Conforme IGIF (2000), o procedimento de classificação de doentes inicia-se com o enfermeiro responsável pela prestação dos cuidados aos doentes internados, onde através da avaliação diária das necessidades do doente, planeia as intervenções que assinala no QCD de forma prospectiva. Este quadro permite determinar as horas de cuidados necessárias por doente, que relacionadas com o número de doentes internados naquele dia, permite obter o indicador de gestão – *horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI)*. As horas de cuidados requeridas pelos doentes, são comparadas com as horas de cuidados disponíveis, constantes do horário de trabalho. Retrospectivamente é verificada a utilização diária efectiva do pessoal de enfermagem. As horas de cuidados prestados são relacionadas com o número de doentes internados, o que permite obter outro indicador de gestão – *horas de cuidados prestados por dia de internamento (HCP/DI)*. A relação entre estes dois valores, ou seja,  $HCN / HCP \times 100$ , permite determinar um indicador – *Taxa de utilização de enfermeiros (% UTIL)*, que quando correcta corresponde a 100% e verificar-se com facilidade a sobre ou subutilização de pessoal de enfermagem, conforme se situa acima ou abaixo de 100% respectivamente. A variação (HCP-HCN), é convertida num indicador – *Equivalente a tempo completo (ETC)*, através da divisão desta pelo número de horas correspondente a um enfermeiro num mês. Este indicador, quando correcto corresponde a zero, podendo verificar-se excesso ou défice de enfermeiros, conforme se situa acima ou abaixo do zero, respectivamente. Toda essa informação segue para o IGIF, que por sua vez elabora os relatórios trimestrais e anuais, dando a conhecer os dados globais da produtividade de enfermagem e auditorias no âmbito do SCD/E.

Inerente à implementação do SCD/E, decorre o processo de auditoria para garantir a fiabilidade dos dados produzidos e verificar o cumprimento das normas de classificação de doentes. Assim realizam-se auditorias internas, através de auditores internos designados pelo Enfermeiro Director de cada hospital, mediante um perfil pré-definido e produzem mensalmente um relatório. Paralelamente a este processo, foi criada a auditoria externa que tem como finalidade implementar um sistema de controlo de modo a assegurar a confiança na

informação, através da verificação anual de uma amostra de auditorias internas e de verificação dos pressupostos em que o SCD/E assenta e que contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Os auditores externos são recrutados e formados pelo IGIF e elaboram um relatório anual sobre os hospitais auditados.

Em suma, o SCD/E comporta quatro indicadores de gestão que fornecem a informação através da qual os enfermeiros são geridos nas unidades de cuidados ao doente internado:

1. *Horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI);*
2. *Horas de cuidados prestados por dia de internamento (HCP/DI);*
3. *Taxa de utilização de enfermeiros (% UTIL);*
4. *Equivalente a tempo completo dos enfermeiros (ETC).*

## PARTE II

### CONTRIBUTOS DO SCD/E NOS HOSPITAIS DA REDE DO SNS: UM ESTUDO DE CASO NOS HUC

---

Visto que o estudo de caso ajudará a conhecer uma determinada população, deve-se ter cuidado na definição do caso a ser estudado, de modo a que este seja representativo da população, e não constitua uma excepção (Barañano, 2004). Os Hospitais da Universidade de Coimbra foram seleccionados de entre os 39 hospitais que implementaram o SCD/E até 31 de Dezembro de 2004, como um caso representativo desta população por ser o indivíduo com maior número de unidades que aplicaram o modelo até a data.

---

## CAPÍTULO 4

### DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE ESTUDO

Neste capítulo, apresentámos a caracterização da unidade de estudo, dando conta da sua localização, dimensão e estrutura orgânico-funcional da enfermagem, seguindo-se depois a formulação das hipóteses que serão testadas na parte empírica do trabalho, tendo em conta a problemática apresentada no início desta investigação.

#### 4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ESTUDO

##### 4.1.1 – LOCALIZAÇÃO

A cidade de Coimbra fica na zona centro de Portugal, servida pelo aeroporto internacional de Lisboa e pelo aeroporto internacional Sá Carneiro do Porto. É ligada à Lisboa e ao Porto pela auto-estrada A1, e de comboio, pela linha do norte. O acesso ao hospital pode ser feito por uma circular externa que passa próximo do hospital ou em alternativa, pelo centro da cidade<sup>8</sup>.

##### 4.1.2 – DIMENSÃO

Os Hospitais da Universidade de Coimbra<sup>9</sup> possuem uma unidade central com 1208 camas, e para além desta unidade, contam ainda com a Clínica Obstétrica Dr. Daniel Matos, o Bloco de Celas e o edifício da antiga maternidade. O edifício central compreende vários corpos, onde estão instaladas diversas unidades. As 1208 camas da unidade central dividem-se por unidades de internamento de 33 camas, comportando cada uma delas, enfermarias de 6, 3 e 1 camas. Encontra-se instalado, num edifício independente mas ligado ao complexo

---

<sup>8</sup> [www.huc.min-saude.pt](http://www.huc.min-saude.pt). Consulta efectuado em 25/07/05

<sup>9</sup> *idem*

central do hospital, um centro de cirurgia cardiotorácica que compreende uma área de aproximadamente 7000 m<sup>2</sup>, distribuída por 3 pisos. A Clínica Obstétrica Dr. Daniel Matos está localizada em edifício próprio, com uma lotação de 110 camas e compreende um Serviço de Urgências autónomo, Consultas Externas, Serviço de Neonatologia, Bloco de Partos e Bloco Operatório. O Bloco de Celas é formado por 9 edifícios onde estão instalados os Serviços de Ortopneumatologia, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial, e Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Estão instalados também nestes edifícios algumas salas de operações, postos de imagiologia e consultas externas.

Em relação ao SCD/E, apresentamos a seguir alguns dados que permitem caracterizar a unidade face às observações relativas a este objecto:

Nº serviços de internamento.....	53
Nº serviços utilizadores do SCD/E .....	32
Média de camas/serviço de internamento .....	28,43
Média de doentes internados/serviço de internamento .....	1040
Nº total Enf. prestadores de cuidados .....	1378

Fonte: Dados fornecidos pela Direcção da Enfermagem dos HUC, em Julho de 2005

#### 4.1.3 – ESTRUTURA ORGÂNICO-FUNCIONAL DA ENFERMAGEM

Como foi referido anteriormente o planeamento estratégico começa com a definição da missão. Nos HUC afirma-se como missão do Serviço de Enfermagem<sup>10</sup>: *“Assegurar cuidados e serviços de enfermagem e acção médica, de forma personalizada, global, sistemática, contínua, com garantia de qualidade aos clientes da área de abrangência dos HUC, privilegiando os que fazem parte da unidade funcional de Coimbra Norte e a todos os que recorram aos Serviços de Urgência ou outros, sob protocolização, cuidando na dependência, promovendo a saúde e a integração social, indo ao encontro da satisfação das neces-*

---

<sup>10</sup> [www.huc.min-saude.pt](http://www.huc.min-saude.pt), pesquisa feita em 25/07/05

*sidades, expectativas e quereres dos vários actores*". A visão dos Serviços de Enfermagem definida no final de 1997, considera como meta<sup>11</sup>: *"Atingir um nível de excelência de qualidade de cuidados e serviços de enfermagem, de acordo com a política nacional de saúde, e a cultura institucional, pela resposta eficaz, eficiente e efectiva às necessidades e expectativas dos clientes externos e internos do Serviço de Enfermagem"*. Com efeito, os Serviços de Enfermagem assumem um papel importante na política global dos HUC, na resposta aos clientes que procuram cuidados e serviços de enfermagem, a nível assistencial, de ensino e investigação. Deste modo, a estrutura orgânico-funcional baseia-se num modelo conceptual de competências, onde o cliente é o fundamento principal do desempenho individual e colectivo<sup>12</sup>.

O SE<sup>13</sup> apresenta uma estrutura em rede, sendo o enfermeiro director coadjuvado funcionalmente por três enfermeiros, responsáveis por áreas específicas de programação. A estrutura orgânico-funcional completa-se em 6 áreas de supervisão e 71 unidades de chefia, numa acção integrada promotora de melhores cuidados e serviços, assegurando intervenções especializadas e efectivas concordantes com as necessidades dos clientes e com o padrão de qualidade definido. O conjunto de Enfermeiros Adjuntos, Supervisores e Enfermeiros chefes, constituem a comissão de enfermagem, órgão de apoio ao Enfermeiro Director, a que este preside. O Enfermeiro Director é membro do Conselho de Administração do hospital, sendo este constituído por Presidente, Administrador-delegado, Director Clínico e Director de Enfermagem. O quadro de enfermagem compreende 1447 enfermeiros e sob a dependência funcional dos SE encontra-se um grupo de 810 auxiliares de acção médica.

---

<sup>11</sup> [www.huc.min-saude.pt](http://www.huc.min-saude.pt), pesquisa feita em 25/07/05

<sup>12</sup> *idem*

<sup>13</sup> *ibidem*

## 4.2 – HIPÓTESES A TESTAR

Tendo em conta a problemática colocada no início do estudo, formulámos uma hipótese geral do trabalho, a qual foi desdobrada, para sua melhor operacionalização, em quatro hipóteses operacionais relacionadas com os indicadores do modelo em análise.

**Hipótese geral** – Existe uma relação linear significativa entre a informação do SCD/E e o número de enfermeiros distribuídos nos diferentes serviços de internamento dos HUC, sendo a variação deste número explicada pela variação da mesma informação.

### **Hipóteses operacionais:**

- *Hipótese operacional 1* – O indicador “horas de cuidados necessárias/dia de internamento” está significativamente correlacionado com o número de enfermeiros disponíveis nas unidades e é estatisticamente significativo na explicação da variação do mesmo.

Se este comportamento for confirmado, poderá ser demonstrado que apesar de haver falta de enfermeiros nas unidades, como referem os estudos anteriormente mencionados, a distribuição desses recursos é feita de forma equilibrada, em função das necessidades dos doentes medidas por este indicador, em que a sua variação explica a variação do número de enfermeiros colocados nos serviços de internamento. Para além disso, poderá ser apurado o contributo do mesmo indicador no processo de gestão dos enfermeiros nesta unidade hospitalar.

- *Hipótese operacional 2* – O indicador “horas de cuidados prestados/dia de internamento” está significativamente correlacionado com o número de enfermeiros disponíveis nas unidades e é estatisticamente significativo na explicação da variação do mesmo.

Se esta relação for constatada, poderá igualmente ser averiguado o contributo deste indicador para a distribuição equilibrada do pessoal de enfermagem, na medida em que a sua variação explica a variação do número de enfermeiros dotados nos serviços de internamento destes hospitais.

- *Hipótese operacional 3* – O indicador “percentagem de utilização dos enfermeiros” está significativamente correlacionado com o número de enfermeiros disponíveis nas unidades e é estatisticamente significativo na explicação da variação do mesmo.

Conforme descrito anteriormente, uma percentagem de utilização de enfermeiros correcta deve ser de 100%. Os estudos atrás mencionados, referem percentagens de utilização superiores a 100%, o que implica falta de pessoal de enfermagem. Porém, a confirmação da hipótese acima enunciada, poderá demonstrar que a apesar desta falta, a distribuição dos enfermeiros disponíveis é equilibrada, sendo o indicador em análise significativo na explicação da variação do número de enfermeiros colocados nas unidades. Deste modo poderá ser apurado o seu contributo no processo de gestão do pessoal de enfermagem nesta unidade hospitalar.

- *Hipótese operacional 4* – O indicador “equivalente a tempo completo dos enfermeiros” está significativamente correlacionado com o número de enfermeiros disponíveis nas unidades e é estatisticamente significativo na explicação da variação do mesmo.

A confirmação desta hipótese poderá igualmente mostrar o contributo deste indicador para uma colocação equilibrada dos recursos disponíveis em pessoal de enfermagem, apesar de haver défices de enfermeiros, como referem os estudos atrás mencionados, na medida em que a variação deste indicador explica a variação do número de enfermeiros disponíveis nas unidades.

## CAPÍTULO 5

### METODOLOGIA

Este capítulo descreve os métodos utilizados para colher e tratar os dados por meio dos quais foram testadas as hipóteses enunciadas no capítulo anterior. Assim, desenvolvemos uma descrição metodológica de modo a fundamentar as opções feitas para abordar o problema deste estudo; métodos de amostragem; métodos de colheita de dados; e por último descrevemos o modelo de análise, dando conta da identificação e designação das variáveis.

#### 5.1 – DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

A problemática desta investigação pressupõe que sejam respondidas questões, do tipo “*existem relações? “como os fenómenos se relacionam?”*”. A intenção destas questões é identificar relações entre fenómenos em meio natural, cujo problema se estabelece num único período de tempo. Na busca de respostas sobre essas interrogações, foram considerados alguns pressupostos:

- As “teorias são provisórias e convenientes para explicar e entender uma certa gama de factos (Hill & Hill, 2005:27);
- “A economia (e a gestão) devem ser vistas como essencialmente explicativas, dado que o mundo económico é essencialmente aberto, reduzindo-se a capacidade de previsão prevalecente nos sistemas fechados”(Lawson, referenciado por Landeiro de Vaz, 1998:130). Com efeito, os resultados não serão definitivos ou imutáveis, antes pelo contrário, estarão abertos à renovação e à evolução;

- “A gestão não procura a verdade geral e universal, no sentido positivista, mas realiza-se na finalidade de criar valor” (Landeiro de Vaz, 2003);
- O conhecimento científico define-se como factual, sistémico, verificável, fiável e contingente<sup>14</sup>.

Os pressupostos acima enumerados, apontam para um quadro metodológico que se caracteriza da seguinte forma:

1. **Paradigma em que se insere o estudo:** *Pós-positivista* – actualmente, não se reconhece a gestão no quadro da racionalidade perfeita, como na lógica positivista reducionista que dominou a generalidade das ciências até meados do século XX. Na epistemologia pós-positivista a gestão é encarada como interciências, de saberes integradores, sintetizados em campos de prática, no uso dos quais o gestor modifica a realidade objecto, criando valor e riqueza (Landeiro de Vaz, 2003).
2. **Tipo de estudo:** *Estudo de caso descritivo-correlacional* – Baranãno (2004), considera que um estudo de caso é um método de investigação que se mostra adequado para responder a questões do domínio do “como” ou do “porquê”, podendo ser aplicado a questões do tipo “qual”. Quando busca respostas a interrogações do tipo «como», o estudo pode ser descritivo. Na perspectiva de Fortin & Cotê (1999), os enunciados de associações aplicam-se aos estudos de tipo correlacional e experimentam uma correlação entre as variáveis.
3. **Método de investigação:** *hipotético-dedutivo* – o investigador parte das teorias para prever a ocorrência dos fenómenos particulares<sup>15</sup>. Este método impõe que se sigam os seguintes passos (Landeiro de Vaz, 1998):

---

<sup>14</sup> Testos cedidos pelo Professor Jorge J. Landeiro de Vaz, no âmbito do seminário de investigação ministrado aos alunos do curso de mestrado em Gestão Pública e MBA na Universidade dos Açores. 2004.

<sup>15</sup> Idem.

- Observação-identificação da área de interesse da investigação;
- Revisão preliminar da literatura e informação;
- Definição do problema de investigação;
- Estrutura teórica, identificação e designação das variáveis;
- Formulação de Hipóteses;
- Desenho da investigação;
- Análise e interpretação da informação recolhida;
- Dedução-confirmação, ou não, das hipóteses. Resposta ao problema investigado.

4. **Horizonte temporal:** *Cross-sectional* – segundo Sekaran (2000), um estudo de horizonte temporal *cross-sectional* é aquele em que os dados sobre a questão de investigação são adquiridos num único período, de dias, semanas ou meses. Os dados para responder à questão desta investigação foram adquiridos num único período, o qual ocorreu de Abril a Julho de 2005.

## 5.2 – MÉTODOS DE AMOSTRAGEM

A escolha do método de amostragem dependeu dos dados disponíveis e dos objectivos da investigação. A população objecto de estudo na unidade de análise, é constituída por todos os serviços de internamento que aplicaram o SCD/E até 31 de Dezembro de 2004. Trata-se de uma população pequena, constituída por 32 elementos, na qual foi aplicado o *método de amostragem aleatória simples*, para a definição da amostra. Este método, cuja aplicabilidade cinge-se a populações de dimensões não muito grandes, cada elemento tem a mesma probabilidade de ser seleccionado (Pinto e Curto, 1999). Assim, foi utilizada uma amostra cujo número de elementos, corresponde à população, sendo todos os serviços de internamento dos HUC que aplicaram o modelo no período acima mencionado.

### 5.3 – MÉTODOS DE COLHEITA DE DADOS

O modelo em estudo, como foi descrito atrás, envolve indicadores de gestão, que fornecem dados utilizados pelos gestores para gerir o pessoal de enfermagem. Estes dados constituem informações dignas de confiança que o investigador, por si só, não pode colher. Deste modo, o recurso a dados secundários é o único método de colheita da informação para este estudo. Assim sendo, recorreremos a uma fonte nacional que detém os dados estatísticos necessários – o IGIF, e aos arquivos da Direcção da Enfermagem dos HUC. Após termos definido as fontes para a obtenção da informação, procedemos aos contactos e aos respectivos pedidos para o acesso a mesma, primeiro à coordenadora nacional do SCD/E, depois ao Conselho de Administração, designadamente, ao Enfermeiro-director da unidade em estudo. Os relatórios do IGIF, relativos ao 1º, 2º e 3º trimestres de 2004, foram adquiridos a partir da Direcção da Enfermagem do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, sendo o relatório do último trimestre do ano em causa enviada pelo IGIF, através da coordenadora nacional do SCD/E. Esses relatórios contêm a produtividade da enfermagem de todos os hospitais utilizadores do modelo, por serviço, e por mês, referente ao ano em estudo. Para tornar operacional essa informação, foram calculadas as médias anuais da referida produtividade. Os dados concernentes a outras variáveis, nomeadamente o número de enfermeiros disponíveis nos serviços, foram enviados pela Direcção da Enfermagem da unidade em estudo através da Enfermeira-supervisora, via *Internet*. A informação para a descrição da unidade de estudo foi obtida com recurso ao site da instituição.

#### 5.3.1 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA COLHEITA DE DADOS

Todos os dados colhidos para este trabalho destinam-se exclusivamente para fins académicos. Não se prevê quaisquer danos aos fornecedores, uma vez que não serão usados para outros efeitos. Por essa razão foram feitos contactos preliminares com as entidades acima mencionadas para os devidos esclarecimentos e pedidos de autorização para o acesso à documentação.

#### 5.4– MODELO DE ANÁLISE, IDENTIFICAÇÃO E DESIGNAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A intenção de averiguar os contributos do SCD/E na gestão dos enfermeiros, remeteu-nos numa pesquisa de relações funcionais entre a informação obtida através deste método e o número de enfermeiros distribuídos nas unidades. Como tal, a variável a explicar neste trabalho é o número de enfermeiros disponíveis nas unidades para prestar os cuidados de enfermagem.

Evocando o modelo de planeamento estratégico de RH baseado na procura estimada do produto ou serviço no qual, como foi exposto anteriormente, as necessidades em RH, medidas pelo número de funcionários, são uma variável dependente da procura estimada do produto (quando indústria) ou do serviço (quando organização não-industrial) e a relação entre essas duas variáveis influenciada por variações em diversos factores, quando adaptado à realidade deste estudo, verifica-se que as necessidades correspondem ao número de enfermeiros disponíveis nas unidades de internamento (NEDU) para prestar os cuidados e a procura estimada do produto/serviço corresponde a horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI). A relação entre essas duas variáveis pode ser influenciada por variações em determinados factores do SCD/E, anteriormente descritos, nomeadamente horas de cuidados prestados por dia de internamento (HCP/DI); percentagem de utilização dos enfermeiros (%UTIL) e equivalente a tempo completo dos enfermeiros (ETC).

De acordo com Pinto e Curto (1999), quando na relação estão envolvidos fenómenos de natureza quantitativa, a análise de correlação e a análise de regressão são dois instrumentos estatísticos adequados para estudar e medir essa relação. A análise de regressão, sendo o instrumento mais completo, permite ainda determinar formalmente essa relação.

Segundo Pestana e Gageiro (2003), a regressão é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalo ou rácio (variáveis independentes ou X's). Entre essas variáveis não se assume uma relação causal. O modelo designa-se por regressão

linear simples quando existe apenas uma variável independente, caso contrário designa-se por regressão linear múltipla. Esta última refere-se a uma técnica estatística, descritiva e inferencial, que permite a análise da relação entre uma variável dependente (Y) e um conjunto de variáveis independentes (X's).

Dado que a distribuição dos enfermeiros nas unidades tem tendência para uma relação linear com a informação do SCD/E, envolvendo vários factores explicativos, como foi referido atrás, o modelo de regressão linear múltipla (MRLM) mostra-se como a forma matemática mais adequada para descrever a relação entre essas variáveis.

#### 5.4.1 – BREVE DESCRIÇÃO DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

Pinto e Curto, (1999), consideram que o desenvolvimento de modelos nas áreas da economia e da gestão, tem por objectivo estabelecer a relação entre variáveis de natureza económica. Os modelos mais simples e frequentemente mais utilizados são constituídos por uma única equação onde se relaciona uma variável dependente com um ou mais factores explicativos.

Para Hill & Hill (2005), o objectivo principal do MRLM é prever valores de uma variável dependente a partir de uma combinação ponderada de duas ou mais variáveis independentes. A técnica permite o cálculo de um coeficiente de correlação múltipla entre a variável dependente e o conjunto de variáveis independentes.

De acordo com Pestana e Gageiro (2003), na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever Y. Quando Y varia com X e não existem alterações durante o período de previsão que afectem o modelo, então quanto maior for a correlação entre X e Y melhor é a previsão. Hill & Hill (2005), salientam ainda que a natureza da relação entre dois valores é observada através do coeficiente de correlação de Pearson, cujo valor deve estar dentro do intervalo [-1, + 1], indicando uma relação positiva

ou negativa, com um nível de significância, por nós considerado ( $\alpha = 0,05$ ), isto é, a probabilidade da nossa conclusão estar errada, menor que 0,05.

A qualidade do ajustamento do modelo é observada pelo coeficiente de correlação de Pearson (R) e pelo coeficiente de determinação ( $R^2$ ). Quanto mais próximo de -1 ou de 1 estiver o R, ou de 1 o  $R^2$ , melhor é a qualidade do ajustamento do modelo na amostra. O  $R^2$  tende ser influenciado pela dimensão da amostra e pela dispersão existente nos dados, sendo uma medida optimista da qualidade do ajustamento feito. Como alternativa, usa-se o  $R^2$  ajustado (Pestana e Gageiro, 2003). A significância global do modelo é analisada através do teste F, para aferir se a relação entre a variável dependente e o conjunto de variáveis explicativas é estatisticamente significativa. O teste t analisa a significância da relação entre a variável dependente e cada uma das variáveis explicativas consideradas individualmente (Pinto e Curto, 1999). A regressão múltipla pressupõe que existe linearidade entre as variáveis e que o «erro» (diferença entre os valores da variável dependente e os valores preditos desta variável) tenha uma distribuição normal e apresenta homogeneidade de variância (Hill & Hill, 2005). Para a estimação dos parâmetros do modelo utiliza-se o método dos mínimos quadrados. A melhor recta obtida através deste método é aquela que minimiza a soma dos quadrado dos resíduos. No que respeita ao tamanho da amostra a utilizar, os autores acima mencionados consideram que o tamanho mínimo nunca deve ser inferior a 30 observações. se o número de variáveis independentes for K, o tamanho mínimo (N) da amostra deve ser  $N=5K$ .

#### 5.4.2 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

##### *Variável Dependente*

A variável dependente é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente, sendo o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (Fortin, Côté e Vissandjeé, 1999). Neste estudo, a variável *número de enfermeiros disponíveis nas unidades de internamento (NEDU)*, é a que sofre este efeito, permi-

tindo observar a influência da informação do SCD/E sobre a distribuição dos enfermeiros nos serviços de internamento onde este método é aplicado.

Como foi exposto atrás, a dotação do pessoal de enfermagem refere-se a uma actividade que visa estabelecer de forma quantitativa e qualitativa as necessidades em pessoal de enfermagem para prestar cuidados a um determinado grupo de doentes (Frederico e Leitão, 1999). Com base neste pressuposto, a variável NEDU pode ser operacionalmente medido pelo número de enfermeiros dispostos para prestar os cuidados de enfermagem a um grupo de doentes nas 24 horas em unidades, 1 unidade = 1 enfermeiro, tendo ainda em conta que no cálculo da dotação do pessoal de enfermagem, uma unidade equivale a 1 enfermeiro.

#### *Variáveis Independentes*

Para explicar a variabilidade do número de enfermeiros disponíveis nas unidades para prestar os cuidados de enfermagem, foram considerados quatro factores explicativos, inerentes ao SCD/E:

1. *Horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI)* – conforme estudos mencionados atrás, esta variável demonstrou desajustamentos entre as necessidades dos doentes e as horas disponíveis para prestar os cuidados. Neste trabalho pretende-se investigar relações entre esta variável e a variável dependente, bem como averiguar como esta última se comporta perante a variabilidade do parâmetro em análise, ou seja, se a variação de HCN/DI explica ou não a variação do NEDU. Este parâmetro é um indicador de gestão definido pelo IGIF (conforme descrito atrás) e encontra-se quantificado nos seus relatórios sobre os resultados de aplicação do SCD/E. Operacionalmente será medido em unidades, 1 unidade = 1 hora, tendo em conta que os pressupostos da dotação do pessoal de enfermagem nas unidades consideram 1 hora como unidade de medida.

2. *Hora de cuidados prestados por dia de internamento (HCP/DI)* – este parâmetro, igualmente usado em vários trabalhos, também demonstrou desajustamentos entre as necessidades dos doentes e as horas de enfermagem disponíveis para prestar os cuidados. Este estudo procura identificar a existência ou não de relações, bem como o comportamento destas, entre o parâmetro em estudo e a variável dependente. Este factor, também definido como indicador de gestão e quantificado nos relatórios do IGIF, será medido em unidades, 1 unidade = 1 hora.
  
3. *Percentagem de utilização dos enfermeiros (%UTIL)* – como foi exposto anteriormente, estudos demonstraram percentagens de utilização dos enfermeiros superiores a 100%, o que significa falta desses recursos nas unidades. Neste trabalho pretende-se analisar relações entre este factor e o NEDU, averiguando como a variação deste último é influenciada com a variação do parâmetro em questão. A %UTIL é também um indicador de gestão definido pelo IGIF e quantificado nos seus relatórios afectos ao SCD/E. Será medido igualmente em unidades, 1 unidade = 1%, atendendo os propósitos deste indicador, descritos anteriormente.
  
4. *Equivalente a tempo completo dos enfermeiros (ETC)* – os estudos referidos anteriormente, demonstraram através da análise deste parâmetro, falta de enfermeiros nas unidades de cuidados. Neste trabalho, procura-se verificar a existência de relações entre este factor e a variável dependente, examinando como esta última se comporta perante a variação do parâmetro em estudo. Trata-se de um indicador de gestão igualmente definido pelo IGIF e quantificado nos seus relatórios referentes ao SCD/E. Será medido em unidades, 1 unidade = 1ETC. Isto quer dizer que quando temos menos, ou mais um ETC, corresponde a défice ou excesso de um enfermeiro, respectivamente.

## CAPÍTULO 6

### TRATAMENTO DE DADOS

Neste capítulo apresentamos os dados colhidos e o tratamento estatístico que lhes foi aplicado. Assim, começamos por descrever a amostra de dados, seguindo-se depois da apresentação, análise e discussão dos resultados.

#### 6.1 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A amostra de dados que será tratada neste trabalho encontra-se no quadro abaixo, composta por 32 observações que dizem respeito à produtividade de enfermagem relativa aos indicadores do modelo e o respectivo número de enfermeiros disponíveis para prestar os cuidados por serviço, referentes ao ano de 2004.

Quadro 2 – Nº de enfermeiros disponíveis nas unidades e a respectiva produtividade da enfermagem no ano de 2004

Nº	SERVIÇO	NEDU	PRODUTIVIDADE DA ENFERMAGEM EM MÉDIA			
			HCN/DI	HCP/DI	% UTIL	ETC
1	CIR.OBT	22	4,96	4,75	104,67	-0,41
2	CIRV	17	4,43	3,13	142,46	-5,08
3	CIR2 H	17	4,51	3,51	129,45	-3,38
4	CIR2 M	25	5,68	4,89	116,96	-2,8
5	CIR3 M	27	5,24	4,74	111,22	-1,93
6	CMF	15	3,37	2,75	122,76	-2,30
7	CPR	10	4,64	3,29	141,85	-2,61
8	GE H	15	3,36	2,41	139,82	-4,32
9	HEMATO	21	4,08	2,47	165,41	-9,39

Quadro 2 (cont.)

Nº	SERVIÇO	NEDU	PRODUTIVIDADE DA ENFERMAGEM EM MÉDIA			
			HCN/DI	HCP/DI	% UTIL	ETC
10	INFEC	19	3,75	2,72	140,96	-4,98
11	MAT.FET	21	3,52	5,48	66,00	3,71
12	MED2	21	5,86	2,89	203,79	-14,49
13	MED3 H	17	4,25	2,45	173,88	-9,40
14	NEFRO	22	4,89	2,30	163,83	-9,87
15	NEUROC1	29	5,97	4,53	132,36	-6,65
16	NEURO1	26	5,20	3,3	157,99	-6,63
17	NEURO2	21	4,98	3,38	148,52	-5,35
18	NEUROC2	34	6,74	5,49	123,43	-5,78
19	OFTAL	16	3,57	3,27	112,40	-1,48
20	ORTO B-RC	15	4,92	4,38	114,94	-1,74
21	ORTO A-RC	18	5,24	2,82	189,76	-11,16
22	ORTO A1	17	5,32	2,49	216,59	-13,09
23	ORTO B1	23	4,94	3,37	147,33	-7,77
24	ORTO D	25	6,70	3,47	193,96	-15,80
25	PNEUM A	17	5,25	3,19	165,77	-7,86
26	PNEUM B	17	4,41	2,63	126,81	-5,39
27	PUERPÉRIO	17	4,12	3,72	111,02	-1,38
28	CARD M	15	3,43	2,54	135,67	-4,02
29	CIR 1 M	25	5,53	5,27	104,87	-0,85
30	GAST M	25	4,15	3,69	114,98	-1,5
31	NEURO 3	20	6,14	3,67	167,33	-9,56
32	URO M	19	4,77	3,95	120,65	-2,94

Fonte: Adaptado de dados fornecidos pela Direcção da Enfermagem dos HUC, em Julho de 2005 e relatórios do IGIF<sup>16</sup> sobre os resultados do SCD/E referentes ao ano de 2004.

<sup>16</sup> Ministério da Saúde. IGIF – SCD/E. Relatórios do 1º, 2º, 3º e 4º trimestres de 2004.

## 6.2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Vamos utilizar o MRLM para analisar a relação entre a informação do SCD/E e o número de enfermeiros disponíveis para prestar os cuidados de enfermagem nos serviços de internamento. Os dados observados numa amostra aleatória simples constam no quadro 2. A expressão geral do modelo é apresentada como se segue (Pestana e Gageiro, 2003):

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon_i \quad i = 1, 2, \dots, n \quad (1)$$

Adaptando o modelo à realidade, o número de enfermeiros disponíveis nas unidades será especificado do seguinte modo:

$$NEDU_i = \beta_0 + \beta_1 HCN/DI_i + \beta_2 HCP_i + \beta_3 \%UTIL_i + \beta_4 ETC_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

Onde:

NEDU → Número de enfermeiros disponíveis nas unidades;

HCN/DI → Horas de cuidados necessárias por dia de internamento;

HCP/DI → Horas de cuidados prestados por dia de internamento;

%UTIL → Percentagem de utilização dos enfermeiros;

ETC → Equivalente a tempo completo dos enfermeiros;

$\varepsilon$  → Variável residual;

$i$  → Número de observações;

$\beta_0$  → Parâmetro autónomo;

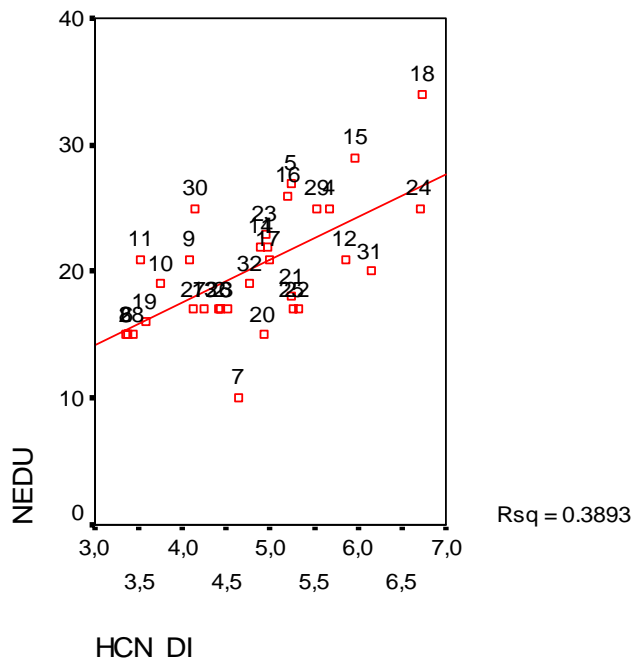
$\beta_1$  a  $\beta_4$  → Parâmetros que determinam o efeito na variável dependente. Por cada variação unitária na respectiva variável independente, espera-se uma variação na variável dependente, supondo-se que tudo o resto permanece constante.

A estimação do modelo será feita recorrendo ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 11.5.

Começamos pela representação gráfica das observações em diagramas de dispersão para aferir o tipo de relação existente entre cada variável independente e a variável dependente. Os diagramas de dispersão permitem ver se existe alguma relação (linear ou não) entre as variáveis independentes e a variável dependente (Pestana e Gageiro, 2003). Este passo é fundamental, pois a existência de uma relação não linear, torna inadequadas as fórmulas acima apresentadas para a medição da relação em causa (Pinto e Curto, 1999).

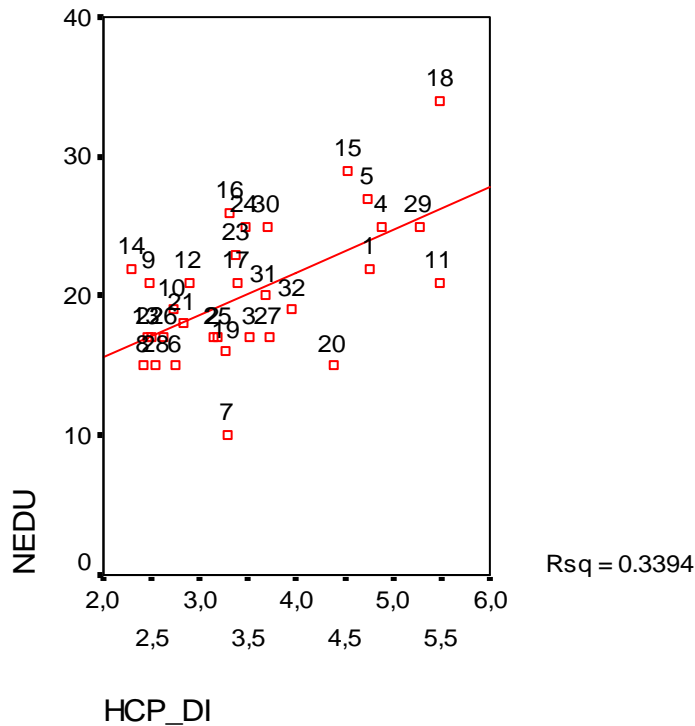
O gráfico abaixo, representa a relação entre o NEDU e HCN/DI. Pela análise deste gráfico observa-se a existência de uma forte associação linear positiva entre as duas variáveis, na medida em que os pontos do diagrama de dispersão estão muito próximos da linha recta que remete para a linearidade da relação. O valor do coeficiente de correlação está próximo de 1 ( $R= 0,62$ , quadro 6), confirmando a associação sugerida pelo diagrama de dispersão.

Gráfico 1 – Diagrama de dispersão entre NEDU e HCN/DI



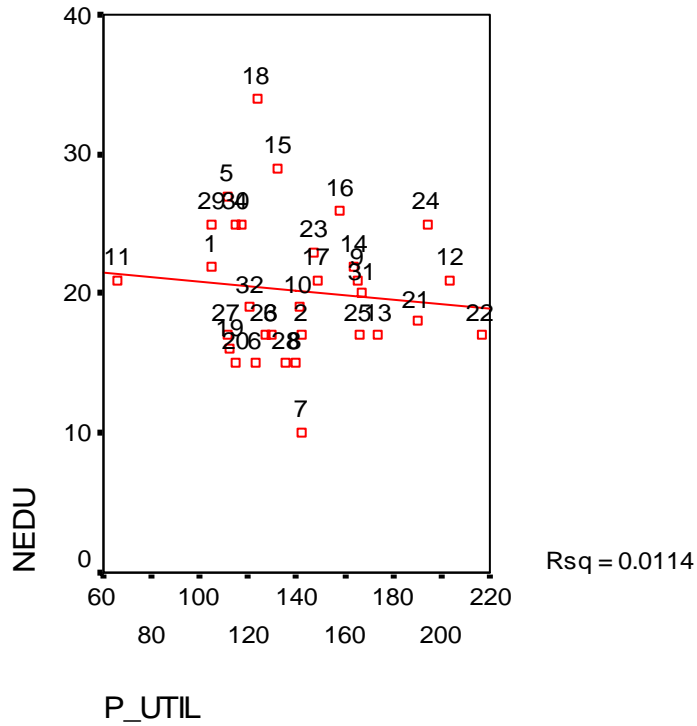
O gráfico que se segue, representa a relação entre NEDU e HCP/DI. À observação deste gráfico demonstra a existência de uma forte associação positiva entre as duas variáveis. O coeficiente de correlação ( $R= 0,58$ , quadro 6), confirma a relação sugerida pelo diagrama.

Gráfico 2 – Diagrama de dispersão entre NEDU e HCP/DI



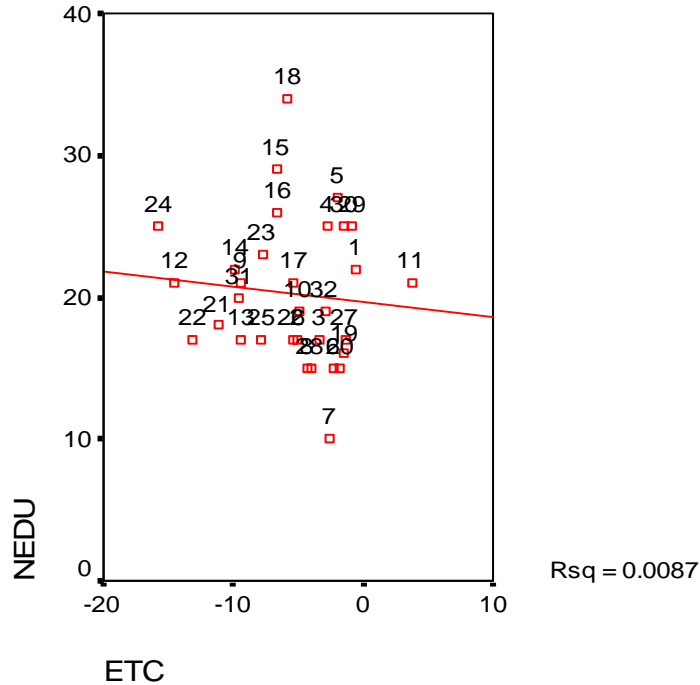
O gráfico 3 mostra a relação entre NEDU e %UTIL. Pela análise dos pontos do diagrama de dispersão parece haver uma fraca relação negativa entre essas duas variáveis, uma vez que a dispersão dos pontos em torno da recta de sentido negativo é maior. O coeficiente de correlação ( $R = -0,11$ , quadro 6), confirma esta tendência.

Gráfico 3 – Diagrama de dispersão entre NEDU e % UTIL



O gráfico 4 representa a relação entre NEDU e ETC. Este gráfico parece sugerir a existência de uma fraca associação linear negativa entre as duas variáveis, na medida em que a dispersão dos pontos do diagrama em torno da linha recta, com sentido negativo é maior. O  $R = -0,09$  (quadro 6), confirma esta sugestão.

Gráfico 4 – Diagrama de dispersão entre NEDU e ETC



### Estimação e previsão

Por previsão entendam-se todos os valores não observados de uma grandeza, não se tratando necessariamente de valores futuros desta grandeza (Pinto e Curto, 1999). Com base na informação do quadro 2, pretendemos estimar os parâmetros do modelo, ou seja, determinar a equação que se segue (equação 2):

$$NEDU_i = \beta_0 + \beta_1 HCN/DI_i + \beta_2 HCP_i + \beta_3 \%UTIL_i + \beta_4 ETC_i + \epsilon_i$$

O método de estimação usado foi o «Enter», para encontrar as componentes do SCD/E mais relacionadas com a distribuição dos enfermeiros. Os quadros abaixo apresentam o modelo estimado, sendo o NEDU dado pela equação:

$$\text{NEDU} = 23,883 + 0,626 \text{ HCN/DI} + 2,818 \text{ HCP/DI} - 0,182 \% \text{UTIL} - 1,648 \text{ ETC} \quad (3)$$

(9,529)      (1,762)      (1,889)      (0,071)      (0,531)

Quadro 3 – quadro resumo

**Model Summary(b)**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,807(a)	,652	,600	3,14372	,652	12,627	4	27	,000	1,512

a Predictors: (Constant), ETC, HCN\_DI, HCP\_DI, P\_UTIL

b Dependent Variable: NEDU

O quadro 3 apresenta um coeficiente de correlação múltipla (R) de 0,807 entre o NEDU e o conjunto das quatro variáveis do SCD/E. A correlação múltipla é a correlação normal do tipo Pearson entre os valores observados de NEDU e os valores de NEDU preditos por meio da equação da regressão estimada. O valor do «R Square» ou coeficiente de determinação (o coeficiente de correlação múltipla ao quadrado – R<sup>2</sup>), indica que as quatro variáveis independentes explicam 65,2% da variabilidade do NEDU. O valor do «Adjusted R Square» (R<sup>2</sup> ajustado para ter em conta o número de variáveis em relação ao número de casos na análise), mostra que as quatro variáveis independentes no seu conjunto explicam 60% da variância da variável dependente.

Quadro 4 – output da análise da variância

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	499,159	4	124,790	12,627	,000(a)
	Residual	266,841	27	9,883		
	Total	766,000	31			

a Predictors: (Constant), ETC, HCN\_DI, HCP\_DI, P\_UTIL

b Dependent Variable: NEDU

O quadro 4 apresenta os resultados de uma ANOVA aplicada para avaliar o significado da regressão (e portanto, da correlação múltipla). Nota-se que a correlação múltipla de 0,807 é significativa, uma vez que está associada a um nível de significância 0,000, que é inferior ao nível de significância por nós considerado (0,05).

Quadro 5 – Resultados da estimação da equação (2)

Coefficients(a)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	23,883	9,529		2,506	,019	4,332	43,434					
HCN_DI	,626	1,762	,116	,356	,725	-2,989	4,241	,624	,068	,040	,120	8,305
HCP_DI	2,818	1,889	,539	1,492	,147	-1,057	6,694	,583	,276	,169	,099	10,130
P_UTIL	-,182	,071	-1,197	-	,016	-,328	-,037	-,107	-,444	-	,060	16,730
ETC	-1,648	,531	-1,463	-	,004	-2,738	-,558	-,094	-,513	-,352	,058	17,229

a Dependent Variable: NEDU

No quadro 5 encontramos os coeficientes de regressão (B) das variáveis independentes; os coeficientes estandardizados ( $\beta$ ); teste t para o significado dos coeficientes; as correlações de ordem zero, as correlações parciais e as correlações semi-parciais. Há duas variáveis independentes com coeficientes negativos, sendo P.UTIL (-0,182) e ETC (-1,648). Estas

duas variáveis estão correlacionadas entre si, como se pode verificar na matriz das correlações (quadro 6), apresentando coeficientes de correlação elevados (valores absolutos superiores a 0,9), com valores de -0,954. Esta multicolinearidade apresenta uma intensidade, como se pode observar no quadro, 5 de:

- Tolerância: P.UTIL = 0,060; ETC = 0,058

- VIF : P.UTIL =16,730; ETC =17,229

- *Condition index* maior de 30 e proporção de variância maior de 90 (quadro 7).

A multicolinearidade entre as variáveis independentes tem influência inaceitável na equação de regressão estimada quando apresenta uma intensidade que ultrapassa valores aceitáveis, sendo tolerância abaixo de 0,1; VIF acima de 10; *condition index* acima de 30 e proporção de variância de 90% ou mais para dois ou mais parâmetros (Hill & Hill, 2005).

Quadro 6 – Correlações

		Correlations				
		NEDU	HCN_DI	HCP_DI	P_UTIL	ETC
Pearson Correlation	NEDU	1,000	,624	,583	-,107	-,094
	HCN_DI	,624	1,000	,397	,373	-,506
	HCP_DI	,583	,397	1,000	-,646	,531
	P_UTIL	-,107	,373	-,646	1,000	-,954
	ETC	-,094	-,506	,531	-,954	1,000
Sig. (1-tailed)	NEDU	.	,000	,000	,280	,305
	HCN_DI	,000	.	,012	,018	,002
	HCP_DI	,000	,012	.	,000	,001
	P_UTIL	,280	,018	,000	.	,000
	ETC	,305	,002	,001	,000	.

Quadro 7 – Diagnóstico de multicolinearidade

**Collinearity Diagnostics(a)**

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions				
				(Constant)	HCN_DI	HCP_DI	P_UTIL	ETC
1	1	4,594	1,000	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,368	3,532	,00	,00	,00	,00	,04
	3	,033	11,799	,03	,02	,04	,02	,05
	4	,003	39,699	,07	,81	,53	,05	,67
	5	,001	56,551	,90	,17	,43	,93	,24

a Dependent Variable: NEDU

Considerando sério e inaceitável este problema de multicolinearidade, não poderíamos prosseguir com este modelo sem primeiro resolve-lo. Hill & Hill (2005: 239), propõem que “variáveis com valores de tolerância muito reduzidos devem ser excluídas”. Para Pestana e Gageiro (2003), pode proceder-se uma redefinição de variáveis, isto é, à substituição de cada variável excluída por outra que se possa considerar capaz de medir, pelo menos aproximadamente, o mesmo tipo de influência, ou proceder-se a transformações das variáveis, mas estas por vezes induzem desvios em relação às hipóteses do modelo, particularmente no que se refere à existência de correlações entre os resíduos.

Visto que as variáveis envolvidas neste estudo são indicadores de gestão definidos, não podem haver substituições ou redefinições, pelo que o sugerido por Hill & Hill parece ser o mais adequado para resolver este problema. Assim, as duas variáveis correlacionadas foram excluídas do modelo. As estatísticas do novo modelo (sem %UTIL e ETC) são apresentadas nos quadros que seguem, e o NEDU dado pela equação:

$$\text{NEDU} = 0,856 + 2,509 \text{ HCN/DI} + 2,079 \text{ HCP/DI} \quad (3)$$

(3,569)      (0,753)      (0,731)

Quadro 8 – Estatística descritiva

**Descriptive Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
NEDU	20,2500	4,97088	32
HCN_DI	4,8100	,92354	32
HCP_DI	3,5297	,95144	32

Quadro 9 – Novo modelo sumário

**Model Summary(b)**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,723(a)	,522	,489	3,55212	,522	15,855	2	29	,000	1,690

a Predictors: (Constant), HCP\_DI, HCN\_DI

b Dependent Variable: NEDU

Quadro 10 – Output da análise da variância do novo modelo

**ANOVA(b)**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	400,091	2	200,045	15,855	,000(a)
	Residual	365,909	29	12,618		
	Total	766,000	31			

a Predictors: (Constant), HCP\_DI, HCN\_DI

b Dependent Variable: NEDU

Quadro 11 – Resultados da estimação da equação (3)

**Coefficients(a)**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	,856	3,569		,240	,812	-6,443	8,154					
HCN_DI	2,509	,753	,466	3,333	,002	,969	4,048	,624	,526	,428	,842	1,187
HCP_DI	2,076	,731	,397	2,841	,008	,582	3,571	,583	,467	,365	,842	1,187

a Dependent Variable: NEDU

Quadro 12 – Correlações do novo modelo

**Correlations**

		NEDU	HCN_DI	HCP_DI
Pearson Correlation	NEDU	1,000	,624	,583
	HCN_DI	,624	1,000	,397
	HCP_DI	,583	,397	1,000
Sig. (1-tailed)	NEDU	.	,000	,000
	HCN_DI	,000	.	,012
	HCP_DI	,000	,012	.

Quadro 13 – Diagnóstico da multicolinearidade do novo modelo

**Collinearity Diagnostics(a)**

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	HCN_DI	HCP_DI
1	1	2,945	1,000	,00	,00	,01
	2	,037	8,870	,17	,10	,99
	3	,017	13,041	,83	,89	,01

a Dependent Variable: NEDU

Analisando o quadro 9, observa-se que o modelo continua na globalidade, a ser significativo (sig. 0,000); um coeficiente de correlação (R) de 0,723;  $R^2$  0,522. Apesar da qualidade de ajustamento ter baixado relativamente, com  $R^2$  ajustado 0,489, o erro padrão de 3,55 é aceitável uma vez que não é superior que o desvio padrão do Y (4,97), como se pode observar no quadro 8. Dadas as condições acima descritas, o modelo apresenta uma qualidade de ajustamento que permite prosseguir com a análise da regressão. Deste modo, concluímos que a exclusão das duas variáveis foi uma decisão razoável, considerando também que as mesmas apresentaram uma fraca relação linear com a variável dependente.

O coeficiente de determinação ( $R^2$ ) mostra que as duas variáveis independentes explicam 52,2% da variabilidade do número de enfermeiros disponíveis nas unidades, o que se pode considerar um valor razoável. À observação do quadro 11, verificamos que os dois parâmetros no novo modelo contribuem significativamente na explicação da variabilidade do NEDU, (sig. dos testes t inferiores a 0,05). Por cada variação unitária (1 hora) de HCN/DI, a variação esperada do NEDU é de 2,509, cerca de 3 enfermeiros, supondo-se que tudo resto permaneça constante, ou seja, por cada aumento de 1 hora no número de horas de cuidados necessários por dia de internamento, o número de enfermeiros dotados nos serviços de internamento varia em cerca de 3 enfermeiros. O mesmo acontece com HCP/DI, que quando este indicador aumenta em 1 hora, o NEDU varia em 2,076, cerca de 2 enfermeiros, supondo-se que tudo o resto permaneça constante. A importância de cada um desses parâmetros pode ser verificada através dos coeficientes de correlação parcial «*partial*» ou correlação «*part*». Estes coeficientes medem a contribuição de cada variável X para a variação Y. O coeficiente de correlação parcial ao quadrado entre Y e  $X_1$ , é o aumento proporcional na variação explicada por  $X_1$ , expressa como a proporção de variação não explicada pelas variáveis contidas no modelo (Pestana e Gageiro, 2003). Assim, utilizando os valores das correlações parciais «*partial*» observa-se que a variável mais importante para prever o NEDU é HCN/DI, com uma contribuição de  $0,526^2$ , isto é, explica aproximadamente 28% da variabilidade do NEDU. A variável HCP/DI tem uma correlação parcial de  $0,467^2$ , cerca de 22% da variabilidade do NEDU.

No que diz respeito aos pressupostos do modelo, a multicolinearidade parece não ser problema no novo modelo, na medida em que o quadro 12 apresenta correlações entre as variáveis independentes com valores inferiores a 0,9, tolerância e VIF (quadro 11), bem como a *condition index* e proporção da variância (quadro 13) com valores dentro dos pressupostos do modelo. A linearidade do modelo foi apurada no princípio desta análise, apresentando os dois parâmetros uma forte relação linear com a variável dependente. A normalidade da distribuição dos resíduos está representada no gráfico 5. A hipótese da variável aleatória ter média zero é sempre verificada, pois os resíduos estimados pelo método dos mínimos quadrados são centrados (Pestana e Gajero, 2003). À observação do gráfico verifica-se que apesar de todos os pontos não se posicionarem sobre a linha, de modo que a distribuição dos resíduos obedeça exactamente à lei da distribuição normal, há tendência dos pontos se concentrarem em torno dessa linha, pelo que a hipótese nula da normalidade dos resíduos é rejeitada. No que respeita a homogeneidade da variância dos resíduos, o gráfico 6 que representa o teste deste pressuposto mostra que os pontos têm uma forma mais ou menos rectangular. Quando os pontos do gráfico «*Scatterplot*» têm uma forma não rectangular (por exemplo a forma de uma pêra ou de um diamante) os resíduos têm falta de homogeneidade de variância (Hill & Hill, 2005). Na distribuição dos pontos ao nível dos eixos horizontal e vertical, distingue-se uma maior dispersão das observações nº 7 e nº 18. Esta dispersão pode ser explicada se olharmos para o quadro 2, onde se nota que o Serviço CPR, representado pela observação nº 7, é o que tem menos enfermeiros (em número de 10), mas não é o serviço com valores mais baixos nos parâmetros do modelo. Igualmente a observação nº 18 que representa o Serviço NEUROC2, tem o maior número de enfermeiros (34), mas não se destaca nos valores dos parâmetros do modelo relativamente aos outros serviços. O SCD/E pretende justificar que um serviço tem mais enfermeiros que o outro observando através dos seus parâmetros que o serviço com maior número de enfermeiros tenha maior procura de cuidados de enfermagem, o que não se evidenciou nas observações acima destacadas.

Gráfico 5 – Distribuição dos resíduos

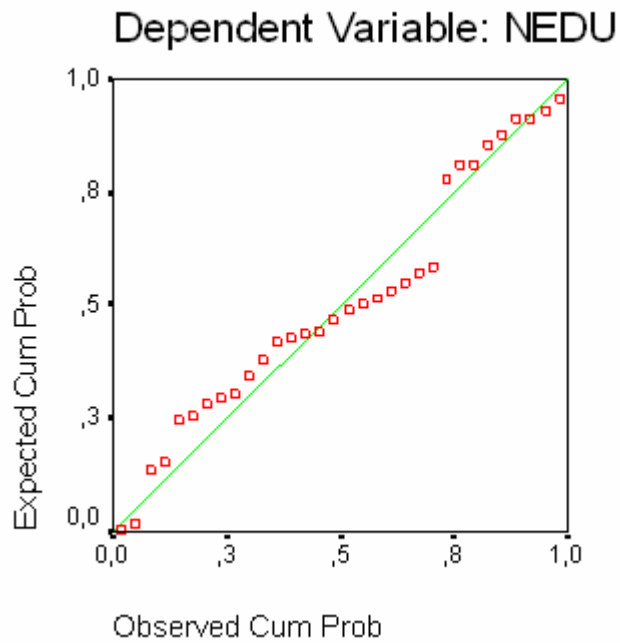
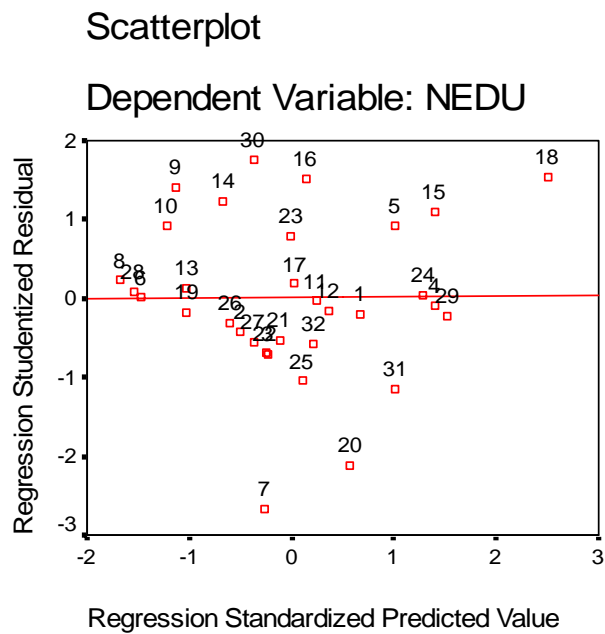


Gráfico 6 – análise da variância, com  $Y = \text{SRESID}$  e  $X = \text{ZPRED}$



### 6.3 – CONFIRMAÇÃO DAS HIPÓTESES

Pelas evidências observadas nos quadros 3, 4, 9 e 10, pode se concluir que a hipótese geral deste trabalho foi confirmada, na medida em que demonstram que o modelo, na sua globalidade é estatisticamente significativo na explicação da variabilidade do NEDU. Como tal, passamos à confirmação das hipóteses operacionais.

*Hipótese operacional 1* – para testar esta hipótese é preciso observar o gráfico 1 e o quadro 11. O gráfico 1 confirma que existe uma relação linear significativa entre HCN/DI e NEDU. O quadro 11 mostra que o parâmetro é estatisticamente significativo e explica a variabilidade do NEDU. Com estas evidências parece legítimo concluir que o indicador HCN/DI contribui significativamente no processo de gestão dos enfermeiros, de modo a equilibrar a dotação desses recursos nas diversas unidade de internamento dos HUC.

*Hipótese operacional 2* – a observação do gráfico 2 mostra a existência de uma relação linear significativa entre HCP/DI e NEDU. A suposição formulada foi ainda confirmada no quadro 11 que mostra que o indicador em estudo é estatisticamente significativo na distribuição dos enfermeiros e explica a variabilidade do NEDU. Deste modo, parece razoável concluir que o indicador HCP/DI contribui significativamente no processo de gestão do pessoal de enfermagem nos HUC, de forma a proporcionar o equilíbrio na colocação dos enfermeiros tendo em conta as necessidades dos doentes que vão variando nos diferentes serviços de internamento desta unidade hospitalar.

*Hipótese operacional 3* – pela análise do gráfico 3, observa-se uma fraca relação linear negativa entre %UTIL e NEDU. A variável em causa foi ainda excluída do modelo por apresentar um problema de multicolinearidade cujo grau de intensidade ultrapassa os limites aceitáveis. Com estas evidências parece concludente que este indicador não contribui significativamente na explicação da variabilidade do número de enfermeiros distribuídos nos serviços de internamento destes hospitais.

*Hipótese operacional 4* – à semelhança da HO3, a suposição formulada nesta hipótese também não foi confirmada, na medida em que o gráfico 4 demonstra a existência de uma fraca relação linear negativa entre ETC e NEDU, e pela exclusão do indicador em causa do modelo pelas mesmas razões, mencionadas na HO3.

As duas últimas hipóteses operacionais referem-se a indicadores através dos quais se pode facilmente identificar a sobre ou subutilização, ou ainda défice ou excesso de enfermeiros. Olhando para a amostra de dados apresentada no quadro 2, nota-se que praticamente todos os serviços apresentam sobreutilização e défice de enfermeiros, como se pode observar pelos indicadores %UTIL e ETC, respectivamente. Isto mostra falta de enfermeiros nos HUC. A não confirmação das hipóteses em causa, parece indicar que nestes hospitais, pela falta de pessoal verificada, os gestores de enfermagem tentam equilibrar a distribuição dos enfermeiros através dos indicadores que evidenciam a procura dos cuidados, ou seja, as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, como HCN/DI e HCP/DI. Talvez se fossem apenas alguns serviços com défices, os gestores poderiam tentar equilibrar a distribuição do pessoal olhando facilmente para aqueles indicadores que mostram défices e cobrir os locais com faltas através do pessoal disponível.

É de sublinhar que o facto de não confirmação de algumas hipóteses formuladas não invalida o trabalho. Antes pelo contrário, rejeitar uma hipótese pode ser grande ajuda, por exemplo para inverter o curso de decisões políticas erradas (Barañano, 2004).

## CONCLUSÕES

Neste trabalho procurámos responder as questões de investigação colocadas no início, as quais, questionam a existência de relações entre a informação obtida através do SCD/E e a distribuição dos enfermeiros nos serviços de internamento dos HUC, bem como a forma como os dois fenómenos se associam. Estas questões foram colocadas com a intenção de desenvolver um estudo de caso que permitisse apurar o contributo do SCD/E na gestão dos enfermeiros, e conseqüentemente o conhecimento do universo da população dos hospitais utilizadores deste modelo. Após a análise dos resultados obtidos chegamos às seguintes conclusões:

- Existe, em termos gerais, uma relação linear significativa entre os dados obtidos através do SCD/E e o número de enfermeiros dotados nos diferentes serviços de internamento dos HUC;
- A informação do SCD/E é, de forma global, estatisticamente significativa na explicação da variabilidade do número de enfermeiros disponíveis nas unidades de internamento para prestar os cuidados de enfermagem;
- As componentes do SCD/E que mais contribuem na predição do NEDU, são HCN/DI e HCP/DI. Estes parâmetros têm uma relação linear positiva significativa, e a sua variação explica a variação do número de enfermeiros colocados nas unidades de internamento para prestar os cuidados de enfermagem;
- Duas componentes do modelo em estudo não contribuem significativamente na explicação da variabilidade do NEDU, sendo %UTIL e ETC;

A existência da relação funcional observada nos dois fenómenos e o facto da variabilidade dos dados do modelo explicarem a variabilidade do NEDU, torna concludente que o SCD/E

contribui significativamente na gestão dos enfermeiros, no sentido de prover uma distribuição equilibrada dos recursos de enfermagem, apesar de haver ainda falta dos mesmos.

#### *Implicações metodológicas do estudo*

As implicações metodológicas habitualmente têm a ver com as limitações em termos de representatividade da amostra (Barañano, 2004). O facto de a implementação do modelo ser gradual, fez com que o mesmo fosse aplicado até ao período em estudo em apenas 32 serviços de internamento, dos 53 existentes na unidade hospitalar em análise. Isto não limita o estudo em termos da representatividade da amostra, visto que a amostra corresponde ao número da população alvo nesta unidade, mas sim em termos do MRLM, na medida em que permite um número pequeno de observações. Uma vez que se trata de um estudo de caso, é possível conhecer como o SCD/E se relaciona com o número de enfermeiros distribuídos nas unidades de internamento onde é aplicado, no universo dos hospitais da rede do SNS utilizadores do mesmo.

#### *Implicações teóricas*

As implicações teóricas são aquelas que refutam teorias existentes ou que permitem enunciar alguma nova teoria (Barañano, 2004). A bibliografia consultada não faz referência a teorias de relação de causa-efeito entre as componentes do SCD/E e a distribuição dos enfermeiros nas unidades de cuidados ao doente internado. Essas teorias permitiriam a estimação dos efeitos directos e indirectos que cada componente produz noutras, através da *path analysis*. Isto enriqueceria o estudo, na medida em que para além de identificar os parâmetros que mais contribuem no processo de gestão do pessoal de enfermagem medir-se-ia a influência de cada um deles na relação de causa-efeito.

*Contribuições para a gestão em enfermagem*

Este trabalho pode proporcionar mais uma ocasião quer para os gestores de enfermagem, quer para os enfermeiros em geral, para reflectirem sobre o processo de gestão do pessoal baseado nas necessidades do doente. É óbvio que o modelo envolve quatro indicadores de gestão, mas como se verificou através dos resultados desta pesquisa, nestes hospitais, são dois os que mais contribuem no processo de gestão, sendo precisamente, aqueles que permitem a identificação das necessidades do doente em cuidados de enfermagem. Isto pode influenciar o trabalho dos enfermeiros, particularmente na qualidade da informação produzida, como os registos de enfermagem, atendendo que os enfermeiros são os primeiros produtores da informação que é depois tratada em vários níveis de gestão.

A forma como a informação do SCD/E se relaciona com o número de enfermeiros disponíveis nos serviços de internamento verificada neste estudo, pode ter implicações na avaliação da dotação do pessoal de enfermagem, na medida em que o procedimento para a distribuição dos enfermeiros nas unidades põe em evidência a dependência efectiva dos doentes em cuidados de enfermagem. Isto permite a optimização dos recursos humanos (enfermeiros) disponíveis e a definição do número de vagas a serem preenchidas pelos enfermeiros e, obviamente, a clarificação da cobertura financeira referente ao quadro do pessoal de enfermagem a ser dotado na instituição.

Observando o quadro 2, que mostra a produtividade da enfermagem e o respectivo número de enfermeiros dotados nos serviços, nota-se uma grande variação em parâmetros como a %UTIL e o ETC entre os diferentes serviços. Por exemplo, a Cirurgia 3 mulheres (CIR3 M), tem %UTIL = 111,22% e ETC = -1,93, a Medicina 2 (MED2), apresenta %UTIL = 203,79% e ETC = -14,49. Nota-se que entre esses serviços a diferença em HCN/DI é menor, mas a variação em número de enfermeiros é bastante significativa. Isto parece mostrar que existe ainda algumas assimetrias na distribuição dos enfermeiros nos diversos serviços de internamento, pelo que recomendamos uma gestão de pessoal no sentido de reduzir a amplitude de variação da percentagem de utilização e do equivalente a tempo comple-

to dos enfermeiros, de modo que haja equidade entre os vários serviços, quer na distribuição do pessoal, quer na qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

#### *Contributos para a investigação*

O SCD/E é um objecto pelo qual os enfermeiros têm demonstrado interesse para investigar. Este estudo, sendo o primeiro que relaciona a informação deste modelo com o número de enfermeiros distribuídos nas unidades de internamento e identifica as componentes do mesmo mais significativas no processo de gestão do pessoal de enfermagem, para estudos posteriores que possam ser desenvolvidos nesta perspectiva, este trabalho pode servir para comparar os resultados obtidos num contexto hospitalar e outro, por exemplo, as componentes mais significativas numa e noutra realidade.

#### *Futuras vias de investigação*

A verificação dos contributos do SCD/E na gestão do pessoal não se esgota na relação entre a informação obtida através deste modelo e o número de enfermeiros distribuídos nas unidades de internamento. Examinar a relação entre a mesma informação e a qualidade dos cuidados prestados nas mesmas unidades seria útil, uma vez que a dotação do pessoal de enfermagem está directamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados. Para além disso, seria de grande utilidade desenvolver estudos na perspectiva que o presente foi desenvolvido em vários hospitais do país para comparar os resultados em diversos contextos.

## BIBLIOGRAFIA

ALVES, M. C. (2002). A propósito de modelos para o exercício de enfermagem. *Revista sinais vitais*, 45, Novembro, 40 – 43.

ANA – THE AMERICAN NURSES ASSOCIATION. (2000). Nursing staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. <http://nursingworld.org/pressrel/2000/st0504>. Pesquisa feita em 10/10/05.

ANES, E. M. G. J. (2000). Sistemas de classificação de doentes por níveis de dependência. *Nursing*, 142, Março, 37 – 40.

ARNDT, C. & HUCKABAY, L. M. D. (1983). *A administração em enfermagem*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana.

BALDERAS PEDRERO, M. L. (1988). *Administration de los Servicios de enfermería*. (2ª ed.). México: Interamericana

BARAÑANO, A. M. (2004). *Métodos e técnicas de investigação em gestão*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

BRANDÃO, A. M. & PARENTE, C. (1998). Configuração da função pessoal. As especificidades do caso português. *Organizações e trabalho*, 20, 23-40.

CABRAL-CARDOSO, C. (1998). *O conceito e as práticas de gestão de recursos humanos: Evolução, perspectivas e controvérsias*. Documento de trabalho DT nº 21/98, Braga: Universidade do Minho, Escola de economia e gestão.

CABRAL-CARDOSO, C. (2000). Gestão de recursos humanos: evolução do conceito, perspectivas e novos desafios. In M. P. Cunha (Coord.), *Teoria Organizacional: Perspectivas e prospectivas* (pp.225-242). Lisboa: D. Quixote.

CANDEIAS, A. P. C. (2003). *A relação entre as horas de cuidados de enfermagem necessárias e prestadas e os resultados observados em doentes internados em meio hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

CARVALHO, F. M. M. (2002). A sociedade de hoje, a enfermagem e visão holística da pessoa. *Servir*, 50-5, 254 – 256.

CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. (2ª ed.). Porto: Afrontamento.

CHIAVENATO, I. (1999). *Gestão de pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus Lda.

CHIAVENATO, I. (1982). *Administração de empresas. Uma abordagem contingencial*. McGraw-Hill. S. Paulo.

COLLIÈRE, M. (1989). *Promover a vida*. Damaia: Sindicato dos enfermeiros portugueses & indústria gráfica Lda.

CORTÉS, M. (1992). Gestion de Servicios de enfermería. In J. L. Temes; V. Pastor & J. L. Dias. *Manual de gestion hospitalaria*. (pp 77 – 95). Madrid: Interamericana.

Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, artigo 56º.

Entrevista a Jorge Manuel Jardim Gonçalves, presidente do Conselho de administração do Banco Comercial Português. (2002). In *Recursos Humanos Magazine*, 22, Setembro/Outubro, 44.

FORTIN, M.; COTÉ, J. & VISSANDJÉE, B. (1999). As etapas do processo de investigação. In Marie-Fabienne Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização*. (pp.47 – 59). Loures: Lusosciência.

FORTIN, M. & COTÉ, J. (1999). O quadro de referência. In Marie-Fabienne Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização*. (pp.89 – 97). Loures: Lusosciência.

FREDERICO, M. & LEITÃO, M. dos A. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. (1ª ed.). Coimbra: FORMASAU-Formação e saúde Lda.

FREIRE, A.(2003). *Estratégia. Sucesso em Portugal*. Lisboa: Verbo.

GILLIES, D. A. (1994). *Gestión de enfermería. Una aproximacion a los sistemas*. (2ª ed.). Barcelona: MASSON – SALVAT Enfermería.

GOMES, J. S. & CUNHA, M. P. (2003). O âmbito estratégico da gestão de recursos humanos. *Recursos humanos magazine*, 26, Maio/Junho, 6-12.

HILL, M. M. & HILL, A. (2005). *Investigação por questionário*. (2ª ed). Lisboa: Sílabo.

IGIF. (2000). Sistema de classificação de doentes em enfermagem. *Boletim informativo*, 3, 14 – 16.

KRON, T. (1980). *Manual de enfermagem*. (4ª ed.). Rio de Janeiro. Interamericana.

LANDEIRO DE VAZ, J. J. (1998/99). Modelo explicativo causal da performance da empresa bancária. *Estudos de Gestão*. Vol. IV, 3. p. 211-215.

LANDEIRO DE VAZ, J. J. (1998). Questões epistemológicas fundamentais na investigação em gestão: O método hipotético dedutivo. *Estudos de Gestão*. Vol. IV, 2. p.129-132.

LANDEIRO DE VAZ, J. J. (2003). Criar valor ou destruir valor...eis a questão! *Semanário económico*, 22 de Agosto: 4.

MATOS, E. T. & COSTA, M. S. A. (2002). Rotatividade de pessoal de enfermagem. *Revista sinais vitais*. 43, Julho, 22 – 29.

MINTZBERG, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. (1ª ed.). Dom Quixote. Lisboa.

MINTZBERG, H. (1996). The structuring of organizations. In H. Mintzberg & J. B. Quinn, *The strategy process. Concepts, contexts, cases*. USA: Prentice-hall international.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2003). *Manual de normas de classificação de doentes e de auditorias da classificação*. Excerto do manual-Formação inicial-Hospital do Divino Espírito Santo – Ponta Delgada. Janeiro/2004. IGIF-Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). p10.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1994). *Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem medicina e cirurgia*. 2ª Versão. IGIF-Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). Janeiro. p 5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). *Relatório do ano de 2003*. IGIF-Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. p 5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). *Resultados do 1º trimestre de 2004*. IGIF-Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. p 17.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). *Resultados do 2º trimestre de 2004*. IGIF-Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. p 17.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). *Resultados do 3º trimestre de 2004*. IGIF-Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. p 17.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005). Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). *Resultados do 4º trimestre de 2004*. IGIF-Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. p 17.

NEEDLEMAN, J.; BURHAUS, P.; MATTKE, S.; STEWART, M. & ZELEVINSKY, K. (2000). Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346, May, 1715-1722. <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/346/22/1715>. Pesquisa de 10/10/05.

NEVES, J. G. (2000). *Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de recursos humanos*. (1ª ed.). Lisboa: Encarnação.

NUNES, F. (2005). Responsabilidade social das empresas. Contributos para a construção de uma ferramenta de gestão. *Economia e sociologia*, 79, 93-105.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Suplemento da revista. (2004). A enfermagem conta: Rácio enfermeiro/doente. 13, Julho, 22-23.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2004). Condições para o exercício profissional. 14, Outubro, 9.

PEARSON, A. & VAUGHAN, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Londres: Artes gráficas, Ltda.

PEREIRA, A. (2004). *SPSS. Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. (5ª ed). Lisboa: Sílabo.

PESTANA, M. H. & GAGEIRO, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.

PINTO, J. C. C. & CURTO, J. J. D. (1999). *Estatística para economia e gestão. Instrumentos de apoio para a tomada de decisão*. (1ª ed.). Lisboa: Sílabo.

RUMELT, R. P.; SCHENDEL, D. E. & TEECE, D. E. J. (1994). *Fundamental issues in strategy: a research agenda*. USA: Harvard College

ROBERTO, J. A. (2003). Estratégia e processo estratégico. *Economia e sociologia*, 75, 61-74.

SANTOS, M. J. (2001). Estratégias empresariais no pós-fordismo. *Organizações e trabalho*, 26, 8-30

SEKARAN, U. (2000). *Research methods for business*. New york: John Wiley & sons, Inc.

SCHERMERHORN, J. R.; HUNT, J. G. & OSBORN, R. N. (1999). *Fundamentos de comportamento organizacional*. (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

SILVA, P. R. (2000). O desenho organizacional. Perspectiva desenvolvida por Mintzberg. *Economia e sociologia*. 69, 43-91.

STONER, J. A. F. & FREEMAN, R. E. (1995). *Administração*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Prentice-hall do Brasil.

TEIXEIRA, S. (1998). *Gestão das organizações*. Lisboa: McGraw-hill.

Testos cedidos pelo Professor Jorge J. Landeiro de Vaz, no âmbito do seminário de investigação ministrado aos alunos do curso de mestrado em Gestão Pública e MBA na Universidade dos Açores. 2004.

VEIGA, M. B. S.; BARROS, M. I. M.; PEREIRA, M. T. Q. & SILVA, N. R. (1987). Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem. *Enfermagem*, 10. Out/Dez. 13 – 18.

VEIGA, B. S. & ABRANTES, I. M. (1996). *O sistema de classificação de doentes em enfermagem no GDH14 – doenças cerebrovasculares*. Trabalho apresentado na 5ª Conferência de investigação em Enfermagem. Fundação Calouste Gulbenkian, 17-19 de Outubro de 1995. In *Servir*. Vol.44- n ° 4. p.193 – 198.

[www.huc.min-saude.pt](http://www.huc.min-saude.pt), pesquisa feita em 25/07/05.

## ANEXOS

ANEXO I – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA O ACESSO AOS  
RELATÓRIOS DO IGIF E SUAS RESPOSTAS

AO

Exmo. Sr. PRESIDENTE DO CONCELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO DO IGIF

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO PARA O ACESSO AOS RELATÓRIO SOBRE O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM

Damas Macaia, enfermeiro colocado no hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, encontra-se a frequentar o curso de Mestrado em Gestão pública na Universidade dos Açores. Neste momento está na fase da dissertação e escolheu desenvolver o seu trabalho num tema que diz respeito ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), tendo formulado o seguinte tema:

*Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: contributos na gestão dos enfermeiros nos hospitais da rede do sistema nacional de saúde.*

Este estudo pretende envolver todos os hospitais do país que aplicam o SCD/E. Como tal, os relatórios do IGIF são a fonte mais adequada para a consulta e recolha de dados.

Vem mui respeitosamente solicitar à vossa Ex.<sup>a</sup> para que se digne autorizar a cedência do relatórios sobre SCD/E referente ao ano de 2004, cujo efeito será exclusivamente académico.

Com os melhores cumprimentos.

Contactos:

Telemóvel: 96570876

Morada: Travessa de S. Gonçalo, 23.

9500 - Ponta Delgada

E-mail: [damas05@homail.com](mailto:damas05@homail.com)

Serviço: Hospital do Divino Espírito Santo. Grotinha – Arrifes. 9500-370

Ponta Delgada – S. Miguel/Açores. Tel. 296203000.

Medicina I. Tel. 296203271/272

PONTA DELGADA, 19 Maio de 2005

Assinatura

---

Damas Macaia

À

SUA EX.<sup>a</sup>. Sr.<sup>a</sup> DIRECTORA DE ENFERMAGEM  
DO HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO

PONTA DELGADA

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO PARA O ACESSO AOS RELATÓRIOS DO IGIF

Damas Macaia, enfermeiro colocado nos Serviços da Medicina I deste hospital, encontra-se a frequentar o curso de Mestrado em Gestão pública na Universidade dos Açores. Neste momento está na fase da dissertação e escolheu desenvolver o seu trabalho num tema que diz respeito ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), tendo formulado o seguinte tema:

*Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: contributos na gestão dos enfermeiros nos hospitais públicos da rede do sistema nacional de saúde.*

Este estudo pretende envolver todos os hospitais do país que aplicam o SCD/E. Como tal, os relatórios do IGIF são a fonte mais adequada para a consulta e recolha de dados.

Vem mui respeitosamente solicitar à sua Ex.<sup>a</sup> para que seja autorizado a acessão aos referidos relatórios, cujo efeito é exclusivamente académico.

Com os melhores cumprimentos.

Contactos: telemóvel: 965708766

E-mail: [damas05@homail.com](mailto:damas05@homail.com)

Serviço: medicina I. tel: 296203271/272

Morada: Travessa de S. Gonçalo, 23. 9500 - Ponta Delgada

PONTA DELGADA, 18 DE ABRIL, 2005

Assinatura

---

Damas Macaia

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS  
DIRECÇÃO REGIONAL DE SAÚDE

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO

---

**DE:** Enfermeira Directora

**PARA:** Enfermeiro Damas Macaia (Medicina I)

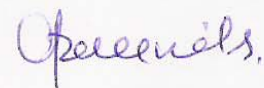
**DATA:** 2005-04-22

**ASSUNTO:** AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AOS RELATÓRIOS IGIF

Em resposta ao solicitado, e para elaboração do seu trabalho do Mestrado  
Pública da Universidade dos Açores, junto envio Relatórios do IGIF.

Com os melhores cumprimentos.

A Enfermeira Directora



Cândida Mª Costa Benevides

## ANEXO II – DADOS ENVIADOS PELOS HUC

From : Direcção de Enfermagem <direnfermagem@huc.min-saude.pt>  
Sent : Friday, July 1, 2005 1:47 PM  
To : <damas05@hotmail.com>  
Subject : Envio de dados para trabalho de investigação sobre SCD/E.

---

📎 Attach-  
ment : [Macaia-SCD.doc](#) (0.04 MB)

Ex.mo Senhor Enf.º

Junto envio anexo com os dados pretendidos para o trabalho supra mencionado.

Melhores Cumprimentos,

O Enf.º Director  
(Amilcar Carvalho)

<b>SERVIÇO</b>	<b>Nº Enfermeiros</b>
Cardiologia M	15
Cir. Maxilo Facial	15
Cir. Obstétrica	22
Cir. Plást. Rec.	10
Cirurgia 1 M	25
Cirurgia 2 H	17
Cirurgia 2 M	25
Cirurgia 3 M	27
Cirurgia Vascular	17
Gastrenterologia H	15
Gastrenterologia M	25
Hematologia	21
Infecto-Contagiosas	19
Medicina 2	21
Medicina 3 H	17
Med. Materno Fetal	21
Nefrologia	22
Neurocirurgia 1	29

Neurocirurgia 2	34
Neurologia 1	26
Neurologia 2	21
Neurologia 3	20
Oftalmologia	16
Ortopedia A - 1º	17
Ortopedia A - r/c	18
Ortopedia B - 1º	23
Ortopedia B - r/c	15
Ortopedia D	25
Pneumologia A	17
Pneumologia B	17
Puerpério	17
Urologia M	19

**Nº Enfermeiros em 2004 – 1378**

**Nº Serviços Internamento – 53**

**Média Doentes Internados/Serviço - 1.215,13**

**Nº Médio de camas por serviço de internamento – 28,43**

**Notas:**


- 1- Nos Serviços de Internamento estão incluídas as unidades de cuidados intensivos e outras que não possuem quadro de classificação de doentes (p.ex. Psiquiatria);
- 2 - O número de enfermeiros é o total da instituição.

ANEXO III – SUPORTES DA INFORMAÇÃO DO SCD/E

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - CIRURGIA/MEDICINA							
HOSPITAL _____ NOME _____				DATA _____			
Nº PROCESSO CLÍNICO _____				RUBRICA _____			
UNIDADE _____		DIAGNÓSTICO _____		CAMA _____		RUBRICA _____	
ACTIVIDADES SELECIONADAS							
<b>HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS</b> (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	3	3	3	3	3	3	3
. Ajuda total	6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda total com cuidados especiais	8	8	8	8	8	8	8
<b>ALIMENTAÇÃO</b> (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente / dieta zero / por familiar	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total	10	10	10	10	10	10	10
. Sonda nasogástrica / gastrostomia	12	12	12	12	12	12	12
<b>MOVIMENTAÇÃO</b> (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente	0	0	0	0	0	0	0
. Independente com supervisão	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial 3 - 5 x dia	6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda parcial ≥ 6 x dia	10	10	10	10	10	10	10
. Ajuda total 5 - 6 x dia	12	12	12	12	12	12	12
. Ajuda total ≥ 7 x dia	16	16	16	16	16	16	16
<b>ELIMINAÇÃO</b> (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total / incontinente / ostomizado (assinale também, se se aplicar)	7	7	7	7	7	7	7
. Algalado	2	2	2	2	2	2	2
<b>TERAPÉUTICA</b> (assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia	2	2	2	2	2	2	2
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia	4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia	2	2	2	2	2	2	2
. Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia	4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 5 x dia	8	8	8	8	8	8	8
. Transusão / soro intermitente	3	3	3	3	3	3	3
. Perfusão contínua	4	4	4	4	4	4	4
. Alimentação parentérica	8	0	8	8	8	8	8
. Oxigenoterapia	2	2	2	2	2	2	2
. Inaloterapia	3	3	3	3	3	3	3
<b>TRATAMENTOS</b> (assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Penso simples	2	2	2	2	2	2	2
. Penso simples a várias lesões	4	4	4	4	4	4	4
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia	3	3	3	3	3	3	3
. Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia	6	6	6	6	6	6	6
. Penso a lesão aberta 1 x dia	5	5	5	5	5	5	5
. Penso a lesão aberta 2 x dia	10	10	10	10	10	10	10
. Irrigação 1 - 2 x dia	4	4	4	4	4	4	4
. Irrigação ≥ 3 x dia	12	12	12	12	12	12	12
. Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngea	8	8	8	8	8	8	8
. Tricotomia	3	3	3	3	3	3	3
<b>SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES</b> (assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. T P R 1 - 4 x dia	1	1	1	1	1	1	1
. T P R ≥ 5 x dia	3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial 3 - 4 x dia	3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial 5 - 8 x dia	5	5	5	5	5	5	5
. Pressão arterial ≥ 9 x dia	8	8	8	8	8	8	8
. Monitorizado	3	3	3	3	3	3	3
. Sinais neurológicos	3	3	3	3	3	3	3
. Teste rápido de glicémia	3	3	3	3	3	3	3
. Acateste / glicofita	3	3	3	3	3	3	3
<b>ACTIVIDADES ESPECIAIS</b> (assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Apoio emocional	2	2	2	2	2	2	2
. Ensino programado	3	3	3	3	3	3	3
. Deficiência sensorial não compensada	3	3	3	3	3	3	3
. Doente isolado / imobilizado	3	3	3	3	3	3	3
<b>AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS</b> (assinale um nível)							
. Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2	2	2	2	2	2
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	5	5	5	5	5	5	5
<b>TABELA DE CONVERSÃO</b>							
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN
0 - 3	1	30 - 33	4,5	61 - 64	8	92 - 95	11,5
4 - 7	1,5	34 - 38	5	65 - 69	8,5	96 - 99	12
8 - 11	2	39 - 42	5,5	70 - 73	9	100 - 104	12,5
12 - 16	2,5	43 - 47	6	74 - 77	9,5	105 - 108	13
17 - 20	3	48 - 51	6,5	78 - 82	10	109 - 113	13,5
21 - 25	3,5	52 - 55	7	83 - 86	10,5	114 - 117	14
26 - 29	4	56 - 60	7,5	87 - 91	11	118 - 121	14,5
						Pontos	
						H.C.N.	
						Média / HCN	<input type="text"/>

### QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES LESÕES VERTEBRO-MEDULARES

HOSPITAL _____ NOME _____		DATA					
N.º PROCESSO CLÍNICO <input style="width: 100px;" type="text"/>							
UNIDADE _____ DIAGNÓSTICO _____ CAMA _____		RUBRICA					
ACTIVIDADES SELECIONADAS							
<b>HIGIENE e CUIDADOS PESSOAIS</b> (Assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total	8	8	8	8	8	8	8
. Ajuda total com cuidados especiais	10	10	10	10	10	10	10
<b>ALIMENTAÇÃO</b> (Assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	5	5	5	5	5	5	5
. Ajuda total	13	13	13	13	13	13	13
<b>ELIMINAÇÃO</b> (Assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Independente	2	2	2	2	2	2	2
. Ajuda parcial ≤ 4 x dia	6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda parcial ≥ 5 x dia	8	8	8	8	8	8	8
. Presença contínua ≤ 4 x dia	13	13	13	13	13	13	13
. Presença contínua ≥ 5 x dia	17	17	17	17	17	17	17
. Algaliado	2	2	2	2	2	2	2
. Algaliado intermitente	22	22	22	22	22	22	22
. Volume residual 1 x dia	3	3	3	3	3	3	3
. Volume residual 2 a 5 x dia	9	9	9	9	9	9	9
. Elementos químicos	1	1	1	1	1	1	1
<b>MOBILIDADE</b> (Assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Independente	1	1	1	1	1	1	1
. Mobilização com supervisão	1	1	1	1	1	1	1
. Mobilização com ajuda parcial	2	2	2	2	2	2	2
. Mobilização com ajuda total - paraplégico	3	3	3	3	3	3	3
. Mobilização com ajuda total - tetraplégico	4	4	4	4	4	4	4
. Transferência com supervisão	2	2	2	2	2	2	2
. Transferência com ajuda parcial	4	4	4	4	4	4	4
. Transferência com ajuda total	7	7	7	7	7	7	7
. Alternância de decúbito com supervisão	2	2	2	2	2	2	2
. Alternância de decúbito com ajuda parcial	4	4	4	4	4	4	4
. Alternância de decúbito com ajuda total	8	8	8	8	8	8	8
. Plano inclinado	5	5	5	5	5	5	5
<b>TRATAMENTOS</b> (Assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Penso simples	2	2	2	2	2	2	2
. Penso complexo	4	4	4	4	4	4	4
. Atmosfera húmida	3	3	3	3	3	3	3
. Aspiração de secreções	4	4	4	4	4	4	4
. Drenagem postural	10	10	10	10	10	10	10
<b>ACTIVIDADES ESPECIAIS</b> (Assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Apoio emocional especial	5	5	5	5	5	5	5
. Ensino programado	10	10	10	10	10	10	10
. Deficiência sensorial não compensada	5	5	5	5	5	5	5
<b>TABELA DE CONVERSÃO</b>							
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN
0 - 5	1,5	31 - 34	5	60 - 64	8,5	90 - 93	12
6 - 9	2	35 - 39	5,5	65 - 68	9	94 - 97	12,5
10 - 14	2,5	40 - 43	6	69 - 72	9,5	98 - 101	13
15 - 18	3	44 - 47	6,5	73 - 76	10	102 - 105	13,5
19 - 22	3,5	48 - 51	7	77 - 80	10,5	106 - 109	14
23 - 26	4	52 - 55	7,5	81 - 84	11	110 - 113	14,5
27 - 30	4,5	56 - 59	8	85 - 89	11,5	114 - 118	15
						Pontos	
						H.C.N.	
						Média / HCN	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

 Ministério da Saúde IGIF Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão		
<b>SCD/E RELATÓRIO DIÁRIO DE HORAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>		
HOSPITAL	UNIDADE	DATA ___/___/___
HORAS DE CUIDADOS NECESSÁRIAS NA CLASSIFICAÇÃO DO DIA ANTERIOR <input type="text"/>		AAM
HORAS DE CUIDADOS PRESTADOS NAS ÚLTIMAS 24H		HORAS DE APOIO UTILIZADAS NAS ÚLTIMAS 24H
Turno da Tarde _____ Turno da Noite _____ Turno da Manhã _____	Turno da Tarde _____ Turno da Noite _____ Turno da Manhã _____	
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>	<b>TOTAL</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N.º DE DOENTES/CLIENTES EXISTENTES <input type="text"/>		
HORAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NECESSÁRIAS NAS PRÓXIMAS 24H <input type="text"/>		AAM
HORAS DE ENFERMAGEM DISPONÍVEIS NAS PRÓXIMAS 24H		HORAS DE APOIO DISPONÍVEIS NAS PRÓXIMAS 24H
Turno da Tarde _____ Turno da Noite _____ Turno da Manhã _____	Turno da Tarde _____ Turno da Noite _____ Turno da Manhã _____	
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>	<b>TOTAL</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VARIAÇÃO (HED - HCN) <input type="text"/>		
COMENTÁRIOS:		
Assinatura do Enf.º Chefe:		
Data da recepção do Enf.º Supervisor: ___/___/___		Rubrica:
Data da recepção do Enf.º Director: ___/___/___		Rubrica:
SIGSS/SCD/90/M9/V3		

